

UNIVERZITA PARDUBICE  
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2018

Michaela Brožková

Univerzita Pardubice  
Fakulta zdravotnických studií

Komunikace zdravotnického záchranáře v přednemocniční neodkladné péči

Michaela Brožková

Bakalářská práce

2018

Univerzita Pardubice  
Fakulta zdravotnických studií  
Akademický rok: 2016/2017

**ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE**  
(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Michaela Brožková**  
Osobní číslo: **Z15138**  
Studijní program: **B5345 Specializace ve zdravotnictví**  
Studijní obor: **Zdravotnický záchranář**  
Název tématu: **Komunikace zdravotnického záchranáře v přednemocniční neodkladné péči.**  
Zadávající katedra: **Katedra klinických oborů**

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

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

Rozsah grafických prací: **dle doporučení vedoucího**

Rozsah pracovní zprávy: **35 stran**

Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná/elektronická**

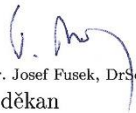
Seznam odborné literatury:

1. DEVITO, Joseph A. **Základy mezilidské komunikace**. 6. vyd. Praha: Grada, 2008. Expert (Grada). ISBN 978-80-247-2018-0.
2. KUTÍNOVÁ, Zdeňka. **Sociální komunikace a její struktura: metodická příručka**. Praha: Centrum pro studium vysokého školství, 2015. ISBN 978-80-86302-48-5.
3. MIKULÁŠTÍK, Milan. **Komunikační dovednosti v praxi**. 2., dopl. a přeprac. vyd. Praha: Grada, 2010. Manažer. ISBN 978-80-247-2339-6.
4. PTÁČEK, Radek a Petr BARTŮNĚK. **Etika a komunikace v medicíně**. Praha: Grada, c2011. Edice celoživotního vzdělávání ČLK. ISBN 978-80-247-3976-2.
5. VYBÍRAL, Zbyněk. **Psychologie komunikace**. Vyd. 2. Praha: Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-387-1.


Vedoucí bakalářské práce: **Mgr. Michal Kopecký**  
Katedra ošetrovatelství

Datum zadání bakalářské práce: **1. prosince 2016**

Termín odevzdání bakalářské práce: **7. května 2018**

  
prof. MUDr. Josef Fusek, DrSc.  
děkan

L.S.

  
Mgr. Jan Pospichal  
vedoucí katedry

V Pardubicích dne 27. února 2018

## **PROHLÁŠENÍ AUTORA**

Tuto práci jsem vypracovala samostatně. Veškeré literární prameny a informace, které jsem v práci využila, jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

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

Beru na vědomí, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb., o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších předpisů, a směrnicí Univerzity Pardubice č. 9/2012, bude práce zveřejněna v Univerzitní knihovně a prostřednictvím Digitální knihovny Univerzity Pardubice.

V Pardubicích dne 18. 4. 2018

Michaela Brožková

## **PODĚKOVÁNÍ**

Tímto bych ráda poděkovala Mgr. Michalovi Kopeckému za odborné vedení mé bakalářské práce, za jeho cenné rady a připomínky. Dále za trpělivost a čas, který mi věnoval. Také bych ráda poděkovala všem zdravotnickým záchranářům, kteří se podíleli na tvorbě praktické části a bez problémů se mnou provedli rozhovory a umožnili mi tím vypracovat praktickou část bakalářské práce.

## **ANOTACE**

Předmětem bakalářské práce je vymezení komunikace a jednotlivých komponent v oblasti přednemocniční neodkladné péči. Praktická část je vedena kvalitativním designem ve formě zúčastněného pozorování komunikačních prvků zdravotnických záchranářů při výjezdu, který je doplněn rozhovorem s jednotlivými záchranáři. V poslední části je práce zaměřena na vyhodnocení získaných dat ve formě myšlenkové mapy. Z průzkumu vzešly výsledky, že nejnáročnější komunikační situace, se kterými se již zdravotničtí záchranáři setkali, jsou s agresivními pacienty, s pacienty pod vlivem návykových látek, s psychiatrickými obtížemi, suicidální pokusy. Nejvíce se obávají komunikace s dětmi a jejich rodiči.

## **KLÍČOVÁ SLOVA**

Komunikace, neverbální komunikace, přednemocniční neodkladná péče, verbální komunikace, zdravotnický záchranář

## **TITLE**

Communication of Paramedics in Prehospital Emergency Care

## **ANNOTATION**

The aim of the Bachelor's thesis is defining communication and individual components in prehospital emergency care. The practical part is carried out in the form of participant observation of communicative elements in paramedics at the ambulance dispatch using qualitative research design which is completed by an interview with individual paramedics. The last part of the thesis is focused on evaluating the obtained data in the form of mind map. The survey has shown that communication with aggressive patients, patients with substance abuse, psychiatric difficulties and suicidal tendencies are among the most demanding situations paramedics have encountered. Paramedics have shown to be afraid of communication with pediatric patients and parents the most.

## **KEYWORDS**

Communication, non-verbal communication, paramedic, prehospital emergency care, verbal communication



# OBSAH

Úvod.....	15
1 Cíle práce .....	16
1.1 Cíle teoretické práce.....	16
1.2 Cíle praktické části .....	16
I. Teoretická část.....	17
2 Stručná charakteristika komunikace, základní pojmy .....	17
2.1 Verbální komunikace .....	18
2.2 Neverbální komunikace .....	19
2.2.1 Funkce neverbální komunikace .....	20
2.2.2 Kulturní rozdíly v neverbální komunikaci.....	21
2.3 Komunikační styly .....	22
2.4 Paralingvistická komunikace .....	22
2.5 Formy komunikace.....	23
3 Komunikace s pacientem v přednemocniční neodkladné péči .....	25
3.1 Přednemocniční neodkladná péče .....	26
3.1.1 Integrovaný záchranný systém.....	27
3.1.2 Výjezdové skupiny ZZS .....	28
3.1.3 Zdravotnický záchranář .....	29
3.2 Komunikace se zdravotnickým operačním střediskem.....	29
3.2.1 Typy zpracování tísňové výzvy .....	30
3.3 Komunikace zdravotnického záchranáře s vybranými skupinami pacientů .....	31
3.3.1 Komunikace s agresivním pacientem .....	31
3.3.2 Komunikace s pacientem odlišné kultury či náboženství.....	33
3.3.3 Projevy a terapie bolesti v kontextu národnosti.....	34
3.3.4 Komunikace s dětským pacientem .....	34
3.4 Krizová komunikace .....	35

II. Praktická část .....	36
4 Cíle praktické části.....	36
4.1 Průzkumné otázky.....	36
5 Metodika .....	37
5.1 Výběr průzkumného vzorku.....	37
5.2 Průběh pozorování .....	37
5.2.1 Záznamový arch.....	37
5.3 Průběh rozhovorů .....	38
5.3.1 Otázky.....	38
6 Prezentace získaných dat .....	39
6.1 Záchranář č. 1 .....	39
6.1.1 Vlastní pozorování.....	39
6.2 Záchranář č. 2.....	41
6.2.1 Vlastní pozorování.....	41
6.3 Záchranář č. 3.....	43
6.3.1 Vlastní pozorování.....	43
6.4 Záchranář č. 4.....	45
6.4.1 Vlastní pozorování.....	45
6.5 Záchranář č. 5.....	47
6.5.1 Vlastní pozorování.....	47
6.6 Záchranář č. 6.....	49
6.6.1 Vlastní pozorování.....	49
6.7 Záchranář č. 7.....	51
6.7.1 Vlastní pozorování.....	51
6.8 Záchranář č. 8.....	53
6.8.1 Vlastní pozorování.....	53
6.9 Záchranář č. 9.....	55

6.9.1	Vlastní pozorování.....	55
6.10	Záchranář č. 10.....	57
6.10.1	Vlastní pozorování.....	57
7	Diskuze.....	59
8	Závěr.....	69
9	Použitá literatura.....	70
10	Přílohy.....	73

## **SEZNAM ILUSTRACÍ A TABULEK**

Obrázek 1 – Odpovědi respondentů na otázku č. 1 .....	60
Obrázek 2 – Odpovědi respondentů na otázku č. 2 .....	61
Obrázek 3 – Odpovědi respondentů na otázku č. 3 .....	62
Obrázek 4 - Odpovědi respondentů na otázku č. 4 .....	63
Obrázek 5 - Odpovědi respondentů na otázku č. 5 .....	64
Tabulka 1 Přehled zkoumaných komunikačních prvků.....	59

## SEZNAM ZKRATEK A ZNAČEK

Aj.	A jiné
Apod.	A podobně
Atd.	A tak dále
CMC	Computer mediated communication (počítačově zprostředkovaná komunikace)
CMP	Cévní mozková příhoda
CT	Computer tomography (počítačová tomografie)
Č.	Číslo
ČR	Česká republika
EKG	Elektrokardiogram
HZS ČR	Hasičský záchranný sbor České republiky
CHOPN	Chronické obstrukční plicní onemocnění
IZS	Integrovaný záchranný systém
KPR	Kardiopulmonální resuscitace
LZS	Letecká záchranná služba
Např.	Například
NLZP	Nelékařský zdravotnický pracovník
NZO	Náhlá zástava oběhu
PČR	Policie České republiky
PNP	Přednemocniční neodkladná péče
RLP	Rychlá lékařská pomoc
RV	Rendezvous
RZP	Rychlá zdravotnická pomoc
S.	Strana

Sb.	Sbírka zákonů
TANR	Telefonicky asistovaná neodkladná resuscitace
TAPP	Telefonicky asistovaná první pomoc
Tzv.	Takzvaný
USA	United States of America (Spojené státy americké)
ZOS	Zdravotnické operační středisko
ZZS	Zdravotnická záchranná služba
ZZ	Zdravotnický záchranář

## ÚVOD

Komunikace je rutinní součástí každodenní existence a není možné se bez ní obejít. Stala se klíčem k úspěšnému životu osobního i profesního (Mikulaščík, 2010, s. 15-16).

Myšlenkou bakalářské práce s názvem Komunikace zdravotnického záchranáře v přednemocniční neodkladné péči je ukázka, že komunikace je pevně spjata s touto profesí a je potřeba s ní náležitě pracovat. Bakalářská práce je rozdělena na teoretickou a praktickou část. Obě části jsou navzájem propojené a souvisí spolu. Práce má teoreticko-průzkumný charakter.

V první části práce je popisována komunikace z hlediska charakteristiky jednotlivých struktur, forem a prvků, s úmyslem objasnění a zasvěcení se do této problematiky. Do teoretické části je také zahrnuta oblast přednemocniční neodkladné péče od zdravotnického operačního střediska přes výjezdové skupiny až po vybrané, potencionálně problematické skupiny pacientů, jako jsou agresivní pacienti, pacienti odlišné kultury, děti.

V praktické části se práce věnuje průzkumu pomocí kvalitativní metody pozorování, kdy byl vytvořen záznamový arch s konkrétními prvky komunikace, které byly zaznamenávány v průběhu praxe na Zdravotnické záchranné službě krajského typu. Pozorování bylo provedeno strategií reduktivní deskripce, která se vymezuje detailem, komplexností, konkrétností, přehledností a získaná data jsou následně zaznamenávána právě do předem připraveného záznamového archu (Ferjenčík, 2010, s. 154-158). Praktická část práce je ještě doplněna rozhovory se zdravotnickými záchranáři po jednotlivých výjezdech a provedeném pozorování, kde je zjišťován vlastní postoj a názor k samotnému výjezdu, zhodnocení a popřípadě zkušenosti s typem pacientů v rámci komunikace.

V poslední části práce jsou data následně zpracována a přehledně rozřazena do jednotlivých tzv. myšlenkových map. Vlastní průzkum a jeho výsledky jsou porovnány s průzkumy a výzkumy dalších závěrečných prací. Z bakalářské práce jako celku je následně navrženo doporučení pro další praxi.

*„Profese záchranáře (nejenom zdravotnického) výrazně převyšuje rámeček „normálního“ povolání“ (Andršová, 2012, s. 9).*

# **1 CÍLE PRÁCE**

## **1.1 Cíle teoretické práce**

Hlavním cílem teoretické části práce je popsání a operacionalizace jednotlivých pojmů, které se vyskytují v praktické části, v problematice komunikace v přednemocniční neodkladné péči, to znamená v době, než se pacient dostane do nemocničního zařízení.

Dílčím cílem teoretické části je nastínění možných skupin pacientů, u kterých lze očekávat, že nastane problém v komunikaci.

## **1.2 Cíle praktické části**

Hlavním cílem praktické části je popsání komunikace zdravotnických záchranářů s pacientem mnohdy pod tlakem, stresem, ale i v rutinních výjezdech.

Dílčím cílem je zjistit situace, se kterými se již záchranáři setkali, a byly pro ně komunikačně náročné.

Dalším dílčím cílem je zjištění, které situace jsou pro zdravotnické záchranáře nejnáročnější z hlediska komunikace, obávají se jich a mohly by pro ně být při jejich profesi stresující.

Posledním dílčím cílem je zjistit, jak sami sebe zdravotničtí záchranáři hodnotí při komunikaci s pacienty v jednotlivých níže popsáných výjezdech.



# I. TEORETICKÁ ČÁST

## 2 STRUČNÁ CHARAKTERSTIKA KOMUNIKACE, ZÁKLADNÍ POJMY

*„Komunikace posiluje nebo tlumí emoce a formuje postoje. Dokáže popudit, provokovat, iniciovat – i uchlácholit a zbrzdit druhého v jeho odhodlání. Dokáže přesvědčit o pravdě i věrohodně šířit lež“ (Vybíral, 2009, s. 21).*

Základním prostředkem pro komunikaci je jazyk. Dává člověku nespočet možností, jak komunikovat a také nabízí mnoho variant, jak vnímat přijímanou informaci. Nezahrnuje pouze jednotlivá slova, ale také výrazy, pohledy, tón hlasu apod. Prostřednictvím správného výběru slov je možno popisovat jednotlivé situace, pocity, nálady velmi podrobně a do detailu (Hayesová, 2009, s. 29-31). Komunikační signály vysílané do prostředí jsou i například mlčení nebo postoj člověka. Cílem komunikace mezi lidmi by mělo být přijetí a předání jednotlivých informací, dat a oboustranné porozumění (Holá, 2011, s. 19-21).

Komunikace není pouze o zkušenosti, ale i o dovednosti. Každý člověk, který ve své profesi využívá komunikace, by se měl v tomto odvětví vzdělávat a rozvíjet. Je zapotřebí se v této oblasti zdokonalovat. Tudiž v určitých zaměstnáních má komunikace s lidmi stěžejní význam a řadí se mezi důležité faktory ovlivňující výkon a výsledek práce (Ptáček, Bartůněk, 2011, s. 38-39). Není možné, aby existovala sociální skupina bez komunikace. Pomocí komunikování se jednotliví lidé začleňují do sociálních skupin a navzájem se poznávají (Zacharová, 2016, s. 8-9).

Základní pojmy komunikace jsou podle Kutínové (2015):

- **Komunikátor** (zdroj komunikace) – osoba, která předává informaci dál.
- **Komunikant** (příjemce) – osoba, která přijímá od komunikátora sdělení, to může být ovlivněno vztahem ke komunikátorovi.
- **Komuniké** (sdělení) – samotná informace, která je předána mezi jednotlivými aktéry. Nemusí být vždy chápána stejně.
- **Kanál** (prostor komunikace) – způsob, jakým je informace předána. Například z očí do očí, přes telefon, rádio apod.

Komunikační cyklus začíná u komunikátora, tedy autora původní zprávy, kterou následně převádí k ostatním a většinou do svého sdělení zapojí i svůj postoj a názor. Komuniké, sdělení je ústřední informace, která je předána autorem dalším účastníkům. Předpokladem a nástrojem úspěšně komunikace je použití správné formy jazyka. Sdělení by měla být pochopitelná a srozumitelná. Komunikant, příjemce zprávy, má za úkol ji zpracovat a přijmout, také do zpracování zapojí své postoje, emoce, okolní kulturu a další osobní faktory (Tomová, Křivková, 2016, s. 22-26).

Komunikační cyklus obsahuje ještě dva důležité procesy v části odesílání a přijímání sdělení. Jsou jimi kódování a dekódování. Kódování je založeno na slovní zásobě a schopnosti vyjadřování autorova sdělení. Člověk si nejprve musí sdělení převést do formy, v jaké ji chce odeslat příjemci. Je důležité vzít v úvahu, pro koho je sdělení určené a přizpůsobit tomu samotný proces. Dekódování znamená samotné přijetí sdělení od autora. Může zde nastat zkreslení, protože každý člověk disponuje jinou slovní zásobou, jinými zkušenostmi, ale může být způsobeno také nevhodným a nesrozumitelným podáním sdělení od komunikátora (Mikulaščík, 2010, s. 25).

Zdrojů komunikace, tedy komunikátorů může být více, ne pouze jedna osoba. Může také existovat i více příjemců-komunikantů. Během přenosu sdělení v komunikačních kanálech může nastat situace, kdy se určité informace ztratí, nebo se sdělení mohou lišit od původních či může nastat jejich zkreslení. To hlavně z důvodu, že každý příjemce může zprávu pochopit různými způsoby a ne vždy se výsledná informace shoduje s původním obsahem komunikátora. Důležitá je také zpětná vazba, kterou by měl přijmout každý komunikátor od komunikanta, ať už je pozitivní nebo negativní (Kutínová, 2015, s. 1-8).

## **2.1 Verbální komunikace**

Verbální komunikace, nebo také komunikace pomocí slovních výrazů je rozmanitá, záleží na slovní zásobě jednotlivce. Je zapotřebí volit správná srozumitelná slova v jazyce, kterému rozumí i druhá strana. Špatný výběr slov či špatná tvorba slovních spojení může mít za následek špatné pochopení sdělení, demotivaci příjemce a zpomalení komunikace. Mezi výhody komunikace verbální se řadí rozpoznání některých neverbálních znaků, možnost zpětné vazby i v průběhu celé komunikace a to ihned. Mezi slabé stránky tohoto způsobu komunikování je řazen komunikační šum, který může způsobit narušení nebo zkreslení sdělení. Projevuje se

například jazykovou bariérou, což je řazeno do sémantických<sup>1</sup> typů komunikačních šumů, reálným hlukem v prostředí, který se řadí mezi komunikační šumy fyzické, poškozením sluchu, nebo zraku, komunikační šumy fyziologické, předsudky o autorovi sdělení, psychologické komunikační šumy (Vymětal, 2008, s. 112-113).

Řeč je základním pramenem verbální komunikace. Společnost používá mnoho různých slov, ale i jedno slovo může mít více významů (Janáčková, Weiss, 2008, s. 15). Verbální komunikace se velmi často prolíná s komunikací neverbální. Příjemce zprávy vnímá verbální projev, ale zároveň na něj působí i neverbální signály, které jsou mnohdy člověkem vysílány nevědomě (Leško, 2008, s. 21-22).

## 2.2 Neverbální komunikace

Komunikace beze slov je starším typem, než komunikování pomocí slov. Lidé se dříve nedorozumívali slovy, nebo alespoň ne v takové formě, jak je vnímáme a známe dnes (Leško, 2008, s 23-24).

Základem mimoslovní komunikace je gestikulace, mimika, pohledy do očí, samotné postavení těla. Každá komunita, každý stát se vyznačuje určitými neverbálními projevy. Gestikulace má vlastně svůj jazyk, každé gesto může vyjadřovat určitý smysl jako mluvené slovo. Některá slova lze vyjádřit pomocí pohybu, mimiky a verbálního projevu nemusíme vůbec využít. Pokud se člověk chce začlenit do společnosti například jiného národa, postupně si osvojí neverbální projevy, aniž by si toho byl úplně vědom. V určitých situacích není možnost využít verbální komunikace. Například při velkém hluku, neznalosti jazyka nebo v případě zdravotního postižení. Potom jsou lidé odkázáni na neverbální komunikaci. Pomocí výrazů, pohybů, gest a mimiky může komunikant zdůraznit, co je hlavním bodem jeho řeči, podtrhnout ty nejzákladnější informace nebo projevit emoce (Vybíral, 2009, s. 81-90).

Jednotlivé části neverbální komunikace:

- **Mimika** – sdělování obličejem pomocí obličejových svalů. Slouží k projevování emocí.

---

<sup>1</sup> Sémantický – typ komunikačního šumu, který se projevuje v neznalosti termínů, odlišnosti v nářečí, komunikace s druhým v jiném jazyce, který druhá osoba neovládá, tyto faktory způsobují blokování komunikace (Křivková, Tomová, 2016, s. 26).

- **Haptika** – sdělování pomocí dotyku. Například stisk rukou, pohlázení. Ne vždy je pro člověka dotyk s druhou osobou příjemným.
  - **Proxemika** – komunikace přiblížením či oddálením. Každý člověk si hlídá svůj prostor a je mu buď příjemné, nebo nepříjemné, když druhá osoba do jeho prostoru vstoupí. Člověk účastníci se komunikace má kolem sebe určité zóny. Ta nejbližší k němu se nazývá intimní, je přibližně do 45 cm od člověka. Následuje zóna osobní, která je uváděna do 75 cm od těla. Narušena většinou při stisku rukou. Vzdálenější se nazývá sociální, zóna v rozmezí od 120 cm až do 360 cm od těla. V té se lidé pohybují při klasických pracovních schůzkách. Nejbližší je zóna veřejná, v číslech je udávána od 360 cm a více, je typická pro případy běžného kontaktu s lidmi na veřejnosti, míjení se na ulici či v obchodě.
  - **Gestikulace** – může být prováděna pomocí rukou, nohou i obličejem, někdy i celým tělem. Vyjadřují zájem nebo nezájem, pažemi může člověk zdůraznit hlavní bod celé komunikace. Kývání hlavy, které může naznačit souhlas či nesouhlas (Janáčková, Weiss, 2008, s. 18-31).
  - **Kinezika** – způsob chůze, rovnováha, koordinace – pohyby těla.
  - **Posturologie** – jinak také posturika, je aktuální poloha horních a dolních končetin. Například ruce v klíně, v kapse nebo noha přes nohu (Křivková, Tomová, 2016, s. 35).
- Proxemická část neverbální komunikace čili vzdálenost od druhého člověka. Přiblížení nebo oddálení k druhému člověku vyjadřuje určité sympatie nebo antipatie. Pokud jsou si lidé blízcí nebo jsou si určitým způsobem sympatičtí, zmenšuje se tím odstup od druhého člověka při komunikaci. Dotyk, neboli haptika může na každého člověka působit zcela odlišně. Při silné bolesti a těžké stresové situaci může být fyzický kontakt, jako je například držení za ruku, pro pacienta velmi přínosný a zklidňující. Také vyjadřuje zájem a v člověku vyvolává pocit, že druhému není lhostejný. Naopak odlišný člověk může dotyk v rámci komunikace vnímat velmi negativně, třeba jako sexuální obtěžování nebo narušování osobního prostoru (Špatenková, Králová, 2009, s. 31-32).

### 2.2.1 Funkce neverbální komunikace

- **Podpora verbálního projevu** – gestikulace pomocí rukou při upozornění na důležitou část sdělení či zdůraznění zvýšením hlasu. Ústní vyjádření je tedy podtrženo tělesně i hlasově.
- **Zeslabení verbálního projevu** – nepříjemný tón hlasu při pochválení druhého.

- **Negace verbálního projevu** – například při nečekané návštěvě člověk pozve hosty dále, ale zároveň stojí stále ve vchodu (neverbální sdělení), protože pro něj v tuto dobu návštěva není vhodná. Pomocí verbálního projevu je snazší lhát, než při neverbálním. Vnitřní postoj k určité situaci lze na člověku vidět mnohdy více na mimice, gestikulaci, než na slovním projevu.
- **Určuje vztah mezi komunikujícími** – pomocí držení těla, vzdálenosti od druhé osoby, intonace. Vyjadřuje hierarchické postavení nebo sympatie či antipatie.

Hodně neverbálních signálů, které vysílají lidé při komunikaci, jsou mnohdy neuvědomělé, ale většinou bývají hodně vnímány od ostatních (Allhof, 2008, s. 18-21).

### 2.2.2 Kulturní rozdíly v neverbální komunikaci

Každá země je tvořena odlišnými lidmi. Různé národnosti se neliší pouze jazykem, chováním, ale právě také nonverbálními prvky chování. Některá gesta nebo pohyby mohou někomu lichotit, naopak v jiném státě ta samá gesta mohou člověka urazit. Srovnání například zemí jižní a severní Evropy. Obyvatelé jihu jsou více aktivní, výrazní a energičtí, na rozdíl od lidí žijících na severu. Ti jsou klidnější a mají jemnější pohyby. Důležitou roli zde hrají ženy. Ženy mají v různých zemích odlišná postavení. Každá kultura je specifická. Je zapotřebí této záležitosti věnovat pozornost, aby se člověk vyhnul problémům díky své neznalosti dodržování slušného chování v jiné zemi (Mikulaščík, 2010, s. 278).

Pohled do očí a samotné udržování očního kontaktu je ve většině zemí na stejné úrovni. Vyjadřuje projev zájmu a naslouchání. Na druhou stranu v Japonsku zaměstnanci neudrží oční kontakt se svým nadřízeným, ale dívají se mu o něco níže, tedy na krk a tělem se lehce uklání. Co se týče mimiky v Japonsku, tak lidé se spíše ovládají, nevyjadřují smutek nebo žal, když mají projevit emoce, tak pouze smích a to i ve stresových situacích. V Číně se obyvatelé smějí často, neznámá to ale, že jsou šťastní, V této zemi je smích někdy projevem zlosti a za úsměv se člověk pouze schovává. Američané úsměvem nešetří, na rozdíl od Němců. Gestikulace se v jednotlivých národech opravdu hodně liší. V České republice je typické kývání hlavou jako projev souhlasu, ale třeba v Bulharsku to znamená opak. Při použití gesta pomocí dvou prstů ukazováku a palce, tedy kolečka jsou odlišnosti značné. V Evropě to znamená, že je vše v pořádku, stejně tak v USA. V Japonsku se tímto gestem vyjadřují peníze a v Alžírsku zastrašování smrtí (Mikulaščík, 2010, s. 278-279).

## 2.3 Komunikační styly

Komunikační styly se diferencují dle průběhu, účelu a okolností komunikace. V praxi se mohou navzájem prolínat.

- **Styl konvekční** – lze označit jako denní komunikace, mohou tam být řazeny pozdravy, krátké věty za účelem krátkého nezávazného konverzování. Nemění se vztah mezi komunikujícími. Tento styl nedisponuje neverbální komunikací. Nejsou přítomny otázky ani nejistota.
- **Styl konverzační** – základním kamenem tohoto stylu je vztah mezi komunikujícími. Od něho se odvíjí následná konverzace, jejímž účelem je předání různých informací, zážitků, vlastních postojů. Používaný styl například mezi přáteli, rodinou.
- **Styl operativní** – vztah mezi komunikujícími je daný. Jeden člověk má návrh a role jedince se nemění. Jeden komunikující je nadřazený a druhý naopak. Vymezuje se srozumitelností a slušností. Tento styl komunikace se uplatňuje zejména u policistů, hasičů a převážně pracovníků zdravotnické záchranné služby, kdy je zdravotnický záchranář ten, co má návrh a řídí rozhovor, ptá se na otázky srozumitelně, slušně a stručně.
- **Styl vyjednávací** – je uplatňován, pokud je zapotřebí udělat rozhodnutí mezi dvěma stranami. Náročná role pro komunikující, vyžaduje značné komunikační dovednosti a praxi v komunikaci.
- **Styl osobní až intimní** – obsahuje nonverbální prvky v podobě projevovalí emocí, které jsou zde zásadní. Vztah mezi komunikátory je opatřený důvěrou a vzájemnou empatií (Zacharová, 2016, s. 11-13).

## 2.4 Paralingvistická komunikace

Tento typ komunikace je definovaný jako přestup z komunikace verbální na neverbální. Zahrnuje tón, výšku, hlasitost mluvy, to jak člověk rychle mluví, kdy udělá pauzu, celkovou intonaci, artikulaci a frázování. Intenzitou svého hlasu toho člověk může vyjádřit hodně. Vypovídá o jeho současné náladě a psychickém rozpoložení. Vysoká rychlost mluvy může být přínosná, ale i naopak. Komunikátor chce sdělit buď mnoho informací, nebo je nervózní a nejistý ve své řeči a chce mít svou řeč co nejdříve za sebou. Dalším důvodem může být strach z toho, že ho druhý člověk nenechá své sdělení dokončit. Intonací se rozumí tón hlasu, který

hraje také významnou roli v komunikaci. Lze jím vyjádřit důležitost sdělení, zda jde o dobrou či špatnou zprávu. Také se pomocí intonace projevuje arogantnost, ironie nebo nezájem. Výška hlasu není závislá pouze na anatomickém složení svalů, které umožňují řeč, ale také na aktuální náladě, zděšení, překvapení. Plynulost samotné řeči souvisí s tématem, o kterém se hovoří. Komunikátor může udělat přestávku, to ale neznamená, že už neví co sdělit. Pauzy v řeči mohou vyjadřovat prostor pro reakci ostatních. Ve zdravotnictví je důležité dát pacientovi prostor pro vstřebání informací a nechat mu prostor na případné dotazy. Slovosled je zásadní ve smyslu správného pochopení obsahu sdělení (Tomová, Křivková, 2016, s. 43-45).

## 2.5 Formy komunikace

K úspěšné komunikaci by měl člověk ovládat hned několik forem mezilidské komunikace a to jsou podle De Vita (2008, s. 29-30):

- **Intrapersonální komunikace** – komunikování se svou osobou, hodnocení sebe sama, člověk si v hlavě plánuje, co řekne druhým, uvědomování si svých chyb, ale i úspěchů v komunikaci.
- **Interpersonální komunikace** – výměna sdělení s lidmi, se kterými člověk má nějaký vztah. Komunikace pomocí vlastního kontaktu, elektronických přístrojů, ale také formou písemnou.
- **Rozhovor** – dozvídání se informací o druhém, někdy i sami o sobě a zároveň sdělování vlastních názorů. Tato forma komunikace probíhá většinou pomocí tázacích vět s následnou odpovědí.
- **Komunikace v malé skupině** – malou skupinou je označován soubor pěti až deseti lidí. Hlavním účelem je sdělení různých informací, návrhů, potřeb, projevení náklonosti nebo naopak odtažitosti. Probíhá již od útlého věku člověka, například od pobytu ve školkách, třídách, následně v zaměstnání apod.
- **Veřejná komunikace** – dvě základní komponenty jsou řečník a osoby, které ho poslouchají, například studenti, lidé účastníci se konferencí aj. Počet poslouchajících není stanoven, tudíž jich může být deset nebo klidně sto i více. Tato forma komunikace nemusí být vždy na veřejnosti, ale může probíhat třeba i na internetovém blogu nebo přes radiové vysílání.
- **Počítačově zprostředkovaná komunikace (CMC)** – patří do formy interpersonální komunikace, ale tato je zprostředkována pouze pomocí síťových zařízení.

- **Masová komunikace** – jeden komunikátor vydává sdělení, které je určeno neomezenému počtu komunikantů. Hlavními zdroji této komunikace jsou televize, rádio, internet, noviny.



### **3 KOMUNIKACE S PACIENTEM V PŘEDNEMOCNIČNÍ NEODKLADNÉ PÉČI**

Pro člověka, který je nemocný nebo zraněný představuje tento fakt většinou neplánovaný, nepříjemný, omezující prožitek a dopad na aktuální a naplánovaný život. Pacient se může cítit ohrožený, nejistý a proto je nutné vytvořit mu určité prostředí, ve kterém se bude cítit lépe.

Pacient od zdravotnického pracovníka požaduje:

- Zájem
- Empatii
- Pochopení
- Upřímnost
- Respekt
- Mlčenlivost

Zdravotnický pracovník by neměl zkoumat, zda pacient reaguje přiměřeně nebo naopak. Není dobré srovnávat reakce pacienta s reakcí vlastní, není to ani v jeho kompetenci. Měl by přizpůsobit svůj styl komunikace dané situaci a dané osobě. Respektování pacienta a vcítění se do jeho situace je základním kamenem začátku kvalitní komunikace. Sestra nebo zdravotnický záchranář musí vnímat pacienta jako celek, tudíž neposlouchat pouze jeho slova, ale brát v potaz i neverbální projevy. Ty mohou například odhalit obavu z okolního prostředí i ostatních lidí, zároveň by ale měl zdravotnický záchranář vracet pacientovi zájem také formou verbální i neverbální komunikace. Například kýváním hlavy, udržováním očního kontaktu. Důležitá je pro pacienta zpětná vazba, aby pacient cítil od zachránce zájem a pochopení (Špatenková, Králová, 2009, s. 22-26).

Vztah mezi pacientem a zdravotnickým záchranářem může být tvořen v lepším případě evalvačními prvky komunikace, které se projevují jako podpora, vyjádření respektu. Je to jednání, kterým je projevena úcta k druhému, obhájení, projevení zájmu, nabídnutí pomoci, vlídnosti, udržování očního kontaktu a další. V horším případě se projeví prvky devalvační. Ty se vyznačují obviňováním, bagatelizováním stavu, urážením apod. Pojem devalvace vyjadřuje negativní vztah a výrazně zhoršuje kvalitu komunikace (Mikulaščík, 2010, s. 77).

### 3.1 Přednemocniční neodkladná péče

Podmínky poskytování přednemocniční neodkladné péče upravuje zákon č. 374/2011 Sb. O zdravotnické záchranné službě, ve znění pozdějších předpisů.

Tento zákon upravuje podmínky poskytování zdravotnické záchranné služby, práva a povinnosti poskytovatele zdravotnické záchranné služby, povinnosti poskytovatelů akutní lůžkové péče k zajištění návaznosti jimi poskytovaných zdravotních služeb na zdravotnickou záchrannou službu, podmínky pro zajištění připravenosti poskytovatele zdravotnické záchranné služby na řešení mimořádných událostí a krizových situací a výkon veřejné správy v oblasti zdravotnické záchranné služby.

Posádka záchranné služby je vyslána na místo zásahu na základě tísňové výzvy, která je předána operačním střediskem. Kvalitní předání údajů posádce je klíčem k úspěšnému vedení a vyřešení zásahu. Následuje samotný zásah posádky a následné předání na cílové oddělení. Komunikace s pacienty v přednemocniční neodkladné péči je ovlivněna hlavně tím, že zdravotnický záchranář je s pacientem v prvním kontaktu, tudíž ho vidí jako první a to v akutní situaci, většinou se s ním už dále neseťká. Je také limitovaný pouze základními informacemi o jeho zdravotním stavu, nemá k dispozici podrobné výsledky laboratorních vyšetření apod. V situacích, jakými jsou například ošetření pacienta na veřejnosti nebo za přítomnosti příbuzných, může být na posádce ZZS vyvíjen určitý tlak (Ptáček, Bartůněk, 2011, s. 209).

Člověk pracující v rámci přednemocniční neodkladné péče musí být schopen pracovat v týmu, řídit ho, ale zároveň i poslouchat pokyny nadřízených. Důležitost je kladena obzvláště na bezpečnost celého zasahujícího týmu. Zorientování se, vyhodnocení situace, zajištění pacienta, adekvátní terapie, tlumení bolesti, příprava na transport. To jsou nejdůležitější úkony týmu. Za neustálé monitorace vitálních funkcí musí zdravotnický pracovník zhodnotit, zda jsou funkce ohrožené, zda selhávají a ihned zahájit potřebnou léčbu. Na horizontu všech možných stavů, ke kterým posádka vyjíždí je náhlá zástava oběhu (NZO) a okamžité zahájení neodkladné resuscitace. Hned pod tento stav se řadí stavy bezvědomí, masivní krvácení, dušnost, rozvoj šokových stavů, ať už hypovolemického či kardiogenního. K základním úkonům k zajištění pacienta patří zajištění intravenózního vstupu, zajištění dýchacích cest, oxygenoterapie, zástava masivního krvácení, volumoterapie. Pokud je pacient stabilizovaný, může být připraven na transport na urgentní příjem nebo jiné oddělení. Pacient je převážen za neustálé monitorace, pokud to jeho aktuální stav dovolí, je mu odebrána anamnéza. Zdravotnický pracovník musí

také stanovit pracovní diagnózu, dle které se stanoví, kam bude pacient následně převezen. Cílové umístění je pro stav pacienta velice důležité. Může ho ovlivnit jak kladně, tak i negativně. Správně zvolené cílové umístění pacienta mu poskytne okamžitou léčbu jeho akutního problému. Naopak nesprávně zvolené oddělení může prodloužit prodlevu mezi přijetím pacienta a zahájením optimální terapie. Tato rozhodnutí jsou důležité hlavně u pacientů s problémy se srdcem nebo neurologickými problémy jako je cévní mozková příhoda. V těchto případech musí zdravotnický pracovník rozhodnout, zda bude pacienta směřován do iktového centra na trombolytickou léčbu nebo v případě problému se srdcem do kardiologického centra k přímé angioplastice či při traumatu do traumacentra (Šeblová, Knor, 2013, s. 17).

### **3.1.1 Integrovaný záchranný systém**

Fungování integrovaného záchranného systému je popsáno v zákoně č. 239/2000 Sb., o integrovaném záchranném systému a o změně některých zákonů.

Tento zákon vymezuje integrovaný záchranný systém, stanoví složky integrovaného záchranného systému a jejich působnost, pokud tak nestanoví zvláštní právní předpis, působnost a pravomoc státních orgánů a orgánů územních samosprávných celků, práva a povinnosti právnických a fyzických osob při přípravě na mimořádné události a při záchranných a likvidačních pracích a při ochraně obyvatelstva před a po dobu vyhlášení stavu nebezpečí, nouzového stavu, stavu ohrožení státu a válečného stavu (dále jen "krizové stavy").

System je chápan ve smyslu spolupráce a koordinace složek IZS, která je aktivována při mimořádných situacích, likvidačních a záchranných pracích.

*„Mimořádná situace je škodlivé působení sil a jevů vyvolaných činností člověka, přírodními vlivy a také haváriemi, které ohrožují život, zdraví, majetek, životní prostředí a které vyžadují provedení záchranných a likvidačních prací.“*

*„Záchranné práce jsou činnosti vedoucí k odvrácení nebo omezení bezprostředního působení rizik vzniklých mimořádnou událostí, zejména ve vztahu k ohrožení života, zdraví, majetku nebo životního prostředí, vedoucí k přerušení jejich příčin.“*

*„Likvidační práce jsou činnosti vedoucí k odstranění následků způsobených mimořádnou událostí“ (Vilášek et. al., 2014, s. 11-12).*

Základní složky IZS tvoří:

- Hasičský záchranný sbor České republiky (HZS ČR)
- Jednotky požární ochrany, které jsou řazeny do plošného pokrytí kraje jednotkami požární ochrany
- Zdravotnická záchranná služba (ZZS)
- Policie České republiky (PČR)

Všechny tyto navzájem propojené složky musí být schopny fungovat dle stanovených zákonů a za neustálého provozu zajišťovat potřebné úkony po celé ploše státu. Pokud se hovoří o zásahu IZS, rozumí se tak tomu, že na místě se nacházejí minimálně dvě složky IZS (Vilášek et. al., 2014, s. 12-14).

### 3.1.2 Výjezdové skupiny ZZS

Různé rozložení personálu má za úkol dostat na místo zásahu profesionály, kteří jsou na místě opravdu zapotřebí. Posádku **rychlé lékařské pomoci (dále jen RLP)** tvoří lékař, zdravotnický záchranář a řidič, který může být také zdravotnickým záchranářem. Hlavním velitelem v tomto týmu je lékař, který nese plnou odpovědnost za zásah a rozhoduje o průběhu léčby a zajištění pacienta. Také v posádce **rendez-vous (dále jen RV)**, je velitelem zásahu lékař, tým se skládá právě z lékaře a zdravotnického záchranáře, který je zároveň řidičem v tomto případě osobního vozidla. Další typ posádky je **rychlá zdravotnická pomoc (RZP)**, je tvořena zdravotnickým záchranářem a řidičem - záchranářem. V tomto případě je velitel zdravotnický záchranář. Z toho vyplývá, že lidé pracující na pozici záchranářů musí zvládnout zásahu velet a zároveň fungovat jako podřízený. To může být těžké z důvodu různorodosti komunikace. V posádce RV a RLP komunikuje hlavně velitel, tedy lékař, naopak v RZP je velitelem zdravotnický záchranář a on je hlavním komunikátorem se zdravotnickým operačním střediskem, pacientem i cílovým místem, kam bude pacient následně odvezen (Ptáček et. al., 2011, s. 210-211). **Letecká záchranná služba (LZS)** je tým složený z lékaře, jako vedoucí zásahu, pilota a zdravotnického záchranáře. V některých zemích Evropy je již zaveden systém paramediků, to znamená, že v sanitním voze jsou pouze záchranáři (paramedici) a lékaři pracují na urgentních příjmech zdravotnických zařízení a pracovníci v terénu se s nimi mohou kdykoli spojit. Tento systém je například ve Velké Británii nebo v USA (Remeš et. al., 2013, s. 13-14).

### 3.1.3 Zdravotnický záchranář

Profese zdravotnický záchranář je ve skupině profesí nelékařských zdravotnických pracovníků bez odborného dohledu. Pracovní náplň profese je charakterizována Vyhláškou číslo 55/2011Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků (Vyhláška č. 55/2011Sb. v plném znění).

## 3.2 Komunikace se zdravotnickým operačním střediskem

Zdravotnické operační středisko (ZOS) je centrum zdravotnické záchranné služby, které zajišťuje její kvalitní a řádné fungování. Pracuje nepřetržitě a jeho kontaktní číslo je 155. Úkolem samotného operátora je zpracování výzvy, která přichází nejčastěji od úplného laika, tudíž velice záleží na komunikačních dovednostech. Jsou zároveň nejdůležitějším nástrojem celé jeho práce. Oproti práci v terénu jsou dispečeri znevýhodněni v tom, že se nenacházejí přímo na místě, ale komunikují pouze přes radiové stanice. Přijetí a následné zpracování výzvy, tzv. „call taking“ zahrnuje v první řadě zjištění místa události v co nejkratším čase, následné vyslání nejvhodnější posádky, v nějakých případech vyřešit výzvu jiným způsobem. Operátoři rozlišují několik druhů volání, tzv. „**volání z první ruky**“, to je případ kdy volá přímo osoba, která potřebuje pomoci. „**Volání z druhé ruky**“ je nejčastějším typem a je to případ kdy volá osoba, která je na místě s postiženou osobou. „**Volání z třetí ruky**“ je nejnáročnější pro dispečera, protože informace jsou obvykle hodně zkreslené a nepřesné. Jedná se většinou o dopravní nehody, kdy volá člověk, který kolem místa nehody pouze projel a nezastavil, není tedy znám počet raněných apod. Konkrétní a srozumitelné otázky a pokyny volajícímu, jsou klíčem ke správnému vedení a vyřešení hovoru. Dispečer by měl myslet na prvky neverbální komunikace, které opět hovor výrazně ovlivní. Tón hlasu, intonace, dodání klidu do hovoru je velmi důležitá část celého hovoru. Výzvu řídí operátor, to znamená, že se nesmí naladit na vlnu volajícího a začít mluvit například zmateně a vyděšeně. Měl by svou komunikací přimět volajícího ke spolupráci. Bohužel někdy může nastat opak a stresové vypětí přeroste v konflikt a volání je prodlouženo a zkomplikováno v tu chvíli nepotřebnými informacemi (Ptáček, Bartůněk, 2011, s. 211-212). Operační řízení musí zajistit celkovou funkčnost systému, kdy by měla hladce probíhat výměna informací, měla by vyjet na místo zásahu správná posádka. Volající by měl dostat správné a srozumitelné pokyny. Pracovníci na operačním středisku musí také poskytovat doplňující informace o samotném místě nebo informace, které si posádka vyžádá, například detaily ohledně polohy a navigace. Operátoři by měli záchranářům zajistit hladký přístup na místo zásahu, například určí osobu, která zajistí zvířata, pokud jsou nějaká na

místě apod. Člověk pracující na operačním středisku musí být velmi odolný, musí se mnohdy rozhodnout v těžké situaci, když je pod nátlakem a v časové tísni. Je nutno dělat více věcí najednou, což je stanovení priority výjezdu s následným vysláním posádky, komunikace s pacientem, zadávání pokynů pro telefonicky asistovanou neodkladnou resuscitaci (TANR) nebo telefonicky asistovanou první pomoc (TAPP) či jiné instrukce. Udržovat určitou koordinaci celého systému, mít přehled o jednotlivých sanitních vozech (Šeblová, Knor, 2013, s. 25-27).

Operátoři zdravotnického střediska musí dosáhnout vzdělání „*zdravotnický záchranář způsobilý k výkonu bez odborného dohledu, sestra pro intenzivní péči způsobilá k výkonu povolání bez odborného dohledu nebo všeobecná sestra způsobilá k výkonu povolání bez odborného dohledu s absolvovaným kurzem Operační řízení přednemocniční neodkladné péče*“ (Remeš, Trnovská, 2013, s. 19).

### 3.2.1 Typy zpracování tísňové výzvy

Každé operační středisko používá jiný typ procesu zpracování výzvy. Existují tři typy zpracování volání:

- **Paralelní** – jinak řečeno vertikální či multifunkční způsob zpracování výzvy. Tento způsob se uplatňuje zejména na menších operačních střediscích, která nejsou zatížena tak velkým provozem a spravují nevelká území. V tomto případě vyřizuje hovor jen jedna osoba. Výhodou tohoto systému je menší ztráta informací, nevýhodou paralelního přijetí výzvy je ale to, že při větším zatížení operačního střediska může dispečer ztratit přehled nad celou aktuální situací. Zaměstnanec operačního střediska se v tomto případě stará o obě dvě části zpracování a to je jak přijetí výzvy tak následné operační řízení.
- **Sériový** – neboli horizontální či sekvenční, je systém zpracování výzvy, kterého se účastní dva pracovníci. Prvním je tzv. „call taker“, což je člověk, který je v prvním kontaktu s volajícím tzn., že hovor přijímá. Operační řízení vykonává už ale druhá osoba, která se stará právě o volbu správné posádky. Tento způsob je používán hlavně na zdravotnických operačních střediscích, které pokrývají velkou oblast. Výhodou je to, že „call-taker“ nemusí mít dokonalý přehled o jednotlivých posádkách, protože se o ně stará druhý pracovník. Může se tak plně věnovat volajícímu a poskytnout mu pokyny k první pomoci. Je ale možné, že nastane určitá ztráta informací.

- **Sériově-paralelní** – také sektorový režim, je uplatňován v oblastech s vysokou hustotou zalidnění a v místech, kde se nachází mnoho výjezdových skupin. Přijetí hovoru probíhá podobně jako u režimu sériového, odlišnosti jsou ale v řízení operačním. To probíhá v několika částech, ale paralelně podle dohodnutých norem pracoviště.

V České republice jsou pracovníci zdravotnického operačního střediska nelékařští zdravotničtí pracovníci (NLZP) a to buď, zdravotničtí záchranáři nebo sestry pro intenzivní péči (Šeblová, Knor, 2013, s. 27-28).

### **3.3 Komunikace zdravotnického záchranáře s vybranými skupinami pacientů**

Problém v komunikaci může nastat z několika důvodů. Jedním z nich může být například agrese. V tomto případě je nutná okamžitá reakce a vedení rozhovoru správným směrem. Není to ale jednoduché. Agrese může být způsobena alkoholem, požitím drog, aktuálním zdravotním stavem apod. (Mikulaščík, 2010, s. 227).

Interakce mezi odlišnými národnostmi také netvoří jednoduchou skupinu pacientů. Komunikace si žádá velkou míru spolupráce a pochopení. Důležitá je dovednost samotného zdravotnického záchranáře. Klíčem k úspěšné komunikaci s pacientem odlišného etnika je respektování jeho víry a zvyků, zároveň ale také poskytnutí adekvátní přednemocniční neodkladné péče. Ne vždy je možné dokonalé propojení těchto faktorů (Kutnohorská, 2013, s. 38).

Komunikaci s dítětem je třeba se věnovat individuálně. Vyžaduje trpělivost, psychickou stabilitu samotného záchranáře, profesionalitu, schopnost naslouchat a přizpůsobit se dítěti (Plevová, 2011, s. 52-53).

#### **3.3.1 Komunikace s agresivním pacientem**

Agresivní pacient představuje pro ZZ náročnou situaci. Z hlediska komunikace může nastat několik možných situací. Agrese se může projevit verbálně či neverbálně. Příčinou agrese může být vnitřní zdroj, tím se myslí přímo osobnost. Člověk násilnický, citově nevyrovnaný, dlouhodobý stres nebo užívání drog může vyvolat pocit samoty, znepokojení, ublížení, poškození. Důvodem agrese může být také negativní zkušenost se zdravotnickým záchranářem nebo jiným zdravotnickým pracovníkem. Pacient je ovlivněn aktuálním stavem, strachem z budoucnosti, bolesti, léčby, nemožností normálního pohybu, špatnou koordinací těla. Druhou příčinou vyvolávající agresi jsou zdroje přicházející z vnějšku. Mezi ně se řadí prostředí. Vůz

zdravotnické záchranné služby je pro některé osoby tak stresující a děsivý, že u nich může vyvolat agresivní chování. Dále také místo, na kterém čeká pacient na příjezd záchranářů, může vyvolat negativní pocit, že čeká příliš dlouho a tím se u něho projeví agresivní chování. Hned za prostředím je systém, kterým se řídí organizace. Například se nemusí pacientovi líbit administrativa, kterou musí zdravotnický záchranář zajistit. Pacient nechápe, že ZZ vede záznam o výjezdu, připadá mu to zbytečné a má pocit, že mu záchranář nevěnuje plnou pozornost. Další část řadící se do vnějších zdrojů je samotné chování zdravotnického záchranáře. Zdravotnický pracovník se musí vyvarovat chybám v komunikaci a v přístupu k pacientovi jako jsou slabý zájem o pacienta, nedostatečné naslouchání, podceňování pacientova stavu a jeho bolesti, neslušnost, neverbální projevy jako křik, protočení očí v sloup, odfrknutí, nervózní pohyby, nejistota (Špatenková, Králová, 2009, s. 85).

Každý pacient je jiný. Není dán konkrétní postup, jak s agresivním pacientem jednat. Každý je agresivní z jiného důvodu. ZZ musí vzít v potaz to, co agresí způsobilo a u toho začít. Snažit se získat si důvěru a pátrat po skutečném problému. V neposlední řadě musí pracovník myslet na své bezpečí. Pokud je pacient fyzicky agresivní je nutné zavolat pomocnou složku, která zajistí ochranu posádky ZZS, tedy Policii České republiky (Špatenková, Králová, 2009, s. 85-89).

Všetečková (2010, s. 32-34) prováděla výzkum o situacích zdravotnických pracovníků s agresivními pacienty. Z šetření bylo stanoveno, že agresivní chování pacientů může být důsledek chování a gest zdravotnického pracovníka. Zdravotnický záchranář by měl komunikovat s pacientem jasně a srozumitelně, přehnaně se na něj neupínat pohledem. Spolupráce s integrovanými složkami záchranného systému je na místě, při zajišťování agresivního pacienta. Měl by brát v potaz možnost, že pacient může být ozbrojený, dbát tedy hlavně na svou bezpečnost.

Podle Honzáka (2008, s. 52-53) je důležité pozorovat neverbální projevy pacienta a předejít tak možnému napadení. Upřený pohled, zrychlený dech, ztuhlost, nervozita, to vše může být příznak následné agrese. Samotná verbální agrese už bývá poměrně rychlá a může dojít až k samotnému útoku. Agresivita pacienta postihuje zdravotnického záchranáře nejen z hlediska jeho profese, ale také v rámci mezilidských vztahů. Pracovník vykonává svou práci, aby lidem pomohl, a oni ho napadají. Pacient tím pádem napadá i jeho ochotu pomoci druhým a to může být pro zdravotníka stresující. Agrese v člověku automaticky vyvolá stresovou reakci.



### **3.3.2 Komunikace s pacientem odlišné kultury či náboženství**

Každá kultura se vymezuje jinými hodnotami, mravy, tradicemi, které je zapotřebí respektovat. Zdravotnický záchranář musí poskytnout neodkladnou zdravotní péči, ale zároveň musí uznávat a ctít odlišné kultury. Kultura má velký vliv i na samotné zdraví člověka, při zajišťování péče o pacienta je podstatná věc taková, že každý člověk má nárok uznávat náboženství takové, pro které se on rozhodne, a má nárok na svůj kulturní profil. Většinou je kultura následek předešlé generace. Výrazné změny nastanou v přednemocniční neodkladné péči hlavně v komunikaci, v té se kultury liší nejvíce. Jedná se jak o verbální, tak i neverbální. Intonace, výška hlasu, gesta, výraz v tváři, plynulost řeči. Všechny tyto prvky se mohou v jednotlivých kulturách lišit. Za nutnost se považuje vědět, že komunikace může aktuálnímu stavu hodně pomoci, zároveň tomu je ale i naopak. Špatnou komunikací může tedy zdravotnický záchranář pacientovi ještě ublížit. Proto je nutné dodržovat určité zásady komunikace a respektovat pacientovu identitu. Pacient si ne vždy bude pamatovat slova, která mu zdravotnický pracovník říkal, bude si ale pamatovat to, jak se s ním cítil v danou chvíli (Kutnohorská, 2013, s. 66-69).

Z hlediska náboženství můžeme zmínit dvě specifické skupiny, jakými jsou lidé židovského a muslimského vyznání. Život muslimů vychází z pravidel, které se nacházejí v Koránu, z výroků proroka Muhammada a zároveň náboženských tradic (Hájek, Bahbouh, 2016, s. 25).

Určitá opatření při péči o muslimské pacienty platí jak pro ženy, tak i pro muže. Nicméně v případě žen, je tento postup mnohem ortodoxnější. V mnoha případech, pokud se jedná o stav život ohrožující, muslimové respektují postup vyšetření lékařem či záchranářem-nemuslimem. V jiných případech ale upřednostňují vyšetření podle jejich zvyklostí. U muslimských žen jsou upřednostňovány hlavně ze záchranných složek ženy. Při vyšetřování pacientky a diagnostice musí vyšetřující dbát například u prohlídky břicha na nesundávání oděvu při vyšetření poklepem, poslechem a palpací. Celková komunikace mezi pacientkou a záchranáři se značně zjednoduší za přítomnosti ženy na místě zásahu. Muslimská pacientka se ale téměř vždy bude projevovat stydlivostí, nespoluprací, strachem, stresující reakcí. Nechápatost a povýšenost zdravotnických pracovníků není v tomto případě na místě. Zdravotničtí záchranáři by se měli vyvarovat vysvětlování evropských principů apod. a snažit se komunikovat hlavně i s rodinnými příslušníky za určitého přizpůsobení (Hájek, Bahbouh, 2016, s. 42-44).

Pacienti židovského vyznání cítí povinnost žít. Zdravotnický záchranář musí pacienta léčit a snažit se ho zachránit i v situaci, kdy to pacient odmítá a brání se. Židé dobře pečují o své zdraví

a dbají na důkladnou hygienu. To by měl vzít zdravotnický záchranář v potaz a myslet na ni. Židovské ženy mohou podstoupit určitá vyšetření pouze za svolení muže. To ovšem dodržují pouze ortodoxní židé (Kutnohorská, 2007, s. 30).

### **3.3.3 Projevy a terapie bolesti v kontextu národnosti**

Češi jsou schopni popsat a detailně identifikovat aktuální bolest. Charakterizovat intenzitu i lokalizaci. Obyvatelé Finska nevysílají signály neverbální komunikace, neprojevují bolest pomocí mimiky apod. Jsou ale ochotni o ní přímo mluvit a použít tak verbální komunikace. Vietnamská kultura bolest příliš neprojevuje, dokonce ji mohou zakrývat smíchem. Arabové projevují bolest velmi výrazně. A to jak verbálně tak i neverbálně. Pacienti ze Španělska neunášejí bolest. Reagují na ni výrazně pomocí verbální komunikace. Obyvatelé Německa se většinou s bolestí dokáží vyrovnat bez emocionálních projevů (Průcha, 2010, s. 165-166).

### **3.3.4 Komunikace s dětským pacientem**

Každý zdravotník by se měl přizpůsobit individualitě dítěte. Mnohdy je výhodou, přizvat si rodiče, ne ale vždy tomu tak je. Každý rodič nedokáže zachovat klid při onemocnění či úrazu svého dítěte a naopak může celou situaci ještě zhoršit. Důležité je informovat dítě o tom, co se s ním bude dít. Například, že se dítěti zavede žilní vstup, přes který se aplikují léky, které mu pomohou od bolesti, a nastane úleva. Zdravotnický záchranář se musí projevovat klidně a rozhodně (Plevová, Slowik, 2010, 74-75). Dítě bude vždy lépe snášet bolest, když ji může volně projevit. Svalová ztuhlost zvyšuje bolest, tudíž když se dítě uvolní, bolest je o trochu snesitelnější. Pravidelné dýchání a uvolnění je klíčem ke zmírnění akutní bolesti (Janáčková, Weiss, 2008, s. 108-109).

U novorozenců, kojenců, batolat a dále také u dětí mentálně postižených nebo vážně a dlouhodobě nemocných se výrazně uplatňuje neverbální komunikace. Ta má nezastupitelnou roli v kontaktu s dětským pacientem. Pomocí nonverbální komunikace lze předat až polovinu informací. Malé děti zdravotníci hodnotí často podle jejich mimiky, z výrazu obličeje lze vyčíst strach, obavy z výkonů a nemoci, ale i úsměv či úlevu od bolesti. Zdravotnický záchranář se musí soustředit hlavně na oční kontakt, zaujmout dítě, aby s ním následující dobu komunikovalo. Důležitým faktorem u očního kontaktu je ten, že by se na dítě neměl dívat z výšky, nýbrž ze stejné úrovně jako je dítě samo. Vzít si ho do náruče pokud je malé nebo k němu přikleknout (Plevová, Slowik, 2010, s. 80-82).

### **3.4 Krizová komunikace**

Zdravotnický záchranář by měl být proškolen a měl by znát postupy při situaci, kdy je zapotřebí krizová komunikace. Ta může nastat v případech s agresivními pacienty, hromadných neštěstích, při suicidálních pokusech. Pracovník by měl předcházet krizi, měl by se orientovat, jednat smysluplně a určit včas aktuální problém. Tento typ komunikace je založen na důvěře. Předpisy pro adekvátní krizovou komunikace pramení v psychologické a sociologické vědě. Účinná komunikace v krizi by měla začít srozumitelným sdělením základních informací pacientovi, vlastní představení. Uvědomovat si a pracovat s paralingvistickou komunikací, jako je tón hlasu, intonace a další prvky, kterým se práce věnovala výše. Je třeba aktivně naslouchat, nepřehlížet, nebagatelizovat případ. Výsledkem a cílem této komunikace je prevence agresivního, nepřiměřeného, nekontrolovatelného chování, zajištění bezpečnosti všech na místě zásahu, snaha o pokles strachu, tísně, bolesti. Zdravotníci záchranáři uplatňují krizovou komunikaci nejen s pacienty, ale i s jejich rodinami a blízkými. Tuto komunikaci by neměli vidět jako problém nebo se jí obávat. Ne pouze komunikace krizová, ale i přirozená by měla být brána jako nástroj ke zlepšení a vyřešení stresově nenáročné, ale i krizové situace (Burda, 2014, s. 39-41).

## **II. PRAKTICKÁ ČÁST**

### **4 CÍLE PRAKTICKÉ ČÁSTI**

Hlavním cílem praktické části je popsání komunikace zdravotnických záchranářů s pacientem mnohdy pod tlakem, stresem, ale i v rutinních výjezdech.

Dílčím cílem je zjistit situace, se kterými se již záchranáři setkali, a byly pro ně komunikačně náročné.

Dalším dílčím cílem je zjištění, které situace jsou pro zdravotnické záchranáře nejnáročnější z hlediska komunikace, obávají se jich a mohly by pro ně být při jejich profesi stresujícími.

Posledním dílčím cílem je zjistit, jak sami sebe zdravotničtí záchranáři hodnotí při komunikaci s pacienty v jednotlivých níže popsaných výjezdech.

#### **4.1 Průzkumné otázky**

1. Jak zdravotničtí záchranáři komunikují s pacienty?
2. S jakými situacemi se zdravotničtí záchranáři už setkali, a byly pro ně komunikačně náročné?
3. Jaké situace jsou pro zdravotnické záchranáře nejnáročnější z komunikačního hlediska a obávají se setkání s nimi?
4. Jak zdravotničtí záchranáři hodnotí svou komunikaci během jednotlivých výjezdů?

## **5 METODIKA**

Zvolena byla kvalitativní metoda pozorování za použití strategie reduktivní deskripce doplněná polostrukturovaným rozhovorem bezprostředně po ukončení pozorování.

Reduktivní deskripce je nejpoužívanější metodou v oblasti pozorování. V tomto typu průzkumu jsou pozorovány jednotlivé prvky, které jsou zaznamenávány do předem připravených záznamových archů (Ferjenčík, 2010, s. 156).

Po důkladném studiu literatury byl vytvořen záznamový arch obsahující dvě hlavní kategorie zkoumaných prvků. Tento záznamový arch byl předán ke kontrole třem zdravotnickým záchranářům z jiného pracoviště, z důvodu zpětné vazby a možného doplnění sledovaných prvků. Připomínky byly následně zapracovány do záznamového archu a ten byl použit k samotnému pozorování.

Polostrukturovaný rozhovor je též kvalitativní metoda sběru dat, kdy se tazatel drží daného tématu, ale otázky mohou být přeformulovány nebo může být změněno jejich pořadí. Lze tedy dodat informace navíc, které se váží k tématu (Eger, Egerová, 2017, s. 140-141). Zjištěné informace z provedeného rozhovoru byly interpretovány pomocí tzv. myšlenkové mapy, která byla zrealizována pomocí programu Microsoft Office Word 2013.

### **5.1 Výběr průzkumného vzorku**

Respondenty tvořili zdravotničtí záchranáři ze ZZS krajského typu, bylo jich celkem deset. Výběr respondentů probíhal záměrně v období praxe, kdy vždy proběhlo minimálně jedno pozorování a rozhovor. Zdravotničtí záchranáři byli označeni čísly 1-10.

### **5.2 Průběh pozorování**

Respondenti byli seznámeni s průzkumem pozorování komunikace, ale nebyli informováni o tom, kdy přesně bude prováděn. Pozorování bylo prováděno během jednotlivých výjezdů. Pozorovány byly konkrétní prvky komunikace. Pokud se předepsaný prvek uskutečnil, byl označen v záznamovém archu. Pokud se objevil vícekrát, byl zaznamenán přesný počet jednotlivých prvků. V některé situaci nebyla možnost zaznamenat pozorovaný prvek ihned, a proto byl zaznamenán retrospektivně.

#### **5.2.1 Záznamový arch**

Záznamový arch byl předem připravený a rozčleněný do dvou kategorií (viz Příloha A). Devalvační a evalvační prvky. Každá kategorie obsahovala konkrétní projevy komunikace. Pod

jednotlivými prvky následovala volná políčka pro případné doplnění. Na každé pozorování byl použit jeden list, do kterého byly zkoumané prvky zaznamenávány pomocí čárek. Zkoumané prvky byly vybrány po důkladném studiu literatury z knih obsažených v teoretické části. Byl také rozčleněn čas po pěti minutách, aby byla jasná struktura výjezdu a informace byly postupně zaznamenávány. Orientace v čase byla podložena signálem na telefonním zařízení. Celé pozorování bylo zahájeno v prvních pěti minutách při prvním kontaktu s pacientem. Od této doby byla komunikace s pacientem zkoumána. Trvala až do doby předání pacienta v nemocničním zařízení.

### **5.3 Průběh rozhovorů**

Byl prováděn polostrukturovaný rozhovor s předem připravenými otázkami. Jejich pořadí mohlo být v případě potřeby pozměněno, například pokud již v předchozí otázce odpověděl respondent na některou z následujících otázek, tato otázka nebyla už opakována. Kompletní rozhovor byl přepisován do papírové podoby. Respondenti byli informováni o anonymitě jejich odpovědí a použití pouze pro účely průzkumu bakalářské práce. Všechny rozhovory se odehrávaly po přijetí posádky na výjezdové stanoviště.

#### **5.3.1 Otázky**

Otázka číslo 1: „*Jak si myslíte, že jste s pacientem komunikoval/a?*“

Otázka číslo 2: „*Máte zkušenosti s tímto typem pacientů?*“

Otázka číslo 3: „*Je pro Vás náročné komunikovat s tímto typem pacientů?*“

Otázka číslo 4: „*Setkal jste se někdy s nějakou komunikačně náročnou situací?*“

Otázka číslo 5: „*Řeknete nějakou situaci, které se obáváte, a je náročná z hlediska komunikace?*“

## **6 PREZENTACE ZÍSKANÝCH DAT**

V prezentaci získaných dat jsou detailně popsána pozorování jednotlivých záchranářů včetně rozhovorů. Z odpovědí byly zjištěny cíle praktické části.

### **6.1 Záchranář č. 1**

Výzva: Dítě, 4 roky, křeče, naléhavost II

Posádka: RZP+RV

Pozorování bylo zahájeno při příjezdu na místo. První kontakt proběhl s otcem dítěte, kdy přišel posádce otevřít bránu. Na místě byla prozatím pouze posádka RZP. Záchranář č. 1 se v prvních pěti minutách aktivně vyptával na stav pacientky a naslouchal otci čtyřleté dívky, který projevoval známky zděšení. Byl opoceny, zmateně mluvil, plakal. Po zavedení do pokoje se snažil komunikovat s dívkou a uklidňovat ji, to prováděl velmi aktivně. Zároveň byl velice trpělivý, protože dívka projevovala značný neklid a třásla se. Záchranář edukoval pacientku při nasazení tlakové manžety a oxymetru. Navazoval s ní oční kontakt. Neustále byl v kontaktu s druhým členem posádky, řidičem. Ptal se ho na naměřené hodnoty. Rodiče poprosil o přítomnost u dítěte. Po pěti minutách záchranář pacientku stále slovně podporoval a žádal rodiče o uklidnění, protože bylo nutné zavést intravenózní vstup. V tuto chvíli se projevoval lehce nervózně - třásla se mu ruce, protože dívka neležela v klidu na posteli. Snažil se ji informovat o tom, co se s ní bude dít. Po zavedení intravenózní kanyly byl opět velmi klidný a trpělivý, ruce se mu přestaly třást. Po deseti minutách na místo dorazila posádka RV a hlavní komunikace se ujala lékařka. Záchranář ale neustále komunikoval s rodinou o dalším postupu, slušně a klidně je žádal o doklady dívky. Po patnácti minutách byla dívka připravena k transportu do nemocnice za přítomnosti matky. Posádka RV jela za sanitním vozem. Zdravotnický záchranář mluvil během transportu s matkou i s dívkou. Byl trpělivý i přes dívčin brek a stále ji hlasem uklidňoval. Matky se slušně doptával na doplňující informace o pacientce. Takto s nimi komunikoval dalších ještě deset minut, do příjezdu do nemocničního zařízení. Při předání pacientky se záchranář rozloučil s matkou i pacientkou a popřál hodně štěstí.

#### **6.1.1 Vlastní pozorování**

Při tomto výjezdu bylo náročné zvládnout komunikovat s rodiči i pacientkou najednou. Rodiče byli značně vyděšení. Záchranář postupoval systematicky a stíhal pacientku vyšetřovat i komunikovat s okolím, včetně svého kolegy. Do příjezdu lékařky hodně záleželo na jeho

postupu při provádění odborných výkonů, ale také právě na komunikaci.

Jelikož byla posádka vyslána po předání pacientky na další výjezd, byl rozhovor proveden ještě v sanitním voze cestou k dalšímu pacientovi.

**Otázka číslo 1:** „*Jak si myslíte, že jste s pacientem komunikoval/a?*“

„*No, s dítětem to úplně nešlo, protože bylo ještě malé, ale snažil jsem se s ní mluvit. Matka s otcem měli naštěstí na holčičku dobrý vliv, a proto byla celá situace o to jednodušší.*“

**Otázka číslo 2:** „*Máte zkušenosti s tímto typem pacientů?*“

„*Tak k dětem jezdíme, ale je to hodně individuální. Někdy mám docela obavy spíš z těch rodičů, než ze samotných dětí.*“

**Otázka číslo 3:** „*Je pro Vás náročné komunikovat s tímto typem pacientů?*“

„*Jak říkám, je to individuální. Ale výjezdy k dětem mohou být opravdu hodně náročné.*“

**Otázka číslo 4:** „*Setkal jste se někdy s nějakou komunikačně náročnou situací?*“

„*Pokus o sebevraždu, ale na pomoc přijela naštěstí rychle PČR a jejich vyjednávač vyškolený přímo na tento typ události.*“

**Otázka číslo 5:** „*Řeknete nějakou situaci, které se obáváte, a je náročná z hlediska komunikace?*“

„*Tak pro mne jsou to pacienti, kteří se projevují agresivně, to si myslím, že je náročné.*“



## 6.2 Záchranář č. 2

Výzva: Žena, 46 let, dušnost, kolaps, naléhavost III

Posádka: RZP

Pozorování bylo zahájeno při prvním kontaktu s osobou, která volala ZZS. Záchranář se ptal na okolnosti a samotný průběh zhoršeného stavu. Výjezd se odehrával v obchodním domě a pacientka byla odvedena do šatny. Při příchodu na místo seděla žena na lavici a velmi rychle dýchala. Zatímco byly pacientce měřeny fyziologické funkce, záchranář podal pacientce pytlík, aby do něj dýchala a snažil se jí uklidnit slovy: „*když budete dýchat do toho pytlíku, křeče opadnou a ihned se vám uleví*“. V následujících pěti minutách se ptal se na věci, které mohly tento stav způsobit. Poté si s ženou začal povídat o různých věcech, jako jsou například její zájmy, práce, rodina. Aktivně s ní komunikoval. Při postupném zlepšování zdravotního stavu nastala situace, kdy se dokonce pacientka i záchranář smály. Tento rozhovor probíhal asi deset minut a po této době se stav pacientky úplně zlepšil.

Záchranář po celou dobu udržoval s pacientkou oční kontakt, naslouchal jí. Pacientka byla nakonec pro stav hyperventilace ponechána na místě. Před tímto rozhodnutím byla ale důkladně poučena a seznámena s tímto stavem. Zdravotnický záchranář poskytl pacientce srozumitelně a slušně náležitě informace. V posledních pěti minutách radil ženě, jak postupovat, kdyby se u ní hyperventilace vyskytla znovu. Před odjezdem posádky RZP přijel na místo ještě manžel pacientky, který se ptal na možné příčiny a řešení stavu. Záchranář empaticky a slušně vysvětlil vše důležité manželovi ještě jednou.

### 6.2.1 Vlastní pozorování

V tomto pozorování hrála komunikaci hlavní roli, stejně tak o tom mluví i záchranář v následujícím rozhovoru. Paní prodělala stav hyperventilace, kdy byla sama vyděšena z toho, co se děje a záchranář ji svým klidem a jistotou přesvědčil, že pokud se uklidní, vše se rychlelepší. Také tomu tak bylo a při odchodu od pacientky se na sebe se záchranářem usmívali.

**Otázka č. 1:** „*Jak si myslíte, že jste s pacientem komunikoval/a?*“

„*Tak já si myslím, že tenhle výjezd byl hlavně o komunikaci, než o nějakých medicínských principech, takže jsem se snažil ženu uklidnit úplně jednoduše. Bavit jsem se s ní o úplně obyčejných věcech, aby se přestala tolik soustředit na dýchání a dýchala prostě normálně, což ten její stav vyřešilo.*“

**Otázka číslo 2:** „*Máte zkušenosti s tímto typem pacientů?*“

„*Ano. Více určitě jezdíme k takovým případům, než nějakým vážnějším.*“

**Otázka číslo 3:** „*Je pro Vás náročné komunikovat s tímto typem pacientů?*“

„*Není, jak říkám, stačí jednoduše komunikovat. Skoro každý člověk, i když možná spíše ženy, tento stav minimálně jednou v životě zažije, ať už z hysterie nebo z jiného důvodu.*“

**Otázka číslo 4:** „*Setkal jste se někdy s nějakou komunikačně náročnou situací?*“

„*Rozhodně, třeba u agresivních pacientů, opilých, psychiatrických.*“

**Otázka číslo 5:** „*Řeknete nějakou situaci, které se obáváte, a je náročná z hlediska komunikace?*“

„*Pokud mám říct jednu, která je pro mě fakt nejhorší, tak asi pacienti-děti, plus okolí, které od vás očekává mnohdy nemožné.*“

### 6.3 Záchranář č. 3

Výzva: muž, 60 let, dušnost, zhoršení stavu, naléhavost III

Posádka: RZP

Pozorování bylo zahájeno při prvním kontaktu s pacientem ležícím v posteli. Výjezd probíhal na ubytovně a převažovala zde romská komunita. Zdravotnický záchranář přiklekl k posteli, kde muž ležel a zjišťoval informace o jeho aktuálním stavu. Udržoval přitom oční kontakt, a jelikož muž trpěl nedoslýchavostí levého ucha, záchranář s ním hovořil v jeho blízkosti a srozumitelně. V dalších pěti minutách komunikoval záchranář i s ostatními lidmi na místě, kteří přišli nezvaně do pokoje, žádal je o doklady od pacienta a číslo na příbuzného člena rodiny. Zároveň komunikoval s druhým členem posádky-řidičem. Po vyplnění základních údajů do elektronické dokumentace záchranář pacienta vyšetřil a edukoval ho o následném převezení do nemocnice a důvodech, proč je zapotřebí udělat ještě další vyšetření. Po deseti minutách byl pacient odveden do sanitního vozu a transportován do nemocnice s pracovní diagnózou hypertenze a subjektivní dušnost. Po cestě do nemocničního zařízení se záchranář ještě doptával na informace potřebné k vyplnění výjezdového listu.

#### 6.3.1 Vlastní pozorování

Záchranář č. 3 se projevoval klidně a trpělivě. Komunikoval i se třemi lidmi, kteří přišli do pokoje a byli poměrně hluční. I s nimi jednal velice slušně.

**Otázka číslo 1:** „*Jak si myslíte, že jste s pacientem komunikoval/a?*“

*„Snažil jsem se komunikovat na základě empatie k pacientovi. Na druhou stranu pokud pacient nechce spolupracovat, jsem asertivní. To znamená, že musím kolikrát pacienta přerušit a zarazit jeho mnohdy dlouhá souvětí protože chci, aby mi řekl to, co je potřebuju vědět. Samozřejmě slušně.“*

**Otázka číslo 2:** „*Máte zkušenosti s tímto typem pacientů?*“

*„Samozřejmě, myslím, že k takovým jezdíme nejčastěji.“*

**Otázka číslo 3:** „*Je pro Vás náročné komunikovat s tímto typem pacientů?*“

*„Není, mám je rád, jsem komunikativní a rád si s lidmi povídám. Jsou mnohem horší výjezdy, které jsou komunikačně náročné, ale na ty se mě určitě budete ptát.“*

**Otázka číslo 4:** *„Setkal jste se někdy s nějakou komunikačně náročnou situací?“*

*„Rozhodně, každý opilec, agresor, pacienti s CMP, u kterých nebyli žádní svědci, a já potřebuju zjistit, co se stalo, jak dlouho příznaky trvají, ale pacient mi to není schopný říct.“*

**Otázka číslo 5:** *„Řeknete nějakou situaci, které se obáváte, a je náročná z hlediska komunikace?“*

*„Nejtěžší situace jsou z agresivního prostředí. Přesněji řečeno nedýchající dítě v romské rodině.“*

## **6.4 Záchranář č. 4**

Výzva: muž, 55 let, úraz hlavy, naléhavost II

Posádka: RZP

Výjezd probíhal na střední škole, kdy se vyučujícím udělalo nevolno, zakopnul o stojan pod televizi a ta mu spadla na hlavu. Pozorování bylo zahájeno při vstupu do třídy. Muž byl orientovaný a šel posádce naproti přes celou třídu. Zdravotnický záchranář se ptal, co se stalo a slušně ho požádal, aby se posadil. Zatímco pacient vysvětloval okolnosti úrazu, záchranář s ním udržoval oční kontakt. Vysvětlil mu, že krvácející ránu na hlavě kolega ošetří a potom bude muset jet s posádkou do nemocnice. Po pěti minutách přišla do místnosti dcera zraněného, kterou záchranář informoval o následujícím postupu. Při tomto rozhovoru, ale neudržoval žádný oční kontakt a dceru přerušoval, udělal to přesně dvakrát, protože se do toho ptal kolegy na naměřené hodnoty fyziologických funkcí. Dcera nijak nereagovala a vyčkala, až záchranář domluví s kolegou. Po deseti minutách záchranář provedl ještě neurologické vyšetření. Byl empatický, chápal pacientovu bolest a říkal mu, že jednou zažil podobný úraz. Muže slovně uklidňoval, vysvětloval, jaká ho čekají vyšetření v nemocnici a jakou bude mít péči, aby se mohl vrátit co nejdříve do svého zaměstnání. Po patnácti minutách na místě pacient došel sám do sanitního vozu a byl transportován do nemocnice s pracovní diagnózou úraz hlavy. V posledních pěti minutách během transportu s ním záchranář mluvil o jeho žácích a o jeho profesi.

Do záznamového archu do kategorie devalvačních prvků byl následně doplněn prvek přerušování příbuzné osoby.

### **6.4.1 Vlastní pozorování**

Záchranář č. 4 se jevil empaticky, soucítit s pacientem, i když nebyl přehnaně úzkostný. Vzpomínal na svůj tehdejší úraz hlavy. Ale při komunikaci s pacientovou dcerou ji přehlížel a skákal jí do řeči. Ona to nijak nevnímala a záchranáře nesoudila.

**Otázka číslo 1:** „*Jak si myslíte, že jste s pacientem komunikoval/a?*“

„*Tak pán na to jaký se mu stal úraz, byl celkem v pohodě. Myslím si, že v tomto případě nebylo úplně moc co zkazit. Pacient byl při vědomí a dobře odpovídal na moje otázky a já jsem s tím neměl nějaký problém.*“

**Otázka číslo 2:** „*Máte zkušenosti s tímto typem pacientů?*“

„*No, typ pacientů. K úrazům jezdíme, ale každý je úplně jiný. Ale s úrazy zkušenosti mám.*“

**Otázka číslo 3:** „*Je pro Vás náročné komunikovat s tímto typem pacientů?*“

„*V tomhle případě úplně ne. Je důležité s člověkem mluvit, abychom mohli odhalit případné zhoršení stavu, ve smyslu změny vědomí a tak. Nedívat se pouze na naměřené hodnoty, ale na pacienta.*“

**Otázka číslo 4:** „*Setkal jste se někdy s nějakou komunikačně náročnou situací?*“

„*Ano, například u agrese, opilosti.*“

**Otázka číslo 5:** „*Řeknete nějakou situaci, které se obáváte, a je náročná z hlediska komunikace?*“

„*Jestli mám říct fakt nejhorší, tak děti. Od nejmenších po větší, k tomu jejich rodiče, díky kterým jsme mnohdy pod tlakem.*“

## **6.5 Záchranář č. 5**

Výzva: žena, 30 let, prekolapsový stav, nauzea, naléhavost IV

Posádka: RZP

Výjezd probíhal u ženy v bytě a pozorování komunikace bylo zahájeno při vstupu do bytu, kdy posádce otevřel přítel pacientky. Pacientka ležela v posteli, opocená a bledá. Záchranář se posadil vedle ženy a začal se ptát na to, co se stalo. Svého kolegu slušně požádal o fonendoskop, aby mohl poslechnout, jak žena dýchá. Záchranář s pacientkou udržoval při rozhovoru oční kontakt. Do konverzace přizval i přítele a slušně ho požádal o další informace, které by mohly být přínosné ke stanovení možné příčiny stavu. Po pěti minutách probíhalo další vyšetřování. Neproběhla ale edukace o tom, že například záchranář ženě odkryje triko, aby mohl vyšetřit břicho, nebo jí bude zavedena intravenózní kanyla. Po deseti minutách, po dalším vyšetření pacientky a zavedení vstupu do žilního řečiště záchranář se ženou komunikoval v naprostém klidu. Hovořili o dovolené, sportu a o jídle. Po patnácti minutách na místě byla žena seznámena se svým stavem a odvezena do sanitního vozu. Přítel byl srozumitelně informován o dalším postupu a byl mu předán telefonní kontakt na místo, kam si měl zavolat pro další informace. Po dvaceti minutách, během transportu, byl ženě podán krystaloidní roztok, přičemž jí bylo vysvětleno, proč se podává a jak jí pomůže. Žena byla odvezena do nemocnice s pracovní diagnózou hypotenze.

Do devalvačních prvků byla dopsána kolonka bez edukace u prováděných výkonů.

### **6.5.1 Vlastní pozorování**

Záchranář č. 5 hovořil s pacientkou a jejím přítelem úplně v klidu. Nevyskytlo se zde ale žádné upomenutí, že záchranář zavede intravenózní kanylu a pacientku může cítit píchnutí. Záchranář potom mluvil ještě s přítelem a ihned sám od sebe mu dal kontakt do nemocnice, kam si měl zavolat.

**Otázka číslo 1:** „*Jak si myslíte, že jste s pacientem komunikoval/a?*“

„*Adekvátně, k jejímu zdravotnímu stavu.*“

**Otázka číslo 2:** „*Máte zkušenosti s tímto typem pacientů?*“

„*Ano, tyhle kolapsové stavy jsou časté, ještě když se počasí takhle oteplí. Jezdíme často k těmto pacientům.*“

**Otázka číslo 3:** „*Je pro Vás náročné komunikovat s tímto typem pacientů?*“

„*Ne, protože jich je tolik, že se to člověk naučí a ví, na co se má zeptat.*“

**Otázka číslo 4:** „*Setkal jste se někdy s nějakou komunikačně náročnou situací?*“

„*Ano, psychiatričtí pacienti, agresivní, pacienti s CMP.*“

**Otázka číslo 5:** „*Řeknete nějakou situaci, které se obáváte, a je náročná z hlediska komunikace?*“

„*Asi děti. Závažné stavy u dětí a jejich ne hysteričtí rodiče, ale zoufalí rodiče.*“



## **6.6 Záchranář č. 6**

Výzva: žena, 95 let, astma, CHOPN, naléhavost III

Posádka: RZP

Výjezd probíhal v bytě pacientky, která si sama volala ZZS pro obtížné dýchání. Pozorování bylo zahájeno, když sama žena otevřela posádce dveře do bytu. Záchranář jí požádal, aby se posadila a on si přisedl k ní. Dotazoval se na aktuální problém a bolest pacientky. Komunikoval s ní velice mile, například se bavili o jejím vnukovi a vnučce. Po pěti minutách, po odebrání anamnézy si ženu záchranář vyšetřil, poprosil ji o vyhrnutí svetru, aby bylo možné natočit EKG a provést poslech plic. Když se žena ptala, co vidí na EKG po jeho vytisknutí, laicky se ji snažil vysvětlit, co se s ní děje. Byl velmi a empatický a snažil se ji nevystrašit. Sděлил jí, že se o ní v nemocnici postarají a co nejdříve ji s největší pravděpodobností propustí. Po deseti minutách zaváděl záchranářův kolega intravenózní vstup a záchranář ženě vysvětloval, k čemu slouží. Po kanylaci žíly byl ženě objasněn její stav a to za stálého očního kontaktu. Žena požádala zdravotnického záchranáře, jestli by zavolal jejímu synovi a řekl mu, co se děje a jaký bude následující postup. Záchranář ihned souhlasil. V dalších pěti minutách synovi zavolal. Komunikoval s ním zřetelně a vše mu vysvětlil. I když měl syn hodně otázek, záchranář mu je všechny trpělivě zodpověděl. Ženu poté uklidnil ve smyslu, že syn je o všem informován a do nemocnice za ní přijede. Při transportu už dále žádná komunikace neprobíhala. V nemocničním zařízení záchranář popřál ženě hodně štěstí. Jako pracovní diagnóza byla stanovena subjektivní dušnost, nespecifické změny na EKG.

Do kategorie evaluační prvky byla dopsána dobrá edukace příbuzného.

### **6.6.1 Vlastní pozorování**

Záchranář se k paní choval velmi mile. Všechno jí vysvětloval, paní byla zvědavá a on na vše odpověděl a snažil se tak, aby to žena pochopila. Se synem pacientky komunikoval taky příjemným tónem hlasu a neměl se zavoláním žádný problém, že by ho to například zdržovalo.

**Otázka číslo 1:** „*Jak si myslíte, že jste s pacientem komunikoval/a?*“

„*Směřoval jsem to k jejímu věku a mentálním schopnostem se snahou nevyděsit pacientku a vše jí dobře vysvětlit. Chtěl jsem, aby byla klidná, už má svůj věk, ale to jí nedělalo vůbec žádný problém, komunikovala s námi mnohem lépe, než mnohdy mladší pacienti.*“

**Otázka číslo 2:** „*Máte zkušenosti s tímto typem pacientů?*“

„*Ano, nejčastější klienti.*“

**Otázka číslo 3:** „*Je pro Vás náročné komunikovat s tímto typem pacientů?*“

„*Vzhledem k tomu, že s ním komunikujeme skoro pořád, tak to pro mne náročné nijak nebylo, ještě když s námi bábinka pěkně spolupracovala.*“

**Otázka číslo 4:** „*Setkal jste se někdy s nějakou komunikačně náročnou situací?*“

„*Ano, pacienti pod vlivem alkoholu. Je obtížné vytěžit validní informace a mnohdy nemáme s čím pracovat. Ty informace nám chybí.*“

**Otázka číslo 5:** „*Řeknete nějakou situaci, které se obáváte, a je náročná z hlediska komunikace?*“

„*Je těžké komunikovat s pacientem, třeba při dopravní nehodě, kdy je vedle něj někdo blízký už mrtvý. On to vidí a mnohdy nespolupracuje a chce, abychom zachránili člověka, který je už mrtvý. To je nepříjemné a práci nám to určitě stěžuje. Na druhou stranu je to samozřejmě pochopitelné.*“

## **6.7 Záchranář č. 7**

Výzva: žena, 73 let, CMP, naléhavost II

Posádka: RZP

Výjezd probíhal v domově pro seniory v pokoji pacientky. Pozorování začalo při vstupu do chodby, kdy pro posádku přišla zdravotní sestra, která zde byla zaměstnaná. Záchranáři předala již vytištěné údaje o pacientce, za které zdravotnický záchranář z očí do očí poděkoval. Žena ležela v posteli a nekomunikovala. Informace o nemocném mohla poskytnout pouze zdravotní sestra. Záchranář se ji zeptal pouze na včerejší zdravotní stav pacientky, aby ji nezdržoval od práce. Dále se už snažil záchranář mluvit na pacientku. Ta neodpovídala, ale jevila známky toho, že záchranáře slyší a rozumí mu. Dokázala odpovědět pouze jedním slovem a to hodně potichu a bez artikulace, protože se u ní projevovaly neurologické příznaky CMP. Po pěti minutách záchranář chytil ženu za ruku a mluvil s ní o tom, co se s ní bude dít. Při vyšetřování ji informoval o všem, co dělá. Při EKG ji upozornil, že ji vyhrne triko a nalepí ji na hrudník elektrody. Po deseti minutách, když ji byl zaváděn intravenózní vstup, byla žena o všem edukována. Pacientka měla oslabenou levou polovinu těla, tudíž ji posádka musela přesunout na lehátko. V tu chvíli ji záchranář uklidňoval a ujišťoval, že se nemusí ničeho bát, že ji pouze přemístí z lůžka na lehátko a bude převezena do nemocnice. Řekl jí, že má pravděpodobně cévní mozkovou příhodu, už ji ale neřekl, co to pro ni znamená a jestli je to vážně nebo naopak. Tedy samotný stav jí blíže nespecifikoval. I když už žena nereagovala na oslovení vůbec, stejně ji informoval o tom, kam bude transportována. Po patnácti minutách v sanitním voze během transportu udržoval záchranář s pacientkou oční kontakt a snažil se na ní mluvit, protože její tvář vypadala vystrašeně. Tekly jí slzy a záchranář se jí snažil uklidňovat až do příjezdu na příslušně oddělení nemocnice. Po dvaceti minutách, po předání pacientky lékaři na cílovém oddělení v posledních pěti minutách záchranář chytil ženu za ruku a rozloučil se s ní.

Do kategorie evalvační prvky byla doplněna po návratu z výjezdu haptika – komunikace za použití dotyku.

### **6.7.1 Vlastní pozorování**

Záchranář č. 7 komunikoval s pacientkou přesto, že mu skoro neodpovídala. Vypadalo to, že to dělá automaticky a nepřemýšlí nad tím. Využil zdravotní sestru a od ní získal potřebné informace a pacientce už potom sděloval jen jednotlivé kroky, které provádí.

**Otázka číslo 1:** „*Jak si myslíte, že jste s pacientem komunikoval/a?*“

„*Mluvil jsem vlastně sám, pacientka nemohla komunikovat. Ale chtěl jsem, aby aspoň věděla, co s ní budeme dělat. To hlavně proto, že když sem po ní chtěl jednoduchou odpověď, snažila se mi odpovědět. To znamená, že vnímala a nebyla úplně mimo sebe.*“

**Otázka číslo 2:** „*Máte zkušenosti s tímto typem pacientů?*“

„*Ano, mrtvice jsou časté, je to opravdu indikace k tomu, abychom přijeli. Ne, jako u stavů, které by měly být řešeny praktickým lékařem, jsou ale bohužel nejčastější.*“

**Otázka číslo 3:** „*Je pro Vás náročné komunikovat s tímto typem pacientů?*“

„*Nevím, jestli náročné, to se asi říct nedá. Jsou určitě i náročnější.*“

**Otázka číslo 4:** „*Setkal jste se někdy s nějakou komunikačně náročnou situací?*“

„*Jo, to určitě. Třeba cizinci, já nemluví anglicky ani německy, ani jiným jazykem.*“

**Otázka číslo 5:** „*Řeknete nějakou situaci, které se obáváte, a je náročná z hlediska komunikace?*“

„*Nejvíc nerad jezdím k dětem. Vždy jsou všichni nervózní, posádka, rodiče nebo jiní lidé na místě. Tohle si myslím, že špatně snáší každý.*“

## **6.8 Záchranář č. 8**

Výzva: muž, pokus o sebevraždu, volá kamarád, naléhavost II

Posádka: RZP

Výjezd se odehrával na ulici. Volání ZZS bylo „z druhé ruky“. Pozorování bylo zahájeno ihned při příjezdu na místo. ZZS volal kamarád údajného sebevraha. Záchranář se klidně ptal, co se na místě děje. Oba lidé, pravděpodobně pod vlivem alkoholu, se navzájem překřikovali. Zdravotnický záchranář byl trpělivý a znovu se zeptal muže, který chtěl podle kamaráda spáchat sebevraždu, co se děje. Muž tvrdil, že to vůbec není pravda a nechápal, proč posádka dorazila na místo. Druhý muž na něj pokřikoval, že je blázen. Proto mu záchranář důrazně oznámil, ať ho nechá mluvit a jde od něj pryč. Po pěti minutách záchranář usoudil, že bude jednoduší vzít muže do auta a tam si s ním promluvit. Záchranář s ním komunikoval bez předsudků, velmi slušně a trpělivě. Na všechno se ptal alespoň dvakrát, protože mu muž většinou odpovídal na něco jiného, než se záchranář ptal. Muži se neustále díval do očí, na rozdíl od něho. Po deseti minutách rozhovor stále trval. Muž tvrdil, že nechtěl vůbec spáchat sebevraždu, že zítra nastupuje na odvykací léčbu. V ten moment se rozplakal. Záchranář se muži snažil empaticky vysvětlit, že musí začít sám u sebe, že mnoho lidí má problémy. Dotazoval se ho i na okolnosti, z jakého důvodu přišel o domov a na důvod proč tolik pije alkohol. Celou dobu s ním udržoval oční kontakt a mluvil s ním slušně. Po patnácti minutách se s mužem dohodl, že ho ponechá na místě. Tak si to také pacient přál. Po dobu sepisování záznamu o výjezdu muži radil, ať se jde vyspat a druhý den nastoupí střízlivý na odvykací kúru. Požádal muže o chvíli strpení, aby mohl zavolat lékaři a o podpis, že s ponecháním na místě souhlasí. Popřál mu hodně štěstí a znovu mu zopakoval, že problémy musí začít řešit u sebe.

### **6.8.1 Vlastní pozorování**

Záchranář vypadal při tomto výjezdu nesmírně vyrovnaně. Nenechal se ničím vyprovokovat a komunikoval s pacientem pod vlivem alkoholu úplně normálně, jako při jiných výjezdech.

**Otázka číslo 1:** „*Jak si myslíte, že jste s pacientem komunikoval/a?*“

„*Já jsem v této oblasti trpělivý. Nebyl bych tolik, kdyby byl ten člověk agresivní. Což byl v tomhle případě spíš ten druhý, který tu záchranku zavolal. S tím jsme se ale naštěstí bavit moc nemuseli. Tenhle člověk, který chtěl prý páchat sebevraždu, se ke mně choval slušně, omlouval se dokonce, že jsme tam museli přijet. Myslím, že jsem s ním mluvil slušně. Chtěl jsem ho trochu nakopnout, aby se šel léčit, ale je mi jasný, že tyhle lidi se k tomu sami stejně nedokopu.*“

**Otázka číslo 2:** „*Máte zkušenosti s tímto typem pacientů?*“

„*Jsou období, kdy k těm opilcům jezdíme víc, někdy míň. Tohle bylo vlastně ještě brané jako pokus o sebevraždu. No tak takové výjezdy jsou, ale před nimi je určitě víc častějších, než je tenhle.*“

**Otázka číslo 3:** „*Je pro Vás náročné komunikovat s tímto typem pacientů?*“

„*Pokud nejsou agresivní, tak ne.*“

**Otázka číslo 4:** „*Setkal jste se někdy s nějakou komunikačně náročnou situací?*“

„*Ano, při dopravní nehodě, kdy je více raněných a nevíte kam dřív skočit a ještě hůř, když tam přijedete jako první a je z vás najednou velitel zdravotnické složky.*“

**Otázka číslo 5:** „*Řeknete nějakou situaci, které se obáváte, a je náročná z hlediska komunikace?*“

„*Dopravní nehoda nebo vlastně jakákoliv nehoda s více zraněnými lidmi na místě.*“

## **6.9 Záchranář č. 9**

Výzva: dopravní nehoda, muž při vědomí, naléhavost II

Posádka: RZP

Pozorování se odehrávalo na místě dopravní nehody, kdy řidič nákladního vozu nedal přednost autu jedoucímu po hlavní silnici. Při příjezdu na místo, se záchranář ujistil u již přítomných hasičů, zda je na místě jen jeden zraněný. Potom žádal muže, aby se přemístil do sanity. Muž byl chodící s tržnou ránou na hlavě. Položil se na lehátko a záchranář se ho ptal, zda si pamatuje, co se stalo. Muž si toho moc nepamatoval a neustále opakoval, že jel po hlavní silnici a zda už volali jeho ženě. Záchranář mu trpělivě opakoval, že ženě už stihl zavolat on sám a ať nad průběhem dopravní nehody nepřemýšlí, že je teď nejdůležitější jeho zdravotní stav. Po pěti minutách, kdy muž stále opakoval a ptal se na stejné věci, probíhalo vyšetření. Záchranář prováděl vyšetření celého těla a následně proběhlo vyšetření neurologické. S pacientem mluvil klidně, naslouchal mu, i když pořád mluvil o tom samém. Snažil se mu pořád opakovat srozumitelně a klidně, ať se momentálně nestará o samotnou nehodu, ale o sebe. Upozornil ho, že musí do nemocnice, aby mu provedli CT mozku, aby bylo vyloučeno intrakraniální krvácení nebo jiné poranění. Dále ale nevysvětlil, co tyto termíny znamenají, ačkoli pacient v tu chvíli jevil známky zděšení formou vykulení očí. Záchranář přesto nereagoval a pacientovi nevysvětlil, o co se jedná. Po deseti minutách záchranář rozhodl, že se pacient bude transportovat do nemocnice. Dalších patnáct minut, cestou do nemocnice, s ním komunikoval a zároveň tím kontroloval i jeho vědomí a zjišťoval doplňující anamnézu. Po celou dobu byl záchranář trpělivý, opakovaně pacienta utěšoval. Po příjezdu do nemocnice se s mužem slušně rozloučil, popřál hodně štěstí a znovu naposledy klidně zopakoval, že své manželce už zavolal, že měl dopravní nehodu.

Toto pozorování bylo provedeno retrospektivně, z důvodu, že nebylo možné zaznamenávat prvky během samotného ošetření pacienta.

### **6.9.1 Vlastní pozorování**

Záchranář se projevoval klidně, klidným hlasem i mluvil s pacientem, nerozhodilo ho jeho neustálé opakování stejných vět. Pacient byl ale zděšený z možného rizika, vypadal zmateně a zděšeně, když záchranář použil slovo intrakraniální krvácení.

**Otázka číslo 1:** „*Jak si myslíte, že jste s pacientem komunikoval/a?*“

„*Myslím, že tak, jak to v tu dobu bylo vhodné. On se pořád opakoval, ale to k tomuhle stavu prostě patří.*“

**Otázka číslo 2:** „*Máte zkušenosti s tímto typem pacientů?*“

„*Ano, troufám si říct ano.*“

**Otázka číslo 3:** „*Je pro Vás náročné komunikovat s tímto typem pacientů?*“

„*Myslím, že pro ně je to náročnější. Byl jsem u situací, kdy teda ta komunikace byla určitě horší a těžší než v tomhle případě.*“

**Otázka číslo 4:** „*Setkal jste se někdy s nějakou komunikačně náročnou situací?*“

„*Ano. Pacienty léčící se na psychiatrii, odmítající převoz do nemocnice.*“

**Otázka číslo 5:** „*Řeknete nějakou situaci, které se obáváte, a je náročná z hlediska komunikace?*“

„*No tak těch je asi víc, všechny NZO a výjezdy k romským obyvatelům, ti bývají hodně hluční a tlačí na vás ve všech směrech. Nedejbůh jedná-li se o dítě, to je nejhorší.*“



## 6.10 Záchranář č. 10

Výzva: muž, bolesti dolních končetin, 80 let, naléhavost IV

Posádka: RZP

Výjezd se odehrával v bytě pacienta za přítomnosti dvou dcer, když našly otce na toaletě, který se nemohl zvednout a volaly tak ZZS. Pozorování bylo zahájeno při vstupu do bytu. Pán seděl na toaletě a nemohl se postavit. Záchranář ho vyzval, ať se pokusí vstát. Pacient nebyl schopen sám chodit. Záchranář protočil oči v sloup. Pacient byl za pomoci záchranáře a kolegy přenesen na křeslo. Po pěti minutách se záchranář ptal muže na to, co se stalo a jak dlouho tam už seděl. Pacient s ním moc nechtěl mluvit, protože zásadně nechtěl do nemocnice. Záchranář mu trpělivě opakoval, že pokud s ním nebude komunikovat, bude ho tam muset odvézt určitě. Na záchranáře pacient nereagoval ani po třetím upozornění a vzápětí si záchranář našťvaně odfrknul. Zeptal se tedy dcer, s čím se otec léčí a zda je na něco alergický, využíval je ke sběru validních informací. Komunikoval s nimi zdvořile a za stálého očního kontaktu, kromě vypisování záznamu o výjezdu. Při měření fyziologických funkcí se pacient lehce bránil a to tak, že si odmítal nechat změřit krevní tlak a glykémii. Po trpělivém vyjednávání záchranáře slovy: „*jsme zde kvůli vám a chceme vám pomoci, tak se nebraňte*“, nakonec povolil a nechal se vyšetřit. Po deseti minutách přiklekl záchranář k pacientovi a s pochopením řekl, že mu rozumí, že nechce do nemocnice, ale vysvětlil mu, že jde o jeho zdraví a nemůže tu na místě zůstat sám. Záchranář neustále udržoval oční kontakt. Muž stále odmítal převoz do nemocnice a nechápal, že nemůže v bytě zůstat úplně sám, když není schopen udělat ani krok. Nakonec po klidném jednání záchranáře s pacientem a jeho přemluvení byl na lehátku převezen do sanitního vozu. Po dvaceti minutách, během transportu, se záchranář snažil muži vysvětlit, že je to pro jeho dobro a že je to jeho práce, kterou mu chce pomoci. Při příjezdu do nemocnice už muž neprotestoval a záchranáři poděkoval. I když vypadal, že není nadšený, byl smutný a oči měl plné slz. Záchranář ho vyslechl, popřál hodně štěstí a brzký návrat domů.

Do devalvační kategorie bylo připsáno odfrknutí.

### 6.10.1 Vlastní pozorování

Záchranář byl při tomto výjezdu velmi trpělivý, i když tam jednou proběhlo odfrknutí a protočení očí v sloup. Tento pán opravdu nechtěl moc spolupracovat. Snažil se s pacientem domluvit a přimět ho spolupracovat. Po určité době se mu to povedlo. Bylo zde vidět, že už disponuje určitými zkušenostmi a ví, co dělá.

**Otázka číslo 1:** „*Jak si myslíte, že jste s pacientem komunikoval/a?*“

„*Už jsem si myslel, že ho budu muset odvézt bez jeho souhlasu, nakonec se ale nechal ukecat. Takže si myslím, že jsem to zvládl.*“

**Otázka číslo 2:** „*Máte zkušenosti s tímto typem pacientů?*“

„*Ano, k těmto pacientům jezdíme často.*“

**Otázka číslo 3:** „*Je pro Vás náročné komunikovat s tímto typem pacientů?*“

„*Když nechtějí spolupracovat, tak to není příjemné, ale nějak se s nimi prostě domluvit musíme.*“

**Otázka číslo 4:** „*Setkal jste se někdy s nějakou komunikačně náročnou situací?*“

„*Ano, rozhodně jsou náročnější situace, než byla tahle. Se zrakově postiženými, člověk si kolikrát neuvědomí, že ten člověk nic nevidí a řekne něco blbě, aniž by to myslel zle.*“

**Otázka číslo 5:** „*Řeknete nějakou situaci, které se obáváte, a je náročná z hlediska komunikace?*“

„*Komunikace s agresivními pacienty, člověk nikdy neví, co se jim honí v hlavě a co je vytočí.*“

## 7 DISKUZE

Tato bakalářská práce popisuje problematiku komunikace zdravotnických záchranářů s pacienty v přednemocniční neodkladné péči. V této části jsou interpretovány výsledky průzkumu, který byl prováděn kvalitativní metodou pozorování a rozhovorem.

Po provedeném pozorování bylo sepsáno zhodnocení průběhu výjezdu z dat získaných zapsáním do záznamového archu. Následně proběhl rozhovor se zdravotnickým záchranářem.

Jednotlivá pozorování byla zhodnocena a z výsledků je jasné, že ve všech případech jasně převažovaly evalvační prvky nad devalvačními. V následující tabulce je uvedeno, kolikrát se se vyskytly zkoumané prvky v komunikaci.

**Tabulka 1** - Přehled zkoumaných komunikačních prvků

	<b>Evalvační prvky</b>	<b>Devalvační prvky</b>
<b>Záchranář č. 1</b>	22	1
<b>Záchranář č. 2</b>	23	0
<b>Záchranář č. 3</b>	9	0
<b>Záchranář č. 4</b>	13	3
<b>Záchranář č. 5</b>	12	2
<b>Záchranář č. 6</b>	16	0
<b>Záchranář č. 7</b>	16	1
<b>Záchranář č. 8</b>	20	0
<b>Záchranář č. 9</b>	18	2
<b>Záchranář č. 10</b>	22	2
<b>CELKEM</b>	<b>171</b>	<b>11</b>

Podstatou první otázky rozhovoru bylo vlastní zhodnocení komunikace. Zdravotničtí záchranáři odpovídali na otázku: „*Jak si myslíte, že jste s pacientem komunikoval/a?*“.

V následujícím schématu je přehledně rozpracováno, jak sami sebe záchranáři hodnotili.



Obrázek 1 - Odpovědi respondentů na otázku č. 1

Z této tzv. myšlenkové mapy vyplývá, že všech deset zdravotnických záchranářů komunikovalo podle svého hodnocení adekvátně, bez předsudků a to hlavně u záchranáře č. 3, který se k pacientovi romského původu choval empaticky. Z odpovědí respondentů vyplývá fakt, že komunikace je nezbytná část profese zdravotnického záchranáře. O tom nejvíce vypovídá odpověď záchranáře č. 2.

Otázka č. 2 se týkala zkušeností zdravotnických záchranářů s pacienty, u kterých bylo prováděno pozorování a následný rozhovor. Odpovědi jsou zobrazeny na Obrázku 2.



Obrázek 2 – Odpovědi respondentů na otázku č. 2

V tomto schématu bylo možno vidět, zda záchranáři mají zkušenosti s výjezdy, při kterých byli pozorováni a dotazováni. Všech deset respondentů odpovědělo, že s výjezdy zkušenosti mají. Nejčastější pacienti, jsou dle respondentů lidé se stavem dušnosti a kolapsovým stavem.

Třetí otázka byla zaměřena na náročnost komunikace s pacienty. Všichni respondenti se shodli, že při každém výjezdu bývá komunikace s pacienty odlišná, záleží na mnoha okolnostech, např. na stavu pacienta, věku či prostředí. Odpovědi jsou zobrazeny na Obrázku 3.



Obrázek 3 – Odpovědi respondentů na otázku č. 3

Respondenti se shodli, že tyto výjezdy, při kterých bylo provedeno pozorování a rozhovor, nebyly tak náročné na komunikaci s pacienty. Kromě výpovědi záchranáře č. 1, který ošetřoval dítě. V tomto případě pro něho byla komunikace více obtížná a celkově výjezdy k dětským pacientům považuje za skutečně náročné.

Čtvrtá otázka byla zaměřena na zjištění minulé zkušenosti záchranáře s náročnou situací při komunikaci s pacientem. V následující myšlenkové mapě lze vidět, s jakými komunikačně náročnými situacemi se respondenti setkali v minulosti.



Obrázek 4 - Odpovědi respondentů na otázku č. 4

Každý pacient je individuální. Respondenti se shodli, že komunikačně nároční pacienti, se kterými se již ve své praxi setkali, jsou: pacienti se sebevražednými sklony, lidé s psychiatrickými potížemi, pacienti se smyslovým postižením, CMP, cizinci, lidé pod vlivem omamných látek, lidé s agresivními projevy chování, komunikace při dopravních autonehodách.

Poslední pátá otázka zjišťovala, čeho se zdravotničtí záchranáři obávají do budoucna, se kterou situací se nechtějí potkat a obávají se jí z hlediska možné náročné a problematické komunikace.



Obrázek 5 - Odpovědi respondentů na otázku č. 5



V nejvíce odpovědích se respondenti shodli, že nejnáročnější komunikace je s dětmi a mnohdy s jejich rodiči či s příbuznými pacientů. Další v pořadí jsou agresivní pacienti. Dále vypověděli o náročné komunikaci s romským etnikem, kde dochází k agresi a velkému nátlaku na pracovníky ZZS. Dva respondenti zmínili ve svých odpovědích dopravní nehodu. Záchranář č. 6 a záchranář č. 8 popsali situaci, které se nejvíce ve svém zaměstnání obávají, a tou je dopravní nehoda, při níž je na místě vyšší počet zraněných.

Hlavním cílem teoretické části práce bylo seznámit se se základními strukturami, formami a prvky komunikace. Dílčím cílem bylo nastínit možné problematické skupiny pacientů v komunikaci, jakými jsou např. pacienti agresivní, pacienti s odlišnou kulturou či náboženstvím (lidé muslimského a židovského vyznání). Dále se do této skupiny mohou řadit i děťští pacienti, kterým se bakalářská práce také věnuje.

Hlavním cílem praktické části bylo popsání komunikace zdravotnického záchranáře při samotné práci s pacienty v různém prostředí. Na samotném začátku praktické části, byly stanoveny čtyři průzkumné otázky, které vycházely ze stanovených cílů.

**1. průzkumná otázka:** Jak zdravotničtí záchranáři komunikují s pacienty?

Z provedeného šetření bylo shledáno, že komunikace probíhala téměř bez obtíží. Ve všech provedených pozorováních bylo zjištěno, že **evalvační prvky výrazně převažovaly nad prvky devalvačními**, viz Tabulka 1. Ke každému pacientovi zdravotnický záchranář přistupoval individuálně a v každém případě dosáhli spolupráce a společného cíle v komunikaci.

Podobnou bakalářskou práci zpracovala také Gašperíková (2014), kdy ve své práci s názvem „Komunikace v ošetrovatelské péči“ zkoumala úroveň komunikačních dovedností všeobecných sester v každodenní interakci s pacienty. V šetření se potvrdil autorčin předpoklad, že většina dotazovaných sester má dostatečné komunikační dovednosti při každodenní práci s pacienty, což se shoduje s průzkumem i této bakalářské práce.

Dílčím cílem praktické části bylo zjištění situací v přednemocniční neodkladné péči, se kterými se již zdravotničtí záchranáři osobně setkali, a byly pro ně komunikačně náročné.

**2. průzkumná otázka:** S jakými situacemi se zdravotničtí záchranáři už setkali, a byly pro ně komunikačně náročné?

Z šetření vyplynulo, že komunikačně náročných situací je více a každý zdravotnický záchranář je vnímá pokaždé individuálně a je ovlivněn daným prostředím. Nejvíce respondentů uvedlo, že za nejvíce komunikačně náročnou a problematickou situaci, se kterou se již setkali, považují komunikaci s **pacienty, kteří jsou pod vlivem návykových látek, mají agresivní chování či trpí duševní poruchou**. Dále následovaly náročné situace a komunikace při **dopravních nehodách s vyšším počtem zraněných**. Setkávají se také s pacienty s **CMP**, kteří jsou pro ně také komunikačně nároční. Protože zdravotnickým záchranářům nejsou mnohdy schopni objasnit začátek, možnou příčinu a průběh onemocnění. V tomto případě jsou tyto informace pro záchranáře důležité. Dále mají zkušenosti i s **pacienty se sebevražednými úmysly, s cizinci a s lidmi se smyslovým postižením**. Tyto stavy považují také za komunikačně náročné.

Podobného výsledku dosáhla i bakalářská práce s názvem „Profesionální zátěž ambulantních sester vyplývající z chování pacientů“ (Kusá, 2017). Provedené šetření dokázalo, že zdravotní sestry se již setkaly a jsou pro ně nejvíce problematictí pacienti pod vlivem alkoholu, kteří nespolupracují a mohou být agresivní. Autorka zmiňuje ve své práci také Zdravotnickou záchrannou službu, kdy uvádí, že při této profesi je problém obdobný.

Seidlová (2014) ve své diplomové práci uvádí, že komunikačně náročné situace, se kterými se zdravotničtí záchranáři již setkali, jsou pacienti – senioři, ti se dle výzkumu umístili na prvním místě. Zároveň s těmito pacienty mají pracovníci nejvíce zkušeností. Na druhém místě se umístily případy, kdy zdravotničtí záchranáři museli komunikovat s ostatními složkami IZS. Na třetím místě to poté byli pacienti pod vlivem návykových látek. Tento výzkum koresponduje s průzkumem této bakalářské práce v určitých bodech.

Druhým dílčím cílem praktické části bylo zjistit, jaké situace v komunikaci považují zdravotničtí záchranáři za nejnáročnější a zároveň se jich obávají.

**3. průzkumná otázka:** Jaké situace jsou pro zdravotnické záchranáře nejnáročnější z komunikačního hlediska a obávají se setkání s nimi?

Z výsledků šetření je patrné, že se zdravotničtí záchranáři **nejvíce obávají komunikace s dětmi a jejich rodiči**, kteří svým chováním často vyvolávají stres u zdravotnického

personálu. Při komunikaci s dítětem situaci zhoršuje prostředí, ve kterém se dítě nachází. Dále to jsou **agresivní pacienti** a ke složité komunikaci může dojít i **při dopravních nehodách**.

V diplomové práci (Seidlová, 2014), která nese název „Komunikačně náročné situace na zdravotnické záchranné službě z pohledu zdravotnického záchranáře“ bylo provedeno dotazníkové šetření, z kterého vyplynulo, že za nejnáročnější komunikaci považují zdravotničtí záchranáři komunikaci s rodiči dítěte, které je v závažném stavu nebo je u něj prováděna KPR. Na druhé místo se zařadila hromadná neštěstí, kdy právě při této události považují záchranáři komunikaci za náročnou. Na třetím místě to byli pacienti agresivní a pacienti se sebevražednými sklony. V určitých výsledcích se tato diplomová práce shoduje s výsledky získanými v této bakalářské práci. Rozhodně se ale obě práce shodly v tom, že se záchranáři nejvíce obávají komunikace s dětmi a jejich rodiči.

Posledním dílčím cílem bylo zjistit, jaké je sebehodnocení zdravotnických záchranářů při jednotlivých výjezdech.

**4. průzkumná otázka:** Jak zdravotničtí záchranáři hodnotí svou komunikaci během jednotlivých výjezdů?

Všichni zdravotničtí záchranáři **zhodnotili svou komunikaci jakou úspěšnou**. V každém případě docílili spolupráce s pacientem, kterému byla poskytnuta adekvátní odborná péče. V dané situaci došlo k přizpůsobení zdravotnického personálu konkrétní situaci. Domnívají se, že jejich komunikace byla vhodná a splnila svůj cíl. Jejich tvrzení potvrzuje i výsledek vysokého počtu výskytu evalvačních prvků v záznamovém archu uvedených ve výše uvedené tabulce.

Zeisbergerová (2011) ve své diplomové práci „Komunikační dovednosti zdravotníků při kontaktu s pacientem“ prováděla kvantitativní výzkum, kterého se zúčastnily zdravotní sestry především v intenzivní péči, ale i na standartních odděleních. Z celkového počtu respondentů jich 91 % zhodnotilo svou komunikaci kladně, 5 % respondentů uvedlo, že svou komunikaci budou muset do budoucna více rozvíjet a poslední 4 % dotazovaných se zmínila o počátečním syndromu vyhoření. S tímto výsledkem se shoduje i tato bakalářská práce, ve které respondenti svou komunikaci zhodnotili také kladně.

Podobnému tématu se také věnovala bakalářská práce s názvem „Komunikační dovednosti v ošetrovatelské péči“ (Gašpěříková, 2014), ve které byl potvrzen autorčin předpoklad

výzkumu, že většina dotazovaných zdravotnických pracovníků má dostatečné komunikační dovednosti při práci se zdravotně postiženými pacienty.

Z průzkumu vyplývá, že komunikace je důležitá součást profese zdravotnického záchranáře. Zdravotničtí záchranáři, kteří byli zakomponováni do průzkumu této práce, komunikovali na základě empatie a profesionálně. Metoda pozorování umožnila vhled do samotného průběhu výjezdu k pacientovi. Následně se respondenti sami zhodnotili během rozhovoru. Jednotlivé výpovědi zdravotnických záchranářů vytyčily situace, které pro ně v minulosti byly komunikačně náročné a také ty, kterých se obávají do budoucna.

Komunikace s pacienty ještě před tím, než se dostanou do nemocničního zařízení je specifická a liší se od samotné komunikace ve zdravotnictví. Zdravotničtí záchranáři vstupují do domovů pacientů, do neznámého prostředí mezi cizí lidmi a vystavují se tím určitému riziku. Stále ale zůstává nejdůležitější fakt, že se zdravotnický pracovník musí ctít daná pravidla komunikace jako je důstojnost, respekt, lidská individualita. Osobnost zdravotnického záchranáře by měla být silná a to hlavně ve smyslu zvládnutí psychické zátěže a následně vyrovnání se ní (Andršová, 2012, s. 40-41).

Pokud je zahájen komunikační proces mezi dvěma i mezi více lidmi, v každém případě záleží na tom, v jaké jsou v tu chvíli situaci, za jakých okolností, jak jsou lidé navzájem propojeni., tedy v jakém jsou vztahu vůči sobě. Ve zdravotnictví, konkrétně na Zdravotnické záchranné službě je velká pravděpodobnost, že nastane komunikační šum, proto je nutné přizpůsobit komunikaci dané situaci (Zacharová, Šimíčková-Čížková, 2011, s. 198-199).

## 8 ZÁVĚR

*„Komunikace se vytváří jako vztah mezi minimálně dvěma subjekty, kteří o sobě vědí a společně subjektivně sdílejí, prožívají a reagují na určitou objektivní situaci. Objektem komunikace je potom to, jak na tuto situaci reflektují, jak jí řeší a jak na ni společně reagují“ (Pokorná, 2008, s. 9).*

Bakalářská práce se zabývala problematikou komunikace zdravotnického záchranáře s pacientem v přednemocniční neodkladné péči.

Po vypracování obou částí bakalářské práce lze konstatovat, že profese zdravotnického záchranáře je velice náročná ve všech aspektech. Práce se zaměřovala na hodnocení jednoho z nich, konkrétně na komunikaci s pacienty. Odborná literatura poskytla dostatečné množství informací, potřebných k vypracování bakalářské práce. Teoretická část práce objasnila zkoumanou problematiku a tím byl splněn hlavní cíl teoretické části této práce. V textu bylo poukázáno na možné komunikační potíže s různými etnickými skupinami pacientů, které se mohou vyskytnout v přednemocniční neodkladné péči. Tímto byl splněn i dílčí cíl teoretické části bakalářské práce. Hlavní i dílčí cíle praktické části práce byly splněny za pomoci kvalitativní metody pozorování a polostrukturovaného rozhovoru, kdy tyto metody poskytly dostatek informací k zodpovězení průzkumných otázek.

Ze své krátkodobé praxe a provedeného průzkumu usuzují, že profese zdravotnického záchranáře je náročná nejen na odbornost a dovednost, ale i právě na komunikaci s pacientem. Proto je nutné rozvíjet se v této oblasti a považovat ji za velmi důležitou součást této profese.

Doporučením pro další praxi je v první řadě sjednocení všech postupů a intervencí, které probíhají na ZZS a to v celé České republice. Následně zavedení pravidelných a povinných seminářů, týkajících se komunikace s dětskými pacienty společně s jejich rodinou. Do dalšího vzdělávání zařadit ještě pravidelně konající se kurzy sebeobrany a to hlavně z důvodu rostoucí agrese pacientů a v poslední době kvůli často se vyskytujícím útokům na zdravotnické záchranáře.

*„Komunikovat ve zdravotnictví neznamena pouze mluvit, ale sdělovat a získávat informace, na nichž závisí zdraví a mnohdy i život“ (Janáčková, Weiss, 2008, s. 11).*

## 9 POUŽITÁ LITERATURA

- ALLHOFF, Dieter-W. a Waltraud ALLHOFF. 2008. *Rétorika a komunikace: 14. vydání*. Praha: Grada. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-2283-2.
- ANDRŠOVÁ, Alena. 2012. *Psychologie a komunikace pro záchranáře: v praxi*. Praha: Grada. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-4119-2.
- BURDA, Patrik. 2014. *Krizová komunikace s agresivním a hostilním pacientem*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. ISBN 978-80-7013-564-8.
- ČESKO. Vyhláška č. 55 ze dne 1. března 2011 o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2011, částka 20, s. 482-543. Dostupné také z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-55>. ISSN 1211-1244
- ČESKO. Zákon č. 239 ze dne 28. června 2000 o integrovaném záchranném systému a o změně některých zákonů. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2000, částka 73, s. 3461-3474. Dostupné také z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2000-239>. ISSN 1211-1244
- ČESKO. Zákon č. 374 ze dne 6. listopadu 2011 o zdravotnické záchranné službě. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2011, částka 131, s. 4839-4848. Dostupný také z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-374>. ISSN 1211-1244
- DEVITO, Joseph A. 2008. *Základy mezilidské komunikace: 6. vydání*. Praha: Grada. Expert (Grada). ISBN 978-80-247-2018-0.
- EGER, Ludvík a Dana EGEROVÁ. 2017. *Základy metodologie výzkumu*. 2. přepracované a rozšířené vydání. V Plzni: Západočeská univerzita. ISBN 978-80-261-0735-4.
- FERJENČÍK, Ján. 2010. *Úvod do metodologie psychologického výzkumu: jak zkoumat lidskou duši*. Vyd. 2. Přeložil Petr BAKALÁŘ. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-815-9.
- GAŠPERÍKOVÁ, Nikola. 2014. *Komunikační dovednosti v ošetrovatelské péči*. Plzeň. Bakalářská práce. Západočeská univerzita v Plzni. Fakulta Zdravotnických studií.
- HÁJEK, Marcel a Charif BAHBOUH. 2016. *Muslimský pacient: principy diagnostiky, terapie a komunikace: manuál o zásadách medicínského přístupu pro české či slovenské lékaře a zdravotníky praktikující v zemích islámu*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-5631-8.

- HAYESOVÁ, Nicky. 2009. *Základy sociální psychologie*. Vyd. 5. Praha: Portál. ISBN 9788073676391.
- HOLÁ, Jana, 2011. *Jak zlepšit interní komunikaci: vyhněte se zbytečným škodám, odchodu zaměstnanců a ztrátě zákazníků*. Brno: Computer Press. ISBN 9788025126363.
- HONZÁK, Radkin. 2008. Sestra a problémoví pacienti v čekárně. *Practikus*, 7, 7/8, s. 52-53. ISSN 1213-8711.
- JANÁČKOVÁ, Laura a Petr WEISS. 2008. *Komunikace ve zdravotnické péči*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-477-9.
- KUSÁ, Jana. 2017. *Profesionální zátěž ambulantních sester vyplývající z chování pacientů*. Hradec Králové. Bakalářská práce. Univerzita Karlova. Lékařská fakulta v Hradci Králové. Ústav sociálního lékařství.
- KUTÍNOVÁ, Zdeňka. 2015. *Sociální komunikace a její struktura: metodická příručka*. Praha: Centrum pro studium vysokého školství. ISBN 978-80-86302-48-5.
- KUTNOHORSKÁ, Jana. 2013. *Multikulturní ošetřovatelství pro praxi*. Praha: Grada. Sestra (Grada). ISBN 9788024744131.
- LEŠKO, Ladislav. 2008. *Náhled do sociální komunikace*. Brno: Tribun EU. Knihovnicka.cz. ISBN 978-80-7399-466-2.
- MIKULÁŠTÍK, Milan. 2010. *Komunikační dovednosti v praxi*. 2., dopl. a přeprac. vyd. Praha: Grada, Manažer. ISBN 978-80-247-2339-6.
- POKORNÁ, Andrea. 2008. *Efektivní komunikační techniky v ošetřovatelství*. Vyd. 2., přeprac. Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně. ISBN 978-80-7013-466-5.
- PLEVOVÁ, Ilona. 2011. *Ošetřovatelství II*. Praha: Grada. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3558-0.
- PLEVOVÁ, Ilona a Regina SLOWIK. 2010. *Komunikace s dětským pacientem*. Praha: Grada. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-2968-8.
- PRŮCHA, Jan. 2010. *Interkulturní komunikace*. Praha: Grada. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-3069-1.

PTÁČEK, Radek a Petr BARTŮNĚK. c2011. *Etika a komunikace v medicíně*. Praha: Grada. Edice celoživotního vzdělávání ČLK. ISBN 978-80-247-3976-2.

REMEŠ, Roman a Silvia TRNOVSKÁ. 2013. *Praktická příručka přednemocniční urgentní medicíny*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4530-5.

SEIDLOVÁ, Dana. 2014. *Komunikačně náročné situace na zdravotnické záchranné službě z pohledu zdravotnického záchranáře*. Olomouc. Diplomová práce. Univerzita Palackého v Olomouci. Pedagogická fakulta. Katedra psychologie a patopsychologie.

ŠEBLOVÁ, Jana a Jiří KNOR. 2013. *Urgentní medicína v klinické praxi lékaře*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4434-6.

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

TOMOVÁ, Šárka a Jana KŘIVKOVÁ. 2016. *Komunikace s pacientem v intenzivní péči*. Praha: Grada Publishing. Sestra (Grada). ISBN 978-80-271-0064-4.

VILÁŠEK, Josef, Miloš FIALA a David VONDRÁŠEK. 2014. *Integrovaný záchranný systém ČR na počátku 21. století*. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-2477-8.

VŠETEČKOVÁ, Renata a Linda. BUŘIČOVÁ. 2010. Komunikace s problémovým pacientem v přednemocniční péči a na urgentním příjmu. *Florence*. 6(10), 32-34. ISSN 1801-464x.

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

VYMĚTAL, Jan. 2008. *Průvodce úspěšnou komunikací: efektivní komunikace v praxi*. Praha: Grada. Manažer. ISBN 978-80-247-2614-4.

ZACHAROVÁ, Eva. 2016. *Komunikace v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada Publishing. Sestra (Grada). ISBN 978-80-271-0156-6.

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

ZEISBERGEROVÁ DI.S., Bc. Ivana. 2011. *Komunikativní dovednosti zdravotníků při kontaktu s pacientem*. Olomouc. Diplomová práce. Univerzita Palackého v Olomouci. Pedagogická fakulta. Katedra antropologie a zdravovědy.



## **10 PŘÍLOHY**

Příloha A - <i>Záznamový arch</i> .....	74
---	----

Příloha A - Záznamový arch

<b>Záznamový arch</b>												
	5 min	5 min	5 min	5 min	5 min	5 min	5 min	5 min	5 min	5 min	5 min	5 min
<b>Devalvační prvky komunikace</b>												
Nezájem o pacienta												
Arogantnost												
Zvedání obočí												
Protáčení očí v sloup												
Nervózní projev (chvění hlasu, červenání se)												
Vysoká hlasitost řeči (křik)												
Vyhýbání se očnímu kontaktu												
Skákání pacientovi do řeči												
Používání odborných termínů, bez následného vysvětlení												
Bagatelizace stavu pacienta												
Vulgarismy												
<b>Evalvační prvky komunikace</b>												
Naslouchání pacientových problémů												
Zpětná vazba pacientovi												
Empatie												
Slušné vyjadřování												
Udržování očního kontaktu												
Dobrá artikulace a výslovnost												
Smích												
Slovní podpora												
Aktivní komunikace při provádění výkonů (edukace)												
Aktivní komunikace s ostatními členy posádky												
Aktivní komunikace s příbuznými, či s lidmi na místě												
Trpělivost												