

Jitka GURŇÁKOVÁ  
Denisa MARCINECHOVÁ

**VÝZNAM KOMUNIKÁCIE  
S PACIENTOM A JEHO BLÍZKÝMI  
V ZÁSAHOCH ZÁCHRANNEJ  
ZDRAVOTNEJ SLUŽBY**



ÚSTAV EXPERIMENTÁLNEJ PSYCHOLÓGIE  
CSPV SAV  
BRATISLAVA

# **VÝZNAM KOMUNIKÁCIE S PACIENTOM A JEHO BLÍZKYMI V ZÁSAHOCH ZÁCHRANNEJ ZDRAVOTNEJ SLUŽBY**

Jitka GURŇÁKOVÁ

Denisa MARCINECHOVÁ

Ústav experimentálnej psychológie

Centrum spoločenských a psychologických vied

Slovenská akadémia vied

Bratislava

2021

Význam komunikácie s pacientom a jeho blízkymi v zásahoch záchranej zdravotnej služby

© Ústav experimentálnej psychológie CSPV SAV

ROZSAH PUBLIKÁCIE: 11,22 AH

AUTORI: Mgr. Jitka Gurňáková, PhD. (8,06 AH), ÚEP CSPV SAV, Bratislava

Mgr. Denisa Marcinechová (3,16 AH), ÚEP CSPV SAV, Bratislava

RECENZENTI: Doc. PhDr. Ľubor Pilárik, PhD.

Mgr., PaedDr. Erika Jurišová, PhD.

Monografia je súčasťou projektu MŠ SR a SAV VEGA 2/0070/18 „Kognitívne a sociálne zručnosti podporujúce kvalitu práce v posádkach záchranej zdravotnej služby“, riešeného na Ústave experimentálnej psychológie, v Centre spoločenských a psychologických vied, Slovenskej akadémie vied v Bratislave v období rokov 2018 - 2021

TECHNICKÁ SPOLUPRÁCA: Pavol Purda

OBÁLKA: Ing. Dáša Kolláriková

VYDAVATEĽ: Ústav experimentálnej psychológie CSPV SAV, Bratislava

TLAČ: EQUILIBRIA, s.r.o.

ROK VYDANIA: 2021

VYDANIE: prvé

NÁKLAD: 200 ks

Nepredajné

ODPORÚČANÁ FORMA CITOVANIA: Gurňáková, J. & Marcinechová, D. (2021). *Význam komunikácie s pacientom a jeho blízkymi v zásahoch záchranej zdravotnej služby*. Bratislava: Ústav experimentálnej psychológie CSPV SAV

ISBN 978-80-89524-65-5

EAN 9788089524655

# Obsah

|   |           |
|---|-----------|
| <b>Zoznam použitých skratiek .....</b>  | <b>6</b>  |
| <b>Úvod.....</b>  | <b>7</b>  |
| <b>1. Význam netechnických zručností pre kvalitu poskytovanej zdravotnej starostlivosti .....</b>   | <b>11</b> |
| 1.1 Netechnické zručnosti .....   | 11        |
| 1.2 Pochybenia pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti.....                                       | 15        |
| <b>2. Organizácia záchranej zdravotnej služby v Slovenskej republike.....</b>                       | <b>20</b> |
| 2.1 Poslanie a špecifiká činnosti ZZS.....  | 20        |
| 2.2 Organizácia činnosti ZZS .....  | 21        |
| 2.3 Hodnotenie kvality poskytovanej zdravotnej starostlivosti v ZZS .....                           | 25        |
| 2.4 Činnosť Úradu pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou.....                                    | 27        |
| <b>3. Teoretické východiská komunikácie s pacientom.....</b>  | <b>30</b> |
| 3.1 Základné pojmy v komunikácii .....  | 30        |
| Verbálna a neverbálna komunikácia .....   | 33        |
| 3.2 Komunikácia s pacientom pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti .....                         | 36        |
| 3.2.1 Odporúčaná štruktúra klinického rozhovoru s pacientom.....                                    | 37        |
| 3.2.2 Vytváranie vzťahu s pacientom .....   | 40        |
| Rešpektujúci prístup k pacientovi.....  | 40        |
| Aktívne počúvanie .....   | 41        |
| Empatia.....  | 42        |
| Spoluúčasť pacienta na rozhodovaní.....   | 44        |
| 3.3 Komunikácia v prednemocničnej starostlivosti.....   | 45        |
| 3.3.1 Všeobecné aspekty verbálnej a neverbálnej komunikácie v ZZS .....                             | 45        |
| 3.3.2 Špecifiká komunikácie s pacientom v kontexte ZZS .....  | 48        |
| Krizová intervencia .....   | 50        |
| Podávanie nepriaznivých správ .....   | 51        |
| Úmrtie pacienta .....   | 53        |
| Komunikácia s detským pacientom a jeho rodičmi .....  | 55        |
| Komunikácia so starším pacientom .....  | 55        |
| Komunikácia s pacientmi so psychiatrickým ochorením .....   | 56        |
| Komunikácia s agresívnym pacientom .....  | 57        |
| 3.4 Zhrnutie .....  | 58        |
| <b>4. Význam komunikácie s pacientom z pohľadu pracovníkov a klientov ZZS - výskumný problém</b>    | <b>59</b> |
| <b>5. Význam a princípy komunikácie s pacientom a jeho blízkymi z pohľadu pracovníkov ZZS .....</b> | <b>63</b> |
| 5.1 Postup.....   | 63        |
| 5.2 Výskumný súbor .....  | 64        |
| 5.3 Metóda získavania údajov .....  | 65        |

|           |   |            |
|-----------|---|------------|
| 5.4       | Analýza dát .....   | 66         |
| 5.5       | Výsledky .....  | 66         |
| 5.5.1     | Význam komunikácie s pacientom a jeho rodinou .....   | 66         |
| 5.5.2     | Ciele komunikácie s pacientom a jeho rodinou .....  | 68         |
| 5.5.3     | Základné princípy profesionálnej komunikácie s pacientom .....  | 72         |
| 5.6       | Diskusia .....  | 77         |
| 5.7       | Záver.....  | 82         |
| <b>6.</b> | <b>Význam celkového správania a komunikácie posádok ZZS z hľadiska osôb, podávajúcich návrhy na prešetrovanie kvality poskytnutej neodkladnej prednemocničnej zdravotnej starostlivosti Úradu pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou .....</b> | <b>84</b>  |
| 6.1       | Postup .....  | 85         |
| 6.2       | Súbor .....   | 86         |
| 6.3       | Metóda.....   | 86         |
| 6.4       | Výsledky .....  | 88         |
| 6.4.1     | Okolnosti nahlásených prípadov .....  | 88         |
| 6.4.2     | Tematická analýza podaní.....   | 90         |
|           | Volanie na tiesňovú linku OS ZZS SR .....   | 90         |
|           | Príchod posádky .....   | 92         |
|           | Nadviazanie kontaktu.....   | 94         |
|           | Chyby v rozhodovaní .....   | 95         |
|           | Konflikty .....   | 99         |
|           | Spôsob komunikácie.....   | 101        |
|           | ZZS ako súčasť systému.....   | 103        |
|           | Rozhodovanie o transporte.....  | 104        |
|           | Dokumentácia .....  | 105        |
| 6.5       | Diskusia .....  | 107        |
| 6.6       | Záver.....  | 115        |
| <b>7.</b> | <b>Význam komunikácie posádky ZZS z hľadiska pacienta, jeho blízkych a náhodných svedkov udalosti .....</b>   | <b>117</b> |
| 7.1       | Súbor .....   | 118        |
| 7.1.1     | Respondenti a dáta .....  | 118        |
| 7.1.2     | Rozdelenie súboru dát podľa spokojnosti respondentov s priebehom zásahu ZZS.....  | 120        |
| 7.1.3     | Charakteristika popisovaných udalostí, ktoré si vyžiadali zásah ZZS .....   | 121        |
| 7.2       | Metóda.....   | 122        |
| 7.3       | Analýza dát.....  | 123        |
| 7.4       | Výsledky .....  | 123        |
| 7.4.1     | Psychické prežívanie, potreby a očakávania pacientov, ich blízkych, alebo svedkov udalosti pred príchodom posádky ZZS .....   | 124        |

|   |            |
|---|------------|
| Psychický stav osôb na mieste udalosti.....   | 124        |
| Očakávania a potreby zasiahnutých osôb na mieste udalosti.....  | 125        |
| Psychické prežívanie volajúcich na tiesňovú linku ZZS .....   | 126        |
| Negatívne hodnotené aspekty činnosti operátora tiesňovej linky ZZS .....  | 126        |
| Pozitívne hodnotené aspekty činnosti operátora tiesňovej linky ZZS.....   | 127        |
| Psychické prežívanie osôb, čakajúcich na príchod posádky ZZS.....   | 128        |
| 7.4.2 Významné aspekty celkového správania a komunikácie posádky ZZS z hľadiska spokojnosti pacientov, ich blízkych alebo náhodných svedkov udalosti s priebehom zásahu ZZS. .... | 129        |
| Negatívne hodnotené prejavy správania a komunikácie posádok ZZS .....   | 131        |
| Pozitívne hodnotené prejavy správania a komunikácie posádok ZZS.....  | 137        |
| 7.5 Diskusia.....   | 141        |
| 7.6 Záver .....   | 149        |
| <b>8. Zhrnutie .....</b>  | <b>151</b> |
| <b>Použitá literatúra .....</b>   | <b>155</b> |
| <b>Prílohy .....</b>  | <b>168</b> |
| Príloha 1.....  | 168        |
| <i>Informovaný súhlas .....</i>   | 168        |
| Príloha 2.....  | 169        |
| <i>Evidenčný list podaní smerujúcich proti práci ZZS.....</i>   | 169        |
| Príloha 3.....  | 171        |
| <i>Charakteristiky analyzovaných prípadov podaní na prešetrenie poskytnutej zdravotnej starostlivosti Úradu pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou.....</i>                    | 171        |
| Príloha 4.....  | 175        |
| <i>Skúsenosti pacientov a ich blízkych so zásahom ZZS.....</i>  | 175        |
| <b>Abstrakt.....</b>  | <b>178</b> |
| <b>Abstract.....</b>  | <b>178</b> |
| <b>O autorkách.....</b>   | <b>179</b> |



## **Zoznam použitých skratiek**

AKS - Akútny koronárny syndróm

ALS – Advanced Life Support

BLS – Basic Life Support

EED - European Emergency Data Project

EKG – Elektrokardiografia

KPR - Kardiopulmonálna resuscitácia

L - Lekár

LTV – Linka tiesňového volania

MZ SR – Ministerstvo zdravotníctva Slovenskej republiky

NCMP - Náhla cievna mozgová príhoda

NTS – Non-technical skills (Netechnické zručnosti)

OS – Operačné stredisko

OS ZZS SR – Operačné stredisko záchranej zdravotnej služby Slovenskej republiky

RLP – Rýchla lekárska pomoc

RZP – Rýchla zdravotná pomoc

RZP-S – Špecializovaná rýchla zdravotná pomoc (určená najmä na sekundárne prevozy)

ÚDZS - Úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou

VÚC - Vyšší územný celok

VZZS - Virtuálniková záchranná zdravotná služba

ZS – Záchranná služba

ZZ – Zdravotnícky záchranár

ZZS – Záchranná zdravotná služba



## Úvod

Práca v záchrannej zdravotnej službe (ZZS) je porovnaní s inými oblasťami poskytovania zdravotnej starostlivosti značne špecifická. Hoci je posádka ZZS v kontakte s pacientom a jeho blízkymi pomerne krátky čas, je to zároveň časový úsek, kedy je jej pacient najzraniteľnejší, situácia pre všetkých zúčastnených najmenej prehľadná a (minimálne z pohľadu volajúcich) najviac naliehavá. Takáto udalosť je pre mnohých z nich neočakávaná, neplánovali ju a nie sú na ňu pripravení. Navyše, pod vplyvom akútneho stresu z naliehavej situácie môže byť dočasne znížená ich obvyklá schopnosť koncentrácie, vybavovania si z pamäte, regulácie vlastných emócií či racionálneho uvažovania a konania. V každom prípade je ich situácia frustrujúca a o to viac očakávajú od privolanej posádky ZZS rýchle a účinné riešenie svojich ťažkostí. Ich predstavy o konkrétnej forme potrebnej pomoci sa však môžu od reálnych možností privolanej posádky ZZS viac alebo menej odlišovať.

Prichádzajúca posádka, na druhej strane, tiež vopred nevie, čo presne ju na mieste zásahu čaká. Prostredníctvom výzvy z operačného strediska dostáva len stručné informácie o adrese a type ťažkostí nastávajúceho pacienta. Jej klienti reprezentujú široké spektrum ľudí rôzneho veku a diagnóz, z každej vrstvy spoločnosti a každého typu prostredia. Členovia zasahujúcej posádky naisto nevedia ani to, nakoľko je pre nich samých situácia na mieste udalosti bezpečná. V danom čase a priestore sa musia spoliehať len sami na seba. Ich prácu môžu pritom komplikovať mnohé faktory – rozrušení svedkovia udalosti, ich domáci miláčikovia, ťažko dostupný terén, stiesnené alebo neprehľadné priestory, kolabujúca doprava, rozmary počasia, nedostatočné osvetlenie, nadmerný hluk, ale aj neviditeľné riziká v podobe nákazlivých ochorení, parazitov či nevypočítateľného správania pacienta alebo svedkov udalosti. Záleží od ich síl, motivácie, šikovnosti a vedomostí, ako rýchlo a ako dobre sa zorientujú v situácii, kvôli ktorej boli privolaní, nakoľko správne vyhodnotia informácie, ktoré takto získajú a či zvolené riešenie dokážu za daných podmienok spoločnými silami aj správne realizovať. Zručnosti, ktoré k tomu potrebujú, presahujú teoretické vedomosti z medicíny, popisované v učebniciach.

Každý nový výjazd ZZS predstavuje konfrontáciu týchto dvoch svetov so spoločným cieľom - pomôcť pacientovi. Mostom medzi nimi, ktorý umožňuje vzájomné pochopenie a spoluprácu je práve spoločná komunikácia.

Komunikácii s pacientom je obvykle venovaná pozornosť výskumníkov i pedagógov najmä v rámci poskytovania ambulantnej alebo ústavnej zdravotnej starostlivosti. V tomto smere je už aj na našom trhu dostupných viacero hodnotných textov a učebníc, určených

študentom či zdravotníckym profesionálom, prevažne na poli všeobecnej medicíny (napr. Ptáček, 2011; Morovicsová, 2014; Andrášiová & Bednařík, 2015), no možno nájsť aj publikácie, špecificky orientované na komunikáciu s pacientom v rámci záchranej zdravotnej služby (napr. Šeblová, 2011; Andršová, 2012; Guľašová, 2014; Gurňáková, 2021a). Potreby praxe vedú, najmä v zahraničí, k formulovaniu protokolov a vytváraníu špecifických tréningových programov v komunikácii, založených na princípoch, osvedčených v ostatných oblastiach medicíny.

Vedecký výskum komunikácie v kontexte práce ZZS sa zvyčajne koncentruje na priebeh výjazdov u špecifických typov pacientov alebo ich ochorení. Možno aj v dôsledku neobyčajne širokého spektra situácií, ktoré musí vo svojej praxi posádka ZZS riešiť, sa len málo štúdií pokúšalo popísať reálny priebeh a význam komunikácie s pacientom a jeho blízkymi v rámci výjazdov ZZS vo všeobecnosti. Hoci by sa pri pohľade na prehľad odbornej literatúry mohlo zdať, že odporúčani a postupov pre komunikáciu s pacientom a jeho blízkymi, vhodných aj pre aplikáciu v prostredí ZZS je už na svete dosť, miera ich aplikácie v reálnej praxi je značne variabilná.

Schopnosť objektívne posúdiť kvalitu vlastnej komunikácie samotnými zdravotníckymi profesionálmi, je bez spoľahlivých vedomostí a/alebo objektívnej spätnej väzby značne limitovaná. Rozdiely v ich komunikačných schopnostiach môžu psychológovia pozorovať napr. v simulovaných súťažných úlohách (napr. Gurňáková, 2013, 2020a). Aj keď takéto príležitosti dokážu spoľahlivo preveriť, nakoľko je posádka efektívnej komunikácie s pacientom a jeho blízkymi v priebehu zásahu schopná, nehovoria veľa o tom, do akej miery je aj motivovaná tieto schopnosti za bežných okolností, v reálnych situáciách využívať. Navyše, podobných vzdelávacích podujatí sa dobrovoľne zúčastňujú najmä tí najzapálenejší, najmotivovanejší predstavitelia ZZS. O spôsobe práce ich kolegov máme len málo informácií.

O tom, ako prebieha komunikácia zdravotníckych záchranárov a lekárov záchranej zdravotnej služby v bežnej realite, by vedeli najlepšie hovoriť samotní pacienti a ich blízki. Do istej miery to robia vtedy, keď zdieľajú svoje písomné poďakovania alebo sťažnosti. O zvýšených nárokoch na komunikačné zručnosti profesionálov nasvedčuje, žiaľ, aj rastúci počet konfliktov a útokov na posádky ZZS. Tieto konflikty, spolu s dlhodobým pracovným vypätím, pri nedostatku podpory, primeraného ocenenia a možností na regeneráciu, zrýchlených tempom odčerpávajú mnohým zdravotníkom chuť a energiu angažovať sa v starostlivosti o pacientov naplno. Ich únava, či už akútna alebo chronická, sa môže negatívnym spôsobom prejaviť aj na spôsobe komunikácie s pacientom. Na druhej strane,

schopnosť efektívnej, rešpektujúcej komunikácie s pacientom a jeho blízkymi predstavuje nástroj, ktorý dokáže zdravotníkom priebeh zásahu výrazne uľahčiť – zaistiť vlastnú bezpečnosť, nadviazať lepšiu spoluprácu, spoľahlivejšie definovať problém a dospieť k vhodnému riešeniu. Úspešné dosiahnutie spoločného cieľa – pomoci pacientovi - tak môže priniesť dobrý pocit pre obe strany – zasiahnutých i zasahujúcich.

Táto monografia bola napísaná s cieľom priblížiť význam, ktorý má kvalita komunikácie zdravotníckych záchranárov a lekárov ZZS s pacientom, jeho blízkymi alebo náhodnými svedkami na mieste zásahu, nie len z hľadiska teoretického, ale najmä z hľadiska jej aktérov - zdravotníckych profesionálov, ako aj osôb, zasiahnutých nepriaznivou udalosťou<sup>1</sup>.

Prvá kapitola teoretického vstupu do problematiky predstavuje komunikáciu s pacientom a jeho blízkymi ako jednu z netechnických (sociálnych a kognitívnych) zručností, ktoré sa ukazujú ako kľúčové aj pri analýze ľudských pochybení (nielen) v medicíne.

Druhá kapitola sumarizuje základné fakty o poslaní, organizácii a kritériách hodnotenia kvality činnosti záchranej zdravotnej služby, ako aj o úlohe Úradu pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou, ktorý je poverený prešetrovaním podnetov zo stany nespokojných prijímateľov zdravotnej starostlivosti.

Tretia kapitola sumarizuje doterajšie teoretické a empirické poznatky a odporúčania, týkajúce sa komunikácie s pacientom a jeho blízkymi tak v oblasti všeobecnej medicíny, ako aj priamo v ZZS.

Štvrtá kapitola predstavuje užšiu formuláciu výskumného problému, ktorý sme riešili v rámci troch pôvodných, vzájomne sa dopĺňajúcich kvalitatívnych výskumných štúdií.

Prvá z nich analyzuje význam komunikácie s pacientom a jeho blízkymi z hľadiska samotných pracovníkov záchranej zdravotnej služby. Bližšie popisuje konkrétne ciele, ktoré pri svojej komunikácii s osobami na mieste zásahu sledujú a jej princípy, s ktorými sa sami identifikujú.

Druhá štúdia predstavuje pohľad na význam komunikácie posádky ZZS s pacientom a jeho blízkymi z opačného konca – prostredníctvom analýzy potenciálnych príčin sťažností -

---

<sup>1</sup> Za osoby, zasiahnuté nepriaznivou udalosťou, považujeme okrem samotného pacienta tiež všetky ostatné osoby (rodinných príslušníkov, známych aj náhodných svedkov udalosti), ktoré boli svedkami náhleho zhoršenia zdravotného stavu alebo úmrtia pacienta a následného zásahu ZZS, pokiaľ ju prežívali ako obzväšť zaťažujúcu alebo kritickú.

reálnych podnetov na prešetrovanie kvality poskytnutej neodkladnej prednemocničnej zdravotnej starostlivosti - adresovaných Úradu pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou.

Tretia, záverečná štúdia, obsahuje detailnejšiu analýzu tých aspektov komunikácie a celkového správania posádok ZZS, ktoré jej pacienti, ich blízki alebo náhodní svedkovia udalosti rozlišujú, a od ktorých sa odvíja ich spokojnosť s kvalitou poskytnutej neodkladnej prednemocničnej zdravotnej starostlivosti.

Táto monografia je jedným z výstupov výskumného projektu VEGA 2/0070/18 „Kognitívne a sociálne zručnosti podporujúce kvalitu práce v posádkach záchranej zdravotnej služby“, riešeného na Ústave experimentálnej psychológie, v Centre spoločenských a psychologických vied, Slovenskej akadémie vied v Bratislave v období rokov 2018 - 2021.

Na jej vzniku sa svojou ochotou podeliť sa s nami o svoje skúsenosti priamo aj nepriamo podieľali mnohí, pre svoju prácu zapálení pracovníci ZZS; anonymní pacienti, ich blízki a náhodní svedkovia udalosti, ktorí mali osobnú skúsenosť so zásahom ZZS; ako aj viacerí pracovníci Úradu pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou, ktorí s nami s dôverou v zmyslupnosť tejto aktivity spolupracovali. Im všetkým patrí naša veľká vďaka.

Za cenné podnety a pripomienky, ktoré prispeli k väčšej prehľadnosti a zmyslupnosti tohto textu, srdečne ďakujeme našim odborným recenzentom Mgr., PaedDr. Erike Jurišovej, PhD. a Doc. PhDr. Luborovi Pilárikovi, PhD.

Za nezištnú podporu a pochopenie pri jeho písaní vďačíme tiež našim najbližším.

Bude nám ct'ou, ak si táto publikácia nájde svojich čitateľov nielen vo vedeckej obci, ale aj v radoch pracovníkov ZZS.

# 1. Význam netechnických zručností pre kvalitu poskytovanej zdravotnej starostlivosti

## 1.1 Netechnické zručnosti

Praktický význam takzvaných „mäkkých zručností“ (soft skills), medzi ktoré patrí aj komunikácia, bol prvýkrát detailne rozpoznaný pri vyšetovaní príčin závažných ľudských pochybení najmä v oblasti civilného a vojenského letectva, neskôr tiež v petrochemickom priemysle, námorníctve, jadrovej energetike, v práci polície, požiarnikov a časom tiež v medicíne (Zsombok & Klein, 1997). V protiklade k odborným, technickým vedomostiam, (ktoré sa dovtedy považovali za najdôležitejší predpoklad efektívneho fungovania v povolaniach s vysokým rizikom strát, nízkou toleranciou chýb, kde pôsobí časový tlak, neistota, v dynamicky sa meniacich podmienkach prostredia a pri meniacich sa cieľoch), boli nazvané ako **netechnické zručnosti** (non-technical skills; NTS). Tento pojem má zahŕňať všetky ostatné „kognitívne, sociálne a osobnostné zdroje zručností, ktoré dopĺňajú technické zručnosti a prispievajú k bezpečnému a efektívnemu plneniu úloh“ (Flin et al., 2008, s. 12).

Nejde o stabilné osobnostné črty, ale skôr o zručnosti, ktoré sa rozvíjajú praxou. Sú to tie zručnosti, ktoré odlišujú skúsených praktikov od nováčikov a expertov zase od skúsených praktikov. Ukázalo sa, že toto ťažko uchopiteľné „know how“ možno cielene rozvíjať. Postupne začali vznikať metódy pre jeho rozpoznávanie a tréning. Skúsenosti z tréningových programov, získané pôvodne v rámci prípravy letcov, boli postupne zavádzané aj do prípravy iných profesií.

V oblasti poskytovania zdravotnej starostlivosti vzniklo niekoľko meracích nástrojov a programov pre rozvoj NTS. Spoločne vychádzali z prístupu riadenia ľudských zdrojov známeho pod skratkou CRM (Crew Resource Management), ktorý sa od roku 1979 rozvíjal v rámci leteckého priemyslu (pôvodne v NASA). Ide o súhrn princípov riadenia bezpečnosti a tréningových intervencií pre zvyšovanie NTS personálu navrhnutých tak, aby redukovali výskyt ľudských pochybení (Gaba et al., 2001; O'Connor et al., 2008). V medicíne bol medzi prvými zavedený systém ANTS (Anesthetists' Non-Technical Skills) pre hodnotenie NTS anesteziológov (Fletcher et al., 2003); nasledoval systém NOTTS (Non-Technical Skills for Surgeons) pre hodnotenie NTS chirurgov (Yule et al., 2009), a ďalej systém SPLINTS (Scrub Practitioners' List of Intraoperative Non-Technical Skills) pre hodnotenie NTS technických pracovníkov a zdravotných sestier na operačných sálach (Flin et al., 2014). Vznikli tiež niektoré nástroje pre hodnotenie NTS na úrovni špecifických tímov alebo ich častí – napr.

Observational Team-work Assessment for Surgery (Hull et al., 2010) alebo OSCAR - Observational Skill-based Clinical Assessment Tool for Resuscitation (Walker et al., 2011).

V rámci urgentnej medicíny vyšli iba čiastkové štúdie, zaoberajúce sa vybranými aspektmi NTS zdravotníckych záchranárov. Práca Kilnera (2004) vyhodnocovala názory expertov na kľúčové charakteristiky pracovníkov ZZS, medzi ktorými dominovala „intelektuálna schopnosť interpretácie klinických údajov“, analogická konceptu situačného uvedomovania. Situačného uvedomovania zdravotníckych záchranárov sa týkali tiež štúdie Smitha et al. (2013), Hamida et al. (2009), Batchelder et al. (2009) a Campeua (2009). Klinické rozhodovanie zdravotníckych záchranárov v priebehu riešenia dvoch simulovaných úloh, charakterizoval Jensen (2010) ako spojnicu medzi intuitívnym rozhodovaním zdravotných sestier a analytickým procesom uvažovania lekárov. Nevylučoval sa však k behaviorálnym markerom jednotlivých spôsobov rozhodovania. Podľa expertov v Kilnerovej štúdi (2004) sú pre úspech v poskytovaní neodkladnej prednemocničnej zdravotnej starostlivosti kľúčové schopnosti vedenia tímu a tímovej spolupráce. Ich jednotlivé aspekty sledovali Batchelder et al. (2009) a von Wyl et al. (2009). Scott et al. (2003) zistil, že pri odovzdávaní pacienta s traumou lekárovi urgentného príjmu v nemocnici, si lekári dokázali zapamätať od 30 – 45% informácií poskytovaných zdravotníckym záchranárom v závislosti od toho, či sa týkali už urobených intervencií v rámci prednemocničnej zdravotnej starostlivosti, pacientovho zdravotného stavu alebo mechanizmu úrazu. Hoci nedokázal replikovať výsledky austrálskej štúdie Walkera (1995, in Scot et al. 2003), v ktorej bol preukázaný efekt detailného odovzdávania informácií o pacientovi na zrýchlenie a skvalitnenie procesu starostlivosti o pacienta, ich štúdia upozornila na ďalšiu potrebu rozvoja komunikačných zručností zdravotníckych záchranárov. Ojedinele sa vyskytli tiež pokusy o komplexné hodnotenie NTS v špecifických situáciách: Andersen et al. (2010) hodnotil NTS lekárov a sestier poskytujúcich resuscitáciu, práca Flowerdewa et al. (2012) sledovala NTS lekárov na urgentnom príjme a štúdia Myersovej et al. (2016) klasifikovala NTS príslušníkov leteckej záchranej služby (AeroNOTS, Aeromedical non-technical skills).

Hoci sa základné kategórie netechnických zručností môžu na vyššej úrovni abstrakcie medzi rôznymi povolaniami zhodovať, mechanické aplikovanie ich zoznamov z iných špecializácií sa neodporúča (Flin et al., 2008), pretože základné elementy a behaviorálne markery jednotlivých NTS sú v každej oblasti špecifické. Ich rozvoj je v rámci urgentnej medicíny na Slovensku a v Čechách podporovaný najmä prostredníctvom tréningov, cvičení a súťaží pre študentov i profesionálov, založených na riešení realisticky simulovaných problémových situácií (Smolková, 2010; Veselá, 2021a). V posledných rokoch sa rozvíjajú

tiež centrá pre simulačnú výčbu medicíny. Pozitívny efekt tohto typu učenia na odbornú (technickú) i netechnickú úroveň podávaného výkonu zdravotníckych profesionálov je evidentný (Gurňáková & Gröpel, 2019a, b). Hoci si význam NTS mnohí medicínski experti na poli urgentnej medicíny uvedomujú, obvykle sa necítia oprávnení podrobnejšie hodnotiť psychologické aspekty, resp. behaviorálne charakteristiky výkonu svojich kolegov a túto službu očakávajú skôr od psychológov.

**Schopnosť adekvátnej komunikácie s pacientom**, jeho blízkymi a ďalšími osobami na mieste zásahu, ktorá je predmetom tejto publikácie, predstavuje len jednu z viacerých netechnických zručností, dôležitých pre úspešný priebeh zásahu ZZS.

Okrem samotnej schopnosti komunikácie s pacientom medzi ostatné NTS, ktorým sa v tejto monografii bližšie nevenujeme, patrí tiež situačné uvedomovanie, rozhodovanie, vedenie tímu a tímová kooperácia, ako aj schopnosť zvládania stresu a únavy.

**Situačné uvedomenie** predstavuje schopnosť vytvorenia adekvátneho mentálneho modelu aktuálnej situácie, na základe a) zberu informácií, rozpoznaní a zamerania pozornosti na jej kľúčové aspekty; b) správnosti ich porozumenia a interpretácie; c) predvídania budúceho vývoja situácie (Endsley & Garland, 2000; Flin et al., 2008). Adekvátne situačné uvedomenie je nevyhnutným základom pre správne rozhodovanie a výkon. Význam tejto zručnosti v kontexte práce ZZS popísal Sedlár (2021a, b).

**Rozhodovanie** označuje schopnosť urobiť také rozhodnutie, alebo zvoliť taký smer konania, ktorý zodpovedá potrebám aktuálnej situácie. Pozostáva zo 4 hlavných komponentov: a) hodnotenia situácie (definovania problému); b) generovania a zvažovania jednej alebo viacerých možností reagovania; c) výberu a implementácie zvolenej možnosti; d) zhodnotenia výsledku. Ide predovšetkým o rozhodnutia personálu prvej línie vykonané na operačnej, nie strategickej či taktickej úrovni (podrobnejšie vid'. Klein, 1998; Montgomery et al., 2005). V rámci rozhodovania v ZZS sú nevyhnutné schopnosti holistického zhodnotenia širokej palety podnetov a informácií, uskutočňovanie množstva rozhodnutí, ktoré sa týkajú zdravia a bezpečnosti tak pacienta, ako aj členov posádky, pričom je potrebné zohľadňovať všetky relevantné odporúčané štandardizované postupy (Sedlár, 2020).

Schopnosť **tímovej kooperácie** reprezentuje schopnosť jednotlivca adaptívne a efektívne spolupracovať s inými členmi skupiny na spoločných úlohách za účelom dosiahnutia spoločného cieľa. Kľúčovými zložkami tejto zručnosti je schopnosť a) podporovať ostatných členov tímu; b) riešiť konflikty; c) vymieňať si informácie a d) koordinovať aktivity (Flin et al., 2008; Hackman, 2002; West, 2004;).

Schopnosť **vedenia tímu** zahŕňa schopnosť a) používať autoritu, pokiaľ je to nevyhnutné; b) zabezpečiť dodržiavanie štandardov; c) plánovať; d) určovať priority a e) efektívne riadiť pracovnú záťaž a f) zdroje skupiny alebo tímu (Day et al., 2004). Praktický význam a možnosti rozvoja schopností vedenia tímu a tímovej kooperácie v práci ZZS podrobnejšie popísali Veselá (2021b; Gurňáková & Veselá, 2021).

Jednotlivé netechnické zručnosti sú vzájomne prepojené a navzájom sa ovplyvňujú. Napríklad schopnosť rozhodovania pracovníkov ZZS závisí do istej miery tiež od ich schopnosti porozumieť a regulovať vlastné emócie, ako aj od úrovne ich sebahodnotenia a vnímanej efektivity zvládať náročné situácie (Sedlár & Gurňáková, 2020). **Schopnosti zvládania stresu a únavy** sa spolu s komunikačnými zručnosťami, považujú za faktor implicitne prítomný v prejavoch a hodnotení všetkých ostatných netechnických zručností (Shields & Flin, 2012). Keďže komunikačným zručnostiam u pracovníkov ZZS je venovaná celá táto monografia, na tomto mieste predstavíme bližšie len význam schopnosti zvládania únavy, stresu a regulácie emócií.

Pracovníci ZZS si pojem únavy spájajú predovšetkým s nedostatočným spánkom v priebehu služby a mimo nej, s vysokou pracovnou záťažou či frustráciou z neindikovaných výjazdov. Viacerí si uvedomujú jej negatívny efekt na ich schopnosť koncentrácie a zvýšené riziko pochybení. Individuálne spôsoby zvládania únavy, ktoré využívajú pracovníci ZZS, zahŕňajú sebastimulačné aktivity, vedomú snahu udržiavať si relevantné situačné uvedomovanie a cieľnú reguláciu spánku v rámci nočnej služby alebo úpravu spánkového režimu mimo služby (Uhrecký, 2021). Pre **reguláciu vlastných emócií** v akútnej záťaži v priebehu zásahu, využívajú zdravotnícki záchranári, okrem iného, najčastejšie stratégie zúženia pozornosti (tzv. tunelové videnie) a emočného odstup (t.j. zaujatie vzdialenej perspektívy od svojho emočného prežívania) (Uhrecký et al, 2020). Hoci postupy zvládania únavy, stresu a regulácie emócií - rovnako ako ostatné netechnické zručnosti - možno efektívne trénovať, schopnosť ich aplikácie v náročných situáciách závisí do veľkej miery aj od aktuálnej psychickej a fyzickej kapacity jednotlivca, ktorú ovplyvňuje tiež množstvo pracovnej záťaže a dostupné možnosti pre regeneráciu. Podľa Sedlára (2021b) pracovníci ZZS s nižšou úrovňou prežívaného stresu a únavy dosahujú lepšiu úroveň situačného uvedomovania, čo podporuje ich vigilanciu, ktorá predstavuje prirodzenú obranu voči rizikovému správaniu. Za rizikové, resp. nie-bezpečné správanie, napr. nedodržiavanie preventívnych opatrení, odklon od odporúčaných postupov, skratkovité konanie; sa považuje také správanie, ktoré vedie k vyššiemu výskutu incidentov, ohrozujúcich bezpečnosť pacientov i samotných profesionálov zo ZZS (Sedlár, 2021b).



## 1.2 Pochybenia pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti

Jedným zo základných princípov medicínskej praxe, ktorým by sa mali riadiť zdravotníci na celom svete, je zásada „Primum non nocere“ – Predovšetkým neškodiť.

Niet pochyb o tom, že väčšina osôb, ktoré sa rozhodli zasvätiť svoj profesionálny život poskytovaniu zdravotnej starostlivosti má (alebo minimálne niekedy mala) za cieľ pacientom pomáhať. Lenže aj zdravotníci sú iba ľudia, s limitovanou kapacitou fyzických i psychických síl a schopností, na ktorých sú dlhodobo kladené vysoké, niekedy až enormné nároky. Veľká zodpovednosť, neustály tlak na výkon pri nízkej dostupnosti podporujúcich zdrojov, počnajúci príležitosťami na efektívny tréning, kontinuálne vzdelávanie, technické a personálne zabezpečenie, materiálne vybavenie, možnosti regenerácie, až po neadekvátne odmeňovanie, vytvárajú prostredie, v ktorom sa zvyšuje riziko, že k úmyselnému i neúmyselnému poškodzovaniu pacientov dôjde.

Prisúdiť zodpovednosť za pochybenie jednotlivcovi alebo systému nie je jednoduché ani jednoznačné. Zdravotníci sa dopúšťajú chýb tak v dôsledku objektívnych faktorov (nedokonalosť medicínskej vedy, pracovných podmienok, či zložitost' systému), ako aj v dôsledku subjektívnych faktorov (nedostatok vedomostí, nedbalosť) (Stoyanova et al., 2012).

Pokiaľ v spoločnosti dominuje **kultúra viny**, v ktorej sú pochybenia pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti škandalizované a ostro sankcionované, pričom sú ich „vinníci“ verejne osočovaní až dehumanizovaní, vytvára na zdravotníckych profesionálov až kontraproduktívny tlak. Podľa štúdie Hilfikera (1984), zdravotníci pod týmto tlakom častejšie reagujú na svoje vlastné pochybenia hnevom, pocitom viny, defenzívnym správaním alebo naopak obviňovaním ostatných členov tímu či pacienta. Nespracované negatívne emócie v dôsledku vlastného pochybenia vedú u zdravotníkov k hlbokým osobným zraneniam, syndrómu vyhorenia alebo vytváraniu závislostí na alkohole či iných drogách. Kultúra obviňovania bráni tomu, aby bola skúsenosť s vlastným pochybením otvorene zdieľaná s ostatnými kolegami a následne konštruktívne zužitkovaná. Chyba sa tak nestáva prostriedkom učenia a ďalšieho odborného rastu, ale skôr prostriedkom frustrácie a demotivácie zdravotníka. Naopak, emočná podpora pre chybujúcich zdravotníkov zo strany poverených inštitúcií, by mohla povzbudiť ich morálnu odvahu chybu priznať a podeliť sa o svoj príbeh. Otvorené zdieľanie vlastných pochybení, by umožnilo spoľahlivú analýzu ich skutočných príčin, návrh a implementáciu opatrení, ktoré by vznik podobných pochybení

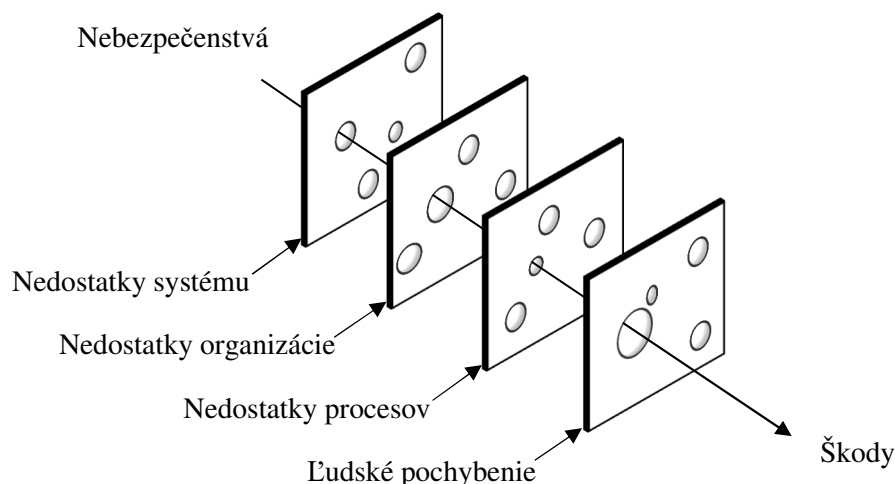
v budúcnosti eliminovali, ale aj spravodlivé odškodnenie pacientov, ktorí boli touto udalosťou poškodení (podrobnejšie vid'. Kaššaiová, 2019).

V oblasti medicínskych pochybení sa rozlišujú

- Nežiadúce udalosti (adverse events) – zdravotné poškodenie spôsobené skôr medicínskym zásahom ako pôvodným stavom pacienta
- Takmer-pochybenia (near-misses) – incidenty, ktoré nevyústili do poškodenia pacienta, ale mali taký potenciál
- Pochybenia (errors) – neúmyselné akty, napr. zvolenie nesprávneho postupu pre dosiahnutie cieľa alebo nesprávne realizovanie zvoleného plánu. (Fairbanks et al. 2008)

Poškodzovanie pacienta zdravotníckym personálom môže mať charakter psychický (napr. neadekvátne informovanie o budúcej prognóze ochorenia), somatický (napr. nadbytočné vyšetrenia, neadekvátna liečba) alebo kombinovaný (Mareš et al., 2002).

Príčiny, ktoré k poškodzovaniu pacientov vedú, môžu spočívať jednak na strane konkrétneho jednotlivca, nedostatkov systému ako aj na strane spoločnosti. Z hľadiska prevencie pochybení sa vo svete osvedčil skôr **systemový prístup** k hodnoteniu príčin zlyhania ľudského faktora (National Patient Safety Foundation; 2015). Princíp jeho fungovania znázorňuje **model švajčiarskeho deravého syra** (obr. 1.1)



**Obrázok 1.1** Model švajčiarskeho deravého syra (podľa Reason, 2000; doplnené o príklady pomenovania jednotlivých vrstiev)

Podľa tohto modelu je zlyhanie jednotlivca obvykle konečným dôsledkom viacerých, na seba nadväzujúcich nedostatkov v rôznych úrovniach celého systému poskytovania zdravotnej starostlivosti, nie je teda výhradnou zodpovednosťou konkrétneho jednotlivca (Flin et al., 2008). Ak dôjde napr. k zámene dvoch liečiv, ktoré sú balené v podobnom obale, zdravotníkom, ktorý je vyčerpaný z veľkého počtu nadčasov a nočných služieb, v dôsledku nedostatku personálu a vôbec financií v zdravotníctve, problém sa nevyrieši exemplárnym potrestaním konkrétneho človeka, pretože v podobnej situácii sa môže čoskoro ocitnúť ktorýkoľvek z jeho kolegov, ale skôr zavádzaním opatrení, eliminujúcich opakovaný vznik podobnej udalosti – napr. zmenou spôsobu označovania či skladovania ľahko zameniteľných liečiv (Gurňáková & Veselá, 2021).

Iný uhol pohľadu na príčiny **individuálnych pochybení** zdravotníkov predstavuje Mareš et al. (2002). Patria k nim:

- a) príčiny na strane koncepcie zdravotníckeho systému;
- b) v jeho neadekvátnom materiálnom zabezpečení;
- c) v nekompetentnosti;
- d) nedbalosti;
- e) nevhodnej motivačnej orientácii jednotlivca;
- f) v psychickom opotrebovaní (resp. vyhorení) jednotlivca;
- g) alebo v úmyselnom konaní jednotlivca voči niektorým typom pacientov.

Obe tieto koncepcie sa vzájomne prelínajú. Kým prvé dva body sa vzťahujú k charakteristikám systému poskytovania zdravotnej starostlivosti (jeho štrukturálnym indikátorom kvality), nasledujúcich 5 zdrojov pochybení môže byť do veľkej miery dôsledkom syndrómu vyhorenia, v systéme, ktorého pracovné podmienky jeho vznik podporujú. Prisúdiť však mechanicky celú zodpovednosť za všetky pochybenia nedostatkom systému by nebolo adekvátne. Jednotlivci v zle fungujúcom alebo navrhnutom systéme, môžu robiť chyby, ale hľadanie systémových chýb každom prípade ľudského pochybenia môže byť tiež zavádzajúce. Namiesto prístupu „bez zavinenia“ zo stany jednotlivca sa preto postupne presadzuje pohľad na **kultúru spravodlivosti**, v ktorej sú za chybu zodpovední tak jednotlivci, ako aj systém (Wachter, 2013). Organizáciám sa odporúča, aby podporovali udržiavanie kompetencií svojich zamestnancov, zabezpečovali dodržiavanie kvality, vyvíjali systémy pre reportovanie nežiaducich udalostí, pochybení a takmer-pochybení, aby zdravotníkov po nepriaznivých udalostiach a chybách podporovali a vyvíjali tiež spôsoby kompenzácie poškodených pacientov (Bell et al., 2011; in Kaššaiová, 2019)

K chybám prirodzene dochádza aj pri poskytovaní neodkladnej prednemocničnej zdravotnej starostlivosti prostredníctvom záchranej zdravotnej služby (ZZS). Ako uvádza Dobiáš (2021), žiadna iná oblasť medicíny nezahŕňa takú kombináciu nepriaznivých faktorov, ako je nedostatok včasných informácií, časový tlak, nedostatok techniky a ľudí, ani takú diagnostickú neistotu ako urgentná medicína. Pracovníci ZZS sa musia rozhodovať v časovej, informačnej, diagnostickej a farmakologickej núdzi. Potrebujú sa pritom rozhodovať rýchlo, ešte skôr ako majú k dispozícii dostatok potrebných informácií pretože vedia, že rýchle a nie optimálne rozhodnutie je často lepšie a efektívnejšie ako rozhodnutie absolútne správne, podporené všetkými potrebnými faktami, ale oneskorené. V tejto dileme sú často osamotení a zraniteľní. Nie je žiadna možnosť schovať sa za kolektív oddelenia a nemocnice, lebo každá minúta ich času je presne dokumentovaná. Dobré výsledky sú samozrejmosťou, omyly sa neodpúšťajú.

Podľa Hobgooda et al. (2004; 2006) až 45% záchranárov priznávalo nejakú formu pochybenia za posledný rok. Fairbanks et al. (2008) prostredníctvom etnografického prístupu určil potenciálne príčiny v pozadí 63 nežiaducich udalostí u poskytovateľov ZZS ako klinické usudzovanie (33%), zručnosti (21%), medikácia (15%), smerovanie (5%), iné príčiny (5%). Popisuje tiež chyby v rámci špecifických aktivít – napr. pri zavádzaní endotracheálnej trubice, stanovovaní diagnózy, matematických výpočtoch a medikácii.

Konstruktívny a proaktívny prístup k analýze pochybení v ZZS komplikujú podľa tohto autora viaceré prekážky (Fairbanks et al., 2008):

- Kultúra strachu, viny, potrestania a hanby
- Neistota ohľadne toho, čo sa považuje za pochybenie a aké budú jeho dôsledky
- Obavy z trestno-právnych dôsledkov – odrádzajúce od proaktívneho hlásenia chýb a zhoršujúce kvalitu vzťahov – obviňovanie medzi inštitúciami
- Malá ochota reportovať nežiaduce udalosti
- Nedostatočná štandardizácia - rozdiely v príprave, vybavení, v prostredí, postupoch
- Nedostatočné dodržiavanie štandardov
- Suverénosť a strach zo zlyhania
- Neochota žalovať na kolegov
- Obviňovanie iných skupín – externá atribúcia chýb.

Všetky tieto faktory možno registrovať aj v našich podmienkach. Ucelený systém pre hodnotenie kvality v ZZS, ktorý by hodnotil „cestu pacienta“ od momentu vzniku tiesňovej situácie až po prepustenie z nemocnice, resp. hodnotenie jeho zdravotného stavu po tridsiatich

dňoch alebo jednom roku na Slovensku absentuje (Karaš & Havlíková, 2015). Keďže ZZS prevádzkujú na Slovensku viaceré, navzájom si konkurujúce súkromné i štátne organizácie (v súčasnom období je ich podľa údajov OS ZZS SR 13), spôsoby akými sa snažia hodnotiť a zlepšovať kvalitu nimi poskytovanej prednemocničnej zdravotnej starostlivosti (PNS) sú individuálne a verejne dostupné dáta o charaktere a výskyte prípadných nedostatkov sú skôr vzácnosťou. Všeobecne platné sú pre činnosť ZZS najmä pravidlá ohľadne jej štruktúry – zákonov, vyhlášok o organizácii ZZS, priestorovom vybavení, materiálno-technickom vybavení, personálnom vybavení, kvalifikovanosti personálu, sieti staníc a operačnom riadení ZZS a pod. Na národnej úrovni je ako jeden zo základných indikátorov kvality poskytovanej PNS sledovaný napr. dojazdový čas posádok Operačným strediskom ZZS SR. Pre hodnotenie kvality klinických postupov sú k dispozícii niektoré štandardy (odporúčania) Ministerstva zdravotníctva pre manažment vybraných ochorení. Slabinou je však podľa Karaša a Havlíkovej (2015) chýbajúci prehľad reálnej implementácie existujúcich odporúčaní, nedostatočné zbieranie dát a výstupov na celoštátnej úrovni napr. v podobe špecializovaných registrov. Niektoré ukazovatele kvality, týkajúce sa bezpečnosti pacientov, sleduje Úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou (ÚDZS). Činnosti tohto úradu, spolu s poslaním, spôsobom organizácie a hodnotenia kvality v ZZS sa budeme venovať v nasledujúcej kapitole.

## 2. Organizácia záchranej zdravotnej služby v Slovenskej republike

### 2.1 Poslanie a špecifiká činnosti ZZS

Poslaním ZZS v Slovenskej republike je podľa zákona (Čl. I, §1 zákon č. 579/2004 Z.z.) poskytovanie *neodkladnej zdravotnej starostlivosti*. Za neodkladnú zdravotnú starostlivosť sa „považuje zdravotná starostlivosť poskytovaná osobe pri náhlej zmene jej zdravotného stavu, ktorá bezprostredne ohrozuje jej život alebo niektorú zo základných životných funkcií, bez rýchleho poskytnutia zdravotnej starostlivosti môže vážne ohroziť jej zdravie, spôsobuje jej náhlu a neznesiteľnú bolesť alebo spôsobuje náhle zmeny jej správania a konania, pod ktorých vplyvom bezprostredne ohrozuje seba alebo svoje okolie... “. (Zákon 576/2004 Z. z.). Cieľom zdravotnej starostlivosti má byť predĺženie života fyzickej osoby, zvýšenie kvality jej života a zdravý vývoj budúcich generácií. Jej súčasťou je tiež prevencia, diagnostika a liečba pacienta (tamže).

Z odborného – medicínskeho hľadiska, musí byť liečba v súlade so súčasnými poznatkami medicíny založenej na dôkazoch (Evidence Based Medicine), ktoré zvyšujú pravdepodobnosť najvhodnejšieho spôsobu vyliečenia pacienta. Z etického hľadiska by zdravotná starostlivosť mala byť poskytovaná humánne a s rešpektom, vrátane psychosociálnej podpory, ak je potrebná. Keďže potreba a druh urgentnej starostlivosti sa dajú vopred len ťažko predvídať, mali by byť zdroje, personál aj jeho vzdelanie dostatočné, na pokrytie celého spektra najrôznejších stavov a situácií. Podľa Dobiáša (2021), zdravotnícky pracovník na poli urgentnej medicíny musí zabudnúť na vníkanie do hĺbky problematiky, nakoľko spektrum diagnóz a pacientov, ku ktorým je ZZS vysielaná, je veľmi široké. Od pôvodného určenia ZZS pre riešenie stavov bezprostredne ohrozujúcich život alebo zdravie pacienta, sa jej poslanie v priebehu posledných rokov v dôsledku starnúcej populácie, ako aj v dôsledku nedostatkov na ostatných stupňoch systému poskytovania zdravotnej starostlivosti, rozšírilo aj o požiadavky na riešenie dlhodobých, chronických alebo menej závažných zdravotných ťažkostí. Vzástol dopyt po výjazdoch ku geriatrickým a onkologickým pacientom, pribudli pacienti s poruchami psychiky (neurózy, psychózy), pacienti z marginalizovaných skupín obyvateľstva (bezdomovci, neprispôsobivé osoby), ako aj pacienti, ktorí sú obeťou vlastných toxikománií (tamže).

Do štruktúry výjazdov od začiatku roka 2020 zasiahla aj pandémia ochorenia COVID-19 a jej dôsledky, ktorých vplyv doposiaľ nie je komplexne vyhodnotený. Už na základe výročnej správy OS ZZS SR za rok 2020 možno konštatovať, že potreba efektívneho

hospodárenia s obmedzenými zdrojmi, akými voľné posádky ZZS bezpochyby sú, viedla ku zmenám v spôsobe rozhodovania o vysielaní posádok k jednotlivým typom ťažkostí. Potreba chrániť pred nákazou personál v prvej línii a používať dovedy menej obvyklé osobné ochranné pracovné prostriedky, predĺžila dojazdové časy posádok, trvanie a do istej miery aj priebeh výjazdov a vytvorila tiež nové fyzické bariéry pre bezprostredný kontakt s pacientom a jeho blízkymi. Pribudli nové typy výjazdov nielen v dôsledku závažného priebehu ochorenia, ale aj v dôsledku s ním súvisiacich následných komplikácií. Ignorovanie preventívnych opatrení, zavádzajúce informácie a žiaľ aj stále častejšie verbálne ataky zo strany niektorých osôb, ktorým bola zdravotná starostlivosť poskytovaná, spolu s rastúcou únavou a obavami o vlastné zdravie a zdravie vlastných blízkych, viedli u mnohých pracovníkov ZZS k negatívnym zmenám v ich vzťahu k práci a pacientom (Gurňáková, 2021b). Práca v ZZS však bola náročná aj predtým.

Na rozdiel od zdravotníkov v nemocnici, pracovníci ZZS prichádzajú s pacientmi a ich blízkymi do kontaktu oveľa bližšie tak po fyzickej, ako aj po psychologickej stránke. Na očiach verejnosti, v neznámom prostredí, v krátkom čase a bez podpory veľkého kolektívu skúsenejších kolegov, si musia vystačiť len s tými nástrojmi, ktoré si na adresu prinášajú so sebou – či už v sanitke, v rukách alebo vo vlastnej hlave. Úzke zameranie sa na pôvodne nahlásený problém pacienta vždy nestačí. Pri cielenej anamnéze nesmú zabudnúť na nič dôležité, no z dôvodu časovej tiesne, potrebujú vynechať menej významné fakty. Na vyšetrenie pacienta môžu využiť len vlastný úsudok, zmyslové orgány, tlakomer, EKG, pulzový oxymeter, glukomer a fonendoskop. Výsledky zložitejších vyšetrení obvykle nie sú k dispozícii. Líšia sa tiež možnosti farmakologickej liečby, pre ktoré ich klienti nemajú vždy pochopenie. Ak problém pacienta v teréne spoľahlivo vyriešiť nedokážu, potrebujú vybrať optimálne zdravotnícke zariadenie, v ktorom ho odovzdajú kolegom spolu s referátom o priebehu ich zásahu (Dobiáš, 2021).

## 2.2 Organizácia činnosti ZZS

Posádky ZZS zabezpečujú predovšetkým takzvané **primárne výjazdy** (výjazdy, počas ktorých sa poskytuje prvotná zdravotná starostlivosť, teda posádka ZZS je prvým kontaktom), ale tiež **sekundárne zásahy**, čiže prevozy medzi ústavnými zdravotníckymi zariadeniami (medziklinický transport). Ide najmä o prevoz na pracovisko vyššieho typu (Havlíková, 2018).

Na Slovensku poskytujú neodkladnú prednemocničnú zdravotnú starostlivosť v nepretržitej pohotovosti (okrem 7 ambulancií vrtuľníkovej záchrannej zdravotnej služby –

VZZS) nasledujúce **typy pozemných ambulancií**, z ktorých každá má predpísané personálne zabezpečenie:

- **188 ambulancií rýchlej zdravotnej pomoci (RZP)**. Tvoria ju dvaja členovia v zložení zdravotnícky záchranár a vodič ambulance, prípadne dvaja zdravotnícki záchranári;
- **47 špecializovaných ambulancií rýchlej zdravotnej pomoci (RZP-S)**, určených najmä na tzv. sekundárne prevozy medzi nemocnicami;
- **86 ambulancií rýchlej lekárskej pomoci (RLP)**. Je zložená z 3 členov: lekár so špecializáciou urgentná medicína, anestéziológia a intenzívna starostlivosť (prípadne s inou špecializáciou); zdravotnícky záchranár a vodič ambulance, prípadne lekár a dvaja zdravotnícki záchranári; Niektoré ambulance RLP slúžia ako *ambulancia rýchlej lekárskej pomoci/mobilná intenzívna jednotka (RLP/MIJ)*. V porovnaní s predošlým typom je doplnená o inkubátor (Havlíková, 2018; doplnené o údaje zo stránky <https://155.sk/ako-funguje-zzs/>).

Na výkon odbornej pracovnej činnosti zdravotnícky záchranár sa vyžaduje buď vysokoškolské vzdelanie v študijnom odbore urgentná zdravotná starostlivosť, vyššie odborné vzdelanie v študijnom odbore diplomovaný zdravotnícky záchranár alebo úplné stredné odborné vzdelanie v študijnom odbore zdravotnícky záchranár (Ministerstvo zdravotníctva SR).



**Tabuľka 2.1** Porovnanie celkového počtu volaní na tiesňovú linku ZZS, počtu a typov výjazdov ZZS na celom území SR (podľa údajov Výročných správ OS ZZS SR za roky 2019 a 2020)

| Rok  | 2019                | 2020                |
|--|---------------------|---------------------|
| Počet volaní na LTV (Linka tiesňového volania)                           | 813 812             | 835 308             |
| Počet zásahov ZZS (Záchranná zdravotná služba)                           | 607 335             | 554 767             |
| Zásahy VZZS (Vrtuľníková záchranná zdravotná služba)                     | 2 215               | 1 783               |
| Primárne zásahy pozemnými ambulanciami                                   | 558 695             | 508 618             |
| Sekundárne zásahy pozemnými ambulanciami (medziklinický transport)       | 46 425              | 44 344              |
| Kritické stavy<br>(% podiel z celkového počtu primárnych zásahov)        | 13 310<br>(2,38%)   | 22 881<br>(4,49%)   |
| Naliehavé stavy<br>(% podiel z celkového počtu primárnych zásahov)       | 183 624<br>(32,80%) | 142 902<br>(28,03%) |
| Menej naliehavé stavy<br>(% podiel z celkového počtu primárnych zásahov) | 362 880<br>(64,82%) | 343 942<br>(67,47%) |
| Odkladné stavy – riešené telefonickou konzultáciou na LTV 155            | 101 448             | 145 069             |

Na linku integrovaného záchranného systému 112, alebo priamo na linku tiesňového volania ZZS 155 (LTV) môže zavolať každý, kto sa domnieva, že by mohlo byť vážne ohrozené zdravie alebo život, jeho samého alebo inej osoby, a nedokáže v danej situácii riešiť tento problém iným spôsobom. O tom, v akom zložení a či vôbec bude ku konkrétnemu prípadu vyslaná posádka ZZS nerozhoduje volajúci, ale kvalifikovaný **zdravotnícky operátor Operačného strediska ZZS SR**, ktorý jeho volanie na tiesňovú linku 155 prijíma.

Posádka ZZS je vyslaná na primárny výjazd k pacientovi, pokiaľ tak rozhodne zdravotnícky operátor na základe zhodnotenia aktuálneho stavu pacienta, o ktorom bol telefonicky informovaný samotným pacientom, jeho blízkym, alebo náhodným svedkom udalosti. Priemerný **dojazdový čas**, teda čas od udelenia pokynu na výjazd zasahujúcej posádke ZZS po jej príchod k pacientovi, dosahuje pri primárnych zásahoch pozemných ambulancií ZZS u posádok RLP cca 11 minút, u posádok RZP cca 13 minút (OS ZZS SR, 2020). Súčasťou spracovania tiesňovej výzvy operátorom je určenie **priority naliehavosti** zásahu ambulancie ZZS, ktorá odzrkadľuje predpokladanú závažnosť stavu pacienta a charakteru udalosti:

**K – kritický stav** – zlyhaná niektorá zo základných životných funkcií vplyvom náhleho ochorenia alebo úrazu – život ohrozujúci stav s vysokou pravdepodobnosťou úmrtia bez zásahu (napr. ťažký úraz, zastavenie dýchania a obehu);

**N – naliehavý stav** – bezprostredné riziko zlyhania niektorej zo základných životných funkcií vplyvom náhleho ochorenia alebo úrazu – stav, ktorý s vysokou pravdepodobnosťou môže vyústiť do závažného postihnutia zdravia bez rýchlo poskytnutej liečby (napr. akútne koronárny syndróm, náhla cievna mozgová príhoda);

**M – menej naliehavý stav** – možné riziko zlyhania niektorej zo základných životných funkcií alebo poškodenie zdravia vplyvom náhleho ochorenia alebo úrazu – stav, ktorý má nízku pravdepodobnosť prechodu do zhoršenia alebo rozvoja komplikácií (napr. zlomenina ruky);

**O – odkladný stav**, pri ktorom počas volania neboli udávané ťažkosti, ktoré by bezprostredne ohrozovali život alebo bezprostredne neohrozujú niektorú zo základných životných funkcií.

Ambulancia ZZS je obvykle vyslaná len v prípade stanovenia priority K, N alebo M. (Ministerstvo zdravotníctva SR, 2020). V prípade odkladných stavov je zdravotnícka pomoc poskytnutá len prostredníctvom telefonickej konzultácie. Pokiaľ je stav pacienta vážny, úlohou zdravotníckeho operátora na LTV je tiež inštruovať volajúceho o tom, ako mu má byť poskytnutá laická prvá pomoc dovtedy, ako na miesto dorazí vyslaná posádka ZZS.

Podľa dostupných údajov OS ZZS SR (2020), celkové počty prijatých tiesňových výziev, ako aj počty výjazdov ZZS z roka na rok stúpajú. Ich počet a skladbu v období rokov 2019 a 2020 predstavuje tab. 2.1. Kým v roku 2020 počet volaní na tiesňovú linku, dojazdový čas posádok, počet a charakter výjazdov do značnej miery ovplyvnil príchod pandémie COVID-19, údaje z roku 2019 predstavujú obraz o počte a typoch výjazdov v predošlom (pred-covidovom) období. Z týchto údajov vidno, že v období pred nástupom pandémie bolo 12,46% volaní na tiesňovú linku riešených telefonicou konzultáciou bez vyslania posádky ZZS. V období nastupujúcej pandémie stúpol počet volaní na LTV (835 308) a percentuálny podiel prípadov, riešených telefonicou konzultáciou bez vyslania posádky ZZS, na 17,37%. Z realizovaných primárnych výjazdov ZZS sa v období predchádzajúcom pandémie len 35% výjazdov ZZS týkalo stavov, ktorá boli operátorom LTV vyhodnotené ako kritické alebo naliehavé a počas nasledujúceho roka ich pomer ešte klesol (32,52%). Keďže zdravotnícky operátor pri hodnotení naliehavosti daného prípadu vychádza len z informácií vytážených od volajúceho, a zároveň musí brať do úvahy aj mieru rizika nežiaducich dôsledkov, v prípade podcenenia niektorého stavu, reálny stupeň závažnosti konkrétneho prípadu, s ktorým sa stretne posádka ZZS na adrese, môže byť niekedy aj celkom iný. Ako naznačujú tieto údaje,

cca 65% udalostí, pri ktorých zasahuje posádka ZZS predstavuje menej urgentné stavy s nízkou pravdepodobnosťou prechodu do závažného zhoršenia alebo rozvoja komplikácií.

### 2.3 Hodnotenie kvality poskytovanej zdravotnej starostlivosti v ZZS

Tak, ako neexistuje jednoznačné vymedzenie toho, čo sa za kvalitu pri starostlivosti o pacienta považuje, neexistuje ani jednotný komplexný spôsob hodnotenia kvality poskytovanej PNS (Karaš & Havlíková, 2015). Zatiaľ čo zdravotníci vnímajú kvalitu predovšetkým z klinického hľadiska napr. ako správnu techniku zákrokov, určenie diagnóz či správny postup ošetrenia, pacienti ju vnímajú skôr prostredníctvom kvality medziľudských vzťahov, rešpektu či kvality ubytovania a stravy v zdravotníckom prostredí (Pažitný & Zajac, 2001).

Cieľom poskytovania zdravotnej starostlivosti by mala byť tak ochrana zdravotného stavu pacientov, ako aj spokojnosť pacientov s poskytnutou starostlivosťou. Stanovenie **indikátorov kvality poskytovanej prednemocničnej zdravotnej starostlivosti** sa prostredníctvom hodnotenia *klinických indikátorov*, zvyčajne koncentruje na prvý z nich (Karaš & Havlíková, 2015). Kvalita *komunikácie s pacientom* patrí podľa El Sayeda (2012) medzi **procesné indikátory kvality**, odrážajúce jednotlivé kroky, procesy a interakciu medzi poskytovateľom ZZS a pacientom pri jeho manažovaní. Okrem komunikácie s pacientom sem patria napr. medicínske protokoly a odborné odporúčania. Na rozdiel od **štrukturálnych indikátorov**, ktoré charakterizujú prostredie činnosti ZZS, napr. priestorové, materiálo-technické, personálne, legislatívne podmienky, operačné riadenie ZZS, rozmiestnenie staníc, dokumenty nutné k činnosti ZZS a dojazdový čas, indikátory procesov umožňujú hodnotiť kvalitu starostlivosti priamo a pomerne citlivo. Trojicu kategórií indikátorov kvality systému poskytovania ZZS podľa El Sayeda (2012) uzatvárajú **indikátory orientované na výsledok**, ktoré hodnotia zmeny zdravotného stavu pacienta ako reakciu na klinické výkony personálu ZZS. Hoci sa hodnotenie výsledkov liečby javí ako jednoduché, pri ich posudzovaní treba zohľadniť tiež rôzne charakteristiky a rizikovosť pacientov, vplyv náhody, či podiel oddelení urgentného príjmu a následnej zdravotnej starostlivosti napr. v nemocničnom zariadení na celkovom výsledku (Karaš & Havlíková, 2015).

Vzhľadom na rôznorodosť systémov ZZS v rôznych krajinách Európy, bolo rámci projektu EED (European Emergency Data Project, Krafft et al., 2006) identifikovaných 5 spoločných indikátorov kvality systému ZZS:

1. **Dostupnosť** – reprezentujúca kapacitu zdrojov a štruktúry ZZS. Konkrétne sa jedná o hodinové jednotky pre zabezpečenie životných funkcií pri ohrození života laikmi (ELS), na zabezpečenie základnej neodkladnej resuscitácie vrátane použitia defibrilátora profesionálmi na úrovni (BLS), a zabezpečenie neodkladnej resuscitácie profesionálmi na úrovni (ALS) v prepočte na 100 000 obyvateľov;
2. Reakčný resp. **dojazdový čas** záchranného systému – obvykle definovaný ako časový úsek od zavolania na linku tiesňového volania (LTV) po bezprostredný kontakt posádky ZZS s postihnutým na mieste udalosti (oslovenie, dotyk);
3. **Počet výjazdov s najvyššou prioritou** na 100 000 obyvateľov;
4. **Výskyt diagnostických skupín Kvintetu prvej hodiny** na 100 000 obyvateľov ako indikátor vplyvu činnosti ZZS na zdravotný stav obyvateľstva, jeho mortalitu, morbiditu a účinnosť ZZS. Do tejto kategórie sa radí 5 skupín diagnóz, pri ktorých má rýchlosť a kvalita zásahu radikálny vplyv na priebeh a následky ochorenia: náhle zastavenie obehu, závažná trauma, závažná dychová nedostatočnosť, bolesť na hrudníku, vrátane akútneho koronárneho syndrómu - AKS, náhla cievna mozgová príhoda- NCMP)
5. **Výskyt výkonov spojených s rozšírenou neodkladnou resuscitáciou** – indikátor kvality procesov, výkonnosti a úrovne ZZS (v rámci neho sa hodnotí využívanie umelej pľúcnej ventilácie, intubácie, i. v. podanie liekov)

Hoci tieto kritériá umožňujú porovnávanie aktivít jednotlivých záchranných systémov resp. jednotlivých poskytovateľov v rámci Európy, nevystihujú celé spektrum pôsobenia ZZS. Alternatívnym prístupom hodnotenia je sústredenie sa na dodržiavanie odporúčaných postupov riešenia niekoľkých typov kľúčových klinických situácií, pri ktorých je bezprostredne ohrozený život alebo zdravie pacienta, odkázaného na poskytnutie pomoci. Obvykle sú to ochorenia či stavy, ktoré sa vyznačujú vysokou mortalitou, ale aj potenciálom na zlepšovanie stavu. Patria sem vyššie uvedené diagnózy z kvintetu prvej hodiny, napr. AKS, polytrauma, ale aj edém pľúc, astma či krče. Ďalšou možnosťou je podľa Karaša a Havlíkovej (2015) sledovanie prežívania pacienta po zastavení obehu mimo nemocnicu, nehodovosti ambulancií, výskytu pracovných úrazov, hodnotenie nežiaducich udalostí, ale aj **spokojnosti zamestnancov a pacientov**.

Podľa Európskej charty práv pacientov (<https://www.health.gov.sk/Clanok?europska-charta-prav-pacientov>), má mať každý človek bez akejkoľvek diskriminácie okrem iného:

- a) právo na prístup k takým zdravotníckym službám, aké si vyžaduje jeho zdravie;
- b) právo na prístup ku všetkým druhom informácií týkajúcich sa jeho zdravotného stavu, zdravotníckych služieb a ich využívania
- c) právo na prístup k zdravotníckym službám vysokej kvality
- d) právo na bezpečnosť – tj. neutrpieť škodu spôsobenú nedostatočným fungovaním zdravotníckych služieb, zanedbaním lekárskej starostlivosti, ošetrovania a liečby,
- e) právo, pokiaľ je to len možné, predchádzať utrpeniu a bolesti vo všetkých etapách svojej choroby
- f) právo na diagnostické a liečebné programy čo najviac prispôbené jeho osobným potrebám.
- g) právo podávať sťažnosť vždy, keď utrpí škodu a má právo dostať odpoveď alebo inú formu spätnej väzby.
- h) právo vyjadriť súhlas – tj. na prístup ku všetkým informáciám, ktoré by mu umožnili aktívnu spoluúčasť pri rozhodovaní o svojom zdraví.
- i) právo slobodne si vybrať na základe dostatočných informácií spomedzi rôznych liečebných metód a poskytovateľov zdravotnej starostlivosti.
- j) právo na dostatočnú náhradu škody v primerane krátkej dobe vždy, keď utrpí telesnú, morálnu či psychickú ujmu spôsobenú ošetrovaním alebo liečbou pri poskytovaní zdravotníckej služby.

Pokiaľ sa občan domnieva, že mu nebola poskytnutá zdravotná alebo ošetrovateľská starostlivosť poskytnutá správne, môže sa formou písomného podnetu obrátiť na Úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou.

#### **2.4 Činnosť Úradu pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou<sup>2</sup>**

Podľa stanoviska Úradu pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou (<https://www.udzs-sk.sk>), má každý občan pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti (okrem iného) právo na:

- ochranu dôstojnosti, rešpektovanie svojej telesnej integrity a psychickej integrity,
- informácie týkajúce sa jeho zdravotného stavu,

---

<sup>2</sup> Na tomto mieste charakterizujeme len tú časť činnosti ÚDZS, ktorá je relevantná pre obsah výskumnej štúdie predstavenej v 6. kapitole tejto monografie.

- informácie o účele, povahe, následkoch a rizikách poskytnutia zdravotnej starostlivosti, o možnostiach voľby navrhovaných postupov a rizikách odmietnutia poskytnutia zdravotnej starostlivosti, odmietnutie poskytnutia zdravotnej starostlivosti okrem prípadov, v ktorých možno poskytnúť zdravotnú starostlivosť bez informovaného súhlasu,
- zmiernenie utrpenia,
- humánny, etický a dôstojný prístup zdravotníckych pracovníkov

Právo na poskytovanie zdravotnej starostlivosti je zaručené každému rovnako, v súlade so zásadou rovnakého zaobchádzania. Pokiaľ sa občan domnieva, že mu nebola poskytnutá zdravotná alebo ošetrovateľská starostlivosť správneho typu alebo správnym spôsobom, môže sa formou písomného podnetu obrátiť na Úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou (ÚDZS). Úrad je poverený vykonávaním nezávislého dohľadu nad poskytovaním zdravotnej a ošetrovateľskej starostlivosti na Slovensku (zákon č. 581/2004 Z. z., § 17), ktorý (okrem iného) realizuje prostredníctvom posudzovania existujúcej zdravotnej dokumentácie. Na základe podaného podnetu je posudzované, či poskytovateľ zdravotnej starostlivosti postupoval v súlade s právnymi predpismi a či pacientovi poskytol všetky diagnostické a terapeutické výkony (Správa o činnosti ÚDZS za rok 2019).

Úrad nerieši prípadnú náhradu škody za nesprávne poskytnutú zdravotnú starostlivosť (ktorú si môže poškodený uplatňovať v občiansko-právnom konaní) ani sťažnosti na etiku (správanie sa) resp. prístup zdravotníckych pracovníkov. Za kompetentný orgán sú v takom prípade považované riaditeľstvá daného zdravotníckeho zariadenia, komory príslušných zdravotníckych pracovníkov, orgány príslušné na vydávanie povolenia – VÚC alebo MZ SR.

Je dôležité podotknúť, že podanie na prešetrenie poskytnutej zdravotnej starostlivosti neznamená automaticky, že sa zdravotník dopustil pochybenia. Podľa správy ÚZDS bolo na Slovensku v roku 2019 z celkového počtu 2270 riešených podaní, prešetrených 1 654 podaní na rôzne oblasti poskytovania zdravotnej a ošetrovateľskej starostlivosti. Ako opodstatnené podania bolo uznaných 156 prípadov (6,87%), pričom 743 (32,73%) podaní bolo vyhodnotených ako neopodstatnené. Ostatné prešetrované prípady boli presunuté na riešenie iným organizáciám alebo odložené ad acta. Predmet podaní sa týkal predovšetkým nespokojnosti s postupom pri liečbe (N=1159; 51,06%) a úmrtia v súvislosti s poskytovanou ZS/OS (N=595; 26,21%). Konanie ZZS bolo podľa správy úradu v roku 2019 prešetrované v rámci 8 prípadov, ktoré boli vyhodnotené ako opodstatnené (Správa o činnosti ÚDZS za rok 2019). Podrobnejšej analýze návrhov na prešetrenie kvality poskytnutej neodkladnej

prednemocničnej zdravotnej starostlivosti je venovaná výskumná štúdia, ktorá je obsahom 6. kapitoly.

### 3. Teoretické východiská komunikácie s pacientom

Po predstavení základných východísk o význame netechnických zručností, poslaní a činnosti ZZS, prichádza na rad kapitola, venovaná samotnej komunikácii s pacientom a jeho blízkymi pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti. V jej úvodnej časti predstavujeme stručný súhrn základných pojmov a východísk, využívaných pri štúdiu komunikácie, nasledovaný prehľadom teoretických a empirických zistení o komunikácii s pacientom v medicíne ako takej. Tretia časť tejto kapitoly je venovaná aktuálnym zisteniam a odporúčaniam týkajúcim sa komunikácie s pacientom a jeho blízkymi, ktoré možno aplikovať v špecifických situáciách, s ktorými sa stretávajú profesionáli v ZZS.

#### 3.1 Základné pojmy v komunikácii

Komunikácii s pacientom sa venuje relatívne obsiahla výskumná pozornosť, nakoľko mnohí autori ju považujú za jednu zo základných medicínskych zručností. Jej význam sa preukazuje v rôznych aspektoch procesu liečby, ako sú napríklad fyziologické parametre, psychosociálne ukazovatele, spokojnosť pacienta, počet medicínskych pochybení či bezpečnosť poskytovanej zdravotnej starostlivosti.

**Prostredníctvom komunikácie medzi zdravotníkom a pacientom dochádza k výmene relevantných informácií ohľadom stavu, symptómov a potrieb pacienta, ako aj dôležitých informácií týkajúcich sa napríklad postupu jednotlivých zákrokov alebo plánovanej liečby** zo strany lekára či iného zdravotníka. Prevažná časť poznatkov o komunikácii s pacientom vychádza zo zistení na poli všeobecnej medicíny, ktoré sú aplikovateľné aj v oblasti poskytovania neodkladnej prednemocničnej zdravotnej starostlivosti. V úvode tejto kapitoly predstavíme najskôr základné východiská z oblasti komunikácie, v jej druhej časti popíšeme odporúčanú štruktúru klinického rozhovoru a esenciálne aspekty komunikácie, ktoré by mal obsahovať. V poslednej časti tejto kapitoly budú predstavené základné princípy komunikácie pracovníkov záchrannej zdravotnej služby (ZZS) s pacientom a jeho blízkymi vo výnimočne zaťažujúcich situáciách.

Posádka ZZS komunikuje v rámci svojej činnosti s viacerými aktérmi (napr. operačným strediskom ZZS, pacientmi, ich blízkymi a svedkami udalosti, inými zdravotníkmi či pracovníkmi ostatných zložiek integrovaného záchranného systému) mnohorakými spôsobmi (tvárou v tvár, telefonicky, písomne, elektronicky, prostredníctvom zdieľania dokumentácie a pod.). Komunikácia s pacientom, jeho blízkymi či svedkami udalosti, sa primárne odohráva v osobnom stretnutí tvárou v tvár a zahŕňa jednak **obsah**, o ktorom sa



komunikuje (slová) ako aj **spôsob**, akým sa komunikuje (forma a štruktúra komunikácie) (Rustici, 2019). Pri komunikácii tvárou v tvár majú obzvlášť veľký význam tiež jej neverbálne prvky, ako napríklad tón hlasu, držanie tela, gestá, či tvárové výrazy emócií, ktoré sprostredkovávajú prevažnú časť informácií o kvalite **vzťahu** medzi aktérmi komunikácie (Mehrabian, 2017; in Rustici, 2019).

Komunikácia je základnou a všednou formou interakcie medzi ľuďmi. Všeobecná definícia hovorí, že prostredníctvom komunikácie dochádza k výmene informácií či pohľadov medzi dvoma alebo viacerými ľuďmi (Rustici, 2019). Reálny proces komunikácie je však podstatne zložitejší fenomén ako len jednoduchý prenos informácií, pretože existuje množstvo externých vplyvov a rušivých faktorov, ktoré môžu komplikovať výmenu informácií a vytváranie ich vzájomného porozumenia. Hoci existuje viacero modelov (napr. Baile et al., 2000; Cole & Bird, 2013; Keller & Carroll, 1994; Silverman et al., 2013), ktoré sa pokúšajú ilustrovať proces komunikácie, niektoré z nich nezohľadňujú vonkajšie faktory, ovplyvňujúce spôsob interpretácie a odovzdávania správy, napríklad kultúrne pozadie, vzdelanie, emocionálne rozpoloženie a predchádzajúce skúsenosti všetkých účastníkov komunikácie (Moreira & French, 2019).

**Komunikačné kompetencie** sú spôsobom použitia verbálneho a neverbálneho správania pri dosahovaní želaných výsledkov v danom kontexte (Morreale et al., 2007). Podľa Spitzberga (2000) komunikačné kompetencie definujú úroveň, do akej sú žiaduce výsledky dosiahnuté prostredníctvom vhodného spôsobu komunikácie. Určujú, či jednotlivec komunikuje efektívne a adekvátne. Ľudia nadobúdajú komunikačné kompetencie počas svojho života intuitívnym spôsobom. Každá sociálna interakcia, formálna či neformálna, poskytuje „testovacie pole“ pre nácvik komunikačných zručností (Morreale et al., 2007).

Všeobecný spôsob toho, ako jednotlivec komunikuje vo viacerých odlišných kontextoch, sa nazýva **komunikačný štýl**. Tento pojem označuje náš vrodenný a neuvedomovaný špecifický spôsob komunikácie, ktorý automaticky používame v rôznych situáciách. Hoci má každý človek určitý dominujúci štýl komunikácie, ktorý je mu blízky, za určitých okolností, pokiaľ je k tomu osobitne motivovaný, dokáže cielene využívať aj ďalšie komunikačné štýly. Prirodený štýl komunikácie sa najviac prejaví vtedy, keď dochádza k oslabeniu sebakontroly/sebaregulácie, ak je človek príliš rozrušený, vystresovaný alebo rozptýlený. Také sú aj situácie, v ktorých sa zvyčajne nachádzajú klienti ZZS. Kým vo väčšine obvyklých interakcií prebieha výmena informácií takmer bezproblémovo a plynule, v situácii, kde sú aktivované silné emócie, kde ide o veľa alebo kde konflikt ohrozuje kvalitu

vzájomného vzťahu, je veľmi dôležité venovať osobitnú pozornosť spôsobu, akým komunikujeme a ako si našu komunikáciu interpretujú osoby, s ktorými komunikujeme (Rustici, 2019). Tak v tímovej komunikácii, ako aj v komunikácii s pacientom platí pravidlo že to, čo je myslené, nemusí byť povedané, to čo je povedané, nemusí byť počuté, to čo je počuté, nemusí byť pochopené, to čo je pochopené nemusí byť urobené, a to čo je urobené, nemusí byť urobené správne (Veselá, 2021).

**Tréning komunikácie** slúži na to, aby si človek lepšie uvedomoval chvíle, kedy sa jeho prirodzený štýl komunikácie stáva neefektívnym alebo nevhodným a pripravuje ho na to, aby bol schopný modifikovať ho takým spôsobom, ktorý najlepšie zodpovedá potrebám danej situácie a iných ľudí. Základným princípom tréningu komunikačných schopností je adaptácia individuálneho spôsobu interakcie s inými osobami (komunikačného štýlu) takým spôsobom, ktorý najlepšie umožňuje dosiahnuť stanovený cieľ/ciele (Rustici, 2019).

V bežnej komunikácii sa zvyčajne rozlišuje pasívny, agresívny, pasívno-agresívny a asertívny štýl komunikácie. Kým **pasívny štýl** ponecháva priveľa nejasností v komunikácii, **agresívny** spôsob neponecháva dostatok priestoru na vzájomný dialóg. **Pasívno-agresívny** spôsob komunikácie prejavmi skrytej hrozby zase v komunikačnom partnerovi vytvára nedôveru (Rustici, 2019). V urgentnej medicíne, tak ako aj v iných medziľudských vzťahoch, sa odporúča používať **asertívny štýl** komunikácie, ktorý prispieva k správne mu pochopeniu komunikovanej informácie, objasneniu individuálnych potrieb a motivácie primeraným spôsobom. Inak povedané, asertívny spôsob komunikácie umožňuje ostatným ľuďom jednoduchšie rozpoznať v akej situácii ste, o čo vám ide a čo potrebujete (Rustici, 2019). Asertívna komunikácia voči partnerovi sa považuje za vhodnú stratégiu riešenia konfliktov. Napríklad priame a jasné vysvetlenie rodinnému príslušníkovi, že pacientovi nemožno okamžite podať lieky proti bolesti, aby nebola skreslená možnosť jeho včasnej a správnej diagnostiky a nebol tak ohrozený na živote, môže zamedziť eskalácii konfliktu v dôsledku nesprávnej interpretácie rozhodnutia o odmietnutí medikácie v zmysle bezohľadnosti alebo nezáujmu.

Włoszczak-Szubzda a Jarosz (2015) radia medzi faktory ovplyvňujúce efektivitu a vhodnosť komunikácie - **motiváciu, znalosti, zručnosti a kontext**.

**Motivácia** (motivation) je mierou, do akej sa človek usiluje o kompetentnú komunikáciu vzhľadom na daný kontext. Motivácia môže byť negatívna alebo pozitívna; afektívna alebo kognitívna; zameraná na seba alebo ostatných.

- a) *Negatívna* motivácia je spôsobená faktormi, ktoré sťažujú komunikáciu napríklad strach, úzkosť čo môže následne vyústiť k vyhýbaniu sa ostatným ľuďom. *Pozitívna* motivácia je výsledkom očakávania a úsilia, ktoré vkladáme do komunikácie s ostatnými. Spolu so zvýšeným úsilím a benefitmi sa zvyšuje aj pozitívna motivácia.
- b) Pri *afektívnej* a *kognitívnej* motivácii sa rozlišuje komunikácia vychádzajúca z pôsobenia emócií alebo vedomých úmyslov v interpersonálnej komunikácii. Každá informácia môže prevažne vyjadrovať buď emócie, alebo môže byť produktom myslenia, plánovania a vhl'adu do našich vlastných emócií.
- c) Pri motivácii zameranej na *seba* alebo *ostatných*, sa rozlišuje, koho potreby majú byť v komunikácii uspokojené.

Ďalším esenciálnym prvkom komunikačných kompetencií sú **znalosti** (knowledge). Zahŕňajú obsah toho, čo povedať – teda *deklaratívne* znalosti a postupy, ktorými sa bude prezentovať obsah – *procedurálne* znalosti.

**Zručnosti** (skills) sú vymedzené ako na cieľ-orientované, opakujúce sa správanie.

**Kontext** nastavuje hranice, ktoré umožňujú lepšie definovanie toho, čo je obsahom komunikácie a ako by mala vyzeráť. Kontext je definovaný typom a úrovňou. *Typy kontextu* súvisia napríklad s kultúrou, časom interakcie, interpersonálnym vzťahom, situáciou a funkciou. *Úroveň kontextu* je zas definovaná počtom osôb zapojených do situácie (interpersonálny kontext, malá skupina, verejná komunikácia a pod.) (Morreale et al., 2007; Włoszczak-Szubzda & Jarosz, 2015).

Spôsob a obsah komunikácie s pacientom môžu ovplyvňovať viaceré vyššie spomenuté faktory. Schopnosť adekvátne využívať svoje komunikačné zručnosti pri práci s osobami, zasiahnutými nepriaznivou udalosťou, si od zdravotníckych profesionálov vyžaduje pozitívnu, prevažne kognitívnu motiváciu, schopnosť rozpoznať a primerane regulovať svoj prirodzený komunikačný štýl, orientáciu na potreby pacienta, ako aj primerané znalosti o tom, čo, kedy a akým spôsobom treba povedať, ako počúvať a kedy je lepšie mlčať.

### **Verbálna a neverbálna komunikácia**

Základná komunikačná axióma hovorí, že pri stretnutí dvoch a viac osôb **nie je možné nekomunikovať**. Aj mlčanie, v kombinácii s výrazom tváre a ďalšími neverbálnymi prejavmi, predstavuje určitý signál o našom aktuálnom postoji voči partnerovi. Komunikácia medzi ľuďmi prebieha nielen na verbálnej, ale aj na neverbálnej úrovni.

**Verbálnou komunikáciou** rozumieme výmenu informácií, ich odovzdávanie a prijímanie prostredníctvom slov v priamom alebo nepriamom sociálnom kontakte. V priamom sociálnom kontakte je dôležitý obsah a adekvátnosť hovoreného slova, ako aj paralingvistické aspekty reči, medzi ktoré patrí napríklad sila, tón a výška hlasu, rýchlosť slovnej produkcie, dĺžka prejavu jednotlivca, pomer dĺžky prejavov komunikujúcich, či intrúzia - vstup do prejavu partnera pred ukončením jeho myšlienky alebo vety, tzv. „skákanie do reči“ (Morovicsová et al., 2014).

**Neverbálna komunikácia** zahŕňa širokú oblasť toho, čo signalizujeme bez slov alebo spolu so slovami, ako doplnujúci prostriedok verbálnej komunikácie. Je dôležitým zdrojom výmeny a pochopenia informácií pre partnerov v sociálnom kontakte. Neverbálna komunikácia zahŕňa rôzne zložky ako napr. mimika, gestika, haptika, proxemika, kinezika a posturika, ktoré v stručnosti definujeme (Morovicsová et al., 2014; Vymětal, 2008; Výrost & Slaměnk, 2008)

*Mimika* predstavuje výrazy tváre, prostredníctvom ktorých jednotlivec poskytuje informácie svojmu okoliu o svojom duševnom stave. Mimika, vrátane očí je pravdepodobne najdôležitejším zdrojom neverbálnych signálov, pričom je zároveň, popri verbálnom vyjadrení, považovaná za druhý najdôležitejší komunikačný prostriedok v medziľudskom vzťahu. Pohyby svalov v oblasti čela, obočia a očí nás informujú o ťažkých subjektívnych stavoch, ktoré pacient prežíva (napr. strach, úzkosť, obavy, bolesť, neistota). V spodnej časti tváre sa prejavujú predovšetkým príjemné citové reakcie (Morovicsová et al., 2014). Podľa niektorých autorov predstavuje súčasť mimiky tiež *vizika*, ktorá zahŕňa reč očí a pohľadov. V rámci nej možno hovoriť o dĺžke pohľadu či o úrovni očí medzi komunikujúcimi (Morovicsová et al., 2014, Vymětal, 2008).

Informácie, ktoré človek prezentuje *gestami*, sú dôležitým zdrojom správ o jeho momentálnom psychickom, telesnom a emocionálnom stave. Gestá možno rozdeliť do skupín: gestá dlaňami, gestá rukami pri tvári, gestá s použitím líc a brady, gestá rukami a ramenami (Vymětal, 2008). Podrobnejšiu analýzu jednotlivých gest v kontexte komunikácie s pacientom možno nájsť v publikácii Morovicsovej et al. (2014).

*Haptika* poskytuje informácie, ktoré človek vysiela a získava prostredníctvom jednotlivých telesných a hmatových prejavov. Rozlišujeme pozitívne a negatívne haptické prejavy, náhodné a úmyselné, vyžiadané a nevyžiadané, či priame alebo nepriame haptické prejavy (Bruno & Adamczyk, 2007). Medzi ne sa radí pohladenie, objatie, bozk či podanie rúk. V období pred nástupom pandémie sa v klinickej praxi pri kontakte s pacientom a jeho

rodinou odporúčalo viac využívať podávanie rúk, ktoré je okrem vhodného spôsobu nadviazania kontaktu tiež dôležitým zdrojom informácií o pacientovi (Morovicsová et al.; 2014). V kontexte starostlivosti o pacienta treba zväžiť tiež rozdiel, ktorý pre pacienta predstavuje dotyk v gumenej rukavici.

*Proxemika* vyjadruje vzdialenosť medzi komunikujúcimi či už vo vertikálnom alebo horizontálnom smere (Vymětal, 2008). *Vertikálna úroveň* vyjadruje pomer vzájomnej výšky komunikujúcich. Napr. pri kontakte detského pacienta a zdravotníka, je pre nadviazanie a udržiavanie spolupracujúceho vzťahu vhodné, aby sa zdravotník znížil na úroveň očí dieťaťa, ale to isté platí aj pri komunikácii s dospelým, napr. sediacim pacientom.

V rámci *horizontálnej úrovne* možno rozlíšiť 4 základné priestorové zóny, ktoré určujú ako človek reaguje na prítomnosť iných ľudí:

- a) *Intímna zóna*: od úplného dotyku až do 30-60 cm, zóna prístupná obvykle len pre najbližších;
- b) *Osobná zóna*: od 30-60 cm do 1,2 – 2 metre, zóna typická pre osobné a pracovné jednanie;
- c) *Spoločenská, skupinová alebo sociálna zóna*: od 1,2 do 3,6 metra, vymedzená obvykle pre služobné stretnutia, obchodné jednanie a pod.
- d) *Verejná zóna*: od 3,6 metra a ďalej – ľudia pohybujúci sa v tejto vzdialenosti sa väčšinou nepoznajú, sú si cudzí.

V stiesnených priestoroch (napr. v sanitke) ako aj pri fyzikálnom vyšetrení zdravotníci často vstupujú do intímnej zóny pacienta. Pre zmiernenie jeho nepríjemných pocitov je vhodné pacienta na túto skutočnosť vopred upozorniť (Morovicsová et al., 2014).

*Kinezika* predstavuje prenos informácií, ktoré jednotlivec vysiela pohybmi rúk, nôh, jednotlivých častí tela alebo celým telom.

*Posturika* zahŕňa výmenu informácií prostredníctvom polohy a držania tela, ako aj konfiguráciou jeho častí (hlavy). Tieto prejavy patria k nevedomovaným signálom reči tela a vypovedajú o momentálnom telesnom stave a psychickom rozpolžení človeka. Pre vytvorenie priaznivej atmosféry je potrebné využívať v kontakte s pacientom kongruentnú polohu (vyjadrujúcu súhlas s názorom druhej osoby), otvorené zoskupenie (telá zúčastnených osôb vytvárajú počas konverzácie 90° uhol, čím vzniká trojuholník) a sledovať prítomnosť vytvárania bariér na strane pacienta (prekríženie rúk na hrudi, prekríženie nôh). Súčasne treba

venovať pozornosť aj vlastným posturickým prejavom (Morovicsová et al., 2014; Vymětal, 2008).

### 3.2 Komunikácia s pacientom pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti

Súčasťou klinických kompetencií zdravotníka nie sú len medicínske vedomosti, schopnosť riešiť klinické problémy či realizácia samotného vyšetrenia, ale aj adekvátne **komunikačné zručnosti** (Ptáček, 2011). Tie nie sú len pridanou hodnotou klinických kompetencií, patria do základného súboru netechnických zručností pre výkon zdravotníckeho povolania. **Komunikácia s pacientom** je tak považovaná za jednu zo základných zdravotníckych kompetencií. Aj v rámci urgentnej medicíny je (Moreira & French, 2019) schopnosť efektívnej komunikácie s kolegami z posádky, pacientmi, ich blízkymi alebo náhodnými svedkami udalosti, ako aj s ďalšími zdravotníckymi i nezdravotníckymi profesionálmi zručnosťou, ktorou sa vyznačujú tí najúspešnejší a najvýkonnejší jednotlivci.

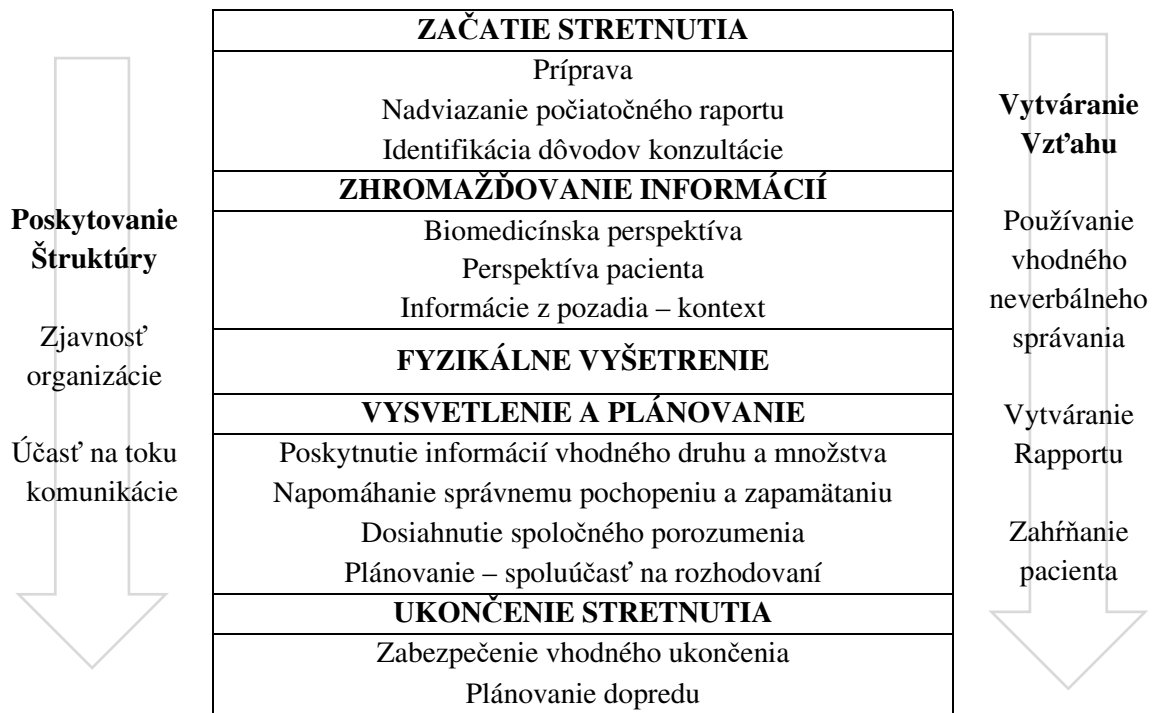
K rozpoznaní významu komunikácie s pacientom pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti prispel rozvoj **bio-psycho-sociálneho** prístupu k ochoreniam, vychádzajúci z predpokladu, že ochorenie môže byť zapríčinené zložitou súhrou biologických, psychologických a sociálnych faktorov (Engel, 1980), na rozdiel od staršieho bio-medicínskeho prístupu, ktorý sa usiloval porozumieť symptómom ochorenia len na základe jeho telesných prejavov, napríklad patofyziológie či porušenia tkanív a orgánov (Brown et al., 2016). V medicíne, ktorá bola v dôsledku značného vedeckého a technologického rozvoja orientovaná viac na úlohu lekára (doctor centred care) či skúmanie ochorení (disease centred care), sa tak postupom času začal presadzovať súčasný **prístup zameraný na pacienta (patient centred care)**. Jeho cieľom je odhaliť nielen objektívne informácie o symptómoch pacientovho ochorenia, ale tiež poskytnúť priestor na vyjadrenie pacientovho subjektívneho vnímania, interpretovania a prežívania jeho vlastných symptómov a/alebo ochorenia (Illingwort, 2016).

Vo všeobecnosti výskumy poukazujú na to, že efektívna komunikácia medzi lekárom a pacientom môže mať pozitívny súvis s niektorými psychosociálnymi aspektmi pacientovho prežívania. Význam efektívnej komunikácie sa preukazuje najmä v spokojnosti pacienta. Podľa Williamsa et al. (1998) **k zvýšenej spokojnosti pacientov vedie podávanie potrebných informácií, priestor pre vyjadrenie dojmov pacienta, budovanie vzťahu či preukázanie empatie zo strany lekára**. Adekvátne a efektívne komunikačné zručnosti zdravotníkov sa tiež spájajú s nižším distresom pacienta, úzkostlivosťou či depresivitou, teda lepším psychickým prežívaním či zdravím (Herndon & Pollick, 2002; Maguire & Pitceathly,

2002; Stewart et al., 2000). Bensing et al. (2013) považujú komunikáciu tiež za kľúčový faktor prevencie syndrómu vyhorenia a **pracovnej spokojnosti na strane lekárov**.

### 3.2.1 Odporúčaná štruktúra klinického rozhovoru s pacientom

Na komunikáciu s pacientom využívajú zdravotníci **rozhovor**, ktorý patrí medzi základné metódy získavania a poskytovania informácií, pričom v medicínskej praxi je jeho cieľom stanovenie diagnózy, určenie vhodnej liečby, a často tiež snaha o modifikáciu pacientovho správania. Každý rozhovor s pacientom má svoje špecifiká, nakoľko obsah a formu komunikácie ovplyvňujú faktory na strane zdravotníka i pacienta. Odporúčanú **štruktúru rozhovoru** predstavuje jeden z najrozšírenejších manuálov medicínskeho rozhovoru s pacientom, *Calgary – Cambridge Guide* (Silverman et al., 2013; obrázok 3.1).



**Obrázok 3.1** Medicínsky rozhovor podľa *Calgary-Cambridge Guide*

*Poznámka* – Model pochádza z publikácie Silverman et al. (2013, str. 19)

Podľa tohoto modelu je v **úvodnej fáze** rozhovoru dôležité *nadviazanie počiatočného vzťahu* s pacientom, preukazujúc rešpekt a záujem o pacienta. Je žiaduce pacienta pozdraviť, poznať pacientovo meno a zároveň sa pacientovi aj predstaviť (meno a rola). Pri *identifikácii hlavného problému (dôvodu konzultácie)*, je potrebné porozumieť pacientovým problémom, resp. želaniam, čo možno docieľiť kladením otvorených otázok (napr. „Kvôli čomu ste nás volali?“). Pri aktívnom počúvaní by zdravotník nemal pacienta prerušovať, mal by

potvrzovať prijatie informácie a zisťovať ďalšie ťažkosti pacienta (napr. „Takže bolesti hlavy a teplota, ešte niečo iné?“). Z hľadiska budovania vzťahu je vhodné prejavovať porozumenie – *empatiu* voči pacientovým pocitom rešpektujúcimi, nehodnotiacimi výroky typu „Rozumiem tomu, že máte obavy.“ (Silverman et al., 2013). Prvkom aktívneho počúvania a empatie sa budeme, vzhľadom na ich dôležitosť, podrobnejšie venovať v nasledujúcej podkapitole.

**Druhú fázu** rozhovoru predstavuje *zhromažďovanie informácií*, za účelom podrobnejšieho preskúmania pacientových problémov. Odporúča sa dodržiavať stratégiu lievika – t.j. najskôr nepreušované vypočutie toho, o čom chce pacient sám hovoriť. Pre ďalšie usmernenie rozhovoru klásť najprv otvorené, neskôr uzavreté otázky. Pre povzbudenie pacienta, a zároveň overenie správneho pochopenia jeho výpovede, využívať prvky aktívneho počúvania. Okrem samotného odberu anamnézy je druhým cieľom tejto časti rozhovoru tiež *pochopenie pacientovho pohľadu* na problém. Je užitočné opýtať sa na pacientove názory a obavy, vzťahujúce sa k jeho ochoreniu či problému, ako aj na jeho ďalšie očakávania. Ak by sme pacientov subjektívny pohľad ignorovali, poskytnutá zdravotná pomoc nemusí byť vnímaná ako plne účinná, môže viesť k nespokojnosti pacienta, nedodržiavaniu odporúčaného režimu liečby, k nedôvere voči systému poskytovania zdravotnej starostlivosti, či naopak k opakovanému vyhľadávaniu/privolávaniu pomoci. Pozitívnym vedľajším účinkom záujmu o pacientovo subjektívne prežívanie zmeny jeho zdravotného stavu je povzbudenie jeho spolupráce so zdravotníkom. V tejto fáze rozhovoru je už vhodné pridržovať sa *jasnej, logickej štruktúry rozhovoru* a po určitých intervaloch sumarizovať to, čo sme sa dozvedeli o pacientových problémoch v parafrázovanej podobe (Ptáček, 2011).

Na **tretom** mieste je samotné *fyzikálne vyšetrenie* pacienta. Prípadné obavy pacienta, jeho schopnosť a ochotu spolupracovať pri vyšetrení, zlepší *priebežné informovanie* o tom, čo sa chystáme robiť a prečo. Ak je niektorá časť vyšetrenia bolestivá, je vhodné na to pacienta vopred upozorniť. Do maximálnej možnej miery treba rešpektovať intimitu pacienta. Pokiaľ je potrebné sa ho dotýkať alebo ho obnažiť, vyžiadame si najprv jeho súhlas (Silverman et al., 2013). Jednak mu tým dávame najavo rešpekt voči jeho autonómii a intimite, ale podporujeme tým aj pacientov pocit bezpečia, ktorý vyplýva z možnosti kontroly nad tým, čo sa s ním deje, porozumenie zmyslu toho, čo sa s ním deje a predvídateľnosti najbližšieho vývoja situácie. Umožníme mu tým tiež psychicky sa pripraviť na neočakávané, potenciálne nepríjemné úkony a úspešne ich zvládnuť, čím sa posilňuje aj jeho dôveru voči nášmu konaniu.



**Štvrtou fázou** klinického rozhovoru je *vysvetlenie a plánovanie*. Ak dôjdeme k nejakému záveru, je na mieste pacientovi *vysvetliť, čo sme zistili* a čo *ďalej navrhujeme*. Informácie by pritom mali byť podávané v logickej štruktúre, po častiach, v primeranom množstve a formou, ktorej pacient dokáže porozumieť. Keďže pacienti a ich príbuzní sú počas bežného vyšetrenia, ako aj počas zásahu ZZS, obvykle pod vplyvom stresu, zvyčajne si zapamätajú len malú časť z toho, čo počuli. Preto je vhodné si ich porozumenie podávaných informácií kontrolnými otázkami spätne overiť. Namiesto otázky, či pacient porozumel, na ktorú môže pacient automaticky odpovedať kladne, napriek rozporu s realitou, je lepšie ho požiadať, aby sám svojimi slovami zhrnul to, čo si zapamätal. Lekár tak má príležitosť overiť si, či pacient jeho informácie pochopil správne, prípadne jeho interpretáciu doplniť alebo korigovať.

Navrhovaný plán liečby môže byť úspešný, len ak je obojstranne akceptovaný. Preto je dôležité všímať si tiež pacientovu verbálnu i neverbálnu reakciu na poskytnuté informácie a navrhovanú liečbu. Pokiaľ existuje niekoľko alternatívnych možností v navrhovanom postupe, viacerým pacientom padne vhod ak im dáme možnosť výberu. S možnosťou liečby alebo postupu, pre ktorú sa sami aktívne rozhodnú, budú viac stotožnení a budú lepšie motivovaní pre jej dodržiavanie. Ak pacient opakovane vyžaduje riešenie, ktoré podľa názoru zdravotníka nie je možné alebo vhodné, vtedy je potrebné reagovať aj asertívnym odmietnutím. To znamená jasným, priamym, vyrovnaným, nie však útočným ani ponižujúcim spôsobom trvať na tých alternatívach, ktoré do úvahy naozaj pripadajú, a vysvetliť tiež argumenty, ktoré k tomuto rozhodnutiu vedú. Pokiaľ druhá osoba ďalej nalieha, stačí pokojne dookola opakovať svoju požiadavku. Takéto odmietnutie je vhodné zjemniť vyjadrením porozumenia potrebám pacienta alebo jeho blízkeho a následným navrhnutím iného spôsobu riešenia situácie, ako je ten neprijateľný, ktorý presadzuje pacient. V presvedčaní pacienta odmietajúceho váš návrh (napr. hospitalizáciu) pomôže, ak mu objasníte logické dôvody svojho rozhodnutia a možné dôsledky v prípade, že ho neakceptuje (Ptáček, 2011; Gurňáková, 2021a).

**Ukončenie klinického rozhovoru** predstavuje stručné *zhrnutie stretnutia a dohodnutého plánu liečby*, ktoré včas koriguje prípadné nedorozumenia, dohoda o ďalších krokoch na strane pacienta a *poskytnutie záchranej siete* – t.j. informácií o tom, čo má pacient urobiť, prípadne kde sa môže obrátiť, pokiaľ by liečba nebola úspešná alebo ak by sa objavili ďalšie komplikácie. Dobrý dojem z konzultácie zavŕši otázka, či má pacient na srdci ešte niečo iné, čo by potreboval prediskutovať. Približne v jednej pätine rozhovorov prinesú pacienti v záverečnej časti rozhovoru nový problém, ktorý ich často trápi najviac. Predísť tomu je

možné dôkladným vypočutím pacienta vo fáze zbierania informácií. Rozhovor by malo ukončiť riadne *rozlúčenie* (Ayers & de Visser, 2015; Silverman et al., 2013).

### 3.2.2 Vytváranie vzťahu s pacientom

Povolanie zdravotníckych záchranárov a lekárov záchranej zdravotnej služby patrí medzi **pomáhajúce profesie**. Ich spoločnou charakteristikou a cieľom je jednanie, zamerané na riešenie potrieb a poskytovanie podpory a pomoci ľuďom v núdzi (Michalík, 2011). Napriek tomu, že osobný kontakt medzi zdravotníkom ZZS a jeho pacientom je z časového hľadiska pomerne krátky a zvyčajne jednorazový, naliehavosť a závažnosť situácie, ktorú pre pacienta predstavuje (potenciálne) ohrozenie života alebo zdravia, zvýrazňuje jeho akútnu potrebu účinnej pomoci. Okrem nevyhnutnej výmeny informácií, prebiehajúcej v rámci komunikácie medzi zdravotníkom a pacientom, sa medzi oboma aktérmi tejto interakcie paralelne vytvára tiež vzťah, ktorý je pre pacienta v jeho závislej pozícii, veľmi dôležitý. Jeho kvalita významne ovplyvňuje samotný priebeh i výsledok zásahu. Vytváranie **pomáhajúceho vzťahu** medzi zdravotníkom a pacientom umožňuje rešpektujúci prístup, aktívne počúvanie, empatia zdravotníka a možnosť spoluúčasti pacienta na rozhodovaní.

#### Rešpektujúci prístup k pacientovi

Pre každého človeka je dôležité cítiť sa ako hodnotná ľudská bytosť. Pokiaľ je táto potreba v dôsledku nepriaznivej udalosti alebo neadekvátnej, hodnotiacej komunikácie zdravotníkov narušená, vyvoláva v pacientovi a jeho blízkych silnú emocionálnu reakciu. Emócie, ktoré pritom prežívajú, následne ovplyvňujú aj ich ďalšie správanie a postoj voči zasahujúcim zdravotníkom. **Rešpektovať** druhého človeka znamená

1. Správať sa k nemu slušne, spôsobom, ktorý nezraňuje jeho ľudskú dôstojnosť.
2. Akceptovať fakt, že sa od nás môže líšiť (mať iný vkus, názory alebo zvyky), bez toho aby bol lepší alebo horší ako my sami.

Rešpektovať druhého neznamena, že by sme mu mali vo všetkom vychádzať v ústrety, nič od neho nežiadať alebo mu všetko tolerovať. Znamená to, že uznávame jeho hodnotu ako človeka, aj keď s niektorými prejavmi jeho správania nemusíme súhlasiť (Kopřiva et al., 2012). Pokiaľ nám v správaní druhého človeka niečo prekáža, naše vlastné potreby a hranice nám pomôže bez zbytočných urážok či osočovania vyjadriť nenásilná komunikácia (Rosenberg, 2008), ktorej princípy popisujeme bližšie v podkapitole o empatii. Základným princípom rešpektujúceho prístupu je nedovoľovať si k druhému človeku nič, čo by sme nechceli, aby si dovoľoval on k nám a správať sa k nemu takým spôsobom, aký by sme na

jeho mieste potrebovali vidieť my sami. Keďže potreba „byť rešpektovaný“ patrí medzi základné potreby, ktoré majú všetci ľudia rovnaké, bez ohľadu na ich vek, pohlavie alebo sociálny status, základný rešpekt k druhým ľuďom by nemal byť ničím podmienený („Budem ťa rešpektovať, až keď...“.) (Kopřiva et al., 2012). Zachovať si rešpektujúci prístup voči druhým aj v situácii, kedy nám ho oni sami neprejavujú, nie je ľahké. Kto to dokáže, môže svojím vlastným správaním zásadne upokojiť vypätú situáciu, nadviazať lepší kontakt s osobami na mieste udalosti a lepšie ich motivovať pre spoluprácu.

### **Aktívne počúvanie**

Ak je rešpektujúci prístup k pacientovi základným princípom fungovania pomáhajúceho vzťahu, aktívne počúvanie pacienta je dôležitým spôsobom, ako ho navonok prejavíť. Ptáček (2011) tvrdí, že počúvanie pacienta je prvým krokom k účinnej a efektívnej lekárskej konzultácii. Pri **aktívnom počúvaní** ide o určitú kvalitu rozhovoru, napomáhajúcu pacientovi vo vyjadrovaní a nadväzovaní vzťahu s lekárom, ktorý je založený na dôvere. Zakladá sa na prejavocho záujmu a maximálnej pozornosti voči tomu, čo pacient hovorí, bez zbytočného prerušovania pri vyjadrovaní. V súvislosti s počúvaním pacienta, výskum Huntingtonovej a Kuhnovej (2003), zameriavajúci sa na dôvody podania súdnych sťažností voči lekárom preukázal, že väčšina pacientov podala sťažnosť v dôsledku toho, že ich lekár dostatočne nepočúval alebo nepochopil ich problém.

Aktívne počúvanie plní tri funkcie (Gurňáková, 2021a):

- vyjadruje našu snahu porozumieť pacientovi,
- pomáha nám sústrediť sa na podstatné informácie v pacientovej výpovedi a pripraviť si ďalšie prehlbovacie otázky,
- poskytuje pacientovi priebežnú verbálnu aj neverbálnu odozvu
- Aktívne počúvanie možno realizovať za pomoci konkrétnych techník (Ptáček, 2011):
- **Povzbudenie** – podporenie rozprávania pacienta verbálnym („Počúvam vás“, „Rozumiem“) aj neverbálnym spôsobom (úsmev, prikývnutie, hm). Nevhodné sú hodnotiace pôsobiace výrazy („Dobre“, „Správne“).
- **Ticho** – verbálne povzbudenie môže byť účinné len vtedy, ak po ňom nasleduje pozorné ticho na strane počúvajúceho. Aj keď je nám ticho nepríjemné, je užitočné nechať pacientovi čas a pokoj na rozmyslenie vlastnej odpovede.

- **Parafráza** – zhrnutie a preformulovanie hlavných myšlienok z toho, čo sa pacient snažil povedať, ktoré overí správnosť našej interpretácie jeho výpovede („Ak som tomu dobre rozumel, hovoríte, že vás najviac trápi... .“)
- **Ujasnenie** – požiadame pacienta o spresnenie toho, čomu sme dobre nerozumeli („Prepáčte, ale nie je mi celkom jasné, prečo ste nás presne volali?“)
- **Zhrnutie** všetkého čo pacient povedal, vrátane reflexie jeho pocitov („Povedali ste, že... .“, „Mám pocit, že ste z toho veľmi rozrušený.“)
- **Ocenenie** – každého pacienta poteší a spoluprácu s ním uľahčí, keď oceníme jeho otvorenosť, spoluprácu alebo snahu dodržiavať liečbu („Oceňujem, ako sa snažíte dodržiavať všetky odporúčania... .“)

V rámci aktívneho počúvania sa treba vyvarovať skákaniu do reči a ďalším verbálnym aj neverbálnym prejavom nepozornosti, netrpezlivosti, odmietania či ostrého nesúhlasu.

## Empatia

**Empatiu** možno vo všeobecnosti podľa Eisenbergovej (2000) definovať ako pochopenie emócií, reakcií, myšlienok a problémov druhého človeka. V zdravotníckych profesiách, ktoré permanentne prichádzajú do kontaktu s trpiacimi pacientmi, môže byť z dôvodu ochrany ich vlastnej duševnej rovnováhy, potrebná empatia uvedomovaná skôr na *kognitívnej*, ako na *emocionálnej úrovni*. Na rozdiel od psychoterapie v rámci prístupu orientovaného na človeka (Person-Centered Approach), kde tvorí kontinuálne empatické sledovanie klientových emócií spolu s rešpektujúcim prístupom a kongruentným správaním terapeuta základný nástroj pomáhajúceho vzťahu, nie je nutné, aby zdravotník s každým pacientom podobné emócie aj hlbšie prežíval. Podstatné je, aby si dokázal pozorne vypočuť to, čo sa pacient snaží vyjadriť a povedal mu, bez prímеси vlastných zážitkov či skúseností, niekoľkými slovami naspäť práve tie významy, ktoré zachytil v pacientovej výpovedi (Rogers, 1997). Empatiu v kontexte poskytovania zdravotnej starostlivosti teda možno chápať skôr ako **„kognitívnu zručnosť, ktorá pomáha porozumieť pacientovej perspektíve, zažiť a následne spätne komunikovať toto porozumenie pacientovi“** (Hojat et al., 2001, s. 352). Nehodnotiaca, akceptujúca kvalita empatickej atmosféry umožňuje druhým ľuďom obnoviť ich pocit bezpečia a vlastnej sebaúcty, prežiť, akceptovať a následne spracovať ich vlastné, potenciálne zahanbujúce, emocionálne reakcie.

Eisenberg (2000) upozorňuje na dôležitosť odlíšenia empatie od *súcitú (sympathy)*, ktorú chápe ako odlišnú afektívnu odpoveď. Hlavným rozdielom je, že pri súcite ide

o vyjadrenie obáv alebo smútku nad stresujúcou udalosťou (problémom) pacienta, avšak na rozdiel od empatie, daná odpoveď nemusí byť zhodná s tým, čo pacient cíti.

Ako ukázali mnohé štúdie, empatia vo vzťahu zdravotník - pacient sa prejavuje nielen vo **zvýšenej spokojnosti pacienta**, ale aj v zvýšenej **presnosti určenia diagnózy**, zvýšenej **participácii a edukácii** pacienta a vo väčšej **ochote pacienta dodržiavať predpísanú liečbu** (napr. Coulehan et al., 2001; Kim et al., 2004; Zachariae et al., 2003). Je zjavné, že empatia zdravotníka prináša fyzické či psychické benefity pacientom, no nielen im. Larson a Yao (2005) poukazujú na to, že **empaticky sa správajúci lekári** prežívajú v pracovnej kariére **zvýšenú zmyslupnosť a profesionálnu spokojnosť**. Kvalitatívny výskum Shapirovej (2000), ktorého sa zúčastnilo 12 profesionálnych lekárov, zisťoval pohľad lekárov na dôležitosť využitia empatie v praxi, spôsob akým ju svojim pacientom prejavujú, ako aj to, ako vyučujú empatiu svojich študentov. Analýza rozhovorov s lekármi ukázala, že empatia nielen zlepšuje vzťahy s ich pacientami, ale že vďaka nej lekári **považujú svoju prácu za viac prospešnú, zaujímavejšiu, príjemnejšiu a menej frustrujúcu**, že ich **robí v ich lekárskej praxi lepšími a šťastnejšími**. Jeden z participantov charakterizoval empatiu ako „spôsob, ako robiť medicínu ľudskejšou“. Pokiaľ empatia na strane lekára absentuje, môže viesť k podávaniu nepresných či neúplných informácií pacientovi, k nesprávnemu stanoveniu diagnózy, nedodržiavaniu liečby, medicínskemu pochybeniu, psychickému nepohodliu, či dokonca poškodeniu pacienta (Marcinechová & Gurňáková, 2020).

Prejav empatického pochopenia prežívania a potrieb pacienta alebo jeho blízkeho, môže byť v kombinácii s pokojným, autentickým vyjadrením vlastných potrieb, nevyhnutných pre dosiahnutie spoločného cieľa, efektívnym nástrojom na riešenie potenciálne konfliktnej situácie. Na základe metódy **Nenasilnej komunikácie** (Rosenberg, 2008), môže zdravotník v rámci komunikácie s pacientom využiť nasledujúcu postupnosť krokov:

1. **Pozorovanie** – povedať, čo som si všimol, videl, pozoroval (napr. „*Pani Nováková, chápem, že ste rozrušená, keď mi to teraz rozprávate.*“)
2. **Pocity** – vyjadriť aké pocity z toho mám, čo to so mnou robí (napr. „*Ťažko sa mi pri tom sústreďuje na pacienta.*“)
3. **Potreby** – povedať čo potrebujem, by sa stalo/zmenilo/urobilo a prečo (napr. „*Potrebujem najskôr vyšetriť pána manžela, aby sme zistili, v čom je problém.*“)
4. **Prosba** – zdvorilá žiadosť, obsahujúca konkrétny pokyn (napr. „*Počkajte, prosím, s otázkami, kým to dokončím.*“).

5. **Cieľ** – uvedenie konkrétneho cieľa, ku ktorému takto dospejeme („*Potom vám všetko vysvetlím a dohodneme sa, čo ďalej.*“)

Ak je na to čas, z hľadiska prejavovania empatie je vhodné vypočúť si všetko, čo chce pacient povedať a adekvátne na to reagovať (Riess & Kraft-Todd, 2014). Zároveň si treba uvedomiť, že najvýraznejšími neverbálnymi komunikačnými prostriedkami v rámci prejavovania empatie sú mimika (spontánny úsmev), pohľad (do očí), sfarbenie a sila hlasu, gestá (pohyby rúk, napr. dotyky – pohladenie), kinezika (pohyby tela – naklonenie, posadenie na posteľ) a vzdialenosť (vedomé dodržiavanie primeraného odstupu, upozornenie pacienta, pokiaľ je nutné narušiť jeho intímnu zónu).

### **Spoluúčasť pacienta na rozhodovaní**

Okrem aktívneho počúvania a významu empatie sa väčšina vzdelávacích programov, zameriavajúcich sa na komunikačné zručnosti zdravotníkov, koncentruje na prvú polovicu rozhovoru, zatiaľ čo zanedbávajú alebo podceňujú druhú časť rozhovoru, ktorej súčasťou sú **zdieľanie informácií pacientovi a spoluúčasť pacienta na rozhodovaní** (Brown et al., 2016). To sa prejavuje aj v empirických štúdiách, ktoré naznačujú, že pacienti nedostávajú dostatok informácií od lekárov; lekári vynechávajú kľúčové prvky informácií; používajú jazyk, ktorému pacient nerozumie - odborná terminológia; alebo dochádza k nedostatočnému zapojeniu pacienta do procesu rozhodovania na úrovni, ktorú by si pacienti želali (Chewning et al., 2012; Koch-Weser et al., 2009; Sibley et al., 2011). Preto by sa pri rozvoji komunikačných zručností zdravotníkov malo dbať aj na to, aby **lekári poskytovali správne množstvo a typ informácií**, ktoré pacient potrebuje; **napomáhali presnému zapamätaniu a porozumeniu pacienta**; dosahovali **spoločné porozumenie** a **zvyšovali spoluúčasť pacienta na rozhodovaní** (Brown et al., 2016).

Pri zdieľanom rozhodovaní (shared decision-making) alebo spoluúčasti pacienta pri rozhodovaní tak lekár, ako aj pacient **zdieľajú všetky stupne rozhodovacieho procesu**, ktoré zahŕňajú zdieľanie toho, čo si kto myslí, vrátane pacienta; skúmanie možností liečby/postupu; zistenie miery toho, ako si pacient želá byť zapojený do rozhodovacieho procesu; spoločné vyjednávanie, obojstrannú akceptáciu plánu a kontrolu. Na rozdiel od paternalistického modelu rozhodovania, ktorý sa vyznačuje vysokou mierou kontroly na strane lekára a nízkou mierou kontroly na strane pacienta, pri zdieľanom rozhodovaní obe strany spolu komunikujú o tom, čo si myslia, prinášajú návrhy potenciálnej liečby (ak to je možné) a obe strany sa dohodnú na finálnom rozhodnutí, ktoré sa následne aj implementuje (Silverman et al., 2013). Je však náročné odhadnúť preferenciu každého pacienta v miere jeho spoluúčasti

na rozhodovaní bez priameho dopytovania sa. Aj napriek tomu, že si pacient napríklad na začiatku vzťahu, nepraje byť spoluúčastný, jeho preferencie v participácii sa môžu časom zmeniť (Chewning et al., 2012). Preto by mali byť pravidelne sledované a diskutované (Brown et al., 2016).

Rešpektujúci prístup, prvky aktívneho počúvania, prejavy empatie, adekvátne zdieľanie informácií či zapojenie pacienta do rozhodovania môžu byť prínosné aj pri poskytovaní neodkladnej prednemocničnej zdravotnej starostlivosti, pokiaľ to umožňujú špecifické okolnosti riešeného prípadu.

### **3.3 Komunikácia v prednemocničnej starostlivosti**

Riešenie náhlych zmien zdravotného stavu a úrazov sa opiera o precízne posúdenie všetkých získaných informácií z dostupných zdrojov, včasnú diagnostiku, spoluprácu a tímový prístup (Morovicsová, et al., 2014). Pracovníci záchranej zdravotnej služby (ZZS) potrebujú preto adekvátne a predovšetkým nekonfliktne komunikovať s kýmkoľvek - nielen s pacientami, ale i s príbuznými či blízkymi pacientov, v rámci vlastného tímu či s ostatnými zložkami integrovaného záchranného systému. Efektívna komunikácia s pacientom je základom kvalitnej starostlivosti aj v ZZS. Podľa Šeblovej (2011) pomáha tiež znížiť stres, ktorý zásah ZZS sprevádza.

#### **3.3.1 Všeobecné aspekty verbálnej a neverbálnej komunikácie v ZZS**

Vzhľadom na to, že lekár alebo zdravotník vidí pacienta pri zásahu po prvýkrát, ako aj vzhľadom na špecifiká situácie, ktorú pacient a jeho okolie vyhodnotilo ako kritickú, má komunikácia v urgentnej medicíne svoje špecifiká. Nakoľko záchranári zasahujú v rôznych prostrediach, **verbálna komunikácia** zdravotníka s pacientom by mala byť pokojná, stručná, jasná a bez odborných termínov (Šeblová, 2011). Morovicsová et al. (2014) dopĺňajú, že paralingvistické prejavy zdravotníka by mali byť kontrolované, vyjadrujúce istotu a rozvahu. Pri **neverbálnej komunikácii**, zahrňujúcej tak mimiku, gestiku, proxemiku či haptiku, Šeblová (2011) vyzdvihuje dôležitosť vedomosti o existencii intímnej zóny, ktorá je často (napr. pri transporte sanitkou) porušovaná, a preto je vhodné pacienta informovať o každom nasledujúcom kroku zdravotníka. Autorka ďalej odporúča, aby zdravotníci zaujali nekonfrontačný postoj tela, a predovšetkým aby nastalo zosúladenie verbálnej a neverbálnej zložky komunikácie zdravotníka. V rámci i samotného zásahu sa v komunikácii s pacientom venuje pozornosť hlavne získaniu základných údajov, pričom štruktúra komunikácie s pacientom by mala optimálne postupovať v následnosti - nadviazanie kontaktu,

predstavenie, identifikácia osoby, získanie relevantných anamnestických informácií, fyzikálne vyšetrenie, vysvetlenie a následný plán, ukončenie resp. prevoz do nemocnice a rozlúčenie (Morovicsová et al., 2014, Šeblová, 2011).

V slovenskom kontexte sa komunikácii ZZS s pacientom či jeho okolím čiastočne venovala Gurňáková (2013, 2018a, 2020a). V prvej štúdií (2013) analyzovala a popísala postup stanovovania diagnózy pracovníkmi ZZS v simulovanej úlohe základného vyšetrenia ťažšie spolupracujúceho pacienta. V rámci komunikácie opisuje úspešne postupy v komunikácii s pacientom, ako aj problémové komunikačné prejavy. Pre realizáciu kompletného vyšetrenia bolo kľúčovou podmienkou úspechu nadviazanie kontaktu s pacientom a jeho motivovanie pre spoluprácu. Ako efektívne sa preukázalo zdvorilé, empatické a asertívne vystupovanie, s prvkami rešpektujúceho prístupu a aktívneho počúvania. Pomáhala tiež priebežné a primerané informovanie pacienta o ďalšom postupe, výsledku vyšetrenia, verbálne ocenenie pacientovej spolupráce, schopnosť usmerňovať jeho rozprávanie či rešpektovanie jeho práva na odmietnutie ďalšej zdravotnej starostlivosti. Naopak, problémy vyvolávali najmä prejavy správania, ktoré nerešpektovali práva a potreby pacienta - snaha o manipuláciu, nátlak na pacienta, vyhrážanie sa políciou či nevšímavosť voči spontánne produkovaným relevantným anamnestickým informáciám. Nasledujúca štúdiá (Gurňáková, 2018a) analyzovala názory pracovníkov ZZS o netechnických zručnostiach, dôležitých pri poskytovaní neodkladnej prednemocničnej zdravotnej starostlivosti. V rámci komunikácie pracovníci ZZS vyzdvihovali také charakteristiky, ako je profesionalita, slušnosť, empatia, asertivita, autentickosť, zrozumiteľnosť a ovládanie cudzieho jazyka. V tretej štúdií (Gurňáková, 2020a) boli predstavené nežiaduce prejavy správania posádok ZZS, ktoré ich členovia na základe vlastnej skúsenosti popisovali a ktoré, podľa ich názoru, v reálnej praxi znižujú kvalitu poskytovanej zdravotnej starostlivosti. Významnú časť popisovaných prejavov správania predstavovali práve nežiaduce prejavy v komunikácii s pacientom a jeho okolím. Bola medzi nimi napríklad absencia komunikácie, nedostatok prejavov slušného správania, prejavy nevšímavosti, nezájmu o názor pacienta, jeho potreby či prežívanie, ako aj prejavy verbálnej až fyzickej agresie.

Porovnanie a syntézu doterajších teoretických a empirických zistení o žiaducich a nežiaducich (efektívnych/neefektívnych) elementoch komunikácie vo všeobecnej medicíne, ako aj pri poskytovaní neodkladnej prednemocničnej zdravotnej starostlivosti predstavujú tabuľky 3.1 a 3.2.



**Tabuľka 3.1** Syntéza žiaducich elementov komunikácie s pacientom v medicíne a prednemocničnej zdravotnej starostlivosti

| MEDICÍNA   | ZZS  |
|--|--|
| Žiaduce elementy komunikácie   |  |
| Štruktúra stretnutia - začatie stretnutia, zbieranie informácií, fyzikálne vyšetrenie, vysvetlenie a plánovanie, ukončenie vyšetrenia (Brown et al., 2016) | Štruktúra stretnutia – nadviazanie kontaktu, predstavenie, získanie relevantných anamnestických informácií, fyzikálne vyšetrenie, vysvetlenie a následný plán, ukončenie (Morovicsová et al., 2014; Šeblová, 2011) |
| Zrozumiteľnosť, jasnosť, prispôsobenie jazyka (Brown et al., 2016)   | Pokojná, jasná, stručná a zrozumiteľná komunikácia (Šeblová, 2011)   |
| Raport, dôvera<br>Rešpekt, akceptácia, kongruencia<br>(Brown et al., 2016; Illingworth, 2016)  | Autentickosť, profesionalita, asertivita<br>Rešpekt, akceptácia (Gurňáková, 2013)  |
| Empatia (Hojat, 2011; Zachariae et al., 2003)  | Empatia (Nordby & Nohr, 2008)  |
| Aktívne počúvanie (Jahromi et al., 2016)   | Aktívne počúvanie (Ptáček, 2011)   |
| Zdieľanie informácií<br>Napomáhanie presnému porozumeniu a zapamätaniu informácií<br>Overenie pochopenia podaných informácií (Brown et al., 2016)          | Informovanie pacienta o výsledku vyšetrenia<br>Opis čo sa bude diať<br>Upozornenie vopred na nasledujúci zákrok<br>Rozdelenie pracovných úloh pri viacerých účastníkoch (Ayub et al., 2016; Šeblová, 2011)         |
| Spoluúčasť pacienta na rozhodovaní<br>(Brown et al., 2016; Chewing et al., 2012)   | Zapojenie pacienta, rodiny do spolupráce<br>Ocenenie pacienta (Gurňáková, 2013)  |
| Súlad verbálnej a neverbálnej zložky<br>(Ptáček, 2011; Silverman et al., 2013)   | Súlad verbálnej a neverbálnej zložky<br>Paralingvistika ZZ (istota, rozvaha)<br>(Morovicsová et al., 2014; Šeblová, 2011)  |
|  | Znalosť cudzieho jazyka (Gurňáková, 2018a)   |

**Tabuľka 3.2** Syntéza nežiaducich elementov komunikácie s pacientom v medicíne a prednemocničnej zdravotnej starostlivosti

| MEDICÍNA  | ZZS  |
|---|--|
| Nežiaduce elementy komunikácie  |  |
| Nepredstavenie, nevhodná organizácia stretnutia, vyšetrenia (Brown et al., 2016)  | Nepredstavenie záchranára<br>Nevhodné oslovenie pacienta (Šeblová, 2011)   |
| Nezáujem lekára o pacienta (Brown et al., 2016; Illingworth, 2016)<br>Nepočúvanie pacientových potrieb, subjektívnych pocitov, názorov (Brown et al., 2016) | Nerešpektovanie práv a potrieb pacienta<br>Nezáujem o názor pacienta<br>Nevšímavosť voči pacientovi (Gurňáková, 2020a)   |
| Nedostatok informácií pre pacienta<br>Neúčast' pacienta pri rozhodovaní (Brown et al., 2016; Chewing et al., 2012)  | Neposkytnutie potrebných informácií (Ferguson et al., 2019)<br>Nevysvetľovanie postupu, nedostatočné informovanie; Absencia komunikácie s pacientom (Gurňáková, 2013; 2020a) |
| Odborný jazyk, medicínska terminológia, žargón (Koch-Weser et al., 2009)  | Nepripravenosť jazyka (odborná terminológia)   |
| Nesúlady verbálnej a neverbálnej zložky (Ptáček, 2011)  | Nesúlady verbálnej a neverbálnej zložky (Morovicsová et al., 2014)   |
| Nedôvera pacienta k lekárovi (Brown et al., 2016; Illingworth, 2016)  | Hodnotiace komentáre voči pacientovi (Gurňáková, 2020)   |
|   | Verbálna, pasívna či fyzická agresia (Gurňáková, 2013; 2020a)  |
|   | Samota pacienta pri odovzdávaní do nemocnice (Ferguson et al., 2019)   |

### 3.3.2 Špecifiká komunikácie s pacientom v kontexte ZZS

Situácie, v ktorých sa posádka ZZS spolu s pacientom či jeho rodinou alebo náhodnými svedkami udalosti ocitajú, sú rozmanité, často neprehľadné, obvykle naliehavé a niekedy aj kritické. Zásahy za takýchto okolností vyžadujú schopnosť flexibilne komunikovať s rôznymi typmi ľudí za rôznych okolností.

Úraz alebo náhle zhoršenie zdravotného stavu, ktoré (potenciálne) vážne ohrozuje život alebo zdravie jednotlivca, predstavuje pre pacienta a jeho blízkych osobitne náročnú až **kritickú situáciu**. Vnímané ohrozenie udalosťou, ktorej nároky vysoko presahujú dostupné

možnosti a zdroje jednotlivca túto situáciu úspešne zvládnuť, spúšťa u zasiahnutých osôb stresovú reakciu, ktorá má svoje fyziologické, emocionálne, kognitívne aj behaviorálne prejavy rôznej intenzity.

Pri akútnom strese dominuje aktivácia sympatoadrenálnej osi (SAS) a osi hypotalamus-hypofýza-nadobličky (HPA). Stresové hormóny, vyplavené v dôsledku vnímaného ohrozenia, mobilizujú energetické zdroje organizmu, zvyšujú činnosť kardiorespiračného systému, svalový tonus a silu. Zároveň tlmia pocity bolesti, potláčajú tráviace a reprodukčné pochody a ovplyvňujú tiež kognitívne a zmyslové schopnosti (Bartůňková, 2010, in Andršová, 2012).

Na **somatickej úrovni** sa v dôsledku prirodzenej, evolučne podmienenej reakcie na stres, môžu u pacientov, ich blízkych, ale aj u sekundárne traumatizovaných zdravotníkov podľa Flinovej et al. (2008) prejaviť pocity návalu energie, zrýchlenej činnosti srdca, potenia, sucha v ústach, svalového napätia, triašky, prejavy zvýšenej senzitivity. Na úrovni **kognitívnych funkcií** môže dôjsť k zníženej schopnosti koncentrácie pozornosti (napr. ťažkostiam s určovaním priorít, nadmernému zaoberaniu sa triviálnejšími aspektmi problému na úkor podstatných, tunelovému vnímaniu a pod.); zhoršeniu pamäťového výkonu (vyššej náchylnosti k vyrušeniu, zvýšenému sklonu k sebaopotvrdzovaniu a ignorovaniu kontradiktórnych informácií, pocitu informačného zaplavenia, opomínaniu niektorých úloh); ťažkostiam v rozhodovaní – skratkovitému mysleniu, preťaženiu myslenia, pocitu prázdna). Na **emočnej úrovni** sú kognitívne deficity sprevádzané emóciami úzkosti, obáv zo zlyhania, zvýšenej zraniteľnosti, strachu a straty kontroly nad prejavom vlastných emócií (strachu, agresie alebo paniky), objaviť sa však môžu aj paradoxné reakcie (napr. smiech). **Behaviorálne prejavy** zahŕňajú reakcie typu útek (fyzické vyhýbanie sa stresoru ale napr. aj plachosť, vyhýbanie sa kontaktu s inými ľuďmi), útok (hyperaktivita, prejavy hnevu, hašterivosť, agresivita, podráždenosť, nadávanie, emočné výbuchy, nervozita), ako aj prejavy zamrznutia (mentálne a behaviorálne vypnutie, apatia, odstup, odstrihnutie od okolitých aktivít) (Flin et al., 2008).

Akékoľvek prejavy tohto typu treba v situáciách, ktoré pacienti alebo ich blízki vnímajú ako kritické, považovať za **prirodzené** alebo za **normálne reakcie na nenormálnu situáciu**. Vhodný spôsob komunikácie s osobami v podobných situáciách predstavuje krízová intervencia.

## Krízová intervencia

V praxi zdravotníkov sa vyskytuje čoraz viac situácií, pri ktorých je podľa Šeblovej (2011) vhodné využívať postupy **krízovej intervencie**. Medzi takéto situácie môžu patriť napr. hromadné nehody, domáce násilie, neočakávané ataky/násilie, znásilnenie či náhle úmrtie, a pod. Krízová intervencia je metóda využívajúca také spôsoby správania a jednania, ktoré človeku v (subjektívne) ohrozujúcej situácii, pomáhajú spracovať jeho vlastné vnímanie a prežívanie, obnoviť narušený pocit bezpečia a poskytujú priestor pre ventilovanie emócií. Zameriavajú sa na podnety, ktoré krízovú reakciu vyvolali, pocity s nimi spojené, aktivizáciu možných zdrojov pomoci v klientovom okolí a mobilizáciu jeho vlastných síl pre zvládnutie situácie (Špatenková et al., 2017).

Psychologická prvá pomoc v rukách zdravotníckych záchranárov a lekárov ZZS, ktorá vychádza z princípov krízovej intervencie, predstavuje obvykle jednorazový rozhovor, ktorý pomáha osobám, zasiahnutým osobitne náročnou situáciou, znovunadobudnúť pocit bezpečia a kontroly nad svojím životom. Jej hlavným cieľom je dosiahnutie vnútornej stabilizácie pacienta **poskytnutím bezpečia** a tým, že dôjde k **uvolneniu pacientovho emočného vypätia**. Pokiaľ to situácia umožňuje, je vhodné nechať pacienta **voľne rozprávať**, aby mohol ventilovať svoje emočné prežívanie a **sám sa ho pokúsi štruktúrovať**. Najlepším spôsobom, ako tento proces podporiť, je **aktívne počúvanie, nehodnotiaci prístup a prejav záujmu** o pacienta. Po závažnej kríze by mala optimálne nadväzovať ďalšia odborná pomoc – psychologické poradenstvo, terapia či psychiatrická liečba (Špatenková et al., 2017).

Ak to situácia umožňuje, v rámci zásahu ZZS možno aplikovať nasledujúce odporúčania (Andršová, 2012; Gurňáková, 2021a):

- **Nadviažte s pacientom kontakt**, aby vedel, že nie je sám. Je vhodné sa pacientovi predstaviť, nadviazať očný kontakt (môžete ho aj požiadať, aby sa vám pozrel do očí), uistite ho, že mu chcete pomôcť. Optimálne by mal s pacientom počas zásahu komunikovať po celý čas ten istý zdravotník, ak sa musí dočasne vzdialiť, mal by pacienta o svojom odchode/opätovnom príchode informovať.
- **Poskytnite priestor pre reflexiu negatívnych emócií**. Reflektujte a potvrdte pocity zasiahnutého, uistite ho, že sú v takejto situácii normálne – sú „prirodzenou reakciou na neobvyklú situáciu“.
- V prípade konfliktu sa pokúste presmerovať pozornosť pacienta na **riešenie problému „tu a teraz“**. Nemá zmysel žiadať pacienta, aby sa najprv upokojil – aktuálne to nie je v jeho silách a v prípade, že je agresívne naladený, môže ho to ešte viac popudíť.

Akceptujte jeho emócie také, aké sú a presmerujte jeho pozornosť na to, čo je potrebné teraz urobiť, nevyčítajte mu predchádzajúce chyby, neoponujte. Pokúste sa dosiahnuť spoluprácu aj napriek jeho emóciám.

- **Informujte pacienta o tom, čo s ním idete robiť a prečo.** Popisujte činnosti, ktoré budete vy aj vaši kolegovia vykonávať – rýchle pohyby, neznáme zvuky, prístroje či neznáme prostredie pacientov zneisťujú.
- Ak je pacient zmätený, **poskytujte mu dostupné informácie o tom, čo sa stalo, kde sa nachádza, čo sa bude diať ďalej** - neberte pacientovi jeho nádej, ale ani mu nedávajte falošné nádeje. Pravdivé informácie o udalosti pomáhajú zasiahnutým vyrovnáť sa s realitou a znovunadobudnúť pocit kontroly nad situáciou. Nepravdivé informácie vedú ku strate dôvery.
- **Zaistite bezpečné prostredie** – miesto, kde nebudú pacienti ohrození fyzicky ani psychicky. Nemali by však zostávať osamote. Zároveň chráňte zasiahnuté osoby **pred záujmom médií.**
- Ak je osoba disociovaná, cíti sa „mimo realitu“, je možné využiť **techniky uzemnenia** (grounding) – zasiahnutý sa posadí na zem, pevne sa oprie nohami o zem a chrbtom o podložku tak, aby cítil oporu. Vhodné je vyzvať ho, aby sa sústredil na dýchanie do brucha, alebo na uvedomenie si všetkých svojich zmyslových vnemov. Tlak rukou medzi lopatky, alebo držanie pacienta za väčšiu (bezpečnú) plochu tela (napr. za ruku, alebo okolo ramien) môže pomôcť k návratu pocitu „vlastného tela“.
- **Poskytnite priestor pre pauzu a odpočinok** – zasiahnuté osoby môžu byť fyzicky vyčerpané. Ak zásah trvá dlhšie, myslite aj na uspokojenie ich základných fyziologických potrieb – pokoj, potraviny, lieky, teplo, spánok.
- Ponúknite zasiahnutým osobám **informácie o ďalších možnostiach pomoci** (služby intervanta, užitočné kontakty, letáky apod.).

### **Podávanie nepriaznivých správ**

Nepriaznivá správa v medicíne je „akákoľvek informácia, ktorá nepriaznivo a vážne ovplyvní jednotlivcov pohľad na jeho budúcnosť“ (Buckman, 1992, str. 163). V rámci prednemocničnej zdravotnej starostlivosti to môže byť napríklad vážne zranenie pri autonehode, úmrtie blízkeho po neúspešnej kardiopulmonálnej resuscitácii (KPR) alebo vážny stav pacienta, ktorý si jeho rodina ešte neuvedomuje. Správne podávanie nepriaznivej správy, vyžaduje od zdravotníka dobré komunikačné zručnosti. Vhodne štruktúrovaná a dobre organizovaná komunikácia má pozitívny terapeutický účinok, podporuje spoluprácu a dôveru vo vzťahu zdravotník – pacient. Nevhodný spôsob podania nepriaznivej správy môže naopak

pacienta a/alebo jeho príbuzných zraníť dvojnásobne. Podávanie nepriaznivej správy (najmä pri terminálnych ochoreniach) považujú mnohí zdravotníci za veľmi náročné. Cítia sa nekompetentní, obávajú sa negatívnych emočných reakcií, ktoré pacient či jeho rodina prejavujú. Vtedy sú aj zdravotníci konfrontovaní s ich vlastnou bezmocnosťou a prežívajú emocionálnu nepohodu. Nedostatok tréningu v podávaní nepriaznivých správ pociťuje väčšina zdravotníkov ako svoj hendikep (Narayanan et al., 2010).

Pre uľahčenie tohto procesu bolo vyvinutých viacero postupov. Najznámejší protokol *SPIKES* vznikol v oblasti onkológie (Baile et al., 2000), neskôr nasledovali novšie protokoly ako napr. *BREAKS* (Narayanan et al., 2010) či *Breaking Bad News...Regional Guidelines*.

V nasledujúcej časti predstavujeme súhrn hlavných princípov toho, ako by sa mali nepriaznivé správy pacientom alebo ich blízkym podávať.

- 1. Príprava na rozhovor** – na oznámenie nepriaznivej správy je vhodné sa vopred pripraviť, teda uistiť sa, že máte všetky relevantné informácie, zabezpečiť si dostatok času na rozhovor, a nájsť vhodný priestor na mieste, kde s pacientom nebudete rušení. Je lepšie, ak sa pritom môžu všetci zúčastnení posadiť.
- 2. Pacientova perspektíva a potrebné informácie** - v úvode rozhovoru je na mieste použitie otvorených otázok, zameraných na zistenie toho, ako samotný pacient vníma svoj súčasný stav, teda čo pacient doteraz vie, čo očakáva a prispôbiť tomu neskôr obsah komunikácie. Zároveň je žiaduce odhadnúť, alebo sa spýtať, koľko a nakoľko podrobných informácií chce pacient počuť. (napr. „Môžete mi povedať čo všetko sa doteraz stalo?“, „Čo vám bolo zatiaľ povedané?“, „Čo chcete vedieť o vašom zdravotnom stave?“).
- 3. Konkrétna správa** – ak je správa vážna, je vhodné vyslať najprv určitý varovaný signál tým, že povieme napr. „Žiaľ, nemám pre vás dobré správy“ a následne sa odmlčať. Pacient tak získa chvíľu času, aby sa na zlú správu psychicky pripravil. Následne odovzdajte jasnú, jednoznačne formulovanú informáciu o nepriaznivej správe. Je potrebné vyjadrovať sa konkrétne a vyhýbať sa eufemizmom (napr. „Vaša manželka zomrela“ namiesto „Odišla na lepšie miesto“). Ďalšie doplňujúce informácie treba následne podávať v malých, zvládnuteľných dávkach. Mieru ich detailnosti určuje pacient. Pacient sa v duchu zaoberá nepriaznivou správou a nedokáže vás naplno vnímať, dôležité body mu preto zopakujte. Podávané informácie prispôbte pacientovej perspektíve, záujmu, inteligencii a vzdelaniu. Vyhýbajte sa medicínskemu žargónu a eufemizmom.

4. **Emočná reakcia** – po oznámení nepriaznivej správy môže nasledovať celá škála emočných reakcií, ako je šok, neschopnosť uveriť, strach, úzkosť, rozrušenie, zármutok či hnev. Najlepší spôsob ako na ne zareagovať, je potvrdiť ich existenciu a byť empatický (napr. „Vidím, že vás to zaskočilo, je ťažké tomu uveriť“, „Chápem, že vás to rozrušilo, váš hnev je prirodzený“). Ak niekoho premôže smútok, je vhodné ho pokojne podporiť dotykom alebo slovom.
5. **Sumarizácia** – na záver rozhovoru by mal lekár zhrnúť jeho hlavné body alebo výsledky a dohodnúť budúcu stratégiu (napr. navrhovanú liečbu či ďalší postup). To pomôže zamerať pozornosť pacienta alebo jeho blízkeho k ďalším krokom, poskytnúť mu oporné body a ak je to na mieste, dodať mu nádej. Falošnému alebo nepodloženému uisťovaniu o budúcom zlepšení situácie je však nutné sa vyvarovať. Ak budúci vývoj situácie nepoznáme, je lepšie uisťovať pacienta v zmysle, že sa „snažíme urobiť maximum“, ale nesľubovať dobrý výsledok zásahu (napr. „To bude dobré...“). Okrem toho, identifikujte sieť podpory pacienta (či sa má komu zveriť, rodina, priatelia...). Ak je to možné, poskytnite informácie o možnosti kontaktovania iných odborníkov (špecialista v danom odbore, psychológ, soc. pracovník) alebo podporných organizácií.

## Úmrtie pacienta

V prípade úmrtia pacienta, pomerne často oznamujú nepriaznivú správu rodine či blízkym práve pracovníci ZZS. V tomto smere existujú taktiež protokoly a následné moduly, ktoré vzdelávajú a trénujú pracovníkov ZZS (Hobgood et al., 2005; 2013). Jedným z takýchto modulov je *GRIEV\_ING*, ktorý obsahuje poznatky o adekvátnom podaní informácií, a zároveň empatickej komunikácii zo strany zdravotníka.

Mnemotechnická pomôcka **GRIEV\_ING** odkazuje na body:

|          |                |   |
|----------|----------------|---|
| <b>G</b> | gather         | Zhromaždenie rodiny, zaistenie, že všetci príbuzní sú prítomní.                                     |
| <b>R</b> | resources      | Zaistenie zdrojov podpory v podobe kňaza, ostatných členov rodiny, priateľov pre podporu v smútení. |
| <b>I</b> | identify       | Identifikovanie seba, identifikovanie zosnulého.  |
| <b>E</b> | educate        | Krátke oboznámenie o tom čo sa udialo a o súčasnom stave.   |
| <b>V</b> | verify         | Ozrejmienie toho, že pacient zomrel; jasnosť vyjadrenia v podobe slov „mŕtvy“, „zomrel“.            |
| <b>_</b> | pause          | Priestor a čas na emocionálnu odozvu rodiny.  |
| <b>I</b> | inquire        | Spýtanie sa rodiny na ich potencionálne otázky.   |
| <b>N</b> | nuts and bolts | Spýtanie sa na darcovstvo orgánov, pohrebné služby, osobné veci zosnulého.                          |
| <b>G</b> | give           | Poskytnutie odporúčaného kontaktu pre možné budúce kontaktovanie.                                   |

Z empirických poznatkov vyplýva, že pozostalí oceňujú, pokiaľ zdravotník dokáže **komunikovať ľudsky a empaticky**. To potvrdili Nordby a Nøhr (2008) v rozhovoroch s rodičmi, ktorí prišli náhle o dieťa následkom syndrómu akútneho úmrtia dieťaťa (SIDS). Podľa väčšiny rodičov zdravotnícki záchranári komunikovali adekvátne, teda používali terminológiu, ktorej rodičia rozumeli. Štýl ich komunikácie bol vhodný, avšak podľa vyjadrení niektorých, záchranári nesprostredkovali všetky relevantné informácie. Viacerí rodičia však napriek tomu ocenili, ak záchranár „vypol“ svoju striktnú profesionalitu a preukázal starostlivosť a empatiu základným a ľudským spôsobom. Na rôznorodé prístupy posádok ZZS v komunikácii s rodičmi mŕtveho novorodenca v simulovanej situácii domáceho pôrodu poukázala Gurňáková (2020b). Kým ignorovanie prítomných rodičov a striktné zameranie sa na nerušený priebeh beznádejnej resuscitácie dieťaťa s vrodenou vývojovou vadou viedol aj napriek dobrému úmyslu zdravotníkov ku vážnym nezhodám a ďalšej traumatizácii rodičov dieťaťa, empatické zohľadňovanie ich potrieb, spolu s adekvátnym spôsobom komunikácie, umožnilo posádkam získať kľúčové anamnestické informácie o stave a nepriaznivej prognóze novorodenca, spoluprácu jeho rodičov, výber optimálneho spôsobu a vhodné načasovanie ukončenia resuscitácie, pričom navyše splnilo tiež úlohu psychologickú prvej pomoci pre rodičov, zasiahnutých tragickou udalosťou (Gurňáková, 2020b).



## **Komunikácia s detským pacientom a jeho rodičmi**

V prípade detského či adolescentného pacienta, je základom efektívnej komunikácie a spolupráce **nadviazanie vzťahu**, od ktorého sa odvíja ďalšia vzájomná spolupráca. Informácie o zdravotnom stave a aktuálnych ťažkostiach možno získať v prípade menších detí od rodičov, v prípade vyššieho veku aj od samotných detí (dieťa dokáže spravidla od 3. rokov odpovedať a zapájať sa). Komunikácia s dieťaťom by mala byť prispôbená jeho **vývinovej úrovni**, to znamená pýtať sa ho tak aby rozumelo, a zároveň úkony a postup ošetrovania popisovať zjednodušeným jazykom. Komunikácia s deťmi, adolescentmi, ako aj teenegermi by mala obsahovať rovnaký **rešpekt a tón hlasu** ako u dospelých pacientov (to ocenia predovšetkým adolescenti). Ak je to možné, dieťa by malo byť zahrnuté do rozhodovacieho procesu o ďalšom postupe (Bell & Condren, 2016; Silverman et al., 2013).

Keďže rodičia zvyčajne reagujú na zdravotné ťažkosti svojho dieťaťa veľmi citlivo, je potrebné s nimi komunikovať a priebežne ich informovať o nasledujúcich krokoch a postupoch liečby ich dieťaťa. Vo výskume (Ayub et al., 2016) sa preukázalo, že nápomocnými faktormi pri starostlivosti o detského pacienta, v rámci zásahu ZZS, bolo práve **zahrnutie rodičov do rozhodovacieho procesu, ich upokojenie, poskytnutie útechy a prejavy empatie**. Okrem toho sa ako efektívna stratégia komunikácie s rodičmi preukázalo napríklad **prispôbenie jazyka rodičom, popis postupu poskytovanej starostlivosti, upozornenie rodiča a dieťaťa na nasledujúci zákrok**, či také rozdelenie úloh, aby sa niektorý člen posádky mohol venovať práve komunikácii s rodičom.

## **Komunikácia so starším pacientom**

Vzhľadom na fakt, že populácia vo všeobecnosti starne, aj pracovníci ZZS sú stále častejšie privolávaní k pacientom v staršom veku. So staršími pacientmi treba komunikovať tak ako s každým iným pacientom napr. v podobe štruktúry Calgary-Cambridge Guide. Teda, **nadviazať vzťah, rešpektovať, aktívne počúvať, preukazovať empatiu a nedegradovať** ich postavenie (napr. vyhýbať sa familiárnemu oslovovaniu, napr. teta, dedo). Vhodné je používať priezvisko a/alebo titul pacienta. Komunikáciu so starším pacientom treba **prispôbiť telesným a psychickým zmenám, ktoré prichádzajú s vekom**. Odporúča sa hovoriť jasne, zreteľne a pomalšie, pokiaľ je to potrebné i hlasnejšie (ale nekričať). Okrem toho je žiaduce hovorené slovo prispôbiť mentálnej úrovni pacienta (nepoužívať medicínsku terminológiu, ktorej pacient nemusí porozumieť). Ak pacient hovorí o svojich ťažkostiach, treba mu **na vyjadrenie ponechať viac priestoru a času**, nakoľko môže mať spomalené rečové tempo. Pri starších pacientoch je možné, že popri popise súčasných problémov zabudnú

na iné dôležité zdravotné ťažkosti, preto je vhodné vyžiadať si **zdravotnú dokumentáciu** pacienta a pokúsiť sa získať ďalšie **anamnestické údaje aj od iných rodinných príslušníkov** (Brown et al., 2016; National Institute on Aging, 2017).

### **Komunikácia s pacientmi so psychiatrickým ochorením**

Prežívanie jednotlivca s psychiatrickým ochorením je veľmi individuálne. V každom prípade si však zaslúži rovnaký rešpektujúci prístup v komunikácii ako akýkoľvek iný pacient. Pri psychotickom pacientovi môže byť komunikácia obzvlášť náročná, nakoľko sa ani nadviazanie počiatočného vzťahu sa nemusí vždy podariť. V rámci neverbálnych prejavov zdravotníka sa treba usilovať o **pokojné, predvídateľné vystupovanie** a dávať si **pozor na dotýkanie sa** pacienta. Očný kontakt je dôležitý, avšak netreba ho preháňať, aby pacient nezačal byť paranoidný. Kladenie vhodných otázok môže byť občas náročné, nakoľko priskoré pýtanie sa otvorených otázok alebo príliš uzatvorených môže v pacientovi vyvolávať úzkostlivosť. V komunikácii s pacientom je vhodné, pokiaľ jeho slová alebo **to, čomu verí, nekonfrontujete** (aktuálne halucinácie, bludy). Odporúča sa **snaha o empatické porozumenie** pacientovmu prežívaniu a **legitimizovanie jeho skúsenosti**, aj **bez nutného súhlasu s interpretáciou jeho reality**. Napríklad „Rozumiem, že ste taký nahneváný, preto že si myslíte, že ste boli otrávený“ (Brown et al., 2016). Prax ukazuje, že práve **pacientovi blízki** často volajú na pomoc ZZS, pričom zároveň nemusia byť dostatočne informovaní o prejavoch ochorenia, resp. sú z prejavov správania ich blízkeho už vyčerpaní. Ak to čas dovoľuje, je vhodné ich aspoň krátko **edukovať** o prejavoch správania ako normálnych pre dané ochorenie a odporučiť ďalšie zdravotnícke služby (napr. stacionáre atď.).

V rámci nedávnej štúdie (Ferguson et al., 2019), ktorá sa zamerala na skúsenosť a vnímanie komunikácie zdravotníckych záchranárov z pohľadu pacientov so psychiatrickým ochorením či alkoholovou závislosťou spokojní pacienti uvádzali, že s nimi bolo **komunikované jasne, bol im vysvetlený postup a ich obavy boli vypočuté** - zásady prístupu zameraného na pacienta. Nespokojní pacienti tvrdili, že komunikácia záchranárov bola nedostatočná, často mali hodnotiace komentáre o zdravotnom stave pacienta, nevysvetľovali postup svojich intervencií alebo boli úplne ticho. Pacienti boli s priebehom ich odovzdávania do nemocnice spokojní, ak bolo rýchle a boli **dostatočne informovaní o nasledujúcom postupe**. Nespokojní boli s takým spôsobom odovzdávania do nemocnice, pri ktorom sa cítili osamelí a trpeli prejavmi nedostatočnej komunikácie.

## Komunikácia s agresívnym pacientom

Pracovníci ZZS žiaľ čoraz častejšie čelia aj agresívnym útokom zo strany pacientov, ich blízkych, alebo svedkov udalosti. Príčiny agresívneho naladenia môžu byť primárne *fyziológické* (napr. hypoglykémia, akútna psychóza, intoxikácia, poranenie hlavy), *psychologické*, alebo sa jedná o *kombináciu oboch*. Najčastejším psychologickým zdrojom agresivity je **frustrácia základných potrieb** pacienta a/alebo jeho blízkych – potreby bezpečia, prináležitosti, úcty, či zriedkavejšie aj sebarealizácie (Vevera, 2011). V takom prípade je možné eskalácii konfliktu do fázy fyzického útoku vo väčšine prípadov predísť, vhodne zvoleným spôsobom verbálnej i neverbálnej komunikácie. **Adekvátna komunikácia** znižuje aktuálnu úroveň frustrácie a pocit ohrozenia zasiahnutých osôb a **presmerováva ich pozornosť** z ventilovania vlastných negatívnych emócií **na riešenie samotného zdravotného problému** pacienta.

Spúšťačom mnohých prípadov agresivity, nespolupráce či sťažností pacientov a ich príbuzných, sú neadekvátne reakcie na strane zdravotníkov. V prípade rozčúleného pacienta alebo svedka udalosti, je vhodné vyskúšať postup **deeskalácie konfliktu**. Táto intervencia sa skladá z troch zložiek – vyhodnotenia situácie, komunikácie a vyjednávania (Vevera, 2011).

Základnou podmienkou deeskalácie začínajúceho konfliktu je zaistiť si pre kontakt s pacientom *dostatočný čas a bezpečný priestor*. *Bezpečnosť* zdravotníkov je pri kontakte s agresívnym pacientom prvoradou prioritou. Treba dbať na udržiavanie bezpečnej vzdialenosti a voľné únikové cesty. Pre **vyhodnotenie situácie** je dôležité, aby sme dokázali ovládnuť najprv prejavy vlastnej impulzívnej reakcie, zachovať pokoj, nadviazať verbálny kontakt s pacientom a získať tak čas pre hľadanie príčiny pacientovej agresivity. Pri samotnej **komunikácii** s pacientom by mal mať zdravotník pod kontrolou predovšetkým vlastnú „reč tela“, teda svoju neverbálnu komunikáciu. Očný kontakt by mal byť primeraný, odhodlaný, netrvajúcí príliš dlho. Po verbálnej stránke by mal zdravotník komunikovať s pacientom v postupnosti – predstaviť sa, ukládnúť pacienta, pokus o nadviazanie kontaktu, ubezpečiť ho o vlastnom záujme a snahe riešiť situáciu, poskytnúť priestor pre vlastné neprerušované vyjadrenie pacienta a následné prevzatie iniciatívy rozhovorom zdravotníkom. Pacienta sa odporúča oslovovať priezviskom, čo dodá komunikácii osobnejší ráz, a zároveň pôsobí ako prejav rešpektu (Remeš & Trnovská, 2013; Vevera, 2011).

V rámci **vyjednávania** o tých častiach intervencie, s ktorými agresor nesúhlasí, je základným predpokladom úspechu vystupovať ako niekto, kto je ochotný a schopný pacientovi pomôcť. Cieľom tejto fázy deeskalácie konfliktu je *zmeniť vzájomnú konfrontáciu*

na diskusiu. Pacientova frustrácia sa zníži, pokiaľ mu umožníme získať určitý pocit kontroly nad situáciou, napríklad tým, že ho zdvorilo požiadame o súhlas s vyšetrením a každou ďalšou intervenciou (Vevera, 2011).

### 3.4 Zhrnutie

V tejto kapitole boli popísané základné teoretické východiská a **princípy komunikácie s pacientom a jeho blízkymi** tak vo všeobecnej, ako aj v špecifickej rovine. Popísané teoretické a výskumné zistenia poukazujú na pomerne široké spektrum poznatkov, ktoré sa zhodujú v tom, že komunikácia zdravotníckych záchranárov a lekárov ZZS by mala byť **profesionálna a pre pacienta zrozumiteľná**. Prostredníctvom nej by malo dôjsť k **nadviazaniu vzťahu s pacientom** (alebo jeho blízkym), ktorý sa zakladá na princípoch prístupu zameraného na pacienta, prostredníctvom využívania prvkov aktívneho počúvania, prejavov empatie či poskytnutím priestoru pre vyjadrenie pacientových názorov a potrieb. Zdravotník by mal priebežne a adekvátne **popisovať jednotlivé kroky** svojho postupu, **informovať** o svojich zisteniach pacienta a jeho blízkych a **umožniť im aktívne sa podieľať na rozhodovaní** o navrhovanom riešení vzniknutého problému. Vzťah s pacientom, založený na dôvere, a konštruktívna komunikácia sa potom môže premietnuť nielen do efektívnejšej spolupráce medzi zdravotníkom a pacientom, väčšej bezpečnosti poskytovanej zdravotnej starostlivosti, spokojnosti pacienta či jeho rodiny, ale aj do pocitu väčšej pracovnej satisfakcie na strane zdravotníka.

Významom, aké komunikácii s pacientom a jeho blízkymi v práci ZZS pripisujú samotní zdravotníci a ich klienti, sú venované nasledujúce tri výskumné štúdie.

#### 4. Význam komunikácie s pacientom z pohľadu pracovníkov a klientov ZZS - výskumný problém

Napriek tomu, že vedecké štúdie, zaoberajúce sa špecificky komunikáciou pri poskytovaní neodkladnej prednemocničnej zdravotnej starostlivosti sú skôr zriedkavé, v rámci odbornej literatúry, venovanej komunikácii v medicíne ako takej, už možno nájsť dostatok odporúčaní, vhodných aj pre komunikáciu s pacientom a jeho blízkymi v zásahoch ZZS. Prenikanie týchto poznatkov do praxe je však len pozvoľné.

Chyby v komunikácii patria medzi dominantné príčiny pochybení pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti, ktoré poškodzujú pacienta (Moreira & French, 2019), čo má nepriaznivé dôsledky pre obe strany. Preto by malo poskytovateľom zdravotnej starostlivosti rovnako záležať na **zdokonaľovaní komunikačných, ako aj procedurálnych zručností profesionálov**. Pre pacientov prináša efektívna komunikácia lepšiu compliance s liečbou (Wagner et al., 2002) a lepšie zdravotné výsledky (Roter & Hall, 2011; Steward et al., 2000). U zdravotníkov zase zlepšuje ich klinickú efektívnosť a spokojnosť s prácou (Flin et al., 2003). Accreditation Council for Graduate Medical Education (ACGME) preto radí interpersonálne a komunikačné zručnosti „medzi kľúčové kompetencie v urgentnej medicíne“ (tamže).

Reálna aplikácia odporúčaní efektívnej komunikácie s pacientom a jeho blízkymi posádkami ZZS si vyžaduje nielen ich **teoretické poznanie a praktické ovládanie**, ale tiež **motiváciu** zdravotníkov pre ich aplikovanie v reálnej praxi.

Niektorí pracovníci ZZS sú viac motivovaní potrebou podať výkon či túžbou po pomáhaní, u iných môže dominovať potreba stimulácie a napätia (Uhrecký, Gurňáková, 2020). Zatiaľ čo motivácia pre riešenie kritických alebo naliehavých stavov je u väčšiny pracovníkov ZZS vysoká, sila ich motivácie pre riešenie menej naliehavých stavov variuje. Ako ukázala analýza ich cieľov pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti (Gurňáková, 2018a), časť týchto profesionálov vníma svoj cieľ pri výjazdoch ZZS ako poskytovanie starostlivosti pri stavoch „neodkladne ohrozujúcich život“ pacienta, t.j. ich poslanie je redukované na záchranu života pacienta. Iní profesionáli majú svoje ciele formulované konkrétnejšie - ako snahu dobre a citlivo pacienta vyšetriť, stanoviť (prípadne zaliečiť) určenú diagnózu, rozhodnúť o ponechaní pacienta doma alebo ho bezpečne transportovať do príslušného zdravotníckeho zariadenia. Tretia časť profesionálov vníma svoje poslanie ešte širšie – ako snahu o poskytnutie maximálnej nožnej podpory a pomoci pacientovi nielen prostredníctvom medikácie a správnych odborných postupov, ale aj po psychickej a ľudskej stránke. Ako

ukázalo pozorovanie súťažiacich posádok pri riešení simulovaných výjazdov ZZS (Gurňáková, 2020), tieto ciele sa flexibilne menia nielen vzhľadom na konkrétny typ udalosti, ale aj v priebehu jednotlivých fáz zásahu.

**Rozdiely vo vnímanom poslaní a stanovaní vlastných cieľov profesionálmi ZZS sa následne prejavujú aj v spôsobe, akým pristupujú k ostatným osobám na mieste udalosti a ako s nimi komunikujú.** Zvyčajne sú to najmä k príbuzní alebo blízke osoby pacienta, ale často tiež iní, napr. náhodní svedkovia udalosti. Pokiaľ má zdravotník svoj cieľ úzko zameraný na zabezpečenie základných životných funkcií pacienta, ostatné osoby na mieste udalosti môže považovať buď za irelevantné alebo aj za rušivý element, ktorého vplyv treba eliminovať. Ak pacient nie je schopný sám adekvátne komunikovať, väčšina profesionálov považuje jeho blízkych alebo iných svedkov na mieste zásahu najmä za užitočný zdroj informácií o samotnej udalosti, prípadne o predchorobí pacienta. Len časť profesionálov vnímala ako neoddeliteľnú súčasť svojho poslania v zásahu ZZS tiež snahu o upokojenie, informovanie a psychickú podporu tak samotného pacienta, ako aj jeho blízkych (Gurňáková, 2018a).

Meniaca sa prioritá a poradie viacerých, navzájom súperiacich cieľov, je pri nejasne definovanom probléme v závažnej, naliehavej, neprehľadnej a značne komplexnej situácii prirodzená (Zsombok, 1997). Zásah ZZS však zvyčajne nerealizuje jednotlivec, ale celá posádka, z čoho vyplýva možnosť efektívneho rozdelenia pozornosti jednotlivých členov tímu medzi viaceré aspekty zásahu. Pokiaľ je situácia vyhodnotená ako kritická, a zabezpečenie životných funkcií pacienta si vyžaduje od zasahujúcej posádky plnú kapacitu jej pozornosti, je prirodzené, že na ostatné aspekty zásahu veľa pozornosti neostáva a väčšina laikov to pochopí. Spoľahlivo natrénované, zautomatizované postupy, efektívne vedenie tímu a primerané rozdelenie úloh medzi všetkých členov zasahujúcej posádky však dokážu jej kapacitu významne rozšíriť a umožnia jej tak venovať paralelnú pozornosť aj iným – v tej chvíli relatívne menej dôležitým cieľom, napr. komunikácii s osobami na mieste udalosti (Gurňáková, 2020b). Navyše, vo väčšine prípadov existuje možnosť venovať chvíľu pozornosti snahe informovať či psychicky podporiť pacienta alebo jeho blízkych aj po ukončení najkritickejšej fázy zásahu. Pokiaľ si situácia okamžitú, život zachraňujúcu intervenciu nevyžaduje, je priestor pre viac či menej efektívnu komunikáciu s pacientom a jeho blízkymi ešte širší. Aj v prípade stavov, ktoré neohrozujú život, ako sú rôzne hraničné hypertenzie, neurózy, manželské a rodinné konflikty, či problémy s návykovými látkami, môže trpezlivé vysvetlenie stavu a príčin, ktoré k nemu viedli, informovanie o možnosti svojpomoci liekmi a postupmi, dostupnými v každej domácnosti, prispieť k zníženiu počtu

výjazdov v tej najmenej naliehavej kategórii (Dobiáš (2021)). Naopak hostilný, nepriateľský postoj alebo neadekvátne komunikácia zo strany zasahujúcej posádky, môže viacerými spôsobmi znížiť kvalitu poskytovanej starostlivosti a skomplikovať situáciu nielen pacientovi a jeho blízkym, ale aj zasahujúcej posádke, jej zamestnávateľovi, ba dokonca aj ďalším posádkam, ktoré možno prídu na rovnakú adresu neskôr.

Je zrejme, že komunikácia s pacientom a jeho blízkymi nie je hlavnou prioritou zásahu ZZS. No rovnako ako pri výbere vhodnej medicínskej intervencie aj tu platí pravidlo – predovšetkým neškodiť. **Kým vhodne zvolený spôsob a obsah komunikácie dokáže osoby, zasiahnuté ohrozujúcou nepriaznivou udalosťou do značnej miery stabilizovať a podporiť ich postupné vyrovnanie sa so situáciou, nevhodný spôsob a obsah komunikácie môže na nich pôsobiť dokonca až traumatizujúco** (Gurňáková, 2020b). Aj pracovníci ZZS by preto mali vedieť, že pokiaľ pri svojej práci vstupujú v rámci zásahu do akejkoľvek interakcie s inými ľuďmi, spôsob a obsah ich komunikácie môže priebeh aj výsledok celého zásahu radikálne ovplyvniť.

Pre skúmanie kvality komunikácie s pacientom a jeho blízkymi v zásahoch ZZS možno využiť viaceré metódy, z ktorých každá ma svoje obmedzenia aj výhody. Z teoretického hľadiska by optimálny spôsob mohlo predstavovať nezúčastnené skryté pozorovanie, napr. v podobe analýzy videozáznamov z reálnych situácií. Tento prístup však nie je realizovateľný z dôvodu mnohých etických, legislatívnych, ako aj praktických obmedzení. Inou možnosťou, ktorú sme v rámci riešenia tohto projektu už viackrát využívali, je pozorovanie výkonu posádok ZZS pri riešení modelových, realisticky simulovaných súťažných situácií (napr. Gurňáková, 2013; 2017; 2020b). Tento prístup umožňuje objektívne porovnávať spôsob práce viacerých posádok v rovnakých situáciách. Umožňuje veľmi dôkladnú analýzu jednotlivých prvkov ich správania, a tým aj možnosť detailnejšie popísať široký repertoár zvolených postupov a stratégií. Avšak, umelý charakter situácie, samovýber participantov a ich vysoká výkonová motivácia v súťažnej situácii neposkytuje celkom spoľahlivý obraz o tom, ako prebieha komunikácia s pacientom ZZS v reálnej praxi (pre podrobnejšiu analýzu výhod a nevýhod tejto metódy vid'. Gurňáková, 2015).

Hoci prostredie prestížnych profesionálnych súťaží podporuje snahu o čo najlepšie hodnotený výkon, spôsoby, akými jednotliví profesionáli využívajú komunikáciu s pacientom sa niekedy napriek tomu radikálne líšia. Niektoré z nich, z hľadiska vonkajšieho pozorovateľa, pôsobia niekedy až kontraproduktívne. Ako bolo uvedené vyššie, navonok pozorované rozdiely v komunikačnom správaní pracovníkov ZZS nespočívajú len na úrovni ich

schopností, aplikovať určité komunikačné princípy do praxe, ale aj na úrovni ich motivácie a subjektívnych presvedčení o tom, o dosiahnutie ktorých cieľov a akým spôsobom sa treba usilovať.

**Prostredníctvom nasledujúcich štúdií sme preto analyzovali význam komunikácie posádky ZZS s pacientom a jeho blízkymi z tých uhlov pohľadu, ktoré mu prisudzujú obe zúčastnené strany – tak osoby, zasiahnuté nepriaznivou udalosťou, ako aj samotní zasahujúci profesionáli.**

Cieľom prvej z predložených štúdií bola podrobnejšia analýza významu, ktorý pracovní ZZS komunikácii s pacientom a jeho blízkymi pripisujú; cieľov, ktoré počas svojho zásahu v tejto komunikácii sledujú a základných princípov profesionálnej komunikácie s pacientom a jeho blízkymi, s ktorými sa vo svojej praxi identifikujú.

Príčiny reálnych pochybení, takmer-pochybení a sťažností na nedostatočnú úroveň kvality poskytnutej prednemocničnej zdravotnej starostlivosti, sú predmetom druhej štúdie.

V rámci dostupných dát, ktoré predstavovali texty písomných návrhov na prešetrovanie kvality poskytnutej zdravotnej starostlivosti (sťažností) Úradom pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou, sme sa pokúsili popísať, za akých okolností vznikajú u klientov ZZS natoľko vážne pochybnosti o kvalite poskytnutej neodkladnej prednemocničnej zdravotnej starostlivosti, kvôli ktorým sa obracajú na ÚDZS; ako títo klienti popisujú správanie posádky v priebehu zásahu ZZS a aký význam pri ich hodnotení priebehu zásahu mohol zohrávať spôsob komunikácie zasahujúcich posádok ZZS.

Detailnejšie hodnotenie významu jednotlivých aspektov komunikácie a celkového správania posádky ZZS pre spokojnosť/nespokojnosť pacientov, ich blízkych, alebo očitých svedkov udalosti, v širšom okruhu rôznych typov reálnych výjazdov ZZS bolo cieľom tretej – záverečnej štúdie.



## 5. Význam a princípy komunikácie s pacientom a jeho blízkymi z pohľadu pracovníkov ZZS

Priebeh, obsah, formu, ale i výsledok komunikácie s pacientom či jeho blízkymi môžu ovplyvňovať vzájomné interakcie viacerých faktorov, ktoré spolu-vytvárajú kontext situácie (Sedlár, 2018): a) **faktory na strane samotnej udalosti a prostredia zásahu** (napr. podmienky prostredia, bezpečnosť prostredia, naliehavosť situácie) a b) **faktory na strane aktérov udalosti**. Tie možno rozdeliť na *faktory na strane osôb, zasiahnutých nepriaznivou udalosťou* (ich fyzické a osobnostné dispozície, aktuálny stav, potreby či komunikačné schopnosti pacienta, jeho blízkych či svedkov udalosti) a *faktory na strane zasahujúceho personálu* (osobnostné dispozície, predchádzajúce skúsenosti, komunikačné zručnosti, motivácia, ciele, či postoje členov posádky voči osobám na mieste zásahu). Známa psychologická axióma hovorí, že nie je možné nekomunikovať. Vyvinuli sme sa ako sociálne bytosti, závislé na živote v skupinách. Výmena rôznych typov informácií medzi dvoma alebo viacerými osobami pri vedomí, prebieha (minimálne na neverbálnej úrovni) v podstate neustále, pričom schopnosť verbálnej komunikácie je považovaná za samozrejmu. Avšak, schopnosť *efektívnej, vedome regulovanej komunikácie*, ktorá je nápomocná pri napĺňaní konkrétnych potrieb a cieľov, už taká samozrejmá nie je.

Cieľom tejto štúdie bola a) **identifikácia významu**, ktorý **pracovníci ZZS komunikácii s pacientom a jeho blízkymi pripisujú**, b) charakteristika **cieľov**, ktoré počas zásahu v tejto komunikácii sledujú a c) zhrnutie **základných princípov profesionálnej komunikácie** s pacientom a jeho blízkymi, s ktorými sa identifikujú.

V rámci týchto cieľov sme si položili nasledujúce výskumné otázky:

- 1) Aký význam pripisujú komunikácii s pacientom a jeho rodinou pracovníci ZZS?
- 2) Aké ciele v komunikácii s pacientom a jeho rodinou sledujú pracovníci ZZS?
- 3) Ako popisujú základné princípy profesionálnej komunikácie s pacientom pracovníci ZZS?

### 5.1 Postup

Potenciálni účastníci – pracovníci ZZS, boli v priebehu septembra 2021 oslovení prostredníctvom e-mailu s ponukou zúčastniť sa výskumu, zameraného na ich skúsenosti ohľadom komunikácie s pacientmi. Účastníci boli kontaktovaní viacerými spôsobmi. Jedným z nich bolo využitie internej databázy projektu VEGA 2/0070/18 obsahujúcej e-mailové adresy pracovníkov ZZS (počet oslovených N = 43), ktorí už v minulosti prejavili

ochotu zúčastniť podobných výskumov (cieľný výber). Druhým spôsobom bola e-mailová ponuka, smerovaná na vybrané stanice ZZS (počet oslovených staníc resp. prevádzkovateľov jednotlivých staníc ZZS  $N = 5$ ). Niektorí účastníci sa o možnosti zúčastniť sa výskumu dozvedeli tretím spôsobom, prostredníctvom správy, preposlanej od svojich kolegov a známych v ZZS (metóda snehovej gule). V rámci individuálnej e-mailovej komunikácie bol zaslaný formulár informovaného súhlasu (Príloha 1) tým respondentom, ktorí spĺňali podmienku minimálne 3 – ročnej aktívnej praxe na pozícii zdravotnícky záchranár alebo lekár v posádke ZZS v rámci Slovenskej republiky. S účastníkmi, ktorí informovaný súhlas elektronicky potvrdili, bol vedený online rozhovor prostredníctvom platformy Zoom. Zber údajov prebiehal v mesiacoch september – november 2021. V úvodnej časti rozhovoru boli účastníkom zopakované hlavné body informovaného súhlasu, nasledované nižšie popísanou schémou hĺbkového polo-štruktúrovaného rozhovoru. Účastníci boli za svoju účasť vo výskume odmenení darčekomou poukážkou v hodnote 30 eur, ktorá im bola zaslaná poštou po ukončení rozhovoru.

## 5.2 Výskumný súbor

Na e-mailovú ponuku účasti vo výskume aktívne zareagovalo 21 pracovníkov ZZS, pričom 11 z nich nespĺňalo stanovené podmienky výskumu. Patrili medzi nich osoby, ktoré nepracovali na Slovensku ( $N = 1$ ), nemali dostatočne dlhú prax ( $N = 2$ ), pracovali výlučne na pozícii vodič ( $N = 3$ ) alebo neskôr nesúhlasili s nahrávaním rozhovoru ( $N = 2$ ), resp. v rámci ďalšej komunikácie sa už neozvali ( $N = 3$ ). Výsledný výskumný súbor tvorilo napokon 10 účastníkov z rôznych regiónov Slovenska. 8 pracovali na pozícii zdravotnícky záchranár v RZP/RLP posádke a 2 na pozícii lekár v RLP posádke. Výskumný súbor tvorilo 6 mužov a 4 ženy vo vekovom rozmedzí 25 - 63 rokov ( $M = 41,5$ ;  $SD = 11,34$ ;  $min = 25$ ;  $max = 63$ ). Počet rokov praxe účastníkov sa pohyboval od 7 do 31 rokov aktívnej služby v záchranej zdravotnej službe ( $M = 17,8$ ;  $SD = 9,2$ ;  $min = 7$ ;  $max = 31$ ). Účastníci profesijne pôsobili v rôznych častiach Slovenska, napríklad – Bratislava, Čadca, Nitra, Kežmarok, Námestovo, Prievidza, Prešov, Rimavská Sobota, Ubl'a či Žilina. Podrobnejšie informácie o účastníkoch obsahuje tabuľka 5.1.

**Tabuľka 5.1 Základné údaje o participantoch**

| Participant | Pohlavie | Pozícia a posádka | Vek | Počet rokov praxe v ZZS |
|-------------|----------|-------------------|-----|-------------------------|
| ML01        | muž      | L (RLP)           | 49  | 18                      |
| MZ01        | muž      | ZZ (RZP)          | 31  | 9                       |
| WZ01        | žena     | ZZ (RZP)          | 36  | 10                      |
| MZ02        | muž      | ZZ (RZP)          | 25  | 7                       |
| MZ03        | muž      | ZZ (RZP)          | 44  | 24                      |
| WZ02        | muž      | ZZ (RZP)          | 47  | 29                      |
| MZ04        | muž      | ZZ (RZP, RLP)     | 30  | 7                       |
| MZ05        | muž      | ZZ (RZP)          | 41  | 18                      |
| WZ03        | žena     | ZZ (RZP)          | 63  | 31                      |
| WL01        | žena     | L (RLP)           | 49  | 25                      |

Pozn.: ZZ – zdravotnícky záchranár, L – lekár; RZP – Rýchla zdravotná pomoc; RLP – Rýchla lekárska pomoc

Niektorí pracovníci (4) ZZS pracujú výlučne na pozícii v RZP alebo RLP, no iní (6) majú aj iné úväzky v zdravotníctve či pridružených oblastiach, ako napríklad - hasič, intenzivista, prevádzkový riaditeľ v rámci ZZS, odborný garant v DSS či lektor kurzov prvej pomoci. V rámci rozhovoru sme zisťovali aj to, či účastníci niekedy absolvovali kurz, tréning alebo workshop, ktorý sa zameriaval na komunikáciu s pacientom. Štyria účastníci uviedli, že majú skúsenosť napr. s kurzom nenásilnej komunikácie, krízovej intervencie či s kurzami, zameranými na komunikáciu s pacientom všeobecne. Ostatní (6) účastníci neabsolvovali žiaden kurz, no niektorí z nich uviedli, že sa s poznatkami ohľadom komunikácie s pacientom stretli v rámci stredoškolského/vysokoškolského štúdia, alebo že sa dané poznatky naučili od svojich skúsenejších kolegov a/alebo v rámci vlastnej praxe.

### 5.3 Metóda získavania údajov

Pre zodpovedanie výskumných otázok sme so zástupcami záchranej zdravotnej služby viedli **hlbkový polo-štruktúrovaný rozhovor** na tému komunikácie s pacientom či jeho blízkymi pri poskytovaní neodkladnej zdravotnej starostlivosti. Širšie koncipovaný rozhovor sa zameriaval na viaceré oblasti komunikácie. Na tomto mieste predstavujeme analýzu výpovedí, vzťahujúcich sa k **významu a cieľom komunikácie s pacientom a jeho blízkymi** v rámci zásahov ZZS a **základným princípom profesionálnej komunikácie s pacientom a jeho blízkymi**, s ktorými sa identifikujú pracovníci ZZS.

Výskumný rozhovor pozostával z 3 častí, pričom úvodná časť obsahovala vysvetlenie podstaty výskumu a priebehu rozhovoru, otázky k základným socio-demografickým údajom a pracovnej praxi (tabuľka 5.1). Jadro rozhovoru bolo rozdelené do dvoch častí. Prvá z nich, ktorá je súčasťou tejto štúdie, sa zameriavala na všeobecné aspekty komunikácie s pacientom či jeho blízkymi na mieste zásahu ZZS. Druhá časť bola zameraná na špecifiká komunikácie vo výjazdoch ZZS s rôznym stupňom naliehavosti (ich analýza bude súčasťou inej štúdie).

V rámci predmetu výskumu tejto štúdie boli participantom kladené nasledujúce otvorené otázky:

- 1) *Aký význam má pre Vás komunikácia s pacientom v priebehu zásahu? Aké ciele plní?*
- 2) *Aký význam má pre Vás komunikácia s rodinou pacienta v priebehu zásahu? Aké ciele plní?*
- 3) *Vedeli by ste zhrnúť do niekoľkých bodov základné princípy, ako by podľa Vás mala vyzerať optimálna profesionálna komunikácia s pacientom?*

## **5.4 Analýza dát**

Audionahrávky on-line rozhovorov boli doslovne prepísané externým spolupracovníkom a skontrolované druhou autorkou tejto monografie, ktorá rozhovory s participantami viedla. Kódovanie dát podliehalo princípom **Tematickej analýzy** (Braun & Clarke, 2006), ktorá sa riadi následnosťou postupných krokov, ako: oboznámenie sa s dátami; vytváranie počiatkových kódov; hľadanie tém; prechádzanie tém; definovanie a pomenovanie tém a výstup. Pri analýze dát sme postupovali na základe indukčného prístupu. Dáta kodovali nezávisle od seba dve kódotelky, ktoré spolu neskôr konzultovali a porovnávali jednotlivé kódy a témy. V prípade, že sa v jednotlivých kódoch resp. témach nezhodli, došlo k diskusii a následnému konsenzu. Analýza dát prebiehala prostredníctvom programov Microsoft Word, Microsoft Excel a ATLAS.ti 8.

## **5.5 Výsledky**

### **5.5.1 Význam komunikácie s pacientom a jeho rodinou**

Väčšina zástupcov ZZS vo svojich odpovediach uviedla, že komunikácia s pacientom alebo jeho rodinou zohráva v rámci výjazdov **klúčovú úlohu** napriek tomu, že sa na úrovni bližšieho definovania jednotlivých aspektov jej významu líšia.

*„To je svojím spôsobom gro, lebo aj keď mám študentov na praxi, tak ja im vravím, že fyziologické hodnoty, nejaké čísla, dávkovanie liekov, tak to vám aj opica podá, ale tá*

*komunikácia je od začiatku dverí až po odovzdávanie pacienta v nemocnici...“ (MZ04, muž, záchranár).*

Väčšina participantov chápe komunikáciu s pacientom najmä ako prostriedok pre **získanie relevantných informácií**, ktorými môžu do istej miery kompenzovať absenciu informácií o fyziologických parametroch z vyšetrení, ktoré pri práci v teréne nie sú k dispozícii.

*„Primárne informácie v podstate, my na rozdiel od nemocnice nemáme žiadne iné prístupy, okrem merania tlaku, EKG prístroje, glukomera, ešte vieme odmerať saturáciu krvi, čiže okysličenie krvi. To sú naše jediné prístroje a my z toho máme stanoviť diagnózu, čiže to je jediné čo máme, na rozdiel od nemocníc, tie majú laboratórne vyšetrenia, CT prístroje, ... kadejaké endoskopy a podobné.“ (MZ02, muž, záchranár)*

Komunikácia podľa participantov umožňuje získať informácie, potrebné pre vytvorenie celkového obrazu aktuálneho zdravotného stavu pacienta, jednak prostredníctvom odberu **anamnézy**, ako aj prostredníctvom **doplnenia pracovnej diagnózy**:

*„Pre mňa je veľmi dôležitá, to je možno 40% anamnézy, keď dávate správne otázky. Tými otázkami ich treba naviesť na to, čo chcete vedieť... Doplnenie mojej pracovnej diagnózy, vytvorím si určitá obraz čo mu je, čo by mu mohlo byť. Preto pracovná, lebo ju nemám potvrdenú, ten rozhovor mi to v podstate doplní, pomôže mi to.“ (WZ03, žena, záchranár)*

Pri výjazdoch k osamelým pacientom alebo pacientom s chronickými či psychosomatickými ťažkosťami, využívajú niektorí participanti komunikáciu s pacientom aj ako nástroj **psychosociálnej podpory**.

*„... pri tej komunikácii mnohokrát vyriešite ten samotný problém, ktorý ako keby vychádzal z iných vecí, ako ku ktorým sme boli vyslaní, pretože napríklad tá hypertenzia je výsledok nejakej stresovej reakcie, pri tej komunikácii dokážeme mnohokrát vyriešiť pacientov problém aj bez terapie. Povedal by som, že to je sociálna úloha záchranky, že mnohokrát neriešia, že zdravotný stav ale jeho psychické rozpoloženie, takže tá komunikácia je určite veľmi dôležitá. Čím je lepšie zvládnutá, tým menej komplikácií máme s pacientom.“ (MZ05, muž, záchranár)*

Keďže sa niekedy stáva, že rodinní príslušníci nepodávajú pracovníkom ZZS natoľko relevantné informácie ako samotný pacient, viacerí participanti vnímajú význam v **uprednostnení priamej komunikácie s pacientom pred komunikáciou s jeho rodinou**.

*„Treba sa zameriavať na toho pacienta, že čo nám pacient hovorí, snažím sa vytláčať čo nám príbuzný hovorí, pokiaľ je pacient pri vedomí a komunikuje s nami.“ (MZ02, muž, záchranár)*

Platí to najmä vtedy, ak ostatné, spravidla pacientovi blízke osoby na mieste udalosti, **pôsobia pri zásahu ZZS rušivo.**

*„...oni (príbuzní) väčšinou majú tendenciu, všetci rozprávať na tých pacientov, a musím ich upozorniť ak je pacient pri vedomí, že ja sa najradšej s ním rozprávam, to sa ale niekedy príbuzným nepáči. Potom ich musím poprosiť aby odišli z miestnosti, ale vlastne väčšinou s tým pacientom sa dá vždy, keď je aj rozrušený alebo negativistický, ale s ním, keď ho nechá aj to okolie, tak s ním sa najlepšie komunikuje.“ (WL01, žena, lekár)*

**Opakované kladenie podobných otázok alebo dopytovanie sa rodinných príslušníkov, môže byť, podľa iných participantov, pre overenie validity pacientových odpovedí prospešné.**

*„Treba zbierať informácie, nielen od pacienta, ale aj od okolia. Treba dať otázku nielen raz, alebo aj iným štýlom.“ (WZ02, žena, záchranár)*

*„...tá komunikácia je alfa a omega. Podstatné je to, aby ten pacient neklamal ale povedal pravdu.“ (MZ02, muž, záchranár)*

### **5.5.2 Ciele komunikácie s pacientom a jeho rodinou**

Komunikácia s pacientom a jeho blízkymi plní podľa pracovníkov ZZS rôzne funkcie. Ciele, ktoré pri svojej práci v zásahoch ZZS sledujú naši respondenti sumarizuje Tabuľka 5.2.

**Tabuľka 5.2** Ciele komunikácie s pacientom a jeho blízkymi podľa pracovníkov ZZS (N=10)

| CIELE KOMUNIKÁCIE S PACIENTOM A JEHO BLÍZKYMI   |  |
|---|--|
| <b>Nadviazanie vzťahu</b>   | Od neho sa odvíja úroveň ďalšej spolupráce, dôvery a ochoty poskytnúť zdravotníkom potrebný rozsah a kvalitu informácií.   |
| <b>Uspokojovanie psycho-sociálnych potrieb</b>  | Uspokojovanie potrieb samoty či „vyrozprávania sa“ je dôležitá hlavne pri menej naliehavých prípadoch (napr. starší pacienti, chronickí pacienti, psychosomatické ťažkosti).   |
| <b>Upokojenie situácie, pacienta</b>  | Pre niektorých pacientov či ich blízkych môže byť kontakt so ZZS stresujúcou skúsenosťou. Vhodne zvolenou komunikáciou môže zdravotník upokojiť nielen pacienta, ale aj okolité prostredie či situáciu.                        |
| <b>Získavanie informácií počas vyšetrenia a prevozu do nemocnice od pacienta a rodiny</b> | Prostredníctvom komunikácie získavajú pracovníci ZZS potrebné informácie ohľadom predchorobia, symptómov, ťažkostí, ich intenzity, dĺžky, atď..  |
| <b>Poskytovanie informácií pacientovi a rodine</b>  | Popis vykonávaných úkonov, nasledujúceho postupu možnosti liečby môže zmierniť stres, neistotu či úzkosť tak u pacienta, ako i jeho blízkych.  |
| <b>Sprostredkovanie informácií cez rodinného príslušníka</b>                              | Ak pacient nedôveruje alebo si plne neuvedomuje závažnosť svojho stavu, možno prostredníctvom komunikácie cez pacientovi blízku osobu (napr. vnučku) sprostredkovať potrebné informácie resp. vytvoriť priestor na spoluprácu. |

Dôležitým cieľom komunikácie s pacientom či jeho blízkymi, je pre viacerých participantov **nadviazanie vzťahu**, od ktorého sa odvíja úroveň ich ďalšej spolupráce, dôvery a ochoty poskytnúť zdravotníkom potrebný rozsah a kvalitu informácií.

„...aj tón toho hlasu robí veľa, lebo potrebujete dostať toho pacienta na svoju stranu, potrebujete s ním pracovať, potrebujete aby bol kľudný...“ (MZ04, muž, záchranár)

„... viete navodiť dôveru, viete skorigovať jeho názory.“ (WZ03, žena, záchranár)

Jeden z participantov chápe komunikáciu tiež ako prostriedok pre **uspokojovanie psycho-sociálnych potrieb pacienta**

„Keď vidíte, že pacientka je stará babička, ktorá tam žije sama kdesi na samote u lesa a potrebuje sa vyrozprávať a má aj vysoký tlak, tak jej proste nehodím tensamín pod jazyk a idem preč... ale skôr sa snažím aj uspokojiť aj tú jej potrebu samoty a porozprávať sa s ňou a tak ju nejakto podporiť...lebo veľa ľudí je takých, že sa už opúšťa... deti sú preč, vnúčatá nevideli... sú sami, nebaví ich žiť, a podobné veci...“ (MZ01, muž, záchranár)

Nakoľko skúsenosť s náhlym zhoršením zdravotného stavu, vyžadujúcim zásah ZZS môže byť pre laikov značne stresujúca, ďalším z cieľov komunikácie je pre niektorých participantov **upokojenie situácie** resp. **samotného pacienta**,

*„Pre mnohých je to 1x kedy sa dostanú do kontaktu so ZZS, vtedy je tá komunikácia od upokojenia situácie, či už je to teraz pri covidovej dobe, pre nich cudzí človek v byte je ako keby stresujúci faktor, ako keby im teraz niekto prišiel do ich súkromia, nemusí to byť u nich v byte, ale zrazu sa vás cudzí človek pýta otázky, dotýka sa vás, robí vyšetrenia, takže určite ten pohľad je hlavne z toho pohľadu upokojujúceho, mnohokrát aj bežnú vec tí ľudia prežívajú rôzne, rôzne stresujúco, od upokojenia...“ (MZ05, muž, záchranár)*

*„... no a potom aj tie vedľajšie (ciele), viete upokojiť človeka“ (WZ03, žena, záchranár)*

Podobne, ako pri otázke významu, najčastejšie uvádzaným cieľom komunikácie s pacientom bolo pre participantov **získavanie informácií** ohľadom zdravotného stavu, ťažkostí, predchorobia či samotnej udalosti (napr. úraz), či už **počas samotného vyšetrenia** alebo počas **prevozu do nemocnice**.

*„...veľmi je potrebné aj rozprávať sa s tým človekom ... Mala som pacienta, ktorý mal príznaky mozgovno-cievnej príhody. Keď sedel, padal. Pýtam sa, či nespadol, či nemal nejaký úraz, že nie. Keď sme sedeli v sanitke cestou do nemocnice, pýtam sa ho „Ujo, naozaj ste nespadli? Nie zrovna dnes, ale 2-3 týždne dozadu...“, a on že hej, že „...som sa tak opil a spadol som pri tom“ a bolo to krvácanie poúrazové. Ale to trebalo na toho pána tak všelijak.“ (WZ02, žena, záchranár)*

Pre niektorých profesionálov je dôležitým cieľom ich komunikácie tiež **poskytovanie informácií pacientovi**. Informácie poskytované ošetrovanému pacientovi sa môžu týkať popisu vykonávaných úkonov, výsledkov vyšetrení, navrhovanej liečby či ďalšieho predpokladaného postupu v nemocnici.

*„... všetko je to o komunikácii, pretože keď máte pacienta pri vedomí, tak mu vykomunikovať o aký stav ide, že čo sa s ním bude diať, akú bude mať liečbu, aký bude ďalší postup, či bude transportovaný do nemocnice, tak to je úplne kľúčové.“ (ML01, muž, lekár)*

**Komunikácia s rodinou** pacienta (VO2), predstavuje dôležitý a relevantný **zdroj informácií** hlavne v prípadoch, pokiaľ je pacient napríklad v bezvedomí.



*„... tam komunikácia s rodinnými príslušníkmi poprípade svedkami je tiež veľmi dôležitá, nám veľa pomôže pri tej práci... keď vieme čo bolo predtým, že sa stal nejaký úraz, predchorobie... a to veľa napovie“ (MZ01, muž, záchranár)*

Na druhej strane, **informovanie rodinných príslušníkov** dokáže aspoň čiastočne zmierniť ich úzkosť či neistotu, pomôcť im porozumieť situácii, pripraviť sa na ďalší vývoj a podporiť tak ich schopnosť konať.

*„Čo je pre nich (rodinu) ešte dôležité, čo sa bude diať teraz, a keď ho odvezieme do nemocnice, také základné informácie, lebo nie je bežné chodiť na urgentný príjem. Takže od upokojenia, cez vysvetlenie zdravotného stavu, po dianie čo sa bude diať.“ (MZ05, muž, záchranár)*

Potreba a schopnosť laikov vyžiadať si dôležité informácie od zasahujúcej posádky ZZS sa môže u rôznych skupín obyvateľstva výrazne odlišovať. Rovnako môže variovať aj snaha zdravotníkov **aktívne poskytnúť dôležité informácie** osobám, s ktorými je komunikácia komplikovanejšia.

*„...keď sa niečo odkomunikuje, je to ľahšie, len sa musia obaja naladiť, a musia chcieť obidvaja. To je dôležité, mať ten typ pacientov.“ (MZ03, muž, záchranár)*

*„A potom sú zase rodinní príslušníci, ktorí sa pýtajú úplne na všetko. No ale také základné množstvo informácií sa snažím dať každému, že čo sa bude diať, a v zásade je to zas o tom, aké vzťahy sú v rodine, s kým sa bavíte, aká je tam tá komunikačná schopnosť alebo inteligencia.“ (ML01, muž, lekár)*

Nie každý pacient si plne uvedomuje závažnosť svojej situácie a nie každý pacient si dokáže vytvoriť dôveru k zasahujúcim zdravotníkom. **Komunikácia s rodinným príslušníkom** môže v takom prípade slúžiť aj ako kanál pre **sprostredkovanie výmeny informácií s pacientom**.

*„...ale v každom prípade, pokiaľ je tam rodina, ktorá je podporujúca pre toho pacienta, tak je to vynikajúce, lebo ľahšie prijíma informácie, keď to odkomunikujete s rodinou a potom tam máte napríklad staršieho človeka, a pokiaľ to niekto z rodiny, vnučka/dcéra odkomunikuje, že „babi, ideš do nemocnice, neboj sa, prideme ťa navštíviť“, tak to je výborné lebo je to, potom ten človek nemá taký strach. Tá rodina je tam dosť dôležitá.“ (ML01, muž, lekár)*

### 5.5.3 Základné princípy profesionálnej komunikácie s pacientom

Participantí definovali v hĺbkových rozhovoroch 5 oblastí, ktoré podľa nich predstavujú základné princípy profesionálnej komunikácie s pacientom (Tab. 5.3). V ďalšej časti textu ich popíšeme podrobnejšie.

**Tabuľka 5.3** Základné princípy profesionálnej komunikácie s pacientom (N = 10)

| Základné oblasti komunikácie                  | Jednotlivé aspekty                               |
|---|--|
| <b>Prístup zdravotníka k pacientovi</b>       | dôvera, úcta, rešpekt, slušnosť                  |
|   | aktívne počúvanie<br>empatia, prejavy pochopenia |
|   | profesionalita                                   |
|   | neinformovanie (po požiadaní rodiny)             |
| <b>Formálny a obsahový aspekt komunikácie</b> | prispôsobenie jazyka, zrozumiteľnosť a vecnosť   |
|   | facilitácia, dodržiavanie postupnosti otázok     |
|   | overenie pochopenia                              |
|   | význam komunikácie pri prevoze                   |
| <b>Organizácia komunikácie</b>                | 1 člen posádky komunikuje                        |
|   | rozdelenie pacienta a rodiny                     |
| <b>Pomáhajúce aspekty v komunikácii</b>       | nárečie, cudzí jazyk                             |
|   | odľahčenie situácie, humor                       |
|   | zdravotná dokumentácia                           |
| <b>Nevhodné aspekty v komunikácii</b>         | zosmiešňovanie, bagatelizovanie, obviňovanie     |
|   | ofenzívnosť, arogantnosť                         |

Väčšina participantov uviedla, že za jeden z najdôležitejších princípov profesionálnej komunikácie s pacientom považujú **slušný, akceptujúci prístup zdravotníka k pacientovi**.

„Slušný byť, mať rešpekt voči druhým ľuďom, úctu k ľuďom, k osobnosti človeka.“ (WZ01, žena, záchranár)

„Na prvom mieste slušnosť, pri zoznámení sa, keď nadobudne tú dôveru hneď od začiatku, ľudskosť, pochopenia toho stavu, či už je taký alebo taký. Profesionalita v neposlednom rade.“ (MZ05, muž, záchranár)

Dôležitú úlohu pri tom zohráva schopnosť **aktívneho počúvania**.

„...veľa, medzi riadkami sa dozviete niečo, len ich musíte počúvať.“ (MZ03, muž, záchranár)

Ale aj schopnosť **prispôbiť svoju komunikáciu aktuálnej situácii**.

„...vedieť kedy rozprávať a kedy mlčať, vedieť kedy byť taký strohejší a kedy milší, čiže celá tá komunikácia by sa mala odvíjať od osobnosti toho človeka. Vedieť rozpoznať tých ľudí.“ (WZ03, žena, záchranár)

Súčasťou vzťahu k osobám, zasiahnutých nepriaznivou udalosťou, má byť podľa viacerých participantov tiež **empatia**. Či už v zmysle pochopenia a akceptácie emočného prežívania ľudí v núdzi,...

„Zhovievavosť, pochopenie v ťažkých chvíľach, že tak reagujú, že možno aj ja by som tak isto reagovala, možno horšie. Každý reaguje inak, keď príde skrat.“ (WZ01, žena, záchranár)

...ale najmä **prejavená navonok**.

„...tak no... za tie roky praxe som sa to naučil dať tomu nejaký správny pomer, aby tam bola aj tá profesionalita ... teda aby to nebolo čisto len chladné, profesionálne... takže väčšia časť je (asi 70 percent) profesionalita ...tých zvyšných 30 percent - musí tam byť aj nejaká empatia, ale nemôže jej tam byť veľa, ... nemôže tam byť veľa emócií lebo niektoré tie situácie sú vyhrotené, veľmi emočné.... takže musíte dať tomu pacientovi najavo, že vám na ňom záleží... nie je to iba kus, nie je iba číslo ale je to nejaká ľudská bytosť a že na nej záleží“ (MZ01, muž, záchranár)

Ak by to bolo pre zdravotníka príliš zaťažujúce, **nie je nutné, aby bola empatia s pacientom a jeho blízkymi aj osobne hlboko prežívaná**.

„Slušne, s úctou, pokojne ... v podstate s odstupom, lebo by vás to prevalcovalo.“ (MZ04, muž, záchranár)

Zdrojom vnútorného konfliktu sa pre niektorých záchranárov, najmä pri onkologických ochoreniach, stáva občasné želanie príbuzných **pacienta o jeho vážnom ochorení neinformovať**. Či už s tým vnútorne súhlasia alebo nie, informácie tohoto typu minimalizujú, resp. sa snažia ich samotnému pacientovi jednoznačne neodkomunikovať.

„...nastane morálna zásada, že napr. pacient trpí na nejaké ochorenie, o ktorom nevie a príbuzný nás dopredu varuje, že o tom ochorení nevie. Tak sa potom snažíme pracovať tak, aby sme to ochorenie nespomenuli. Samozrejme do záznamu ho napíšeme, v latinskom názve, aby ho ani pacient nepoznal.“ (MZ02, muž, záchranár)

„...napríklad sú onkologickí pacienti, a rodina povie, že mama o tom nevie, aj tomu neverím, že ten človek o tom nevie, ale akceptujeme to. Ale myslím si, že veľa pacientov vie o svojej diagnóze.“ (WZ02, žena, záchranár)

Participanti sa vyjadrili aj k **Formálnemu a obsahovému aspektu komunikácie**. Podľa nich je dôležité aby jazyk, ktorým komunikujú s pacientom, bol **stručný, vecný a zrozumiteľný**, teda prispôbený **pacientovej kognitívnej úrovni**.

„Mal by sa rozprávať ako profesionál, zrozumiteľné, jednoduché slová, aby ten človek rozumel, čo mu rozprávame, teda prispôbiť veku napríklad, prispôbiť tú reč, komunikáciu.“ (WZ03, žena, záchranár)

Zároveň je žiaduce, aby si zdravotník **overil pacientove pochopenie podanej informácie**.

„...nepoužívať zvláštnotvorné výrazy, skôr také všeobecné, overiť si či tomu rozumie ... nepoužívať odborné slová, nemať monotónnu reč, vedieť robiť aj pomlčky aj otázniky, dlhšie vety, kratšie vety striedať.“ (WZ03, žena, záchranár)

Spôsob využívania cielených otázok na získanie relevantných informácií zo strany pacienta, sme označili pojmom **facilitácia komunikácie**.

„Zamerať sa priamo na tie problémy, veľakrát pacient hovorí takto „V nedávnej v minulosti ma začala bolieť chrbtica...“, ale potom, keď tou komunikáciou sa zameriam na tú chrbticu, zistím, že viackrát bol na diagnostikovaní v nemocnici, čiže pravdepodobne s tou chrbticou má dlhšie problémy. A to len vďaka tej komunikácii viem zistiť...“ (MZ02, muž, záchranár)

Pre kompletné odobranie anamnestických informácií je prospešná kombinácia aktívneho počúvania so snahou o **dodržiavanie stanoveného postupu otázok**.

„Jasne, len treba počúvať, a niekedy to treba posunúť. Rozhovor tým mojím smerom. ... Dodržiavať to, čo nás učia, ísť podľa bodov.“ (MZ03, muž, záchranár)

Využitie času počas **prevozu do nemocnice** na pokračovanie komunikácie s pacientom, môže byť nápomocné z viacerých dôvodov. Jednak pre získanie **dopĺňajúcich informácií, ...**

„Rozprávať sa s nimi, aj v sanitke. Napríklad tú príhodu rozobrať, a možno si na viac vecí spomenie.“ (WZ02, žena, záchranár).

...ako aj za účelom **overenia doposiaľ poskytnutých informácií a/alebo ich pochopenia** zdravotníkom.

„Ja si dopĺňam informácie, preto sa s nimi aj v tej sanitke rozprávam, mnohokrát sa vraciam k tej otázke, mnohokrát sa stane, že pokým s ním prídem do nemocnice, tak mi zmení všetky tie odpovede.“ (WZ03, žena, záchranár)

Z hľadiska **Organizácie komunikácie** niektorí pracovníci ZZS odporúčajú, aby za účelom prehľadnosti a kontroly viedol komunikáciu **len 1 člen posádky**.

„...možno tú komunikáciu má viesť jeden v tom tíme. Aj tá rodina je tam dôležitá, len nevyhnutný počet ľudí v miestnosti, lebo tam čím viac hláv tým viac rozumu, situácia vyzerá neprehľadne.“ (ML01, muž, lekár)

„...preto aj napríklad nemám rád, keď sú niektorí kolegovia ráznejší, prídu a už hučia od dverí. Ja som na toto alergický, lebo to len rozháda tú situáciu ... kým to ukludním, neskôr sa dostanem k pacientovi, neskôr sa dostanem k jeho ťažkostiam...“ (MZ04, muž, záchranár)

Pokiaľ príbuzní pacienta predstavujú pre zdravotníkov rušivý element, niektorí z nich preferujú **oddelenie rodiny od pacienta** resp. požiadajú ich, aby odišli z miestnosti.

„Ja si väčšinou zvyknem, keď prídem na adresu, už keď vidím danú situáciu, že hneď začne so mnou komunikovať nejaký príbuzný, vidím, že musím toho príbuzného dostať z miestnosti, lebo mi bude vkuse skákať do rozhovoru, a všetky podstatné informácie hneď nedostanem od pacienta, ale dostanem ich skreslene od príbuzného. Pre mňa je prvoradá komunikácia s pacientom, aby som dostal od neho informácie. Pokiaľ je to možné.“ (MZ02, muž, záchranár)

Ako **Pomáhajúce prvky** bola označená znalosť miestneho **nárečia** či **znalosť cudzieho jazyka**.

„... a keďže toto je rusínska oblasť, a starší počujú, že vieme po rusínsky, tak sa veľmi potešia, potom sú dôvernejší.“ (WZ02, žena, záchranár)

„V našom okrese, Rimavská Sobota, hlavne je problém rečová bariéra, ja viem po maďarsky, lebo tu väčšina ľudí, hlavne z tej sociálnej skupiny, z tej nižšej, väčšinou rozpráva po maďarsky, a po slovensky nevedia veľmi dobre ... Nepoviem nejakej 80-ročnej tete, čo celý život rozprávala po maďarsky, aby mi teraz rozprávala po slovensky, tak jasné, že s takou s takou osobou budem komunikovať po maďarsky. Alebo keď napríklad vidím, že neviem sa k

*tomu dostať, tak vtedy začnem komunikovať po maďarsky. Vidím, že fakt toto nepôjde po slovenskej stránke.“ (MZ02, muž, záchranár)*

Za istých okolností, po dôkladnom odhade situácie, možno podľa niektorých zdravotníkov použiť pre **odľahčenie situácie** aj citlivý humor.

*„Ešte sa vrátim k tej komunikácii, ak sa to dá, tak ju nadľahčiť. So srandou, keď vidíte, že to pacient znesie a je ochotný v tom pokračovať.“ (MZ04, muž, záchranár)*

Dostupná **zdravotná dokumentácia**, ktorú pacient môže mať doma, je považovaná za dôležitý **sekundárny zdroj informácií**.

*„... ale keď má pacient nejaké psychické ochorenie tak to sa dá málokedy zistiť, to musí mať pacient kartu s osobnými zdravotnými záznamami. To je taká veľká výhoda, pretože veľakrát pacient povie, že liečim sa na srdce, ale srdce má milión ochorení. Liečim sa na obličky, obličky majú ďalších milión foriem ochorení. Ale v zázname je presne napísané, a z toho si vydedukujeme čo mu môže byť, aký problém so srdcom môže mať, napríklad ak by ho bolelo na hrudníku. Lebo bolesť na hrudníku môže byť aj pri infarkte, ale aj kvôli niečomu úplne inému.“ (MZ02, muž, záchranár)*

Celkový obraz o princípoch profesionálnej komunikácie v zásahoch ZZS dopĺňajú popisy toho, čo by sa v repertoári pracovníkov ZZS podľa našich participantov vyskytovať naopak nemalo.

Za **Nevhodné aspekty komunikácie** boli považované prvky **zosmiešňovania, bagatelizovania, poučania** či prejavov **obviňovania** pacienta otázkou typu „Načo ste volali?“, ktorých účinok je ešte negatívnejší ak **predchádzajú samotnému vyšetreniu** pacienta.

*„Zosmiešňovanie, bagatelizovanie, poučanie, prvá vec, ktorá je najhoršia, už keď majú toho dosť, už len vidíte, a začnú po nich vrieskať, že na čo ste volali, tak to je najhoršie. Najskôr treba vyšetriť.“ (MZ03, muž, záchranár)*

Taktiež nie je vhodné, aby bol pracovník ZZS v rámci komunikácie s pacientom **útočný alebo arogantný**.

*„Ofenzívne, nepýtať sa „Načo ste nás volali, neviete sami?“, taká arogantná. Nevystupovať povýšenecky. Nemáme to ani my radi. Tak ako my ich nesúdime, nemali by ani oni.“ (MZ04, muž, záchranár).*

## 5.6 Diskusia

Cieľom tejto štúdie bola identifikácia významu a cieľov komunikácie s pacientom a jeho rodinou, ako aj identifikácia základných prvkov profesionálnej komunikácie s pacientom z pohľadu pracovníkov ZZS.

Z hľadiska celkového **významu komunikácie** s pacientom a jeho blízkymi, priniesla kvalitatívna analýza hĺbkových polo-štruktúrovaných rozhovorov na prvý pohľad sociálne žiaduce zistenia. Väčšina participantov sa - možno aj vzhľadom na vopred známe zameranie rozhovoru - vyjadrovala v tom zmysle, že komunikácia s pacientom je v rámci ich práce dôležitá, až kľúčová. Jej význam však bližšie popisovali vo viacerých rovinách.

Väčšina participantov sa zhodla v tom, že hlavný význam adekvátnej komunikácie posádky ZZS s pacientom, spočíva v **získavaní relevantných informácií** ohľadom zdravotného stavu pacienta, a následne v možnosti presnejšieho stanovenia pracovnej diagnózy. Niektorí participantí vyzdvihli tiež význam komunikácie ako prostriedku poskytovania **psychosociálnej podpory**, ktorú v menej závažných prípadoch osamelých, chronických pacientov alebo prejavov psychosomatických ťažkostí, považujú za dôležitejšiu, ako samotné fyzikálne vyšetrenie či liečbu medikamentmi.

Prejavy záujmu, pochopenia, počúvania či empatie v rámci individuálnych zásahov ZZS, sú považované za dôležité aspekty aj samotnými pacientami, ktoré určujú mieru ich spokojnosti (napr. Nordby & Nøhr, 2008). Možno predpokladať, že pozitívny efekt oboch spôsobov využívania komunikácie s pacientom rastie, pokiaľ ich zdravotník dokáže používať súčasne.

Pokiaľ je pacient pri vedomí, viacerí participantí pripisovali podstatne väčší význam komunikácii so **samotným pacientom**, než s jeho rodinou či svedkami udalosti. **Rodinní príslušníci pacienta** sú participantami často považovaní za **rušivý element**, pretože svojím správaním niekedy zvyšujú neprehľadnosť situácie, úroveň hluku a chaos. Zároveň mala časť participantov skúsenosti s tým, že **informácie** podávané príbuznými pacientov môžu byť do značnej miery **skreslené ich subjektívnym vnímaním** závažnosti zdravotného stavu blízkeho. Iná časť participantov, na druhej strane, považuje možnosť získavania informácií od pacientových blízkych a kooperáciu s nimi za **užitočnú pre obidve strany** (viď nižšie).

Analýza **cieľov**, ktoré pri svojej komunikácii s pacientmi naši participantí v zásahoch ZZS sledujú, priniesla detailnejšie pochopenie jej jednotlivých aspektov, a zároveň poradia v akom by mali optimálne nasledovať.

Prvým dôležitým cieľom, ktorý pracovníci ZZS svojou komunikáciou sledujú, je **nadviazanie vzťahu s pacientom**, od ktorého sa odvíja aj kvalita jeho spolupráce (s výnimkou kritických stavov, kde to nie je možné). Zistenie o nadviazaní a budovaní vzťahu s pacientom ako dôležitého aspektu komunikácie a následnej spokojnosti na strane pacienta potvrdzujú aj iní autori (napr. Brown et al., 2016 či Silverman et al., 2013). Pre časť participantov bolo dôležitým cieľom komunikácie aj **uspokojovanie pacientových potrieb, upokojenie situácie** alebo samotného pacienta. Tieto ciele sa obsahovo prelínajú s psychosociálnym významom komunikácie s pacientom, definovaným vyššie.

Správna komunikácia s pacientom má, podľa viacerých pracovníkov ZZS, fungovať obojsmerne. Neslúži len ako prostriedok pre **získavanie informácií** o zdravotnom stave pacienta, ale mala by recipročne sprostredkovať aj **podávanie tých informácií pacientovi a jeho blízkym**, ktoré im umožnia porozumieť zmene pacientovho zdravotného stavu, pochopiť zmysel jednotlivých úkonov a celkových výsledkov v rámci vyšetrenia, alebo sa pripraviť na to, čo bude nasledovať v bližšej či vzdialenejšej budúcnosti (transport, smerovanie a ďalší postup v nemocnici).

Primerané a priebežné zdieľanie informácií zo strany zdravotníkov je považované za neoddeliteľnú súčasť komunikácie s pacientom aj podľa odporúčaní súčasnej odbornej literatúry (Brown et al., 2016; Ayub et al., 2016). Jeden z participantov popísal tiež možnosť komunikácie s ťažšie spolupracujúcim pacientom prostredníctvom rodinného príslušníka. Osoba blízka úzkostnejšiemu, mentálne či duševne hendikepovanému pacientovi, môže byť nápomocná pre jeho pochopenie alebo akceptáciu nevyhnutných úkonov.

Tretia časť kvalitatívnej analýzy umožnila zhrnúť **základné princípy profesionálnej komunikácie s pacientom**, ktoré pracovníci ZZS považujú za dôležité. Ich grafické porovnanie s doteraz známymi odporúčaniami pre komunikáciu s pacientom vo všeobecnej medicíne predstavuje tabuľka 5.4.



**Tabuľka 5.4** Zhrnutie základných princípov profesionálnej komunikácie s pacientom podľa pracovníkov ZZS a ich porovnanie s doterajšími zisteniami z oblasti všeobecnej medicíny

| Základné oblasti komunikácie                  | Záchranná zdravotná služba*  | Všeobecná medicína**  |
|---|--|---|
|   | Aspekty komunikácie  | Aspekty komunikácie   |
| <b>Prístup zdravotníka k pacientovi</b>       | Dôvera, úcta, rešpekt, slušnosť  | Raport, dôvera, úcta, rešpekt, slušnosť   |
|   | Aktívne počúvanie  | Aktívne počúvanie   |
|   | Empatia, prejavy pochopenia<br>Akceptácia  | Empatia, prejavy pochopenia<br>Akceptácia   |
|   | Profesionalita   | Profesionalita  |
|   | Neinformovanie<br>(po požiadaní rodiny)  |   |
| <b>Formálny a obsahový aspekt komunikácie</b> | Prispôsobenie jazyka, zrozumiteľnosť a vecnosť   | Prispôsobenie jazyka<br>Zrozumiteľnosť, jasnosť,  |
|   | Facilitácia komunikácie<br>Dodržiavanie postupnosti otázok   | Postupné zdieľanie informácií<br>Napomáhanie presnému porozumeniu a zapamätaniu informácií  |
|   | Overenie pochopenia  | Overenie pochopenia podaných informácií   |
|   | Význam komunikácie pri prevoze   | Spoluúčasť pacienta na rozhodovaní  |
| <b>Organizácia komunikácie</b>                | S pacientom komunikuje jeden člen posádky<br>Rozdelenie pacienta a rodiny<br>Využitie člena rodiny ako prostredníka<br>Najprv vyšetrenie, potom hodnotenie | Štruktúra stretnutia - začatie stretnutia, zbieranie informácií, fyzikálne vyšetrenie, vysvetlenie a plánovanie, ukončenie vyšetrenia |
| <b>Pomáhajúce aspekty v komunikácii</b>       | Nárečie, cudzí jazyk   | Vyššie popísané   |
|   | Odlahčenie situácie, humor   |   |
|   | Zdravotná dokumentácia   |   |
| <b>Nevhodné aspekty v komunikácii</b>         | Zosmiešňovanie, bagatelizovanie, obviňovanie   | Nepredstavenie sa<br>Nezáujem lekára o pacienta   |
|   | Ofenzívnosť, arogantnosť   | Nevhodná organizácia stretnutia, vyšetrenia   |
|   | Predčasné hodnotenie   | Odborný jazyk, medicínska terminológia, žargón  |

\*Sumár poznatkov identifikovaných na základe výpovedí pracovníkov ZZS

\*\*Sumár poznatkov z rôznych oblastí medicíny (ambulantná starostlivosť) identifikované v teoretických či empirických publikáciách

Dominantnou témou v tejto oblasti bol najmä **akceptujúci prístup zdravotníka k pacientovi**, ktorý možno identifikovať na základe prejavov slušného správania, úcty, rešpektu, zhovievavosti, empatie a aktívneho počúvania zo strany zasahujúcich zdravotníkov. Uvedené prejavy správania sa do istej miery prelínali s ich osobným konceptom profesionálneho vystupovania pracovníkov ZZS, pričom boli hodnotené ako podstatné pre budovanie dôvery či spokojnosti s poskytovanou zdravotnou starostlivosťou na strane pacienta.

Formálne a obsahové aspekty komunikácie boli participantmi komentované pomerne stručne. Vo svojich odporúčaní zdôraznili najmä princíp cieleného **prispôsobovania** komunikácie s pacientom jeho vzdelaniu, jazykovým a kognitívnym schopnostiam, ako aj jeho aktuálnemu duševnému stavu. V zhode so všeobecnými odporúčaniami zastávajú názor, že komunikácia určená pacientovi a jeho blízkym má byť najmä **zrozumiteľná a vecná** (napr. Ptáček, 2011; Silverman et al., 2013). Obsah komunikácie by mal do značnej miery **nasledovať odporúčaný postup** odoberania anamnézy v zaužívanom poradí jednotlivých otázok. Praktická skúsenosť viacerých participantov naučila, že je užitočné klásť niektoré anamnestické otázky v pozmenenej verzii pacientovi či jeho blízkym **opakovane**. Týmto spôsobom možno získať ďalšie doplňujúce informácie, overiť si spoľahlivosť predchádzajúcich informácií, ale aj vlastné porozumenie vzniku a priebehu nežiaducej udalosti či aktuálnemu stavu pacienta. Priestor pre túto „nadštandardnú“ komunikáciu možno nájsť napríklad **v priebehu transportu**, pokiaľ sa pri ňom zdravotník venuje pacientovi.

Niektorí participantí odporúčajú, aby komunikáciu s pacientom viedol z dôvodu prehľadnosti a zrozumiteľnosti primárne **jeden člen** posádky ZZS. Ak **rodinní príslušníci** pôsobia svojou prítomnosťou či prejavmi správania na samotného pacienta alebo členov posádky rušivo, najčastejšie spomínaným odporúčaním bolo ich **separovanie** mimo daného priestoru. Na druhej strane, pacientovi blízke osoby môžu podľa niektorých respondentov predstavovať pre pacienta aj **dôležitý zdroj opory**. Pri rozhodovaní o ich prítomnosti je preto potrebné zvážiť jej plusy i mínusy a minimálne v závere zásahu ich **informovať o tom, čo bolo vykonané, čo sa zistilo aký bude ďalší postup**.

Popis výsledkov uzatvárajú pomáhajúce aspekty komunikácie, medzi ktoré patria znalosti **miestneho dialektu** či **cudzieho jazyka**. Podobne, ako v jednej z predchádzajúcich štúdií (Gurňáková, 2018) niektorí participantí odporúčajú pri určitých typoch situácií použiť pre uvoľnenie napätia aj **humor**. Hranica medzi pozitívne a negatívne vnímanou snahou o takéto odľahčenie situácie však môže byť pri neznámych, vystresovaných osobách veľmi tenká. O to viac, pokiaľ by sa v konečnom dôsledku nevyvinula situácia pre pacienta dobre

a svedkovia udalosti by mohli dospieť k dojmu, že zasahujúci zdravotníci neprístupovali k danému prípadu dostatočne vážne. Používanie humoru preto treba **starostlivo zvážiť**, narábať s ním **citlivo, opatrne** a pozorne si všímať **pacientove reakcie**. V profesionálnej komunikácii s pacientom a jeho blízkymi by sa rozhodne **nemalo vyskytovať obviňovanie, zosmiešňovanie** alebo **prejavy arogancie**, ktorých prejavy potvrdili aj ďalší pracovníci ZZS v inej štúdií (Gurňáková, 2020a). Podobné správanie vedie u niektorých pacientov **k pocitom hanby a rozpakom**, čo potvrdila štúdia Ferguson et al. (2019), v ktorej pacienti s psychickým ochorením či alkoholovou závislosťou hodnotili obzvlášť negatívne ak mal záchranár hodnotiace poznámky ohľadom ich stavu. Dehonestujúci spôsob komunikácie zdravotníkov môže okrem vlastnej psychickej ujmy vyvolávať v pacientoch a ich blízkych **hnev, spúšťať agresívne reakcie** a viesť ku **eskalácii konfliktu** (Vevera, 2011), alebo ku potrebe ventilovať svoju nespokojnosť prostredníctvom formálnych **sťažností** či podaní **podnetov na prešetrenie** poskytnutej starostlivosti, ako o tom referuje štúdia, ktoré je obsahom nasledujúcej kapitoly.

Tieto zistenia a odporúčania pracovníkov ZZS z nej vyplývajúce, majú viacero **limitácií**.

Napr. prezentované výsledky predstavujú syntézu princípov, stratégií a cieľov, s ktorými sa v rámci komunikácie s pacientom a jeho blízkymi stotožňujú naši participanti. Význam jednotlivých cieľov, ich priorita v konkrétnom výjazde sa u jednotlivých participantov líši a líši sa tiež v závislosti na priebehu a celkovom kontexte riešenej situácie. Za optimálnu možno z hľadiska participantov možno považovať schopnosť flexibilného výberu takej komunikačnej stratégie, ktorá sa pre riešenie konkrétnej situácie javí ako najefektívnejšia.

Podobným spôsobom možno chápať aj formulované princípy profesionálnej komunikácie. Kým napríklad zásady rešpektujúceho, akceptujúceho postoja voči pacientovi možno považovať za univerzálne platné, platnosť iných, napríklad používania humoru na odľahčenie situácie, alebo separovanie osôb blízkych pacientovi, je vhodné aplikovať len v individuálnych prípadoch po dôkladnom odhade a zvážení.

Informácie, ktoré boli získané prostredníctvom rozhovorov, mohli podliehať vedomej i neúmyselnej selekcii v dôsledku subjektívneho vnímania či potreby sociálnej žiaducnosti zo strany participanta, aj napriek zaisteniu anonymity a dôvernosti poskytnutých informácií. V kontexte priebehu online rozhovorov zohrávalo rolu tiež technické rozhranie (kvalita a stabilita internetového pripojenia), ktoré bolo v ojedinelých prípadoch problematickejšie.

Ďalšou limitáciou je samovýber participantov, ochotných venovať svoj čas účasti v našom výskume. Nakoľko záujem zdravotníckych profesionálov o aktívnu účasť v podobnom type štúdií nie je veľký, nešlo o náhodný ale o cielený výber (resp. výber metódou snehovej gule) z databázy kontaktov tých pracovníkov ZZS, ktorí už aj v minulosti prejavili ochotu participovať v podobnom výskume. Možno predpokladať, že túto možnosť využívajú najmä profesionáli, ktorí sú pre svoju prácu vysoko motivovaní, majú úprimný záujem o pacientov, ako aj o rozvoj vlastných vedomostí a zručností. Profesionáli z opačného konca tohto spektra sa do podobných aktivít pravdepodobne nezapájajú. V dôsledku menšieho počtu participantov a ich špecifickej kategórie nemožno predpokladať, že vyššie uvedené zistenia reprezentujú celé spektrum cieľov, názorov a princípov, s ktorými sa stotožňujú viaceré typy zdravotníckych profesionálov. S tým súvisí tiež nerovnomerné zastúpenie jednotlivých pracovných pozícií (zdravotnícky záchranár a lekár) vo výskumnom súbore, čo však v kontexte skúmanej oblasti nezohrávalo významnú úlohu.

Charakteristika významu komunikácie s pacientom a jeho blízkymi, ktorý popisujú pracovníci ZZS v rámci tejto štúdie, bola skôr na všeobecnej úrovni. V budúcnosti by ju mohla obohatiť analýza jednotlivých stratégií a prvkov komunikácie v špecifických prípadoch výjazdov ZZS, rozdelených podľa stupňa naliehavosti a/alebo typu pacientov. Možnosť, ako získať informácie aj o negatívnejších častiach komunikačného repertoáru pracovníkov ZZS v reálnej praxi, sú napr. výpovede nespokojných klientov – pacientov, ich blízkych ako aj náhodných svedkov zásahu.

## 5.7 Záver

Táto štúdia priniesla kvalitatívne zistenia o **význame komunikácie s pacientom a jeho blízkymi, z hľadiska pracovníkov ZZS**. Jej význam vnímajú nielen z hľadiska **získavania dôležitých informácií**, ale tiež v jej **psychosociálnej úlohe**. Komunikácia s pacientom podľa nich pomáha naplňať ciele **vytvárania a udržiavania vzťahu, uspokojovania potrieb, upokojenia situácie, a obojsmernej výmeny informácií** s pacientom či jeho rodinou. Za základné princípy profesionálnej komunikácie pracovníci ZZS považovali prejavy **slušného a rešpektujúceho prístupu** k pacientovi a tiež bližšie definovali, ako by mohla byť formálne, obsahovo a organizačne koncipovaná (Tab. 5.4). Ozrejmené boli tiež niektoré pomáhajúce a kontraproduktívne prvky komunikácie. Porozumenie tomu, aký význam zdravotnícki profesionáli komunikácii s pacientom pripisujú, aké ciele a akým spôsobom prostredníctvom nej sledujú, môže pomôcť v budúcnosti

formulovať špecifické odporúčania, v ktorých budú zohľadnené potreby všetkých aktérov, ktorí v rámci zásahu ZZS na mieste nežiadúcej udalosti komunikujú.

## 6. Význam celkového správania a komunikácie posádok ZZS z hľadiska osôb, podávajúcich návrhy na prešetrovanie kvality poskytnutej neodkladnej prednemocničnej zdravotnej starostlivosti Úradu pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou

Známe porekadlo hovorí „kto nič nerobí, nič nepokazí“. Existencia pochybení v akejkolvek sfére ľudskej činnosti je do istej miery prirodzená. Učenie sa prostredníctvom cyklu pokusov a omylov je jedným zo základných princípov rozvoja ľudskej spoločnosti a jednotlivca. Keďže však prináša aj mnohé straty a riziká, efektívnejším a bezpečnejším spôsobom riešenia známych situácií je opakovanie tých stratégií správania, ktoré sa v minulosti osvedčili a vyhýbanie sa tým, ktoré neboli neúspešné.

Jedným zo spôsobov prevencie pochybení a zvyšovania kvality poskytovaných (nielen zdravotníckych) služieb je dôkladná **evidencia a analýza príčin** existujúcich nežiadúcich udalostí, reálnych pochybení, takmer pochybení či sťažností, a následná implementácia týchto zistení do nápravných opatrení v záujme skvalitňovania celého systému poskytovania služieb (National Patient Safety Foundation, 2015). V zahraničí sa začala venovať zvýšená pozornosť problematike bezpečnosti pacienta od vydania prelomovej správy Amerického medicínskeho inštitútu pod názvom „To Err Is Human. Building a Safer Health System“ (Kohn et al., 1999), ktorá nežiadúce, potenciálne preventabilné udalosti pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti označila za tretiu najčastejšiu príčinu smrti pacientov v USA. Hoci sa neskoršie štúdie v odhadovanom počte úmrtí pacientov v dôsledku pochybení zdravotníkov značne líšili (odhady strát na životoch kolíšu v rozpätí od 1,8% do 35%, v závislosti od spôsobu ich hodnotenia napr. Makary & Daniel, 2016; Sunshine et al., 2019), samotný fakt, že k nežiadúcemu a potenciálne preventabilnému poškodzovaniu zdravia pacientov zo strany zdravotníkov niekedy dochádza, nikto nespochybňuje. Okrem bezprostredného ohrozenia života pacientov dochádza oveľa častejšie aj k menej závažným poškodeniam zdravia, pričom autori prehľadových správ svorne upozorňujú, že k nežiaducim dopadom týchto udalostí treba prirátat' tiež zníženú kvalitu života pacientov, ich príbuzných, veľké finančné straty v dôsledku zvýšenej potreby následnej zdravotnej starostlivosti o poškodených pacientov a súčasne ich zníženej schopnosti spoločenského uplatnenia. Navyše, podobné nežiaduce udalosti majú deštruktívny vplyv aj na psychickú pohodu a fyzické zdravie samotných zdravotníkov (Henriksen et al., 2008; in Gurňáková, 2018b).

## 6.1 Postup

Naším pôvodným zámerom bolo zistiť, za akých okolností dochádza k pochybeniam pri poskytovaní prednemocničnej zdravotnej starostlivosti prostredníctvom analýzy potvrdených reálnych prípadov z praxe ZZS, na základe popisu týchto udalostí vyhodnotiť, ktoré netechnické zručnosti a ich nedostatky, mohli k daným pochybeniam viesť a následne popísať, akú úlohu zohrávala v týchto prípadoch komunikácia posádky ZZS s osobami na mieste udalosti.

Keďže sa v prípade reálneho pochybenia pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti jedná o údaje značne chýlostivej povahy, ktoré sú zvyčajne sankcionované, bežnej a ani širšej odbornej verejnosti nie sú voľne prístupné. Aby sme eliminovali vplyv sociálnej žiaducnosti, ktorý možno predpokladať pri analýze simulovaných úloh, alebo pri hĺbkových rozhovoroch s profesionálmi, obrátili sme sa so žiadosťou o poskytnutie podkladov pre túto analýzu na pracovníkov **Úradu pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou (ÚDZS)**. Vzhľadom na to, že úrad prešetrované prípady podľa typu poskytovanej starostlivosti nearchivuje, a zároveň nemôže poskytovať údaje zo zdravotnej dokumentácie neoprávneným osobám, nebolo možné bližšie sa oboznámiť s dokumentáciou o starších – preukázaných prípadoch pochybení v ZZS. Ako schodná cesta pre získanie podkladov o prešetrovaných podaniach a potvrdených reálnych pochybeniach v ZZS sa ukázalo zbieranie požadovaných informácií prostredníctvom osobitného formulára, zostaveného pre tento účel, priebežne vyplňaného pracovníkmi ÚDZS, poverenými dohľadom nad prípadmi podaní, ktorých súčasťou bola aj činnosť ZZS.

Keďže nám v boli v rámci sledovaného obdobia poskytnuté len dva popisy prípadov, v ktorých sa preukázalo pochybenie v práci ZZS, rozhodli sme sa pôvodný výskumný cieľ, vzhľadom na povahu dostupných dát, primerane modifikovať.

Cieľom tejto štúdie bolo zistiť,

- a) za akých okolností vznikajú u klientov ZZS také vážne pochybnosti o kvalite poskytnutej neodkladnej prednemocničnej zdravotnej starostlivosti, kvôli ktorým sa obracajú na ÚDZS
- b) ako títo klienti popisujú správanie posádky v priebehu zásahu ZZS
- c) aký význam pri ich hodnotení priebehu zásahu zohráva komunikácia zasahujúcich posádok ZZS

## 6.2 Súbor

Na základe Zmluvy o spolupráci medzi Úradom pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou (ďalej len ÚDZS alebo úrad) a ÚEP CSPV SAV boli pracovníkmi úradu v období od 1.9.2019 do 31.3.2021 priebežne vyplňané záznamové hárky s názvom **Evidenčný list podaní smerujúcich proti práci ZZS** (príloha 2), týkajúce sa a) písomných podaní osôb, ktoré úradu adresovali žiadosť o prešetrenie postupu záchranej zdravotnej služby; b) vybraných údajov/informácií získaných z vlastnej činnosti úradu počas prešetrovania podaní týkajúcich sa ZZS. V dohodnutom v období 18 mesiacov bolo týmto spôsobom zdokumentovaných celkovo **20 podaní**, týkajúcich sa práce ZZS pre podozrenie zo zanedbania zdravotnej starostlivosti. 2 z nich boli odbornými konzultantmi ÚDZS na základe dostupnej zdravotnej dokumentácie vyhodnotených ako opodstatnené, 18 z nich bolo, z hľadiska činnosti posádok ZZS, vyhodnotených ako neopodstatnené. Detailnejšiu charakteristiku popisovaných prípadov obsahuje príloha 3.

Vzhľadom na údaje, dostupné vo výročných správach ÚDZS za rok 2019 a 2020 je pravdepodobné, že sa nejednalo o kompletný súbor všetkých prípadov, týkajúcich sa podaní na ZZS v danom období, nakoľko podľa týchto správ boli v roku 2019 a 2020 udelené sankcie za pochybenie pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti aj tými pobočkami, ktoré v našich podkladoch nefigurovali (ÚDZS Martin, Nitra, Prešov), a celkovo 5x za rok 2019 a 4x za rok 2020. V našom súbore sa tak vyskytujú len prípady z pobočiek ÚDZS Bratislava, Košice, Trnava, Trenčín. Vzhľadom na dohodnuté obdobie a uvedené sankcie možno predpokladať, že podnetov, týkajúcich sa ZZS vyhodnotených ako „opodstatnené“ bolo minimálne o 3 viac.

Možno teda oprávnene predpokladať, že poskytnuté Evidenčné listy nevyčerpávajú celý súbor podaní, prešetrovaných ÚDZS v danom období. Na druhej strane, pri čítaní týchto zistení treba mať tiež na pamäti, že pri počte viac ako 500 000 primárnych výjazdov ZZS ročne (OS ZZS SR, 2019) predstavuje uvedený počet predkladateľov podaní len malý zlomok z obrovského množstva klientov, ktorí prijímajú neodkladnú prednemocničnú zdravotnú starostlivosť od posádok ZZS.

## 6.3 Metóda

V priebehu mesiaca august 2019, bola medzi Úradom pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou (ďalej len ÚDZS alebo úrad) a ÚEP CSPV SAV podpísaná Zmluva o spolupráci, na základe ktorej sa úrad zaviazal bezodplatne poskytovať riešiteľom projektu VEGA 2/0070/18 – „Kognitívne a sociálne zručnosti podporujúce kvalitu rozhodovania a



celkového výkonu práce u členov posádok záchranej zdravotnej služby“ prostredníctvom spoločne vypracovaného formulára označeného ako „Evidenčný list podaní smerujúcich proti práci ZZS“ (príloha 2):

- a) údaje získané z písomných podaní osôb, ktoré úradu adresovali žiadosť o prešetrenie postupu záchranej zdravotnej služby;
- b) údaje/informácie získané z vlastnej činnosti úradu počas prešetrovania podaní, týkajúcich sa záchranej zdravotnej služby.

Evidenčné listy boli bez uvádzania citlivých osobných údajov priebežne vyplňané pracovníkmi úradu, poverenými prešetrovaním jednotlivých podaní v období od 1.9.2019 do 31.3.2021 a následne zasielané na Ústredie ÚDZS v Bratislave, kde boli po uplynutí dohodnutého obdobia odovzdané na spracovanie vedúcej riešiteľke tohto projektu<sup>3</sup>.

Keďže detailnosť vyplnenia evidenčných listov pracovníkmi úradu značne variovala, nebolo možné hlbšie analyzovať výpovede zo strany zasahujúcich posádok ZZS a to ani do tej miery, v akej boli pravdepodobne popísané v originálnych zdravotných záznamoch pacienta, nakoľko sme ich nemali k dispozícii.

Zamerali sme sa preto najmä na tú časť dát, ktorá bola vyplnená najdôkladnejšie – na doslovne uvedené texty podaní, ktoré navrhovatelia podnetu zaslali úradu na prešetrenie. Je zrejmé, že tieto texty predstavujú len subjektívny popis a interpretáciu udalostí, pri ktorých rodinní príslušníci pacientov ZZS dospeli k názoru, že mohlo dôjsť k závažným pochybeniam pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti, pričom v 18 z 20 predložených podaní nebolo ich podozrenie poverenou osobou potvrdené. Keďže kvalita poskytnutej zdravotnej starostlivosti je poverenými osobami ÚDZS hodnotená len na základe písomných záznamov z predloženej zdravotnej dokumentácie, k etickým a komunikačným aspektom priebehu zásahu, ktoré týmto spôsobom neboli dokumentované, sa nijako nevyjadruje. Na základe dostupných dát nie je možné posúdiť, nakoľko sa udalosti odohrali práve tak, ako ich predkladatelia podaní popisujú. Pokúsili sme sa z nich však prostredníctvom postupov tematickej analýzy (Braun & Clarke, 2006) vytážiť informácie o tom, ktoré (potenciálne) aspekty správania a komunikácie zasahujúcich posádok ZZS považovali predkladatelia návrhov za problematické a prečo. Základné charakteristiky popisovaných udalostí, pacientov a predkladateľov podaní,

---

<sup>3</sup> Za podporu a pomoc pri sprostredkovaní tohto procesu patrí naša vďaka pani JUDr. Marike Pavlíkovej.

prezentujeme vo forme jednoduchej deskripcie. Najdôležitejšie okruhy identifikovaných tém, v rámci samotného obsahu podaní, ilustrujeme úryvkami z doslovných prepisov originálnych textov *zvýraznených kurzívou* (aj s ich chybami). Nakoľko sú uvádzané popisy zásahov niekedy značne komplexné, menej relevantné úryvky textov sme (vzhľadom na ilustračnú funkciu ukážky) vynechávali (označené ako „...“), ďalšie informácie, dôležité pre pochopenie kontextu celého príbehu boli naopak v úryvkoch ponechané. Číselný údaj na konci každého úryvku označuje nami pridelené identifikačné číslo prípadu a lokalizáciu príslušnej citácie v programe ATLAS.ti 8.

## **6.4 Výsledky**

### **6.4.1 Okolnosti nahlásených prípadov**

#### **Prostredie zásahu**

19 z 20 zásahov ZZS, ktoré boli súčasťou prešetrovaných podaní, sa odohrávalo priamo **v domácnosti pacienta**, 1 zásah predstavoval sekundárny prevoz pacienta medzi nemocnicou a špecializovanou ambulanciou.

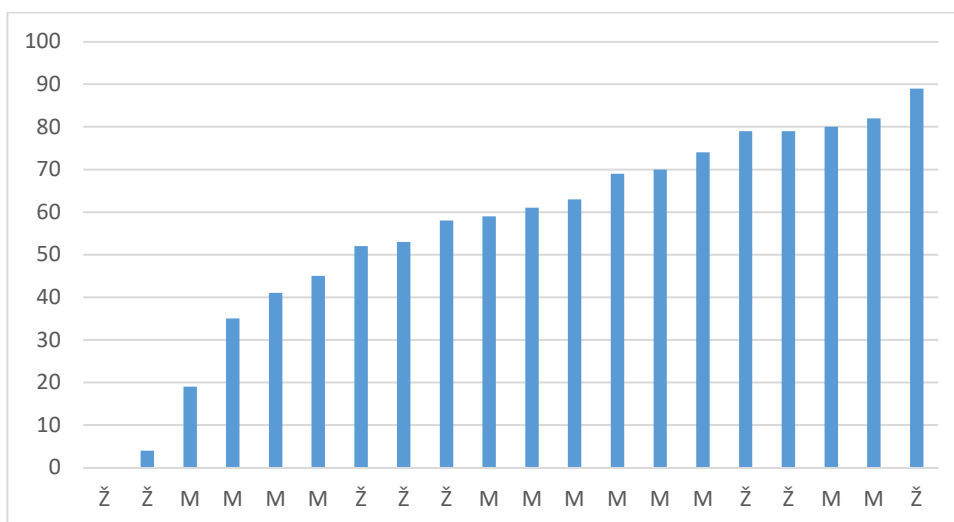
#### **Typy udalostí**

Dôvodom privolania ZZS bolo náhle zhoršenie zdravotného stavu (5x), bezvedomie/kolaps (5x), zhoršenie zdravotného stavu pri dlhšie trvajúcim ochorení (6x), stav po úraze (2x), predčasný pôrod a zástava obehu počas sekundárneho transportu pacienta.

Podania, týkajúce sa podozrenia na nerozpoznanú náhlu cievnu mozgovú príhodu (NCMP), ktorá bola následne u pacienta potvrdená do niekoľkých hodín po odchode posádky z adresy, sa v 20 zdokumentovaných podaniach vyskytli celkovo 4 krát. Detailnejší popis udalostí predstavuje príloha 3.

#### **Charakteristiky pacientov**

8 pacientov bolo ženského pohlavia (z toho 2 deti), 12 pacientov bolo mužského pohlavia. Ich vekovú štruktúru zobrazuje obr. 6.1



**Obrázok 6.1** Pohlavie a vekové zloženie pacientov v rokoch (N=20; M – muž; Ž – žena)

Väčšina z 20 analyzovaných podaní na prešetrenie poskytnutej starostlivosti sa týkala najmä prípadov, v ktorých **pacient** skôr či neskôr **zomrel** (N=14), pričom jeho úmrtie a/alebo zhoršená kvalita života je nahlasovateľmi dávaná do súvislosti s nesprávne poskytnutou zdravotnou starostlivosťou. Pred príchodom posádky alebo v priebehu zásahu ZZS zomreli 4 pacienti, do 24 hodín po zásahu ZZS ďalší 4, do mesiaca ďalší 4, po troch a viac mesiacoch 2. 2 pacienti v čase nahlasovania udalosti žili a ďalší osud 4 pacientov nie je známy.

### Charakteristiky predkladateľov podaní

Návrhy na prešetrenie podalo 15 žien a 5 mužov. Všetky podania predkladali **osoby v blízkom príbuzenskom vzťahu k pacientovi**. Najčastejšie sa jednalo o priamych potomkov pacienta (N=8), matku (N=5), manželku alebo životnú partnerku pacienta (5).

15 (75%) podaní predložili úradu na prešetrenie osoby, ktoré boli **priamymi svedkami zásahu ZZS** (informácie z druhej ruky), 5 (25 %) podaní podávali osoby, ktoré sa o priebehu zásahu dozvedeli len sprostredkovanou (informácie z tretej ruky).

Napriek tomu, že ÚDZS o nároku na odškodné pre pacienta alebo pozostalých nerozhoduje, 2 navrhovateľky z celkového počtu 20 podaní žiadali okrem samotného prešetrenia ich podania v prípade jeho opodstatnenosti tiež **odškodné**. Jedna z nich zároveň potrebovala rozhodnutie úradu pre získanie príspevku po narodení (mŕtveho) dieťaťa. Väčšina navrhovateľov žiadala len o **prešetrenie správnosti poskytnutej starostlivosti**.

## **Na koho bolo podanie smerované**

Zasahujúca posádka ZZS alebo jej člen figurovala ako sólový subjekt, na ktorý bola pôvodná sťažnosť orientovaná, v 4 podaniach. Posádka ZZS v kombinácii s prácou operátora bola spomínaná v 2 podaniach (jedno z nich bolo súčasne orientované aj na prácu všeobecného lekára). V 3 prípadoch sa podanie týkalo celého priebehu manažmentu pacienta od prvého kontaktu s operátorom OS ZZS SR, cez výjazd posádky ZZS, až po následnú starostlivosť v nemocnici. Najviac – 9 prípadov podaní - bolo orientovaných na prácu posádky ZZS v kombinácii s následnou starostlivosťou, ktorá bola pacientovi poskytnutá v nemocničnom zariadení. Jedno podanie bolo zamerané na činnosť operátora OS ZZS SR a kvalitu poskytnutej zdravotnej starostlivosti v nemocnici, bez priameho komentovania práce ZZS navrhovateľom. Táto časť prípadu bola úradom skúmaná len na vyžiadanie odborného konzultanta, ktorý prípad prešetroval.

## **Závery prešetrovania ÚDZS**

Z 20 prípadov zdokumentovaných podaní boli 2 vyhodnotené ako **opodstatnené**, 18 z nich ako **neopodstatnené** – t.j. na základe dostupnej zdravotnej dokumentácie, ktorú posudzoval expert ÚDZS, nebolo zistené pochybenie (v zmysle odklonu od odporúčaných medicínskych postupov) v činnosti posádky ZZS na mieste zásahu. Toto hodnotenie sa k etickým ani komunikačným aspektom správania posádok nevyjadrovalo.

### **6.4.2 Tématická analýza podaní**

Ako bolo uvedené vyššie, podania, ktoré sa týkajú výhradne práce posádky ZZS, alebo práce operátora v kombinácii s výjazdom posádky ZZS, boli zriedkavejšie. Objavovali sa najmä vtedy, ak pacient zomrel skôr, ako sa dostal do nemocnice (3x) alebo pokiaľ sa podávateľ domnieval, že zásadná chyba nastala v starostlivosti zo strany zasahujúcej posádky a ďalší manažment pacienta v nemocnici už ďalej nerozoberal (3x). Tieto prípady sa týkali najmä obzvlášť negatívne hodnoteného správania a komunikácie posádky ZZS alebo niektorého jej člena.

Detailnejšie charakteristiky jednotlivých podaní predstavuje príloha 3. V nasledujúcej časti textu prezentujeme výsledky tematickej analýzy podaní, zoradené primárne podľa fázy zásahu.

### **Volanie na tiesňovú linku OS ZZS SR**

Nespokojnosť s poskytnutou zdravotnou starostlivosťou, podľa viacerých podaní, vznikala už pri **volaní na tiesňovú linku**.

Osoby v tiesni, zúfalo očakávajúce zásah posádky ZZS, mohli **otázky operátora** považovať za nadbytočné.

*„O 17:42 hod môj manžel volal na číslo 112 a snažil sa privolať záchrannú zložku, pričom operátorovi, ktorý hovor prijímal opísal vážnosť situácie a nutnosť okamžitého zásahu záchranárov, nakoľko syn skolaboval a manžel mu poskytoval prvú pomoc. o 17:49 hod. sa hovor na číslo 112 opakoval, nakoľko záchranná služba nedorazila. Namiesto rýchleho zásahu a okamžitého vyslania ZZS operátor prijímajúci hovor nesprávne vyhodnotil situáciu, zavádzal nás tvrdeniami, že posiela záchranku, naťahoval čas a zbytočnými otázkami znervózňoval manžela aj mňa pri záchrane života nášho dieťaťa.“ (5:19)*

Volajúci automaticky predpokladali, že ak je ich prípad naliehavý, **posádka by mala byť k dispozícii takmer okamžite** a neuvažovali o tom, že posádky na blízku jednoducho nemusia byť v tej chvíli voľné.

*„Záchranná služba dorazila o (27 min od volania) s dvomi vozidlami, čo si myslím, že je príliš dlhá doba, od privolania záchranej služby do jej príchodu, nakoľko bývame priamo v meste XXX, a nie niekde na periférii dákeho veľkomesta.“ (5:19)*

Niekedy mali aj **skreslenú predstavu** o tom, **odkiaľ** vlastne privolaná posádka **prichádza**.

*„Týmto vás prosíme o vyžiadanie, kto bol vyslaný a prečo neprišli skôr keď to majú od nemocnice do (adresa udalosti) 3 km.“ (9:69)*

Jeden z navrhovateľov preukázal veľmi dobrý prehľad v tom, koľko akých staníc ZZS sa v okolí jeho bydliska nachádza, o to viac mu chýbalo **vysvetlenie**, prečo musel jeho blízky na tú „svoju“ čakať tak dlho.

*„...približne o 16:30 hod volala moja mama pre môjho oca záchrannú službu na čísle 155. Dôvod bol - bolesti na hrudi. Záchranná služba neprišla, tak som to urgoval o 17:18 hod, bolo mi povedané, že je na ceste k môjmu otcovi RZP XXX, sanitka bez lekára. Dorazili na adresu cca 17:30, teda približne po hodine od prvého volania na OS ZZS! Žiadam o prešetrenie postupu operač. strediska XXX, prečo prišla sanitka, až po hodine cca, od volania - bolesti na hrudi u 69 ročného pacienta... Nie je možné, aby prišla záchranná služba až po cca hodine k bolestiam na hrudi! (nasleduje vymenovávanie 12 staníc RZP a RLP posádok v okolí) - nemohli byť všetky uvedené sanitky obsadené, postup OSZS nebol správny.“ (10:24)*

## Príchod posádky

Niektorí volajúci automaticky **očakávali posádku** rýchlej zdravotnej pomoci **s lekárom** a neuvedomili si, že počet a dostupnosť takýchto posádok je obmedzený. Ak je situácia naliehavá a vyžaduje si prítomnosť lekára, ktorý ale v danom čase na danej adrese nie je okamžite k dispozícii, aby sa čo najviac skrátil čas čakania na pomoc, operátor vyšle na miesto najbližšiu posádku bez lekára (RZP) a posádka s lekárom dorazí pri najbližšej možnej príležitosti (RLP). Rozhodnutie o tom, aký typ posádky bude na adresu vyslaný, je výhradne v kompetencii zdravotníckeho operátora OS ZZS SR, ktorý musí brať do úvahy nielen udalosť na strane volajúceho, ale aj aktuálnu vyťaženosť a vzdialenosť posádok v danej oblasti.

*„Dvaja zdravotníci (bez lekára) neboli dostatočne pripravení a vybavení, či už so zdravotníckym materiálom, so zdravot. pomôckami, liekmi a ani dostatočne odborne spôsobilým personálom, nakoľko po ďalšej neúspešnej cca 1/2 hodine (čo trvalo vyše hodinu od môjho prvého volania) tzn. o 22"35 hod. museli prví dvaja záchranári privolať svojich kolegov o pomoc, tzn. ďalšiu SOS záchrannú skupinu. Tzn. ako mi bolo povedané (pri informovaní sa prostredníctvom otázok) zdravotníkmi, malo ísť o donášku kyslíka a príchod lekára, ktorý tam dovedy nebol. Tzn. že išlo o vybavenejších kolegov, ďalších 3 zdravotníkov, z toho jednu odbornejšie spôsobilú osobu (VŠ vzdelanú osobu, lekárku, MUDr.). Z uvedeného sa vyplynulo, že teda konečne až v tejto fáze privolali k pacientovi jedného lekára (lekárku) a priviezli so sebou potrebný kyslík (pre astmatika). Druhá skupina SOS doplnila prvú skupinu rýchlej SOS a pokračovalo u nás v byte oživovanie XY (s ktorým pracovali na zemi v hale) už za účasti lekára, pri ktorom sa im ho 2 x (s pauzou) podarilo oživiť“ (15:26)*

Zdravotnícki záchranári v posádkach RZP sú dôkladne školení na rozpoznávanie a manažovanie kritických a naliehavých stavov a kvalita nimi poskytnutej starostlivosti sa v niektorých situáciách nelíši od posádok s lekárom. Volajúci však **nemúsi mať reálnu predstavu o tom, aké kompetencie má posádka záchranárov bez lekára** a nemúsi ju automaticky považovať za dostatočne spôsobilú pre poskytnutie adekvátnej pomoci.

*„Vzhľadom na to, že som mala podozrenie na náhlu cievnu príhodu, žiadala som o lekára v posádke. Po príchode RZP pracovníkov (bez ošetrojúceho lekára), ich prístup nebol profesionálny a po mojich opakovaných upozorňovaniach naďalej zdržiavali prevoz manžela.“ (16:52)*

Nespokojnosť volajúceho môže spôsobiť, ak operátor volajúceho **vopred jasne neupozorní na dlhší čas čakania** na vyslanú posádku, pretože osoba v tiesni na základe náznakov nemusí správne pochopiť z toho vyplývajúce súvislosti.

*„Dcéрка zle reagovala na pád, tak som hneď volala 112. najprv mi vraveli, že nemajú voľnú sanitku, ale na moje naliehanie sľúbili, že sanitku pošlú. Prišla takmer pol hodinu po zavolaní! S dcérkou som sa neodvážila hýbať...“ (1:53)*

Navyše, kombinácia vysokej miery stresu v dôsledku naliehavej ohrozujúcej situácie, môže u volajúceho **vnímanie dĺžky čakania** na príchod ZZS do istej miery **skresľovať**.

*„Mnou privolaná pomoc (k astmatickému pacientovi) prišla vo dvojici, ale veľmi neskoro... . Pri prízjazde sa naviac stalo, že SOS záchranné vozidlo (veľká sanitka) prešla naše bydlisko, tzn. xxx (ulica číslo) smerom ďalej, teda SOS sanitka pokračovala po XXX ulici popri nášho domu až na koniec k budove XXX, kde sa (po zistení omylu, prejazdu) otáčali naspäť (čo som jasne videla z okraja cesty - obrubníka pred domom). Potom som vybehla na dopravnú komunikáciu a kývala SOS-sanitke zo stredu cesty (aby ma videli). Išlo o dobu cca niečo cez 30 min. (v skutočnosti bola KPR podľa dostupných záznamov zahájená 14 min. od zavolania) kým privolaná pomoc prišla do bytu k pacientovi XY.“ (15:25)*

Osoba v tiesni **citlivo vníma** a aj dodatočne **negatívne interpretuje akékoľvek zdržanie** posádky – hoci aj z ľudsky pochopiteľných dôvodov. Pokiaľ sa prípadné zdržanie následne spojí s prejavmi nedostatočného záujmu o pacienta a/alebo so zlým výsledkom zásahu ZZS, význam každého zaváhania v očiach dotknutých osôb ich nespokojnosť a nedôveru k poskytnutej starostlivosti ešte viac umocní.

*„Ráno pred 8 hodinou som začala mať bolesti, keďže sa bolesti zvyšovali, tak moja mama o 8:02 volala rýchlu linku 112. Šla som na záchod kde mi praskla plodová voda. Moja mama ma so sestrou preniesli na posteľ, kde mi už mama pomáhala, pretože už som začala rodiť. Záchranka stále nechodila, no dieťaťko sa pitalo na svet, takže o 8:10 som porodila dievčaťko, ktoré žilo, otváralo ústička aj sa hýbalo iba neplakalo. Keďže záchranka stále nechodila volali sme ešte raz o 8:16 a spolu s nimi sme sa snažili udržať dieťaťko kým príde záchranka. Celý čas mala moja mama malú dcéрку na rukách, keďže pani s ktorou sme volali cez mobil nekázala odstrihnúť pupočníkovú šnúru, že máme čakať na záchranku. Tá došla po pól deviatej no ešte 10´ stáli pred domom, pretože záchranárke vraj prišlo zle. Ak vošli dovnútra vôbec nič nerobili s novorodiatkom. Neposkytli mu ani kyslík ani nepozreli čo je s ním. Ich slová boli "dieťaťko bude pravdepodobne mŕtvé“.“ (9:31)*

## Nadviazanie kontaktu

Osoby na adrese len **málokedy presne vedia, aká posádka k nim vlastne prišla**, kto s nimi komunikuje a kto v nej má aké poslanie. Túto medzeru vyplňajú svojimi očakávaniami, ktoré nemusia zodpovedať realite, čo môže viesť k zbytočným **nedorozumeniam**, nespokojnosti a následnej nedôvere:

*„Prišla dvojčlenná posádka: muž a žena. Predpokladám, že záchranár a lekárka. Záchranár bol vysoký, štíhly v strednom veku a lekárka mladšia, čiernovlasá s dlhšími vlasmi, s rúškom na tvári, takže som videla oči s umelými mihalnicami a upravené vytetované obočie. Manžel ležal v spálni na manželskej posteli. Záchranár komunikoval s manželom v tom zmysle, že - čo pane, čo s vami, veď my máme len to, čo vy - myslel lieky Paralen 500, Nurofen 400 - my chodíme len k vážnym prípadom, ku kolapsom, infarktom, úrazom a nie k teplotám. Lekárka sa spýtala na cestovateľskú anamnézu. ... pýtala nejakú lekársku správu, aby sa zorientovala v diagnózach. Poskytla som jej správu manželovej internistky MUDr. XY. Od toho času sa lekárka venovala svojej administratíve celý čas a stála pri manželskej posteli z druhej strany, ako ležal manžel. ... Ja som hovorila, že manžel je slabý, dvakrát denne si pichá inzulín, berie 15 druhov liekov a takmer neprijíma potravu a že infúzia by mu pomohla. Záchranár reagoval, že my nechodíme s infúziami. Z vaku vybral paracetamol a podal ho manželovi do žily ... Lekárka stále vypisovala to svoje tlačivo. Po dopísaní prešla od mojej manželskej postele k manželovej, aby jej podpísal správu... Vtedy vlastne prvýkrát pristúpila k manželovi/pacientovi... **TO BOLO ADEKVÁTNE VYŠETRENIE MANŽELA S VYSOKOU LEKÁRSKOU ETIKOU! ÚDAJE LEKÁRKY V ZÁZNAME O ZHODNOTENÍ ZDRAVOTNÉHO STAVU OSOBY (PRÍLOHA Č. 2) SÚ NEPRAVDIVÉ!. NEKONALO SA NIČ. LEN BOL PODANÝ PARACETAMOL BEZ AKÉHOKOL'VEK VYŠETRENIA MANŽELA. LEKÁRKA SI UROBILA SVOJU ADMINISTRATÍVU. PACIENT JU NEZAUJÍMAL AŽ NA TEN PODPIS. ZÁCHRANÁR BOL AKTÍVNEJŠÍ - PODAL PARACETAMOL.**“ (3a:21 )*

Hoci v tomto prípade šlo s najväčšou pravdepodobnosťou o posádku bez lekára, nahlasovateľka sa domnievala, že lekárkou je záchranárka, ktorá sa zaoberala vedením dokumentácie. Od nej automaticky očakávala, že by sa mala viac venovať dôkladnému vyšetreniu pacienta, ktoré však nerealizovala, čo mohlo ešte posilniť jej celkovú nespokojnosť s priebehom zásahu. Nakoľko boli vyšetrenia, ktorých výsledky záchranárka zaznamenala v dokumentácii jej kolegom aj reálne vykonané, sa už spätne nedozvieme. Ale pokiaľ aj realizované boli, nahlasovateľka ich nepostrehla. Rovnaké nedorozumenie nastalo



aj pri nasledujúcom zásahu u toho istého pacienta o 24 hodín neskôr, ktorý už skončil tragicky a ktorý sa stal impulzom pre napísanie tohto podania.

*„Prišli dvaja záchranári - dvaja muži. Starší muž bol silnejší, prešedivený, s rúškom na tvári. Predpokladám, že to bol záchranár. Mladší bol vysoký, silný, čiernovlasý s krátkymi vlasmi bez rúška ... predpokladám, že to bol lekár. ... Lekár si pýtal správu z predchádzajúceho dňa ... (nasleduje popis vyšetrenia, ktoré robil záchranár) ... Záchranár začal baliť tlakomer, cukromer, lekár si stále vykonával svoju administratívu a vtom manžela naplo, začalo ním nabíjať ako pri epileptickom záchvate ... Záchranár pridržiaval manžela v posteli v oblasti hrudníka, lekár prestal písať a pridržiaval manžela v oblasti kolien. Keď krč skončil, dali ho z postele na zem a lekár mu začal v pravidelných intervaloch stláčať hrud'. Záchranár mu vpichol kanylu do žily na pravej ruke v zápästí, no v zápätí nohou kanylu vykopol, lebo vyberal defibrilátor z vaku. Začali ho oživovať no asi po treťom zásahu defibrilátora záchranár povedal, že srdiečko nenaskočilo, bol to infarkt, a že ani prevoz do nemocnice by nebol prežil, a že pri pitve sa zistí aký to bol infarkt. Lekár, dúfam, že do správy (Príloha č. 3) zapísal aj tlak aj cukor, lebo tá správa bola "dôležitejšia" ako pacient, ku ktorému po prvý krát pristúpil, keď mu v krči pridržiaval kolená ... jeho hlas som takmer nepočula. AK BY MI TO NIEKTO ROZPRÁVAL, TAK TO NEUVERÍM, KÝM SOM TO NEZAŽILA NA VLASTNEJ KOŽI. BOLO TO OTRASNÉ A CHORÉ! ROVNAKO CHORÁ JE AJ HLBOKÁ ANONYMITA ZÁCHRANÁROV SCHOVÁVANÁ ZA OCHRANU OSOBNÝCH ÚDAJOV. V TEJTO SŤAŽNOSTI MUSÍM POPISOVAŤ ICH VÝZOR ... MENÁ NEPOZNÁM! V 21. STOROČÍ TO NIE JE NORMÁLNE!“ (3b:22)*

Hoci pochybenie na strane ZZS na základe dokumentácie nebolo preukázané a k náhlejšej zástave obehu pacienta mohlo dôjsť počas výjazdu aj zhodou okolností, **vnímaný nezáujem** zo strany profesionálov, od ktorých pacientova manželka očakávala dôkladné vyšetrenie a riešenie zdravotného stavu manžela, **spolu s nepriaznivým vývojom situácie**, podporili jej presvedčenie o zanedbaní zdravotnej starostlivosti.

### **Chyby v rozhodovaní**

Je prirodzené, že rodinní príslušníci, ktorí sú vážne zneistení alebo vystrašení tým, čo sa deje s ich blízkym, citlivo vnímajú akékoľvek **prejavy bagatelizácie** naliehavosti alebo závažnosti ich problému zo strany zdravotníkov, o to viac, pokiaľ k nej dochádza ešte skôr, ako k objektívnemu vyšetreniu pacienta – **predčasné hodnotenie**.

*„...ešte ani lekárka nevyšetrila mamu a už komentovala "jasné, týždeň trvajú problémy a v nedeľu sa volá pohotovosť". Spreádzajúca sestra sa pridala k ironickým poznámkam. Vôbec*

*ich nezaujímalo ako sa cítila moja mama, ktorá mala tachyfibriláciu 160 pulzov, išlo jej doslova o život, hrozilo zlyhanie srdca!!! To ich ale evidentne nezaujímalo.“ (14a:67)*

Vážnosť, s akou posádka pristupuje k zásahu u pacienta, môže byť nepriaznivo ovplyvnená aj **predchádzajúcimi informáciami**, ktoré už zasahujúci o prípade majú, v dôsledku opakovaného volania alebo sprostredkovane od iných zdravotníkov.

*„...môj otec navštívil obvodného lekára MUDr. XY, kvôli veľkému opuchu krku a bolesti v ňom. Pán doktor mu predpísal antibiotikum - Penicilín 750 mg - pravdepodobne na slepo alebo na slovo buď zaberie alebo nie. Nespravil otcovi žiadne vyšetrenie typu výter TT, CRP odbery - (ktoré mal deň po tom 363,96 smrteľné) ani RTG hrudníka. Následne na to otec prišiel domov a užíval lieky ako mu povedal doktor a to 3 krát denne po 8 hodinách. No večer prišlo otcovi veľmi nevoľno. Začalo ho bolieť v oblasti hrudníka a chrbát. Hneď na to sme volali tiesňovú linku 112. ... tam pani povedala že to je normálne a že lieky zaberú až do 48 hodín. Že je zbytočné posielat' záchrannú službu. Po rozhovore s pani som sa ešte raz spýtal, či je ten stav normálny a či naozaj netreba rýchlu službu (odpoveď bola nie netreba). Tak bohužiaľ sme počúvli pánov doktorov a pretrpeli celú noc v bolestiach a kŕčoch. No na ďalší deň ráno o 11:55 sme opäť volali na číslo 112, pretože otcov stav sa zhoršil. Jeho slová (Zavolajte sanitku, strašne ma bolí na prsiach a chrbát). Po opísaní celej situácie pani do telefónu prišla rýchla zdravotná služba asi po hodine ako som čakal pred domom a konečne dorazili, tak pána šoféra 1. otázka bola (No čo žije?), odpovedal som že Áno. Pán šofér odpovedal (to načo sme teda prišli, že kvôli chrípke sa nevolá sanitka). Bol som zaskočený tým, čo som počul. No myslel som si že pán sa asi zle vyspal, tak som to neriešil. Po vyšlapaní na druhé poschodie boli asi páni lekári unavený preto sa asi začali chovať arogantne a podľa mňa človek, ktorý zloží prísahu by sa takto k pacientovi nemal správať. Ako si zložili tašky začali atakovať otca. (No čo mladí pán zomierame???) Otec odpovedal s bolesťami že ho strašne bolí chrbát a hrud'. Páni doktori odpovedali a čo ste čakali, však to je normálne. (bez vyšetrenia a odberov si toto dovoľia tvrdiť?) Po dohadovaní sa a vysmievaní sa z otcovho stavu sme konečne začali vyšetrovať.“ (11:37)*

Ak je posádka **opakovane privolávaná** na miesto, kde už predtým ZZS zasahovala, môže jej výjazd pripadať zbytočný a jej **záujem** venovať znovu pozornosť riešeniu pacientovho problému môže byť prirodzene **oslabený**. Opakované volanie ZZS však môže byť signálom, že pôvodná **tieseň/potreba pacienta nebola uspokojivo vyriešená** a súčasný stav pacienta môže byť **ešte naliehavejší**, ako pri prvom volaní.

(po 3 výjazdoch ZZS za necelých 24 hodín a presunoch pacienta s dýchacími ťažkosťami po 3 rôznych oddeleniach v nemocnici)

*„Keď sme doniesli mamu na pľúcne oddelenie, doktorka ju vyšetrila a oznámila, že akútne bronchoskopické odsávanie hlienov nie je potrebné napriek tomu, že mama sa po celý čas dusila, napínala krk a očividne sa dusila, lapala po dychu. Lekárka povedala, že "ak trváme na bronchoskopickom odsávaní, máme sa objednať nasledujúci deň". To bolo v čase 23:52 v noci. Prosili sme doktorku, nech jej aspoň odsaje sliny z ústnej dutiny, čo nakoniec po prehováraní vykonali. Poslala nás domov, šli sme pre antibiotiká, ktoré nám predpísal doktor na krčnom v NNN. Okamžite po príchode domov sa mama znova začala dusiť, bola celá fialová. Volali sme sanitku. Sanitka prišla, kde arogantná doktorka mamu vzala do nemocnice NNN. A po chvíli na urgentnom prijme bez akéhokoľvek vyšetrenia zhodnotila, že potiaže s dýchaním sú spôsobené psychickou poruchou. Na čo sme protestovali, keďže bolo očividné, že mama sa dusí a potrebuje okamžitú pomoc odsatím hlienov z dýchacích ciest alebo akúkoľvek inú pomoc podobného charakteru. Mama už bola zronená a bez síl. Napriek tomu sanitka mamu previezla do NNN na oddelenie psychiatrie, kde ordinujúca pani doktorka XY ostala zarazená, že pacient s akútnym zápalom spodných dýchacích ciest bol prevezený na psychiatrické oddelenie. ...(pacientka bola z psychiatrie následne odoslaná na interné, kde ju odmietli prijať a museli ju odviezť domov). ...po príchode mama síce v kŕčoch, ale zaspala. Tri hodiny na to, cca o 9:30 ráno sa mama znovu začala silno dusiť, brat okamžite volal sanitku. Mama bola celá fialová, na očiach jej bolo vidieť len bielka. Kým prišla sanitka, brat dával mame dýchanie z úst do úst a masáž srdca, na čo ho inštruoval operátor tiesňovej linky 155. Prišla sanitka, mamu oživovali asi 50 minút. Potom mamu previezli do nemocnice NNN na ARO, kde po cca hodine skonštatovali smrť.“ (21:37)*

Predchádzajúce dva úryvky ilustrujú okrem iného aj to, ako **nedostatky pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti na iných úrovniach systému** napr. v ambulancii alebo nemocnici, vedú u zúfalých príbuzných k opakovaným pokusom zabezpečiť ich blízkemu adekvátnu pomoc prostredníctvom privolania ZZS, pokiaľ iné možnosti pomoci aktuálne nie sú k dispozícii. **Opakované volania** z rovnakej adresy však u zdravotníkov často vyvolávajú negatívne reakcie, ktoré môžu viesť **k nižšej ochote znovu** a dôkladne venovať pozornosť tomu istému pacientovi. Kým však nie sú pochopené a riešené **skutočné potreby pacienta** a jeho blízkych, ich tieseň rastie a viac či menej otvorený **konflikt** medzi „zneužívajúcim“ poberateľom a „zneužívaným“ poskytovateľom zvyšuje aj **riziko skutočného zanedbania** zdravotnej starostlivosti.

Ku zníženiu ostražitosti a **nesprávnej predčasnej atribúcií príznakov** pacienta, môže viesť aj opakovaná predchádzajúca skúsenosť napr. s rozšíreným infekčným ochorením.

*„...podávam sťažnosť na neprofesionálny, drzý a arogantný prístup doktora XY. Tento človek nemá čo hľadať u záchranej služby, lebo on nepomôže, ale znesie človeka zo sveta. Dňa DD.MM.RRRR o 5:20 som volala záchranku k manželovi YZ s jasnými príznakmi mozgovej príhody. Prišli 5:40 a tento údajne doktor konštatoval chrípku, lebo tej je teraz veľa, a z toho následné zlyhanie organizmu... . Cca 6:45 odvoz do XXX na interný urgentný príjem. ... Cca o 10:30 mi neurologička oznámila, že CT potvrdilo cievnu mozgovú príhodu ... Pýtam sa, čo s manželom robili v nemocnici cca od 7:00 do 10:50. lekár na internom urgentnom prijme nedokáže rozpoznať mozgovú príhodu? To čo máme za lekárov?“ (13a:49)*

Hoci na základe uvedeného popisu nevieme posúdiť presný spôsob komunikácie privolaného lekára, ukazuje sa, že pacient alebo jeho blízky môžu veľmi citlivo reagovať aj na **komentáre, týkajúce sa hmotnosti alebo vzhľadu pacienta** a to aj v prípade, že odzrkadľujú realitu (v tomto prípade bolo na transport obézneho pacienta bez nôh potrebné privolať HaZZ).

*„...okrem toho urážky na manželovu váhu, len ho štípal, aby s nim komunikoval. Ja som opisovala priebeh, vravela som, že v nedeľu bolo všetko v poriadku, na nič sa nestážoval. Aj toto tvrdenie sa mi doktor snažil vyvrátiť. Pri jeho váhe mu nič nedávajte jesť, len vodu, ani len jablčko. Ako sa robí výber lekára do záchranej zdravotnej služby? Ved' on je ten, ktorý podáva zdravotnú starostlivosť na záchranu života!“ (13b:50)*

Špecifický **kontext situácie**, v rámci ktorej došlo k náhlemu zhoršeniu stavu pacienta, môže viesť **bez dôkladného vyšetrenia** ku **neprávnemu klinickému úsudku zdravotníka** (bolesti na hrudníku a v ramenách u mladého onkologického pacienta prepusteného v ten istý deň z nemocnice po chemoterapii)

*„Po odobratí anamnézy mu záchranár odmeral tlak a uzavrel to ako hysterický záchvat, že je to psychický problém. Že sa zľakol, že nie je pod dozorom v nemocnici. Dal mu tabletku magnézia, na ukludnenie a fúkať do vrečka. Aby sa upokojil. ... Syn si šiel ľahnúť. Keď som ho bola skontrolovať bol síce kludnejší ale vravel, že má taký pocit nepokojných nôh. Asi o hodinu som ho bola volať na večeru. Najprv vravel, že nechce, ale nakoniec sa rozhodol, že preda len pôjde. Keď zišiel dole do kuchyne sadol si na lavicu a zrazu odpadol. Začal chrčať. S manželom sme rýchlo odtiahli stôl a manžel zavolať na 155 aby poslali záchranku a za asistencie dispečerky započal KPR doma. RZP bola u nás do 5 minút. Na pomoc si zavolať*

*RLP. Po hodinovej resuscitácii skonštatovali exitus. Môj syn zomrel na infarkt myokardu v dôsledku upchania koronárnej cievy trombom, a ja sa pýtam, prečo ho RZP nezobrala pri prvej návšteve do nemocnice. Prečo mu neurobili EKG, kde by určite videli zmeny?“* (potvrdené pochybenie zdravotníka; 2:56)

## **Konflikty**

**Obavy rodinných príslušníkov** o život a zdravie pacienta sú prirodzené a rovnako prirodzené je aj to, že do svojho úsilia o správne pochopenie a čo najlepšie zvládnutie tiesňovej situácie zapájajú aj svoje vlastné vedomosti a skúsenosti. Tiež si vytvárajú svoje predstavy/obavy o tom, čo by pacientovi mohlo byť. Od zdravotníkov očakávajú, že tieto ich obavy dôkladným objektívnym vyšetrením potvrdia, alebo naopak vyvrátia. Pokiaľ zdravotník **bez presvedčivých argumentov autoritatívne presadzuje záver, ktorý je v rozpore s ich vlastnou obavou**, ich dôvera voči jeho rozhodnutiu klesá a obavy naopak stúpajú.

Odmietavá reakcia laika na nepresvedčivé konanie a záver zdravotníka, môže **presmerovať pozornosť** dotknutého profesionála z hľadania efektívneho riešenia pacientovho problému na viac či menej otvorený **boj o moc**, s potenciálnymi vážnymi dôsledkami.

*„(pád dieťaťa na hlavu z výšky 1,2 m) Po príchode RZP mi službukonajúca povedala, že dcérka je v poriadku (napriek tomu, že celý čas spala, ak sme ju zobudili, tak plakala a znova zaspávala). Službukonajúca **odmietala** dcéru vziať do sanitky a na pohotovosť do XXX. Podľa nej mala len natiiahnuté rameno a odporúčala mi navštíviť miestnu ortopedickú amb. Dcérka zaspávala, keď ju postavili na nohy, točila sa jej hlava a odmietala chodiť. Tak povedali, aby som ju vzala na ruky (bola som v 8. mesiaci tehotenstva na rizikovitom) a odniesla k miestnemu lekárovi. Až na moje výslovné požiadanie a naliehanie mi službukonajúca povolila prevoz malej na pohotovosť! Ale vraj si mám dcérku do sanitky odniesť sama!!! Tehotná! V sanitke dcérka celý čas spala. Po príchode do XXX (nemocnice) som malú položila na prebaľovací pult, kde znova zaspala. Pani zo sanitky dala naše papiere lekárovi do ambulancie a kázala nám čakať. Ambulancia bola plná ľudí a napriek tomu, že nás priniesla RZP, nechali nás čakať až príde rad na nás. Od pádu dcérky až po prvé vyšetrenie prešlo 2,5 hodiny!!! Lekár okamžite zistil mäkký opuch lebky, zlomenú kľúčnu kosť a silný otras mozgu. Po RTG a CT zistené krvácanie do mozgu (epidurálny hematóm). Na moju otázku, prečo sme čakali na vyšetrenie v rade, mi bolo povedané, že službukonajúca z RZP nahlásila, že nejde o vážny prípad!!! Človek, ktorý nevie, že spavosť a strata rovnováhy sú vážnym prejavom otrasu mozgu, nemá v RZP čo hľadať! Táto pani ohrozila život môjho dieťaťa!“* (potvrdené pochybenie zdravotníka; 1:55)

**Boj o moc a prestíž** medzi zasahujúcim profesionálom a zasiahnutými osobami môže byť ešte intenzívnejší, **keď proti sebe stoja viaceré odborné authority**.

„Dňa DD.MM.RRRR sa môj otec necítil dobre. V minulosti prekonal NCMP (hemoragickú). V daný deň mal veľmi silné bolesti hlavy s poruchami motoriky a rovnováhy. Moja matka volala v strese najskôr mne - som zdravotná sestra na ARO a môjmu druhovi, ktorý je lekár-záchranár, aby sa poradila, čo robiť. Jednoznačne sme odporučili volať RLP. Mama volala aj s neurologičkou MUDr. XY, ktorá jej tiež odporučila volať RLP. Po príchode RLP lekárka po odobraní anamnézy, z ktorej vedela, že pacient je už dvakrát po NCMP, usúdila, že on nie je stav pre záchranku. Nepodala mu žiadnu liečbu, nebola ochotná ho zobrať na vyšetrenie do nemocnice a vyjadrila sa tak, že "ona nie je taxík a na CT sa čaká 3 mesiace. A keď je MUDr. XY taká múdra, nech mu to CT vybaví sama". Mama povedala dotyčnej lekárke YZ, ktorá prišla so záchrannou službou, že v rodine majú záchranára, ktorý jej odporúča bezpodmienečne volať záchranku. MUDr. YZ si vyžiadala, že s ním chce telefonicky hovoriť. Do telefónu mu povedala, že "keď sme teda zdravotníci, tak nech si ho protežujeme u nás v XXX." Na základe tohto telefonátu dopísala na spodok záznamu, že doporučuje neurol. vyšetrenie. Obaja sme boli v práci a môj nevládny otec sa mal na jej odporúčenie dostať z XXX do YYY (iného mesta) svojpomocne. Člen posádky MUDr. YZ nabádal, aby otca zobrali do nemocnice, ale ona to odmietla s odôvodnením, že má 20 ročnú prax a nebude ho na posmech brať do nemocnice keď mu nič nie je. Otec ironicky podotkol, že keď s ním odmieta čokoľvek robiť, nech mu aspoň dajú guľku do hlavy aby mu prestali tie silné bolesti. Na túto poznámku pani doktorka odporučila mame, aby mu dala Lexaurin a spokojne odišla. Mama o pár hodín samozrejme volala pre otca záchranku znova. Službu vtedy mala už iná lekárka a záchranka ho okamžite brala do nemocnice, kde sa na CT vyšetrení potvrdilo, že otec znova zakrvácal do mozgu a jeho zdravotný stav sa celkovo zhoršil. Vzhľadom na horeuvedené sa domáham, aby bolo prešetrené konanie MUDr. YZ.“ (12:49)

Hoci bolo realizované vyšetrenie a rozhodnutie lekárky ZZS o ponechaní pacienta doma (podľa údajov uvedených v zdravotnej dokumentácii) správne, **jej spôsob komunikácie** s ostatnými zainteresovanými zdravotníkmi **vyostřil nedôveru** blízkych voči spoľahlivosti jej diagnózy a navrhovanému postupu, čo viedlo v kombinácii s následným nepriaznivým vývojom zdravotného stavu pacienta k predloženiu návrhu na prešetrenie poskytnutej zdravotnej starostlivosti.

Ak je osoba, vyžadujúca zásah ZZS pre svojho blízkeho sama tiež **zdravotníkom**, každý krok privolanej posádky **posudzuje ešte detailnejšie aj z hľadiska vlastných skúseností**.

*„...záchránárka zapisovala údaje, záchranár si dovoľil v prítomnosti mamy hodnotiť jej zdravotný stav: "čo si myslíte bude sa zhoršovať a nie zlepšovať to by som ako zdravotník mala vedieť". ... na podávanie liekov nemá oprávnenie napriek tomu ordinoval mame podanie Lexaurinu keď som udávala mamine ťažkosti, že je nepokojná. ... Hrubú ružovú ihlu jej pichol do prsta na odobranie glykémie pritom stačilo pár kvapiek krvi, ktoré mohol odobrať pri zavádzaní kanyly!!!. Keď zistili, že bude potrebný prevoz, začali ma odhovárať od CPO: "je tam najmenej 15 ľudí a bude musieť stáť lebo tam nie je miesto na sedenie". ... Na CPO bola od 21:00 hod štvrtok do 2,00 hod piatok nadržanom. Rozhodovali sa či ju majú vôbec hospitalizovať.“ (14b:35)*

Navrhovateľka následne detailne popisuje rôzne príklady neprofesionálneho správania zdravotníkov, ktorí sa starali o jej matku v nemocnici, pričom svoje hodnotenie uzavrela slovami:

*„38 rokov robím v zdravotníctve a ani po toľkých rokoch by som nedokázala starať sa o pacientov s takou nechúťou a ľahostajnosťou ako som vymenovala vyššie.“ (14:40)*

### **Spôsob komunikácie**

**Agresívne, arogantné a neohľaduplné správanie** veľmi citlivo vnímajú aj laici, ktorí si v prípade potvrdenia ich podozrení, žiadajú (prinajmenšom morálnu) satisfakciu.

*„Po dohadovaní sa a vysmievaní sa z otcovho stavu (bolesti na hrudi a v chrbte) sme konečne začali vyšetrovať. Prišiel pokus číslo 1. s natočením EKG. Pri otcových bolestiach to nebolo možné, keďže nemohol ani ležať ani sedieť. Čiže 1 pokus nebol dokončený. Ideme na pokus číslo 2. - Pani doktorka alebo sestra (neviem), skríkla na otca či tu máme byť do rána, aby to konečne natočili. Po tom ako vyšiel výsledok zo stroja (pani pozrela na papier, kývla rukou a povedala - CCCCCC to je dobré!!!) Ale otec stále tvrdil že mu je strašne zle. Odpoveď lekárov bola že no dobre dáme vám do zadku injekciu. Následne mu podali TRAMAL do žily a to s komentárom (nepamätám si množstvo) to ho zloží. následne zaviedli infúziu, ktorú mi dali držať aby stiekla. (Nehoráznosť). Otec po nadopovaní liekmi a v sede povedal že troška sa mu poľavuje. No akonáhle sa postavil mu znova prišlo zle. Reakcia lekárov bola že no to vás zoberieme čo už s vami. Ale kde vás dáme... hmm... však uvidíme. Po prevezení otca do nemocnice do internej ambulancie a dozvedení sa že prevážajú otca urýchlene do kardiocentra*

v Nitre pre možný infarkt som si myslel že dosť vážny stav na chrípku. No po vyšetreniach v kardiocentre mi povedali že infarkt vylučujú no má silný zápal krvi a zápal pľúc a budú ho musieť previesť do XXX na drenáž hrudníku. No tam sa zistilo že otec dostal septický šok. Tak nakoniec len s tvrdenia Rýchlej zdravotnej služby že je to len chrípka a nesprávni postup vyšetrenia obvodným lekárom a chovaním sa zdravotnej služby by sme chceli dať preveriť celú situáciu, keďže mi otec leží v kritickom stave v nemocnici. Ďakujem“ (11:39)

Okrem absencie slušného sprvania a rešpektu voči pacientovi, dôveru v zasahujúcich zdravotníkov znižuje **poskytovanie nepravdivých/neoverených informácií**.

„Pri otázke, čo máme robiť ak sa to zhorší vraveli, že máme ísť na pohotovosť do Krompách (pohotovosť tam nefunguje, podotýkam).“ (2:57)

**Neprijemné**, pre blízke osoby ťažko pochopiteľné **prejavy správania jedného z členov zasahujúcej posádky**, ktoré by za iných okolností možno v tichosti akceptovali, vrhajú, v prípade náhleho úmrtia pacienta v krátkom čase po hospitalizácii, **tieň pochybnosti na celý postup** poskytovania zdravotnej starostlivosti.

(bezvedomie v dôsledku intoxikácie alkoholom a liekmi u depresívneho pacienta)

„Pani dispečérka sa ma pýtala, či dýcha a inštruovala ma ako mám postupovať pri jeho polohovaní a oznámila mi, že záchranka je už na ceste. Po príchode záchranárov som im zopakovala pravdepodobnú príčinu stavu môjho syna. Záchranárom som poskytla prepúšťaciu správu zo synovej hospitalizácie na psychiatrickej klinike koncom minulého roka, ktorú si zobrali so sebou. Musím podotknúť, že člen tímu záchranárov (vodič vozidla) sa správal veľmi nevhodne. Na moju otázku, prečo je taký podráždený, neodpovedal. Takýto prístup u záchranára som si do tej chvíle nevedela predstaviť. Po zmeraní tlaku a podaní infúzie ma záchranári informovali, že syna prevážajú na XXX a že veci synovi môžem doniesť neskôr, že sa nemusím ponáhľať, lebo potrebné vyšetrenia budú trvať približne hodinu. ... V čakárni sme (matka pacienta s priateľkou) sedeli do cca 23:30 (3 hodiny). V čase čakania sme registrovali príchod zdravotníkov, ktorým na dlhšie zvonenie nikto neotváral a poznamenali, že ich predsa volali, tak prečo neotvárajú dvere. Následne, keď vošli na oddelenie, sme počuli zvuky defibrilátora a to som ani netušila, že zachraňujú môjho syna. Po príchode záchranárov s nosidlami, ktorí sa tiež mali problém dostať na oddelenie (na zvonenie dlhšie nik nereagoval) ma zavolať lekár a oznámil mi, že syna museli oživovať, pretože mu zlyhalo srdce. Ďalšia pani (neviem, či to bola lekárka) mi oznámila, že oživovanie trvalo viac ako 30 min., čo sa podarilo, ale že mozog nereaguje a syna prevážajú na ARO do XXX, pretože tu nemajú miesto. (nasledujú pochybnosti o predchádzajúcej ambulantnej psychiatrickej starostlivosti)



*...Neviem, či sa v tomto prípade nedalo urobiť niečo viac. Neviem si ďalej vysvetliť ani postup obvodného lekára MUDr. XY. Ďalšie kroky syna viedli k tragédii, ktorá sa stala dňa DD.MM.RRRR. Chcem však poznať odpovede predovšetkým na tieto otázky: 1. Postupovali záchranári správne, ak pacienta v bezvedomí, intoxikovaného liekmi a alkoholom prevážali na internú kliniku? 2. postupoval službukonajúci lekár správne, ak môjho syna prijal na oddelenie, kde mu nemohla byť poskytnutá potrebná pomoc? 3: Nemal byť môj zosnulý syn od začiatku monitorovaný na prístrojoch (ARO) a tým pádom sa mohlo s oživovaním začať skôr a zachrániť ho?“ (20:44)*

### **ZZS ako súčasť systému**

Správne rozhodnutie zdravotníckeho operátora a následne vyslanej posádky ZZS pôsobí, najmä pri diagnózach z kvintetu prvej hodiny, ako **prvý gombík na košeli**. To, či je zapnutý správne, dokáže zásadným spôsobom ovplyvniť ďalšiu prognózu pacientovho ochorenia a jeho následky.

*„Prosím o dôkladné prešetrenie celkového postupu pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti mojej sestre. Dňa DD.MM.RRRR si volala záchrannú službu okolo 11:00 hod., z dôvodu bolesti hlavy. Záchranná služba prišla o 15:00 hod s tým, že pacientke podala injekciu a služba odišla preč. Po veľkých bolestiach hlavy ju manžel na osobnom aute odviezol do nemocnice XXX, kde následne po vyšetrení pokračoval transport vrtuľníkom do nemocnice YYY, nakoľko sa jej zhoršil klinický stav. Na základe realizovaného CT mozgu išlo o krvácanie do mozgu. (popis následných operácií a komplikácií) ... Počas hospitalizácie na neurochirurgickej klinike pretrvávali rôzne infekcie CNS, ktoré boli zrejme zapríčinené veľkým množstvom operačných výkonov, ktorým sa možno dalo predísť. ... S poruchou vedomia, s infekciami CNS, zavedenou O2 maskou a takisto prítomným zápalom pľúc, zomrela dňa DD.MM.RRRR (31 dní po prvých príznakoch) v nemocnici v ZZZ. Som toho názoru, že v prvom rade došlo k chybe rýchlej zdravotnej služby, ktorá prišla po veľmi dlhej dobe od zavolania, takisto došlo k chybe, pri ktorej pacientku so silnými bolesťami hlavy nepreviezli do nemocnice. Pri takej vážnej diagnóze, o akú išlo, je potrebné poukázať na čas, ktorý mohol byť kľúčový pri hospitalizácii a následných ďalších operačných výkonoch.“ (7:47)*

Pokiaľ správanie operátora a zasahujúcej posádky zanechá vo svedkoch udalosti **neutrálny, či dokonca pozitívny dojem**, osoby nespokojné s tým, čo sa následne udialo v nemocnici **nemajú ďalej potrebu podrobnejšie rozoberať činnosť ZZS** v rámci návrhu na prešetrenie spôsobu poskytnutia zdravotnej starostlivosti. Nekonfliktná komunikácia a správanie zasahujúcej posádky tak im samým, ako aj ich zamestnávateľom môže **ušetriť**

**následné ťažkosti s prešetrovaním** kvality poskytnutej zdravotnej starostlivosti a ešte väčšie komplikácie, ak by sa v príslušnej dokumentácii pochybenie našlo (hoci aj iné, ako sa domnieval predkladateľ).

### **Rozhodovanie o transporte**

Ako možno vidieť vo viacerých vyššie uvedených príkladoch (napr. 1:55), častým zdrojom konfliktov medzi zasahujúcou posádkou a navrhovateľmi a je **rozhodovanie o tom, či má byť pacient ponechaný na mieste alebo transportovaný** na ďalšie vyšetrenie či liečbu do nemocnice. Toto rozhodovanie môže mať rôzne podoby - od **ponechania viac či menej informovaného rozhodnutia na pacientovi** až po neregulérne **vynucovanie podpisu o odmietnutí** transportu.

*„Lekárka stále vypisovala to svoje tlačivo. Po dopísaní prešla od mojej manželskej postele k manželovej, aby jej podpísala správu. Manžel reagoval, že potrebuje okuliare, no lekárka mu správu podala aj so svojím perom nech to podpíše. Vtedy vlastne prvýkrát pristúpila k manželovi/pacientovi. Podala mi to vyplnené tlačivo s tým, že zajtra s tou správou nech ide k lekárovi pre antibiotiká - je to viróza. Povedala som, že on k lekárovi nezájde, že sa nevládze ani obliecť, tak mi povedala, nech to vybavím sama. Pýtala som sa, či lekár mu predpíše antibiotiká len na základe vašej správy? Tak nech lekár príde k nemu!“ (3a:60)*

Do rozhodovania posádky o transporte pacienta vstupujú aj **limitácie systému**, ktorých dosah si laici nemusia plne uvedomovať.

*„(Záchranár) začal ... merať cukor a pýtal sa manžela, či ho nebolí na hrudi. Manžel povedal, že nie. No keď chcete, my vás zoberieme, no teraz vozíme len na infekčné. Manžel chcel, aby som rozhodla ja, či má alebo nemá ísť do nemocnice na to infekčné. Ja som záchranárom povedala, že prečo len na infekčné, a že - vy ste zdravotníci, vy viete zhodnotiť zdravotný stav a nie nechávať rozhodnutie na nás. Záchranár povedal, že nasilu neberú pacientov ...takže opäť nechali rozhodovať nás s manželom. Manžel znovu chcel, aby som povedala svoj názor. manželovi som povedala, že ide víkend a ide o jeho zdravie a keď sa zle rozhodnem, do smrti si to budem vyčítat', nech sa rozhodne sám. manžel povedal, že nie. TAK PÁNI, JE ROZHODNUTÉ! - povedala som záchranárom“ (3b:18)*

Akceptácii týchto obmedzení zo strany pacientov a ich blízkych by však mohlo pomôcť, ak by o nich boli posádkou **dostatočne informovaní**.

*„...po mojich opakovaných upozorňovaniach naďalej zdržiavali prevoz manžela. Prevoz môjho manžela v kritickom stave nebol uskutočnený do najbližšieho zdravotníckeho*

zariadenia XXX ale až do najvzdialenejšej YYY, čo predĺžilo poskytnutie zdravotnej starostlivosti a celý prevoz trval tak okolo 40 minút, dokonca bez zapnutia húkačky... Len kompetentní vedia, aký bol skutočný dôvod prevozu do najvzdialenejšej nemocnice... Najdôležitejší v prípade náhlej cievnej mozgovej príhody je čas a životne dôležité je rýchle nasadenie liečby, čo v danom prípade totálne zlyhalo...“ (16:52)

## Dokumentácia

Nevyhnutnou súčasťou činnosti posádky ZZS, ktorej význam môžu laici často podceňovať, je **priebežné vedenie podrobnej písomnej alebo elektronickej dokumentácie** o zistených skutočnostiach, realizovaných vyšetreniach, ošetrovaní, liečbe a ďalšom manažmente pacienta (záznam o zdravotnom zhodnotení stavu osoby - ZoZZSO). Tento záznam je **kľúčovým dokladom** o poskytnutej zdravotnej starostlivosti tak pre jej poskytovateľa, ako aj pre pacienta a jeho následnú zdravotnú starostlivosť. Na základe tohto dokumentu je tiež spätne posudzovaná správnosť postupu zdravotníka, v prípade podnetu na prešetrenie zdravotnej starostlivosti. Dôkladne a správne vyplnená dokumentácia je, okrem iného, pre zdravotníka najdôležitejším nástrojom pre jeho obhajobu, v prípade potenciálneho obvinenia. Otázky, zistenia, činnosti, či špecifické okolnosti, ktoré sa v dokumentácii nenachádzajú, akoby sa z hľadiska dodatočného prešetrovania ani nikdy nekonali.

„Môj otec, pán XY bol ošetrovaný dňa DD.MM:RRRR záchrannou zdravotnou službou v XXX. Jednalo sa o kolaps a následný pád otca na podlahu, ktorý však záchranná služba v dokumentácii neuviedla. Otcovi bola podaná infúzia. Jeho stav bol označený ako dobrý. Bol ponechaný v domácej starostlivosti. Posádka RLP bola mojou mamou, pani XY informovaná mimo iného aj o otcovom páde. Je zarádzajúce, že v správe RLP je uvedené, že "pacient sa na nič nestázuje", keď otec nebol schopný takejto odpovede, nedokázal pochopiť položenú otázku ani jej význam a ani na ňu adekvátne verbálne reagovať. Zdôvodnenie nespokojnosti: Otec nebol RLP prevezený do nemocnice XXX na ďalšie nutné vyšetrenie. O dva dni po zhoršení stavu - mama znovu zavolala RLP, pretože otcov zdravotný stav sa postupne zhoršoval. Nemohol sa postaviť na nohy, bola znížená celková otcova mobilita a trpel slabosťou. Jednalo sa o zhoršenie stavu v nadväznosti na pád zo dňa (prvého zásahu). ... (nasleduje popis ďalších komplikácií a liečby pacienta, ktoré boli príčinou odloženia indikovanej operácie mozgu).“ (6:46)

Význam dôkladného vedenia dokumentácie je obvykle zdravotníkom jasný. Nie však nutne laikom. Aký negatívny dojem v pacientovi a/alebo jeho blízkych zanecháva priebeh

zásahu, v ktorom je od začiatku **väčšia pozornosť venovaná vedeniu dokumentácie**, ako samotnému **pacientovi**, ilustrovali napr. úryvky 3a:21; 3b:22.

Iný z predkladateľov sa, okrem iného, sťažuje aj **na obmedzenie prístupu** ku zdravotnej dokumentácii pacienta.

*„Všetky papiere z danej noci nám vzali a v prílohe predkladáme len to, čo sme stihli odfoťiť mobilným telefónom. Z výjazdov sanitiek nám ani žiadne papiere nedávali. Všetky tieto skutočnosti sú však preveriteľné.“ (21:38)*

Problém nastáva napríklad tiež vtedy, ak **údaje v dokumentácii nie sú v súlade s realitou**.

*„...čas prijatia (v nemocnici) nie je správny (a ani možný), pretože v uvedenom čase (v hod. resp. v minútach) bol ešte tu doma so mnou a celým dvoj-teamom 5-tich ľudí z SOS teamov, na XXX, kde prebiehalo ešte jeho oživovanie zdravotníkmi. Mám doklad o oživovaní, z čoho je jasné že na prístrojoch bol XY. do 00:11:22 hod., takže tu asi niečo pekne neseďí.“ (15:28)*

Nesprávne/nepresne či rozporuplne uvedené údaje môžu mať v niektorých prípadoch **d'alekosiahle dôsledky** tak pre zasahujúcich, ako aj pre osoby zasiahnuté nepriaznivou udalosťou. Navrhnutie podnetu na prešetrenie kvality poskytnutej starostlivosti je pre nich jedným zo spôsobov, ako sa snažia domôcť nápravy.

*„Dôvod tohto prešetrenia je ten, že dieťaťko sa (cca 8:10) narodilo živé, no v nemocnici napísali že dieťa sa narodilo mrtve a na záchode. Papiere, ktoré Vám posielame je uvedené, že dieťaťko zomrelo až 9:25, tak mi vysvetlite, ako sa mohlo narodiť mrtvé, keď žilo. Preto Vás dôrazne žiadame a prosíme o dôkladné prešetrenie tohto prípadu, inak to budeme musieť posunúť vyššie a aj do médií. Aj keď to dieťaťku život nevráti, no nech sa táto situácia už nezopakuje, preto musia za toto niesť zodpovednosť záchranári s RZP, keďže nič s dieťaťkom nerobili. Na Matrike sme mali problém s vybavovaním, pretože ani im neseďelo, že dieťaťko sa narodilo živé a v nemocnici napísali, že zomrelo 9:25. Matrika hneď kontaktovala pána primára XY, ako to vlastne je... On to odôvodnil tým, že napísal iba to čo mu povedala RZP. Nechápe tento prístup, keď prijímali dieťaťko do nemocnice a nikto s ním nič nerobil, keď zomrelo 9:25 a bolo to v čase a v rukách záchranárov. Ako môže niekto uviesť, že dieťa sa narodilo mrtve a potom že zomrelo 9:25 to nie je v poriadku. ... Vopred ďakujeme a veríme, že sa to prešetrí, aby dcéra mala aj nárok o príspevok, pri narodení dieťaťka, keďže žilo.“ (9:32)*

## Motivácia predkladateľov podaní

Ako ukazuje predchádzajúci výrok, **motivácia** osôb, ktoré predkladajú podania na prešetrovanie správnosti poskytnutej zdravotnej starostlivosti, môže byť **rôzna**. Len v 2 z 20 podaní sa okrem iného spomína tiež snaha o získanie určitej **finančnej kompenzácie**. Vo väčšine prípadov však dominovala **potreba nájsť odpovede na doposiaľ nezodpovedané otázky** - prečo k úmrtiu alebo vážnemu ohrozeniu blízkej osoby došlo, presvedčiť sa o tom, či a ako bolo možné takejto udalosti predísť, **zamedziť jej prípadnému opakovaniu a tiež potrestať konkrétnych vinníkov**.

*„Zomrel nám otec a chceme celá rodina vedieť či lekári postupovali správne. Snažili sme sa podrobne popísať priebeh záchrany nášho otca. Potrebujeme vedieť či sa nedalo spraviť viac pre jeho záchranu. Synovia XY, ZY, YY“ (8:48)*

*„Prečo neostal na pozorovaní? Prečo bol transportovaný naspäť do nemocnice XXX? Bolo to v poriadku, keď v priebehu necelej hodiny zomrel? Kde nastala chyba?“ (19:45)*

*„Verím, že po prešetrovaní udalosti prijmete a vyvodíte voči operátorovi náležité opatrenia na vyvodenie osobnej zodpovednosti. Navrhujem prešetriť kompetenciu tohto operátora, či môže vykonávať takúto zodpovednú funkciu/alebo vôbec nejakú/ v zdravotníctve...“ (5:20)*

Všetky tieto potreby sú prirodzenou súčasťou dlhodobého **procesu vyrovnávania sa s traumatizujúcou udalosťou**, akým strata rodiča, dieťaťa alebo partnera, bezpochyby je.

Zdravotník, nech už pracuje akokoľvek svedomito, by mal byť vždy pripravený aj na možnosť potenciálneho **prešetrovania správnosti jeho postupu**.

## 6.5 Diskusia

Prostredníctvom postupov tematickej analýzy sme sa pokúsili analyzovať dôvody nespokojnosti rodinných príslušníkov pacientov s poskytnutou neodkladnou prednemocničnou zdravotnou starostlivosťou. V rámci dostupných dát, ktoré predstavovali texty písomných návrhov na prešetrovanie správnosti poskytnutej zdravotnej starostlivosti Úradom pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou, sme sa pokúsili popísať, **za akých okolností vznikajú u klientov ZZS natoľko vážne pochybnosti, kvôli ktorým sa obracajú na ÚDZS**; ako títo klienti popisujú správanie posádky v priebehu zásahu ZZS a **aký význam pri ich hodnotení priebehu zásahu mohol zohrávať spôsob komunikácie posádok ZZS**.

Dostupné popisy výjazdov ZZS neumožňujú analyzovať ich reálny priebeh a z hľadiska našej špecializácie nie sme kompetentní hodnotiť ani ich medicínsku stránku.

Texty podaní, ktoré analyzujeme v rámci tejto štúdie, nás informujú najmä o **subjektívnom spôsobe vnímania a interpretovania priebehu zásahu ZZS zo strany jej nespokojných klientov**.

Všetky tieto podania boli predložené **najbližšími rodinnými príslušníkmi** pacientov, z ktorých prevažná časť zomrela alebo trpela vážnym zhoršením zdravotného stavu v priamej nadväznosti na zdravotný problém (a/alebo komplikácie pri jeho následnej liečbe), kvôli ktorému bola pôvodne privolaná posádka ZZS. Väčšina z predkladateľov podaní boli ženy.

Subjektom, na ktorý bolo podanie smerované, bolo vo väčšine popisovaných prípadov **viacero zložiek systému poskytovania zdravotnej starostlivosti** v rôznych kombináciách – počínajúc prácou ambulantného lekára, zdravotníckeho operátora OS ZZS SR, cez zasahujúcu posádku, až po proces diagnostiky a liečby pacienta v nemocnici (niektorí z pacientov zomreli neskôr v dôsledku ďalších komplikácií, spôsobených nezvládnutými nemocničnými nákazami pri následnej hospitalizácii). Len v 6 prípadoch bolo podanie smerované výlučne na prácu posádky alebo v jej kombinácii s operátorom ZZS, pričom sa v 4 z týchto výjazdov pacient už prevozu do nemocnice nedožil. Súhrn príčin nespokojnosti rodinných príslušníkov pacienta na úrovni iných častí systému, ako je práca posádok ZZS, ktoré boli identifikované v tejto štúdii, zobrazuje tab. 6.1.

**Tabuľka 6.1** *Identifikované príčiny nespokojnosti rodinných príslušníkov pacienta na úrovni iných častí systému v analyzovaných podaniach na prešetrenie poskytnutej zdravotnej starostlivosti*

| <b>Kategória</b>  | <b>Príčiny nespokojnosti uvádzané v analyzovaných podaniach na prešetrenie zdravotnej starostlivosti</b>  |
|---|---|
| Vnímané nedostatky v predchádzajúcej zdravotnej starostlivosti              | Neadekvátne starostlivosť ambulantného všeobecného lekára alebo špecializovaného lekára<br>Neadekvátne predchádzajúca ústavná zdravotná starostlivosť   |
| Vnímané nedostatky v činnosti operačného strediska ZZS                      | Nespokojnosť s priebehom volania na LTV<br>Nespokojnosť s kritériami pre vyslanie posádky ZZS<br>Nespokojnosť s časom čakania na posádku ZZS<br>Nespokojnosť s typom/kompetenciami vyslanej posádky |
| Vnímané nedostatky v starostlivosti o pacienta na ďalších úrovniach systému | Ťažkosti pri odovzdávaní pacienta v nemocnici, nespokojnosť s následným postupom vyšetrenia/ošetrovania/liečby v nemocnici  |

Hoci v dvoch z posudzovaných prípadov možno odôvodnene predpokladať aj určitú mieru finančnej motivácie, všetci predkladatelia podaní žiadali v prvom rade odpovede na

otázky, ktoré by im pomohli lepšie **porozumieť tomu, čo sa stalo, prečo sa to stalo, či sa tomu dalo nejakým predísť a ak áno, v čom spočívalo pochybenie a kto je za to zodpovedný.**

Vo viacerých textoch možno pozorovať potrebu **prejaviť svoje negatívne emócie** (výkričníky, veľké písmo, hrubé písmo) a to najmä v prípadoch, pri ktorých sa podávateľia sťažovali na nevhodné správanie členov zasahujúcich posádok, spolu s potrebou získať určitý **pocit zadosťučinenia** prostredníctvom **uznania ich krivdy** ako aj priamo v **potrestaní (domnelých) vinníkov**. Tieto potreby a reakcie sú **v procese vyrovnávania sa s neočakávanou stratou** blízkeho človeka **úplne prirodzené** a to najmä vtedy, ak existuje dôvod domnievať sa, že sa **úmrtiu dalo zabrániť** (napr. Bugen, 1977). Za takých okolností vychádzajú na povrch pocity viny, potreba určenia trestnej zodpovednosti a obviňovanie. Zdlhavý proces vyšetřovania vyrovnávanie sa so stratou ešte viac predlžuje (Worden, 2013).

Prípady kedy pacient, ktorého ošetrovala ZZS zomrie a jeho rodinní príslušníci sa na poskytnutú zdravotnú starostlivosť týmto spôsobom nesťažujú, je však v bežnom živote oveľa viac. Zaujímalo nás preto, ktoré aspekty správania a komunikácie posádky ZZS mohli v popisovaných prípadoch prispieť k natoľko **narušenej úrovni dôvery** voči zasahujúcim zdravotníkom, že viedli blízke osoby pacientov až k podaniu návrhu na prešetrenie poskytnutej zdravotnej starostlivosti.

Prvým, potenciálne problematickým bodom, bola už komunikácia so zdravotníckym operátorom OS ZZS. Osoby v tiesni niekedy **nerozumeli** tomu, **prečo im operátor kladie mnohé otázky**, niekedy ho vnímali **ako oponenta**, ktorého treba presvedčať o tom, že potrebujú okamžitú pomoc a vo viacerých prípadoch nerozumeli tomu, že **posádky ZZS nemusia byť kedykoľvek na blízku k dispozícii**, aj napriek tomu, že ich oni sami naliehavo potrebujú. **Chýbajúca informácia** o predpokladanom **čase príchodu vyslanej posádky** viedla niekedy k neadekvátnym očakávaniam a následnej frustrácii volajúcich, ktorí jej príchod s veľkým napätím očakávali. Ich negatívny dojem posilňovali aj pozorované **nadbytočné zdržania** príchodu posádky na miesto udalosti. Hoci tiesňová linka musela byť kontaktovaná vo všetkých 19 primárnych výjazdoch ZZS, práca operátora bola súčasťou predmetu podania len u 5 z nich (prípady iných podaní, ktorých predmetom nebol výjazd ZZS sme neanalyzovali).

Predkladatelia podaní boli niekedy nepríjemne zaskočení tým, že k nim bola vyslaná posádka RZP bez lekára a **pochybovali o jej kompetencii** poskytnúť adekvátnu pomoc. V mnohých prípadoch naopak vôbec **nevedeli o tom, aký typ posádky ZZS k nim**

**prichádza.** Chýbajúca informácia o tom, aké sú kompetencie a úlohy v zásahu u jednotlivých členov posádky, viedla niekedy u podávateľov k vážnym **nedorozumeniam, neprímeraným očakávaniam** a následnému **nesprávne (negatívne) interpretovaniu správania** zasahujúcich.

Zlý dojem predkladateľov podaní umocňovali vnímané **nedostatočné prejavy záujmu** zdravotníkov o pacienta, jeho aktuálny problém a celkový zdravotný stav – chýbajúci alebo **nedostatočný kontakt, predčasné hodnotenie** stavu pacienta **bez snahy** o jeho **vypočutie** a riadne **vyšetrenie**. Hoci skúsený zdravotník dokáže základné životné funkcie pacienta do istej miery zhodnotiť aj prostredníctvom vlastných zmyslových orgánov a klinického úsudku, bez potreby detailných meraní, pokiaľ o tom, čo sa týmto spôsobom o pacientovom stave dozvedel, pacienta alebo jeho blízkych **neinformuje**, ľahko môžu dospieť k názoru, že sa vlastne nič zistiť ani nesnažil. Adekvátny popis podobných zistení, pre osoby na mieste zásahu, by mohol toto nepochopenie do značnej miery eliminovať.

Rovnako negatívne, ako vnímaný nezáujem o pacienta, pôsobí (**najmä predčasná**) **bagatelizácia** jeho ťažkostí. Aj keď môže byť zo strany zdravotníka komunikovaná s úmyslom volajúceho alebo pacienta upokojiť, **bez predchádzajúceho adekvátneho vyšetrenia vzbudzuje skôr nedôveru** v spoľahlivosť takéhoto hodnotenia. Ešte deštruktívnejšie pôsobí, pokiaľ je vyslovená **arogantným, ponížujúcim spôsobom**, ktorý osoby na mieste zásahu priamo alebo nepriamo **obviňuje zo zneužívania ZZS**, pretože oni svoju potrebu pomoci vnímajú ako plne opodstatnenú. V kombinácii s následným negatívnym vývojom stavu pacienta, ktorý vopred nikdy s plnou vážnosťou vylúčiť nemožno, sa potom spomienka na predošlé zľahčovanie pacientovho problému zdravotníkom, spolu s jeho (hoci aj náhodným) zlým vyústením, stáva silným argumentom pre **pochybnosti o kvalite poskytnutej zdravotnej starostlivosti**.

V popisovaných prejavoch správania zdravotníkov možno sledovať aj náznaky klinického usudzovania na základe rýchlych ale riskantných **kognitívnych skratiek** – heuristik (napr. Kahneman et al., 1982; Whelehan, et al., 2020).

Správanie zdravotníkov, ktorí každému pacientovi s teplotami počas chrípkového obdobia automaticky diagnostikujú virózu, môže ilustrovať **heuristiku dostupnosti**, pri ktorej nás nedávne alebo časté diagnózy napadnú rýchlejšie a ich pravdepodobnosť automaticky nadhodnocujeme.

Prípad reálneho pochybenia pri nedostatočnom vyšetrení činnosti srdca u mladého muža po chemoterapii, predstavuje omyl v dôsledku heuristiky **predčasného uzavretia** –



nekritickej akceptácie prvej diagnózy bez jej následného overovania prostredníctvom cieleného vyhľadávania ďalších informácií a zvažovania alternatívnych diagnóz.

**Atribučnú chybu** - tj. vysvetľovanie pacientovho stavu prostredníctvom jeho dispozícií alebo charakteru, namiesto hľadania spoľahlivého medicínskeho vysvetlenia - môže predstavovať príbeh somnolentného, nadmerne obézneho pacienta s príznakmi cievnej mozgovej príhody, diagnostikovaného ako vyčerpanie z chrípkového stavu, ktorý v dôsledku reálnej NCMP o niečo neskôr zomrel.

**Tendenciou vyhýbať sa zriedkavým, menej pravdepodobným diagnózam** a následným efektom **diagnostickej zotrvačnosti** - tendencie automaticky preberať názor od iných kolegov, bez dostatočnej snahy o vlastné preverenie situácie - možno vysvetliť osud ďalšieho „chrípkového“ pacienta, opakovane volajúceho ZZS, s oneskorene diagnostikovaným zápalom krvi a pľúc, ktorý neskôr zomiera na sepsu.

Ak sú pacienti **rodinní príslušníci** sami **zdravotníkmi**, pozorne sledujú a **kriticky hodnotia** všetky pozorované postupy, ktoré posádka ZZS s ich blízkym vykonáva, čo môže viesť ku vzniku otvoreného, ako aj latentného **konfliktu**.

Komunikáciu s osobami na mieste udalosti, ako aj ich dôveru v racionálne rozhodovanie zasahujúceho zdravotníka komplikuje situácia, kedy zdravotník **netoleruje vážne obavy a odlišný názor** blízkej osoby pacienta (o to viac, pokiaľ tiež pochádza zo zdravotníckeho prostredia) a namiesto pokojnej argumentácie výsledkami dôkladného vyšetrenia reaguje verbálne agresívnym presadzovaním vlastnej autority alebo iným - zástupným spôsobom ako „potrestať“ nepohodlného klienta - vid'. odmietnutie transportu somnolentného dieťaťa do sanitky matke v 8. mesiaci rizikovej gravidity a následné úmyselné negatívne ovplyvňovanie prijímacieho personálu v nemocnici. Tento prípad ilustruje dynamiku takej interakcie, pri ktorej sa **z pôvodného konfliktu na úrovni riešenia** (či ešte len definovania) **problému**, ktorý pri by pri efektívnom manažovaní mohol byť aj konštruktívny, stáva **konflikt na úrovni vzťahu**, odvádzajúci pozornosť zo snahy o riešenie pôvodného problému na riešenie osobných animozít (Moreira & French, 2019).

**Neadekvátne**, z hľadiska zasiahnutej osoby nepochopiteľné **správanie jediného člena posádky**, vrhá tiež **pochybnosti na celú jej činnosť**. Pochybnosti prechádzajú v presvedčenie o zanedbaní zdravotnej starostlivosti v prípade, že sa posádka svojím negatívnym postojom voči osobám na mieste zásahu nijako netají a **otvorene** sa počas neho **prezentuje agresívnym, arogantným a neohl'aduplným správaním**.

Aj keď očakávaniam pacienta alebo jeho blízkych vždy vyhovieť nemožno, na tom, či vôbec a akým spôsobom im budú **vyvetlené dôvody iného riešenia** veľmi záleží. Inak si odpovede na otázky, ktoré im neboli zodpovedané priamo v priebehu zásahu, môžu nespokojní rodinní príslušníci zosnulých pacientov žiadať aj prostredníctvom podaní.

Zhrnutie tých prejavov správania a komunikácie posádok ZZS, ktoré predkladatelia podaní na prešetrenie poskytnutej zdravotnej starostlivosti považovali za problematické, predstavuje tab. 6.2.

**Tabuľka 6.2** *Identifikované príčiny nespokojnosti rodinných príslušníkov pacienta na úrovni celkového správania a komunikácie posádok ZZS v analyzovaných podaniach na prešetrenie poskytnutej zdravotnej starostlivosti*

| <b>Kategória</b>                          | <b>Problematické prejavy v správaní a komunikácii posádky ZZS</b>   |
|---|---|
| Problematický spôsob nadviazania kontaktu | Pozorované zdržanie príchodu posádky<br>Nepredstavenie posádky<br>Nejasné role jej členov<br>Nevhodné oslovenie pacienta  |
| Nedostatočný záujem o stav pacienta       | Nedostatočná komunikácia, anamnéza, vyšetrenie, odmietnutie pomoci pri transporte pacienta  |
| Nedostatky v rozhodovaní                  | Predčasné hodnotenia a komentovanie stavu pacienta bez dôkladného vyšetrenia  |
| Problémy v riešení konfliktov             | Nereflektovanie obáv/potrieb pacienta/jeho blízkych<br>Neadekvátna argumentácia<br>Autoritatívne rozhodovanie bez informovaného súhlasu pacienta/zákonného zástupcu   |
| Nerešpektujúci postoj voči pacientovi     | Bagatelizácia ťažkostí pacienta<br>Kritické hodnotenie vzhľadu/emócií/prejavov pacienta<br>Pasívna/verbálna agresivita<br>Necitlivá komunikácia o pacientovi v jeho prítomnosti                                 |
| Nedostatočné poskytovanie informácií      | Nedostatočné poskytovanie informácií o realizovaných vyšetreniach, ich výsledkoch, zhodnotení stavu pacienta, možnostiach a dôvodoch navrhovaného riešenia,<br>Poskytovanie neoverených/nepravdivých informácií |

Hoci rešpektujúca, nekonfliktná komunikácia a riadny priebeh vyšetrenia, ošetrovania a informovania pacienta vznik potenciálnych pochybení a nedorozumení výrazne eliminuje, **práca ktoréhokoľvek zdravotníka môže byť kedykoľvek prešetrovaná** z dôvodu podozrenia na zanedbanie zdravotnej starostlivosti. Najúčinnjším spôsobom, ako sa v takom prípade brániť, je **dôkladne vedená zdravotná dokumentácia** (ktorá má samozrejme aj

ďalšie benefity pre samotného pacienta a poskytovateľov zdravotnej starostlivosti). Časové nezrovnalosti, chýbajúce informácie o vykonanom vyšetrení alebo o odpovediach na dôležité anamnestické otázky, môžu toto dokazovanie spätne komplikovať. Zároveň nie je nikdy na škodu uviesť aj informácie o špecifických okolnostiach zásahu – napr. o nespolupracujúcom pacientovi, príbuznom pod vplyvom alkoholu alebo o výrazne zanedbanom či ohrozujúcom prostredí, ktoré môžu vysvetľovať vynútený odklon realizovaného postupu od ideálnych odporúčaní.

Viacere príklady popisovaných udalostí ilustrujú **problém „mnohých rúk“**, ktorý vyjadruje komplikovanú atribúciu zodpovednosti pri pátraní po príčinách nežiaducej udalosti v takom komplexnom systéme, akým je poskytovanie zdravotnej starostlivosti (napr. Kaššaiová, 2019). Zároveň ilustrujú aj model švajčiarskeho deravého syra (Flin et al. 2008), podľa ktorého **nedostatky vo viacerých, na seba nadväzujúcich vrstvách systému**, vedú k individuálnemu pochybeniu konkrétneho jednotlivca. Pravdepodobnosť pochybenia je o to väčšia, pokiaľ sa spojí s **nedostatočným využívaním rôznych netechnických zručností** – nedostatočným zberom či nesprávnou interpretáciou informácií pre vytváranie adekvátneho situačného uvedomovania, s pohodlnými, no riskantnými skratkami v klinickom usudzovaní, s ťažkosťami v tímovej kooperácii a v neposlednom rade aj v komunikácii (napr. Shields & Flin, 2012). Všetky tieto zručnosti je **možné cielene rozvíjať**. Avšak aj veľmi schopní ľudia môžu zlyhať v situáciách, kedy nie sú pre svoju prácu **dostatočne motivovaní**, alebo sú už **príliš fyzicky a psychicky vyčerpaní, či vyhorení** (Mareš et al., 2002).

Niešť zodpovednosť za starostlivosť o zdravie iných ľudí **nie je jednoduché**. Okrem komplikovanej práce s ľuďmi vo **fyzicky i psychicky náročných podmienkach**, si poskytovanie zdravotnej starostlivosti vyžaduje tiež neustále aktualizovať obrovské množstvo **odborných vedomostí a zručností**. Medicína pozná stovky diagnóz, postupov a liečiv. Nové možnosti neustále pribúdajú a menia sa aj informácie, ktoré o efektívnosti doterajších postupov máme. Jednotlivé odborné spoločnosti a inštitúcie sa snažia priebežne aktualizovať svoje odporúčania a ostáva na samotných poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti a na konkrétnych zdravotníkoch, aby si tieto zmeny priebežne všímali, osvojovali a implementovali do vlastnej praxe. Tento proces si však vyžaduje **čas, záujem, prostriedky a možnosti praktického tréningu** a vyžaduje si prirodzene tiež dostatok ich **systematickej podpory**.

Neustály vývoj a snaha o zabezpečenie „najkvalitnejšej dostupnej zdravotnej starostlivosti pre všetkých“ preto kladie na poskytovateľov zdravotnej starostlivosti vysoké nároky, ktoré sa žiaľ za menej priaznivých okolností niekedy naplňať nedarí.

Limitácie tejto štúdie boli čiastočne predstavené už v rámci popisu súboru a použitej metódy. Na tomto mieste treba v prvom rade treba znova pripomenúť, že pri celkovom počte viac ako 500 000 primárnych výjazdov ZZS ročne (OS ZZS SR, 2019) **dvadsať prezentovaných prípadov rozhodne nepredstavuje bežný štandard** práce v ZZS. Naopak – medzi záchranármi a lekármi zo ZZS je obrovské **množstvo vysoko motivovaných, obetavých a pre svoju prácu maximálne zapálených ľudí**. Reprezentatívne hodnotenie priebehu všetkých realizovaných zásahov ZZS však neexistuje. Činnosť posádok ZZS sa často odohráva v izolovanom okruhu ľudí v pacientovej domácnosti alebo v sanitke. O jej priebehu dodatočne svedčia iba strohé záznamy zo zdravotnej dokumentácie a spomienky jej aktérov. Tie sú – rovnako, ako vo všetkých ostatných oblastiach ľudskej činnosti - často pozitívne, niekedy negatívne, inokedy neutrálne alebo zmiešané. Pretože analýza sťažností, pochybení a takmer-pochybení predstavuje jednu z osvedčených metód zvyšovania kvality poskytovanej zdravotnej starostlivosti (napr. Fairbanks et al., 2008), pokúsili sme sa na tomto mieste čo najkonštruktívnejšie zužitkovať dostupné informácie o priebehu tých zásahov ZZS, o ktorých kvalite mali ich účastníci vážne pochybnosti.

Vzhľadom na subjektívny charakter analyzovaných dát, považujeme za potrebné zopakovať, že tieto údaje a ich interpretáciu treba chápať len ako podnety na zamyslenie o potenciálnych problematických až kontraproduktívnych prejavoch správania a komunikácie posádky ZZS s pacientom a jeho blízkymi v priebehu zásahu. Nevieme a nemáme možnosť objektívne overiť, nakoľko popisy navrhovateľov zodpovedali tomu, čo sa počas zásahov skutočne odohralo. Je vysoko pravdepodobné, že členovia zasahujúcich posádok by tieto udalosti popisovali celkom iným spôsobom, ktorý by lepšie objasnil ich vlastné dôvody pre tie rozhodnutia, ku ktorým dospeli. Zmyslom tejto štúdie bolo najmä poukázať na tie **aspekty popisovaného spôsobu správania a komunikácie posádok ZZS, ktoré mohli posilniť nedôveru predkladateľov voči kvalite poskytnutej zdravotnej starostlivosti**. Spôľahlivosť našej interpretácie analyzovaných podaní však môžu najlepšie posúdiť len ich autori.

Napriek tomu, že skutočné pochybenie zdravotníkov sa vo väčšine uvedených prípadov nezistilo, tragický koniec väčšiny pacientov z popisovaných udalostí je smutnou realitou. Je viac ako pravdepodobné, že **nielen samotná strata blízkych osôb, ale aj okolnosti ich zomierania** ich vlastné deti, rodičov, súrodencov, či partnerov **emocionálne**

**hlboko zasiahli.** Za takýchto okolností mohol práve špecifický spôsob a obsah komunikácie posádky ZZS do veľkej miery rozhodnúť o tom, na koho bol dodatočný podnet na prešetrenie poskytnutej zdravotnej starostlivosti smerovaný.

**Odporúčanie,** ktoré vyplýva z analýzy uvedených prípadov pre pracovníkov ZZS možno zhrnúť nasledovne:

**Zdvorilý, rešpektujúci prístup,** hoci aj ku chrípkovému pacientovi, spolu **s dôkladným vyšetrením, pokojným vysvetlením stavu a alternatívnych možností (svoj)pomoci nemôže nikomu uškodiť.** Naopak **kritický, bagatelizujúci či necitlivý postoj** zasahujúcej posádky, môže aj napriek správne vyšetreniu či transportu pacienta do nemocnice, napáchať **zbytočné škody – ak aj nie priamo na zdraví, tak minimálne na psychickom stave** osôb zasiahnutých nepriaznivou udalosťou. Pokiaľ sa nepriateľský či ľahostajný postoj voči pacientovi a jeho blízkym premietne aj do samotného spôsobu zberu a vyhodnocovania informácií z anamnézy a vyšetrenia pacienta, **pravdepodobnosť** (odhaleného i zamlčaného) **vážneho medicínskeho pochybenia rastie** a možno predpokladať, že pri mnohonásobných opakovaníach, za podobných okolností, hraničí takmer s istotou (napr. Hobgood et al., 2004; 2006; Fairbanks et al., 2008). Najlepšou **prevenciou** podaní a potenciálnych obvinení zo zanedbania zdravotnej starostlivosti je **svedomitie dodržiavanie odporúčaných postupov spolu s rešpektujúcou, empatickou a proaktívnou komunikáciou s pacientom a jeho blízkymi.**

## 6.6 Záver

Pracovníci ZZS sa z povahy svojej práce často pohybujú na rozhraní pacientovho života a smrti. Sú svedkami očakávaných i náhlych úmrtí, ktorým vždy nedokážu zabrániť. Osoby, zasiahnuté nepriaznivou udalosťou, na nich v dôsledku vlastnej tiesne môžu klásť až nesplniteľné nároky. Každý výjazd ZZS je pacientom, jeho blízkymi alebo aj náhodnými svedkami udalosti ostro sledovaný. Hoci **v skutočnosti je podobných prípadov, o ktorých sme referovali v tejto štúdii, aj pri obrovskom počte zásahov ZZS veľmi málo,** v prípade nepriaznivého vývoja zdravotného stavu pacienta môže byť každé zaváhanie alebo neúspech svedkami udalosti spätne prehodnocované, spochybňované a niekedy aj verejne, inštitucionálne alebo mediálne prepierané.

Navyše, záchranári a lekári v ZZS tvoria spolu so zdravotníckymi operátormi úvodný **článok celej reťaze starostlivosti o pacienta.** Nesprávne rozhodnutie v tejto etape môže radikálne ovplyvniť úspešnosť intervencií v každej jej ďalšej fáze. No nielen ich vlastné

rozhodnutia, ale aj akékoľvek iné pochybenie či nežiaduca udalosť v ktorejkoľvek časti tejto reťaze, vrátane predchádzajúcej ambulantnej či ústavnej starostlivosti, môže v nespokojných pacientoch a ich blízkych vyvolať vážne pochybnosti o kvalite celej poskytnutej zdravotnej starostlivosti. Subjektom, na ktorý je potom podaný podnet ÚDZS, sa často stáva celý systém, vrátane tých jeho členov, ktorí sa maximálne snažili. **Ani tá najlepšie odvedená práca nevyklučuje riziko, že budú neskôr figurovať ako aktéri v prešetrovanej udalosti.** Hoci ich dobre vedená dokumentácia chráni pred sankciami z kontrolných inštitúcií, bez adekvátnej komunikácie a pozornosti, venovanej pacientovi, ich nemôže ochrániť pred ďalšími prejavmi nespokojnosti a hnevu jeho blízkych.

Na základe zistení z tejto štúdie možno konštatovať, že najefektívnejšou, i keď nie 100% **prevenciou proti zbytočným konfliktom, útokom, sťažnostiam, ale aj reálnym pochybeniam** sú pre zdravotníkov v posádkach ZZS **dodržiavanie odporúčaných medicínskych postupov a bežných zásad slušného správania, prejavy ľudského pochopenia, záujmu a snahy pomôcť pacientovi** prostredníctvom mostov, ktoré vytvára **adekvátne komunikácia.** Detailnejší popis jej kľúčových prvkov v zásahu ZZS predstavuje nasledujúca štúdia.

## **7. Význam komunikácie posádky ZZS z hľadiska pacienta, jeho blízkych a náhodných svedkov udalosti**

Náhle zhoršenie zdravotného stavu alebo úraz, predstavuje pre človeka ohrozenie na úrovni jeho najzákladnejších ľudských potrieb. Túto zmenu prežíva o to ťažšie, o koľko je nepríjemnejšia, závažnejšia, čím menšia je jeho perspektíva na zmenu k lepšiemu a čím bezmocnejší a závislejší sa cíti na svojom okolí. Vážnejšie ochorenie alebo úraz okrem samotného fyzického utrpenia zásadným spôsobom ohrozuje tiež pacientovu potrebu bezpečia a istoty. Vnímaná či reálna bezmocnosť znižuje jeho sebaúctu, a zároveň zvyrazňuje aj jeho sociálne potreby. Zdravotnú ujmu preto horšie znášajú ľudia, ktorí sú osamelí a nemajú okolo seba dostatočnú psychickú podporu (Vymětal, 2003). Pokiaľ sa pacient alebo jeho blízki obracajú v podobnej situácii na tiesňovú linku, zvyčajne od prichádzajúcej posádky ZZS očakávajú rýchlu a efektívnu pomoc nielen po stránke zdravotnej, ale nepriamo aj vo forme úľavy v ich prežívanom strese, bezradnosti alebo bezmocnosti.

Bežný človek obvykle nemá dostatočné odborné znalosti na to, aby mohol objektívne vyhodnocovať správnosť postupu zasahujúcej posádky ZZS po odbornej stránke. Napriek tomu si však o kvalite poskytnutej neodkladnej prednemocničnej zdravotnej starostlivosti automaticky robí svoj vlastný, emočne sýtený záver, ktorý sa navonok prejavuje v pochvalných komentároch, alebo naopak sťažnostiach, či dokonca útokoch na zasahujúcich zdravotníkov. Ako ukázala predchádzajúca štúdia, v prípade, že na pochybnosti vzbudzujúci postup zasahujúcej posádky ZZS nadviažu ďalšie komplikácie v následnej zdravotnej starostlivosti, a/alebo závažné zhoršenie zdravotného stavu pacienta, časť verejnosti pretaví svoju nespokojnosť aj do oficiálnych podnetov na prešetrenie správnosti poskytovaných služieb. Pokiaľ teda činnosť posádky ZZS na mieste udalosti vyvoláva v pacientovi a jeho blízkych nepriaznivý dojem, môže za istých okolností komplikovať situáciu nielen sebe, ale aj ďalším zdravotníkom, ktorí budú zasahovať vo vopred vyhrotenej atmosfére nedôvery, či samotným poskytovateľom ZZS, ktorí musia na podané sťažnosti adekvátne reagovať. Venovať pozornosť tomu, ako kvalitu poskytnutej služby vníma samotný pacient, či jeho blízky, preto má zmysel.

Cieľom tejto štúdie bola identifikácia potrieb a očakávaní osôb, zasiahnutých nepriaznivou udalosťou, ktorá si vyžiadala príchod ZZS, ako aj špecifikácia tých aspektov správania a komunikácie posádok ZZS, ktoré pacienti, ich blízki alebo svedkovia udalosti považujú za dôležité pre svoju spokojnosť s kvalitou poskytovaných služieb.

Prostredníctvom tematickej analýzy sme hľadali odpovede na nasledujúce výskumné otázky:

1. Čím sa vyznačujú psychické prežívanie, potreby a očakávania pacientov, ich blízkych alebo náhodných svedkov nežiaducej udalosti pred príchodom ZZS?
2. Ktoré aspekty komunikácie a celkového správania posádky ZZS voči pacientom, ich blízkym a svedkom udalosti zvyšujú a ktoré naopak znižujú ich celkovú spokojnosť s priebehom zásahu ZZS?

## 7.1 Súbor

Začiatkom roka 2020 (pred nástupom pandémie COVID-19 na Slovensku) bola prostredníctvom sociálnej siete Facebook zverejnená výzva na šírenie a vyplnenie anonymného elektronického dotazníka osobami, ktoré mali osobnú skúsenosť so zásahom ZZS či už v úlohe pacienta, jeho blízkeho, alebo aj náhodného svedka udalosti<sup>4</sup>.

### 7.1.1 Respondenti a dáta

Úvodnú, všeobecnú časť on-line dotazníka, vyplnilo 46 respondentov. Po vylúčení 5 z nich, ktorí nemali bezprostrednú osobnú skúsenosť so zásahom ZZS a ďalších 5 respondentov, ktorí takúto skúsenosť mali, ale buď ju bližšie nepopísali (3), alebo popísali len všeobecné zhrnutie viacerých skúseností (2), ostalo v súbore **36 respondentov** ( $N_R$ ; 9 mužov, 27 žien, v priemernom veku 37,67 rokov;  $SD = 15,65$ ;  $min = 21$ ;  $max = 71$ ; tab. 7.1). 22 (61%) respondentov malo ukončené vysokoškolské vzdelanie, 13 (36%) stredoškolské a 1 (3%) základné vzdelanie. 5 osôb (1 muž, 4 ženy) uvádzali zdravotnícke vzdelanie, a zároveň skúsenosť s prácou v zdravotníctve, 1 žena mala skúsenosť s prácou v zdravotníctve bez zdravotníckeho vzdelania (tab. 7.2).

Respondenti uvádzali v priemere cca 4,61 osobných skúseností so zásahom ZZS ( $SD = 5,77$ ; tab. 7.3), pričom 22 (61 %) z nich malo od 1 do 3 osobných skúseností a 4 osoby (11%) uviedlo 10 a viac skúseností. V prípade, ak mali respondenti osobných skúseností so zásahom ZZS viac, mohli ich popísať všetky, alebo pre detailnejší popis vybrať tie, v ktorých boli s postupom zdravotníkov najviac alebo najmenej spokojní. Zozbierané popisy výjazdov

---

<sup>4</sup> Dáta, použité v tejto štúdii, boli zozbierané s pomocou študentky 2. ročníka KP FiF UK Bratislava, Martiny Paul.



ZZS preto nemožno považovať za hodnotenie obvyklej úrovne vnímanej kvality poskytovanej služby v populácii, len za jej rôzne variácie.

36 respondentov detailnejšie popísalo **42 konkrétnych udalostí - osobných skúseností so zásahom ZZS** (N<sub>Z</sub>). Z nich 6 osôb popísalo 2 konkrétne udalosti, 30 osôb 1 udalosť. V popísaných udalostiach vystupovali respondenti najčastejšie v roli príbuzného pacienta (21x), v roli samotného pacienta (10x), náhodného svedka udalosti (5x), známeho pacienta (3x) alebo osoby v profesionálnom vzťahu ku pacientovi (3x, učiteľ, sociálny pracovník).

**Tabuľka 7.1** Zastúpenie mužov a žien a veková skladba respondentov (N<sub>R</sub> = 36)

| Pohlavie | Počet | Percentuálne zastúpenie | Vek min. - max. | Vek priemer | Vek SD |
|----------|-------|-------------------------|-----------------|-------------|--------|
| Muž      | 9     | 25%                     | 27 - 71         | 42,67       | 17,01  |
| Žena     | 27    | 75%                     | 21 - 70         | 36,00       | 15,14  |
| Spolu    | 36    | 100%                    | 21 - 71         | 37,67       | 15,65  |

**Tabuľka 7.2** Najvyššie dosiahnuté vzdelanie respondentov (N<sub>R</sub> = 36)

| Dosiahnuté vzdelanie        | Počet respondentov | Percentuálne zastúpenie |
|-----------------------------|--------------------|-------------------------|
| Základné                    | 1                  | 2,78%                   |
| Stredoškolské               | 13                 | 36,11%                  |
| Vysokoškolské               | 19                 | 52,78%                  |
| Vysokoškolské, tretí stupeň | 3                  | 8,33%                   |
| Spolu                       | 36                 | 100%                    |

**Tabuľka 7.3** Frekvencia osobných skúseností so zásahom ZZS v súbore 36 respondentov (M = 4,61; SD = 5,77, min = 1; max = 30)

| Počet osobných skúseností so zásahom ZZS | Počet respondentov | Percentuálne zastúpenie |
|--|--------------------|-------------------------|
| 1 skúsenosť                              | 8                  | 22,22                   |
| 2 skúsenosti                             | 7                  | 19,44                   |
| 3 skúsenosti                             | 7                  | 19,44                   |
| 4 skúsenosti                             | 4                  | 11,11                   |
| 5 skúseností                             | 5                  | 13,89                   |
| 7 skúseností                             | 1                  | 2,78                    |
| 10 a viac skúseností                     | 4                  | 11,11                   |

### 7.1.2 Rozdelenie súboru dát podľa spokojnosti respondentov s priebehom zásahu ZZS

Na škále od 1 – veľmi nespokojný, do 5 – veľmi spokojný dosiahla priemerná spokojnosť respondentov s priebehom zásahu ZZS v tomto špecifickom súbore úroveň 3,57 bodov, čo predstavuje mierne pozitívne hodnotenie (SD = 2,40 Min = 1, max = 5). Skupina veľmi a prevažne nespokojných respondentov tvorila takmer štvrtinu zásahov ZZS, popísaných v tejto štúdii (N = 10; tab. 7.4). V 5 prípadoch (12%) označili respondenti svoju spokojnosť s priebehom zásahu ZZS ako neutrálnu alebo ambivalentnú, v dôsledku ich nespokojnosti so spôsobom, akým zásah na mieste prebiehal, napriek tomu, že jeho finálny výsledok hodnotili ako uspokojivý (napr. pacient bol nakoniec ošetrovaný/odvezený do nemocnice, napriek nepríjemnostiam v interakcii s posádkou ZZS). Vzhľadom na potrebu identifikácie tých aspektov konkrétneho zásahu ZZS, od ktorých sa odvíja spokojnosť pacientov, ich blízkych a/alebo náhodných svedkov udalosti, sme pre účely ďalšej analýzy rozdelili popísané prípady do dvoch skupín nasledujúcim spôsobom: Do skupiny „nespokojní respondenti“ (N<sub>N</sub>=15) boli zaradené popisy udalostí od respondentov, ktorí vyjadrili svoju spokojnosť hodnotením slovami „veľmi nespokojný“, „prevažne nespokojný“ a „neutrálne (ani spokojný/ani nespokojný)“. Do skupiny „spokojní respondenti“ (N<sub>S</sub>=27) boli zaradené len prípady respondentov, ktorí svoju spokojnosť s priebehom konkrétneho zásahu ZZS jednoznačne vyjadrili slovami „veľmi spokojný“ alebo „prevažne spokojný“ (tab. 7.4). Keďže 6 respondenti popísali detailnejšie 2 výjazdy, celkový súčet prvkov v oboch týchto skupinách zodpovedá počtu popísaných zásahov ZZS (N<sub>Z</sub>=42), nie počtu osôb, zaradených do výskumného súboru (N<sub>R</sub>=36).

**Tabuľka 7.4** Spokojnosť s priebehom zásahu posádky ZZS podľa výpovedí respondentov (N<sub>Z</sub>=42)

| Spokojnosť so zásahom ZZS                        | Počet výjazdov | Percentuálne zastúpenie |
|--|----------------|-------------------------|
| 5 - Veľmi spokojný/á                             | 16             | 38,10%                  |
| 4 - Prevažne spokojný/á                          | 11             | 26,19%                  |
| 3 - Neutrálne (ani spokojný/á, ani nespokojný/á) | 5              | 11,90%                  |
| 2 - Prevažne nespokojný/á                        | 1              | 2,38%                   |
| 1 - Veľmi nespokojný/á                           | 9              | 21,43%                  |
| Spolu  | 42             | 100%                    |

### 7.1.3 Charakteristika popisovaných udalostí, ktoré si vyžiadali zásah ZZS

Podľa dostupných údajov, priemerný čas, ktorý uplynul od popisovanej udalosti bol 3,16 rokov (SD = 3,37; Min = 2 týždne; Max = 13 rokov).

V rámci 42 popísaných prípadov boli najčastejšou príčinou privolania ZZS prejavy akútneho zhoršenia zdravotného stavu (N=7), kolapsové stavy a bezvedomie (N=5), epileptické záchvaty (N=5), úrazy (N=5) a zhoršenie prejavov chronického ochorenia (N=4). Po tri zásahy reprezentovali kategórie: dopravná nehoda, náhla cievna mozgová príhoda (NCMP), pokus o samovraždu a psychosomatické ťažkosti (tetania). V jednom prípade šlo o prirodzené úmrtie, ako aj o dokonanú samovraždu, 2 výjazdy mali iné typy príčin (alergická reakcia, stav po intoxikácii alkoholom).

Orientačné rozdelenie príčin volania ZZS v skupinách spokojných a nespokojných respondentov predstavuje (tab. 7.5).

**Tabuľka 7.5** Dôvody privolania ZZS celkovo a separovane podľa spokojnosti respondentov

| Typ udalosti - dôvod privolania ZZS      | Všetky výjazdy (N <sub>V</sub> =42) | Spokojní respondenti (N <sub>S</sub> =27) | Nespokojní respondenti (N <sub>N</sub> =15) |
|--|-------------------------------------|---|---|
| akútne ochorenie                         | 7                                   | 5   | 2   |
| bezvedomie/kolaps                        | 5                                   | 5   | 0   |
| epileptický záchvat                      | 5                                   | 2   | 3   |
| úraz                                     | 5                                   | 4   | 1   |
| zhoršenie prejavov chronického ochorenia | 4                                   | 2   | 2   |
| dopravná nehoda                          | 3                                   | 3   | 0   |
| Náhla cievna mozgová príhoda (NCMP)      | 3                                   | 2   | 1   |
| tetania/psychosomatika                   | 3                                   | 1   | 2   |
| pokus o samovraždu                       | 3                                   | 1   | 2   |
| úmrtie/dokonaná samovražda               | 2                                   | 1   | 1   |
| Stav po intoxikácii alkoholom            | 1                                   | 1   | 0   |
| Alergická reakcia                        | 1                                   | 0   | 1   |

Väčšina popísaných zásahov ZZS sa odohrávala v domácom prostredí (byt, dom, garáž, N = 29), 9 zásahov prebiehalo na verejnom priestranstve (ulica, námestie, cesta), 3 vo verejnej budove (škola, divadlo, hotel) a 1 v lese.

Vlastnú skúsenosť s priebehom volania na tiesňovú linku operačného strediska ZZS (OS ZZS SR) popísalo bližšie 22 respondentov. 6 z nich bolo s priebehom tohto rozhovoru veľmi spokojných, 12 prevažne spokojných, v dvoch prípadoch hodnotili priebeh rozhovoru neutrálne a dvaja boli s priebehom rozhovoru prevažne nespokojní.

Údaje o dojazdovom čase posádky ZZS na miesto udalosti respondenti často uvádzali len ako približné, alebo vôbec nedokázali uviesť konkrétny čas čakania na jej príchod. Niektorí respondenti spontánne priznávali, že ich vnímanie času mohlo byť pod tlakom nepriaznivej situácie skreslené a v skutočnosti ich čakanie mohlo trvať kratšie, ako sa im to javilo v danom momente. Nakoľko nespoľahlivosť týchto údajov neumožňuje zmysluplnú štatistickú analýzu a interpretáciu, tieto údaje prezentujeme len za účelom deskripcie dát (Tab. 7.6)

**Tabuľka 7.6** Respondentmi uvádzané približné dojazdové časy ZZS od volania tiesňovej linky po príchod posádky na miesto zásahu (početnosti a percentuálne zastúpenie)

|   | <b>Do 10 min</b> | <b>10-20 min</b> | <b>20-30 min</b> | <b>30-45 min</b> | <b>bližšie neurčené</b> |
|---|------------------|------------------|------------------|------------------|-------------------------|
| Nespokojní respondenti (N <sub>N</sub> =15) | 1<br>(6,67%)     | 8<br>(53,33%)    | 3<br>(20,00%)    | 1<br>(6,67%)     | 2<br>(13,33%)           |
| Spokojní respondenti (N <sub>S</sub> =27)   | 6<br>(22,22%)    | 13<br>(48,15%)   | 3<br>(11,11%)    | 1<br>(3,70%)     | 4<br>(14,81%)           |
| Spolu (N <sub>Z</sub> =42)                  | 7<br>(16,67%)    | 21<br>(50,00%)   | 6<br>(14,28%)    | 2<br>(4,76%)     | 6<br>(14,28%)           |

## 7.2 Metóda

Za účelom zberu údajov bol vytvorený anonymný sebauviedavý dotazník *Skúsenosti pacientov a ich blízkych so zásahom ZZS* (príloha 4). Úvodná časť dotazníka bola venovaná základným charakteristikám súboru (pohlavie, vek, vzdelanie) a ďalším faktorom, ktoré by mohli ovplyvňovať interpretáciu udalosti respondentmi (zdravotnícke vzdelanie, prax v zdravotníctve, počet skúseností so zásahom ZZS, ich názory na poslanie a ciele ZZS). Druhá časť dotazníka obsahovala 12 otvorených otázok, vzťahujúcich sa k jednotlivým okolnostiam a fázam konkrétneho zásahu ZZS, s ktorým mal respondent osobnú skúsenosť a 3 uzavreté otázky, týkajúce sa miery jeho spokojnosti s priebehom popisovaného zásahu.

Otázky, vzťahujúce sa k popisu konkrétneho zásahu, boli zamerané na to, čo presne stalo, kedy sa to stalo, akú úlohu zohrával respondent v danej udalosti, aký bol jeho vzťah k pacientovi, ako prebiehalo volanie na tiesňovú linku ZZS, čo sa dialo do príchodu posádky ZZS na mieste udalosti - čo robil a ako sa cítil, koľko času ubehlo od volania na tiesňovú linku

ZZS do príchodu posádky na miesto udalosti a ako prebiehal samotný zásah ZZS. V rámci jednotlivých etáp popisu konkrétneho zásahu ZZS sme sa prostredníctvom 5 bodovej škály (na stupnici od 1- veľmi nespokojný po 5 – veľmi spokojný) priebežne pýtali aj na to, nakoľko bol respondent spokojný s poskytnutou pomocou v tejto fáze a prečo, v závere tiež na to, s čím konkrétne bol respondent celkovo spokojný alebo naopak nespokojný v priebehu zásahu ZZS. V prípade, že bol respondent ochotný popísať aj priebeh ďalších zásahov ZZS, mohol tak urobiť rovnakým spôsobom, vyplnením ďalšej sady rovnakých otázok.

Respondenti boli požiadaní o vyplnenie a šírenia linku na anonymné vyplnenie dotazníka prostredníctvom osobných e-mailových kontaktov a zdieľaní na sociálnej sieti (metóda snehovej gule).

### **7.3 Analýza dát**

Základné deskriptívne charakteristiky, percentuálne zastúpenie a početnosti základných sociodemografických charakteristík respondentov a údajov, týkajúce sa ich počtu skúseností so zásahom ZZS, typu popisovaných udalostí, času od popisovanej udalosti, dojazdového času posádky ZZS na miesto udalosti a hodnotenia spokojnosti respondentov s priebehom zásahu, boli spracované v programe Microsoft Excel 2016.

Odpovede na otvorené otázky, týkajúce sa priebehu konkrétneho zásahu ZZS, boli analyzované na základe postupov tematickej analýzy, ktorá zachytáva prežívanie a subjektívny význam reálnych udalostí pre respondentov (Braun & Clarke, 2006). Táto metóda bola zvolená za účelom identifikácie, analýzy a popisu vzorov (tém) vyskytujúcich sa v dátach, ako vhodné východisko pre interpretácie rôznych aspektov výskumného problému (Boyatzis, 1998; in Braun & Clarke 2006), pričom sme postupovali induktívnym spôsobom („zdola nahor“). Pri tematickej analýze boli využité programy Microsoft Excel 2016, ATLAS.ti 8 a Microsoft Word 2016. Úryvky z odpovedí respondentov sú v popise výsledkov uvádzane *kurzívou* v takej podobe, ako boli nimi napísané, v zátvorke za úryvkom je označená lokalizácia výroku v súbore dát, identifikačné číslo\_skratka pohlavia\_vek respondenta).

### **7.4 Výsledky**

Podrobnejšie boli analyzované výroky respondentov, vzťahujúce sa ku kontextu konkrétnej nežiaducej udalosti, kvôli ktorej bola posádka ZZS privolaná, ako aj popisu činnosti posádky ZZS na mieste udalosti. Zaujímali sme sa o 1. psychické prežívanie, potreby a očakávania zasiahnutých osôb (pacientov, ich blízkych, alebo svedkov udalosti) pred

príchodom posádky ZZS ako aj o to, 2. od ktorých aspektov celkového správania a komunikácie posádky ZZS sa odvíjala spokojnosť respondentov s priebehom zásahu ZZS.

#### **7.4.1 Psychické prežívanie, potreby a očakávania pacientov, ich blízkych, alebo svedkov udalosti pred príchodom posádky ZZS**

##### **Psychický stav osôb na mieste udalosti**

Nežiaduce udalosti, ktoré viedli k potrebe privolať posádku ZZS, sa u **pacientov** spájali s **negatívnymi zmenami v ich fyzickom, kognitívnom aj emočnom prežívaní**.

*„Cítila som sa zle, mala som tlak 180/100, strach čo sa so mnou deje, nevedela som čo robiť, tak som volala záchranku“ (29:7, 24\_Ž\_70)*

*„Ako pacient - mala som silné bolesti a kŕče, ktoré prešli zrejme do tetanických stavov, strpili mi končatiny, pery a zľakla som sa, skúšali sme najprv zmeniť polohu, dvíhať nohy, snažila som sa dýchať pomaly a pokojne, ale nezaberalo, manžel sa zľakol a privolať rýchlu.“ (18:11, 15\_Ž\_28\_a)*

Pokiaľ boli pri tejto udalosti aktívne zaangażovaní **aj iní ľudia** (príbuzní alebo známi pacienta, prípadne náhodní svedkovia udalosti), **negatívne dôsledky stresu**, napr. **fyziológické zmeny**, sa pod tlakom snahy pomôcť a/alebo ich vzťahu k pacientovi často bezprostredne prejavovali aj v ich vlastnom psychickom prežívaní - napr. **stav zaplavenia, zamrznutia, zmätenosť, poruchy koncentrácie, problémy v rozhodovaní, ťažkosti vo vybavovaní z pamäte, poruchy jemnej motoriky**.

*„...mala som rýchlejší pulz, ťažšie sa mi dýchalo, bolo mi teplejšie.“ (33:31, 28\_Ž\_22)*

*„Sama som bola v značnom strese, zaskočilo ma to, mala som za chrbtom svoje malé vystrašené deti, babku, dedka, pred sebou vydesenú susedu, ktorá mi strčila do ruky jej telefón - v prvej chvíli som ho nevedela ani použiť - vypadol mi z roztrasenej ruky na zem. ... mala som problém urobiť aj úplne jednoduché veci - vytočiť číslo, spomenúť si na adresu, priezvisko susedy a pod. Kognitívne zamrznutie, tras rúk...“ (41:29, 34\_Ž\_43\_b)*

*„Videla som hlúčik ľudí, keď som tam prišla, videla som ženu metajúcu sa na zemi, hlava v akomsi hliene zmiešanom s krvou, niekto jej čosi pchal do hrdla, zrazu stuhla, oči vyvrátené, niekto začal plakať, myslela som, že zomrela, potom sa opäť začala triasť. Len som stála, bola som vydesená, najmä keď sa prestala triasť a vôbec sa nehýbala, rozmýšľala som nad tým, že treba zavolať pomoc, ale neviem tak dobre po nemecky“ (34:15, 28\_Ž\_22\_b)*

Pocity, ktoré v tejto súvislosti uvádzali svedkovia udalosti, variovali na škále od **obáv úzkosti, neistoty, cez šok, strach, zúfalstvo až po panickú reakciu.**

*„...čakali sme na príchod a upokojovali postihnutého. mali sme obavy o jeho zdravie/zivot.“* (4:17, 4\_M\_41)

*„...čakali sme a cítili sme sa veľmi zle, lebo sme vedeli, že situácia je najmä v 2. prípade veľmi vážna (mama asi dostala porážku)“* (9:15, 8\_Ž\_60)

*„...veľmi nervózne, vystrašene - išlo o môjho uja, takže to bol negatívny zážitok (sebevražda obesením). Zároveň som musel riešiť kolapsy najbližších rodinných príslušníkov“* (12:27, 10\_M\_31)

*„...brat panikáril (má o 10 rokov viac ako ja)“* (39:51, 33\_Ž\_22)

**Svedkovia** sa často cítili **bezradní**, pokiaľ vnímali, že sa pacientovi stalo niečo zlé, ale nevedeli čo presne to bolo, ako sa to bude ďalej vyvíjať a čo s tým treba robiť.

*„Boli sme nepokojní a bezmocní, nevedeli sme jej pomôcť od bolesti“* (3:23, 3\_Ž\_37)

Ak svedkovia udalosti vedeli čo treba robiť (napr. odviezť pacienta do nemocnice), ale nevedeli mu takú pomoc v danom čase sami poskytnúť, boli **bezmocní**.

*„Mame sa po 2 hodinách veľmi zhoršilo a keďže nemáme auto a ani nikoho kto by nás okamžite vedel odviezť autom do nemocnice, nakázala som bratovi zavolať ZZS...“* (39:50, 33\_Ž\_22)

### **Očakávania a potreby zasiahnutých osôb na mieste udalosti**

Pokiaľ niekto z aktérov udalosti vyhodnotil situáciu ako takú, ktorá je pre pacienta potenciálne nebezpečná, naliehavá a v ktorej si nevie dostatočne pomôcť, bola prvolaná ZZS, od ktorej sa očakávalo **rýchle a efektívne vyhodnotenie a riešenie vzniknutej situácie**:

*„(Čo konkrétne ste od kontaktovania ZZS očakávali/potrebovali?) radu, čo robiť, čo najrýchlejší príchod, zhodnotenie situácie, transport do nemocnice“* (33:8, 28\_Ž\_22)

Očakávané riešenie problému posádkou ZZS sa podľa respondentov nevzťahovalo výlučne na vyšetrenie a ošetrovanie fyzických prejavov ochorenia, ale aj na poskytnutie základnej emočnej podpory osobám, zasiahnutým touto udalosťou.

*„Podať pomoc v zmysle upokojenia, vyšetrenia o čo presne ide, zažila som to prvýkrát v živote a podať lieky na utlmenie bolesti a kŕčov, ktoré by zabrali.“* (18\_13, 15\_Ž\_28\_a)

Okrem riešenia momentálneho stavu pacienta očakávali niektorí respondenti tiež zahájenie procesu **komplexného riešenia problému**, vrátane zabezpečenia **následnej zdravotnej starostlivosti**.

*„...komplexné riešenie zdravotnej situácie, zastavenie krvácania, hospitalizáciu a následné odporúčenie na psychiatrické oddelenie...“ (20:8, 16\_Ž\_29\_a)*

### **Psychické prežívanie volajúcich na tiesňovú linku ZZS**

Osobnú skúsenosť s volaním a tiesňovú linku ZZS v rámci analyzovaných prípadov popísalo bližšie 22 respondentov. 18 z nich bolo s priebehom tohto rozhovoru veľmi alebo prevažne spokojných, dvaja hodnotili priebeh rozhovoru neutrálne a dvaja boli s priebehom rozhovoru prevažne nespokojní. V krátkosti predstavujeme uvádzané dôvody takéhoto hodnotenia.

**Očakávania volajúcich**, ktoré viedli ku kontaktovaniu linky tiesňového volania ZZS, sa mohli **od operátorovho rozhodnutia** o spôsobe riešenia nežiaducej udalosti, **líšiť v oboch smeroch**.

*„Brali to vážne, možno viac ako ja sama - vyhodnotili to ako alergickú reakciu a poslali mi RLP, čo som neočakávala ani nevyžadovala, ale upokojilo ma to.“ (34\_Ž\_43).*

### **Negatívne hodnotené aspekty činnosti operátora tiesňovej linky ZZS**

Zdržanlivejšie boli hodnotené hovory, v ktorých mal respondent pocit, že operátor jeho situáciu **nepovažuje za natol'ko naliehavú**, ako on sám a kde vnímal riziko, že mu nebude poskytnutá poskytnúť **taká forma pomoci, akú potrebuje**, alebo že pomoc nepríde dostatočne rýchlo.

*„Babka mala cukrovku a nejaký čas si nepichala inzulín, keď som k nej prišla, našla som ju v nedobrom stave ... Musela som im dosť vysvetľovať, že prečo potrebujem, aby prišli, im sa asi nezdal stav až taký vážny“ (9\_Ž\_39)*

*„Bezvedomie, neskôr keď mladšiu sestru seklo v krku a je diabetička takže sa nemohla najesť a mala nízky cukor ... (Čo konkrétne ste od kontaktovania ZZS očakávali/potrebovali?) Dostať človeka do plného vedomia a ďalej naprava krku (golierom) a prevoz do zdravotníckeho zariadenia ... Povedali mi, že to nie je také akútne kvôli čomu sme volali a povedali tiež aj to, že majú malo záchraniek preto poslali záchranky na dôležitejšie miesta a mame počkať.“ (21\_Ž\_23)*



Celkový dojem volajúceho z priebehu volania na tiesňovú linku mohli, napriek vyslaniu posádky ZZS, kaziť prejavy jeho **kritického hodnotenia** operátorom ZZS.

*„Nemala som presné informácie o tom, čo sa stalo, nepoznala som toho človeka (pacienta), ale volala som záchranku ja, pretože suseda toho nebola schopná, takže som nemala pokope všetky informácie o ktoré ma operátorka žiadala, nevedela som jeho meno ani vek, žial' ani priezvisko susedy - nemá na dverách menovku. Vedela som jej dať presnú adresu, ale nie presný popis situácie a toho, čo sa stalo. ... Medzitým som videla, ako sa s pacientom v zmätenom stave vedomia ale na nohách neúspešne pasuje môj partner - mladý silný muž pobehoval po byte, zjavne nepríčetný, neznalý toho kde je, s kým je, čo sa deje, partner sa ho snažil zozadu udržať na mieste, aby napr. nevyskočil z okna, lebo bol úplne zmätený, ale nevládal ho udržať.. Operátorka dávala najavo nespokojnosť a pohrdavo sa podivovala nad tým, že to všetko neviem, ale záchranku poslala a mňa poslala ku vchodovým dverám, aby som tam na ňu čakala...“ (34\_Ž\_43b)*

Dôveru alebo nedôveru volajúceho voči operátorovi mohli pritom ovplyvňovať aj **predchádzajúce skúsenosti** volajúceho:

*„...niekedy má človek pocit, že otravuje, viem že majú toho veľa a tiež že veľa krát ich ľudia volajú kvôli nádche, ale nie každý to zneužíva ... príliš veľa nepodstatných otázok. raz sa mi stalo (72 ročný dôchodca), že odmietli prísť, pričom som nevládala osobu dostať do auta a pomôcť mu...“ (18\_Ž\_42)*

### **Pozitívne hodnotené aspekty činnosti operátora tiesňovej linky ZZS**

Respondenti v priebehu rozhovoru s operátorom oceňovali, pokiaľ bola jeho **reakcia profesionálna, pokojná a adekvátne tomu, ako situáciu vnímali aj oni sami**:

*„...pýtali sa veci, ktoré mi v tom momente nenapadli, otázky boli vecné, hlas pokojný, rozvážny, ale rozhovor bol dynamický, nebolo v ňom hluché miesto...“ (28\_Ž\_22)*

Pozitívnu úlohu zohrávali operátorove **prejavy aktívneho záujmu pomôcť** pacientovi s jeho problémom.

*„...pytali sa odborne vecne otazky a so zaujmom...“ (4\_M\_41)*

*„Moc sa pýtali na detaily nakoľko bola situácia vážna...“ (6\_Ž\_38)*

Respondenti osobitne ocenili, ak bola výmena informácií vzájomná - pokiaľ neslúžili len ako zdroj dôležitých informácií pre operátora, ale pokiaľ operátor **poskytol** volajúcemu **dôležité informácie a inštrukcie** o tom, čo má robiť a ako (si) môže pomôcť:

*„Pani na linke pokojne rozprávala, zadávala jasné a stručné inštrukcie, udržiavala kontakt, odpovedala na otázky. Hodnotím ju vysoko profesionálne.“ (15\_Ž\_28)*

*„...reakcia bola adekvátne, naliehavo poslali ZZS, pýtali sa na to, či pacient prejavuje známky života, inštruovali ma o tom, ako to mám skontrolovať a pod.“ (10\_M\_31)*

Čakanie na príchod posádky mohla volajúcemu uľahčiť konkrétna informácia operátora o tom, **akú posádku ZZS** na adresu posielala a **kedy je možné očakávať jej príchod**.

*„Prijali oznámenie, pýtali si bližšie špecifikácie bolesti, oznámili akú a odkiaľ posielajú posádku.“ (26\_M\_38)*

### **Psychické prežívanie osôb, čakajúcich na príchod posádky ZZS**

Približný čas príchodu posádky ZZS podľa spomienok respondentov varioval od 5 minút do dvoch hodín, avšak vo väčšine prípadov prebehol do 20 minút od zavolania na tiesňovú linku Krajského operačného strediska ZZS SR (KOS, tab. 7.6). Tento čas čakania na príchod ZZS **prežívali respondenti rôzne**, v závislosti od toho, za **nakoľko naliehavý a vážny považovali stav pacienta**, ako na nich pôsobil **stres z danej situácie**, ako aj v závislosti od toho, **či vedeli, čo treba robiť, či skúšali v riešení situácie sami pomôcť** a nakoľko realistickú predstavu mali o tom, **kedy môžu príchod posádky očakávať**.

*„Boli sme nepokojní a bezmocní, nevedeli sme jej pomôcť od bolesti...“ (3:23, 3\_Ž\_37)*

*„Bola som zaplavená bolesťou a kolabovala som. Skúšala som vstať, ale mala som príliš nízky tlak, takže som zas klesla, dvíhali mi nohy, teplé obklady na brucho, vodu a bola som nervózna.“ (6, 15\_Ž\_28)*

**Rovnaký dojazdový čas** posádky ZZS tak mohol byť **hodnotený ako krátky**, alebo **aj ako dlhý**.

*„...na to, čo si situácia vyžadovala bolo v poriadku, že im to trvalo 20 minút. Tiež to bolo trochu mimo civilizácie.“ (24:12, 19\_Ž\_33)*

*„Dlho, asi 20 minút ... Nespokojná, pretože keď som volala aj hovor trval dlho a keďže som nevidela tu ranu na ruke iba ako mu tečie krv a brat bol opitý tak som sa bála či kým prídu aby nevykrvácal...“ (43:26, 36\_Ž\_26a)*

Pacienti aj svedkovia udalosti mohli vnímať plynutie času zmeneným spôsobom aj pod vplyvom svojho **aktuálneho stavu** a/alebo vnímanej **bezmocnosti**

„(Čo ste robili, ako ste sa cítili?) dezorientovane, vystrašene, sedel som...“ (13:31, 10\_M\_31)

„...poslúchla som pokyny, ľahla som si, ale mala som strach, že to nedopadne dobre so mnou určite.“ (29:11, 24\_Ž\_70)

„Trvalo im to takmer pol hodinu, aj v prípade tehotnej žiačky, ktorá mala kŕče, zvracala a plakala... neskutočne dlhý čas v tomto prípade“ (18:24, 15\_Ž\_28)

Čakanie na príchod ZZS pomáhali respondentom zvládať **vedomosti o tom, čo treba robiť** a **vlastná iniciatíva**

„...čakali sme na príchod, zistovali stav zranenia, podali tekutiny a komunikovali s poraneným...“ (5:14, 4\_M\_41)

„...mame bolo veľmi zle a stále horšie, tak som zachovala chladnú hlavu a okamžite som jej začala baliť veci do nemocnice a starať sa o jej doklady, kartu a všetky potrebné veci“ (39:10, 33\_Ž\_22)

„...bola som k dispozícii, keby bolo treba pomôcť (dvaja muži z lekárskeho dozoru jej zdvihli nohy), priniesla som vodu (pacientka sa po čase prebrala ešte pred príchodom ZZS a pýtala si ju), spolu s ostatnými sme sa s ňou rozprávali o tom, ako sa cíti, čo sa stalo, prečo sa to mohlo stať, bola som čakať záchranku pred divadlo, informovala som o tom aj dispečera, pretože činohra dole vpravo je väčší priestor a pani nebolo dobre vidieť, lebo ležala pod schodiskom“ (33:11, 28\_Ž\_22)

Väčšina respondentov prežívala už nejaký čas pred príchodom posádky ZZS **frustráciu zo situácie**, ktorú nevedeli vyriešiť sami a ktorú vnímali ako (potenciálne) vážne ohrozujúcu život a/alebo zdravie ich samých, alebo osoby, ktorej sa snažili pomôcť. Zo strany vyslanej posádky preto **očakávali rýchlu a efektívnu pomoc**.

#### **7.4.2 Významné aspekty celkového správania a komunikácie posádky ZZS z hľadiska spokojnosti pacientov, ich blízkych alebo náhodných svedkov udalosti s priebehom zásahu ZZS.**

Súhrn špecifických spôsobov správania a komunikácie posádky ZZS s osobami na mieste udalosti, ktoré popísali menej a viac spokojní respondenti s priebehom zásahu, obsahuje tab. 7.7 a 7.8. Následne ich ďalej predstavujeme podrobnejšie.

**Tabuľka 7.7** Negatívne hodnotené prejavy správania a komunikácie posádok ZZS pacientmi, ich blízkymi alebo svedkami udalosti (Nn=15)

| Kategórie  | Prejavy správania a komunikácie posádky ZZS   |
|--|---|
| Pomalší príchod k pacientovi                             | Pomalšie tempo príchodu posádky ZZS od vozidla k pacientovi alebo jeho zdržovanie, bez adekvátneho vysvetlenia.   |
| Neadekvátne nadviazanie a/alebo udržiavanie kontaktu     | Chýbajúci konvenčný začiatok, absencia pozdravu, predstavenia sa, okamžitý vyčítavý/hodnotiaci tón/mimika, chýbajúca alebo nedostatočná komunikácia s pacientom.  |
| Nerešpektujúci, Odmietavý, kritický postoj, nedôvera     | Chýbajúce prejavy úcty, rešpektu voči pacientovi, verbálne i neverbálne prejavy odmietania (napr. na úrovni mimiky, intonácie, kritiky), nesúhlasu či nedôvery voči správaniu konkrétnych osôb na mieste zásahu alebo voči určitým typom osôb/zdravotných ťažkostí. |
| Neadekvátne, hodnotiace a/alebo nadbytočné otázky a súdy | Opakujúce sa otázky; otázky, na ktoré pacient nedokáže odpovedať; otázky s vyčítavým podtónom; otázky, ktoré sa netýkajú riešenia aktuálneho problému pacienta; rečnícke otázky bez skutočného záujmu o odpoveď; hodnotiace, obviňujúce výroky.                     |
| Nedostatočný záujem pomôcť pacientovi                    | Nedostatočná komunikácia; neochota; odklon od riešenia aktuálnych ťažkostí pacienta; zdržovanie poskytnutia pomoci; hľadanie dôvodov prečo nepomôcť, namiesto hľadania spôsobov, ako pomôcť; ľahostajnosť.  |
| Necitlivý prístup  | Nerešpektovanie pacientovej intimity<br>Nerešpektovanie slobodnej vôle pacienta<br>Chýbajúca empatia a necitlivý prístup voči osobám, zasiahnutým nepriaznivou udalosťou  |
| Pasívne alebo verbálne agresívne prejavy správania       | Arogancia<br>Bagatelizácia<br>Ponižovanie<br>Zosmiešňovanie   |

**Tabuľka 7.8** Pozitívne hodnotené prejavy správania a komunikácie posádok ZZS pacientmi, ich blízkymi alebo svedkami udalosti (Ns=27)

| Kategórie  | Prejavy správania a komunikácie posádky ZZS   |
|--|---|
| Nadviazanie a udržiavanie kontaktu s pacientom         | Konvenčný začiatok – pozdrav, predstavenie<br>Slušné a prívetivé vystupovanie<br>Priebežná komunikácia s pacientom  |
| Prejavy záujmu o pacientov zdravotný stav a prežívanie | Priebežné dopytovanie sa a počúvanie<br>Odber anamnézy<br>Vyšetrenie  |
| Snaha pomôcť   | Ošetrovanie<br>Liečba<br>Transport  |
| Rešpektujúci prístup                                   | Pokojné vystupovanie a komunikácia<br>Akceptujúce (nehodnotiace) vystupovanie   |
| Emočná podpora   | Empatia voči pacientovi a jeho blízkym<br>snaha o uvoľnenie napätia, odľahčenie situácie – prívetivý humor  |
| Informovanie   | Spontánne alebo vyžiadané poskytovanie informácií o tom, čo sa stalo, čo zistili, čo bude nasledovať, kam pacienta odvezú, čo sa tam s ním bude diať, čo treba robiť potom, a čo robiť v podobných prípadoch v budúcnosti |

### Negatívne hodnotené prejavy správania a komunikácie posádok ZZS

Prvý negatívny dojem v osobách, ktoré situáciu na mieste udalosti považovali za veľmi naliehavú, mohlo vyvolať už – podľa nich neadekvátne **pomalé - tempo prechodu posádky ZZS od vozidla k pacientovi**.

„Zarazilo ma, že sa neponáhľali zo zaparkovanej sanitky viac, zdalo sa, že to neberú moc vážne.“ (41:9, 34\_Ž\_43)

„...prišli dosť neskoro a keď prišli, vôbec nezrýchlili krok, kráčali pomaly... ...postávali tam, ženu nakladali okolostojaci, ani s transportom sa neponáhľali...“ (42 28\_Ž\_22b)

Hoci tempo, akým sa členovia posádky ujali riešenia situácie, mohlo byť v skutočnosti ovplyvnené aj **internými pravidlami** ich činnosti (napr. potreba pripraviť si pomôcky, dbať na bezpečnosť členov posádky, neriskovať úraz, nevstupovať bez zabezpečenia polície do potenciálne rizikového zásahu), v očiach netrpezlivých, vystresovaných osôb na mieste udalosti, očakávajúcich rýchlu pomoc, mohol pomalší príchod k pacientovi **bez adekvátneho**

**vysvetlenia** takéhoto postupu pôsobiť ako prvý prejav ľahostajnosti alebo **nedostatočného záujmu o pomoc pacientovi**.

*„Na to že som volala s tým že brat si porezal ruku a nevedela som či náhodou nie žily tak prišli dosť neskoro a ešte keď prišli pred náš dom ani nešli hneď k bratovi ale dávali mi otázky ktoré si už ani nepamätám a čakali na príchod polície.“ (43:38, 36\_Ž\_26)*

V tomto prípade sa jednalo o úmyselné sebapoškodzujúce konanie nepredvídateľného pacienta pod vplyvom alkoholu, s nožom v ruke. Čakanie na políciu tak bolo z hľadiska posádky ZZS v súlade s potrebou **zaistiť najprv vlastnú bezpečnosť**. Príbuzná pacienta na to však v tej chvíli nemyslela. Očakávala rýchlu záchranu svojho brata, preto konanie posádky vnímala ako **neopodstatnené zdržovanie** v situácii, ktorá vyžaduje rýchly zásah.

Aj keď má posádka ZZS pre svoje správanie pri príchode na miesto udalosti oprávnené dôvody (napr. potreba uviazať psa, aby predišli vlastnému zraneniu), na **spôsobe, akým svoje potreby** osobám zasiahnutým nepriaznivou udalosťou na mieste **komunikuje**, tiež záleží. **Prejavy negatívnych emócií a kriticky ladené výroky členov posádky** na adresu osôb, zasiahnutých nepriaznivou udalosťou, nepriaznivo ovplyvňuje ich dôveru voči zasahujúcim zdravotníkom.

*„Prišla RLP, pričom lekárka bola nesmierne arogantná, otrávená. Nekomunikovala, hundrala že po dvore behá pes, nezaujímalo ju prežívanie okolia, išlo jej o to, aby to čo najrýchlejšie vybavila. ... Za všetko hovorí hneď úvodný vstup lekárky, ktorá sa na mňa bez slov so zdvihnutým obočím pozrela, rozťahla ruky a vyčítavo na mňa pozerala. Po mojej otázke - Čo? bola odpoveď - "čo ten pes? zavrite ho asi nie? no - kde je ten mŕtvy...".“ (12:31b, 10\_M\_31)*

**Chýbajúci konvenčný začiatok** interakcie spolu s **nevhodne zvoleným tónom hlasu** môže v prítomných vyvolávať **dojem odťazitého, odmeraného postoja** zasahujúcej posádky voči osobám na mieste udalosti, ktorý sa pri ďalších nerešpektujúcich prejavoch v komunikácii ešte viac posilňuje:

*„Posádka prišla, z auta vyšla mladá žena (neviem, či bola záchranárka alebo lekárka), spýtala sa známej, ktorá sedela na zemi "no čo ste slečna, čo ste porobili?" arogantným tónom v hlase. Ďalej sa pýtala, aké lieky pojedla, keď nevedela odpovedať, zdravotníčka to neveriacky komentovala približne takto "tak poje lieky a nevie, aké..."“ (15:29, 12\_Ž\_26)*

Niektorým respondentom chýbala krátko po príchode ZZS informácia o tom, **aký typ posádky k nim prišiel a akú rolu v nej má osoba, s ktorou komunikujú**:

„Do vchodu so mnou išla jedna žena - neviem či bola záchranárka, alebo lekárka, s predstavovaním sa nikto neobťažoval.“ (41:10, 34\_Ž\_43\_b)

Respondentmi bola negatívne hodnotená tiež chýbajúca alebo **nedostatočná komunikácia** posádky s pacientom, či už v dôsledku iných povinností (napr. vedenia dokumentácie), ...

„Lekár na mňa skoro ani nepozrel, len si čosi zapisoval sám v miestnosti. ... Chýbalo mi možno nejaké upokojenie, spríjemnenie situácie“ (13:34, 11\_M\_29)

...alebo ako potenciálny prejav **odmietavého postoja voči pacientovi**

„(tehotná žiačka po kolapse na vyučovaní, kŕče, zvracanie, plač) Keď sme ich privolali do školy, s pacientom takmer nekomunikovali, zmerali pulz, pozreli, či ich vníma a nakladali do sanitky, opýtali sa na jej vek, poisťovňu a chceli privolať rodiča. ...V nemocnici, keď zistili, že sa jedná o tetaniu sa chichúňali aj lekárky a odišli bokom si niečo povedať, matka čoskoro dorazila a klopala na dvere, ale nechali ju čakať. (S čím konkrétne ste boli nespokojní?) So štýlom komunikácie zasahujúcich aj lekárov, bola pohrdavá a nepríjemná...“ (11, 15\_Ž\_28b)

Výpovede nespokojných respondentov sa do veľkej miery zhodovali v popise takého správania posádok ZZS, ktoré pacienti a ich blízki vnímali ako **prejavy nerešpektujúceho, hodnotiaceho, kritického či podozrievajúceho postoja k pacientovi a/alebo jeho blízkym**

„Chýbala mi úctivá komunikácia vo všetkých prípadoch privolania rýchlej zo strany posádky.“ (24 15\_Ž\_28)

Tento pocit mohli nadobudnúť už na základe neverbálnych odmietavých prejavov členov posádky,...

„...keď som im išla otvoriť, rozprávali sa so mnou vo výťahu, kde je ten pacient, čo má alergiu - keď som povedala, že to som ja, tvárili sa veľmi pohoršene - v zmysle, že načo som ich na toto volala, keď sa nedusím a neležím v bezvedomí doma...“ (40:22, 34\_Ž\_43\_a)

... ale aj na základe ich verbálnych prejavov **nesúhlasu či kritiky** konania účastníkov udalosti, napr. kvality ich spolupráce.

„Vedela som jej dať presnú adresu, ale nie presný popis situácie a toho, čo sa stalo. ... V podstate sa operátorka aj táto záchranárka pohoršovali na tým, že neviem poskytnúť informácie, ktoré som nemala ako vedieť. Snažila som sa len pomôcť.“ (41:18, 34\_Ž\_43\_b)

Osoby v núdzi citlivo reagovali na **prejavy nedôvery zdravotníkov voči popisovaným ťažkostiam pacienta**, pričom sa ich pôvodný nepriaznivý dojem ešte viac upevnil v prípade ďalšieho negatívneho vývoja zdravotného stavu pacienta.

*„Babka mala prudke bolesti brucha, trvali niekoľko hodín, večer sme volali 112, poslali lekarku. Presetrila babku, vyhlásila, že je v poriadku. ... bola odmerana, neprijemna, ocividne nam, resp. babke lekarka neverila. ... Bolesti pretrvávali, rano bola babka po opätovnom volaní 112 prevezená do nemocnice, operovaná na prasknuté hrubé crevo, no po operácii zomrela. (Čo konkrétne ste od kontaktovania ZZS očakávali/potrebovali?) Komunikáciu, aby nás lekarka pocuvala a uverila bolesti stareho cloveka.“ (3:26, 3\_Ž\_37)*

Negatívne emócie respondentov vyvolávali tiež **otvorené prejavy nesúhlasu zdravotníkov s informáciami, ktoré o priebehu udalosti** poskytovali jej svedkovia.

*„(sebevražda obesením) Lekárka ... odmietala informácie, ktoré sme jej hovorili (že čas úmrtia nemohol byť taký ako ona predpokladala, pretože syn ho videl vtedy ešte živého). Mala svoju vlastnú realitu a arogantne až podozrievavo voči nám sa snažila obhájiť si svoj názor o čase úmrtia.“ (12:31a, 10\_M\_31).*

Prejavy negatívneho postoja niektorých členov posádky voči osobám na mieste udalosti, dávali viacerí respondenti automaticky do súvislosti s **predpokladaným celkovým odmietavým postojom** zdravotníkov napr. voči **marginalizovaným skupinám obyvateľstva**,...

*„Neviem, či (arogantné) správanie zdravotníčky súviselo s činom známej (predávkovanie), doplním však aj ďalšie fakty - ZZS bola privolaná na "robotnícku" ubytovňu, kde známa žije a je Rómka.“ (21\_12\_Ž\_26)*

*„Klient sociálnej služby (človek bez domova) sa pokúsil spáchať samovraždu (pravdepodobne len demonštratívne, urobil to už viac krát), mal podrezané zápästia žiletkou, privolali sme záchrannú službu lebo klient silno krvácal. ... Celá posádka po príchode bola dosť nepríjemná lebo už vedela na aké miesto ide (keďže sa jedná o zariadenie, kde sa zdržujú ľudia bez domova, dalo sa predpokladať, že výjazd bude za človekom bez domova). Ich prístup bol dosť arogantný, zdravotníci brali situáciu celkom vážne a snažili sa čo najrýchlejšie pomôcť i keď bolo cítiť, že im je nepríjemné ošetrovať človeka bez domova (mali čudné poznámky). Ošetrujúca lekárka sa po príchode pozrela na pacienta a keďže vedela o koho sa jedná (už mu pomáhala v minulosti) odmietla pacienta ďalej vyšetřovať, začala mu nadávať a vykrikovať, že "feťákov" neošetruje a nastúpila do auta v ktorom sa zamkla. Následne bola vyzvaná aby*



sa preukázala a mohli sme daný prístup riešiť, čo odmietla a ostala zamknutá v aute. Pacienta doošetrovali zdravotníci a zobrali so sebou na oddelenie psychiatrie.“ (sociálny pracovník, 20:32, 16\_Ž\_29)

...a/alebo s ich odmietavým postojom voči pacientom s **určitým typom zdravotných ťažkostí** (napr. psychosomatického pôvodu).

„...keď začuli, že mi trpnu končatiny a pery komunikovali pohrdavo, zvyšovali hlas, bolo evidentné, že tento zásah považovali za zbytočný, robili si zo mňa srandu, komentovali ako vyzerám, bolo to veľmi nepríjemné. ... Rovnako posmešne komunikovali s mojím manželom, ktorý bol z toho vydesený ešte viac než ja“ (18:26, 15\_Ž\_28\_a)

Nespokojnosť respondentov a ich pochybnosti o záujme posádky pomôcť pacientovi, mohli vyvolať **opakujúce sa otázky typu** „Prečo...?“, ktoré, podľa nich, **nepomáhali riešiť aktuálny problém pacienta**, na ktoré **nemohli adekvátne odpovedať** a ktoré **zdržovali** riešenie aktuálnej, naliehavej situácie.

„Prišli dvaja mladí záchranári (neodsudzujem, že boli mladí, no na ich správaní dali poznať ich nezáujem a ľahostajnosť), muži, ktorí prišli a opýtali sa prečo sme ich zavolali. vysvetlili sme situáciu, že mama bola poslaná domov a v prípade zhoršenia nám bolo povedané, že ju máme okamžite aj s vecami doviešť na urgent, mama z posledných síl vysvetlila že jej to povedal prednosta a ja som záchranárom podala jej zdravotnú kartu, ktorú mala našťastie doma už predtým. záchranári sa na mňa pozerali a pýtali, čo jej tam dali, načo sme jej aj s bratom odpovedali, že nevieme a majú si to pozrieť v správe, ktorú nám z nemocnice dali - keďže to boli zväčša lekárske termíny a my sme im nerozumeli, tak to bolo najlepšie riešenie. Záchranári sa nás začali vypytovať množstvo otázok o tom, prečo jej nepodali "toto a hento", prečo si ju tam nenechali a ďalšie úplne zbytočné otázky, na ktoré sme nevedeli ani odpovedať, pretože nie sme lekári ani zdravotníci, aby sme vedeli prečo to urobili takto a nie onako. niečo začali spolu riešiť, že jej dali len fyziologický roztok a nechápali prečo a stále sa nás na to vypytovali a boli drzí. potom sa jeden z nich na mňa otočil, že prečo sme ich zavolali. ja som na to úplne vyštartovala (pretože brat mi už predtým povedal, že boli k nemu hrozne drzí keď prišli prvýkrát, lebo to boli tí istí záchranári), že koho som asi mala volať, keď má mama obličkové kamene a je očividné, že sa jej zdravotný stav rapídne zhoršil - nato prišla otázka prečo sme neprišli sami a ja som povedala, že nemáme auto - nato prišla otázka prečo sme neprišli taxíkom a ja som povedala, že prečo si mám platiť 10 eur za taxík, ktorý by prišiel v rovnakom čase ako prišli oni, keď existuje ZZS, 155-ka a 112ka presne pre takéto prípady - načo som dostala sprostú poznámku "no, tak zavoláme záchranku lebo je zadarmo čo" a to

*som sa skoro neudržala, keby ma vtedy mama neschmatla aby som jej pomohla sa obliecť. najprv nám povedali, že jej nezoberú tašku s vecami, čo ma totálne rozčúľilo a vynadala som im, pretože to už bola veľmi kritická situácia pre mňa a teda sa to ukončilo, že jej tie veci zoberú. keď som veci doniesla dole k sanitke, tak boli páni záchranári zrazu veľmi milí a srdeční, tašku mame sami odniesli a ešte mi aj popriali pekný večer a poďakovali. ... (veľmi nespokojný) s prístupom záchranárov, s tým ako dlho sa vypytovali zbytočné otázky na ktoré sme nevedeli odpovedať a čakali kým sa mame stav stále zhoršoval,...“ (39:75, 33\_Ž\_22)*

Tento spôsob komunikácie viedol k **eskalácii konfliktu** medzi posádkou a osobami na mieste zásahu, pričom respondentka dospela k záveru, že posádka **nemala záujem** pacientovi **pomôcť**.

*„...na ich správaní dali poznať ich nezájum a ľahostajnosť...“ (39:56, 33\_Ž\_22)*

Nespokojní respondenti sa k priebehu samotného vyšetrenia a ošetrovania pacienta vyjadrovali skôr zriedkavo. Výnimku tvorila respondentka, ktorá vnímala striktné podanú žiadosť posádky o vyzlečenie pacientky za účelom vyšetrenia, **bez adekvátneho zdôvodnenia** jeho potreby a **žiadosti o jej súhlas**, ako prejav neúcty a hrubé **narušenie jej intimity**.

*„Nespokojná som bola s prístupom. Robili jej ekg (starej mame), kde žiadali vyzliecť do pol pása, a vzhľadom na to, že to boli dvaja muži, zdalo sa mi to veľmi nevhodné, bolo to nepríjemné a neúctivé. Nevysvetľovali, len prikázali, takto to musí byť... Vyšetrenie sa dalo urobiť aj citlivejšie, prípadne vysvetliť dôvody pre ktoré potrebovali takýto postup, som ale presvedčená, že taký necitlivý spôsob nebol nutný.“ (11:38, 9\_Ž\_39)*

Najviac priestoru venovali nespokojní respondenti popisu problematickej verbálnej aj neverbálnej komunikácie posádky s osobami na mieste udalosti – napr. **nedostatku empatie** voči osobám, zasiahnutým nepriaznivou udalosťou, ...

*„Napriek tomu, že syn mŕtveho (sebevražda obesením) sa psychicky zrútil, (lekárka) trvala na tom, aby bol zavolaný von a debatoval sa s ňou o čase úmrtia. absolútne ma nepočúvala, že on toho nie je schopný.“ (12:38, 10\_M\_31)*

...alebo prejavom, ktoré boli z hľadiska respondentov vnímané **ako arogantné, ponižujúce či verbálne agresívne** (napr. vyššie 18:26, 15\_Ž\_28\_a))

*„...v prípade 1. boli pripití záchranári arogantní voči mne aj pacientke, dávali najavo svoju dôležitosť, necitliví v zaobchádzaní s pacientkou...“ (9:17, 8\_Ž\_60)*

Vo všeobecnosti možno zhrnúť, že negatívne boli respondentmi hodnotené najmä tie výjazdy ZZS, z ktorých mali pacienti, ich blízki alebo svedkovia udalosti pocit, že posádka prejavovala skôr **odmietavý, hodnotiaci postoj** k osobám na mieste udalosti a **neprejavovala záujem a snahu pacientov problém efektívne riešiť**.

### **Pozitívne hodnotené prejavy správania a komunikácie posádok ZZS**

Respondenti, ktorí boli s priebehom zásahu posádky ZZS úplne, alebo prevažne spokojní, oceňovali **slušné a prívetivé vystupovanie posádky**:

*„Prišli, pozdravili, snažili sa ma vyšetriť, z ľudského hľadiska boli príjemní“ (13:20, 11\_M\_29)*

*„(Veľmi spokojný/á) S profesionálnym a slušným prístupom.“ (49 31\_M\_71)*

Ich popisy sa vyznačujú najmä tým, že v priebehu zásahu bol nadviazaný a **udržiavaný kontakt medzi posádkou, pacientom alebo jeho blízkym, ktorý pretrvával** až do ukončenia výjazdu.

*„Posádka 2 ľudí prišli k nám do domu, opýtali sa základné otázky, zmerali životné funkcie, naložili ma do sanitky, napichli centrálu, dostala som liter fyziologického roztoku, približne do pól hodiny od ich príchodu sme odchádzali do nemocnice. Počas celého zásahu bola pri mne mladunká členka posádky, ktorá bola veľmi milá, pýtala sa, či je všetko v poriadku a podobne. Po príchode na centrálny príjem ma posadili do čakárne a odišli.“ ( 38:30, 32\_Ž\_22)*

*„(S čím konkrétne ste boli spokojný?) S prístupom posádky ale aj s tým ako prišli k nám domov, boli milí, pýtali sa, zapisovali...“ (38:34, 32\_Ž\_22)*

Pozitívny vzťah zo strany posádky vnímali pacienti vtedy, ak posádka prejavovala **kontinuálny aktívny záujem** o zdravotný stav pacienta, ktorý sa prejavoval jednak v **kladení otázok ohľadne pacientovho stavu a aktuálneho prežívania** tak v procese zisťovania **anamnézy**, ako aj v priebehu jeho **vyšetrenia a transportu**.

*„Prišli na miesto nehody pešo, auto nechali pred lesnou cestou, priniesli nosidlá, najskôr ma vyšetrili, vypytovali sa na moje pocity, dali mi límec, uložili na nosidlá, priviazali a niesli k sanitke. Terén bol všelijaký, pomáhali im pri tom aj moji synovia a manžel, ktorí tam taktiež dobehli. Keď ma niesli, niekedy som mala pocit, že z tých nosidiel vypadnem. Naložili ma do sanitky, skontrolovali krv a zaviezli do nemocnice. Po ceste sa vypytovali, ako sa cítim... (Veľmi spokojný) s ich prístupom, komunikáciou.“ (27:13, 22\_Ž\_56)*

Vytváranie dobrého vzťahu s pacientom podporovala schopnosť posádky **počúvať svojich pacientov, ...**

„Pacientky sa podrobne pýtali čo sa deje, čo robila v priebehu dňa a ako sa počas vyšetrenia cíti.“ (22:20, 17\_Ž\_21)

...zaujímať sa o ich pocity, ...

„...žena sa ma pýtala na pocity a vysvetľovala mi.“ (37 24\_Ž\_70)

...ako aj snaha porozumieť ich potrebám a adekvátne na reagovať poskytnutím efektívnej pomoci.

„V prvom rade sa ma spýtali čo mi vlastne je, čo pociťujem, odmerali mi tlak, bola to posádka bez lekára, keďže som mala zvýšený, tak mi nasadili infúziu, a tabletku pod jazyk, ... (Prevažne spokojný) s ich prístupom ku mne, ich ochotou ma vypočuť a že to proste neodflákli len tak, snažili sa mi všemožne pomôcť a odišli až keď sa mi tlak znížil“ (23:1, 24\_Ž\_70)

Na rozrušené osoby na mieste zásahu pôsobilo veľmi pozitívne **pokojnú vystupovanie a komunikácia** posádky.

„Len čo prisli do domácnosti boli veľmi pokojní, čo ihneď spôsobilo eliminovanie strachu a preľaknutia.“ (40 27\_Ž\_28)

Zachovať **pokoj** v komunikácii posádky ZZS bolo obzvlášť dôležité v úsilí presvedčiť **ťažšie spolupracujúceho pacienta**, aby sa nechal ošetriť a previezť do nemocnice:

„Aj prišiel uvidela som krv ako mu tečie z ruky vrazil že prišiel len po ostrejši nôž. Zamkla som dom nič som mu nevravela hneď som volala záchranku. Keď prišli brat sa zľakol, prišli samozrejme aj s políciou ale nekládol žiaden odpor povedal im že sa nič nestalo aby šli preč, záchranár sa ho pýtal čo sa stalo prečo si ublížil potom sa sním rozprávali nechcel im ukázať ranu. Dohovorili mu, vzali ho do sanitky ošetrili ranu. ... Jednali s nami milo. ... Odviezli ho a po ošetrení rany ho vzali na psychiatriu... (S čím konkrétne ste boli spokojný/á?) Ako sa správali, a v klude sa s ním aj so mnou rozprávali.“ (43:28, 36\_Ž\_26)

Pozitívny, akceptujúci prístup posádky k pacientovi ocenil o to viac aj ten respondent, ktorý si uvedomoval, že pacient si svoj stav zapríčinil nadmernou konzumáciou alkoholu sám:

„Napriek "dôvodu privolania" a faktu, že slo o alkohol, bola posádka milá a komunikatívna. Ubezpečili nás, že je dobré, že sme ich zavolali, lebo už bola dosť vytrapaná. ... Veľmi

*spokojný/á s prístupom, ktorý sa zdal byť chápatý, neodsudzujúci, nápomocný.“ (24:13, 19\_Ž\_33)*

Respondenti oceňovali **prejavy empatického záujmu posádky o prežívanie pacienta, ...**

*„(Veľmi spokojný/á) Posúdili stav pacienta, naložili ho na nosítka, v sanitke nasadili liečbu, boli prívetiví, empatickí, ohľaduplní k pacientovi aj rodine“ (35, 23\_Ž\_66)*

...ale aj o duševný **stav osôb blízkych pacientovi**, ktoré boli výrazne zasiahnuté negatívnou udalosťou.

*„Čo sa mi veľmi páčilo bolo, že si hlavný doktor vsimol veľku mieru soku niektorých členov rodiny, posadil si aj ich, porozprával sa, poprípade sa opýtal či by nechceli nejakú medicínsku pomoc“ (32:48, 27\_Ž\_28)*

Snahu **uvoľniť napätú atmosféru** v situácii (možno aj menej opodstatneného) strachu o život a zdravie pacienta, ocenili viacerí respondenti spokojní s priebehom zásahu:

*„(triaška, trpnutie tela) Posádka bola príjemná, snažili sa navodiť dobrú atmosféru, uľaviť napätiu či stresu.“ (22:19, 17\_Ž\_21)*

Pozitívne bola respondentmi vnímaná schopnosť posádky vnieť do situácie odľahčujúci, **prívetivý humor**

*„...myslím, že sme aj povtipkovali, čo bolo veľmi dobré pri tom, že som sa cítil dosť nepríjemne (stav po prvom epileptickom záchvate).“ (13:20, 11\_M\_29)*

*„Najviac oceňujem najmä ľudský prístup a štýl komunikácie, kedy dokázali zúzkostnenú pacientku dokonca aj rozosmiať.“ (17:25, 14\_M\_27)*

*„...boli celý čas pri otcovi, stáli pri lehátku, dokonca s otcom vtipkovali v rámci možností. CT potvrdilo prasknutú žilku v hlave,...“ (8:37, 7\_Ž\_37)*

Viacerí respondenti vyzdvihovali ochotu zdravotníkov **odpovedať na ich otázky, ...**

*„...boli milí, ochotní, odpovedali na všetky moje otázky...“ (23:2, 24\_Ž\_70)*

*„(Veľmi spokojný/á) S ich profesionálnym prístupom že vysvetlili všetko čo sme chceli“ (43, 29\_Ž\_21)*

...alebo spontánne sa s nimi podeliť o dôležité informácie o tom, **čo sa pacientovi stalo, ...**

„(cítil som sa) zmätene, bol som dezorientovaný ... Vysvetlili mi, čo sa asi stalo, Snažili sa ma zorientovať v mieste a čase. Po chvíli bolo okej, ...“ (13:20, 11\_M\_29)

„...So všetkými komunikovali ochotne, všetko pomerali, vysvetlili, podali lieky, merali všetky životné funkcie. Povedali že je to pravdepodobne porážka, musí sa urgentne urobiť CT hlavy.“ (8:37, 7\_Ž\_37)

...čo sa s pacientom bude diať v najbližšom čase - kam ho odvezú a čo tam môže očakávať.

„Vysvetlili mi, že ma berú na vyšetrenia do nemocnice, a že tam asi tri dni pobudnem...“ (13:21, 11\_M\_29)

„Podala nám informácie do ktorej nemocnice a na aké oddelenie ho vezú na ďalšie vyšetrenie...“ (31:3, 26\_M\_38)

Vítané boli tiež informácie o tom, čo môže pacient alebo jeho blízky **robiť sám d'alej**.

„...pockali kým sa spamatala zo záchvatu, vysvetlenie toho co sa stalo, informovali nas o odporúcaniach. po prehliadke a komunikácii so starou mamou odisli.“ (32:43, 27\_Ž\_28)

Dobrý dojem z práce posádky nadobúdali respondenti aj na základe toho, nakoľko **ohl'adupne a nápomocne** sa správali voči pacientovi aj počas jeho transportu do sanitky.

„...Počkali kým otca pobalíme narýchlo, pomohli pri s'ťaženej chôdzi.“ (8:37, 7\_Ž\_37)

Ocenené bolo tiež príjemné, ľudské **rozlúčenie sa s pacientom** pri jeho odovzdávaní do nemocnice.

„...potom otca odviezli na neurológiu, rozlúčili sa, podali otcovi ruku a popriali všetko dobré“ (8:38, 7\_Ž\_37)

Pokiaľ posádka svojím správaním prejavovala naozajstný **záujem a snahu pacientovi pomôcť**, boli respondenti vo svojom hodnotení **tolerantnejší aj k prípadným menším nedostatkom**.

„Medzitým sa viac menej úspešne snažili o zlepšenie atmosféry a nálady najmä pacientky, ktorá bola v očividnej úzkosti. Na otázky ohľadne ich postupu odpovedali, aj keď často postup nepovedali dopredu sami od seba. Takisto sa im zavedenie infúzie nepodarilo na prvýkrát a išla tak mimo žilu, čo ale nehodnotím príliš negatívne, beriem to tak, že sa im to len prosto nepodarilo.“ (17:25, 14\_M\_27)

## 7.5 Diskusia

Cieľom tejto štúdie bola identifikácia potrieb a očakávaní osôb, zasiahnutých nepriaznivou udalosťou, ktorá si vyžiadala príchod ZZS, ako aj špecifikácia tých aspektov správania a komunikácie posádok ZZS, ktoré pacienti, ich blízki alebo svedkovia udalosti považujú za dôležité pre svoju spokojnosť s kvalitou poskytovaných služieb.

Prostredníctvom tematickej analýzy písomných výpovedí pacientov, ich blízkych a svedkov nepriaznivej udalosti sme sa najprv pokúsili priblížiť ich psychické prežívanie, potreby a očakávania pred príchodom ZZS.

Osoby na mieste udalosti prežívali v dôsledku náhleho zhoršenia zdravotného stavu pacienta **zvýšenú mieru psychickej záťaž**. Nepriaznivú udalosť vnímali ako naliehavú a (potenciálne) vážne ohrozujúcu život alebo zdravie pacienta, pri súčasnom nedostatku vlastných zdrojov (neznalosť, bezradnosť, bezmocnosť) pre jej zvládnutie, čo viedlo k intenzívnemu prežívaniu frustrácie a negatívnych emócií, ako aj ku zmenám na úrovni **fyziologicalkých a kognitívnych funkcií** (podobne Flin et al., 2008). Účinnú a rýchlu pomoc hľadali na tiesňovej linke ZZS. Ich očakávania sa neobmedzovali len na zabezpečenie adekvátneho vyšetrenia, ošetrovania či transportu pacienta. Zahŕňali tiež poskytnutie základnej emočnej opory osobám, zasiahnutým nepriaznivou udalosťou a v niektorých prípadoch aj zahájenie komplexného riešenia pacientovho zdravotného stavu, vrátane zabezpečenia následnej zdravotnej starostlivosti.

**Zdravotnícky operátor tiesňovej linky** Krajského operačného strediska ZZS SR (KOS) si svoje hodnotenie situácie na mieste udalosti vytvára na základe informácií, ktoré vyťaží od volajúceho a po zvážení dostupných možností rozhodne o forme poskytnutej pomoci (poskytnutie inštrukcií, odporúčenie na návštevu všeobecného lekára, vyslanie posádky ZZS s lekárom alebo bez lekára). Vyhodnotenie situácie operátorom sa môže od predstáv volajúceho líšiť v oboch smeroch. Respondenti, ktorí mali skúsenosť s volaním na tiesňovú linku ZZS, **prežívali s nevôľou**, ak z komunikácie s operátorom nadobudli pocit, že im v dôsledku jeho odlišného hodnotenia naliehavosti a závažnosti situácie **nebude chcieť poskytnúť** takú **pomoc**, ako potrebujú. Negatívny dojem vo volajúcich, aj napriek poskytnutiu pomoci, zanechali tiež **kritické, hodnotiace vyjadrenia operátora** k forme alebo obsahu ich hlásenia, napríklad ak za daných okolností ani pri najlepšej snahe (napr. v dôsledku stresovej reakcie alebo špecifickej situácie) neboli schopní vyhovieť všetkým požiadavkám operátora. Spôsob, akým si volajúci interpretoval správanie operátora pri novom volaní, mohli nepriaznivo ovplyvniť aj **negatívne skúsenosti z predchádzajúcich volaní**.

Respondenti hodnotili správanie operátora **pozitívne**, pokiaľ vystupoval **pokojne, profesionálne a akceptujúco**, pokiaľ **prejavoval záujem** o ich problém, **snahu pomôcť** a pokiaľ im **poskytol užitočné informácie** o tom, čo majú robiť, ako môžu pacientovi pomôcť sami, prípadne kedy môžu čakať príchod ZZS.

**Čas čakania** na posádku ZZS od volania na tiesňovú linku po jej príchod, prežívali samotní pacienti a ich blízki rôzne, v závislosti od toho, za **koľko naliehavý a vážny považovali stav pacienta**, ako na nich pôsobil stres z danej situácie, ako aj v závislosti od toho, **či vedeli, čo treba robiť**, či skúšali v riešení situácie **sami pomôcť** a keďže realistickú predstavu mali o tom, **kedy môžu príchod posádky očakávať**. Ich vnímanie času mohla, okrem symptómov samotného ochorenia, ovplyvniť aj ich emocionálna reakcia na nepriaznivú situáciu, napr. **úzkosť a strach**, ktoré spolu s **pocitovanou bezradnosťou** alebo **bezmocnosťou** subjektívne emočne prežívanie potenciálne ohrozujúcej situácie zhoršujú. Práve zaplavujúce pocity bezmocnosti ohrozujúcu situáciu riešiť, sú považované za jeden z dôležitých spúšťačov neskoršieho komplikovaného vyrovnávania sa s traumatizujúcou udalosťou (Hašto, Vojtová, 2012). Možno práve z tohto dôvodu čas čakania na príchod posádky ZZS **prežívali lepšie tí respondenti, ktorí boli schopní k riešeniu náročnej situácie aktívne pomôcť** - či už na základe vlastnej iniciatívy, alebo na základe jasných inštrukcií od operátora tiesňovej linky ZZS (KOS).

Komentáre pacientov, ich blízkych a svedkov udalosti naznačujú, že aj napriek pocitovanému časovému tlaku a frustrácii, boli osoby zasiahnuté nepriaznivou udalosťou schopné racionálne vyhodnotiť a akceptovať reálne možnosti príchodu posádky na miesto, pokiaľ o nich mali k dispozícii **adekvátne informácie**. Avšak čím väčšiu tieseň pocívali, tým skôr očakávali od privolanej posádky ZZS **rýchlu a efektívnu pomoc**, pričom ich predstavy o tom, ako má táto pomoc vyzeráť, nemusia celkom zodpovedať skutočným možnostiam ZZS.

Na rozdiel od osôb na mieste udalosti, prichádzajúca posádka ZZS má o situácii na novej adrese vopred k dispozícii len minimálne množstvo informácií. Jej **činnosť je regulovaná odporúčanými postupmi**, platnými nie len pre samotný proces poskytovania zdravotnej starostlivosti, ale aj pre **bezpečný pohyb** v neznámom, potenciálne ohrozujúcom priestore, ktoré si osoby zasiahnuté nepriaznivou udalosťou napr. v ich domácom prostredí neuvedomujú. Zároveň si na základe vlastného pozorovania na mieste udalosti, odobratej anamnézy, realizovaného vyšetrenia a dostupnej zdravotnej dokumentácie pacienta, **potrebuje vytvoriť vlastnú predstavu o situácii (situačné hodnotenie)**, na základe ktorého



môže rozhodnúť o riešení problému, kvôli ktorému bola privolaná. **Aktuálne potreby a postupy posádky zasahujúcich zdravotníkov sa tak od potrieb a očakávaní osôb, zasiahnutých nepriaznivou udalosťou, môžu napriek podobným cieľom značne líšiť.**

Rozrušené osoby, zasiahnuté nepriaznivou udalosťou, mohli tak hodnotiť normálne tempo príchodu a činnosti posádky ZZS ako príliš pomalé a nevyhnutné anamnestické otázky alebo aktivity, ktorých význam pre riešenie aktuálneho problému nechápali, ako nadbytočné. Nespracované rozpory medzi potrebami, očakávaním, vnímaním a hodnotením riešenia problémovej situácie medzi zasiahnutými laikmi a zasahujúcimi profesionálmi, komplikovali budovanie ich vzájomného vzťahu, dôvery a tým aj následnej spokojnosti s priebehom zásahu.

**Najvýraznejšou charakteristikou, odlišujúcou popisy zásahov ZSS, s ktorými boli respondenti nespokojní, od tých, ktoré respondenti hodnotili kladne, bol spôsob verbálnej aj neverbálnej komunikácie posádky s osobami na mieste udalosti.**

**Nespokojní respondenti** ako najčastejší dôvod svojho hodnotenia uvádzali taký spôsob komunikácie a správania posádky ZZS, v ktorý mohli interpretovať ako prejav **nízkeho záujmu posádky ZZS pomôcť pacientovi** a ich **ľahostajného alebo negatívneho, hodnotiaceho prístupu** k osobám na mieste udalosti.

Negatívny dojem sa u niektorých svedkov udalosti začal formovať už pri **pomalšom tempe príchodu** k pacientovi alebo **pri jeho zdržaní** v dôsledku čakania na zásah polície.

Častejšie sa však odvíjal od **problematického spôsobu nadviazania a udržiavania kontaktu** s postihnutým, napr. pri vynechaní konvenčného úvodu v podobe pozdravu, predstavenia sa či iných chýbajúcich prejavoch bežnej úcty voči pacientovi (podobné správanie u niektorých zdravotníkov popisuje napr. Křivohlavý, 2002).

**Nerešpektujúci, hodnotiaci postoj** posádky sa podľa respondentov prejavoval vo verbálnych i neverbálnych prejavoch odmietania (napr. na úrovni mimiky, intonácie, kritiky), nesúhlasu či nedôvery voči zasiahnutým osobám či už na základe ich konkrétneho správania, zdravotného problému, alebo prostredia, v ktorom sa pohybovali.

O **nedostatočnom záujme** o riešenie zdravotného stavu pacienta svedčila podľa niektorých respondentov nedostatočná komunikácia s pacientom, ľahostajnosť voči jeho potrebám, nadmerné dopytovanie sa na otázky, ktoré odklňali pozornosť od súčasného problému a viedli k odkladu riešenia aktuálnej situácie, ako aj odmietanie väčšej či menšej pomoci pacientovi napr. zobrať spolu s ním do vozidla aj jeho veci.

Nespokojnosť respondentov často súvisela tiež s **necitlivým spôsobom komunikácie** s pacientom a jeho blízkym, či už v rámci úvodného zberu informácií, individuálneho vyšetrenia alebo vo forme arogantného či ponižujúceho správania a komentárov na adresu osôb, zasiahnutých nepriaznivou udalosťou (prejavy odmietavého postoja v tóne hlasu, mimike, ale aj obsahu verbálnej komunikácie, moralizovanie, výčitky, zosmiešňovanie, prejavy predsudkov, hrubé zaobchádzanie a pod.).

Vyššie spomenuté aspekty negatívne hodnoteného správania a komunikácie posádky ZZS naši respondenti len zriedkavo popisovali separovane. V skutočnosti sa **ich prvky takmer vždy vzájomne prelínali, kumulovali** a spoločne tak **viedli k presvedčeniu o nízkom záujme a ochote** niektorých posádok ZZS poskytnúť pacientovi alebo jeho blízkym adekvátnu pomoc. Negatívny dojem, ktorý respondenti nadobudli v dôsledku takejto komunikácie, mohol následne **znížiť aj ich dôveru v spoľahlivosť medicínskeho postupu**, ktorý počas zásahu zdravotníci realizovali.

**Respondenti, ktorí boli** s priebehom zásahu **spokojní**, oceňovali najmä **slušné a prívetivé vystupovanie** posádky s **prejavmi snahy** pacientovi, prípadne aj jeho blízkym, zasiahnutým náročnou situáciou **maximálne pomôcť**.

Tieto zásahy sa podľa popisu respondentov vyznačovali adekvátnou formou **nadviazania** a priebežného **udržiavania kontaktu s pacientom**, ktorý obsahoval obvyklý konvenčný úvod – napr. pozdrav, predstavenie, nasledovaný **prejavmi záujmu** o pacientov zdravotný stav a jeho prežívanie nie len v rámci odberu anamnézy a základného vyšetrenia, ale aj v podobe priebežného dopytovania sa, počúvania a snahy o **porozumenie potrebám** pacienta. Pozitívne bolo hodnotené **pokojnú vystupovanie a komunikácia** posádky, ktoré sa osvedčilo aj v prípade ťažšie spolupracujúceho pacienta. Hoci bol **nehodnotiaci, akceptujúci prístup** zasahujúcich zdravotníkov dôležitý pre všetkých respondentov, osobitne ho vyzdvihli najmä tí, ktorí si uvedomovali, že si pacient svoje problémy zapríčinil sám. Medzi ďalšie dôvody spokojnosti s priebehom zásahu patrila snaha posádky o **poskytnutie emočnej podpory** osobám na mieste zásahu, napríklad v podobe snahy o **uvoľnenie pacientovho stresu a napätia**, príležitostnej snahe prerámcovať nepríjemnú situáciu a vniesť do nej **prívetivý, odľahčujúci humor** ale najmä vo forme **empatickej komunikácie s pacientom**, prípadne s jeho **blízkymi**, pokiaľ boli nepriaznivou udalosťou sami negatívne zasiahnutí. Tak pre pacientov, ako aj pre ich blízkych, boli veľmi dôležité posádkou **podávané informácie** o tom, čo zistili, čo sa vlastne stalo, čo bude nasledovať, kam pacienta odvezú, čo sa tam s ním bude diať, čo treba robiť potom, a čo robiť v podobných prípadoch v budúcnosti.

Pozitívny dojem z celého zásahu zavŕšila ohľaduplná **pomoc pri transporte** pacienta do nemocnice, alebo upokojenie a poučenie osôb, ponechaných na mieste udalosti, ako aj príjemné, ľudské **ukončenie zásahu** a náležité **rozlúčenie sa s pacientom**.

Zatiaľ čo posádkam, ktoré svojím správaním a komunikáciou zanechávali v osobách na mieste udalosti **dojem nezájmu a neochoty** poskytnúť adekvátnu pomoc konkrétnemu pacientovi, boli respondenti náchylnejší **pripísať zodpovednosť aj za následné zhoršenie stavu** pacienta, posádkam, ktoré svojím správaním prejavovali ozajstný **záujem a snahu pacientovi pomôcť**, boli respondenti **ochotnejší tolerovať aj prípadné menšie nedostatky**.

Zistenia tejto štúdie potvrdili závery podobných výskumov z iných oblastí poskytovania zdravotnej starostlivosti o tom, že kvalita komunikácie posádky ZZS výrazne ovplyvňuje spokojnosť účastníkov zásahu s jej priebehom a výsledkom (napr. Williams et al., 1998; Stewart et al., 2000). Thiedke (2007) konštatuje, že práve **dôstojnosť a rešpekt** patria medzi hlavné faktory pôsobiace na spokojnosť pacientov. Laické osoby zvyčajne nedokážu vyhodnotiť kvalitu zásahu ZZS po odbornej stránke. Od privolanej posádky ZZS očakávajú v prvom rade účinnú a rýchlu pomoc v situácii, ktorá výrazne narúša ich základné potreby bezpečia, zmysluplnosti, kontrolovateľnosti a predvídateľnosti (Epstein, 2012), v dôsledku čoho sa sami cítia ohrození, bezradní a/alebo bezmocní. Ich spokojnosť a hodnotenie úrovne, nakoľko bol zásah posádky ZZS efektívny a prospešný, preto neopierajú len o hodnotenie realizovaných úkonov a zmien zdravotného stavu pacienta, ale aj o pociťované zmeny vo vlastnom emočnom prežívaní – o úroveň, nakoľko boli uspokojené ich (doposiaľ frustrované) základné potreby. Keďže sa osoby, zasiahnuté nepriaznivou udalosťou vnímajú v danom momente prichádzajúcu posádku ZZS ako **klúčový zdroj pomoci** pri riešení pacientových ťažkostí, ocitajú sa vo vzťahu k posádke v nerovnocennej, **závislej pozícii**. O to citlivejšie vnímajú a reagujú na prejavy jej **záujmu** alebo naopak neochoty pacientovi pomôcť. Keďže pacienti odporúčané odborné postupy zvyčajne nepoznajú, ich spokojnosť s priebehom zásahu sa do väčšej miery opiera skôr o ich pocit **dôvery v ochotu (motiváciu) a schopnosť posádky pacientov problém riešiť**. Vymětal (2003) napr. uvádza, že vážnejšie ochorenie alebo iná zmena zdravotného stavu, spúšťa v dôsledku ohrozenia základných potrieb u pacienta regresívne tendencie a **zvýšenú potrebu sociálnej opory**, čo môže veľký význam dôvery pre spokojnosť pacientov vysvetľovať.

**Adekvátna komunikácia** posádky ZZS s osobami na mieste udalosti, využívajúca princípy **krízovej intervencie** (Špatenková, et al. 2017), pomáha prostredníctvom budovania vzťahu dôvery, obnovovať ich narušený **pocit bezpečia**. Možnosť povedať prívetivému

človeku o tom, čo nepríjemné sa stalo a vypočúť si jeho odborný názor, pomáha pacientom a ich blízkym štrukturovať, pochopiť a spracovať nežiaducu udalosť, ktorá nepriaznivo narušila ich doterajší život. Priebežné informácie o tom čo bude nasledovať v bezprostrednej (napr. v procese vyšetrenia) i vzdialenejšej budúcnosti (napr. hospitalizácia), pomáhajú obnoviť narušený pocit **predvídateľnosti** toho, čo sa okolo nich odohráva. Možnosť aktívnej spolupráce či spolurozhodovania pri riešení vlastného problému zvyšuje mieru pacientovho **stotožnenia sa s navrhovaným postupom** (napr. Brown et al., 2016) a pomáha tiež naplniť jeho potrebu obnoviť **pocit kontroly** nad vlastným životom. Takáto komunikácia potom významným spôsobom zvyšuje (Roter, Hall, 2011) a **rozširuje pozitívny efekt poskytovanej zdravotnej starostlivosti**, čo prispieva k vyššej spokojnosti **nielen u zasiahnutých osôb, ale aj u zasahujúcej posádky** (podobne Flin et al., 2003).

Benefity, ktoré vhodne zvolená komunikácia prináša **posádke ZZS**, sú tiež značné. Vhodná komunikácia s osobami na mieste zásahu umožňuje posádke včas identifikovať a ošetriť prípadné nezrovnalosti medzi očakávaním týchto osôb a jej vlastnými možnosťami konať. Správne zvolená komunikácia tak **znižuje pravdepodobnosť eskalácie vzájomných konfliktov** a tým zdravotníkom pomáha zaistiť si pre svoju prácu **bezpečné prostredie**. Správne **identifikovanie pacientovho problému** si zase vyžaduje spoľahlivé informácie od samotného pacienta, jeho blízkych alebo svedkov udalosti. Dobrá spolupráca pacienta posádke uľahčí aj prácu pri jeho vyšetovaní. Všetky tieto informácie jej pomôžu **zvoliť najlepšie možné riešenie** pacientových ťažkostí a **vyhnúť sa** tak reálnemu **závažnému pochybeniu** pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti (napr. Moreira, French, 2019), ako aj opakovaným **volaniam** či dodatočným **sťažnostiam** osôb, ktoré týmto spôsobom dávajú najavo svoje nenaplnené očakávania a potreby.

Obsah a forma **komunikácie posádky ZZS s pacientom**, jeho blízkymi a svedkami udalosti, má dopad na prežívanie všetkých zúčastnených – tak zasiahnutých, ako aj zasahujúcich a ovplyvňuje aj tok informácií, potrebných pre správne rozhodovanie a konanie privolanej posádky. Podobne ako v iných medicínskych špecializáciách ju preto možno považovať za jednu z **klúčových netechnických zručností** v práci ZZS.

Možnosť zovšeobecnenia výsledkov tejto štúdie má viaceré **limitácie**, vyplývajúce z nasledujúcich faktorov:

**Spôsob zberu dát a súbor respondentov** - Vzhľadom na potrebu oslovenia špecifickej skupiny respondentov, ktorou mali byť ľudia s osobnou, obvykle nepríjemnou skúsenosťou so situáciou, ktorá si vyžadovala zásah záchranej zdravotnej služby, bolo

potrebné osloviť čo najviac osôb z bežnej populácie, ktorá by zároveň bola ochotná zdieľať svoju skúsenosť prostredníctvom vyplnenia anonymného on-line dotazníka. Ponuku na jeho vyplnenie sme preto zdieľali prostredníctvom sociálnej siete Facebook a oslovené osoby boli zároveň požiadané o ďalšie šírenie tejto výzvy prostredníctvom vlastných kontaktov (metóda snehovej gule). Týmto spôsobom bol získaný popis 42 osobných skúseností so zásahom ZZS od 36 osôb, čo je počet, ktorý nemožno považovať za reprezentatívny, ale predstavuje pomerne bohatý zdroj dát pre kvalitatívnu analýzu.

Použitý spôsob zberu údajov neumožňoval kontrolu celkového počtu oslovených osôb. Zároveň sa obmedzoval len na určité skupiny aktívnych používateľov Facebooku, ktoré spájali spoločné kontakty, podobný spoločenský status, vzdelanie alebo záujmy. Napriek tomu sa týmto spôsobom podarilo získať z hľadiska veku pomerne rôznorodú skupinu respondentov vo veku od 21 do 70 rokov. V dôsledku použitej metódy on-line zberu dát, sú v tomto súbore len minimálne zachytené typy zásahov ZZS v skupinách zo sociálne slabších spoločenských vrstiev. O zásahoch v tomto prostredí referovali len dvaja respondenti z pozície sociálnych pracovníkov iniciujúcich zásah ZZS, ktorých prítomnosť však mohla priebeh zásahu tiež istým spôsobom ovplyvňovať. Úplne tiež absentujú popisy výjazdov k detským pacientom.

**Špecifické typy a počet analyzovaných výjazdov ZZS** - Popisované príčiny 42 volaní ZZS boli v rámci popisu dát zaradené do príslušných kategórií, aby bolo možné posúdiť, nakoľko ich repertoár zodpovedá obvyklej škále výjazdov ZZS v období pred vypuknutím pandémie COVID-19. Podobne, ako v reálnej praxi, zaznamenané prípady obsahovali tak kritické ako aj menej naliehavé prípady zhoršenia zdravotného stavu rôznej etiológie (od prirodzeného úmrtia, cez samovražedné konanie, úrazy, nehody, intoxikácie, chronické a akútne zhoršenie stavu až po ťažkosti psychosomatického pôvodu). Pokiaľ bolo možné niektoré príčiny volania zaradiť do viacerých kategórií (napr. úraz v dôsledku kolapsu u diabetika), pri jeho zadelení do určitej kategórie sme vychádzali z kategórie toho symptómu, kvôli ktorému bola privolaná záchranná služba. Napriek tomu toto delenie možno považovať len za orientačné. Detailnejšia analýza prístupu posádky podľa priority (stupňa naliehavosti) výjazdu, nebola z dôvodu nižšieho počtu kritických výjazdov a rozličnej miery podrobností v popise jednotlivých zásahov možná.

**Retrospektívny a subjektívny popis udalostí** - Ďalšie limitácie tejto štúdie sa spájajú s retrospektívnym spôsobom popisu a subjektívnym hodnotením priebehu udalosti. Čas, ktorý uplynul od popisovaného zásahu ZZS, varioval v rozsahu od 2 týždňov do 13 rokov, čo mohlo viesť tak k opomenutiu, ako aj ku skresleniu popisu udalostí z dávnejšej minulosti. Ich

subjektívnu interpretáciu mohol ovplyvňovať napr. tiež ďalší vývoj zdravotného stavu pacienta. Náhle zhoršenie zdravotného stavu, ktoré si vyžadovalo privolanie posádky ZZS, bolo pre väčšinu respondentov zriedkavou (viď. počet volaní) a zároveň stresujúcou udalosťou, ktorá v nich mohla zanechať výraznú, nie však podrobnú pamäťovú stopu, ktorá sa viazala najmä na subjektívne významné aspekty priebehu udalosti z hľadiska ich vlastného vnímania a prežívania tejto situácie. Aj tie však mohli byť respondentmi nesprávne interpretované.

Nie všetci respondenti mohli podať vlastný popis celého priebehu zásahu ZZS. Pokiaľ boli respondenti v úlohe svedka, kontaktujúceho ZZS, neboli vždy osobne prítomní počas celého priebehu zásahu (napr. pri konkrétnom vyšetrení a ošetrovaní pacienta v sanitke). Ich hodnotenie spokojnosti s priebehom zásahu sa vtedy do väčšej miery odvíjalo od spôsobu ich komunikácie s posádkou, než od vykonaných vyšetrení či intervencie, ktoré nevideli a o ktorých sa dozvedali neskôr buď sprostredkované, alebo vôbec.

**Subjektívny popis a hodnotenie priebehu zásahu ZZS** - Retrospektívny popis udalosti respondentom neumožňuje objektívne hodnotenie konkrétnych prejavov správania posádky ZZS tak, ako sa v danej situácii skutočne odohralo. Jeho popisy v tejto štúdii treba brať ako jednostranný, subjektívny pohľad a interpretáciu emočne zainteresovaného pacienta, jeho blízkeho, či svedka udalosti. Na druhej strane, spokojnosť alebo nespokojnosť s priebehom výjazdu ZZS zo strany osôb, zasiahnutých nepriaznivou udalosťou bude vždy subjektívna. Vhľad do ich prežívania a potrieb umožňuje pracovníkom ZZS lepšie sa vžiť do situácie svojich klientov, primeranejšie reagovať na ich potreby a konštruktívnejšie regulovať spoločné interakcie.

**Použitá metóda a spôsob analýzy údajov** - Použitý formát elektronického dotazníka bol vytvorený ad-hoc pre účely tejto štúdie. Vzhľadom na to, že šlo primárne o odpovede na otvorené otázky, nebola hodnotená jeho reliabilita ani validita. Otázky, týkajúce sa priebehu zásahu ZZS, boli usporiadané v chronologickom poradí a boli formulované tak, aby usmernili pozornosť respondenta na popis jeho vlastného pozorovania, prežívania a hodnotenia situácie, ktorá si vyžadovala zásah ZZS. Respondent bol následne vyzvaný, aby prostredníctvom 5 bodovej škály vyjadril úroveň svojej ne/spokojnosti s priebehom tiesňového volania, dojazdovým časom posádky a celkovým priebehom zásahu. Doplnujúce otvorené otázky ho následne vyzývali k tomu, aby pre svoje hodnotenie popísal aj jeho konkrétne dôvody. Tento spôsob administrácie, na rozdiel od živého interview, neposkytoval respondentom okamžitú spätnú väzbu a neumožňoval im klásť prehlbujúce otázky, čo viedlo k tomu, že získané popisy

zásahov ZZS nezodpovedali vždy štruktúre jeho otázok a líšili sa aj na úrovni svojej detailnosti.

Celkový rozsah a mieru detailnosti získaných popisov mohla redukovať tiež písomná forma popisu udalosti, ktorá je pre respondenta namáhavejšia ako voľné rozprávanie v rámci interview. Táto forma však umožňovala zachovať úplnú anonymitu respondentov a ďalších ľudí, o ktorých sa vyjadrovali a vyhnúť sa tak komplikáciám so zberom citlivých osobných údajov a zdieľaním informácií ohľadne zdravotného stavu.

Napriek viacerým limitáciám možno konštatovať, že uvedené zistenia v súlade s teoretickými východiskami, vo všeobecnosti potvrdzujú **klúčový význam rešpektujúceho, ústretového prístupu** posádok ZZS k osobám na mieste zásahu, ktorý sa prejavuje najmä prostredníctvom ich verbálnej a neverbálnej komunikácie. Ďalší výskum v tejto oblasti by mohol priniesť komplexnejšie poznatky o význame konkrétnych prvkov viac či menej úspešnej komunikácie s pacientom ZZS a jeho blízkymi v špecifických typoch výjazdov s rôznou mierou naliehavosti - napr. prostredníctvom metódy hĺbkových rozhovorov alebo prostredníctvom analýzy riešenia simulovaných úloh.

Dotazník, vytvorený pre potreby tejto štúdie, predstavuje relatívne jednoduchý a napriek tomu výpovedný nástroj, ktorý môže priniesť konštruktívnu spätnú väzbu poskytovateľom neodkladnej prednemocničnej zdravotnej starostlivosti, zaujímavým sa o potreby a spokojnosť svojich klientov. Na rozdiel od jednoduchých kvantitatívnych škál spokojnosti je však náročnejší na spracovanie a interpretáciu výsledkov.

## 7.6 Záver

Hoci vyššie uvedené zistenia neprinášajú objektívny obraz skutočnej kvality práce ZZS v popisovaných výjazdoch, presvedčivo poukazujú na veľký **význam komunikácie posádky ZZS pre celkovú spokojnosť pacientov, ich blízkych alebo svedkov** nepriaznivých udalostí. Je pravdepodobné, že význam jednotlivých prvkov komunikácie posádky ZZS môže variovať v závislosti od charakteru a naliehavosti zásahu, špecifického prostredia, v ktorom sa odohráva, ako aj od veku, osobnostných charakteristík, vzdelania či individuálnych potrieb jeho aktérov. Bez ohľadu na tieto špecifiká však možno prijať záver, že **prejavy nehodnotiaceho záujmu a snahy poskytnúť dostupnú, profesionálnu pomoc osobám v núdzi, podstatne zvyšujú pozitívny efekt zásahu a spokojnosť zasiahnutých osôb s poskytnutou neodkladnou zdravotnou starostlivosťou**. Dôvera zo strany pacienta a jeho blízkych zase posádke uľahčuje jej vlastnú prácu – získať adekvátne informácie, vyšetriť

pacienta, predchádzať konfliktom a spolu s pacientom alebo jeho blízkym spoločne nájsť obojstranne prijateľné riešenie.



## 8. Zhrnutie

Efektívna komunikácia s pacientom je jedným zo základných predpokladov kvalitnej zdravotnej starostlivosti a práve chyby v komunikácii patria medzi dominantné príčiny pochybení pri jej poskytovaní (Moreira & French, 2019). Vzhľadom na to, že lekár alebo záchranár vidí svojho pacienta pri zásahu ZZS zvyčajne po prvýkrát, ako aj vzhľadom na pociťovanú tieseň na strane pacienta a jeho okolia, má komunikácia v urgentnej medicíne svoje špecifiká.

Pacienti a ich blízki zažívajú pri náhlej zmene zdravotného stavu pocit ohrozenia. Môžu sa cítiť zmätení, bezradní alebo bezmocní. Do značnej miery pociťujú svoju závislosť na pomoci zvonka a o to naliehavejšie sa môžu dožadovať príchodu posádky ZZS. Ich predstava o tom, ako má pomoc vyzerat', sa môže od potrieb a možností ZZS výrazne odlišovať. V závislosti od svojho temperamentu, prostredia, svetonázoru a intenzity prežívaného stresu môžu na tieto odlišnosti reagovať podráždene až nepriateľsky, čo vytvára priestor na vzájomné nepochopenie a konflikty.

Na to, aby si posádka zaistila vo výjazde bezpečné prostredie, spoľahlivé informácie, možnosť správne vyšetrit' a ošetriť pacienta, potrebuje jeho spoluprácu a/alebo pomoc jeho blízkych.

Dobre zvolený spôsob a obsah komunikácie predstavuje pre posádku najlepší nástroj, ako tieto rôznorodé potreby a potenciálne zdroje konfliktov rozpoznať a manažovať.

V rámci tejto monografie sme sa pokúsili detailnejšie popísať špecifickú úlohu komunikácie zdravotníckych záchranárov a lekárov ZZS s pacientom a jeho blízkymi v zásahoch ZZS. Jej význam bol predstavený nielen hľadiska vedeckých teórií, ale najmä z pohľadu jej aktérov – pracovníkov a klientov ZZS.

Prvá z predložených štúdií analyzovala význam komunikácie s pacientom a jeho blízkymi z hľadiska zdravotníckych profesionálov - priblížila ciele, ktoré počas zásahu svojou komunikáciou sledujú a základné princípy komunikácie, na ktoré sa pritom spoliehajú.

Na základe tematickej analýzy písomných podaní na prešetrovanie kvality poskytnutej zdravotnej starostlivosti Úradu pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou, ktorá bola predmetom druhej štúdie, sme skúmali význam komunikácie s pacientom a jeho blízkymi aj z celkom opačnej strany. Zisťovali sme, za akých okolností klienti ZZS strácajú dôveru

k poskytovanej zdravotnej starostlivosti a čo sa s nimi deje, keď komunikácia posádky s pacientom v priebehu zásahu ZZS dobre nefunguje.

Detailnejšie hodnotenie významu jednotlivých aspektov komunikácie posádky ZZS pre spokojnosť/nespokojnosť pacientov, ich blízkych, alebo očitých svedkov udalosti umožnili výsledky tretej – záverečnej štúdie.

Grafické zhrnutie našich zistení o žiaducich a nežiaducich aspektoch komunikácie s pacientom a jeho blízkymi v priebehu zásahov ZZS predstavuje Obr. 8.3. Kým prostredný stĺpec reflektuje základný **obsah a štruktúru komunikácie s pacientom** v jednotlivých, na seba nadväzujúcich fázach výjazdu, ľavý stĺpec zdôrazňuje **pozitívne pôsobiace aspekty komunikácie**, ktoré posádkam ZZS spoluprácu s osobami na mieste zásahu uľahčujú a ktoré výrazne zvyšujú spokojnosť samotných pacientov a ich blízkych. Pravá strana znázorňuje **problematické prejavy** v komunikácii a správaní posádok ZZS, ktoré spokojnosť pacientov a ich blízkych zásadne znižujú a vedú k vážnym pochybnostiam o kvalite poskytnutej starostlivosti.

Ak by sme mali všetky zistenia o princípoch **efektívnej komunikácie** s pacientom a jeho blízkymi zhrnúť len do 5 slov, bol by to **rešpekt, záujem, snaha a výmena informácií**.

Nie náhodou prvé 3 z nich, hovoria o kvalite **vzťahu**, ktorý tak zdravotníci, ako aj ich klienti, považovali za jeden najdôležitejších predpokladov efektívneho priebehu zásahu ZZS. Úspešne nadviazaný vzťah umožňuje zdravotníkovi dôkladnejšie pochopiť a riešiť zdravotné ťažkosti pacientov, no mnohí z nich si uvedomujú aj jeho význam z hľadiska poskytovania psychosociálnej podpory.

Pre osoby v tiesni, závislé na vonkajšom zdroji pomoci, je význam dobre vytvoreného vzťahu so zasahujúcou posádkou ešte dôležitejší. Pokiaľ v správaní posádky vnímajú prijatie, prejavy záujmu a snahy pomôcť pacientovi, znižuje sa ich vlastná nepohoda, obnovuje narušený pocit bezpečia, rastie ich dôvera, ale aj ochota spolupracovať a prípadne tolerovať aj menšie nepríjemnosti či nedostatky. Dokonca aj zásahy, pri ktorých už nie je možné pomôcť pacientovi, môžu smútiaci príbuzní hodnotiť pozitívne, pokiaľ pri nich vnímajú aktívnu snahu posádky urobiť pre záchranu pacienta všetko, čo sa dalo.

Ľahostajný, bagatelizujúci, či dokonca agresívny spôsob komunikácie posádky s osobami na mieste zásahu, naopak dôveru pacientov a ich blízkych v kvalitu poskytovanej zdravotnej starostlivosti výrazne oslabuje. Každé jej zaváhanie pozorne sledujú a zodpovednosť za prípadné zhoršenie pacientovho stavu ľahko prisúdia práve takejto

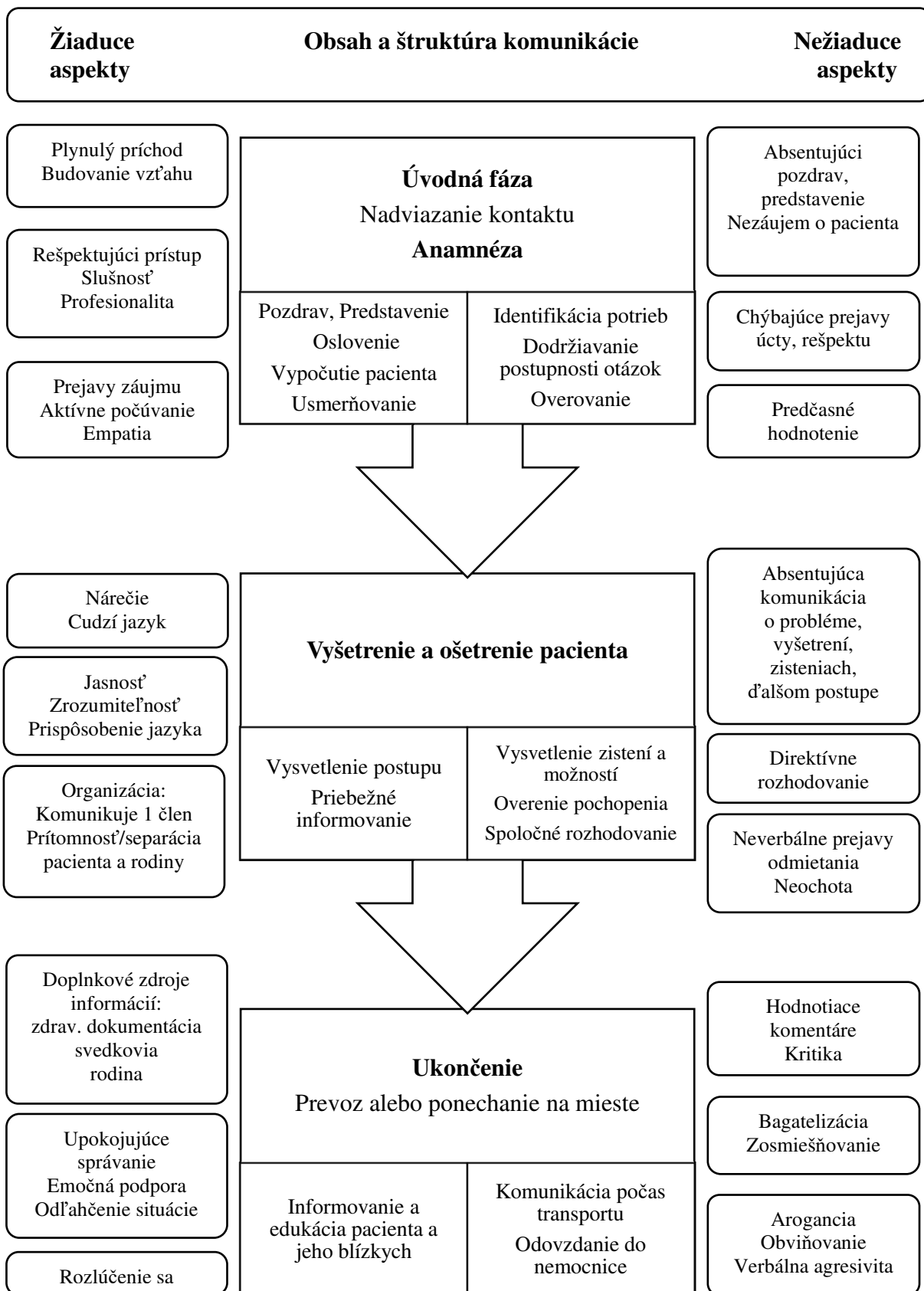
posádke. Aj v prípade, že sa skutočné pochybenie zasahujúcej posádky na základe dostupnej dokumentácie nepreukáže, prešetrovanie sťažností nespokojných pacientov a ich blízkych prináša zbytočné nepríjemnosti tak posádkam, ako aj ich zamestnávateľom.

Pokiaľ pacient neskôr v nemocnici zomrie alebo má vážne následky ochorenia, ktorým bolo potenciálne možné predísť, prešetrované môžu byť aj výjazdy posádok, ktoré postupovali správne. Zdravotníci vedia, že najlepším spôsobom, ako sa pred podobnými nepríjemnosťami chrániť, je dôkladne vedená zdravotná dokumentácia. Snaha o správne vedenie zdravotnej dokumentácie, by však nemala predchádzať adekvátnemu prejavu záujmu o pacienta – jeho pozornému vypočutiu a vyšetreniu. Osoby na mieste udalosti sa len ťažko vyrovnávajú s tým, keď posádka venuje oveľa viac pozornosti dokumentácii, ako starostlivosti o pacienta. Pokiaľ je potrebné robiť niečo inak, ako pacienti alebo ich blízki očakávajú, posádka urobí dobre, ak im dôvody svojho konania stručne vysvetlí.

S tým súvisí aj druhý predpoklad dobrého priebehu a výsledku zásahu ZZS, ktorým je **vzájomná výmena informácií**. Spoľahlivé informácie o udalosti, aktuálnom stave a predchorobí pacienta, sú z hľadiska zdravotníkov nevyhnutné pre správne definovanie a riešenie pacientovho problému. Pacienti a ich blízki majú zasa potrebu porozumieť tomu, čo sa s nimi a okolo nich odohráva a čo majú ďalej očakávať.

Výmenu informácií uľahčuje zo strany posádky nehodnotiace, aktívne počúvanie toho, čo chce pacient o svojom probléme povedať, ako aj jeho aktívne informovanie o tom, čo mu je, čo môže očakávať v najbližších minútach a čo sa s ním bude diať ďalej. **Komunikácia na úrovni vzťahu a výmeny informácií sa navzájom prelínajú**. Tieto informácie pomáhajú pacientovi lepšie sa zorientovať v neobvyklej, stresujúcej situácii, obnovujú jeho pocit bezpečia, predvídateľnosti a kontrolovateľnosti, čím redukujú aj intenzitu jeho sprievodných negatívnych emócií. Priebežným informovaním o postupe zásahu dáva zdravotník tiež najavo, že mu na pacientovom pochopení a prežívaní situácie záleží, podporuje tým jeho spoluprácu a vytváranie dôvery. Ak má pacient, či jeho blízky, možnosť spolurozhodovať o výbere jedného z alternatívnych riešení, umožňuje mu to prevziať svoj podiel zodpovednosti a s navrhovaným postupom sa lepšie stotožní.

Napriek tomu, že **komunikácia s pacientom a jeho blízkymi** nie je hlavnou prioritou práce ZZS, **zásadným spôsobom ovplyvňuje priebeh zásahu a jeho výsledky**. Preto ju možno právom považovať aj v oblasti poskytovania prednemocničnej zdravotnej starostlivosti, za jednu z **kľúčových netechnických zručností**.



**Obrázok 8.3** Súhrnné znázornenie štruktúry, obsahu, žiaducich a nežiaducich aspektov v komunikácii s pacientmi a ich blízkymi z pohľadu profesionálov i pacientov ZZS – sumarizácia zistení

## Použitá literatúra

- Andersen, P. O., Jensen, M. K., Lippert, A., & Østergaard, D. (2010). Identifying non-technical skills and barriers for improvement of teamwork in cardiac arrest teams. *Resuscitation*, *81*, 695-702. <https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2010.01.024>
- Andrášiová, M., & Bednařík, A. (2015). *Budem k vám úprimný. Ako v rozhovoroch s ťažko chorými pacientmi spájať otvorenosť, citlivosť a nádej*. Slovenská onkopsychologická spoločnosť, OZ.
- Andršová, A. (2012) *Psychologie a komunikace pro záchranáře v praxi*. Grada.
- Ayers, S., & de Visser, R. (2015). *Psychologie v medicíně*. Grada.
- Ayub, E. M., Sampayo, E. M., Shah, M. I., & Doughty, C. B. (2016). Prehospital Providers' Perceptions on Providing Patient and Family Centered Care. *Prehospital Emergency Care*, *21*(2), 233–241. <https://doi.org/10.1080/10903127.2016.1241326>
- Baile, W.F. Buckman, R., Lenzi, R., Glober, G., Beale, E.A. & Kudelka, A.P. (2000) SPIKES – a six-step protocol for delivering bad news: Application to the patient with cancer. *Oncologist*, *5*, 302–311. <https://doi.org/10.1634/theoncologist.5-4-302>
- Batchelder, A. J., Steel, A., Mackenzie, R., Hormis, A. P., Daniels, T. S., & Holding, N. (2009). Simulation as a tool to improve the safety of pre-hospital anaesthesia pilot study. *Anaesthesia*, *64*, 978-983. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2044.2009.05990.x>
- Bell, J., & Condren, M. (2016). Communication Strategies for Empowering and Protecting Children. *The Journal of Pediatric Pharmacology and Therapeutics*, *21*(2), 176–184. <https://doi.org/10.5863/1551-6776-21.2.176>
- Bell, S. K., Delbanco, T., Anderson-Shaw, L., McDonald, T., & Gallagher, T. H. (2011). Accountability for medical error moving beyond blame to advocacy. *CHEST*, *140*(2), 519-526. <https://education.ihconline.org/sites/default/files/Chest.accountability.2011..pdf>
- Bensing, J.M., van Den Brink-Muinen, A., Boerma, W., & van Dulmen, S. (2013) The manifestation of job satisfaction in doctor–patient communication: A ten-country European study. *International Journal of Person Centered Medicine*, *3*, 44–52. <https://doi.org/10.5750/ijpcm.v3i1.381>
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, *3*(2), 77–101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>

- Breaking Bad News ...Regional Guidelines* (2003). Dostupné online na: [http://www.hscbereavementnetwork.hscni.net/wp-content/uploads/2014/05/Breaking\\_Bad\\_News.-Regional-Guidelines-2003.pdf](http://www.hscbereavementnetwork.hscni.net/wp-content/uploads/2014/05/Breaking_Bad_News.-Regional-Guidelines-2003.pdf)
- Brown, J., Noble, L. M., Papageorgiou, A., Kidd, J. (2016). *Clinical Communication in Medicine*. John Wiley & Sons.
- Bruno, T., & Adamczyk, G. (2007). *Reč téla*. Grada.
- Buckman, R. (1992). *Breaking Bad News: A Guide for Health Care Professionals*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Bugen, L.A., (1977). Human grief: A model for prediction and intervention. *American Journal of Orthopsychiatry*, 47, 197-206.
- Campeau, A. (2009). Introduction to the space-control theory of paramedic scene management. *Emergency Medicine Journal*, 26, 213-218. <https://doi.org/10.1136/emj.2008.059048>
- Cole, S. A., & Bird, J. (2013). *The Medical Interview: the Three Function Approach*. Elsevier Saunders.
- Coulehan, J., Platt, F., Egner, B., et al. (2001). “Let me see if I have this right ...”: Words that build empathy. *Annals of Internal Medicine*. 135. 221-227. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-135-3-200108070-00022>
- Day, D.V., Gronn, P., & Salas, E. (2004). Leadership capacity in teams. *The Leadership Quarterly*, 15, 857–880. <https://doi.org/10.1016/j.leaqua.2004.09.001>
- Dobiáš, V. (2021). Prehovor. In V. Dobiáš a kol. (Eds.). *Urgentná medicína – prednemocničná, nemocničná, pre dospelých a deti*. (s. 12-17). Osveta.
- Eisenberg, N. (2000). Emotion, regulation, and moral development. *Annual Review of Psychology*. 51, 665-697. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.51.1.665>
- El Sayed, M. J., (2012). Measuring Quality of Emergency Medical Services: A review of Clinical performance Indication. *Emergency Medicine International*. Dostupné na [www.hindawi.com/journals/emi/2012/161630/](http://www.hindawi.com/journals/emi/2012/161630/)
- Endsley, M., & Garland, D. (Eds.). (2000). *Situation awareness analysis and measurement*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Engel G. L. (1980). The clinical application of the biopsychosocial model. *The American journal of psychiatry*, 137(5), 535–544. <https://doi.org/10.1176/ajp.137.5.535>
- Epstein, S. (2012). Cognitive-experiential self-theory: An integrative theory of personality. In H. Tennen & J. Suls (Eds.). *Handbook of Psychology*. John Wiley & Sons, Inc.

- Fairbanks, R. J., Crittenden, C. N., O'Gara, K. G., Wilson, M. A., Pennington, E. C., Chin, N. P., & Shah, M. N. (2008). Emergency medical services provider perceptions of the nature of adverse events and near-misses in out-of-hospital care: an ethnographic view. *Academic emergency medicine : official journal of the Society for Academic Emergency Medicine*, 15(7), 633–640. <https://doi.org/10.1111/j.1553-2712.2008.00147.x>
- Ferguson, N., Savic, M., McCann, T. V., Emond, K., Sandral, E., Smith, K., Roberts, L., Bosley, E., & Lubman, D. I. (2019). "I was worried if I don't have a broken leg they might not take it seriously": Experiences of men accessing ambulance services for mental health and/or alcohol and other drug problems. *Health expectations : an international journal of public participation in health care and health policy*, 22(3), 565–574. <https://doi.org/10.1111/hex.12886>
- Fletcher, G., Flin, R., McGeorge, P., Glavin, R., Maran, N., & Patey, R. (2003). Anaesthetists' Non-Technical Skills (ANTS): evaluation of a behavioural marker system. *British journal of anaesthesia*, 90(5), 580–588. <https://doi.org/10.1093/bja/aeg112>
- Flin, R., Fletcher, G., McGeorge, P., Sutherland, A., & Patey, R. (2003). Anaesthetists' attitudes to teamwork and safety. *Anaesthesia*, 58(3), 233–242. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2044.2003.03039.x>
- Flin, R., Mitchell, L., & McLeod, B. (2014). Non-technical skills of the scrub practitioner: the SPLINTS system. *ORNAC Journal*, 32(3), 33-38.
- Flin, R., O'Connor, P., & Crichton, M. (2008). *Safety at the sharp end: a guide to non-technical skills*. Ashgate Publishing Limited.
- Flowerdew, L., Brown, R., Vincent, C., & Woloshynowych, M. (2012). Development and validation of a tool to assess emergency physicians' nontechnical skills. *Annals of Emergency Medicine*, 59, 376-385. <https://doi.org/10.1016/j.annemergmed.2011.11.022>
- Gaba, D. M., Howard, S. K., Fish, K. J., & Sowb, Y. A. (2001). Simulation based training in anesthesia crisis resource management (ACRM): a decade of experience. *Simulation & Gaming*, 32, 175-193. <https://doi.org/10.1177/104687810103200206>
- Gul'ášová, M. (2014). *Prvá pomoc pri strese zdravotníckeho záchranára. Od pochopenia cez prevenciu až ku krízovej intervencii*. Falck Záchraná a.s.
- Gurňáková, J. (2013). Ako vzniká diagnóza? Psychologická analýza postupu posádok RZP v súťažnej úlohe „Káča“ na Rallye Rejvíz 2010. In J. Gurňáková et al. (Eds.), *Rozhodovanie profesionálov: Sebaregulácia, stres a osobnosť*. (s. 277-300). Ústav experimentálnej psychológie SAV.

- Gurňáková, J. (2015). Výskum rozhodovania zdravotníckych záchranárov v simulovaných úlohách. In K. Dudeková, L. Kostovičová, (Eds.) *Cesty k rozhodovaniu: Šesť dekád psychologického výskumu*. (s. 32-43). ÚEP SAV.
- Gurňáková, J. (2017). Význam makrokognícií a emócií pri riadení zdravotníckeho zásahu v simulovanej úlohe s hromadným postihnutím osôb podľa výpovedí jeho aktérov. In J. Gurňáková a kol., *Výskum makrokognícií a emócií zdravotníckych profesionálov*. (s. 160 - 229). Ústav experimentálnej psychológie CSPV SAV.
- Gurňáková, J. (2018a). Tvrdý chlap či empatický samaritán? Názory na kľúčové netechnické zručnosti pracovníkov ZZS. In I. Piterová, & J. Výrost (Ed.), *Sociálne procesy a osobnosť 2018: Zborník príspevkov z medzinárodnej konferencie*, (s. 113-123). Košice: Spoločenskovedný ústav SAV. Dostupné na: <http://www.spao.eu/files/spo-proceedings18.pdf>
- Gurňáková, J., (2018b). Mýliť sa je nebezpečné alebo potrebuje medicína psychológiu? In M. Blatný, M. Jelínek, P. Květoň & D. Vobořil (Eds.) *Sociální procesy a osobnost 2017: Sborník příspěvků mezinárodní konference*. (s. 80-85). Psychologický ústav AV ČR, v.v.i.
- Gurňáková, J. (2020a). Tiene hrdinov. Mapovanie správania znižujúceho kvalitu poskytovanej zdravotnej starostlivosti v práci ZZS. In L. Sabová (Ed.) *Osobnosť v kontexte kognícií, emocionality a motivácií VII*. (s. 77-85). Bratislava: STIMUL.
- Gurňáková, J. (2020b). Význam komunikácie s rodičmi pri starostlivosti o novorodenca (nielen) v kritickej situácii. In I. Brucknerová, M. Trnka a kol. (Eds.). *Zdravé dieťa. Život v pohybe. Evropská asociace pro fototerapii*, (s. 99-112). Praha, ČR.
- Gurňáková, J. (2021a). Základy efektívnej komunikácie s pacientom. In V. Dobiáš a kol. (Eds.). *Urgentná medicína: prednemocničná, nemocničná, pre dospelých a deti*. (s. 1058-1070). Osveta.
- Gurňáková, J., 2021b. Špecifické zdroje stresu a potreby pracovníkov záchranej zdravotnej služby v období 1. vlny pandémie COVID-19 na Slovensku. In M. Seitzl, L. Viktorová, P. Hypšová, (Eds.) *Psychologie práce a organizace 2021. Sborník příspěvků z 20. mezinárodní konference*. Univerzita Palackého v Olomouci. (s. 164-173). Dostupné na: [https://ppao.upol.cz/wp-content/uploads/2021/12/proceedings\\_WOP\\_2021-1.pdf](https://ppao.upol.cz/wp-content/uploads/2021/12/proceedings_WOP_2021-1.pdf)
- Gurňáková, J., & Gröpel, P. (2019a). Prior Participation in Simulation Events Is Associated With Insimulation Team Performance Among Emergency Medical Services Professionals. *Simulation in healthcare : journal of the Society for Simulation in Healthcare*, 14(4), 235–240. <https://doi.org/10.1097/SIH.0000000000000371>



- Gurňáková, J., & Gröpel, P., (2019b). Potenciál riešenia simulovaných úloh pre zvyšovanie kvality výkonu profesionálov v zdravotnej záchrannej službe. *Urgentní medicína*, 4, 33-37.
- Gurňáková, J., & Veselá, K. (2021). Význam netechnických zručností v urgentnej medicíne. In V. Dobiáš a kol. (Eds.). *Urgentná medicína: prednemocničná, nemocničná, pre dospelých a deti*. (s. 1037-1047). Osveta.
- Hackman, J. R. (2002). *Leading teams: Setting the stage for great performances*. Harvard: Harvard Business School Press.
- Hamid, H. S. A., Waterson, P., & Hignett, S. (2009). Situation awareness to support decision-making among emergency care practitioners. In *Proceedings of NDM9, the Ninth International Conference on Naturalistic Decision-making* (pp. 323-330). British Computer Society.
- Hašto, J., & Vojtová, H. (2012). *Posttraumatická stresová porucha, bio-psycho-sociálne aspekty EMDR a autogénny tréning pri pretrvávajúcom oohrození*. Vydavateľstvo F, Trenčín.
- Havlíková, E. (2018). *Systém poskytovania neodkladnej zdravotnej starostlivosti záchrannou zdravotnou službou*. Dostupné na: <https://www.unilabs.sk/clanky-invintro/system-poskytovania-neodkladnej-zdravotnej-starostlivosti-zachrannou-zdravotnou>
- Henriksen, K., Dayton, E., Keyes, M. A., Carayon, P., & Hughes, R. (2008). Understanding adverse events: A human factors framework. In R. G. Hughes (Ed.), *Patient safety and quality: An evidence-based handbook for nurses* (pp. 167-186). Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality.
- Herndon, J. H., & Pollick, K. J. (2002). Continuing concerns, new challenges, and next steps in physician-patient communication. *The Journal of bone and joint surgery. American volume*, 84(2), 309–315. <https://doi.org/10.2106/00004623-200202000-00019>
- Hilfiker, D. (1984). Facing our mistakes. *The new England Journal of Medicine*, 310(2), 188-222. <https://doi.org/10.1056/NEJM198401123100211>
- Hobgood, C., Xie, J., Weiner, B., & Hooker, J. (2004). Error identification, disclosure, and reporting: practice patterns of three emergency medicine provider types. *Academic emergency medicine : official journal of the Society for Academic Emergency Medicine*, 11(2), 196–199.
- Hobgood, C., Bowen, J. B., Brice, J. H., Overby, B., & Tamayo-Sarver, J. H. (2006). Do EMS personnel identify, report, and disclose medical errors?. *Prehospital emergency care : official journal of the National Association of EMS Physicians and the National Association of State EMS Directors*, 10(1), 21–27. <https://doi.org/10.1080/10903120500366011>

- Hobgood, C., Harward, D., Newton, K., & Davis, W. (2005). The educational intervention "GRIEV\_ING" improves the death notification skills of residents. *Academic emergency medicine : official journal of the Society for Academic Emergency Medicine*, 12(4), 296–301. <https://doi.org/10.1197/j.aem.2004.12.008>
- Hobgood, C., Mathew, D., Woodyard, D. J., Shofer, F. S., & Brice, J. H. (2013). Death in the Field: Teaching Paramedics to Deliver Effective Death Notifications Using the Educational Intervention "GRIEV\_ING." *Prehospital Emergency Care*, 17(4), 501–510. <https://doi.org/doi:10.3109/10903127.2013.804135>.
- Hojat, M., Louis, D. Z., Markham, F. W., Wender, R., Rabinowitz, C., & Gonnella, J. S. (2011). Physicians' empathy and clinical outcomes for diabetic patients. *Academic medicine: Journal of the Association of American Medical Colleges*, 86(3), 359–364. <https://doi.org/10.1097/ACM.0b013e3182086fe1>
- Huntington, B., & Kuhn, N. (2003). Communication gaffes: a root cause of malpractice claims. *Proceedings*, 16(2), 157–161. <https://doi.org/10.1080/08998280.2003.11927898>
- Hull, L., Arora, S., Kassab, E., Kneebone, R., & Sevdalis, N. (2010). Observational teamwork assessment for surgery: content validation and tool refinement. *Journal of the American College of Surgeons*, 212, 234–243. <https://doi.org/10.1016/j.jamcollsurg.2010.11.001>
- Chewning, B., Bylund, C. L., Shah, B., Arora, N. K., Gueguen, J. A., & Makoul, G. (2012). Patient preferences for shared decisions: a systematic review. *Patient education and counseling*, 86(1), 9–18. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2011.02.004>
- Illingworth, R. (2016). Patient-Centredness. In J. Brown , L. M. Noble, A. Papageorgiou, J. Kidd (Eds.). *Clinical Communication in Medicine*. (pp. 40-49). John Wiley & Sons.
- Jahromi, V. K., Tabatabaee, S. S., Abdar, Z. E., & Rajabi, M. (2016). Active listening: The key of successful communication in hospital managers. *Electronic physician*, 8(3), 2123–2128. <https://doi.org/10.19082/2123>
- Jensen, J. L. (2010). *Paramedic Clinical Decision Making*. [Master's thesis, Halifax, Nova Scotia: Dalhousie University].
- Kahneman, D., Slovic, S.P., Slovic, P., Tversky, A. (1982). *Judgment under uncertainty: Heuristics and biases*. Cambridge University Press.
- Karaš, J., & Havlíková, E. (2015). *Indikátory kvality zdravotnej starostlivosti v záchranej zdravotnej službe*. SAPFO pre ETC Falck Záchraná a.s..
- Kaššaiová, Z. (2019). Rôzne pohľady na zodpovednosť v zdravotníckom systéme. *E-Psychologie*, 13(2), 47-57. <https://doi.org/10.29364/epsy.343>

- Keller, V. F., & Gregory Carroll, J. (1994). A new model for physician-patient communication. *Patient Education and Counseling*, 23(2), 131–140. [https://doi.org/10.1016/0738-3991\(94\)90051-5](https://doi.org/10.1016/0738-3991(94)90051-5)
- Kilner, T. (2004). Educating the ambulance technician, paramedic and clinical supervisor; using factor analysis to inform the curriculum. *Emergency Medicine Journal*, 21, 379–385. <https://doi.org/10.1136/emj.2003.009605>
- Kim, S. S., Kaplowitz, S., & Johnston, M. V. (2004). The effects of physician empathy on patient satisfaction and compliance. *Evaluation & the health professions*, 27(3), 237–251. <https://doi.org/10.1177/0163278704267037>
- Klein, G. (1998). *Sources of Power: How People Make Decisions*. Cambridge: MIT Press.
- Koch-Weser, S., Dejong, W. & Rudd, R.E. (2009) Medical word use in clinical encounters. *Health Expectations*, 12, 371–382. <https://doi.org/10.1111/j.1369-7625.2009.00555.x>
- Kohn, L. T., Corrigan, J. M., & Donaldson, M. S. (1999). *To err is human. Building a safer health system*. National Academies Press.
- Kopřiva, P., Nováčková, J., Nevolová, D., & Kopřivová, T. (2012). *Respektovat a být respektován*. Spirála.
- Krafft, T., García Castrillo-Riesgo, L., Edwards, S., Fischer, M., Overton, J., Robertson-Steel, I., & König, A. (2003). European Emergency Data Project (EED Project): EMS data-based health surveillance system. *European journal of public health*, 13(3), 85–90. [https://doi.org/10.1093/eurpub/13.suppl\\_1.85](https://doi.org/10.1093/eurpub/13.suppl_1.85)
- Křivohlavý, J. (2002). *Psychologie nemoci*. Grada.
- Larson, E.B., & Yao, X.Y. (2005) Clinical Empathy as Emotional Labor in the Patient-Physician Relationship. *The Journal of the American Medical Association*, 293, 1100–1106. <http://dx.doi.org/10.1001/jama.293.9.1100>
- Maguire, P., Faulkner, A., Booth, K., Elliott, C., & Hillier, V. (1996). Helping cancer patients disclose their concerns. *European Journal of cancer (Oxford, England : 1990)*, 32A(1), 78–81. [https://doi.org/10.1016/0959-8049\(95\)00527-7](https://doi.org/10.1016/0959-8049(95)00527-7)
- Makary, M., & Daniel, M. (2016). Medical error—the third leading cause of death in the US. *The BMJ*. 353. <https://doi.org/10.1136/bmj.i2139>
- Marcinechová, D., & Gurnáková, J. (2020). Význam empatie v komunikácii medzi lekárom a pacientom. In M. Dědová, I. Halászová, Z. Lopatková (Eds.), *DOCTORANDORUM DIES 2020*. Filozofická fakulta Trnavskej univerzity. (s. 117–127).
- Mareš, J., Pečenková, J., & Spoustová, V. (2002). *Iatropatogenie a sororigenie aneb jak lze poškozovat člověka*. VŠ J. A. Komenského s.r.o., Praha.

- Michalík, J. (2011). *Zdravotní postižení a pomáhající profese*. Portál, Praha.
- Ministerstvo zdravotníctva SR. *Zdravotnícky záchranár*. Dostupné na: <https://www.health.gov.sk/?zdravotnický-zachranár>
- Morovicsová, E., Izáková, Ľ., Kořínková, V., Králová, M., Krajčovičová, D., Obuch, I., Vajdičková, K. (2014). *Komunikácia v medicíne*. Univerzita Komenského.
- Moreira, M. E., & French, A. (2019) *Communication in Emergency Medicine*. Oxford University Press.
- Morreale, S. P., Spitzberg, B. H., & Barge, J. K. (2007). *Human communication: Motivation, knowledge and skills*. Wadsworth Thomson Learning, Belmont.
- Myers, J. A., Powel, D. C., Psirides, A., Hathaway, K., Aldington, S., Haney, M. F. (2016). Non-technical skills evaluation in the critical care air ambulance environment: introduction of an adapted rating instrument – an observational study. *Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine*, 24(24). <https://doi.org/10.1186/s13049-016-0216-5>
- Montgomery, H., Lipshitz, R., & Brehmer, B. (Eds.). (2005). *How professionals make decisions*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Narayanan V, Bista B, & Koshy C. (2010). 'BREAKS' Protocol for Breaking Bad News. *Indian Journal of Palliative Care*, 16 (2), 61-65. <https://doi.org/10.4103/0973-1075.68401>
- National Institute on Aging (2017). *Tips for Improving Communication with Older Patients*. Dostupné na: <https://www.nia.nih.gov/health/tips-improving-communication-older-patients>
- National Patient Safety Foundation (2015). *Free from Harm: Accelerating Patient Safety Improvement Fifteen Years after To Err Is Human*. National Patient Safety Foundation, Boston, MA.
- Nordby, H., Nøhr, Ø. (2008). Communication and empathy in an emergency setting involving persons in crisis. *Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine*. 16(5). <https://doi.org/10.1186/1757-7241-16-5>
- O'Connor, P., Campbell, J., Newon, J. Melton, J., Salas, E., & Wilson, K. (2008). Crew resource management training effectiveness: a meta-analysis and some critical needs. *International Journal of Aviation Psychology*, 18, 353-368. <https://doi.org/10.1080/10508410802347044>
- OS ZZS SR (2019). *Výročná správa Operačného strediska záchranej zdravotnej služby Slovenskej republiky za rok 2019*. Dostupné na: [https://155.sk/subory/dokumenty/vyroczne\\_spravy/Vyroчна\\_sprava\\_OSZZSSR\\_2019.pdf](https://155.sk/subory/dokumenty/vyroczne_spravy/Vyroчна_sprava_OSZZSSR_2019.pdf)

- OS ZZS SR (2020). *Výročná správa Operačného strediska záchranej zdravotnej služby Slovenskej republiky za rok 2020*. Dostupné na:  
[https://155.sk/subory/dokumenty/vyrocne\\_spravy/Vyrocna\\_sprava\\_OSZZSSR\\_2020.pdf](https://155.sk/subory/dokumenty/vyrocne_spravy/Vyrocna_sprava_OSZZSSR_2020.pdf)
- Pažitný, P., & Zajac, R. (2001). *Stratégie reformy zdravotníctva – reálnej reformy pre občana*. Design partners.
- Ptáček, R. (2011). Komunikační dovednosti v medicíně. In R. Ptáček, P. Bartůněk et al. (Eds.). *Etika a komunikace v medicíně* (s. 59-70). Grada Publishing.
- Reason, J. (2000). Human error: models and management. *BMJ*, 320, 768-770. doi: 10.1136/bmj.320.7237.768
- Remeš, R., Trnovská, S. et al. (2013). *Praktická příručka prednemocniční urgentní medicíny*. Grada Publishing.
- Riess, H., & Kraft-Todd, G. (2014). E.M.P.A.T.H.Y.: a tool to enhance nonverbal communication between clinicians and their patients. *Academic medicine : journal of the Association of American Medical Colleges*, 89(8), 1108–1112. <https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000000287>
- Rustici, M. (2019). Communication Styles. In: M. E. Moreira, & A. French (Eds.). *Communication in Emergency Medicine*. (pp. 3-15). Oxford University Press.
- Rogers, C. R. (1997). *Spôsob bytia*. Inštitút Rozvoja Osobnosti.
- Rosenberg, M. B. (2008). *Nenásilná komunikace*. Portál.
- Roter, D. L., & Hall, J. A. (2011). How medical interaction shapes and reflects the physician-patient relationship. In: T. L. Thompson, R. Parrot, J. F. Nussbaum. (Eds.). *The Routledge handbook of Health Communication*. (pp. 55-68). New York, NY: Routledge.
- Scott, L., Brice, J., Baker, C., & Shen, P. (2003). An analysis of paramedic verbal reports to physicians in the emergency department trauma room. *Prehospital Emergency Care*, 7, 247-251. <https://doi.org/10.1080/10903120390936888>
- Sedlár, M. (2019). Chyby súvisiace so zručnosťami lekárov záchranej zdravotnej služby: kvalitatívna sonda. *Sociálne procesy a osobnosť 2018*. 305 – 316.
- Sedlár, M. (2020). Cognitive skills of emergency medical services crew members: A literature review. *BMC Emergency Medicine*, 20(44). <https://doi.org/10.1186/s12873-020-00330-1>
- Sedlár, M. (2021a). Work-related factors, cognitive skills, unsafe behavior and safety incident involvement among emergency medical services crew members: Relationships and indirect effects. *International Journal of Occupational Safety and Ergonomics*. Advance online publication. <https://doi.org/10.1080/10803548.2021.1888018>

- Sedlár, M. (2021b). Situačné uvedomenie v záchranej zdravotnej službe. *Urgentní medicína: časopis pro neodkladnou lekářskou péči*, 24(2), 24-28.
- Sedlár, M., & Gurňáková, J. (2020). Emočná inteligencia, sebahodnotenie, sebaúčinnosť a štýly rozhodovania u zdravotníckych profesionálov. In L. Sabová (Ed.) *Psychologica LI* (pp. 79–88). Bratislava: STIMUL
- Sunshine, J. E., Meo, N., Kassebaum, N. J., Collison, M. L., Mokdad, A. H., & Naghavi, M. (2019). Association of Adverse Effects of Medical Treatment With Mortality in the United States: A Secondary Analysis of the Global Burden of Diseases, Injuries, and Risk Factors Study. *JAMA network open*, 2(1), e187041. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2018.7041>
- Shapiro J. (2002). How do physicians teach empathy in the primary care setting?. *Academic medicine : Journal of the Association of American Medical Colleges*, 77(4), 323–328. <https://doi.org/10.1097/00001888-200204000-00012>
- Shields, A., & Flin, R. (2012). Paramedics' non-technical skills: a literature review. *Emergency Medicine Journal*, 30, 350-354. <https://doi.org/10.1136/emmermed-2012-201422>
- Sibley, A., Latter, S., Richard, C., Lussier, M.T., Roberge, D., Skinner, T.C., Cradock, S. & Zinken, K.M. (2011). Medication discussion between nurse prescribers and people with diabetes: An analysis of content and participation using MEDICODE. *Journal of Advanced Nursing*, 67, 2323–2336. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2011.05686.x>
- Silverman, J., Kurtz, S., & Draper, J. (2013). *Skills for Communicating with Patients*. CRC Press.
- Smith, M. W., Bentley, M. A., Fernandez, A. R., Gibson, G., Schweikhart, S. B., & Woods, D. D. (2013). Performance of experienced versus less experienced paramedics in managing challenging scenarios: a cognitive task analysis study. *Annals of emergency medicine*, 62(4), 367–379. <https://doi.org/10.1016/j.annemergmed.2013.04.026>
- Smolková, A., (2010). *História záchranných súťaží na Slovensku*. Osveta.
- Spitzberg, B. H. (2000). What is good communication? *Journal of the Association for Communication Administration*, 29, 103–119.
- Stewart, M., Brown, J., Donner, A., McWhinney, I., & et al. (2000). The impact of patient-centered care on outcomes. *The Journal of family practice*, 49(9), 796-804.
- Stewart, M., Meredith, L., Brown, J. B., & Galajda, J. (2000). The influence of older patient-physician communication on health and health-related outcomes. *Clinics in geriatric medicine*, 16(1), 25–viii. [https://doi.org/10.1016/s0749-0690\(05\)70005-7](https://doi.org/10.1016/s0749-0690(05)70005-7)

- Stoyanova, R. G., Rayacheva, R. D., & Dimova, R. T. (2012). Economic aspects of medical errors. *Folia Medica*, 54(1), 58-64. <https://doi.org/10.2478/v10153-011-0079-5>
- Šeblová, J. (2011) Komunikace a etika v urgentní medicíně. In R. Ptáček, P. Bartůněk, a kol. (Eds.). *Etika a komunikace v medicíně*. (s. 209-220). Grada Publishing.
- Špatenková, N., Dohnal, D., Dohnalová, D., Ivanová, K., Klen, Š., Možíšová, A., Pešáková, K., et al. (2017). *Krize a krizová intervence*. Grada Publishing.
- Thiedke, C. C., (2007). What do we really know about patient satisfaction? *Family Practice Management*, 14 (1), 33-36.
- ÚDZS. (2019). *Správa o činnosti Úradu pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou za rok 2019*. Dostupné na: [tinyurl.com/2s3n6yxa](http://tinyurl.com/2s3n6yxa)
- ÚDZS. (2020). *Správa o činnosti Úradu pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou za rok 2020*. Dostupné na: <https://tinyurl.com/5n6sadj3>
- ÚDZS. (2021). Práva a povinnosti vo vzťahu k poskytovateľovi zdravotnej starostlivosti. Dostupné na: <https://tinyurl.com/d8j6y97y>
- Uhrecký, B. (2021). Zvládanie únavy v profesii zdravotníckych záchranárov. In Seitl, M., Viktorová, L., Hypšová, P. (Eds.). *Psychologie práce a organizace 2021: Inovace – výzkum a aplikace*. Sborník příspěvků z 20. mezinárodní konference. Univerzita Palackého v Olomouci. (s. 200-208). <https://doi.org/10.5507/ff.21.24460277>
- Uhrecký, B., & Gurňáková, J. (2018). Úloha emócií a emočnej regulácie zdravotníckych záchranárov v rôznych typoch situácií. In E. Maierová, L. Viktorová, J. Suchá, M. Dolejš (Eds.), *PhD existence 2018 "Nekonečno v psychologii": Sborník příspěvků*, (s. 248-254), Olomouc : Univerzita Palackého v Olomouci.
- Uhrecký, B., & Gurňáková, J. (2020). Kvalitatívna analýza motivácie veliteľov posádok záchranej zdravotnej služby v simulovanej úlohe. In L. Sabová (Eds.), *Psychologica LI*, (s. 101-107). Bratislava: STIMUL.
- Uhrecký, B., Gurňáková, J., & Baránková, M. (2020). Emotion regulation strategies in paramedic crew leaders during a simulated stressful Task: A qualitative inquiry. *Studia psychologica*, 62(2), 89-108.
- Veselá, K. (2021a). Prevencia výskytu ľudských pochybení v medicíne. In Dobiáš, V. a kol. *Urgentná medicína: prednemocničná, nemocničná, pre dospelých a deti*. (s. 1053-1057). Osveta.
- Veselá, K. (2021b). Komunikácia v tíme. In Dobiáš, V. a kol. *Urgentná medicína: prednemocničná, nemocničná, pre dospelých a deti*. (s. 1048-1052). Osveta.

- Vevera, J. (2011) Komunikace s agresivním pacientem. In R. Ptáček, P. Bartůněk, a kol. (Eds.). *Etika a komunikace v medicíně*. (s. 381-389). Grada Publishing.
- von Wyl, T., Zuercher, M., Amsler, F., Walter, B., & Ummenhofer, W. (2009). Technical and non-technical skills can be reliably assessed during paramedic simulation training. *Acta anaesthesiologica Scandinavica*, 53(1), 121–127. <https://doi.org/10.1111/j.1399-6576.2008.01797.x>
- Vymětal, J. (2003). *Lékařská psychologie*. Portál.
- Vymětal, J. (2008). *Průvodce úspěšnou komunikací: Efektivní komunikace v praxi*. Grada Publishing.
- Výrost, J. & Slaměník, I. (2008). *Sociální psychologie*. Grada Publishing.
- Wagner, P. J., Lentz, L., & Heslop, S. D. (2002). Teaching communication skills: a skills-based approach. *Academic medicine : journal of the Association of American Medical Colleges*, 77(11), 1164. <https://doi.org/10.1097/00001888-200211000-00031>
- Wachter, R. M. (2013). Personal accountability in healthcare : searching for the right balance. *BMJ Quality and Safety*, 22, 176–182. <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2012-001227>
- Walker, S., Brett, S., McKay, A., Lambden, S., Vincent, C., & Sevdalis, N. (2011). Observational Skill-based Clinical Assessment tool for Resuscitation (OSCAR): development and validation. *Resuscitation*, 82(7), 835–844. <https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2011.03.009>
- West, M.A. (2004). *Effective Teamwork—Practical Lessons from Organizational Teamwork*. Blackwell, USA.
- Whelehan, D.F., Conlon, K. C., Ridgway, P. F. (2020). Medicine and heuristics: cognitive biases and medical decision-making. *Irish Journal of Medical Science*, 189, 1477-1484. <https://doi.org/10.1007/s11845-020-02235-1>.
- Williams, S., Weinman, J., & Dale, J. (1998). Doctor-patient communication and patient satisfaction: a review. *Family practice*, 15(5), 480–492. <https://doi.org/10.1093/fampra/15.5.480>
- Włoszczak-Szubzda, A., Jarosz M. J., Goniewicz, M. (2013). Professional communication competences of paramedics – practical and educational perspectives. *Annals of Agricultural and Environmental Medicine*, 20(2), 366–372.
- Worden, W. (2013). *Smútkové poradenstvo a smútková terapia*. Vydavateľstvo F, Pro mente sana, s.r.o.
- Yule, S., Rowley, D., Flin, R., Maran, N., Youngson, G., Duncan, J., & Paterson-Brown, S. (2009). Experience matters: comparing novice and expert ratings of non-technical skills



- using the NOTSS system. *ANZ journal of surgery*, 79(3), 154–160.  
<https://doi.org/10.1111/j.1445-2197.2008.04833.x>
- Zachariae, R., Pedersen, C. G., Jensen, A. B., Ehrnrooth, E., Rossen, P. B., & von der Maase, H. (2003). Association of perceived physician communication style with patient satisfaction, distress, cancer-related self-efficacy, and perceived control over the disease. *British Journal of cancer*, 88(5), 658–665. <https://doi.org/10.1038/sj.bjc.6600798>
- Zákon č. 579/2004 Z. z. o záchranej zdravotnej službe - znenie predpisu od 15.06.2018  
Dostupné na: <https://www.epi.sk/zz/2004-579/znenie-20180615#p1-1>
- Zákon č. 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti - znenie predpisu od 01.07.2018. Dostupné na: <https://www.epi.sk/zz/2004-576/znenie-20180701#p2-1>
- Zsombok, C. E., & Klein, G. (Eds.). (1997). *Naturalistic decision making*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.

## Prílohy

### Príloha 1

#### *Informovaný súhlas*

Vážená účastníčka, vážený účastník výskumu,

ďakujeme za Vašu ochotu a čas, ktorý venujete svojou účasťou v tomto výskume. Vo výskume v podobe online rozhovoru budeme mapovať Vaše skúsenosti v komunikácii s rôznymi typmi pacientov. Tento výskum je súčasťou projektu VEGA 2/0070/18 „Kognitívne a sociálne zručnosti podporujúce kvalitu rozhodovania a celkového výkonu práce u členov posádok záchranej zdravotnej služby“.

Rozhovor sa bude realizovať vo vopred dohodnutom čase v priebehu mesiacov október - december 2021 prostredníctvom platformy Zoom a bude nahrávaný. Orientačná dĺžka trvania rozhovoru by mala byť cca 1,5 - 2 hodiny. Účasť vo výskume je dobrovoľná a bude odmenená darčkovými poukážkami v hodnote 30 Eur. V prípade, že máte záujem o odmenu za účasť vo výskume, bude potrebné uviesť aj poštovú adresu, na ktorú budú darčkové poukážky doručené. Vaše osobné údaje, ktoré za týmto účelom poskytnete, budú uchovávané oddelene od záznamu rozhovoru tak, aby bola chránená anonymita Vás aj Vašich pacientov.

Zaväzujeme sa nakladať s Vami poskytnutými údajmi podľa princípov Etického kódexu SAV a Zákona č. 18/2018 Z. z. o ochrane osobných údajov. Zistenia z tejto štúdie budú publikované na odborných podujatiach, v dizertačnej práci a vo vedeckých publikáciách ÚEP CSPV SAV.

#### Podmienky účasti vo výskume:

- Minimálna prax – 3 roky v ZZS na pozícii zdravotnícky záchranár v RZP/RLP alebo lekár ZZS v RLP.
- Preferujeme záujemcov v aktívnej službe.

Kontakt na výskumníkov:

Mgr. Denisa Marcinechová; denisa.marcinechova@savba.sk

Mgr. Jitka Gurňáková, PhD.

Ústav experimentálnej psychológie, CSPV, Slovenská akadémia vied, Dúbravská cesta 9, Bratislava 84104

## Príloha 2

### *Evidenčný list podaní smerujúcich proti práci ZZS*

#### **Základné údaje o prípade**

Organizácia/ pobočka ÚDZS, ktorá podnet rieši: .....pod č. PO..... /201...

Dátum prijatia/doručenia podania na príslušnú pobočku: .....

Podávateľ podnetu: pacient\*, príbuzný pacienta\*, iné .....

Poskytovateľ ZZS proti, ktorému podnet smeruje: .....

Proti komu konkrétne podnet smeruje: celá posádka\*, záchranár\*, lekár\*, iné .....

Dátum a čas poskytovania ZS zo strany ZZS:

.....

Lokalita (mesto a ulica) poskytovania ZS/výjazdu:

.....

#### **Prítomnosť podávateľa podnetu na mieste predmetnej udalosti :**

\*informácie z prvej ruky - podávateľ je súčasne pacient,

\*informácie z druhej ruky – podávateľ bol očitým svedkom udalosti,

\*informácie z tretej ruky - o priebehu udalosti sa podávateľ dozvedel sprostredkovaním

#### **Predmet podnetu (na čo sa sťažuje podávateľ podnetu) :**

.....  
.....  
.....  
.....

#### **Čo žiada podávateľ podnetu:**

\*Prešetrenie jeho podania, \*Odškodné, \*Iné: .....

#### **Špecifické okolnosti výjazdu ZZS**

Výzva z OS/Dôvod výjazdu ZZS - náhle zhoršenie stavu pacienta\*, úraz\*, dopravná nehoda\*,

bezvedomie\*, intoxikácia\*, zhoršenie chronického stavu\*, iné\* .....

.....

**Prostredie poskytovania ZS** : domácnosť pacienta\*, pracovisko pacienta\*, ulica\*, iné\*:

.....

**Vek, pohlavie a objektívny stav pacienta:**

.....

.....

.....

**Priebeh zásahu** (napr. realizované vyšetrenia, postup, liečba, transport):.....

.....

.....

.....

**Špecifické okolnosti , ktoré mohli konanie posádky ovplyvniť - ak z podania vyplývajú**

(napr. informácie z KOS, \* špecifickosť lokality, \* poveternostná situácia, \* sociálne prostredie na mieste udalosti, \* ohrozenie vlastnej bezpečnosti, \*iné) .....

.....

**Stanovisko skupiny vykonávajúcej dohľad:**

Podnet/podanie bolo dňa ..... vyhodnotené ako \*opodstatnené / \*neopodstatnené

\*odložené ad acta (uviesť dôvod).....

\*postúpené na riešenie inej organizácii (uviesť torej).....

z dôvodu (uviesť dôvod ostúpenia).....

**V čom spočívalo zistené pochybenie ZZS:**

.....

.....

.....

.....

**Záver prešetrenia podnetu :**

Poskytovateľovi ZS bola uložená povinnosť prijať nápravné opatrenia: Áno\*/nie\*

Poskytovateľ ZS prijal nápravné opatrenia: Áno\*/Nie\*

Poskytovateľovi ZS bola\*/nebola\* v správnom konaní prvostupňovým správnym orgánom uložená sankcia.

V prípade podaného rozkladu 2. st. správny orgán prvostupňové správne rozhodnutie:

potvrdil,\* zrušil a vec vrátil 1.st. správnomu orgánu \*, zmenil \* tak, že

.....

### Príloha 3

#### Charakteristiky analyzovaných prípadov podaní na prešetrenie poskytnutej zdravotnej starostlivosti Úradu pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou.

| ID       | hlásenie udalosti (dojazdový čas) | Situácia na mieste  | Predmet podania (na koho podanie smeruje <sup>5</sup> )  | Ďalší vývoj stavu pacienta  |
|----------|-----------------------------------|---|--|---|
| 1        | 12:16<br>(15 min)                 | 4 ročné dieťa, dievča – úraz, pád na zem z výšky 1,2 metra hlavou dole, zle reaguje - spavá, plačlivá. Matka v 8. mesiaci rizikového tehotenstva.                                 | dlhé čakanie na ZZS + prístup záchranárky pri zásahu - bagatelizovanie príznakov dieťaťa, odmietanie prevozu do nemocnice, odmietnutie pomoci s prenesením dieťaťa do sanitky matke v 8. mesiaci rizikového tehotenstva, negatívne ovplyvnenie času čakania na urgentnom príjme (ZN) | od pádu po diagnostiku silného otrasu mozgu, mäkkého opuchu lebky a zlomenej kľúčnej kosti dieťaťa prešlo 2,5 hodiny - potvrdené pochybenie   |
| 2        | 18:16                             | 35 ročný muž, onkologický pacient v ten istý deň prepustený z nemocnice po cykle chemoterapie domov, náhle bolesti na hrudníku a v ramenách, nepokoj, úzkosť                      | podcenenie vyšetrenia - len meranie tlaku, nie EKG, záchranár pripísal symptómy hysterického záchvatu, pacienta ponechal na mieste, v prípade zhoršenia odporučil navštíviť pohotovosť na mieste, kde nefunguje. (Z)   | pacient doma hodinu po odchode posádky odpadol, napriek hodinovej resuscitácii rodičov a následne privolanej ZZS zomrel na infarkt myokardu v dôsledku upchatia koronárnej cievy trombom – potvrdené pochybenie |
| 3a<br>3b | 15:30                             | 74 ročný muž na začiatku COVID-ového obdobia (február 2020), 2 dni kolísavé teploty, diabetik, onkologický pacient s mnohými ďalšími diagnózami                                   | 1. Výjazd - venovanie sa administratíve a nie vyšetreniu pacienta, odmietnutie podania infúzie, predpísania antibiotík; 2. výjazd - záujem o administratívu, nezáujem o vyšetrenie pacienta, po odmietnutí hospitalizácie náhle zhoršenie stavu - KPR, (Z)                           | pacient zomrel počas zásahu ZZS   |
| 5        | 17:42 (27 minút, dve vozidlá)     | 19 ročný muž skolaboval, oživovali ho rodičia – zomrel pred príchodom ZZS   | neskorý príchod ZZS na miesto, neprofesionálne správanie operátora tiesňovej linky 155 (ON)  | pacient zomrel pred príchodom ZZS   |
| 10       | 16:30 (cca hodina)                | 69 ročný muž, bolesti na hrudi  | dlhé čakanie na ZZS aj s urgenciou, vyslanie posádky bez lekára (OZ)   | neuveденé   |
| 15       | 22:35 (4 min)                     | 61 ročný muž, astmatik, vážne ťažkosti s dýchaním - astmatický záchvat  | neskorý príchod, hľadanie adresy, neúspešná KPR, nekompetentná (OZN)   | stav po KPR, kóma, edém mozgu, o 3 dni úmrtie v nemocnici   |
| 9        | 8:25                              | Predčasný pôrod 18 ročnej rodičky v 29. týždni gravidity v domácom prostredí - špecifická lokalita, zrejme rómska osada; ošetrovanie na mieste, transport do ústavného zariadenia | oneskorený príchod a vstup do domu (záchranárke vraj prišlo zle), po pôrode údajne živý novorodenec bez adekvátneho vyšetrenia vyhlásený za mŕtveho, nezrovnalosti v dokumentácii o čase jeho úmrtia (ZN)  | novorodenec mŕtvy, sporný čas jeho úmrtia spôsobil podávateľom komplikácie na matrike a pri uplatňovaní nároku na príspevok pri narodení dieťaťa  |

<sup>5</sup> Na koho bolo smerované podanie: V – všeobecný lekár, O – operátor, Z – posádka ZZS, N – nemocnica

|     |                    |  |  |   |
|-----|--------------------|--|--|---|
| 17  | cca<br>19:45       | 89 ročná žena, pacientka zanedbaná, žije v špine, dcéra sa údajne vôbec nestará - spadla ráno, pri príchode záchranky leží na bruchu, záchranka privolaná večer o cca 19:50, poranenie členka a nohy bližšie neurčené  | ponechanie pacientky na lehátku nezaistenom ohrádkou pred ambulanciou na CPO. Keď pacientka chcela zmeniť polohu, lehátko sa následkom jej pohybu prevrátilo - utrpela zlomeniny nôh, ľavej ruky a pohmoždenie s tržnými ranami na tvári. (ZN) | po operácii nôh sa pridružili následné zápalové komplikácie pľúc a tráviaceho traktu s dlhotrvajúcim priebehom, výskyt nemocničnej nákazy klostridiovej enterokolitídy, neskôr sepsa s následkom úmrtia |
| 14a | 9:21<br>(14 minút) | 79 ročná žena, tachyfibrilácia 160´  | nevhodný prístup a komunikácia lekárky a záchranárky, pacientku netransportovali do nemocnice (Z)  | na druhý deň - s veľkými ťažkosťami za obvodnou lekárkou, na nasledujúci deň - vyšetrenie kardiológa - nariadený akútny príjem do nemocnice   |
| 14b | 20:36<br>(4 min)   | 79 ročná žena, ťažkosti neuvedené. Podľa záznamu zasahujúcej posádky nahlasovateľka (dcéra pacientky) pod vplyvom alkoholu, na posádke RZP arogantná, na otázky ohľadom zdravotného stavu pacientky sa vyjadruje odmerane, tenzne  | komunikácia záchranára a necitlivý spôsob vyšetrenia (uvedené ako doplnok ku sťažnosti na starostlivosť v nemocnici) (ZN)  | úmrtie nesúvisiace priamo s výjazdom - o 36 dní po hospitalizáciách - úmrtie na nozokomiálnu uroinfekciu v nemocnici  |
| 21  | 4<br>výjazdy       | 58 ročná žena, dlhodobo neschopná rozprávať, otvárať ústa, prehĺtať ani kašľať, mentálne a vôľovo absolútne v poriadku, s rodinou komunikuje písomne, výživa cez PEG (tekutá strava) – momentálne dusenie, ťažkosti s dýchaním, nemôže vykašľovať hlieny; do 24 hodín 4 výjazdy ZZS, prvý raz ponechaná doma, následne 2 x transport do nemocnice - presúvanie pacientky cez rôzne vyšetrenia a oddelenia, poslaná domov | prehadzovanie pacienta z oddelenia na oddelenie, arogancia lekárky (ZN)  | tri hodiny po návrate z nemocnice kardiorepiračné zlyhanie, laická KPR + 4. výjazd ZZS - cca 50 minút KPR - prevoz na ARO, úmrtie cca o hodinu.   |

|    |                 |  |   |   |
|----|-----------------|--|---|---|
| 11 | 12:02           | 45 ročný muž - pôvodne opuch krku a bolesti, obvodný lekár bez poriadneho vyšetrenia predpísal penicilín, večer zhoršenie - bolesti hrudníka a chrbta. 1. volanie na LTV - uistenie, že to je normálne a že lieky zaberú až do 48 hodín, že je zbytočné poslať záchrannú službu. V noci - bolesti, kŕče, na druhý deň sa stav zhoršil - silná bolesť na prsiach a v chrbte; 2. volanie na druhý deň - vyšetrenie, liečba na mieste, bez zlepšenia stavu - následný transport | prvé volanie - odmietnutie vyslania ZZS, na druhý deň nové volanie - posádka neskorej príchod, arogantné správanie, neprofesionalita, bagatelizovanie stavu pacienta, ktorý sa neskôr ukázal ako vážny (VOZ)  | Po prevezení do nemocnice urýchlený prevoz do kardiocentra pre možný infarkt; následne infarkt vylúčený, silný zápal krvi a zápal pľúc (údajne smrteľné CRP 363,96) - prevoz na drenáž hrudníku, septický šok, po 4 dňoch ešte pretrvávajúci kritický stav pacienta |
| 20 | 18:33-19:53     | 41 ročný muž, pacient s psychiatrickou anamnézou, depresívny - bezvedomie, intoxikácia liekmi a alkoholom; transport do nemocnice  | postup posádky RLP pri poskytovaní ZS pacientovi pri intoxikácii, nevhodné správanie a komunikácia vodiča (ZN)  | v nemocnici zástava obehu, KPR, mozgová smrť  |
| 18 | 13:27           | 52 ročná žena, hluchonemá, tlmočí jej sestra. Dyspnoe, stenokardie; fyzikálne vyšetrenie, transport do ústavného zariadenia  | podanie bolo mierené na poskytnutie starostlivosti v nemocnici. Podnet bol rozšírený aj na činnosť ZZS na základe požiadavky konzultanta ÚDZS (N)   | Úmrtie v nemocnici  |
| 19 | 7:40-11:00      | 63 ročný muž, sekundárny prevoz, kvadruplegický muž, zhoršené dýchanie, desaturácia, prevoz RZP z ODCH do ambulancie OAIM za účelom znovuzavedenia tracheostomickej kanyly; počas návratu náhla zástava dýchania, asystólia, privolaná RLP, KPR neúspešné - smrť   | žiada prešetriť, či bol pacient prevážaný v sprievode lekára vzhľadom na vážny stav, ťažkosti s dýchaním a úmrtie v sanitke (+ ďalšie otázky týkajúce sa manažmentu pacienta v ústavnom zariadení) (ZN)   | Pacient zomrel počas sekundárneho transportu  |
| 6  | 15:00 (9 minút) | 82 ročný muž, kolaps pacienta s Alzheimerovou demenciou, menej pil, tretí deň "bol slabší"; stav hodnotený ako opakovaný prekolapsový stav, podaná liečba, podľa manželky bol stav upravený, ponechanie doma. Podľa posádky manželka akýkoľvek pád ani úraz neudávala.   | v dokumentácii vraj posádka uviedla, že pacient "sa na nič nesťažuje" čo znie rodine absurdne, nakoľko bol pacient dementný a nedokázal reagovať. Pri zásahu RLP pacient nebol prevezený do nemocnice na ďalšie vyšetrenie; záchranná služba neuviedla do dokumentácie, že kolaps pacienta bol spojený s jeho pádom na podlahu (ZN) | o dva dni potom postupné zhoršovanie stavu v <i>nadväznosti na pád zo dňa 1. zásahu</i> . Prevezený do nemocnice, oneskorená diagnostika, odloženie operácie mozgu na odstránenie následkov krvácania v dôsledku ďalších komplikácií - pravostranná hemiparéza      |

|    |   |  |  |   |
|----|---|--|--|---|
| 7  | 13:54 (10 minút)  | 53 ročná žena, synkopa a kolaps, udávala silné bolesti v krčnej chrbtici, krku, vracala, 1 x ju prehnelo, neurologicky bez lateralizácie, užila ataralgin, podľa nahlasovateľa silné bolesti hlavy, dlhé čakanie; vyšetrenie, podaná liečba, stav diagnosticky zhodnotený ako M53.0 - cervikokraniálny syndróm, pacientka ošetrovaná doma, poučená, stav nezmenený.  | dlhé čakanie na posádku - vraj 4 hodiny (volala o 11:00 a oni prišli o 15:00, ale posádka dostala vyslanie až okolo 14:00 a prišla do 10 minút), So silnými bolesťami hlavy ju nepreviezli ju do nemocnice - došlo k omeškaniu. Avšak podľa záznamu šlo o bolesť krku, nie hlavy, začala od 12:00 a posádka tam bola hneď – protichodné, nepresné informácie z tretej ruky (OZN) | pretrvávajúce bolesti hlavy, prevoz manželom do nemocnice, zistené krvácanie do mozgu - úmrtie po 31 dňoch po opakovaných operáciách mozgu a následných komplikáciách (nemocničné nákazy) |
| 8  | 15:44:00; 18:51 - dva výjazdy                                 | 70 ročný muž, náhla slabosť, podlamujúce sa kolená, nevládnosť, nezrozumiteľná reč, strácanie vedomia, bolesť v zadnej časti hlavy a krčnej chrbtice, sťažené dýchanie - pacient po prekonanom NSTEMI, závislý na alkohole, nikotinizmus, non compliance k liečbe, po príchode posádky už zlepšenie reči, základné vyšetrenie, odobraná krv na rozbor, nízky tlak, infúzia - vyhodnotený ako hypovolémia a dehydratácia; | zhoršenie stavu otca, preverenie správnosti postupu - či sa nedalo urobiť viac pre záchranu jeho otca (Z)  | Pacient zomrel počas zásahu ZZS   |
| 12 | 12:41   | 68 ročný muž, pacient v minulosti 2 x prekonal hemoragickú NCMP, aktuálne silné bolesti hlavy s poruchami motoriky a rovnováhy; vyšetrenie, podané anxiolytikum, ponechanie na adrese  | neprofesionalita a neetický prístup lekárky ZZS. Pacientovi po CMP s bolesťami hlavy, poruchami motoriky a rovnováhy nepodala žiadnu liečbu, nebola ochotná ho zobrať do nemocnice (Z)   | o niekoľko hodín neskôr zhoršenie celkového zdravotného stavu, po prevoze inou posádkou na CT potvrdené krvácanie do mozgu  |
| 13 | 5:25 (udáva 20 min, ale čas dojazdu je hlásený o 15 min skôr) | 59 ročný muž s Alzheimerom, údajne jasné príznaky mozgovej príhody, pacient s ťažkou obezitou, amputovaná noha, somnolentný; fyzikálne vyšetrenie, liečba, neurologický nález po úprave TK a Sat. O2 bol normálny, následne transport do nemocnice, vyžadujúci spoluprácu HaZZ na naloženie do vozidla   | drzí neprofesionálny prístup lekára, napriek jasným znakom NCMP konštatoval chrípku a vyčerpanie + poznámky na veľkú váhu pacienta, len ho štípal, aby komunikoval (ZN)  | CT v nemocnici potvrdilo NCMP, o 2 dni pacient upadol do kómy, o 7 dní úmrtie na následky NCMP  |
| 16 | 12:12 (7 min)   | 80 ročný muž, náhla nevoľnosť, podozrenie manželky na NCMP   | poskytnutá starostlivosť - že prišla RZP bez lekára + rýchlosť odvozu NCMP (OZN)   | nevedno - NCMP  |



## Príloha 4

### *Skúsenosti pacientov a ich blízkych so zásahom ZZS*

V tomto dotazníku nás zaujímajú Vaše skúsenosti, očakávania, potreby a spokojnosť s priebehom zásahu zdravotnej záchranej služby (ZZS), pri ktorom ste boli aspoň v jednej jeho časti osobne prítomný. Ak máte takých skúseností viac, vyberte z nich prosím také, v ktorých ste boli s postupom zdravotníkov najviac alebo najmenej spokojní a popíšte ich čo najpodrobnejšie podľa nasledujúcich otázok. Pre každú situáciu vyplňte samostatný dotazník. Vaše odpovede môžu byť cenným zdrojom informácií o možnostiach skvalitňovania práce ZZS.

Tento dotazník je anonymný, ale pre účely jeho vyhodnotenia je potrebné uviesť tieto základné údaje:

1. Váš vek
2. Pohlavie: Muž Žena
3. Najvyššie dosiahnuté vzdelanie

Základné

Stredoškolské

Vysokoškolské

Iné.....

4. Označte prosím svoju úlohu v situácii zásahu ZZS, ktorú ste vy osobne zažili

Pacient

Príbuzný pacienta

Známy pacienta

Náhodný svedok

iné

5. Kedy a kde sa udalosť odohrala? (približný rok, mesiac a prostredie – napr. v byte, v škole, na ulici.. )

Prejdite si prosím v duchu ako sa celá tá situácia odohrala – od jej začiatku až do konca a popíšte svojimi slovami jej priebeh tak, ako ste ho vtedy vnímali, podľa nasledujúcich otázok:

6. Čo presne sa stalo, kvôli čomu bola kontaktovaná ZZS?
7. Čo konkrétne ste od kontaktovania ZZS očakávali/potrebovali?
8. Ak ste volali na linku 155 alebo 112, na stupnici od 1 do 5 označte prosím úroveň, nakoľko ste boli spokojní s priebehom tohto rozhovoru a prečo?

- 1 veľmi nespokojný;
- 2 prevažne nespokojný;
- 3 neutrálne (ani spokojný/aní nespokojný);
- 4 prevažne spokojný;
- 5 veľmi spokojný

Prečo?

9. Ako dlho ste čakali na príchod posádky ZZS?
10. Čo ste robili, ako ste sa cítili, kým prišla posádka ZZS?
11. Na stupnici od 1 do 5 označte prosím úroveň, nakoľko ste boli spokojný s rýchlosťou príchodu ZZS a prečo?

- 1 veľmi nespokojný;
- 2 prevažne nespokojný;
- 3 neutrálne (ani spokojný/aní nespokojný);
- 4 prevažne spokojný;
- 5 veľmi spokojný

Prečo?

12. Na tomto mieste popíšte čo najobjektívnejšie, ako prebiehal samotný zásah ZZS – od príchodu posádky ZZS na miesto až po jej odchod, resp. odovzdanie pacienta do nemocnice. (čo presne sa dialo, čo robili jednotliví členovia posádky ZZS, ako jednali s Vami, s pacientom, jeho blízkymi, so svedkami udalosti).

13. Na nižšie uvedenej škále označte prosím, nakoľko ste boli spokojný s tým, **ako túto situáciu riešila a ako sa správala privolaná posádka ZZS**

- 1 veľmi nespokojný;
- 2 prevažne nespokojný;
- 3 neutrálne (ani spokojný/ani nespokojný);
- 4 prevažne spokojný;
- 5 veľmi spokojný

Popíšte prosím čo najpodrobnejšie, s čím konkrétne ste boli spokojný?

S čím konkrétne ste boli nespokojný?

Čo vám v tejto situácii zo strany ZZS chýbalo, prípadne čo by sa dalo urobiť lepšie?

Ďakujeme Vám za Váš čas strávený odpovedaním na tieto otázky. Vaše odpovede môžu prispieť k skvalitňovaniu práce ZZS.

## Abstrakt

### Význam komunikácie s pacientom a jeho blízkymi v zásahoch záchranej zdravotnej služby

*J. Gurňáková, D. Marcinechová*

Monografia sumarizuje súčasný stav poznania o komunikácii s pacientom pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti a na základe troch pôvodných kvalitatívnych výskumných štúdií analyzuje špecifický význam rôznych aspektov celkového správania a komunikácie zdravotníckych záchranárov a lekárov ZZS s pacientom, jeho blízkymi alebo náhodnými svedkami v zásahu ZZS. Schopnosť komunikácie s pacientom predstavuje jednu z kľúčových netechnických (kognitívnych a sociálnych) zručností pre poskytovanie zdravotnej starostlivosti. Popisuje špecifiká práce posádok ZZS a upozorňuje na niektoré možnosti zvyšovania jej kvality a bezpečnosti. V prvej štúdii definuje význam, ciele a základné princípy komunikácie s pacientom z pohľadu zdravotníckych záchranárov a lekárov ZZS. Druhá štúdia predstavuje pohľad na význam komunikácie posádky ZZS s pacientom a jeho blízkymi z opačnej strany – prostredníctvom analýzy reálnych podnetov na prešetrenie kvality poskytnutej neodkladnej prednemocničnej zdravotnej starostlivosti, adresovaných Úradu pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou. Tretia štúdia prináša detailnejší popis tých aspektov komunikácie a celkového správania posádok ZZS, od ktorých sa odvíja spokojnosť jej pacientov, ich blízkych alebo náhodných svedkov udalosti.

*Kľúčové slová:* Komunikácia, Netechnické zručnosti, Pacient, Záchranná zdravotná služba, ZZS.

## Abstract

### The role of communication with the patient and relatives in EMS emergencies

*J. Gurňáková, D. Marcinechová*

The monograph summarizes the current state of knowledge about communication with the patient in healthcare. Based on three qualitative research studies, it analyses the specific importance of various aspects of behaviour and communication of paramedics and physicians with the patient, relatives, or accidental witnesses. The ability to communicate with the patient is one of the key non-technical (cognitive and social) skills for providing healthcare. It describes the specifics of EMS crews' work and points out certain options for increasing the quality and safety. The first study defined the meaning, goals, and basic principles of communication with the patient from the paramedics and physicians' perspective. The second study provided insight into the importance of EMS crew communication with the patient and their relatives from the other side – through the analysis of real initiatives to investigate the quality of emergency pre-hospital care, which were addressed to the Health Care Surveillance Authority. The third study provided a more comprehensive description of those aspects of communication and overall behaviour of EMS crews, on which the satisfaction of patients, relatives, or accidental witnesses was dependent.

*Keywords:* Communication, Non-technical skills, Patient, Emergency Medical Services, EMS.

## O autorkách

### **Mgr. Jitka Gurňáková, PhD.**

Štúdium psychológie absolvovala na FiF UK v Bratislave (1999) a doktorandské štúdium na Ústave experimentálnej psychológie Slovenskej akadémie vied (2004), kde ako samostatná vedecká pracovníčka pôsobí dodnes. Popri vedecko-výskumnej práci sa priebežne vzdeláva v psychoterapii (PCA, 1999 - 2004), krízovej intervencii (2008 - 2009), postupoch eliminovania nepriaznivých následkov traumatizujúcich udalostí (Traumatic Incident Stress Reduction, 2019) a spracovania stresu (Trauma Releasing Exercises, 2021-2022). Praktické skúsenosti získavala popri akademickej práci ako členka tímu psychosociálnej intervencie pri udalostiach s hromadným postihnutím osôb (2008-2009), psychológ Krajského operačného strediska ZZS v Bratislave (2009-2010) ako aj v individuálnej práci s klientami. Od roku 2009 sa v rámci práce na ÚEP CSPV SAV v Bratislave venuje najmä výskumu netechnických zručností pracovníkov záchranej zdravotnej služby. Je vedúcou riešiteľkou projektu VEGA 2/0070/18 „Kognitívne a sociálne zručnosti podporujúce kvalitu rozhodovania a celkového výkonu práce u členov posádok záchranej zdravotnej služby“ a školiteľkou študentov PhD. štúdiá. Ako pozorovateľ a výskumník sa pravidelne zúčastňuje súťaží posádok ZZS. Výsledky svojej práce publikuje vo vedeckých časopisoch, monografiách a na odborných podujatiach z oblasti psychológie a urgentnej medicíny. Ako externý lektor sa podieľa na odbornej príprave zdravotníckych operátorov OS ZZS SR a lekárov urgentnej medicíny na Katedre urgentnej medicíny SZU v Bratislave.

### **Mgr. Denisa Marcinechová**

Štúdium psychológie absolvovala na Filozofickej fakulte Trnavskej univerzity v Trnave (2019). V súčasnosti pôsobí ako doktorandka na Ústave experimentálnej psychológie, v Centre spoločenských a psychologických vied, Slovenskej akadémie vied v Bratislave a na Katedre psychológie FF TU v Trnave, kde v rámci pedagogickej činnosti, vedie semináre Všeobecnej psychológie a záverečné bakalárske práce študentov. Je spoluriešiteľkou projektu VEGA 2/0070/18 „Kognitívne a sociálne zručnosti podporujúce kvalitu rozhodovania a celkového výkonu práce u členov posádok záchranej zdravotnej služby“. V rámci svojej dizertačnej práce sa pod vedením prvej autorky monografie zameriava na výskum komunikácie pracovníkov záchranej zdravotnej služby s pacientmi a ich blízkymi. Medzi jej odborné záujmy patrí tiež téma hanby a viny, ktoré skúmala v rámci problematiky psychológie odpustenia či sexuality. Praktické skúsenosti získavala ako psychológ v DSS v Bratislave (2020), kde sa zameriavala na individuálne poradenstvo a psychologickú intervenciu pri akútnych stavoch psychickej záťaž klientov.

NÁZOV: Význam komunikácie s pacientom a jeho blízkymi v zásahoch záchranej zdravotnej služby

ROZSAH PUBLIKÁCIE: 11,22 AH

AUTORI: Mgr. Jitka Gurňáková, PhD. (8,06 AH), ÚEP CSPV SAV, Bratislava

Mgr. Denisa Marcinechová (3,16 AH), ÚEP CSPV SAV, Bratislava

RECENZENTI: Doc. PhDr. Ľubor Pilárik, PhD. (1.-8. kapitola)

Mgr., PaedDr. Erika Jurišová, PhD (1.-8. kapitola)

GRANTOVÁ PODPORA: VEGA 2/0070/18 „Kognitívne a sociálne zručnosti podporujúce kvalitu práce v posádkach záchranej zdravotnej služby“

TECHNICKÁ SPOLUPRÁCA: Pavol Purda

OBÁLKA: Ing. Dáša Kolláriková

JAZYKOVÁ KOREKTÚRA: Publikácia neprešla jazykovou úpravou

VYDAVATEĽ: Ústav experimentálnej psychológie CSPV SAV, Bratislava

TLAČ: EQUILIBRIA, s.r.o.

ROK VYDANIA: 2021

VYDANIE: prvé

POČET STRÁN: 179

NÁKLAD: 200 ks

ODPORÚČANÁ FORMA CITOVANIA: Gurňáková, J., Marcinechová, D. (2021). *Význam komunikácie s pacientom a jeho blízkymi v zásahoch záchranej zdravotnej služby*. Bratislava: Ústav experimentálnej psychológie CSPV SAV

ISBN 978-80-89524-65-5

EAN 9788089524655