

Vysoká škola zdravotnická, o.p.s., Praha 5

**KOMUNIKACE V PŘEDNEMOCNIČNÍ NEODKLADNÉ
PÉČI Z POHLEDU ZDRAVOTNICKÉHO ZÁCHRANÁŘE**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

PETR RANDULA

Praha 2014

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

**KOMUNIKACE V PŘEDNEMOCNIČNÍ NEODKLADNÉ PÉČI
Z POHLEDU ZDRAVOTNICKÉHO ZÁCHRANÁŘE**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Petr Randula, DiS.

Stupeň vzdělání: bakalář

Název studijního oboru: Zdravotnický záchranář

Vedoucí práce: Mgr. Olga Škaroupková

Praha 2014

Prohlašuji:

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

Byl jsem seznámen s tím, že se na moji práci vztahují práva a povinnosti vyplývající ze zákona č. 121/2000 Sb., autorský zákon, zejména se skutečností, že VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ, o.p.s., PRAHA 5 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, VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ, o.p.s., PRAHA 5 oprávněna ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložila, a to podle okolností až do jejich skutečné výše.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své práce v Univerzitní knihovně.

V Praze dne 31. 5. 2014

.....

Petr Randula, Dis

Poděkování:

Chtěl bych poděkovat především Mgr. Olze Škaroupkové za její ochotu, odborné vedení, cenné rady a konzultace, které mi významně pomohly při zpracování bakalářské práce.

V Chornicích 31. 5. 2014

Petr Randula, DiS

ABSTRAKT

Autor: Randula, Petr, DiS.

Název práce: *Komunikace v přednemocniční neodkladné péči z pohledu záchranáře.*

Vysoká škola zdravotnická, o. p. s., stupeň kvalifikace: bakalář (Bc).

Vedoucí práce: Mgr. Olga Škaroupková. Praha 2014.

Počet stran: 51.

Hlavním tématem mojí bakalářské práce je komunikace v přednemocniční neodkladné péči (dále PNP) z pohledu záchranáře. Cílem bakalářské práce bylo vytvořit ucelený text, který bude obsahovat nejdůležitější informace o komunikaci a problémech v komunikaci spjatých s pacienty ošetřovanými v PNP.

V teoretické části jsem se zabýval pojmem komunikace. Nejen komunikací verbální a neverbální, ale i různými typy situací a na nich navazujícími specifiky komunikace. Dále jsem se věnoval problematice agresivních a cizojazyčných pacientů a postupů jak reagovat v případě kontaktu s nimi.

V praktické části jsou vypracovány dvě případové kazuistiky pacientů, u kterých došlo k problému s komunikací během ošetřovatelského procesu v PNP. V první kazuistice je podrobně popsána přednemocniční neodkladná péče u agresivní pacientky v ebrietě. Kazuistika končí předáním pacienta do příslušného zdravotnického zařízení. Druhá kazuistika popisuje přednemocniční neodkladnou péči u pacientky s jazykovou bariérou, a komunikace s ní za pomoci překladatele a neverbálních projevů. V obou kazuistikách, je popsán souhrn postupů, které vedou k léčbě a stabilizaci pacienta.

Klíčová slova: komunikace verbální a neverbální, přednemocniční neodkladná péče, zdravotnická záchranná služba, agrese, pacient.

ABSTRAKT

Autor: Randula, Petr, DiS.

Job title: *Ways of communication used by prehospital emergency care personnel*

Vysoká škola zdravotnická, o. p. s., level of qualification: Bachelor (Bc).

Supervisor: Mgr. Olga Škaroupková. Praha 2014.

Number of pages: 51.

Ways of communication used by prehospital emergency care personnel is the thesis of this paper. Its main objective was to create a concise text material covering the most important issues that might occur when dealing with problematic patients.

In the theoretical part I dealt with the concept of communication. Not only verbal and non-verbal communication, but also different types of situations and their downstream specifics of communication. It also deals with correct ways of approach to aggressive and non-Czech speaking patients when required.

The practical part of this paper describes two real case reports where communication problems and insufficiency played a vital role. The first one thoroughly describes prehospital emergency care given to an aggressive female in a state of intoxication. Case report ends by delivering the patient to the appropriate medical facility. The second case report describes prehospital emergency care for a patient with language barriers, which required a translator and non-verbal communication. Both of these case reports show correct methods that lead to the treatment and stabilization of the patient.

Keywords: communication, verbal and non verbal communication, pre-hospital emergency care, emergency medical service, agresiv, patients.

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

AA	Alergologická anamnéza
a.s.	Akciová společnost
ČR	České Republiky
EKG	Elektrokardiografie
FA	Farmakologická anamnéza
GSC	Glasgow Coma Scale
i.v.	intra venózně
KOS	Krajské operační středisko
LZS	Letecká záchranná služba
OA	Osobní anamnéza
Oš.	Ošetřovatelský
PA	Pracovní anamnéza
P-E-S	Problém-etologie-symptom (v ošetřovatelském procesu)
PAK	Pardubického kraje
PNP	Před nemocniční neodkladná péče
RLP	Rychlá lékařská pomoc
RV	Rande vous systém
RZP	Rychlá záchranářská pomoc
SEČ	Středoevropský čas
s. l.	sublinguálně
TK	Tlak krve
ZZS	Zdravotnická záchranná služba

Obsah

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

ÚVOD.....	7
I. TEORETICKÁ ČÁST.....	8
1. KOMUNIKACE.....	9
1.1 Definice komunikace.....	9
1.2 Účel lidské komunikace.....	9
1.3 Komunikační modely.....	10
1.4 Formy komunikace.....	11
2. VERBÁLNÍ A NEVERBÁLNÍ KOMUNIKACE.....	12
2.1 Rozhovor.....	13
2.1.1 Neverbální komunikace.....	14
2.1.2 Proxemika.....	15
2.1.3 Kinetika.....	16
2.1.4 Pohledy.....	16
2.1.5 Mimika a gestika.....	17
2.2 Způsoby chování.....	18
2.2.1 Pasivní chování.....	19
2.2.2 Agresivní chování.....	19
2.2.3 Asertivní chování.....	21
3. PŘEKÁŽKY V KOMUNIKACI MEZI ZÁCHRANÁŘEM A PACIENTEM.....	23
3.1 Požadavky na pacienta směrem k lékaři či nelékařskému zdravotnickému personálu.....	23
3.2 Požadavky kladené na zdravotnický personál směrem k pacientovi.....	24
4. JAZYKOVÁ VÝUKA.....	25

4.1	Jazyková výuka záchranářů.....	25
4.2	Specifika při komunikaci zdravotníka s cizincem	25
4.2.1	Pravidla cizojazyčné komunikace.....	26
4.2.2	Pravidla pro komunikaci s využitím tlumočnicka	26
4.3	Jazykové zdravotní karty.....	27
5.	PŘEDNEMOCNICNÍ PÉČE	28
5.1	Krajské zdravotnické operační středisko (dále jen KZOS).....	28
5.2	Výjezdové skupiny zdravotnické záchranné služby	29
II.	PRAKTICKÁ ČÁST.....	30
6.	CÍLE PRAKTICKÉ ČÁSTI	31
6.1	Kazuistika číslo 1.	32
6.1.1	Analýza a interpretace zásahu.....	39
6.2	Kazuistika číslo 2.	42
6.2.1	Analýza a interpretace zásahu.....	48
7.	DISKUZE.....	51
7.1	Diskuze ke kazuistice číslo 1	51
7.2	Diskuze ke kazuistice číslo 2	51
	DOPORUČENÍ PRO PRAXI.....	52
	ZÁVĚR.....	54
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	55
	SEZNAM TABULEK	58
	SEZNAM PŘÍLOH	58

ÚVOD

Komunikace je v době internetu a sociálních sítí velice podceňované téma. Člověk si přivykl na používání mobilních telefonů, faxů a e-mailů. V dřívější době musel člověk komunikovat pouze z očí do očí, nebo posláním dopisů. Písemná forma komunikace pomocí dopisů takřka vymizela. Dnes člověk místo toho, aby ušel pár kroků a sdělil informaci někomu jinému, jen zvedne mobilní telefon, vytočí číslo a hovoří.

Moderní komunikační metody se již dostávají i do zdravotnických záchranných služeb. Mobilní telefony a vysílačky používají snad všechny záchranné služby v České republice a je pravda, že to velice zjednodušuje naši komunikaci. Některé záchranné služby dokonce zavádí místo psaní výjezdových záznamů písemnou formou, formu digitální, pomocí tabletů. I díky tomu se zapomíná na základy lidské komunikace.

Z těchto několika málo důvodů jsem se rozhodl psát bakalářskou práci na téma: *„komunikace v přednemocniční neodkladné péči z pohledu záchranáře“*. V práci jsem uvedl několik druhů verbální i neverbální komunikace. Dále v práci poukazuji na komplikace ve vedení komunikace a to z důvodu agresivity pacienta způsobené návykovými látkami. Ale také na komplikace v komunikaci vedené s občanem jiné národnosti, který neovládá český jazyk.

V praktické části poukazuji na tuto problematiku pomocí dvou kazuistik. První kazuistika se zabývá zdravotnickou péčí u agresivní pacientky. Druhá kazuistika poukazuje na problematiku komunikace s cizojazyčným občanem. V tomto případě s ženou polské národnosti.

Práci jsem si vybral, protože pracuji na záchranné službě a setkávám se s nedostatky ve vedení komunikace. Tyto problémy nastávají jak v komunikaci s pacientem ale tak i mezi zdravotnickým personálem.

Cílem této práce bylo vytvořit ucelený text, ve kterém jsou shrnuty informace o daném tématu. Dalším z cílů bylo zopakovat si zásady vedení správné komunikace a po přečtení práce nechat ve čtenáři znalosti ve vedení správné komunikace.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1. KOMUNIKACE

1.1 Definice komunikace

Člověk je tvor sociální a od jiných živočichů na této planetě se odlišuje schopností dorozumět se mluveným slovem. Mnoho tvorů na planetě se dorozumívá různými skřeky či změnami barvy kůže, nebo změnou polohy. Ale nikdo z nich nemá to co člověk a to je dar řeči. Řeč je základní formou komunikace. (Bartlová, 2005)

Slovo komunikace pochází z latinského slova *communicare* což znamená „*činit něco společným, společně něco sdílet, něco spojovat, radit se, jednat nebo povídat si*“. Jeden z největších latinských slovníků jménem *Thesaurus linguae latinae* definuje slovo: *communicare set multum dare*, v překladu to zní: „*komunikovat znamená hodně dávat*“. (Zacharová, 2010)

Samotnou komunikaci můžeme definovat takto: „*Komunikace je sdělování informací pomocí prostředků a signálů*“. K těmto prostředkům patří především forma ústní, písemná dále pak mimika a další neverbální chování a vyjadřování. (Sigmund, 2010)

1.2 Účel lidské komunikace

Komunikace má zpravidla svůj účel a smysl. Můžeme také hovořit o funkci, kterou má splnit, nebo kterou běžně plní. Každá komunikační výměna plní zpravidla jednu či více funkcí. Účelem a rovněž dopadem na příjemce dostává komunikace smysl.

Hranice mezi jednotlivými funkcemi komunikace nejsou jednoznačné, často se překrývají. Mezi základní funkce komunikování patří:

- **Informativní-** předávání informací, faktů, dat mezi lidmi
- **Instruktivní-** navazuje na funkce informativní, ale s přídavkem vysvětlení významu, popisu, postupu, návodu jak něco udělat
- **Přesvědčovací-** působení na jiného člověka se záměrem změnit jeho názor, postoj, hodnocení nebo způsob konání.

- **Posilovací a motivující**- souvisí s funkcí přesvědčovací. Jde o posilování určitých pocitů sebevědomí, vlastní potřeby, o posilování vztahu k něčemu.
- **Zábavná** - jde o to pobavit, rozesmát, vyplnit čas komunikováním, které vytváří pocity pohody a spokojenosti.
- **Socializační a společensky integrující** - vytváření vztahů mezi lidmi, sblížení, navazování kontaktů, posilování pocitu sounáležitosti a vzájemné závislosti. Komunikace závisí na společenské úrovni.
- **Osobní identity** - na úrovni osobnosti: pro JÁ je komunikace velmi důležitou aktivitou. Pomáhá nám ujasnit si věci o sobě samém, uspořádat si své postoje, názory a sebevědomí.
- **Poznávací** - umožňuje sdělovat si každodenní zážitky, vzpomínky a plány. Prostřednictvím zkušenosti jiných osobností získáváme informace, které jsme neprožili.
- **Svěřovací** - slouží ke zbavování se vnitřního napětí, k překonávání těžkostí, sdělování důvěrných informací, většinou s očekáváním podpory a pomoci.
- **Úniková** - když je člověk sklíčený, unavený, znechucený, může mít chuť si s někým popovídat a odreagovat se od problémů. (Kanitz, 2005)

1.3 Komunikační modely

Komunikace není nic statického. Lze ji zachytit v podobě záznamu, ale její proměnlivost v čase je jednou z jejích nejdůležitějších charakteristik. A to z toho důvodu, že je závislá na celé řadě podmínek a vlivů. (Mikuláščík, 2005)

Pochopit psané nebo mluvené slovo můžeme pouze tehdy, jsou-li nám známé fáze přípravy, způsoby navazování myšlenek, okolnosti za jakých se myšlenka zrodila a vztahy k jiným vlivům. Ze strany člověka ovlivní komunikaci nejen určitá racionální schémata, ale i emoční stavy, které mohou informaci zkreslit, nebo úplně zásadním způsobem změnit. (Zacharová, 2011)

V dřívější době se na komunikaci nahlíželo jako na jednosměrný proces, při kterém sdělovatel sděloval a posluchač poslouchal. Dnes na komunikaci nahlížíme trochu jiným pohledem. Stále sdělovatel sděluje a posluchač poslouchá, ale při tom probíhají různé děje. Sdělovatel například svým postojem těla či tónem hlasu informuje

i o pocitech které při komunikaci má, stejně jako posluchač, který může svoji mimikou naznačovat, zda je mu komunikace příjemná či nikoli.

Zdravotnická péče probíhá ve specifických podmínkách, proto vyžaduje určité komunikační způsoby. Vhodným zvolením modelů může zdravotník velice ulehčit komunikaci s pacientem. Tato komunikace však není vždy stejná, proto máme několik modelů, které se v takových případech používají. (Bernard, 2009)

- **Terapeutický model** - vznikl jako součást ošetrovatelské péče zaměřené na pacienta. Zdůrazňuje zodpovědnost za kladný průběh péče. Jsou zaměřená hlavně na praxi a schopnosti nemocného, jako je aktivní naslouchání. Lze jej využít při edukaci pacienta.
- **Sociální model** - představuje způsob komunikace, který zdravotník uplatňuje v praxi. Vychází z jednání a chování, které je v souladu s běžnými normami a pravidly dané společnosti. Jde například o představení, podání ruky. Tento model by se mohl více využívat v přednemocniční péči posádkami záchranných služeb.
- **Informační model** - Informuje bez emocionálního projevu. Tento model se naopak od sociálního využívá u výjezdových skupin často.
- **Hovorový model** - je ve zdravotnictví často používán. Pacient sám vypráví o svých problémech, rodině a různých událostech, které mohou, ale nemusí souviset s onemocněním.
- **Dialogický model** - umožňuje obsahově hlubokou komunikaci. Poskytuje pacientovi prostor k vyjádření vlastních myšlenek, pocitů, nálad, problémů a potřeb. (Bernard, 2008)

1.4 Formy komunikace

Nejčastější používané dělení komunikace je na verbální a neverbální. Tyto dvě formy se navzájem doplňují nebo může jedna druhou nahradit. Verbální a neverbální projevy mohou být občas v rozporu. Lidé často něco říkají, ale jejich chování tomu neodpovídá. (Bartlová, 2005)

V běžné zdravotnické praxi kromě komunikace interpersonální (komunikace mezi dvěma nebo více lidmi) používáme i komunikaci intrapersonální (získávání informací z počítače) a komunikaci masovou (zprostředkovanou masmédií).

Komunikaci proto musíme chápat jako výměnu informací mezi lidmi, při které se nevyměňují jen informace, ale dochází také k bezprostřední společenské činnosti. (Mikuláščík, 2005)

2. VERBÁLNÍ A NEVERBÁLNÍ KOMUNIKACE

Verbální komunikace je jedním z nástrojů profesionální práce zdravotnických pracovníků. Je nezbytné, aby si každý zdravotník osvojil schopnosti účelné sociální komunikace, která je nedělitelnou součástí procesu zaměřeného na podporu, uchování a prevenci zdraví. (Kanitz, 2005)

Při vzájemné komunikaci mezi zdravotníkem a pacientem je zapotřebí navodit pocit důvěry, který by pacienta uspokojoval a zbavoval jej strachu. Na dosažení vzájemné kvalitní komunikace je potřebné respektovat některé požadavky:

- Individuální přístup
- Úcta k pacientovi
- Pozitivní vztah
- Empatie

Chceme-li, aby komunikace mezi zdravotníkem a pacientem byla přínosná, musíme sledovat řadu prvků, které se na úspěšnosti podílejí:

- Rychlost řeči- je úměrná znalosti tématu.
- Hlasitost- je rozdílná podle povahy sdělení.
- Pomlky nebo úplné přerušování hovoru- mohou mít různé příčiny (prostor pro přemýšlení či odpočinek).
- Výška hlasu, intonace- bývá odrazem emocí.
- Jednoduchost projevu.
- Stručnost.
- Vhodné načasování.
- Adaptabilita- je nezbytným prvkem řečového projevu. (Zacharová, 2010)

2.1 Rozhovor

Rozhovor je plánovaná komunikace nebo konverzace, která se uplatňuje ve všech fázích ošetrovatelského procesu. Výjimkou není ani práce na záchranné službě. Při této práci, pokud je rozhovor možný, je rozhovor jednou z důležitých složek jak získat informace o pacientovi. Každý rozhovor má dvě stránky:

- **Věcnou** - informace získáváme a dáváme
- **Sociálně emoční** - je dána otevřeností pacienta

Rozhovor s pacientem děláme vždy z nějakého důvodu a musíme mít stanovené dosažitelné a měřitelné cíle. (Bartlová, 2005)

Cíle rozhovoru:

- Získat informace o postojích, názorech a životním stylu pacienta
- Doplnit a upřesnit informace získané z dokumentace
- Získat a objektivizovat údaje o subjektivních příznacích choroby a problémech pacienta
- Poučit a uklidnit pacienta
- Zajistit potřebu sociálního kontaktu, bezpečí a jistoty
- Získat určitou představu o osobnostních vlastnostech, typu a temperamentu pacienta
- Získat orientaci o sociální situaci a emočních vazbách pacienta
- Získat pacienta pro spolupráci v léčebném a ošetrovatelském procesu

V klinické praxi používáme čtyři typy rozhovorů, tyto typy jsou závislé na cíli, který sledujeme.

1. **Diagnostický rozhovor** – Tento typ rozhovoru se používá zcela běžně jak v nemocniční praxi tak i v přednemocniční. Zdravotník se pomocí tohoto rozhovoru snaží analyzovat a odkrýt problémy, které mohou souviset s onemocněním daného pacienta.
2. **Terapeutický rozhovor** – Pomocí terapeutického rozhovoru se zdravotník snaží naslouchat. Zjišťuje, co pacienta trápí (strach, úzkost, smutek), ale také co pacienta dokáže povzbudit (radost, potěšení, klid). Tento rozhovor se častěji využije při ošetrovatelském procesu u lůžka.

3. **Informační rozhovor** – Je používán při sdělování informací. Důraz u tohoto rozhovoru je kladen na jasnost, srozumitelnost a stručnost. Rozhovor se používá i při obyčejných zákrocích jako je zavádění periferní žilní linky, kdy s pacientem hovoříme a vysvětlujeme, co právě děláme.
4. **Edukační rozhovor** – Slouží nejen k předání informací ale i k poučení pacienta.

V praxi se využívají různé typy rozhovorů. Každý typ rozhovoru může být využit samostatně, nebo jako kombinace různých typů dohromady. Významnou roli v rozhovoru ovšem sehrává to, jak se dokáže zdravotník vypořádat s nastalou situací, jež vznikla a jak dokáže zareagovat na proměnlivé situace, které mohou kdykoliv nastat. (Vymětal, 2009)

2.1.1 Neverbální komunikace

Neverbální komunikaci můžeme definovat jako řeč těla, patří do ní všechny projevy, které vysíláme, aniž bychom mluvili, i ty, které mluvené slovo doprovází.

Co je řečeno, je jedna věc, ovšem jak to řekneme je věc druhá. To co vyjadřujeme svým tělem v průběhu komunikace, bývá mnohdy důležitější, než to co říkáme slovem. Musíme mít na paměti, že 80% informací člověk získává očima a podceňování neverbální komunikace bývá znakem neprofesionality. Avšak v našem povolání jsou i případy kdy nemůžeme dodržovat zásady správné neverbální komunikace. Může to být obyčejné podání ruky, nebo vstupování do pacientovy intimní zóny. Je proto důležité, abychom dokázali poznat, kdy lze zásady neverbální komunikace porušit, nebo kdy je dodržovat (např. podání ruky).

V práci záchranáře je třeba si důsledně všimnout neverbálních projevů. Řada nemocných či zraněných lidí své problémy bagatelizuje a to z důvodu strachu o sebe nebo o rodinu. V poslední době tímto důvodem bývají i finance. Ze své praxe znám případy, kdy pacient odmítá odvoz do nemocnice či hospitalizaci z důvodu strachu ze ztráty zaměstnání. Proto mají neverbální projevy obrovský význam.

V neposlední řadě je důležité porozumět pomocí neverbální komunikace pacientům, kteří se nemohou vyjádřit verbálně, ať již na podkladě onemocnění či nastalé komplikované situace. Tito pacienti jsou odkázáni jen na řeč těla. (Kanitz, 2005)

2.1.2 Proxemika

Je druh neverbální komunikace, spočívající ve vyjádření vztahu mezi lidmi prostřednictvím vzdálenosti, kterou k sobě komunikující subjekty zaujmají. Hovoříme zde o míře fyzické vzdálenosti člověka ke člověku, která je chápána ve dvou rovinách:

- **Horizontální rovina** – je vzdálenost komunikantů od sebe, přiblížením nebo oddálením se dává najevo zájem o komunikaci.
- **Vertikální rovina** – Je výšková úroveň vztahu k jinému člověku. Tuto rovinu můžeme vyjádřit například výškou pohledu při rozhovoru. Pohled nad člověka působí dominantně, naopak pohled pod, působí podřízeně.

Proxemiku lze rozdělit i podle vzdálenosti komunikantu. Podle tohoto rozdělení ji dělíme na čtyři oblasti. (Kanitz, 2005)

1. **Intimní zóna (15-30 cm)** – Tato zóna je velice důležitá, protože si jí člověk spojuje s tělesným dotekem. Obyčejně mají přístup do této oblasti jen ti nejbližší. V praxi záchranáře je normální vstupovat pacientům do této oblasti z důvodu různých výkonů. Musíme si být neustále vědomi, že pacienta musíme varovat a edukovat ho o tom, za jakým účelem chceme do jeho intimní zóny vstoupit. Zároveň se musíme chovat taktně a ohleduplně.
2. **Osobní zóna (45-120 cm)** – Je vzdálenost setkání dvou lidí, například při úředním jednání, ale také se zde odehrává komunikace mezi pacientem a zdravotníkem. V této zóně se odehrávají úkony jako podání ruky, nebo ve zdravotnictví například podání léků.
3. **Společenská zóna – sociální (120-360 cm)** – Společenská zóna se používá při komunikaci mezi více lidmi v daném čase. Je charakterizována jasným zrakovým vjemem, prohlubuje se oční kontakt a rozhovor je jasný a dostatečně hlasitý. Tato komunikace je formální, je nemožné použití fyzického kontaktu.
4. **Veřejná zóna (více než 360 cm)** – Je typická pro různé přednášky a semináře. V této zóně vnímáme celou postavu člověka i s prostorovým pohybem. Řeč je hlasitá a výslovnost srozumitelná.

Osobní zóny nejsou u každého stejné, všichni jsme individuality. Na zóny má vliv také prostředí, ve kterém žijeme. (Jobánková, 2002)

2.1.3 Kinetika

Tento druh neverbální komunikace analyzuje a rozeznává pohyby těla a jeho částí. Název je odvozen od řeckého slova kinezin - pohybovat. Kinetika se zabývá rychlostí, trváním, akcelerací a prostorovostí pohybu. Popisuje také pohyb končetin, nebo popřípadě celého těla. V ošetrovatelské péči se podle pohybu nebo hybnosti pozná, zda se celkový stav pacienta zlepšuje nebo zhoršuje (pohyby znamenají zlepšující nebo zhoršující se zdravotní stav). V kinetice si všímáme projevů a jejich významů:

- **Rychlé pohyby** – znamenají živý temperament, citlivost a vitalitu.
- **Pomalé pohyby** – značí nedostatek vitality, lenivost či deprese.
- **Pohybová plynulost** – silná citová složka, bezstarostnost.
- **Neuspořádané pohyby** – znamenají malou odolnost a nedostatek vůle.

V rámci kinetiky se posuzuje i rytmika těla. V této kategorii se hodnotí například stereotypní kývání u dětí trpících hospitalismem, nebo ladné pohyby při rehabilitačních cvičeních. Zvýšenou pozornost musíme věnovat zejména pohybu hlavy a krku a to z důvodu strnulosti nebo mimořádného napětí. Dále se ve zdravotnictví využívají pohyby zejména ve znakové řeči. (Sigmund, 2010)

2.1.4 Pohledy

Pohled je nejdůležitější neverbální projev již při prvním setkání zdravotníka s pacientem. Oči jsou nejdůležitější receptor přijímaných informací. Signalizují nejen momentální emoce, ale jsou prostředkem regulace vztahu. Když jim chceme porozumět, musíme si všímat:

- **Zaměření pohledu** – znamená směr oka k místu, na které se díváme. Déle a častěji se díváme na věci, které nás zajímají, nebo k nim máme vztah, jsou to tak zvané terče pohledu.
- **Délka pohledu** – vyjadřuje délku pohledu na komunikanty.
- **Četnost pohledu** – je zaměřená na určitý objekt, je to místo, kam se pacient v průběhu rozhovoru nejčastěji dívá.
- **Průměr zornic** – ty reagují na intenzitu světla, emoční projevy, ale také na bolest, požití drog, nebo alkoholu. Nejdůležitější význam má při neurologických problémech.

- **Pohled z očí do očí** – může být projevem přátelství, v jiné situaci i nepřátelství. V rozhovoru s pacientem jsou důvodem uhýbání pohledu většinou rozpaky ze strany pacienta. Někdy může být pacient spíše introvert, pro kterého je kontakt s lidmi problematický.
- **Mrkání, pootevřená víčka** – mohou vyjadřovat nervozitu a napětí. Také ovšem poukazuje na změnu psychického stavu.

Když někdo zavře oči na delší čas, je to známka že potřebuje oddych. Jednou z hrubých chyb při komunikaci s pacientem je, že se zdravotník při rozhovoru dívá stranou nebo nad hlavu pacienta. Mezi nejčastější druhy pohledů patří:

- **Oči na půl sklopené** – vyjadřují skromnost.
- **Oči široce otevřené** – vyjadřují upřímnost, naivitu ale i teror.
- **Přivřené oči** – spojené s únavou, nezájem nebo arogancí.

V interakci sestra – pacient a opačně jsou oči nejdůležitějším prvkem neverbální komunikace. (Mikuláščík, 2005)

2.1.5 Mimika a gestika

Mimika (z řeckého mimeomai, napodobovat, představovat) je vědomé vyjadřování výrazem tváře, způsobené stahy obličejových svalů. Je vedle gestikulace důležitou složkou nonverbální komunikace. Z výrazu tváře se dá vyčíst mnohé, avšak mimika bývá úzce spjata se sdělováním emocí. Na tváři je možné vyčíst 7 základních druhů emocí:

- **Štěstí – neštěstí**
- **Radost – smutek**
- **Klid – rozčílení**
- **Zájem – nezájem**
- **Spokojenost – nespokojenost**
- **Překvapení – splněné očekávání**
- **Pocit jistoty – strach**

Mimika má hlavně přizpůsobovací a usměrňovací funkci. Znaky mimické komunikace vytváří svalstvo očí a úst. Tyto pohyby můžeme regulovat vůlí, ale svoji

roly zde odehrávají i mimovolní projevy. Vnitřní prožívání člověka nám prozrazuje mimika tváře a úst.

- **Otevřená ústa – údiv, ale i tupost**
- **Pokleslé koutky úst – pesimismus, sebepodceňování nebo deprese**
- **Úsměv jen na pól – pohrdání cynismus a nesmělost**
- **Úsměv jen z úcty, oči zůstávají chladné – vypočítavost**

Mimo diagnostiku úsměvu pacienta nesmí záchranář zapomenout na úsměv vlastní, protože úsměv je velice účinný prostředek komunikace, naznačuje přátelství a toleranci. Pacienti bývají na tuto komunikaci velice citliví. První pohled na zdravotníka, který se usmívá, bývá základem další úspěšné komunikace.

Dalším důležitým projevem v mimice je pláč, avšak intenzita pláče nemusí vždy odpovídat intenzitě smutku nebo problému.

Pro zdravotníka je důležité všimnout si včas mimických projevů pacienta, ať už se jedná o projevy bolesti či radosti. Také zdravotnický personál i lékaři by se měli naučit ovládat své citové reakce tak, aby nepoškodili nemocného. Aby to dokázali, musí mít vysoce profesionální přístup a chování. (Zacharová, 2011)

Gestika je nauka o pohybové činnosti člověka. Gesto může doplnit verbální projev a tím jej zesílit. Mezi základní gesta řadíme pohyby hlavy, rukou, ramen. Tyto části těla jsou při komunikaci většinou v pohybu. Zajímavé je, že lidé s vyšším IQ používají méně gest, než lidé s nižším IQ, ti naopak využívají gesta jako náhradu slovní zásoby. Také lidé ve starším věku používají méně gest.

Nejznámějšími gesty jsou například pohyby hlavou, které vyjadřují souhlas či nesouhlas. Ruce vyjadřují volání, odmítání, prosbu a zvedají se k pozdravu. (Kanitz, 2005)

2.2 Způsoby chování

Je těžké definovat chování. Co je to vůbec chování? Můžeme říct, že je to projev osoby navenek, kterou sleduje a hodnotí druhá osoba. Při kontaktu s člověkem reagujeme různými způsoby. Záleží, za jakých okolností se setkáme, co nás v danou chvíli ovlivňuje a jak na nás druhá osoba působí. Také ve zdravotnictví se setkáváme

s různými skupinami pacientů, kteří reagují na odlišné situace různě. Při prosazování svého názoru a při řešení konfliktů mezi lidmi se uplatňují tři základní typy chování:

- **Pasivita** – potlačování vlastních práv.
- **Agresivita** – porušování práv jiných.
- **Asertivita** – dodržování práv svých i ostatních.

Jedním specifickým způsobem chování je manipulace, která obsahuje části pasivního i asertivního chování. Člověk, který manipuluje s druhým, svoji skutečnou žádost skrývá za úplně něco jiného. (Mikuláščík, 2005)

2.2.1 Pasivní chování

Pasivní chování se vyznačuje ústupností, nejistotou. Pasivní člověk nedokáže odolat nátlaku a přebírá názory ostatních, dokonce bývá často využíván jinými dominantními osobami. V různých situacích se podřizuje strachu a zaujímá roli nemožného či neschopného člověka. Pasivní člověk je terčem politování a hněvu jiných. V zásadních věcech, které jsou ke spokojenému životu důležité, nedosahuje téměř žádného pokroku. Zdravotník nebo záchranář chovající se pasivně se nemůže nikdy prosadit a být ve své práci úspěšný. Nedokáže naplňovat potřeby své a už vůbec ne naplňovat potřeby jiných. (Venglářová a Mahrová, 2006)

2.2.2 Agresivní chování

- Agresivní chování je naprostý opak pasivního chování.
- Je to chování, při kterém člověk předkládá svoje myšlenky a názory jiným lidem a vynucuje si jejich přijetí. Přitom porušuje práva druhého člověka.
- Agresivní instinkt je spolu se sexuálním instinktem podkladem zvířecího i lidského chování.
- Je to vědomé jednání a je determinováno těmito neuvědomělými silami. Energetický potenciál instinktů narůstá, vyvolává tenzi a nutí k vybití. Rozdíl proti instinktu smrti je již v tom, že agresivní instinkt je primárně zaměřen proti okolí, jako hlavní součást sebezáchovných pudů.

Funkční okruhy řídicí poplachovou reakci jako přípravu pro boj nebo útěk, odpovídají pak i na ohrožení vzdálené a spíše symbolické. Tyto okruhy jsou soustředěny hlavně

v limbickém systému a hypotalamu, jako substrátu útočně obranných, emočních, obživných a sexuálních reakcí. (Vymětal, 2009)

Projevy agresora

Agresivní člověk je připraven kdykoliv na druhou osobu zaútočit, zranit či ponižít. Tento člověk si nepřipouští vlastní chyby a ze všeho obviňuje ostatní. Ve společnosti bývá neoblíbený, často osamělý, ale stále má přehnané sebevědomí a své chyby si neuvědomuje. K agresivnímu chování patří také hrubá slova, sarkasmus a ironie. Negativní důsledek agresivního chování se odráží v nemožnosti otevřené komunikace. Agresivním chováním se často vyznačuje i člověk ovlivněný nějakou psychotropní látkou ať alkoholem či jinými drogami. (Novák, 2001)

Termín agrese přešel do obecné mluvy a má mnoho významů. Od jednoduché behaviorální definice „*Agrese je jednání, které je zdrojem škodlivých podnětů pro jiný organismus*“ nebo od synonyma otevřeného útoku a boje může přejít k širším definicím, které u lidí zahrnují agresivní fantazie, nepřátelské, výhružné chování, agresi slovní (urážky, nadávky, pomluvy) nebo negativistické jednání (odmítnutí pomoci), agresi proti věcem, agresi proti zvířatům a lidem, až po přenesený význam vcelku pozitivního úsilí o sebeprosazení. (Linhartová, 2007)

Agresivita je vnitřní tendence reagovat útočným způsobem. Může být geneticky, výchovně či chorobně zvýšená.

Zlost a vztek jsou afekty, které doprovázejí některé formy agrese. Zastávají fyziologickou funkci přípravy pro boj.

Termín násilí se používá v souvislosti s neadaptivními, abnormními formami agrese. (Vymětal, 2009)

Výskyt agrese:

- u intoxikací
- u organických mozkových onemocnění (poruchy prokrvení u starších pacientů)
- u psychóz – např. u schizofrenie bývá nejvýraznější na počátku onemocnění
zvl. u paranoidního typu (dobře reaguje na antipsychotika, nebo u neparanoidních mladých schizofreniků, u deprese je častá při agitovanosti)
- u epilepsie - vzácné mráкотné stavy s agresí u temporální epilepsie,

- u části mladých lidí trpících mozkovou dysfunkcí – sklon k asociální delikvenci s nečekanou impulzivní agresivitou
- u některých typů poruch osobnosti (disociační, hraniční, narcistická, sadistická, impulzivní, paranoidní, emočně nestabilní porucha, pyromanie, epizodická ztráta sebekontroly). (Zacharová, 2010)

Spouštěcí mechanismy agrese:

Nejmocnějším podněcovatelem násilí je alkohol, z jiných návykových látek má obdobné účinky pervitin a jiná stimulancia (např. kokain, halucinogeny, heroin) v období vystupňování dávek, nekonstantně jiné opiáty, někdy barbituráty. Laboratorní podání velkých dávek alkoholu však samo o sobě jen velmi zřídka vede (s výjimkou organiků) ke zlosti a agresivitě, takže se při jejich projevech uplatňují i psychologické a situační momenty. (Vymětal, 2009)

Komunikace s agresivním pacientem v ošetrovatelské péči

- nespěchat, zachovat klid a přehled
- pozor na eskalaci agrese- na agresivnější projev jedné strany reaguje druhá strana odpovědí ještě agresivnější a útočnější
- vzít v úvahu celkovou situaci postiženého, přibrat k řešení zúčastněné osoby z jeho okolí, (někdy to ale není vhodné, ještě to může vyprovokovat víc, záleží na konkrétním případě)
- vždy zjišťovat ohrožení suicidiem a jeho závažnost
- nepodceňovat možné ohrožení zdravotníků
- zavčas si vyžádat pomoc
- rozhodujícím momentem je rychlé zhodnocení závažnosti situace, rozlišení druhu intervence a její pružné provedení (Vymětal, 2009)

2.2.3 Asertivní chování

Slovo asertivita není vždy chápáno správným způsobem. Nesprávně se toto slovo považuje občas za jakési synonymum agresivity, i když jeho skutečný význam je pozitivní. Vedle agresivity a pasivity je asertivita třetím způsobem mezilidské komunikace. Asertivita je způsob chování, kterým člověk vyjadřuje a prosazuje otevřeně a přiměřeně své myšlenky, city, názory a postoje.

Asertivně jednající osoba se dokáže dokonale vyjádřit. Nemá přehnané sebevědomí, má pozitivní postoj k ostatním i k sobě. Umí naslouchat a přistoupit na kompromis. Nestojí si stůj co stůj za svým názorem, naopak dokáže uznat svoji chybu. (Novák a Capponi, 2004)

Asertivní řešení konfliktů vede:

- k sebeprosazení
- k vnitřní spokojenosti
- ke spolupráci
- k rozvoji přátelství
- k pocitu sounáležitosti
- k uspokojení potřeb všech zúčastněných

Asertivní člověk kolem sebe vytváří pohodu. Nevyhýbá se kontaktu s ostatními a nedělá mu problém požádat někoho o pomoc, nebo někomu pomoci. Brání se manipulaci a s nikým nemanipuluje. Respektuje své morální zásady a je cílevědomý. (Novák a Capponi, 2004)

Tabulka č. 1 Rozdíl mezi agresivitou, asertivitou a pasivitou v neverbální komunikaci. (Novák a Capponi, 2004)

<i>Neverbální složka</i>	<i>Agresivita</i>	<i>Asertivita</i>	<i>Pasivita</i>
<i>Výraz obličeje</i>	<i>Napjatý, zlostný výraz Upřený pohled na druhého člověka</i>	<i>Uvolněný, příjemný Zrakový kontakt Oči na stejné úrovni</i>	<i>Nervózní vzhled Sklopené oči</i>
<i>Držení těla</i>	<i>Ruce v bok Popocházení a zasahování do osobního prostoru pacienta Často stojí a ostatní sedí Snaží se být dominantní</i>	<i>Uvolněné, vzpřímené Zachovává pacientům vlastní prostor</i>	<i>Shrbené, nepohodlné Je vždy připraven utéct</i>
<i>Tón hlasu</i>	<i>Hlasitý Přeskakující Vymáhající Výhrůžný Nadřazený</i>	<i>Pevný, sebejistý Přívětivý Projevující úctu k druhému</i>	<i>Tichý, chvějící se Má blízko k podceňování</i>
<i>Gesta</i>	<i>Ostrá, příkrá Zaťaté pěsti</i>	<i>Přiměřená pro zdůraznění problému</i>	<i>Nervózní a neklidná</i>

3. PŘEKÁŽKY V KOMUNIKACI MEZI ZÁCHRANÁŘEM A PACIENTEM

V praxi se pravidelně setkáváme s nejrůznějšími překážkami, které brání kvalitní komunikaci mezi zdravotníkem a pacientem. (Venglářová a Mahrová, 2006)

Mezi nejčastější překážky patří:

- **Praktická** překážka je způsobena rušivými vnitřními a vnějšími vlivy (hluk dopravy), nebo také tichým hlasem jednoho ze zprostředkovatelů rozhovoru.
- **Jazyková** překážka bývá dána odlišností mateřského jazyka a neznalostí cizích řečí. Nebo také rychlým nesrozumitelným projevem s dlouhými větami, které obsahují mnoho informací nebo spousty odborných výrazů.
- **Intelektová** překážka vyobrazuje rozdíl odborného vyjadřování, tudíž i nepochopení obsahu konverzace.
- **Fyziologické překážky jsou:** bolest, únava, stres, deprese, koktavost a nedostatek odpočinku nebo také smyslové poruchy.

Existují určité návody, jak pro lékaře tak nelékařský zdravotnický personál, jak se chovat k pacientovi a jak s ním komunikovat. Ale každý z nás musí mít na paměti, že pacient je ten, kdo žádá určitou službu. Bylo by proto ideální, kdyby se i pacienti podíleli na správnosti komunikace. Pro tuto situaci bylo sestaveno několik požadavků, které by si měli pacienti pamatovat a o kterých by je měl nelékařský personál edukovat. (Bernard, 2008)

3.1 Požadavky na pacienta směrem k lékaři či nelékařskému zdravotnickému personálu

- Ptát se na vše, co považuje za nejasné či nesrozumitelné, ale i na to čemu nerozumí.
- Poskytnout nutné informace.
- Říci co, kde a jak bolí, případně využít jednoduchých škál na vyjádření intenzity bolesti
- Dodržovat pokyny zdravotníků.
- Být upřímný.

- Nedělat si nepřiměřené nároky na čas lékařů i ostatního zdravotnického personálu, a nepřipravovat je tím o čas zbytečně.
- Důvěřovat zdravotníkům.
- Sdělit všechny své problémy najednou. (Linhartová, 2007)

3.2 Požadavky kladené na zdravotnický personál směrem k pacientovi

- Poslouchat pozorně pacienta.
- Přesvědčit se co pacient pochopil z našeho výkladu (např. pokládat mu otázky, nechat ho aby nám to zopakoval svými slovy atd..)
- Zachovat vždy důvěrnost informací.
- Respektovat přání pacientů.
- Nekritizovat pacienta veřejně.
- Respektovat pacientovo soukromí.
- S diagnózou a léčbou seznámit pacienta způsobem, který je pro něj přijatelný a srozumitelný.
- Být poctiví a čestní.

V literatuře je uvedeno, že se těmito doporučeními řídí poměrně málo lidí. Je to škoda, protože tyto doporučení mohou omezit chyby v komunikaci a tím i zamezit různým komplikacím v léčbě. Mnohé problémy v ošetrovatelské péči jsou způsobeny špatnou komunikací, jak mezi personálem a pacientem, tak i mezi personálem samotným. Tyto zbytečné problémy pak vrhají špatné světlo na poskytovanou zdravotnickou péči, která je v České republice na vysoké úrovni. Bylo by proto vhodné, aby si obě strany vzájemně uvědomily nedostatky a tím snížily výskyt možných chyb a omylů v klinické praxi. (Bernard, 2009)

4. JAZYKOVÁ VÝUKA

4.1 Jazyková výuka záchranářů

Jazykovou vybaveností zdravotnických záchranářů a operátorů, se vyhláška č. 39/2005 Sb. nezabývá. Tato vyhláška stanovuje pouze minimální požadavky na studijní programy k získání odborné způsobilosti k výkonu nelékařského zdravotnického povolání. Tato vyhláška sice v §17, bodu 3, písmenu a), má za požadavek, aby studium mělo poskytovat znalosti v sociálních a dalších souvisejících oborech ale bohužel, cizí jazyk není mezi nimi výslovně uveden. (viz. Vyhláška č. 39/2005, kterou se stanoví minimální požadavky na studijní programy k získání odborné způsobilosti k výkonu nelékařského zdravotnického povolání). (Český ústav pro vzdělání, 2013)

Ve studijních plánech oboru 53-41-N/21 Diplomovaný zdravotnický záchranář, stojí, že školy dobrovolně vzdělávají studenty v cizích jazycích včetně základů latinského jazyka. Jejich cílem ve vzdělávání studentů v cizím jazyce je dosáhnout, v návaznosti na předchozí studium jazyka na střední škole, takové úrovně jazykových znalostí a dovedností, která by odpovídala stupni B2 (C1) - společného evropského referenčního rámce pro jazyky a zároveň chtějí studenty připravit i pro používání cizího jazyka v běžných situacích při poskytování ošetrovatelské péče pacientům nemluvicím českým jazykem, s možností využívat cizí jazyk pro studijní účely, popř. pro studijní pobyt nebo práci v zahraničí. Učení se latinskému jazyku je zacíleno na osvojení si základní medicínské terminologie nezbytné pro studium a porozumění odborné komunikaci. (Sigmund, 2010)

Ve studijním plánu oboru vzdělání Zdravotnický záchranář 53-45-R/021 se některé vysoké školy zmiňují o tom, že mají cizí jazyk jako volitelný blok předmětů a student se tak může dobrovolně vzdělávat ve vybraném jazyce. Na většině škol je k dispozici jazyk anglický, popřípadě je možnost zapsání si jiného cizího jazyka na jiné fakultě dané školy. (Český ústav pro vzdělání, 2013)

4.2 Specifika při komunikaci zdravotníka s cizincem

V komunikaci s cizincem, se musíme rozhodnout, jestli známe pacientův jazyk natolik, abychom se domluvili. Pokud ne, je na místě zjistit, zdali pacient ovládá jiný

jazyk, než jeho mateřský, který bychom ovládali oba na takové úrovni, abychom se bez problémů dorozuměli. (Hornáková, 2008)

4.2.1 Pravidla cizojazyčné komunikace

- Mluvit pomalu, zřetelně artikulovat a mluvit dostatečně nahlas.
- Můžeme také používat gest nebo obrázků.
- Není chybou ověřit si, zdali klient porozuměl a pokud ne, informaci mu opakovat s možným použitím jiných slov.
- Je vhodné komunikovat v jednoduchých větách s co nejjednoduššími slovy.
- Pokud pacientovi nerozumíme, měli bychom se zeptat znovu na to, co řekl a požádat ho, aby to vysvětlil i pomocí gest.
- Velmi důležité je nespěchat, dopřát pacientovi čas správně se vyjádřit a sledovat neverbální projevy.
- Pokud se nemůžeme dorozumět verbálně, neverbální projevy nám často prozradí spoustu informací. Pacient tyto pocity někdy nebude chtít přiznat vzhledem ke svým kulturním zvykům.
- Při mluvě je vhodné nepoužívat odborné termíny a pro získávání detailních informací použít piktogramy a obrázky. (Linhartová, 2007)

4.2.2 Pravidla pro komunikaci s využitím tlumočnicka

- Je nezbytně nutné, mluvit v krátkých jednoduchých větách, aby měl tlumočnick dostatek času věty přeložit.
- Otázky bychom měli pokládat přímo pacientovi, neobracet se při tom na tlumočnicka, vytvoříme tak zdání normálního rozhovoru a nebudeme v pacientovi vzbuzovat úzkost.
- Měli bychom také zjistit, zda tlumočnick zná nejen pacientův jazyk ale i jeho kulturní zvyky a obyčeje či dialekty abychom předešli nepřístojnostem v komunikaci s pacientem.
- Dále je nezbytně nutné vyžádat si doslovný překlad toho, co pacient říká, abychom získali opravdu přesné informace o jeho stavu a neohrozili jeho život případnými ztracenými informacemi v překladu.
- Je také vhodné na konci rozhovoru informace shrnout a nechat si vše od klienta znovu potvrdit.

- Na konci rozhovoru vždy poděkujeme nejen pacientovi ale i tlumočnickovi, který nám rozhovor zprostředkoval. (Hornáková, 2007)

4.3 Jazykové zdravotní karty

V komunikaci s pacienty nehovořícími naším jazykem, si můžeme vypomoci mimikou, gestikulací, demonstrací či dramatizací. Mnohdy to ovšem nestačí a tak, pokud je pacient schopný číst, můžeme používat slovníky nebo předpřipravené texty.

V praxi se ovšem můžeme setkat i s případy, kdy nemáme k dispozici slovník nebo text, kterému by pacient rozuměl, není k dispozici tlumočnick nebo, v krajním případě, je pacient ngramotný a pomocí slovníků a textů je nemožné se s ním dorozumět. V tuto chvíli je nutné, aby si zdravotnický personál uměl pomoci jinými pomůckami. (Linhartová, 2007)

Další pomůcky pro komunikaci s cizinci:

- obrázky, fotografie, video a podobně.
- Jednou z efektivních metod, jak takovouto situaci vyřešit je použití takzvaných jazykových karet.

Použití jazykových karet:

- Jejich použití s sebou nese pro ošetřující personál několik výhod ale i nevýhod.
- Jednou z nevýhod je, že takováto komunikace je velmi zdlouhavá už jen z principu jejího fungování.
- Na druhé straně, pokud je jakákoli jiná komunikace nemožná, zdlouhavost je problémem, který je nutno překonat.
- Používání těchto karet se vždy liší podle typu daného zdravotnického zařízení a jeho specializace.
- Použité piktogramy by však měly být vždy jasné a srozumitelné, aby nedošlo k chybám v jejich interpretaci.

Pacient by měl být na používání jazykových karet připraven, pokud je to možné, například rodinným příslušníkem, který mu vysvětlí princip takovéto komunikace. V

případě, že je pacient nespolupracující, není možné tuto formu komunikace použít. V současnosti je také možné jazykové karty nahradit videonahrávkami popřípadě speciálním počítačovým programem. V dnešní době jazykové karty využívají hlavně zdravotnická zařízení a zdravotnická záchranná služba Plzeňského kraje.

(Jobánková, 2002)

5. PŘEDNEMOCNIČNÍ PÉČE

Přednemocniční neodkladná péče (dále jen PNP) je definována jako péče o postižené na místě jejich úrazu, nebo náhlého onemocnění, v průběhu jejich transportu k dalšímu odbornému ošetření a při jejich předání do zdravotnického zařízení. (Smetana a Kratochvílová, 2007)

PNP je poskytována ve stavech které:

- bezprostředně ohrožují život postiženého
- mohou vést prohlubováním chorobných změn k náhlé smrti
- způsobí bez rychlého poskytnutí odborné první pomoci trvalé následky
- působí náhlé utrpení a bolest
- působí změny chování a jednání, ohrožují postiženého nebo jeho okolí

5.1 Krajské zdravotnické operační středisko (dále jen KZOS)

Nejdůležitější součástí PNP v rámci zdravotnické záchranné služby tvoří krajské zdravotnické operační středisko.

Jeho hlavním cílem je:

- Přijímat telefonní výzvy od lidí volajících na linku 155.
- Poradit lidem jak postupovat v rámci první pomoci.
- Správně vyhodnotit naléhavost situace.
- Rozhodnout jakou posádku na místo zásahu vyslat.
- Komunikovat s posádkami a hlásit situaci na místě zásahu.
- Ohlašovat posádky ve zdravotnických zařízeních.

Jako dispečer KZOS může pracovat diplomovaný zdravotnický záchranář, nebo všeobecná sestra s pomaturitní specializací v oboru anesteziologie, resuscitace,

intenzivní a perioperační péče (dále jen PSS ARIP). Všichni dispečeři KZOS musí být způsobilí k samostatné práci bez lékařského dohledu.

5.2 Výjezdové skupiny zdravotnické záchranné služby

V současné době se v PNP můžeme setkat s těmito typy výjezdových skupin

- **Posádka RZP (rychlá zdravotnická pomoc)** – Je to posádka ve složení: řidič- záchranář a nelékařský zdravotnický personál (sestra se specializací PSS ARIP nebo diplomovaný zdravotnický záchranář). Tato posádka je primárně využívána k méně závažným případům, kde není potřebná přítomnost lékaře.
- **Posádka RLP (rychlá lékařská pomoc)** – Je to posádka ve složení: řidič – záchranář, nelékařský zdravotnický personál a lékař. Tato posádka je využívána k vážným zásahům od autonehod přes neurologické stavy až k resuscitacím.
- **Posádka RV (rande-vous systém)** – Posádka ve složení řidič – záchranář a lékař. Tato posádka je využívána k výjezdům s nutností přítomnosti lékaře. Tento potkávací systém se využívá také jako pomocná posádka pro posádku RZP. Jsou případy, kdy se pacientův stav ze začátku nezdá vážný. Ovšem po dojetí samotné posádky RZP se stav pacienta zhoršil a je nutná přítomnost lékaře.

V posádkách výjezdových skupin pracují všeobecné sestry se specializací PSS ARIP a diplomovaní zdravotničtí záchranáři s řádně ukončeným vzděláním. Řidiči-záchranáři mají ukončeno maturitní vzdělání a absolvován kurz řidič záchranných vozidel. Všichni zdravotničtí nelékařští pracovníci ve výjezdových skupinách musí být způsobilí k samostatné práci bez odborného dohledu.

II. PRAKTICKÁ ČÁST

6. CÍLE PRAKTICKÉ ČÁSTI

1. Popsat průběh a komplikace výjezdu k pacientce s agresivními projevy s důrazem na specifika komunikace v ošetrovatelském procesu (kazuistika č. 1.)
2. Popsat průběh a komplikace výjezdu k pacientce s jazykovou bariérou s důrazem na specifika komunikace s cizojazyčně mluvícím pacientem v ošetrovatelském procesu. (viz. kazuistika č.2.)
3. Vypracovat souhrnnou brožuru pro záchranáře v PNP o specifikacích komunikace s agresivními a cizojazyčnými pacienty.
4. Zopakovat si zásady vedení správné komunikace a po přečtení práce nechat ve čtenáři znalosti ve vedení správné komunikace.

6.1 Kazuistika číslo 1.

Pacientka s kontuzí hlavy, tržnou ránou v obličeji a ebrietě

ANAMNÉZA

Identifikační údaje

- **Jméno:** XY
- **Pohlaví:** žena
- **Věk:** 53 let
- **Místo zásahu:** Pardubický kraj, obec Rudná

Časový průběh výjezdu

- **Čas volání:** 20:25
- **Převzetí výzvy:** **RZP 20:27** **RV 20:27**
- **Čas výjezdu:** **RZP 20:28** **RV 20:28**
- **Čas příjezdu na místo události:** **RZP 20:45** **RV 20:45**
- **Čas předání pacienta:** **RV předán RZP 21:40**
- **Předán chirurgické ambulanci** **RZP 22:12**
- **Ukončení výjezdu:** **RV 22:30**
RZP 22:30

Anamnéza pacienta:

- **Osobní anamnéza (OA):** hypertenzní nemoc, jinak se s ničím neléčí
- **Farmakologická anamnéza (FA):** Enap 5mg (1-1-1).
- **Rodinná anamnéza (RA):** otec zemřel v 60 letech na rakovinu, matka stále žije.
- **Alergologická anamnéza (AA):** neudává
- **Pracovní anamnéza (PA):** pracuje jako dělnice v továrně
- **Abusus:** 3 piva denně, menší množství tvrdého alkoholu příležitostně, silná kuřačka od roku 1985. Dle informací policie drogy ano.

POPIS SITUACE:

Podmínky: konec července, páteční večer, teplota vzduchu kolem 16°C, stav vozovky v horším stavu. Viditelnost cestou k zásahu dobrá bez komplikací, při návratu za pomoci světlometů viditelnost cca 80 metrů, čas události nejspíše před 20 hodinou SEČ.

Vzdálenost výjezdových stanovišť zdravotnické záchranné služby od místa události je 20 km. Nejbližší stanoviště zdravotnické záchranné služby Pardubického kraje je ve Svitavách. Složení posádek na příslušném stanovišti je: 2 posádky RZP, a jedna posádka rendes-vous (RV). Další vozidlo pro dané místo je vzdáleno 16 km v Moravské Třebové. Na tomto stanovišti se nachází jedna posádka RZP a jedna posádka RV. Další nejbližší posádka rychlé záchranné služby se nachází v Jihomoravském kraji, konkrétně ve Velkých Opatovicích vzdáleného také 16 km. Z důvodu vytížení posádek záchranné služby byly poslány posádky ze Svitav. Leteckou záchrannou službu v oblasti zajišťují letecké záchranné služby Hradce Králové, Brna a Olomouce. Nejbližší letecká záchranná služba Brno má vzdálenost 58 km.

Sít' zdravotnických zařízení: nejbližší zdravotnické zařízení je vzdáleno 16 km, avšak jde o polikliniku, která nemá 24 hodinový provoz. Další stanoviště je vzdáleno 21 km od místa zásahu. Toto zařízení má neomezený provoz a jedná se o Svitavskou nemocnici a.s., tato disponuje příslušným zdravotnickým personálem.

Místo události: okraj obce (cca 200 obyvatel), událost se stala na silnici procházející celou obcí a po které denně projede několik desítek aut a projde spousta lidí. V okolí se nachází obchod s radnicí, naproti radnice se tyčí kostel. V bezprostřední blízkosti od místa nálezů pacientky se nachází místní hostinec. Všude kolem jsou rodinné zástavby.

Průběh události: žena věk 53 let, po návštěvě místního hostince a po požití značné dávky alkoholu je na cestě domů. Zhruba ve 20:10 vychází z hostince potácivou chůzí, div že neupadla na schodech vedoucí ze dveří. Po 50 metrech nejspíše zakopla o obrubník chodníku a upadla na silnici. Ve 20:18 jde po ulici muž, který nalézá ženu ležící na boku v bezvědomí, ale dýchající. Žena nereaguje na oslovení ani na dotyk. Po

otočení ženy na záda si svědek všimne krůpějí krve stékající po obličeji. Ihned po té dostává strach a volá linku 155.

KATAMNÉZA

Průběh zásahu u poranění hlavy s ebriitou z pohledu ZZS.

20:23 hodin SEČ

Příjem tísňové výzvy na lince 155. Muž, svědek a kolemjdoucí volá z mobilního telefonu a říká, že našel ležící ženu na silnici s hlavou od krve. Na základě hovoru se zkušeným operátorem jsou zjištěny informace, kde se pacientka nalézá. Jako další postup volí operátor otázky o tom, v jaké situaci se svědek s pacientkou nacházejí, a po té podává instrukce jak dále má svědek události postupovat. Volající muž hlásí dispečerovi postup svoji pomoci a aktualizuje stav pacientky. Operátor KZOS usoudí, že za dané situace udělal, co mohl a ukončuje hovor. Délka trvání hovoru je cca 120 sekund. Operátor na místo musí poslat vzdálenější posádku z důvodu vyčerpání rychlé záchranné služby Moravská Třebová.

Posádky RZP a RV Svitavy jako druhé nejbližší stanoviště v Pardubickém kraji přijímají tísňovou výzvu a prostřednictvím vlastního počítačového systému potvrzují příjem. Tísňová výzva obsahuje místo události, přibližný věk a jméno pacientky, čas volání linky 155 a čas přijetí výzvy. Jako poslední důležitý faktor se na výzvě nachází naléhavost výjezdu. Na přijetí výzvy reagují posádky RV a RZP zrychleným nástupem do vozidel. Posádka RV disponuje vozidlem škoda Yeti 4x4, a posádka RZP disponuje vozidlem Volkswagen Transporter tip T5.

20:26 hodin SEČ

Převzetí tísňové výzvy posádkami RV a RZP od krajského operačního střediska.

20:27 hodin SEČ

Posádky RV a RZP vyjíždí z výjezdové základny. Z důvodu naléhavosti zásahu řidiči používají během jízdy výstražné světla modré barvy i zvuková zařízení. Obě posádky jsou z důvodu bezpečnosti za jízdy připoutány pásy a na zásah jsou oblečeni do uniform rudé barvy se žlutými reflexními pruhy. K uniformě patří také předepsaná obuv pevné konstrukce a žáruvzdornou podrážkou. Vzhledem k víkendovému datu je na silnicích hustý provoz. Po sjezdu ze silnice 1. třídy vozidla najedou na asfaltovou silnici

s četným poškozením. Z tohoto důvodu musejí jízdu přizpůsobit danému stavu vozovky a zpomalují na 60 km/h.

20:45 hodin SEČ

Na místo dojíždí těsně první posádka RV následována druhým vozidlem. Řidiči obou vozidel parkují vedle pacientky podél chodníku. Po dobu zásahu mají zapnuté výstražné světla z důvodu hrozící dopravní nehody. Záchranář-řidič vozidla RV bere světlomet kvůli snížené viditelnosti. Lékař přistupuje k pacientce, která se probouzí z bezvědomí, a zjišťuje informace od svědka události. Sestra se specializací ARIP hmatá tep na karotidách a snaží se komunikovat s pacientkou. V tom se pacientka probudí do obluzeného vědomí a začne zdravotnický personál vulgárně napadat. Lékař se sestrou se snaží pacientku verbálně uklidnit a postupují dle stanov záchranné služby, dodržují slušné chování a zaujmají asertivní přístup, zároveň dávají pozor jeden na druhého z důvodu hrozícího fyzického napadení. Pacientka odmítá jakékoliv ošetření a stále stupňuje své agresivní chování. Posádky se rozhodly přivolat si přes operační středisko na pomoc policii ČR. Nejbližší stanoviště policie se nachází v Moravské Třebové vzdálené 16km. Přes dispečink je lékař upozorněn, že policie se nachází pouze 2 km od jejich pozice a na místě bude během dvou minut.

20:59 hodin SEČ

Na místo doráží také posádka policie ČR a informuje, že žena má problémy s alkoholem a její zkušenosti s policií jsou poměrně časté. Když žena spatří policejní posádku, tak se začne uklidňovat jen pod podmínkou navlečení pout a použití donucovacích prostředků. Po chvíli vychází z hostince muž, zjevně na popud blikajících majáků, a už z dálky vulgárně uráží jak posádky záchranné služby, tak i příslušníky policie. Policie zaujímá obranný postoj kolem posádek a po slovní přestřelce mezi policií a dotyčným mužem se posádky dozvídají, že jsou oba partneři. Chování nově příchozího se stupňuje a policie je donucena použít násilí a muže na zemi spoutat. A po té odvést v poutech do vozu policie ČR.

21:07 hodin SEČ

S pomocí řidičů sanitních vozidel je žena odnesena do vozidla RZP z důvodu nemožnosti samostatné chůze. K přenosu pacientky je použita transportní plachta a speciální nosítka upravené pro podmínky zdravotnické záchranné služby. Po upoutání ženy na nosítka pomocí bezpečnostních pásů a po ukotvení nosítek v nástavci auta je

žena vyšetřována lékařem, který také doplňuje různé druhy anamnéz a zjišťuje informace potřebné k dalšímu léčení pacientky a k omezení rizik komplikací. Sestra s řidičem-záchranářem mezitím měří fyziologické funkce pacientky pomocí saturačního čidla umístěného na pravém ukazováčku, a tlakové manžety umístěné na levé paži. Kvůli špatné dostupnosti na levou paži byla pacientce vysvěčena mikina. Výsledky měření jsou:

- **Tlak Krve:** 200 / 110 mm/Hg
- **Počet pulsů:** 92 / minutu
- **SpO2:** 95 %
- **Dechová frekvence:** 12 dechů za minutu
- **Glasgow Coma Scale:** 14

21:15 hodin SEČ

Lékař nařizuje zajištění periferního žilního vstupu. Sestra neváhá a chystá si pomůcky k zajištění. Bohužel přímo uprostřed prováděného vpichu se pacientka začne zmítat a kanylace se nezdaří. Sestra postup opakuje na jiné žíle a zdárně svůj úkol dokončuje. Do žilního řečiště je podáván Hartmanův roztok 500ml frekvencí 30 kapek za minutu. Řidič-záchranář mezitím nalepuje EKG svody na končetiny. Monitor ukazuje sinusový (fyziologický) rytmus beze změn. Lékař po zhlédnutí výsledku měření podává pacientce tensiomin 12,5mg s.l., který pacientka ze začátku odmítá. Ovšem po intervenci policie se žena opět ukázní a lék si bere.

21:20 hodin SEČ

Sestra přistupuje k hlavě pacientky a hlásí tržnou ránu levého obočí o délce zhruba 7 cm. Rána již moc nekrvácí, přesto sestra přistupuje k desinfekci rány pomocí peroxidu vodíku. Dále sestra ránu sterilně kryje čtverci a upevňuje pomocí stahovacího obinadla.

21:25 hodin SEČ

Lékař dokončuje vyšetření pacientky a zaznamenává: Pacientka bez neurologického nálezu, zornice izokorické, reagující na osvit, jazyk pláží středem. Hlava: tržná rána v obličejí nad obočím vlevo, jinak žádné znatelné deformity. Krvácení ze zvukovodu či z nosu negativní. Krk celistvý, mírně bolestivý. Pravá horní končetina je odřená na pravém předloktí a na zápěstí – ránu desinfikujeme a sterilně kryjeme. Hrudník pevný bez patofyziologických změn. Břicho měkké, prohmatné, bez zjevného

poranění. Pánev celistvá. Na levé dolní končetině jsou podlitiny suspektně z důvodu pádu, pravá dolní končetina beze změn, a obě končetiny bez zlomenin. Sestra se po té dotazuje pacientky na události, které předcházely pádu, pacientka odpovídá jen zběžně, přičemž je cítit zápach etanolu vycházejícího z úst pacientky. Po rozhovoru se sestra dozvídá, že si pacientka na incident nepamatuje a je dezorientovaná jak časem, tak i prostorem, přiznává vypití půl litru tvrdého alkoholu a pět piv. Lékař usuzuje, že je pacientka schopna převozu bez lékařského dohledu a předává pacientku, která nejeví žádné známky agrese posádce RZP.

21:40 hodin SEČ

Vozidlo RV Svitavy předává pacienta posádce RZP ve složení sestra specialista a řidič- záchranář. Řidič vozidla RV podává na dispečink zprávu, že jsou s lékařem připraveni k dalšímu možnému výjezdu. Řidič vozidla RZP podává zprávu na dispečink o tom, kam pacientku vezou, v tomto případě na chirurgickou ambulanci do Svitav, s jakou diagnózou pacientku vezou, v tomto případě s tržnou ránou obočí (číselné označení diagnózy S003) a s ebrietou (číselné označení diagnózy F100), ale také o tom jaká je přibližná doba dojezdu do zdravotnického zařízení. Vozidlo RZP odváží pacientku do příslušného zdravotnického zařízení se zapnutým světelným zařízením. Vozidlo RV se vrací na základnu dle předpisů silničního provozu.

21:45 hodin SEČ

Transport pacientky probíhal ze začátku bez komplikací. Po vyjetí na silnici, která byla v hrozném stavu, se vozidlo začne více houpat. V tom pacientka bez varování začne zvracet. Díky pohotovému reakci sestry a přiložením sáčku na zvrátky k ústům pacientky bylo potřísněno vozidlo jen z malé části. Sestra vyzvala řidiče, ať zastaví kvůli možnému zlepšení stavu pacientky. Po chvíli k vozidlu RZP přijíždí RV posádka. Řidič s lékařem vystupují, aby zjistili, proč vozidlo zastavilo. Po konzultaci sestry s lékařem a za stále nauzey pacientky je podán žilní cestou Torecan. Nastupuje zlepšení stavu pacientky a sanita může pokračovat v cestě.

22:00 hodin SEČ

Necelé 3 km před nemocnicí začne být pacientka opět agresivní a vulgární. Sestra, která je s pacientkou sama v zadní části vozu, se snaží situaci uklidnit, bohužel se nedaří ani za výhrůžky přivolání policie ČR a vozidlo musí opět zastavit. Řidič vozidla RZP přispěchá sestře na pomoc.

22:02 hodin SEČ

Na místo dojíždí posádka RV a s pomocí lékaře a řidiče se podaří pacientku natrvalo zklidnit. Lékař po konzultaci s operačním střediskem zůstává ve vozu RZP, z důvodu kontroly pacientky.

22:10 hodin SEČ

Vůz RZP přijíždí ke zdravotnickému zařízení a probíhají přípravy k předání pacienta.

22:11 hodin SEČ

K nemocnici dojíždí také vozidlo RV.

22:12 hodin SEČ

Obě posádky předávají pacienta na chirurgickou ambulanci Svitavské nemocnice. Lékař konzultuje s chirurgem stav pacientky. Pacientka je přenesena na příjmové lůžko za pomoci nemocničních ošetřovatelů, kteří zároveň kontrolují míru agresivity pacientky. Pacientka již nekladla odpor a zůstávala klidná po celou dobu dalších intervencí zdravotnického personálu.

22:20 hodin SEČ

Posádky se vrací do vozů a pomocí vysílacího zařízení posílají status o předání pacienta a návratu na základnu.

22:21 hodin SEČ

Obě posádky jsou zpět na výjezdové základně. Řidiči se sestrou provádějí očistu sanitního vozidla a desinfekci pomůcek. Po očištění interiéru vozidla posádky provádí doplnění použitého zdravotnického materiálu a lékového vybavení vozu. Nezapomínají ani na kontrolu funkčnosti monitorovací techniky. Mezi tím lékař provádí řádný zápis o výjezdu do počítačového programu dle výjezdového záznamu. Po lékaři nastupuje sestra a vykazuje do počítače použitý materiál a léky. Jako poslední řidič napočítá ujeté kilometry během zásahu a zapisuje je jak do výjezdového záznamu, tak i do dokumentace vedené vedoucím řidičem.

22:30 hodin SEČ

Posádky RZP a RV Svitavy jsou připraveny k dalšímu výjezdu.

6.1.1 Analýza a interpretace zásahu

Rychlé zhodnocení klientky podle ošetrovatelského procesu

- **Posouzení:** klientka dezorientovaná, neví, co se stalo, nalezena na zemi s krvácející ránou na hlavě, z dechu je cítit alkohol, má odřeniny na pravé horní končetině, během převozu má nauzeu a vomitus
- **Ošetrovatelské diagnózy (P-E-S):**
 - Bolest akutní** – z důvodu pádu v ebrietě a úrazu hlavy, projevující se neklidem a agresivitou
 - Riziko aspirace**– z důvodu požití alkoholu, projevující se poklesem svalového tonu při zvracení a polykání
 - Násilí hrozící vůči jiným** – z důvodu požití alkoholu, projevující se agresivitou vůči záchranářům, neklidem, nepřiléhavou mluvou
 - Myšlení porušené** – z důvodu požití etanolu, z důvodu traumatu hlavy po pádu, projevující se nepřiléhavou mluvou, neklidem, agresivitou
 - Neznalost o stavu, léčbě, rizicích, komplikacích** – z důvodu omezeného vnímání, projevuje se kladením opakujících se otázek, rozrušeností, agitovaností, agresí
 - Kožní integrita porušená** – z důvodu pádu v ebrietě, projevující se krvácející tržnou ránou na hlavě a oděrkami na pravé horní končetině.
- **Plánování ošetrovatelské péče:**
 - Krátkodobý cíl:** snížit neklid, agitovanost, pomocí vhodně zvolených komunikačních technik minimalizovat riziko eskalace agrese.
 - Bolest snížit ošetřením tržné rány, riziko aspirace snížit vhodnou polohou klientky během převozu, případně podat ordinovanou medikaci k zamezení vomitu a následné aspirace.
 - Výsledné kritérium** – klientka je klidná, spolupracuje během ošetření i během převozu, komunikace vede k porozumění a odstranění agrese.
- **Realizace:**
 - Klidná komunikace s klientkou, dodržovat doporučení pro komunikaci s agresivním pacientem, minimalizovat riziko eskalace agrese, snaha o vysvětlení nutných úkonů, podání ordinované medikace
- **Vyhodnocení:**

Kontinuální monitorace základních životních funkcí (krevní tlak, puls, saturace, dýchání, vědomí), ošetření ran, podání medikace dle ordinace, klidná komunikace. Při předání pacientky ve zdravotnickém zařízení zhodnotíme celkový stav, celkové zklidnění a porozumění.

Činnost krajského operačního střediska

- Převzetí tísňové výzvy o situaci od volajícího proběhlo rychle a byly zajištěny všechny dostupné informace. Dispečer správně vyhodnotil nastalou situaci, zachoval klid a zareagoval, jak bylo očekáváno. Zbytečně nezdržoval komunikaci a podnikl nezbytné kroky k zajištění pacientky.
- Vyslané posádky byly na místo zásahu vyslány správně a včas. Kvůli nedostupnosti nejbližší posádky dispečer dobře vyhodnotil nutnost vyslán vzdálenější posádky. Současně však nebyl narušen provoz na územním obvodu. Provoz ve Svitavské oblasti zajišťovala jedna posádka RZP Svitavy a posádka RLP Litomyšl.
- Operační středisko po celou dobu zajišťovalo podporu výjezdovým skupinám. Ihned po informování o potřebě policie zajistilo nejbližší dostupnou posádku. Informovalo zdravotnické zařízení o stavu a dojezdové době posádek.
- Komunikace mezi posádkami a operačním střediskem probíhala správně a nenarušovala správnost zásahu.
- Ohlášení do Svitavské nemocnice proběhlo včas a personál nemocnice se stihl na příjem pacientky dostatečně nachystat.
- Činnost operačního střediska byla provedena v souladu s normami a doporučenými postupy v odborné literatuře a dle vnitřního řádu zdravotnické záchranné služby Pardubického kraje.

Činnost zdravotnické záchranné služby

- Výjezdy k zásahu byly provedeny v nejkratší možné míře v případě obou vozů. Všichni účastníci výjezdu byli řádně ustrojeni a vozidla byla připravena k zásahu.
- Komunikace mezi oběma posádkami probíhala bez komplikací a na profesionální úrovni.
- Při jízdě k zásahu bylo použito světelné i zvukové zařízení. Zároveň byla jízda přizpůsobena stavu pacientky a stavu silnice.
- Vhodné zastavení obou vozů na místě zásahu a použití bezpečnostních opatření (výstražná světla).

- Včasná orientace na místě zásahu.
- Díky zkušenostem posádek s podobnými případy byla pacientka částečně uklidněna, do doby než přijela policie ČR.
- Posádka byla sebraná a pracovala správně i s policií ČR. Obě strany byly se spoluprací spokojeny a obešla se bez komplikací. Policie zachovala bezpečnost zdravotnického personálu.
- Zajištění pacientky a postup pracovních úkonů proběhl dle standardů a zákonných norem.
- Provedení správného ošetření pacienta.
- Vhodný transport do nejbližšího zdravotnického zařízení za bezpečných podmínek, které byly ztížený špatným stavem silnice a komplikacemi spojené se stavem pacientky.
- Byla zachována správnost předání pacientky do zdravotnického zařízení a také rychlost předání
- Při transport obou posádek zpět na výjezdové stanoviště vzdálené od nemocnice 500 metrů, bylo v souladu s dopravními předpisy.
- Dekontaminace sanitního vozidla a doplnění použitého materiálu bylo provedeno co nejrychleji, ale zároveň byla zachována kvalita desinfekce. Trochu déle trval zápis o výjezdu do operačního programu zdravotnické záchranné služby.

Nedostatky v postupu zdravotnické záchranné služby

- Ponechání pacientky ve vozidle RZP o samotě se sestrou specialístkou.
- Lékař ve voze RV měl po celou dobu zůstat v bezprostřední blízkosti pacientky jak z důvodu diagnózy, tak z důvodu bezpečnosti zdravotnického personálu, nebo vyzvat KZOS k povolání policie a dopomocí transportu do nemocnice.
- Další nedostatek je špatný stav komunikace, který omezil posádky v jízdě a díky tomu byl zpožděný příjezd na místo zásahu.

6.2 Kazuistika číslo 2.

Pacientka cizinka s jazykovou bariérou, stížená akutní bolestí břicha, nauzeou a vomitem.

ANAMNÉZA

Identifikační údaje

- **Jméno:** XY
- **Pohlaví:** žena
- **Věk:** 70 let
- **Místo zásahu:** Pardubický kraj, město Svitavy

Časový průběh

- **Čas volání:** 03:32
- **Převzetí výzvy:** **RZP 03:45** **RV 03:38**
- **Čas výjezdu:** **RZP 03:47** **RV 30:39**
- **Čas příjezdu na místo události:** **RZP 03:50** **RV 03:43**
- **Čas předání pacienta:**
RV a RZP **předán interní příjmovou ambulanci 04:21**
- **Ukončení výjezdu:** **RV 04:35** **RZP 04:37**

Anamnéza pacienta:

- **Osobní anamnéza (OA):** Diabetes mellitus, hypertenzní nemoc
 - **Farmakologická anamnéza (FA):** Lorista, Siofor 500 0-1-0, inzulín
 - **Rodinná anamnéza (RA):** Oba rodiče zemřeli přirozenou smrtí.
 - **Alergologická anamnéza (AA):** Neudává.
 - **Pracovní anamnéza (PA):** Momentálně v důchodovém stavu, předešlá práce nezjištěna
 - **Abusus:** Nekuřačka, alkohol příležitostně
- Odběr anamnézy proběhl velmi složitě z důvodu jazykové bariéry.

POPIS SITUACE

Podmínky: Zářijový večer roku 2013 okolo 4 hodiny ranní SEČ, teplota vzduchu na teploměru ukazuje 5 °C. Místo události je na benzínové pumpě ve Svitavách na okraji města.

Vzdálenost výjezdových stanovišť rychlé záchranné služby na příslušném území od vzniklé události: nejbližší výjezdové stanoviště se nachází ve Svitavách vzdálené 1500 metrů. Na základně jsou dvě posádky RZP ve složení záchranář, řidič a jedna posádka RV ve složení řidič-záchranář, lékař. Další nejbližší výjezdové stanoviště se nalézají v Moravské Třebové, Poličce a Litomyšli, Všechny tři jsou vzdálené 15 km od místa události. Posádky v příslušných městech jsou: Polička a Litomyšl disponují vozy RLP, Moravská Třebová má posádku RZP a RV. Leteckou zdravotnickou záchrannou službu v oblasti zajišťují záchranné služby jiných krajů konkrétně Brna, Hradce Králové a Olomouce.

Sít' zdravotnických zařízení: nejbližší zdravotnické zařízení je Svitavská nemocnice a.s. Tato nemocnice disponuje jak ARO lůžky, tak jednotkami intenzivní péče. Vzhledem ke stavu pacientky byla vybrána Svitavská nemocnice jako cílové zařízení.

Místo události: benzínová pumpa na okraji města Svitavy. Dobrá dostupnost po silnici první třídy směrem na Brno. V okolí se nachází městská zástavba s bytovkami a rodinnými domky. Silnice v dobrém stavu, bez rizik náledí, nebo rizika smyku z důvodu deště.

Průběh události: výletní autobus, který vyjíždí z Polska směrem na Vídeň. Starší žena začíná mít silné křečovitě bolesti břicha a bolesti na hrudníku. Proto autobus zastavuje na benzínové pumpě a cestující se začínají starat o nemocnou ženu. Náhle se jí hůře dýchá, má nauzeu a začíná zvracet. Vyděšení cestující nevědí co dělat. Muž kolem 50 let, který ovládá český jazyk, asi na 50 procent začíná volat na linku 112. Operátor linky následně přepojuje na KZOS Pardubického kraje. Mezitím žena upadá do krátkodobého bezvědomí, dle svědků trvajícího asi 120 sekund.

KATAMNÉZA

Podrobný průběh události z pohledu zdravotnické záchranné služby v podrobném časovém rozmezí výjezdů posádky záchranné služby Pardubického kraje.

03:32 hodin SEČ

Příjem datové věty na linku 155 ze střediska tísňové linky 112. Datová věta obsahuje jen informace, že volá cizinec bez identifikačních údajů i jiných informací, proto přepojuje dispečer linky 112 na dispečera záchranné služby Pardubického kraje. Dispečer ZZS PAK začíná komunikovat s mužem, který hovoří smíšenými jazyky polštinou a češtinou. Ani jazyk, který dispečer ovládá, v tomto případě angličtina, není nic platný. Odebrání informací je pro dispečera velice náročné. Z hovoru se dovídá, že na místě se nachází žena kolem 70 let a má silné bolesti břicha bolesti v oblasti hrudníku. Jako další zjišťuje polohu pacientky. Dále naviguje, ať ženu položí do úlevové polohy, muž polské národnosti bohužel nerozumí, a proto dispečer na nic nečeká a vysílá na místo posádku.

Dispečer sděluje muži informaci o vyslání posádky a hovor ukončuje. Délka hovoru byla přibližně 5 minut.

03:37 hodin SEČ

Dispečer vysílá z nejbližšího stanoviště zdravotnické záchranné služby posádku RV ve složení řidič-záchranář a lékař. Posádku RV bez možnosti převozu pacienta zvolil dispečer z toho důvodu, že se jednalo o cizinku a domníval se, že se vše vyřeší na místě bez nutnosti odvozu pacientky do zdravotnického zařízení.

03:38 hodin SEČ

Posádka RV přijímá výzvu k výjezdu, pomocí počítače na základně. V příkazu o výjezdu se nacházejí jen strohé informace o bolestech břicha u ženy polské národnosti a místo události. Již na základně se lékař diví vyslání samotné posádky RV.

03:39 hodin SEČ

Výjezdy posádky RV z výjezdového stanoviště. Posádka je řádně ustrojena v pracovní uniformě rudé barvy se žlutými reflexními pruhy, vzhledem k naléhavosti výjezdu a snížené viditelnosti na vozovce z důvodu tmy. Řidič neváhá a spouští výstražné světelné zařízení modré barvy. Průběh jízdy k místu zásahu je bez

komplikací. Řidič jede k místu tak, aby neohrozil život posádky a v souladu s platnou vyhláškou.

03:43 hodin SEČ

Příjezd posádky RV na místo zásahu proběhl bez komplikací a 4 minuty po opuštění základny přijíždí na dané místo. Záchranář staví vozidlo vedle autobusu a spolu s lékařem nesou potřebné vybavení (monitor Corpuls a batoh s potřebnou výbavou). Lékař se snaží odebrat anamnézu od pacientky. To se nedaří z důvodů jazykové bariéry a silných bolestí pacientky. Do kontaktu s lékařem se dostává muž, který trochu ovládá český jazyk. Pomocí tohoto muže se lékař snaží zjistit informace. Komunikace je velice složitá, proto lékař ve velké míře používá gestikulaci a mimiku. Po chvíli komunikace posádka zjišťuje dovednost muže v německém jazyce. Po tomto zjištění začne záchranář s mužem lépe komunikovat a zjišťování informací se velice zlehčilo. Záchranář zjistil tyto informace: „Dnes při jízdě autobusem asi po dvou hodinách jízdy žena začala naříkat. Stěžovala si na bolest v nadbříšku, pak zkolabovala a upadla do bezvědomí. Asi 2 minuty byla v bezvědomí, spolucestující křeče negují, následně pomocí fyzického kontaktu ženu probírají k vědomí. Při příjezdu posádky RV je již pacientka při vědomí, ale zvrací, k večeri měla jen koláče. Po tomto zjištění a po rychlém zhodnocení stavu pacientky se lékař ihned přes dispečink dožaduje vozidla RZP. Dále pomocí tlumočnicka odebrali všechny druhy anamnéz.

03:47 hodin SEČ

Posádka RZP potvrzuje převzetí výzvy a vyjíždí na pomoc posádce RV. Mezi tím lékař se záchranářem pokračují ve vyšetřování pacientky. Pomocí monitoru zjišťují fyziologické funkce. A ty jsou:

- **Tlak Krve: 135/103 mm/Hg**
- **Počet pulsů: 59/minutu**
- **SpO2: 95 %**
- **Dechová frekvence: 18 dechů za minutu**
- **Glasgow Coma Scale: 15**
- **Hodnota glykémie: 6,0 mmol/l**

03:48 hodin SEČ

Ještě v Autobuse na sedačce lékař nařizuje zavedení periferní žilní linky. Záchranář žílu zajišťuje na dorsu ruky pomocí kanyly 20 G (růžové barvy) a podává

i.v. linkou fyziologický roztok 500 ml. Náhle začíná žena opět zvracet žaludeční šťávy. Na tento podnět lékař reaguje okamžitou aplikací Torecanu.

03:50 hodin SEČ

Na místo dojíždí posádka RZP. Řidič vozidlo staví těsně vedle autobusu. Lékařka žádá okamžité vynesení pacientky z autobusu do vozidla RZP. Kvůli stavu pacientky a její nemožnosti chůze musí být transportována pomocí plachty. V autobuse jsou bohužel stísněné prostory a přenesení pacientky je složité. Na pomoc s transportem přicházejí dva muži-spolucestující. Pacientka je opatrně transportována na připravená nosítka. Na nosítkách je žena připoutaná díky bezpečnostním pásům. Pomocí nosítek je žena převezena do přistaveného vozu.

03:55 hodin SEČ

Ve vozidle je žena vyšetřována lékařem. Objektivní příznaky pacientky jsou: je bledá s tachypnoí, nauzeou a sklípkovým dýcháním. Akce srdeční pravidelná, břicho obézní, měkké, palpačně citlivé v nadbřišku. DKK bez otoků. Zornice izokorické, jazyk plazí středem, neurologicky bez nálezu. Jako další postup je zvoleno 12-ti svodové EKG, na kterém je zjištěn pravidelný sinusový rytmus bez ischemie.

04:00 hodin SEČ

K vozidlu přichází tlumočnick s dalším mužem. Po chvíli nedokonalé slovní konverzaci se posádka dozvídá, že se jedná o manžela, který se dožaduje informací. Žádá po lékaři odvoz do nemocnice. Po kratší slovní přestřelce manžel nedokáže pochopit, že převoz společně s manželkou není možný a začíná jevit mírné známky agrese a zloby. Tlumočnick spolu s jinými cestujícími se snaží muže uklidnit. Po chvíli se to podaří a muž je zklidněn. Lékař spolu se záchranářem oznamují stav pacientky manželovi pomocí tlumočnicka.

04:05 hodin SEČ

Žena ležící v sanitce za dozoru sestry začíná jevit známky hyperventilační tetanie (tachypnoe, SpO₂ 100%, a známka tzv. „ porodnické ruky“). Díky včasné reakci sestry jsou příznaky zjištěny a správně vyhodnoceny, je nutné, aby se pacientka uklidnila a začala opět klidně dýchat. Slovní rady sestry nejsou z důvodu jazykové bariéry vyslyšeny a ani předvádění zklidněného dýchání pomocí gest a mimiky nepomáhá. Na pomoc je přizván manžel, kterému je vysvětlena vážnost situace. Po

krátké domluvě s tlumočnickem je vysvětleno, jak má manžel pacientku zklidnit. Po necelé minutě se mu to daří a pacientka je stabilizována.

04:11 hodin SEČ

Obě posádky jsou připraveny k odjezdu. Řidič vozidla RV hlásí na krajské operační středisko stav pacientky, diagnózu a přibližný dojezdový čas do nemocnice. Dále ohlašuje přestup lékaře z malého vozidla RV do velkého vozidla RZP. Lékař chce mít pacientku pod kontrolou.

04:12 hodin SEČ

Vozidlo RZP odjíždí z místa zásahu následované vozidlem RV, volí se pomalá klidná jízda z důvodu bolestí u pacientky. Nemocnice je vzdálená necelý kilometr a půl.

04:18 hodin SEČ

Při příjezdu k nemocnici lékař žádá o provedení kontroly fyziologických funkcí. Hodnoty měření jsou:

- **Tlak Krve: 164/86 mm/Hg**
- **Počet pulsů: 64/minutu**
- **SpO2: 99 %**
- **Dechová frekvence: 20 dechů za minutu**
- **Glasgow Coma Scale: 15**

Během měření sestra spěchá na výjezdové stanoviště z důvodu oskenování občanského průkazu pacientky a kartičky zdravotní pojišťovny. Děje se tak z důvodu nařízení vedení zdravotnické záchranné služby Pardubického kraje.

Lékař usuzuje, že pacientka je schopná předání. Za doprovodu všech účastníků výjezdu je pacientka předávána na interní příjmovou ambulanci Svitavské nemocnice. Pacientka při předání jeví známky znepokojení (třes rukou, tachypnoe, tachykardie). Ovšem při předání lékaři pocházejícímu z ruský mluvících zemí dochází k určitému zlepšení zdravotního stavu pacientky. Lékař v nemocnici si ponechává originál výjezdového záznamu spolu se záznamem EKG. Na kopii výjezdového záznamu dostávají posádky razítka oddělení a podpis lékaře přebírajícího pacienta. Další domluva s pacientkou v nemocnici se díky přebírajícímu lékaři stala nekomplikovanou.

04:30 hodin SEČ

Ukončení předávání pacienta a odjezd ze zdravotnického zařízení

04:31 hodin SEČ

Příjezd na výjezdové stanoviště ZZS. Na základně probíhá desinfekce vozu a doplnění použitého zdravotnického a lékového vybavení obou vozů. Nadále probíhá očista vozidel z venku.

Jako další postup je zvolen řádný zápis výjezdového záznamu do počítačového programu. Je nutné řádně vykázat i použitý materiál a léků společně s ujetými kilometry.

04:35 hodin SEČ

Posádka RV ukončuje výjezd pomocí terminálu ve voze a statusu číslo 6. A je připravena k dalšímu výjezdu.

04:37 hodin SEČ

Posádka RZP ukončuje výjezd pomocí terminálu ve voze a statusu číslo 6. A je připravena k dalšímu výjezdu.

6.2.1 Analýza a interpretace zásahu

Rychlé zhodnocení klientky podle ošetrovatelského procesu

- **Posouzení:** klientka opocená, je na ní vidět strach, úzkost, hůře se jí dýchá, má bolesti na hrudi, ale na EKG nejsou ischemické změny, má nauzeu a vomitus.
- **Ošetrovatelská diagnóza (P-E-S):**
 - Bolest akutní** – z důvodu bolestí na hrudi, bolesti břicha, projevující se úzkostí, opocením, verbálními projevy, mimikou, pláčem, třesem, tachypnoí.
 - Úzkost** – z náhlé nevolnosti- projevující se opocením, nervozitou.
 - Neznalost o stavu, léčbě, rizicích, komplikacích** dané ztíženou schopností komunikovat z důvodu neznalosti daného jazyka v cizí zemi, projeví se neklidem, třesem, tachypnoí, nervozitou.
- **Plánování ošetrovatelské péče:**
 - Krátkodobý cíl** – ulevit bolesti, snížit strach, úzkost, uklidnění pomocí správné komunikace, případně podání ordinované medikace.

Výsledné kritérium – klientka udává snížení bolesti, je uklidněná, komunikace vede ke zklidnění, porozumění, odstranění třesu, tachypnoe.

➤ **Realizace oš. procesu v PNP:**

Vysvětlení problému pomocí různých komunikačních technik, případně s pomocí tlumočnicka, vysvětlení nutných úkonů, podání ordinované medicíny.

➤ **Vyhodnocení:**

Kontinuální monitorace základních životních funkcí (krevní tlak, teplota, puls, saturace, dýchání, vědomí), po příjezdu do nemocnice zhodnotíme celkový stav, zklidnění, úspěšnost komunikace.

Činnost krajského operačního střediska

- Převzetí datové věty od linky 112 proběhlo rychle a následovala správná komunikace mezi dispečery linky 155.
- Horší zjištění informací od volajícího z důvodu jazykové bariéry. Zároveň odebrané dostatečné informace k indikovanému výjezdu.
- Dispečer hůře vyhodnotil závažnost situace kvůli jazykové bariéře a vyslal na místo jen posádku RV bez možnosti převezení pacientky do zdravotnického zařízení.
- Následné dovolání vozů RZP proběhlo bez komplikací a zbytečného vyptávání z jakého důvodu je nutnost příjezdu druhé posádky.
- Předání informací vozů RZP proběhlo rychle a stručně.
- Správné označení navigačního bodu dispečerem.
- Správná komunikace posádek a dispečinku.
- Ohlášení pacienta v příslušném zdravotnickém zařízení proběhlo bez komplikací a bylo včasné. Nemocniční personál měl dostatek času se na příjem pacienta nachystat a přivolat sloužícího lékaře.

Činnost zdravotnické záchranné služby

- Posádka přijala výzvu v krátké době, výjezd k zásahu proběhl také rychle.
- Řidiči obou vozidel správně vyhodnotily situaci a použily světelné signalizační zařízení modré barvy.
- Rychlá orientace v místopise i bez použití GPS.

- Rychlé vyhodnocení situace a bleskové přivolání druhého vozidla s možností odvozu pacientky.
- Správnost komunikace lékaře s pacientkou pomocí neverbální komunikace.
- Správnost vedené komunikace všech členů posádky s tlumočnickem jak v českém jazyce, tak i v jazyce německém.
- Klidné řešení vypjaté situace s manželem pacientky.
- Všímavost zdravotnického personálu a rychlé jednání na nově vzniklé komplikace při výjezdu.
- Správné léčení pacientky pomocí dostupných pomůcek
- Včasná diagnostika.
- Správně zvolené nemocniční zařízení v dané oblasti.
- Správnost kontroly před předáním pacientky.
- Včasné předání pacientky bez zbytečného zdržování.
- Rychlá desinfekce vozu a doplnění zdravotnického materiálu, rychlá znovu připravenost k dalšímu zásahu.

7. DISKUZE

7.1 Diskuze ke kazuistice číslo 1

Z první kazuistiky bylo zjištěno, že operační středisko záchranné služby Pardubického kraje a posádka ZZS spolu maximálně spolupracují. Přijetí výzvy dispečerem, její zpracování a vyhodnocení proběhlo v souladu s normami a nevykazovalo žádné nedostatky. Spolupráce mezi posádkami ZZS proběhla bez větších chyb. Jedna chyba nastala v momentě, kdy lékař nepřesně vyhodnotil situaci a potencionálně nebezpečnou a agresivní pacientku nechal samotnou v doprovodu sestry ve vozidle. Jinak postup zásahu a odborné výkony probíhaly bez problémů. Velice dobrá spolupráce s příslušníky policie ČR, kteří se chovali dle standardů a norem. Kazuistika je časově označena tak, aby bylo jasné, co a jak se v daný okamžik stalo. Také jak dlouho výjezd od přijetí výzvy až do ukončení zásahu trval. Za zmínku stojí dvě časové prodlevy při transportu pacientky na příjmovou ambulanci. V prvním případě se pacientčin stav náhle zhoršil a byla nutná intervence obou posádek. V druhém případě byl pacientky stav stabilizován, až do takové míry že začala být opět agresivní. I tento případ si žádal intervenci všech členů posádek. Z této kazuistiky nebylo zjistit a poukázat na chyby posádek ZZS a dispečerů ZZS. Cílem bylo popsat průběh a komplikace výjezdu k pacientce s agresivními projevy s důrazem na specifika komunikace v ošetrovatelském procesu v PNP. Posádky musí pamatovat na bezpečnost pacientů, dbát na důležitost komunikace, ale dávat pozor i na bezpečnost svojí a svých kolegů.

První kazuistika poukazuje na problém s agresivitou u pacientů intoxikovaných alkoholem. Posádky rychlých záchranných služeb se nejčastěji setkávají s agresivitou právě u těchto pacientů. Poukazuje na to i bakalářská práce na téma: *Etiologie agrese vůči zdravotnickým záchranným týmům z pohledu laické a odborné veřejnosti, autor Mgr. Michaela Bláhová*. Z výzkumu v této práci je jasné patrné, že nejvíce pacientů s agresivními projevy je ovlivněno právě intoxikací alkoholem.

7.2 Diskuze ke kazuistice číslo 2

Z kazuistiky číslo dvě na téma bolesti břicha a vomitus u pacientky s jazykovou bariérou bylo zjištěno, že operační středisko a výjezdová stanoviště spolu bez problému

spolupracovala. Horší domluva byla mezi operátorem zdravotnické záchranné služby a tlumočnickem z autobusu. Díky tomu byla na místo vyslána jen posádka RV bez možnosti převozu pacientky. Na místě zásahu opět vážla komunikace jak s pacientkou, tak i s tlumočnickem s nedostatečnou znalostí českého jazyka. Zlepšení nastalo ve chvíli zjištění znalosti německého jazyka u člena posádky a tlumočnicka. Postup při řešení situace s nervózním manželem byl zvolen správně a vše bylo uklidněno díky intervenci zdravotnického personálu. Odborné úkony byly vedeny v souladu s normami a příkazy organizace. Sestra správně vyhodnotila příznaky nastávající hyperventilační tetanie a dokázala včas přijít s nápadem jak ženu uklidnit a stabilizovat. Následná komunikace s tlumočnickem byla vedena dobře a v souladu s pravidly pro vedení konverzace s tlumočnickem. Cílem této kazuistiky bylo popsat průběh a komplikace výjezdu k pacientce s jazykovou bariérou s důrazem na specifika komunikace s cizojazyčně mluvícím pacientem v ošetřovatelském procesu v PNP.

Všichni záchranáři zachovávali po celou dobu výjezdu klid a profesionální přístup ke všem zainteresovaným osobám.

Svou kazuistiku jsem srovnal s výzkumem v bakalářské práci na téma: *Jazyková vybavenost pracovníků zdravotnické záchranné služby*, autor Jakub Seidl. Z tohoto výzkumu vyplývá, že četnost cizinců ošetřených záchrannou službou roste. Zároveň se nemění úroveň vzdělání záchranářů v cizím jazyce. Každý záchranář má znalost jednoho cizího jazyka, většinou angličtiny nebo němčiny, a to jen v rámci osnov studia. Proto je důležitá znalost neverbální komunikace, popřípadě znalost zásad komunikace s tlumočnickem.

DOPORUČENÍ PRO PRAXI

Na místě události je nutné, aby se posádky rozhodovaly velmi rychle a správně tak, aby byly schopny poskytnout kvalitní odbornou první pomoc. Posádky musí dbát na vlastní bezpečí. Velitelé výjezdu musí správně vyhodnotit závažnost situace a posoudit, zda je agresivní pacient schopen převozu jen v doprovodu jednoho člena posádky. Pokud velitel zásahu usoudí, že pacienta nelze převézt jen s jednočlenným doprovodem, musí se zajistit doprovod příslušníků policie ČR. Druhou možností je přestup lékaře do posádky RZP. Styl komunikace na místě je stěžejním faktorem, který rozhoduje o úspěchu při ošetření agresivního klienta.

Pokud je případ závažný natolik, že dojde k setkání dvou a více posádek ZZS je třeba, aby spolu posádky uměly dobře spolupracovat dle daných předpisů. Důležitá je kvalitní komunikace mezi dispečery a posádkou. Tyto faktory následně vedou k záchraně lidského života.

Velice nedílnou součástí práce na záchranné službě je dobrá teoretická znalost anatomie a fyziologie člověka, dále příznaky a průběh nemoci. Nesmíme zapomínat na správnost pracovních postupů a manuální zručnost. Ovšem s globalizací a zvyšující se mírou turistiky se dobrý záchranář neobejde bez znalosti světového jazyka (angličtina, němčina, ruština). Pomocí druhé kazuistiky jsem chtěl poukázat na důležitost znalosti cizího jazyk, ale také na důležitost umět správně improvizovat pomocí neverbální komunikace.

Neznalost těchto věcí může nejen ohrozit profesní růst zdravotnického personálu ale také zmařit lidský život.

Proto považuji za důležité zvyšování vzdělávání v oblasti cizích jazyků. Je možné využít i speciální jazykové karty. Tyto karty ve velké míře využívá zatím jen záchranná služba Plzeňského kraje, což osobně pokládám za chybu.

ZÁVĚR

Zpracovával jsem bakalářskou práci na téma: „Komunikace v přednemocniční neodkladné péči z pohledu záchranáře“. Společnost, ve které žijeme, se neustále vyvíjí, a proto je nutné, aby se s ní vyvíjela i pomoc poskytovaná zdravotnickou záchrannou službou. K poskytnutí kvalitní péče v PNP jsou důležité nejen intelektové dovednosti a materiálová výbava, ale úspěch v ošetrovatelském procesu zajišťuje především vhodně zvolená komunikace.

V současné době přibývá výjezdů ZZS a tudíž vznikají i komunikační problémy na některých výjezdech. Zdravotníci jsou často přetíženi, jsou ohroženi syndromem vyhoření. Záleží, ale i na druhé straně, na typu výjezdu, na základní diagnóze pacienta, na celkovém stavu pacienta, jeho pocitech, náladách atd. Navíc komunikovat s pacientem se mnozí ve školách neučili, a proto je nutné se neustále vzdělávat. Pro moji práci jsem si vybral dva hlavní problémy v komunikaci. Jako první problém je zvyšující se početnost výjezdů k intoxikovaným pacientům s agresivním jednáním. V tomto případě je správnost komunikace nedílnou součástí ošetření. Druhým problémem je ošetřování občanů cizí národnosti, u kterých vážne komunikace z důvodu jazykové bariéry. V této situaci se zdravotník musí spolehnout nejen na jazykovou znalost, ale i na znalost neverbální komunikace, popřípadě na komunikaci s tlumočnickem či pomoc dalších pomůcek jako jsou jazykové karty.

Cílem bakalářské práce bylo osvojit si nové poznatky o komunikaci a zopakovat si informace, které zdravotník načerpá při studiu. Jedna z priorit byla také vytvořit ucelený text, který po přečtení dokáže poučit i ostatní zdravotníky. K dosažení cílů mi pomáhalo zvolení vhodných zdrojů informací.

Praktická část byla tvořena formou kazuistik. V praktické části bylo mým cílem poukázat na problematiku a specifika komunikace přímo v praxi. Všechny tři cíle v praktické části byly splněny. Převážnou většinu informací k praktické části jsem čerpal z výjezdových záznamů zapůjčených od zdravotnické záchranné služby Pardubického kraje (ZZS PAK). Využil jsem i vlastní zkušenosti z praxe načerpané v souvislosti s touto problematikou. Stanovené cíle jsem splnil.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

Bakalářské práce

BLÁHOVÁ, M. *Etiologie agrese vůči zdravotnickým záchranným týmům z pohledu laické a odborné veřejnosti*. Brno, Masarykova univerzita, Lékařská fakulta, 2011.

SEIDL, J. *Jazyková vybavenost pracovníků zdravotnické záchranné služby*. Pardubice, Univerzita Pardubice, Fakulta zdravotnických studií, 2013.

Bibliografie

ATKINSON, Rita L. *Psychologie*. 2. aktualiz. vyd. Praha: Portál, 2003. 751 s. ISBN 80-7178-640-3.

BERNARD, P. a P. GILL. *Culture, Communication and Nursing*. New York: Pearson Education, 2008. ISBN 978-0132328920.

BERNARD, P. a P. GILL. *Culture, Communication and Nursing*. New York: Pearson Education Limited, 2009. ISBN 978-0-13-2328921.

BARTLOVÁ, S. *Sociologie medicíny a zdravotnictví*. Praha: Portál, 2005, ISBN 80-247-1197-4.

DOENGES, M. E., MOORHOUSE, M. F. *Kapesní průvodce zdravotní sestry*. 2. přepracované vydání. Praha: Grada Publishing, 2001, ISBN: 80-247-0242-8.

GULÁŠOVÁ, I. *Právní aspekty zdravotnej a ošetrovateľskej starostlivosti*. Martin: Osveta, 2009, ISBN 978-80-8063-3073.

JOBÁNKOVÁ, M. aj. *Kapitoly z psychologie pro zdravotnické pracovníky*. 2. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 2002. 225 s. ISBN 80-7013-365-1

KANITZ, A. *Umění úspěšné komunikace*. Praha: Grada, 2005. ISBN 80-247-1222-9.

LINHARTOVÁ, V. *Praktická komunikace v medicíně: pro mediky, lékaře a ošetřující personál*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007. 152 s. ISBN 978-80-247-1758.

MIKULÁŠTÍK, M. *Komunikační dovednosti v praxi*. Praha: Grada, 2005, ISBN 80-247-0650-4.

NOVÁK, T. a CAPPONI, Věra. *Asertivně do života. 2. doplněné vyd.* Praha: Grada, 2004. 176 s. ISBN 80-247-0989-9.

NOVÁK, T. *Psychická sebeobrana. 1. vyd.* Praha: Grada, 2001. 92 s. ISBN 80-247-0123-5

SLAMĚNÍK, I., & VÝROST, J. (2001). *Aplikovaná sociální psychologie II*. Praha: Grada. ISBN: 80-247-0042-5

SMETANA, M. a KRATOCHVÍLOVÁ, D. *Integrovaný záchranný systém a jeho složky. 1. vyd.* Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, 2007. 134 s. ISBN 978-80-7368-337-5.

VENGLÁŘOVÁ, M. aj. *Sestry v nouzi. 1. vyd.* Praha: Grada Publishing, 2011. 192 s. ISBN 978- 80-247-3174-2

VENGLÁŘOVÁ, M. a G. MAHROVÁ. *Komunikace pro zdravotní sestry*. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1262-8.

VYMĚTAL, Š. *Krizová komunikace a komunikace rizika*. Praha: Grada, 2009. ISBN 978-80-247-2510-9.

ZACHAROVÁ, E. *Základy komunikace pro ošetřovatelskou praxi*. Praha: Tribun 2011. ISBN 978-80-7399-285-9.

Články v odborných časopisech

HOFŠTETROVÁ – KNOTKOVÁ, M. a ŠTĚPÁNKOVÁ, I. *Nelékařští*

zdravotničtí pracovníci v záchranné službě. Florence. Praha: Galén, 2006, roč. 2, č. 6, s. 11, ISSN 1801-464X.

HORNÁKOVÁ, A. *Multikulturní komunikace při ošetřování klienta jiné kultury*. Sestra. Praha: Mladá fronta, a.s., 2008,(9). ISSN 1210-0404.

SIGMUND, D. *Vzdělávání záchranářů je nezbytností*. Zdravotnické noviny. Praha: 2010 Ambit Media, roč. 59, č. 20, s. 22, ISSN 0044-1996.

ZACHAROVÁ, E. *Specifika komunikace sestry a pacienta v klinické praxi*. Sestra. Praha: Mladá fronta, a.s., 2010,(7). ISSN 1210-0404.

Internetové odkazy

NÁRODNÍ ÚSTAV PRO VZDĚLÁNÍ: In: Charakteristika oboru diplomovaný zdravotnický záchranář [online]. 28. 2. 2013 [cit. 2013-2-28]. Dostupné z: <http://www.infoabsolvent.cz/Obory/Charakteristika/5341N21/Diplomovany-zdravotnicky-zachranar>

TOM JACK, Illés. Plánování ošetrovatelské péče při výjezdu záchranné služby. [online] 2.2010 [cit. 2014-4-15]. In: *Urgentní medicína*. Dostupné z: http://urgentnimedicina.cz/casopisy/UM_2010_02.pdf

SEZNAM TABULEK

Tabulka č. 1: Rozdíl mezi agresivitou, asertivitou a pasivitou v neverbální komunikaci.....	str.22
--	---------------

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. 1: Ukázka jazykových karet.....	str.60
Příloha č. 2: Výjezdový záznam ke kazuistice číslo 1.....	str.61
Příloha č. 3: Výjezdový záznam ke kazuistice číslo 2.....	str.62
Příloha č. 4: Foto Krajského operačního střediska Pardubice.....	str.63
Příloha č. 5: Glasgow Coma Scale (GCS).....	str.64
Příloha č. 6: Žádost o umožnění provedení průzkumu v rámci bakalářské práce.....	str.65



Příloha číslo 1. Ukázka jazykových karet



Příloha č. 2: Výjezdový záznam ke kazuistice číslo 1.

ZDRAVOTNICKÁ ZÁCHRANNÁ SLUŽBA PARDUBICKÉHO KRAJE +420 466 034 107 IČ: 69172196		RV RLP RZP
Jméno příjmení: Datum: 14. 20. 13 Akce: 104 Naléhavost: 1 2 3	Muž Žena <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Datum nar.: 1961 Kód ZP: III	Datum: 14. 20. 13 Akce: 104 Naléhavost: 1 2 3
Číslo poj.: Datum: 1961 Kód ZP: III	Bydliště st. přísl.: Radač, ul. Svítavý	Vyzva: Průběh:
Místo zřádku: Adresa zřádku: Obsah výjevu:	Místo zřádku: Adresa zřádku: Obsah výjevu:	Lékař: VANEČKA Záchranář: ŠTOVICEK Příjezd: Návrat:
Začleň přiznání: OA, AA: FA: NO:	Začleň přiznání: OA, AA: FA: NO:	Vozidlo: 381 km: 44 Součinnost: ZZS PAK ZZS jiná LZS HZS PCR MPO DZS Jiné:
Příčina zřádku: Obi: Popis EKG: Terapie:	Příčina zřádku: Obi: Popis EKG: Terapie:	Měření: TK: P: SpO2: GCS: DF: TT: Glykemie: ESCO2: Zemice: Appar: Alkohol: Vstup do oběhu:
Pracovní diagnóza: Informovaný souhlas: Podpis pacienta:	Pracovní diagnóza: Informovaný souhlas: Podpis pacienta:	Třídě pozitivita: Kř. A: M: P: Podpis svědků:
Zajímavosti: KPCR: Poloha při převzetí: MACA: Ukončení: Úmrtí:	Zajímavosti: KPCR: Poloha při převzetí: MACA: Ukončení: Úmrtí:	MUDr. Marek Vaněčka MUDr. Marek Vaněčka MUDr. Marek Vaněčka

Příloha č. 3: Výjezdový záznam ke kazuistice číslo 2.

		PRŮMYSLOVA 450 530 03 PARDUBICE +420 466 034 107 IČ: 69172196	ZÁZNAM O VÝJEZDU: <input checked="" type="checkbox"/> RV <input type="checkbox"/> RLP <input type="checkbox"/> RZP	VÝJEZDOVÉ STANOVISŤE: SVITAVY	
Jméno příjmení: _____ Muž <input type="checkbox"/> Žena <input checked="" type="checkbox"/>		Datum: 21. 9. 2013 Akce: 9 Nalehavost: 1 2 3 4	<input checked="" type="checkbox"/> přímá výjezd <input type="checkbox"/> neodkladný S Výzva: 3 : 38 Předání: : : <input type="checkbox"/> dojezd RVRZP <input type="checkbox"/> plánovaný S		
Číslo poj.: _____ Datum nar.: 1994 Kód ZP: _____	Bydliště st. přísl.: _____ EU jiné	Lékař: Dr. Ševců Výjezd: 3 : 39 Volný vo. voz: 11 : 29	Záchranář: EANDOLA Přijezd: 3 : 43 Návrat: 4 : 50		
Místo zářehu: _____ byt ulice, síňice veřej. místnost škola terén, příroda zářehu: _____ zaměstnavatel průmysl služby zdr. zařízení sport, zařízení	Adresa zářehu: Benina 014, 1. p.	Řidič: _____ Odjezd: 4 : 19 Konec zářehu: 4 : 35	Vozidlo: 351 km: 3 Součinnost: ZZS PAK ZZS jiné LZS HZS PCR MAPO DZS Jiné:		
Oševh výzvy: bolest hlavy	Zažitek příznaku: _____ < 1h výjezd indikovaný výjezd neindikovaný Komplikace výjezdu: doprava stav pacienta technické rychlé místo zleště > 2h vliv alkoholu žádost PCR o odběr krve na alkohol vliv drog organizační okolí dostupnost napadení posádky ZZS	OA, AA: DM, HN, ne vidím se kelleč, 14 ne, včhdg ne, průjmovitý, ne kelleč FA: loviska, Siope 500 0-1-0, imulie, AA - nekují NO: dnes při jíždě autobusem cca po 2 hod. jízdy začala narůbat,			
Příčina zářehu: _____ onemocnění úraz DN soběražda intoxikace toxikomanie psych. onem. jiné	Osl:	TK: 135/75 109/80 P: 59 64 SpO2: 95% GCS: 15 DF: _____ TT: _____ °C Glykemie: 6,0 mmol/l EIC02: _____ Zornice P: _____ mm L: _____ mm Appar 1.min 5.min 10.min Alkohol: _____ promile alk. dech. zk. Vstup do oběhu PHK 20G	Pracovní diagnóza: MKN: Zlomená lebka v nadřičku, zlomená R 104 R 11		
INFORMOVANÝ SOUHLAS Pacient je způsobilý k projevu svobodné vůle, byl poučen o postupech léčby a riziku spojeném s odmítnutím zdrav. péče. souhlasím nesouhlasím s navrhnutým postupem léčby: Pacient odmítá podepsat informovaný souhlas. Podpis svědků:		Podpis pacienta: _____ Lékař: _____ Záchranář: _____ Řidič: _____ Další: _____ svitva ZZS PAK, podpis vedoucího zleště			
Zajištění ET kanylou LM Ventilace: inhalační O ₂ IPPV BIPAP MV: _____ l: _____ FIO ₂ : _____ PEEP: _____ PEEP: _____ ΔASB: _____ DC: _____ kardiopulzní kombinovaný NV SIMV CPAP	KPCR: Předání do zahájení: _____ min Laická KPCR: _____ neprovozní Stav při zahájení: _____ mlůza EKG při zahájení: _____ FK Defibrilace: E: _____ E: _____ E: _____ Trvání KPCR: _____ min dýchání podtlakování ASV Zevní KS: t: _____ f: _____ l: _____ ml	Poloha při převozu: na zádech sedící poloosed jiná Postiže přístroje: defibrilátor odsávacíka inf. pumpa Pomůcky: scopol rim sláha y. plešča příst. infúze termo klby polosed jiná ventilátor inkubátor vol. pumpa vak. matrace tlač. tl. čas svac char kardiopumpe vypr. pomůcky			
NACA: I - žádné ohrožení II - bezvýznamné III - ambulantní zleštění III - nutná hospitalizace	IV - potenciální ohr. života V - přímé ohrožení života VI - resuscitační VII - ☐	Ukončení: na místě odvoz domů admítnutí ZP přelátní LZS	Přelátní ZZ: _____ Přelátní DZS: _____ Přelátní PCR: _____ Přelátní PaZS: _____	Úmrtí: Dne: 20 před přivezením do KPR Cas: : : Cennosti, kontakt, PL, pozn.:	

Položka neobdobnost: 440519 05969

68
 001
 428
 Svitava
 20. 9. 2013
 Dr. Ševců
 EANDOLA

Příloha č. 4 :dispečink pardubického kraje



Příloha č. 5: Glasgow Coma Scale (GCS)

Glasgow Coma Scale (GCS) se užívá pro souhrnné zhodnocení úrovně vigility, vědomí a reakcí. Bývá zabudováno i do širších skórovacích systémů, v nichž se po té pokračuje v nemocnici.

Otevření očí	Spontánní	4
	Na oslovení, na vyzvání, na výzvu	3
	Na bolest, na algický podnět	2
	Žádná odpověď, reakce chybí	1
Nejlepší motorická odpověď	Vyhoví příkazům	6
	Lokalizuje bolestivý podnět (Cílená reakce)	5
	Normální flexe (Necílená reakce) na bolest	4
	Spastická flexe na bolest	3
	Extenze na bolest	2
	Žádná odpověď	1
Nejlepší slovní odpověď	Orientován	5
	Dezorientován, zmatený	4
	Neadekvátní slova, nepřiměřená odpověď	3
	Nesrozumitelné zvuky	2
	Žádná odpověď	1
	CELKEM:	15

Hodnocení:

- 15 = normální stav
- 13 = vyžaduje hospitalizaci
- 08 = mez kritického stavu mozku
- 03 = areflektoické koma

Příloha č. 6: Žádost o umožnění provedení průzkumu v rámci bakalářské práce

Vrchní sestře územního odboru Svitavy

Paní Dana Vlasáková

Kollárova 7

56802 Svitavy

Ve Svitavách 15. 5. 2014

Věc: Žádost o umožnění provedení průzkumu v rámci bakalářské práce

Vážená paní vrchní,

rád bych Vás zdvořile požádal o umožnění provedení průzkumu do mé bakalářské práce. Pracuji na zdravotnické záchranné službě ve Svitavách jako výjezdový záchranář. Zároveň jsem studentem bakalářského programu Vysoké zdravotnické univerzity v Praze.

Zpracovávám bakalářskou práci na téma Komunikace v přednemocniční péči z pohledu zdravotnického záchranáře.

Rád bych čerpal odborné informace ze záznamů o výjezdu zdravotnické záchranné služby Pardubického kraje, na územním odboru ve Svitavách.

Děkuji Vám za odpověď.

Povoluji x ~~Nepovoluji~~

Petr Randula, DiS

e.mail: PetrRandula@seznam.cz

