

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

**Komunikace zdravotnického záchranáře v přednemocniční
péči**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Jan Zajíček, DiS.

Stupeň kvalifikace: Bakalář

Komise pro studijní obor: Zdravotnický záchranář

Vedoucí práce: Mgr. Jaroslav Pekara, Ph.D.

Praha 2017



VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ, o. p. s.
se sídlem v Praze 5, Duškova 7, PSČ 150 00

Zajíček Jan
3. C ZZ

Schválení tématu bakalářské práce

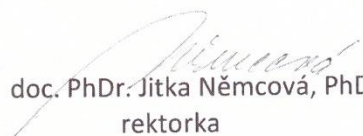
Na základě Vaší žádosti ze dne 28. 10. 2014 Vám oznamuji
schválení tématu Vaší bakalářské práce ve znění:

Komunikace zdravotnického záchranáře v přednemocniční péči

Communication of Paramedics in Prehospital Care

Vedoucí bakalářské práce: Mgr. Jaroslav Pekara

V Praze dne: 3. 11. 2014


doc. PhDr. Jitka Němcová, PhD.
rektorka

PROHLÁŠENÍ:

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracoval samostatně a všechny použité zdroje literatury jsem uvedl v seznamu použité literatury.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své bakalářské práce ke studijním účelům.

V Praze dne

Podpis

PODĚKOVÁNÍ:

Chtěl bych velmi poděkovat Mgr. Jaroslavovi Pekarovi, Ph.D. za vřelý přístup při vedení a konzultování mé práce. Mé poděkování za ochotu a trpělivost během konzultací patří i Mgr. Jakubovi Doškářovi, DiS.

V neposlední řadě děkuji všem, kteří mě v tvorbě práce podporovali.

ABSTRAKT:

ZAJÍČEK, Jan. *Komunikace zdravotnického záchranáře v přednemocniční péči*. Vysoká škola zdravotnická, o.p.s. Stupeň kvalifikace: Bakalář (Bc.). Vedoucí práce: Mgr. Jaroslav Pekara Ph.D. Praha 2017. 55s.

Tato práce se věnuje tématu komunikace zdravotnického záchranáře v přednemocniční péči. V teoretické části jsme se věnovali popisu metod komunikace, komunikačních dovedností a zásad, které dodržujeme při obecné komunikaci.

V praktické části bakalářské práce jsme se věnovali hloubkovému rozboru rozhovorů z prostředí zdravotnické záchranné služby v přednemocniční péči, zaměřené na praktické komunikační dovednosti zdravotnických záchranářů.

Klíčová slova:

Asertivita. Komunikace. Pacient. Psychologická péče. Zdravotnický záchranář.

ABSTRACT

ZAJÍČEK, Jan. *Communication of Paramedics in Emergency Care*. The College of Nursing, o.p.s. Degree of qualification: Bachelor (Bc.). Head of the thesis: Mgr. Jaroslav Pekara Ph.D. Prague 2017. 55p.

This thesis focuses on communication of paramedics with patients during pre-hospital care. The theoretical part is devoted to the description of communication methods, skills and principles that are followed in general communication.

The practical part presents an in-depth analysis of dialogues from the environment of emergency medical services in pre-hospital care focused on practical communication skills of paramedics.

Keywords:

Assertiveness, Communication, Patient, Psychological care, Paramedic

Obsah

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK.....	7
SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ	8
ÚVOD.....	9
1 Komunikace	11
1.1 Obecná komunikace	11
1.2 Verbální komunikace	11
1.2.1 Složky verbálního projevu.....	12
1.2.2 Efektivní komunikace a její kritéria	13
1.2.3 Rozvinutá komunikační zdatnost v praxi.....	15
1.3 Neverbální komunikace	16
1.4 Části neverbální komunikace	17
1.5 Asertivita.....	19
1.6 Druhy osobností	20
1.7 Faktory ovlivňující komunikační proces.....	21
1.8 Aspekty negativně ovlivňující komunikaci.....	23
1.9 Komunikace s nejčastějšími skupinami pacientů.....	23
2 Praktická část.....	29
2.1 Cíl průzkumu:.....	29
2.2 Výběrový soubor:.....	29
2.3 Metodika průzkumu	30
3 Rozhovory	33
4 Diskuze	45
ZÁVĚR	50
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	51
PŘÍLOHY	54

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

Např. - například

t.č. – toho času

atd. - a tak dále

aj. - a jiné

ZZ - zdravotnický záchranář

IZS - integrovaný záchranný systém

ZZS - zdravotnická záchranná služba

Popř. - popřípadě

MP - městská policie

FF - fyziologické funkce

VS – výjezdová skupina

MHD – městská hromadná doprava

PNP – přednemocniční péče

RZP – rychlá zdravotnická pomoc

SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ

EKG - elektrokardiografie

CT – počítačová tomografie

ÚVOD

Člověk je v průběhu celého svého života v neustálém kontaktu s druhými lidmi. Jeho chování je vůči druhým lidem ovlivňováno jak faktory, které se podíleli na formování jeho osobnosti (vrozené předpoklady a prostředí ve kterém vyrůstal) a jeho dosavadních zkušeností, tak i bezprostředními vlivy, tj. aktuálně probíhající interakci a komunikaci a dalšími s nimi souvisejícími interpersonálními procesy. V obecné rovině se komunikace vymezuje jako sociální styk, který je po lidské činnosti považovaný za druhý základní projev aktivní podstaty člověka. Její základní pravidla platí pro každou oblast lidské činnosti a lidského chování. Odlišnosti lze však nalézt v některých profesních sférách, kde jsou na komunikační dovednosti kladeny specifické požadavky. To platí i pro komunikaci ve zdravotnictví, kde se komunikace stává klíčovým nástrojem v péči o nemocné. Cílem této komunikace je spokojený pacient.

Komunikace v rámci zdravotnické profese vyžaduje zvláštní dovednosti, kterým se lze již během profesionální přípravy naučit. Metodou jak úspěšně celý proces diagnostiky a léčby zvládnout, je vedle sociální komunikace (sociální interakce) také pozorování pacienta. V rámci správného sociálního jednání s nemocným není možný kontakt bez vzájemné důvěry a porozumění. Z důvodu ryze lidských i etických, ale také z důvodů nabytí a udržení důvěry, musí být informace nejen vhodně podávána, vyslovována či napsaná, ale také nemocným pochopena. Rozpoznat, v jaké formě potřebuje dotyčný pacient informaci podat, aby ji zpracoval, není vždy snadným úkolem. Proto není zdravotnická profese jen odbornou kvalifikací, ale také určitým uměním na pomezí věd přírodních a humanitních. V případě pozorovacích metod musí zdravotnický pracovník počítat (také respektovat) s určitými zvláštnostmi, které nemocný vykazuje a na jejich základě pak přizpůsobit svůj přístup. Pozitivní zpětná vazba je velmi důležitým pojmem a signálem, který udržuje komunikaci s nemocným v její rovnováze.

Bakalářská práce je zaměřena na specifika komunikačního vztahu mezi zdravotnickým záchranářem a pacientem ve specifickém prostředí přednemocniční péče. Obecně kladeným cílem tohoto díla je pokus o pochopení a zvládnutí některých základních komunikačních dovedností v tomto zvláštním prostředí medicíny. Z pohledu prevence je nutné podotknout, že nejčastějším problémům v komunikaci s pacienty (s ohledem na lidskou důstojnost a zdravotní stav), lze předcházet.

K výběru této problematiky mne v podstatě přivedly vlastní zkušenosti. A to nejen pracovní, ale především ty osobní, z pozice právě nemocného.

Bakalářská práce obsahuje teoretickou a praktickou část. V teoretické části se zaměřujeme na správnou techniku komunikace. V praktické části tyto techniky demonstrujeme formou rozhovorů s pacienty. Rozhovory jsou zaměřeny na nejčastější skupiny pacientů a jejich komunikační pozitiva a negativa. V mnoha případech vznikají komunikační bariéry, ze kterých často vznikají neshody pacienta a zdravotnického personálu. Ne každý pacient přijme fakta o zdravotním stavu a pochopí naši formu sdělení. Jde tedy i o dávku naší trpělivosti a improvizace další komunikace. Věříme, že komunikace zdravotnických záchranářů a dalších složek IZS je kvalitní a neustále se pracuje na dalším zlepšování komunikačních dovedností.

1 Komunikace

1.1 Obecná komunikace

Komunikace se dá charakterizovat jako sdělování informace mezi **sdělujícím (zdravotnický záchranář)** a **příjemcem (pacient)**. Předání informace probíhá komunikačním médiem neboli rozhovorem. V rozhovoru se role sdělujícího a přijímacího média většinou střídá. Komunikačně vyjadřujeme naše emoce, city, inteligenci a komunikační vztahy mezi dvěma či více médii (SCHNEIDEROVÁ, SCHNEIDER, 2008).

Komunikace je vytvářena užitím slov a znakových symbolů. K dotvoření komunikačního procesu je potřebná i neverbální komunikace. Pokud pacient není schopen komunikace ze zdravotního důvodu, vzniká tak jednosměrná komunikace. Při komunikaci dvou médií (v našem případě pacient, jehož zdravotní stav to umožňuje a zdravotnický záchranář) vzniká reakce na předešlé sdělení a utvoří se tak oboustranná komunikace. Možností reagovat je hlavní rozdíl mezi jednostrannou a oboustrannou komunikací. Další variantou je masová komunikace, kdy nám uniká možnost na získané informace reagovat. Masovou komunikací je například místní rozhlas v budově či jiné hlásící zařízení. Vysílá informace, které přijímáme, ale reagovat na ně není možné (JANOUSEK, 2015).

1.2 Verbální komunikace

Verbální komunikace se v první řadě vztahuje na jazykové dorozumívání a tím na výměnu informací, majících obsah: obsahový aspekt. Je třeba však rozlišovat. To, co jazyk bezprostředně vypovídá (tzn. doslovné znění) je manifestním (otevřeným) obsahem informace. Latentním (skrytým, nepřímým) obsahem je všechno to, co se říká mezi řádkami. Latentní informace lze často pochopit jen ze situačního kontextu, ze zvláštního sociálního vztahu mezi mluvčím a posluchačem a také z neverbálního chování (JANÁČKOVÁ, PAVLÁT, 2007, s. 17).

Součástí verbální komunikace je naše vnitřní řeč. Ta pomáhá k rozhodování a dává nám potřebné informace o úvahách a duševním rozpoložení jedince. Do jisté míry tak můžeme hodnotit sebe a své okolí. Vliv na pacienta má komunikační a duševní rozpoložení. Odvíjí se od stavu člověka, ať je to ze strachu, bolesti, nedostatku informací či neznámých lidí a neznámého prostředí. Souhrn těchto aspektů ovlivňuje projevy člověka a jeho komunikaci (JANOUSEK, 2015).

Verbální komunikace je sdělování informace pomocí slov. Mluvení lze definovat jako vyjadřování myšlenek artikulovanou řečí konkrétním jazykem. Řeč, tj. schopnost určitého společenství dorozumívat se určitým jazykem, je jednou z nejdůležitějších forem sociální komunikace (JANÁČKOVÁ, WEISS, 2008, s. 15).

Celý život se učíme komunikačním a sociálním dovednostem, jak si poradit se stresem, konflikty a náhle vzniklými situacemi. Základem je socializace v rodině od dětství do dospělosti. Z dětství si neseme sociální a komunikační zvyky do života, což se projeví na našem osobním životě. Naše celkové chování se do jisté míry projevuje na našem sociálním postavení ve společnosti. Předpoklad pro úspěšnou komunikaci je zájem o druhé a ochota komunikovat a zlepšovat se. Správnou a dobře provedenou komunikací je vznik integrovaného procesu biopsychosociálních potřeb, které člověk chápe a vnitřně ho uspokojují (JANOUSEK, 2015).

1.2.1 Složky verbálního projevu

Úspěšná komunikace s potřebným efektem je při prolínání verbální a neverbální komunikace. Užití těchto aspektů je pro rozhovor zásadní:

- **Rychlost řeči**, která se přizpůsobuje znalostem druhých a třetích osob. Předpokládá se, že posluchač neporozumí všemu, co mu sdělujeme. Rychlá mluva během rozhovoru může budit dojem, že chceme mít hovor rychle za sebou. Další aspekt rychlé mluvy je pocit, že nás druhý nebo druzí nenechají domluvit. Na rychlost a hlasitost projevu to pak působí negativně.

- **Hlasitý projev**, který většinou navozuje pocit moci, síly a často způsobuje v komunikaci neklid. Je žádoucí používat jinou hlasitost projevu ve velkých prostorách nebo v prostorech se zvýšenou hladinou hluku. Jde zejména o veřejné prostory, ale i v domácnosti. Výjimkou je řešení intimních či osobních záležitostí. Vždy je na místě ohleduplnost hlavně vůči druhým.
- **Pomlky**, jsou pro druhé v rozhovoru prostorem k vyjádření. Pomlky dopomáhají k přemýšlení o následujících slovech či odpočinek při sdělování informací tak, aby dotyčný mohl bez nátlaků všechny informace vstřebat a reagovat na ně.
- **Intonací**, kterou ovlivňujeme tón hlasu. Ten nám pomáhá při rozhovoru například protějšek uklidnit nebo dát důraz na konkrétní informaci. Intonací můžeme docílit pocitu důvěry, bezpečí nebo i hněvu (JANOUSEK, 2015).
- **Výšku hlasu**, kterou má každý z nás odlišnou. Mění se v závislosti na psychickém rozpoložení nebo při zdůraznění konkrétní informace (KELNAROVÁ, MATĚJKOVÁ, 2008).

Extralingvistická dovednost je používání hlasu během komunikace. Důležitá je artikulace, dále pak hlasový důraz, výraznost hlasu a dynamika řeči spojená s plynulostí a barvou hlasu (SCHNEIDEROVÁ, SCHNEIDER, 2008).

1.2.2 Efektivní komunikace a její kritéria

1.2.2.1 Komunikace ve stresových situacích

Použití odborné terminologie není zcela žádoucí, pokud chceme, aby nám pacient v celé míře porozuměl. Pacient může mít obavu zeptat se na jemu nesrozumitelné či neznámé informace, což pak vede i k závažným nedorozuměním. Např.: „*Ale kolega v sanitce mi říkal, že půjdu určitě domů*“. Je tedy nutné si uvědomit, zda hovoříme s dítětem, dospělým, seniorem nebo zdravotnickým pracovníkem v roli pacienta (JANOUSEK, 2015).

1.2.2.2 Stručnost komunikace

V přednemocniční a nemocniční péči pacient vnímá čas intenzivněji. Hlavním vlivem je zvýšený stres než za běžného dne svého života. Důvodem může být pacientova nezkušenost s přednemocničním a nemocničním ošetřením. Pacientovi obavy bývají často zaměřené na dobu ošetření, na bolest, strach z nejistoty, nejistota jaký lékař se o něj bude starat, obava o zachování chodu domácnosti a zaměstnání.

Velkou roli hraje strach o život či své zdraví. Proto je alespoň stručné sdělení informací o jeho zdravotním stavu důležité. Sdělením pacientovi co bude následovat, může zaměstnat jeho mysl a nebude se cítit méněcenným nebo desinformovaný. Stejně tak je důležité sdělit, co ho aktuálně čeká a co probíhá. Zde musíme dát pacientovi dostatečný čas na zamyšlení a otázky. Odpověď na pacientovi otázky nesmí být příliš stručná a úsečná na úkor srozumitelnosti. To znamená, že bychom neměli při neporozumění erudovat ve stejném významu jinými slovy. Nevolit zkratky slov a příliš mnoho odborných termínů, ale naopak komunikaci co nejvíce zjednodušit. Je dobré volit jednoduchá srozumitelná slova a věty.

1.2.2.3 Zřetelnost projevu

Jakákoliv sdělená informace pacientovi musí vyjádřit podstatu věci tak, aby nám porozuměl v maximální míře. Správná artikulace a plynulost řeči se střídáním výšky hlasu nám zajistí vyšší srozumitelnost mezi dvěma komunikanty. Pro naší kontrolu zda pacient všemu porozuměl nebo vstřebal, můžeme jeho směrem vznést přání, aby nám předané informace stručně zopakoval.

1.2.2.4 Načasování

Načasování sdělení jakékoliv důležité informace je otázka taktosti. Správné načasování nám může v mnoha ohledech usnadnit rozhovor. Velkou roli hraje prostředí, ve kterém se vše odehrává a připravenost na případné otázky. V přednemocniční péči je v některých situacích doslova žádoucí sdělovat informace pacientovi pouze lékařem. Pouze lékař je oprávněn po vyšetření a získání objektivních výsledků sdělit diagnózu či jiné konkrétní poznatky (JANOUSEK, 2015).

1.2.3 Rozvinutá komunikační zdatnost v praxi

Rozvinutá komunikace v praxi zejména naslouchání. Naslouchání dělíme na přímé a nepřímé.

- Přímé naslouchání je vyslechnutí akutních a dlouhodobých obtíží pacienta. Vyslechnutí pocitů pacienta ohledně zdraví a popř. osobního života
- Nepřímé naslouchání jsou pro nás veškeré vjemy z pacientova chování vůči nám a vůči okolí. Např.: rodina, svědci, sousedé, partner. Toto se týká i komunikace verbální a neverbální. Gesta pacienta a okolí pro nás hraje důležitou roli v průběhu naší následující péče. Tyto vlastnosti bývají bohužel často opomíjeny.

K naslouchání nás přimějí otázky nebo odpovědi druhých. Nasloucháním se tedy vytváří důvěra v druhé a ochota. Tyto dvě věci jsou spolu spojené a při narušení jedné části se automaticky narušuje i druhá část. Naslouchat nám umožňují smyslové orgány pro nás přirozené, jako jsou sluch, zrak a v neposlední řadě hmat. Vývojově upevněné a u každého jinak rozvinuté jsou v nás pak emoce a empatie vůči druhým. Zdatným příkladem je zde komunikační kontakt zdravotnického personálu s pacientem. Zapojením se do rozhovoru (čili verbální komunikace), očním kontaktem a souborem gest (neverbální komunikace) docílíme určitého cíle, který si před nebo během rozhovoru určíme. V tomto případě to může být porozumění pacienta a odpověď na jeho otázky. Jakmile se pacient vyjádří, můžeme konkrétní otázku či myšlenku stručně zopakovat pro upevnění pocitu, že pacienta plně vnímáme.

Pokud v pacientovi vycítíme strach (transport do nemocnice, strach o příbuzného, operace, vyšetření, trvalé následky) měli bychom dát průchodu emocí dostatečný prostor (JANOŠEK, 2015).

Kladnou zpětnou vazbou pro nás je jasně daný souhlas, že problematice (zdravotnímu stavu aj.) pacient rozumí a souhlasí s následujícím postupem. Pro oddělení podstatných a nepodstatných informací je důležité pacientovi naslouchat. Cílem je naslouchat tak aktivně, abychom zachovali doslovnost a přesnost informací, které nám pacient sdělil pro případnou replikaci lékaři či sestře při předání pacienta do nemocniční péče. Neutrální a chápající postavení pacienta je v tu chvíli pro nás chápáno, že všemu porozuměl a toho času si neuměl vytvořit vlastní názor na konkrétní informace. Chápající,

avšak přesto negativní pacient, má většinou odlišný názor. V tomto případě je předem vytvářející důvěra velmi důležitá, aby nám pomohla potlačit nebo odstranit negativní přístup. Obtížná situace vzniká, pokud pacient nechápe informace, které mu byli řečeny. Tyto informace mu musí být řečeny opakovaně v jiné formulaci, tak aby pochopil podstatu a význam (KŘIVOHLAVÝ, 2010).

Kvalitní komunikace a pochopení druhého záleží např. na prostředí, ve kterém vedeme rozhovor a nasloucháme. Pocit bezpečí nebo soukromí je záruka, že se rozhovor bude ubírat kladným směrem. Součástí dobrého naslouchání během rozhovoru je odpoutání se od svých pocitů a myšlenek a plně vnímat druhé, aby bylo možné přijímat, zodpovídat, ale také pokládat otázky.

Tvorbou poznámek můžeme zamezit ztrátě informací či desinformacím, ale pouze do jisté míry, abychom neztratili myšlenku. Měli bychom své vnímání přizpůsobit řeči pacienta do té míry, abychom nebyli ovlivněni okolím či právě tvorbou až moc podrobných poznámek. Při parafrázování rozhovoru mezi zdravotnickým záchranářem a pacientem je vypovídající intonace hlasu, ze které se dá vyčíst nálada pacienta (SCHNEIDEROVÁ, SCHNEIDER, 2008).

1.3 Neverbální komunikace

Pokud máme vytyčené zásady pro verbální komunikaci tak nemůžeme opominout komunikaci neverbální, která je v některých případech až žádoucí. Neverbální komunikace přímo doplňuje verbální, a tudíž dává dané komunikaci řád, směr a styl. Mimika a gesta či pohyby rukou nám napoví, zdůrazní nebo přímo prozradí cíl komunikace. Neverbální komunikace o druhém prozrazuje charakter. Např. agrese, vlídnost, úctu, pomoc, pohrdavost, lhostejnost, submisivitu, ale i nadřazenost. Vyjádření emocí nám bez použití vět dokáže sdělit jasnou informaci. Haptika a mimika použita cíleně nám pomáhá k reakcím druhých tak, jak si přejeme nebo potřebujeme. Oproti verbální komunikaci se dá neverbální označit jako transkulturní, což znamená, že se dá použít k dorozumívání s jinými národy bez znalosti cizího jazyka. Neverbální komunikaci intenzivně vnímáme při poznávání nových lidí, jiných kultur a u lidí s vyšším společenským postavením. Nejenom u nově poznaných, ale vlastně u všech lidí podvědomě hodnotíme zevnějšek, chování, image, pohyby těla, gesta atd.

Neverbální komunikace je komunikace beze slov. Probíhá prostřednictvím způsobů držení těla a jeho pohybů, výrazů obličeje, pohledů a pohybů očí, změn vzdáleností mezi komunikujícími, signálů ovládnutí prostoru, druhu oděvu a jeho barev, dotyků, rychlosti a hlasitosti řeči, a dokonce i způsobem, jakým komunikující zachází s časem (IVANOVÁ a kol., 2005, s. 125).

Verbální a neverbální komunikace je spolu úzce spjata a navzájem se prolínají. Proto první dojem a průběh komunikace nejvíce ovlivňuje hodnocení vnímání druhého po ukončení komunikace (JANÁČKOVÁ, WEISS, 2008).

1.4 Části neverbální komunikace

Podstatnou věcí během kontaktu s druhým je pro nás proxemika neboli psychosociální vzdálenostní zóna, která je jasně definována. Veřejná proxemická zóna je 350-1000 cm. Zóna sociální, vnímána především ve skupinách je v rozsahu od 125-350 cm. Tato zóna bývá nejčastěji používána vzhledem k náplni našeho každodenního života. Týká se kolegů při výkonu povolání, společenských událostí nebo například při sportu. V této zóně jsme schopni vnímat mimo jiné hlavně mimiku obličeje. Zóna v rozsahu 40-120 cm je považována jako osobní zóna. Zde se dá hovořit tišším hlasem a sdělovat informace považované za důvěrné. Např. komunikace v rodině. V partnerském životě funguje zóna intimní v rozsahu 0-45 cm. Narušení této zóny třetí osobou je pro nás nepříjemné až nepřijatelné.

Kinezika je projev či řeč těla, ze kterého se dá vyčíst psychické rozpoložení. Hodnotíme zejména chůzi, postavení a pohyby těla, gesta rukou. Všimáme si výraznosti rychlosti, rozsahu a motoriky pohybu. Tyto složky nám ukáží temperament osoby, ale také aktuální náladu či důvěru (SCHNEIDEROVÁ, SCHNEIDER, 2008).

S kinezikou mimo jiné souvisí gestika. Gestikulační projev hlavy, ramen, rukou, trupu a nohou má především ilustrační význam dále adaptační a regulační význam. Gestikou doplňován je slovní a mimoslovní projev pro přesné vyjádření pocitů a pochopení předávané informace. V kulturách po celém světě gesta fungují k vyjádření pocitů či k průchodu emocí. V odlišných kulturách mohou konkrétní gesta znamenat opačný význam. Gestika je celosvětově spjata s verbální komunikací v jakýchkoliv kulturách (POKORNÁ, 2011).

Vizika (oční kontakt) je součástí přímé komunikace a může nám napovědět zdravotní stav pacienta, jak v přednemocniční, tak i nemocniční péči. Hlavními znaky viziky je tvar a pohyb obočí, poloha víček a šířka zornic. Je třeba pacientovi vysvětlit, proč mu hledíme do očí, jelikož („civění“) může být vnímáno negativně. Konkrétně u nespolupracujících pacientů je dobré udržet oční kontakt pouze nezbytně dlouhou dobu. Dlouhý oční kontakt často vyvolává konflikt. Otáčením se zády k pacientovi nebo odvracení pohledu může vyvolat pocit přehlížení (PECH, 2009).

Mimika neboli ovládání obličejových svalů k vyjádření emocí a pocitů. Mimika je zdrojem informací jelikož se dá vyjádřit strach, jistota, sebevědomí, radost, klid a rozčílení. Mimické gesta používáme pro přímé vyjádření pocitů (úsměv, zamračení). Zívnutí, mrkání, odkašlávání aj. vypovídá o zdravotním či psychickém stavu (KELNAROVÁ, MATĚJKOVÁ, 2008).

Posturologie, známá jako řeč těla během rozhovoru. Jde o polohu těla, ať ve stoje, v sedě nebo v leže. Posturologií se dají vyjádřit pocity např. uvolněným, strojeným až agresivním postojem těla. Vždy v kombinaci s dalšími typy neverbální komunikace (SCHNEIDEROVÁ, SCHNEIDER, 2008).

Dotyk dvou a více lidí neboli haptika vymezuje místa a způsoby kde a jak se můžeme druhých dotýkat. Nejběžnějším a nejpřirozenějším dotyk pro populaci je podání či stisk ruky. Dle etického kodexu je podání ruky přímá forma seznámení a pozdravu. Na úvod komunikace zdravotnického záchranáře a pacienta je podání ruky projev rovnosti, zdvořilosti a vlídnosti. Toto počínání přímo ovlivňuje komunikaci mezi ZZ a pacientem. Pokud to situace a fyzický stav pacienta umožňuje, je vhodnější podat ruku bez vyšetřovací rukavice, rukou, která bude suchá. Správné podání ruky probíhá přiměřenou silou a délkou stisku. Vnímání druhého vzniká z délky, potřesu, síly a tepla dlaně (PECH, 2009).

Vzhled člověka, popřípadě naše vizáž, ovlivňuje dojem na druhé. V pozici ZZ vzhled ovlivňuje vnímání pacienta a utváření si názoru a důvěry v člověka, kterému se momentálně svěřujeme a důvěřujeme. Předepsaná úborová kázeň napomáhá k dobrému vystupování. Nejen čistá a vyžehlená uniforma, ale i učesané vlasy, oholená tvář a upravené nehty působí na celkový dojem (ŠPATĚNKOVÁ, KRÁLOVÁ, 2009).

V počáteční fázi je vnímání zaměřeno na celkový fyzický dojem, na vzhled člověka. Vnímaný jedinec je registrován podle vnějšího vzhledu, podle upravenosti, podle stavby těla, podle rysů obličeje a podle demonstrováných způsobů chování. To jsou nejbezpečnější dostupné indikátory poznání před vlastní komunikací. Dále se vnímání zaměřuje na nejvýraznější charakteristiky chování. Vnímaná osoba je registrována podle hlavních osobnostních rysů, které jsou orientačně rozpoznatelné (plachý, zdrženlivý, klidný, afektovaný, dominantní). Nakonec vnímající percipuje charakterové vlastnosti, osobní předpoklady a schopnosti (STRNADOVÁ, 2007, str. 1).

Primárně druhé vnímáme zrakem poté i například čichem. Na místě je tedy i osobní hygiena. Komplexně pak utváří názor druhého na naši osobu a práci záchranáře (ŠPATÉNKOVÁ, KRÁLOVÁ, 2009).

1.5 Asertivita

Asertivita je druh jednání, při kterém prosazujeme vlastní názor (postoje, požadavky, city, myšlenky) s vědomím, že si za něj neseme odpovědnost, a tudíž i veškeré následky. Asertivně jednající člověk dokáže přesně a jasně vyjádřit, o co mu jde, jak situaci vidí, jak ji prožívá. I v případě vyjadřování negativních názorů nikoho neuráží. Asertivní jednání znamená stát za svým, aniž by člověk manipuloval s druhými lidmi (SCHNEIDEROVÁ, SCHNEIDER, 2008, str. 55).

Jedinec, který umí komunikovat asertivně, velmi zdatně obhájí vlastní názory a práva bez použití agrese a vzniku konfliktu. Asertivita je prosazování vlastních nápadů a myšlenek, které v danou chvíli považujeme za nejlepší. Naopak asertivita použita vůči nám, může vsugerovat pocit manipulování, abych se rozhodli proti našemu přesvědčení. Asertivní chování bude úspěšné, pokud dosáhneme kompromisu mezi dvěma komunikanty a zabráníme komunikačnímu střetu, aby nebyl rozhovor přerušen. Vždy by měl výsledek komunikace vyhovovat oběma stranám (SCHNEIDEROVÁ, SCHNEIDER, 2008).

Asertivita pomáhá zvyšovat sebevědomí a sebeúctu. Zvyšuje pravděpodobnost konstruktivního přístupu při řešení problémových situací a konfliktů. Umožňuje vysvětlit žádoucí postupy. Pomáhá upoutat pozornost při komunikaci s větším kolektivem. Pomáhá při snadnějším vyjadřování vlastních názorů. Pomáhá rozpoznat manipulaci, bránit se jí a také setrvat na svém vlastním stanovisku, i když je proti většina. Pomáhá aktivnějšímu navazování kontaktů a odstraňování studu a nejistoty. Pomáhá zvládat neúspěch a chyby

bez pocitů viny nebo snížení sebevědomí. Pomáhá posoudit míru osobní odpovědnosti za chování a problémy jiných lidí (umožňuje zpětnou vazbu v podobě „nepodařilo se, nevadí, příště už budu vědět jak“). Zlepšuje komunikaci na pracovišti, pomáhá při spolupráci v týmu. Umožňuje svobodně se rozhodovat, být nezávislým na dobré vůli ostatních. Pomáhá vyřešit starší a dlouhodobé konflikty, kde mnozí již rezignují (MIKULAŠTÍK, 2010, str. 81).

Emoce pod kontrolou zachovávají k druhým respekt a úctu. Sebekázeň působí pozitivně v probíhající nebo další komunikaci. Emočně je možné ve stručnosti jasně a reálně vyjádřit svůj názor a myšlenky. Podstatou je umět uznat sám chybu do jisté míry i za pomoci sebereflexe např. ponaučení. Naopak není cílem mít v komunikaci navrch vůči druhým.

Pozitivum asertivní komunikace je sebereflexe, sebeúcta a posílení vlastního sebevědomí. Asertivita tvaruje osobnost a posiluje osobní odpovědnost. Asertivita učí zdravému riskování a odpovědnosti za svá slova. Použitím asertivního jednání předchází ZZ vyhoceným situacím. Výsledkem je kvalitní lidský vztah mezi dvěma a více subjekty za použití přímého jednání a otevřenosti i vůči přilehlému okolí.

Sebe prosazující názory, útočné až ironické jednání způsobí negativní vnímání a vymknutí asertivní komunikace, která v těchto případech zcela jistě selhává. Pasivní člověk ustoupí danému návrhu nebo požadavku i za předpokladu, že o projednávané věci není přesvědčený (SCHNEIDEROVÁ, SCHNEIDER, 2008).

1.6 Druhy osobností

Existují jasně vypovídající ukazatele, které nám umožní odhadnout, s jakým tipem osobnosti právě komunikujeme. Pokud se zaměříme na vzhled, vystupování, verbální, ale hlavně neverbální projev, výsledkem bude jasné odhalení druhu osobnosti. Rozpoznání osobnosti je nápomocné pro navazující komunikaci.

- Autokrat je člověk s neustálou tendencí rozdávat úkoly a velet bez ohledu na efektivitu či výsledek aniž by se do dané věci jakkoliv zapojil.
- Egoista hovoří pouze o své osobě bez zájmu o druhé. Takzvaná sebestřednost má za dopad, že přestává vnímat své okolí.
- Extrovertní chování se projevuje rychlou mluvou s rychlou kadencí slov. Zdůrazňuje mnoho slov či vět několikrát po sobě, ale netrvá na jejich

vnímání druhou osobou. Díky tomu mají častý problém s artikulací. Svou myšlenku chtějí rychle předat a být si jistí, že ji sdělili.

- Hysterický druh osobnosti často mění téma rozhovoru. Vyznačuje se častým měněním tónu hlasu. Častěji bývají ženy, které se cítí méněcenné. Zcela běžně mění argumenty ve snaze prosadit vlastní myšlenky.
- Introvertní jedinec je většinou uzavřený do sebe. Vyhýbá se jakékoliv komunikaci či vyjádření svého názoru. Je to druh osobnosti, který mluví tiše, klidně, pomalu a málo.
- Liberalista se projevuje nestranným chováním. Přístup má lhostejný bez zájmu o sebe a druhé. Neutváří si názory, které by dále prezentoval.
- Neurastenik neboli neurotik má sklony k přeříkávání. Ve schvácenosti během projevu dominuje výrazná gestikulace a hlasitý projev. Má tendenci odvádět rozhovor od tématu a rád používá fráze či přirovnání. Během rozhovoru mění polohu těla ze sedu do stoje či si přisedává nebo chodí po místě.
- Psychastenik je člověk, který se snaží mít co neoriginálnější a nejvýraznější projev (např. v kolektivu). Znervózní, pokud nemá publikum nebo pokud nezaujme publikum.
- Psychopat vede rozhovor krátce, důrazně a tvrdě. Agresivní rozhovor bývá nekompromisní, úsečný a bez kompromisů. Nedává prostor oponentovi. Pokud ano, nerespektuje ho.
- Submisivní člověk se přizpůsobuje, ale hlavně podřizuje druhým, aniž by musel. Pokud se odhodlá své myšlenky sdílet, bývá jeho názor většinou neutrální. Neklade argumenty ani neklade odpor i přesto, že je přesvědčen, že je pro něj daná informace méně výhodná (BOROŇOVÁ, 2010).

1.7 Faktory ovlivňující komunikační proces

Komunikaci ovlivňuje hlavně prostředí, ve kterém se nacházíme jako je např. diskotéka, veřejné prostranství, silnice, shluk lidí, rodina, lidé pod vlivem omamných látek, veřejná doprava, zaměstnání. Navazujícím důležitým faktorem je národnost a jazyk, generační rozdíl, úroveň vzdělání a druh osobnosti. Základní komunikační schopnost je umění hovořit, pozorovat druhé a porozumět podstatě komunikace. Podstatou je přijímané informace nejen vstřebat, ale i umět replikovat dál. Vnímavost je u různých osobností rozdílná až individuální. Proto je vnímání komunikace a lucidní

odpověď na otázky u každého odlišná. Komunikační vzdálenost volíme tak, aby byla vyhovující pro obě strany. Vnímáme tedy skupiny lidí nebo jednotlivce odvíjející se hlavně od aktuálního prostředí a společenského postavení. Prostředí, které je běžně vnímáno, jako vyhovující může být v některých případech nevhovující. Týká se to např. nadměrného tepla v místnosti či sanitním voze, hluku kolem nás, vstupujícími komunikanty do rozhovoru, kterých se rozhovor přímo netýká. Vždy volíme či změním prostředí, které nám v konkrétním momentu připadá jako nejvíce vyhovující pro rozhovor. Během vedeného rozhovoru se musí obě komunikující strany cítit příjemně, v bezpečí a musí se slyšet a rozumět co nám protějšek sděluje. Na to úzce navazuje teritorialita. Označuje nám prostor či předměty vnímané pro druhého jedince jako soukromí nebo mu dávají pocit bezpečí. V této fázi rozhovoru musíme respektovat varovné signály a nenarušovat soukromí např. v bytě, do kterého vstupujeme. Čas vymezuje sled událostí, které trvají jistou dobu (příjezd ZZS). Vyšetření pacienta a sběr dat o aktuálním zdravotním stavu pacienta nebo předešlé události jako je dopravní nehoda či násilné napadení. Postoj ZZ může pozitivně a negativně ovlivňovat představu lidí o vykonávání práce ZZ či úkolech kolem nich, včetně komunikačních dovedností. Projevem a potvrzením vnímání formou úsměvu je jasně daného gesta. Projevem snahy vyhovět přáním pacienta z nás dělá komunikanty na profesionální úrovni. Neutrální přijetí sdělené informace může být pacientem vnímáno jako nepochopení, zlehčování nebo pocit neutrálního postavení což přímo ovlivňuje pocity a důvěru pacientů (BOROŇOVÁ, 2010).

Je nutné se v každém případě vyvarovat povýšenosti a dávání pocitu nadřazenosti nad pacientem. Další negativní dopad na vztah s pacientem má neuvážený výběr slov či tón hlasu. Opět může pacient vnímat jistou povýšenost nebo nadřazenost ze stran ZZ. Při použití taktosti a zvolením vhodných slov docílíme pozitivních výsledků.

Emoční zátěží hrozí přeslechnutí důležitých informací, které se následně nesprávně interpretují a vznikají mylné nebo neúplné informace.

Sebevědomá komunikace vychází z člověka, který má dostatečnou sebeúctu a umí jí efektivně využít. Poznávacím znakem je shoda verbálního a neverbálního projevu během komunikace (BOROŇOVÁ, 2010).

1.8 Aspekty negativně ovlivňující komunikaci

Mezi negativní aspekt patří předstírání pozornosti posluchačem, vnímání pouze faktů, kdy nám myšlenky pacienta unikají. Nabereme-li dojem, že vyslovené informace jsou pro nás příliš složité, přestaneme vnímat pacienta a rozhovor, který s námi vede. Neměli bychom odpoutávat pozornost od toho, kdo s námi hovoří (PTÁČEK, 2011).

1.9 Komunikace s nejčastějšími skupinami pacientů

- Komunikace se seniory

Senioři se řadí mezi nejčastější pacienty ZZS. Komunikace s lidmi v důchodovém věku je specifická a někdy i velmi obtížná. Musíme brát v potaz, že stáří není nemoc a z toho důvodu je důležité zachovat úctu vůči této skupině. Dnešní společnost má sklony k „ageizmu“, což je jistá forma rasismu ovšem s rozdílem, že cílovou skupinou jsou senioři. Ageismus je odmítání i s možným projevem nenávisti bez jakýchkoliv důvodů. Toto chování vytváří negativní pohled na stáří ve společnosti. V zahraničních publikacích je zmiňován fakt, že bez ohledu na dosažené vzdělání senior používají jednodušší slova a věty než v mládí či produktivním věku. Nemají ovšem obtíže vstřebat složité věty od okolí obsahující podstatné informace ve smysluplném kontextu (ALLEN, SLIWINSKI, BOWLE, 2002).

Ve stáří je běžné volit jednodušší věty než dříve. Způsobuje obtíže při produkci známých slov, které jsme celý život zvyklí používat. V jakémkoliv věku mohou lidé trpět poruchou schopnosti nalézt v paměti správné slovo, které chceme říci. S narůstajícím věkem přibývá frekvence těchto výpadků slov a vět, které chceme vyslovit v určitý okamžik. U seniorů je slovní zásoba mnohdy větší než u dospělých mladšího věku. Paměť a její kapacita nesouvisí se schopností vybavovat si slova, která chceme říci (BURKE, SHAFTO, 2004).

Senioři citlivě vnímají sociální izolaci, osamělost a méněcennost. Kontakt se zdravotníky a hlavně s lékařem může do jisté míry tyto pocity kompenzovat. Např. volání ZZS může být mimo jiné i na základě touhy nebo potřeby být středem pozornosti, nebýt sám a mít kolem sebe někoho komu se můžeme svěřit (ANDROŠOVÁ, 2012).

Hlavním pravidlem při komunikaci se seniorem je vyvarování se použití „elderspeaku“, to znamená, abychom neoslovovali pacienty „babi, dědo“, ale příslušným vysokoškolským titulem nebo celým jménem. Je žádoucí vyhýbat se infantilnímu oslovení nebo infantilním slovům („dědoušku, hačňte si a napapejte se“). Vypělá společnost by měla chránit důstojnost a úctu seniorů. Je na místě být tolerantní vůči jejich celkovému zpomalení ať myšlenek či motoriky a nestresovat je časovým nátlakem. Je přínosné se důsledně přesvědčit, že senior rozumí všem důležitým nebo složitým informacím, které mu předáváme. Žádoucí je efektivně a diplomaticky odhalovat komunikační bariéry jako je zhoršený zrak či sluch a přizpůsobovat jim společnou komunikaci. Není žádoucí v komunikaci se seniorem zvyšovat pokaždé hlas s myšlenkou, že nedoslýchá. Nemusí tomu tak být. Pomoc by měla být pouze nabídnuta a ne vnucována. Vnucování pomoci druhým hlavně u seniorů může navodit pocit nesoběstačnosti a neschopnosti. Každý náš krok k pomoci druhému by měl být směřován k zachování pocitu soběstačnosti pacienta. Je tedy dobré mluvit srozumitelně, pomalu a z očí do očí. Stejně tak je žádoucí neverbálně komunikovat a nebát se použít vstřícná gesta, která bývají druhou stranou doceněna (ŠPATENKOVÁ, KRÁLOVÁ, 2009), (POKORNÁ, 2011).

- Komunikace s dětským pacientem

Děti mají vysoké nároky na pozornost a vyžadují dostatek času zdravotníkem. Zlepšení komunikace s dítětem můžeme docílit skrze rodiče nebo osobu, která dítě během ošetření doprovází. V závažných zdravotních stavech je nutné komunikovat s rodiči citlivě a veškeré informace jim objasnit vzhledem na vznikající emoční a stresovou zátěž. Doporučuje se přítomnost rodiče či doprovodu jak během primárního ošetření a transportu do nemocnice, tak i při nemocniční a hospitalizační péči. Komunikační přístup k dítěti a rodině vždy vyžaduje profesionální přístup s trpělivostí, upřímností, důsledností, lidskostí, naslouchání a velkou dávkou empatie. Součástí je vnímání faktorů napovídajících např. o domácím násilí, zanedbalosti, týrání a sexuálního zneužívání dítěte (ANDROŠOVÁ, 2012).

Jedno z hlavních pravidel u komunikace s dítětem je upoutání jeho pozornosti, např. hračkou hrou nebo obrázkem. Jedná se především o odvrácení pozornosti od nepříjemných vjemů a zaměstnáním pozornosti hračkou či oblíbenou pohádkou aj. (V ČR je funkční projekt „Kryštůfek záchranář dětem“, který se v posledních letech existence

pozitivně osvědčil. U tohoto projektu je cílem upoutání pozornosti a odvrácení myšlenek od vjemů, které dítě vnímá jako negativní. Plyšový kamarád „Kryštůfek“ je pro děti odměnou a získání nového kamaráda). Výsledkem je psychická podpora a podstatné snížení stresu, kterému dítě čelí. Úsměv, pochvala, odměna či dotyk je pro dítě též přínos. U přímého dotyku opatrně na reakci dítěte. Často reagují stažením se. Navazujeme kontakt otázkami zavřenými a postupně otevřenými „Máš doma zvířátko? Jak se jmenuje? Máš pěkné triko, co na něm máš za obrázek?“ S dítětem bychom měli komunikovat na stejné horizontální úrovni zejména kvůli očnímu kontaktu. Eliminací bolesti budeme mít větší komunikační úspěch a nárůst důvěry dítěte vůči zdravotní péči. Pokud dítě čeká bolestivé vyšetření nebo nezbytný zákrok, měli bychom dítě na skutečnost připravit. Není vhodné dítě konejšit větami „neboj se, to nebude bolet“. Zásadou je pěstovat si s dítětem důvěru a nepodtrhávat si jí lži. Během komunikace s rodiči či doprovodem zapojujeme do hovoru i dítě, aby nenabýlo pocitu, že se o něm bavíme, ale netýká se ho to. Touto komunikací do jisté míry můžeme potlačit stres i u rodičů. Osvědčenou věcí je zapojení rodiče do ošetření dítěte, pokud to umožňuje situace (ANDROŠOVÁ, 2012).

- Komunikace s agresivním pacientem

Primárně nejdůležitějším pro záchranáře během komunikace s agresivním pacientem je zhodnotit riziko ohrožení výjezdové skupiny ZZS a jeho okolí. Pokud usoudíme, že riziko konfliktu je příliš vysoké, nesmíme nechat ohrozit své zdraví a život, včetně celé výjezdové skupiny. Na pozemku do obydlí pacienta popř. do nočního klubu nevstupujeme sami, ale za doprovodu kolegy nebo přivolané policie, která je při hlášeném nebo předpokládaném výskytu pacientovi agrese přivolána dispečinkem ZZS. Existují případy, kdy agrese ze strany pacienta nebo rodiny vznikne během ošetření zcela nepředvídatelně a nedokážeme ji jakkoliv eliminovat. V této situaci je nutný ústup, útěk nebo nutná sebeobrana. Jedno z doporučení jak předejít agresi pacienta a okolí je vyvarování se dlouhým, upřeným pohledům z očí do očí a ironické jednání. Pozorujte předměty, které pacient drží nebo má v bezprostřední blízkosti a potencionálně hrozí použití pacientem či jinou osobou proti vám jako zbraň. Dále se doporučuje vnímání komplexního chování pacienta. Jak verbální tak neverbální podněty nám napomáhají k odhadnutí psychického stavu pacienta. Zaměřte se na sebe a vnímání, zda navenek nedáváme znát např. svou nervozitu motorický neklidem či rozechvělým hlasem (VYMĚTAL, 2009).

Měli bychom se zaměřit na vnímání rychlých pohybů, sevřených pěstí, zrychlené myšlenky, mluva a mimika obličeje. Mimika vypovídá o psychickém rozpoložení pacienta. Mimika prozrazuje počínající agresi mračením se, otevřenými ústy a obnažení zubů, zamračené obočí a výrazně sevřené rty. V těchto případech mějte vždy možnost volné cesty k ústupu. Nenechte se zahnat do kouta, ale také tam nezatlačujte agresora, který vůči vám může použít ještě větší agresi. Pocit ohrožení a strachu může vyvolat afektové jednání. Absolutně vyhovujícím prostředím jsou velké prostory, kde máme možnost rychlého úniku. Přínosem je možnost být v prostoru bezpečném a klidném pro obě strany. Je doporučeno komunikovat s pacientem na vzdálenost naší paže. S potencionálním agresorem je vhodné komunikovat na vzdálenost dvou paží.

Při spirálově používané agresi je nejdůležitější sebekontrola a asertivní komunikace. Napomáhající je promyšlení zvolených slov a cíl komunikace aby pro nás bylo jednání přínosné. Během rozhovoru udržujeme klidný tón s nadhledem, ve středním tempu řeči bez jakýchkoliv emočních a direktivních projevů.

Mluvme stručně a jasně. Zaujetím pozornosti agresora záchranářem lze docílit pocitu vyjádření zájmu o agresora, což může napomocť k zvládnutí a uklidnění situace. Důležitou částí je zjistit, proč je pacient nahněvaný. Výsledkem je odhalení problému, který mu můžeme pomoci vyřešit a agresi tak eliminovat nebo úplně vyrušit. Ke zvýšení důvěry při ošetření je vhodné být na stejné komunikační hladině. Např. pokud pacient sedí, měli bychom také sedět pro vyrovnání očního kontaktu a snížení pacientova pocitu naší nadřazenosti. Nezapomeňte informovat pacienta při aplikaci léků, jaký lék mu dáváte a k čemu je indikován (ŠPATENKOVÁ, KRÁLOVÁ, 2009), (PECH, 2009), (LINHARTOVÁ, 2007), (BRŮHA, PROŠKOVÁ, 2011).

- Komunikace s pacientem s psychiatrickou poruchou

Psychiatrické stavy se u pacientů mohou dělit na pět základních skupin. Zřejmě nejčastějším stavem je deprese. Poté následují formy úzkostí, narcismu, neurotismu a psychiatrické onemocnění s projevem různých druhů psychóz.

Projev depresivních stavů je zejména v období zvýšené psychické zátěže. U pacientů se sklonem k depresivním stavům se nemusí jednat vždy o duševní poruchu. Cílem je zjistit, čím je deprese zapříčiněna. Znaky depresí jsou smutné nálady, apatie, pokles energie, poruchy spánku, pocity viny za něco co nemohou ovlivnit a také změny

chuti k jídlu či její ztráta. Prokázání empatie je vůči pacientovi prospěšné. Pacientovi dejte dostatečný prostor na vyjádření pocitů a emocí. Nevyhýbejte se rozhovoru a dávejme si záležet na taktosti při sebevražedných myšlenkách pacienta (PLAMÍNEK, 2008).

U pacienta, který má úzkostné stavy a pocity stísněnosti, může vzniknout až panický děs. Původce děsů bývá neznámý. Úzkostný stav je prvním projevem změny psychického stavu pacienta. Často zažívá úzkost i pacient, u kterého nejsou tyto stavy obvyklé. Jeho vzniklé nároky na ochranu a pomoc nejsou adekvátní jeho stavu. Typickým znakem bývá schoulení pacienta, odvracení pohledů od jeho okolí, nejasná řeč, odvolání na jiné. Hlavním důvodem bývá strach z vyjádření vlastního názoru. V těchto případech zachovávejte klidný přístup, poskytněte dostatek času pro rozhovor a kladně reagujte na otázky. V průběhu rozhovoru s pacientem probírejte možnosti řešení. Neopomíjejte snahu umožnit pacientovi hovořit, s kým žádá. Pokud předpokládáme pozitivní výsledek, je dobré umožnit např. telefonní kontakt.

Narcismus, projevující se svou nadměrnou důležitostí a jedinečností o svou osobu. Jde rychle a efektivně rozpoznat od jiných psychických poruch. Tito lidé ztrácejí empatii vůči druhým, jelikož si myslí, že patří do vyšší společenské vrstvy a mají pocit nadřazenosti. Od zdravotníků a lékařů mají vysoké nároky na péči. Často vyžadují „nadstandartní péči“. Dalším poznávacím znakem je nadměrná citlivost při kritice jejich zevnějšku, který je pro ně důležitý a reagují pocitem studu až ponížení. Emočně prožívají vše, co se týká jejich osoby. Narcismus je porucha osobnosti, nelze tedy jejich chování jakkoliv změnit. Pro taktní a úspěšnou komunikaci je důstojné jednání s projevem respektu. Dávkování informací postupně s dostatečným časem na vstřebání informací. Snažme se proto vtáhnout narcistu do děje, aby nabyl pocitu spolupráce a přínosu pro daný moment (VENGLÁŘOVÁ, 2011).

Neurotický pacient může mít příznaky psychické, ale i tělesné. Projevy neurotismu jsou rozpory mezi touhou, potřebou a možností vše uskutečnit jak si přejeme. Řada fyzických případů má za následek psychický stav. Primárně se pacient obává o své zdraví, prožívá své obtíže jako skutečné a v žádném ohledu nelže. Podoba a možnost záměny bývá u hypochondrismu. Pacient sleduje své tělo a jeho projevy a opakovaně se podrobuje specializovaným lékařským vyšetřením. Charakteristickým či napovídajícím znakem jsou časté návštěvy u praktického lékaře nebo až oborového specialisty. Během

rozhovoru se zásadně svěřují se svými obtížemi monologem. Pro pacienta je důležité, aby byl podporován ve zvládnutí situace.

Vedení rozhovoru s psychiatrickým pacientem se dá řadit mezi nejnáročnější. Psychotické stavy a psychóza jako taková je narušení vnímání reality. V péči o nemocného nám ve velké míře může pomoci rodina. Je nezbytné rodinu vtáhnout do rozhovoru, abychom viděli, jak na sebe obě strany vzájemně reagují. Z této vzájemné reakce lze vyčíst cenné informace nejen o pacientovi, ale o celém vztahu v rodině. Např. jakým způsobem hovořit s pacientem a jakým tématům se vyhnout. Hlavním znakem psychóz je snížená, pozdní nebo vymizelá schopnost reagovat na své okolí a spolupracovat. Pacient není schopen dávat a přijímat informace. Vzniká z toho neporozumění, co od něho žádáme, a vznikají odmítavé reakce. Následek je vnímání sebe a okolí.

Pacient je ke svému soukromí a okolí výrazně citlivý. Objevovat se mohou halucinace a vjemy, aniž by existovaly. Halucinace je změněné vnímání reality i přesto, že změněná není. Existují sluchové, zrakové, taktilní a čichové. Pacient může vést rozhovor nebo jen odpovídat neexistujícím hlasům. Hlasy a vjemy, které pacient vnímá, ho většinou nabádají k agresi nebo k ponižování sebe sama, dokonce až k násilí na druhých. Vjemy jsou ovlivněny paranoiditou (vztahovačností) a pocitem nebezpečí. Reakce jsou z pravidla podrážděné a agresivní, jak na svou osobu, tak na okolí a rodinu. Objevuje se psychomotorický neklid. Porucha myšlení a neschopnost zdravého úsudku pacienta zapříčiní myslet nelogicky a vznikají tak konflikty z banalit. Pacient se často stáhne do sebe a přestává komunikovat. Naše komunikace musí být primárně empatická, trpělivá a tolerantní. Cíl je získání důvěry v naši osobu a popř. v naše okolí (PECH, 2009), (ANDROŠOVÁ, 2012), (JANÁČKOVÁ, PAVLÁT, 2007).

2 Praktická část

Praktická část bakalářské práce byla zaměřena na komunikaci zdravotnických záchranářů s pacientem v přednemocniční péči. Práce byla zaměřena nejen na zjištění komunikace záchranářů, ale zejména na to, jak pacient vnímá komunikaci profesionálů v terénu.

Téma: komunikace zdravotnického záchranáře v přednemocniční péči

Průzkumný problém: Jak komunikace zdravotnických záchranářů ovlivňuje přístup k pacientům v PNP?

2.1 Cíl průzkumu:

Hlavním cílem bakalářské práce bylo zmapování komunikačních dovedností a používaných technik zdravotnických záchranářů.

Průzkumné otázky:

- 1). Jaké komunikační dovednosti zdravotničtí záchranáři používají při kontaktu s pacientem?
- 2). Jak vnímají pacienti komunikaci zdravotnických záchranářů během ošetřování a transportu do zdravotnického zařízení?

2.2 Výběrový soubor:

Následující rozhovory byli uskutečněny ve Fakultní nemocnici v Motole na oddělení urgentního příjmu dospělých. Toto zdravotnické zařízení bylo vybráno z důvodu zvýšení efektivity výzkumu. Důvodem byla možnost komunikovat s pacienty, kteří přijíždí záchrannou službou. Výhodou této nemocnice je také rajón, který je jeden z nejlidnatějších v Praze. Byla tedy možnost komunikovat s pacienty, které ošetřovala pokaždé odlišná posádka ZZS. Díky těmto kritériím a rozboru rozhovoru měl výzkum předpoklad stát se co nejvíce objektivním.

2.3 Metodika průzkumu

Pro účely práce a ověření průzkumných otázek byly zvoleny řízené rozhovory. Rozhovory byly založeny na bázi strukturovaného individuálního rozhovoru. Jádrem našeho kvalitativního průzkumu je deset hloubkových rozhovorů s pacienty, (rozdílný charakter onemocnění, zdravotní stav a stav vědomí, rozdílný věk a vzdělání) kteří zažili přednemocniční péči z řad ZZS. Rozhovorů bylo původně uskutečněno 18, nicméně jisté prvky komunikace a informace o komunikačních dovednostech se opakovaly, z toho důvodu bylo vybráno 10 ukázkových rozhovorů s objektivními informacemi. Rozhovory byly pořízeny během února a března 2017. Rozhovor vždy probíhal v soukromí se souhlasem pacienta a s přáním zachovat anonymitu. Tazatel používal mobilní telefon jako zvukové nahrávací zařízení. Posléze byly rozhovory za pomoci kódovacího schématu vyhodnoceny a přepsány v programu Microsoft Word 2013. Kritérium bylo 5 po sobě jdoucích otázek pro zodpovězení průzkumných otázek. Otázky byli směřovány do rozhovoru trvající minimálně 3 minuty. Průměrná doba rozhovoru byla 5 minut a 37 vteřin. Z toho nejkratší rozhovor trval minutu 55 vteřin a nejdelší 15 minut a 58 vteřin. Rozhovor vždy začínal vysvětlením výzkumu a jeho cíle. Tato úvodní část zahrnovala popis komunikace, stanovení cílů a souhlas dotazovaného s pořízením zvukového záznamu. Dále tak by byly zodpovězeny případné respondentovy otázky o druhu a povaze studia. Navazovalo takzvané seznámení, kdy byl navázán vztah mezi tazatelem a respondentem. Poté jsme se začali ptát otázkami předem připravenými a uskutečnili hlavní rozhovor. Snažili jsme se během rozhovorů objevovat klíčová slova, postoje, emoce a vnímání ZZS. Nechali jsme respondenty volně odpovídat, a pokud se během rozhovoru objevila zajímavá poznámka, byl respondent vyzván k rozvinutí myšlenky. Po vyčerpání otázek proběhla zpětná vazba, byla dána možnost pro otázky a jejich zodpovězení. Následovalo postupné směřování k ukončení rozhovoru, poděkování a rozloučení. Při přepisování rozhovoru jsme označili respondenty číslem (1-10), které jsou shodné s pořadím čísla rozhovoru (rozhovor č. 1 tedy respondent č. 1). (HENDL, 2008).

Otázky určené pro hloubkový rozhovor:

- Popište vaši dosavadní zkušenost se ZZS a komunikací personálu?
- Jaký jste měl/a pocit z komunikace a chování záchranářů? Co hodnotíte jako pozitivum?
- Co hodnotíte jako negativum v komunikaci se ZZS a ZZ?
- Měl/a jste dostatek informací a vysvětlení o vašem zdravotním stavu?
- Pokuste se charakterizovat práci záchranáře? (dotatková otázka nezodpovězena všemi respondenty)

Kódovací schéma pro rozbor hloubkového rozhvoru:

Pacient Očekávání, způsob, tón hlasu	Představení	ZZ zkušenosti, očekávání přínosu, profesionalita
Pacient Strach, neznalost, bolest, riziko	Vysvětlení zdravotní péče	ZZ Důvody, jak, bolest, aseptický přístup
Pacient Otázky, průchod emocí	Prostor pro vyjádření	ZZ Naslouchání, empatie, vysvětlení
Pacient Zabezpečení majetku, doprovod, osobní věci, hospitalizace, návrat domů	Respektování práv a přání	ZZ Doprovod, nahlédnutí do dokumentace, naměřené hodnoty FF, podávání léčiv

Kódovací schéma k hloubkovým rozhovorům zobrazuje faktory ovlivňující komunikační proces mezi pacientem a ZZ. Schéma se soustřeďuje na skutečné faktory komunikace jak ze strany pacienta tak ZZ. Pro správné hodnocení je nutné vycházet z obou stran schématu. Kódovací znak pro pacienta zohledňuje očekávání, způsob komunikace, emoční vnímání, bolest, rizika, otázky, zabezpečení majetku, závažnost zdravotního stavu a otázka hospitalizace. Volně a efektivním způsobem komunikujeme s pacientem tak, abychom si mohli ověřovat relevantnost sděleného obsahu na všech úrovních stavu vědomí (KELNAROVÁ, MATĚJKOVÁ, 2008).

3 Rozhovory

Rozhovor 1 (Respondent 1)

Žena 32 let, povoláním fotografka. Během focení těhotné ženy v rodinném domě upadla pacientka v prvním patře ve vchodu na balkon. Poranila si koleno, proto volá ZZS. Pacientka dosud neměla žádnou zkušenost s voláním na ZZS (*„Dosud nemám žádné zkušenosti, ale překvapilo mě, jak rychle jsem se dovolala na záchranku. Během několika vteřin jsem mluvila s dispečerkou, která byla moc milá a zeptala se mě, co se stalo. Ten milý hlas mě překvapil a uklidnil. Měla jsem totiž pocit, že volám zbytečně“*). Pro svou obezitu (130kg) se bála reakce záchranářů a obtížného transportu (*„Taky jsem měla strach, co řeknou, až mě uvidí. Jestli mi neřeknou, že to je zneužití záchranky, ale já měla fakt velkou bolest a nemohla se hnout. Měla jsem hrozně dobrý pocit z osobitého a lidského přístupu. Překvapilo mě to, protože je víkend a říkála jsem si, že budou unavený, protože toho mají moc a nebudou mít náladu řešit nějakou blbku s bolavou nohou“*). Pacientka vysvětluje proč si ZZS volá na pomoc MP (*„Vyšetřili mě ještě v domě a pak zavolali strážníky o pomoc, aby mě mohli snést ze schodů do sanitky, byli tam strašně strmé a úzké schody“*). Městská policie byla na pomoc volána z důvodu bezpečí pacientky během transportu po příkrém schodišti (*„Při čekání na strážníky jsem ocenila, že si semnou celou dobu povídají, že mě nepřehlíželi a využili čas, aby se mě zeptali na můj zdravotní stav a našla jsem aspoň doklady“*). Pacientka a hlavně majitelka domu ocenila ochranu majetku strážníky a záchranáři (*„Byli milý a nespěchali na mě, dokonce ochránili dřevěný zdobný schod dekou, aby se neodřel a to nejvíce vnímala majitelka, která má dům nový a vše sledovala, my ženy si takových věcí všímáme“*). Zdůrazňuje negativa (*„Co se týká něčeho negativního tak to, že se mi nepředstavili a nepodali mi ruku. Možná proto, že měli rukavice. Nevím. Ale kdyby se mi představili byla bych radši. Já vlastně nevím jména, takže nevím, komu můžu poděkovat“*). Pacientka se vracím k pozitivům (*„Překvapilo mě a ocenila jsem s jakou lehkostí a citlivostí mi to koleno záchranář prohmatal a zavázal“*). Shrnuje celý dojem ZZS a práci ZZ (*„Moje představa o záchranářích byla, že řeší nějaké akutky a že mě prostě jen naloží a odvezou a nehnou brvou a ať si to řeším v nemocnici“*) Pacientka se pozastavovala nad profesionalitou záchranářů, která přesahovala její očekávání (*„Nevěřila bych, že budou zjišťovat a pečlivě ošetřovat mé zranění v takovém rozsahu. Potom mě vlastně řekli, co by s ním mohlo být a že mi dají nějakou dlahu, aby se mi ta noha ještě víc nezranila. Nejsem si vědomá,*

něčeho co by mi bylo přímo nepříjemné nebo mi vadilo. Od komunikace s paní dispečerkou, která byla milá a vysvětlila mi, že přijedou do 20 minut až po komunikaci mezi záchranáři, která mi přišla profesionální. Udělal na mě dojem, že byli velmi slušní a ten jeden z nich voněl“). Pokorně charakterizovala práci ZZ („Myslím si, že mají obrovskou zodpovědnost a že jsou vystaveni obrovskému riziku, tak jak to vnímám já. Může do nich cestou k případu někdo narazit, nebo že se potkávají s narkomany nebo opilci, který jim můžou ublížit a něčím nakazit a musejí to skloubit se znalostmi“). Žena byla po ošetření v nemocnici propuštěna do domácí péče.

Rozhovor 2 (Respondent 2)

Muž 68 let, důchodce, dříve pracoval na železniční dráze, ZZS volá pro akutní bolest zad po špatném pohybu. Během první otázky pacient odpověděl, že volání ZZS a transport do nemocnice zažil poprvé v životě. Rovnou tedy navazujeme na druhou otázku, kdy odpověděl („Zvládli všechno, nejdřív mi museli pomoci do sanitky, to úplně nešlo, nemohl jsem udělat krok. Tak mi doporučili, abych šel sám a krátkým krokem, aby to tolik nebolelo a podpírali mě. Já jsem vůbec nemohl, ta bolest a ten tlak v zádech mě strašně unavil. Nabídli mi nějaký křesílko, ale do toho jsem se nezvládl posadit“). Během rozhovoru na urgentním příjmu ležel pacient na boku a byla mu podávána infuze s léčivou („Když jsem se dostal do sanitky, tak mi pomohli lehnout si na nosítka a dělali mi všelijaké vyšetření, ale nevím jaké, nevím, co to bylo no a to říkali, že dobrý“). Na pacientovi byla poznat dobrá nálada, kterou nám potvrdil, a vznikla vzpomínkou na ošetřující záchranáře („Víte, já si nevybavuji nic negativního. Když se mi to stalo, byl jsem v pokoji a otevřela jim do bytu moje žena a slyšel jsem, jak jí slušně pozdravili a představili se“). Proběhla delší odmlka pacienta a zamyšlení nad všemi fakty („Jak jsme volali na záchranku, tak to bylo všechno hrozně rychlé, řekl jsem adresu a pak chtěla paní dispečerka vědět, co se mi stalo, jak mě to bolí, a to bylo taky všechno v pořádku, ale hrozně rychle ten hovor ukončila. Toho jsem si všiml hned, protože jsem jí chtěl říct, že máme doma na zvonku jiné jméno, ale ti kluci to nakonec našli“). Na pacienta během rozhovoru začali působit léčiva a pocítil úlevu od bolesti zad („Já vám vlastně nic špatného o záchranářích neřeknu“). Pacientovi byly měřeny FF průběžně během ošetření („Dozvěděl jsem se vše až tady, až tady v nemocnici, v sanitce nic nevěděli tak nic neříkali, asi. Ale oni mi asi něco měřili, protože to samé mi dělali tady v nemocnici a taky říkali, že dobrý. Po cestě dělali i jiné vyšetření, ten cukr měřili, EKG dělali, dělali toho zkrátka hodně, až mi to přišlo zbytečný, ale nic neříkali, že by to bylo špatný, asi tím, že jsem vše zažil poprvé tak

se cítím dobře. Nemám bohužel srovnání“). Pacient přiznal možný fakt, že si (ve stresu), některá fakta a informace nevybavuje. Dle pacientova názoru mu nebyly vysvětleny použité vyšetřovací metody („Cítil bych se lépe, kdyby mi bylo vše vysvětleno, byl bych klidnější, takhle jsem nic nevěděl“). Po ošetření pacienta vyzvedla v nemocnici rodina a odvezla si ho do následné domácí péče. Muž cítil výraznou úlevu od bolesti a byl ve stabilizovaném stavu.

Rozhovor 3 (Respondent 3)

Žena, 47 let, pracuje v kanceláři, čtyři dny cítí zhoršující se bolest na hrudi a pálení na prsou. Pro zhoršení bolesti a pocit dechové tísně volá ZZS („Zkušenost se záchrankou již mám a mám jí bohužel opakovaně, jelikož nemám bolesti na hrudi poprvé, v minulosti jsem měla arytmie a párkrát jsem v práci zkolabovala“). Během komunikace se pacientka soustředí na dýchání („Já mám dobré zkušenosti, záchranáři byli vždy milý, vstřícní, vlídní, ochotní a takové chování já ocením a všímám si ho, není totiž samozřejmé. V posledních letech jsem jela záhrankou asi třikrát možná víckrát. Vždy to byla stejná obtíž jako dnes, vždy to bylo tady v Praze a vždy mě přivezli sem do Motola. V minulosti přišli na to, že je to panická ataka a to dnes říkali i záchranáři v sanitce. Jen já si to nemyslím, že bych měla paniku, já nemám důvod. Psychicky se cítím zdravá“). Pacientce se jeden ze záchranářů představil („Moc mě potěšilo, že jsou strašně hodní a ten jeden co semnou jel vzadu v sanitce tak ten se mi představil a podal mi ruku“). Během rozhovoru se opakovaně usmála („jako negativum jsem nevnímala asi nic, mě by nevadilo ani to, že se nepředstaví oba, brala bych je jako záchranáře, nepotřebovala jsem znát jejich jména, ale určitě je to sympatické, milé a asi i celkově pro lepší dojem lepší, když se představí“). Pro pacientku byla prioritou zdravotnická péče („Mě osobně by třeba nevadilo, že mi našlapou po bytě, brala bych to tak, že mi je teď špatně a že je to potřeba. Přece se kvůli tomu nebudou zouvat. Ale očistit boty o rohož můžou“). Krátce hodnotí komunikaci mezi záchranáři („Nebavili se o ničem čemu bych nerozuměla a ani o ničem co by nebylo k věci, měli velmi profesionální přístup, jen si z něčeho udělali legraci mezi sebou, bylo vidět, že se dobře znají“). Vzhledem k charakteru zdravotních potíží a i přes znalost, pacientka ocenila vysvětlení a návrh následujícího postupu („Když mě vezli na sedačce do sanitky tak mi velice důrazně a jasně vysvětlil postup jeden ze záchranářů, v sanitce mi udělali EKG, které znám, ale i tak mi vysvětlili, o co jde a vše mi vysvětlovali průběžně, ptali se mě, jestli už jsem to někdy měla a kde jsem s tím byla a já jim řekla Motol“). Během rozhovoru vchází lékař urgentního příjmu a pacientce sděluje kladné výsledky krevní

laboratoře („Jsem moc ráda, že máme záchranku v česku na takové úrovni, hodně cestuji a máme v česku opravdu nadstandartní služby, co se týká zdravotnictví, moc si vážím práce záchranářů, je to nesmírně těžká práce, neustále se setkávají pouze s negativy, jen nemocní lidi, zraněný lidi, ale taky opilci s kterými to bývá určitě těžké, obdivuji všechny záchranáře, hasiče a policisty, takovou práci bych dělat nechtěla, musí to být opravdu náročné, takže proto si vážím toho, že jsou v takové práci pozitivně naladěni“). Pacientka v záplavě emocí z dobrých zpráv shrnuje komunikaci výjezdové skupiny ZZS. Plynule proběhlo rozloučení a propuštění z ambulantní péče ve stabilizovaném stavu.

Rozhovor 4 (Respondent 4)

Muž, 30let, IT specialista, Od praktického lékaře přivezen posádkou ZZS na OUPD pro zhoršující se zápal plic. Během rozhovoru měl pacient kyslíkovou terapii („Byla to moje první zkušenost se záchrannou službou, já bych nikdy nevolal, to můj lékař, ale asi to už opravdu byla potřeba“). Praktický lékař při objektivním nálezů zavola ZZS („Při vstupu do ordinace mě záchranáři pozdravili, ale teď nevím, jestli se mi představili. Jeden z nich mi podal ruku. Vyslechli si pana doktora a vzali mě na sedačce do sanitky“). Pacient s tímto onemocněním neměl dosud žádnou zkušenost („Vše pro mě bylo úplně nové. Vadila mi maska na obličej tak mi dali nějakou hadičku do nosu a tam mi foukal kyslík. Přeměřili mi tlak a kyslík v krvi količkem co mi nasadili, to mi vše vysvětlili“). Charakter onemocnění vyžadoval transport do nemocnice s případnou hospitalizací („Vyměnili mi infuzi, co jsem měl od lékařky za větší, jeden z těch záchranářů mě poslouchal, jak dýchám. Pak mi řekl, že něco podobného prodělal on sám a mohlo by to být na týdenní hospitalizaci. Je pravda, že jsem poprvé věděl, co mě asi čeká, ale dost mě to vyděsilo kvůli mému zaměstnání“). Záchranář pacientovi sděluje své poznatky a zkušenosti („Chvilí jsem bral jako negativum, že mi záchranáři řekli, že budu dlouho marodit, což mi přišlo neprofesionální mi říct, že to je na dlouho, když nejsou lékaři a nemají v ruce např. krevní výsledky a RTG a to říkal pan doktor, že je potřeba aby mi udělali v nemocnici a řekli co a jak dál“). Vzhledem k naměřenému vysokému tlaku byli pacientovi podávány léčiva („Dali mi nějaký lék, aby se mi snížil tlak a neřekli mi co to je, tak jsem se zeptal a záchranář mi odpověděl „to je takový lék“ a vlastně mi neodpověděl. Zrovna psal nějaké papíry tak byl asi zamyšlený“). Po celou dobu péče byl pacient monitorován („Záchranář dopsal papíry a začal si semnou dál povídat a pak už mi vše vysvětlil, měřil mi opakovaně tlak, ptal se mě, jak se cítím, upozorňoval mě na výmoly v silnici a to jsem celkem ocenil, dělá se mi v autě často špatně a o to víc, když

jsem jako pacient jel hlavou proti směru jízdy“). Pacient byl během transportu ve stabilizovaném stavu („Když jsme přijeli do nemocnice tak mi ještě jednou měřili tlak a myslím jsem si, že to je zbytečné a pak mi záchranář vysvětlil, že to dělají kvůli těm lékům, jestli už mi zabrali. Trošku mi ještě vadilo, když na ambulanci záchranář vysvětloval můj zdravotní stav a někdo z personálu to nevybíravě komentoval, ale nebylo mi dobře, tak jsem to nekomentoval a hodil jsem to za hlavu“). První pacientova zkušenost se ZZS dává prostor k zamyšlení („Byla to, jak už jsem říkal, moje první zkušenost, ale práce záchranářů asi není žádný med“). Pacient byl hospitalizován z důvodu zánětu plic a dechových potíží. Oddělení OUPD opouští s úlevou.

Rozhovor 5 (Respondent 5)

Žena, 66 let, před rokem prodělala cévní mozkovou příhodu, dnes recidiva, příznaky rozeznala docházející ošetřující sestra („Zatím mám dobrou zkušenost se záchrankou, vloni jsem si volala záhranku poprvé, protože jsem ochrnula na půlku těla. Měli semnou bohužel práci, já byla doma sama a zamčená, ale nakonec jsem zvládla odemknout a nemuseli se volat hasiči a policie, no a to mě ošetřili velmi rychle a vlastně mi tím zachránili život, tím, že to bylo rychlé, dostala jsem se na neurologii a tam jsem nějakou dobu byla a od té doby mám ošetřující sestřičku a ta semnou pravidelně cvičí a rehabilituje a učím mě věci, co jsem přestala ovládat“). Pacientce se hůře mluvilo a přestala mít cit v prstech („Dneska jsem seděla u stolu a najednou jsem upustila lžičku a nevěděla jsem proč tak se na mě chvíli dívala moje sestřička a pak řekla, že radši zavolá sanitku, že se jí na mě něco nelíbí“). U pacientky pravděpodobně vznikala recidiva cévní mozkové příhody, kterou odhalila docházející zdravotní sestra („Ta moje sestřička zazvonila na souseda, aby šel dolu otevřít a aby počkal na záhranku a zatím se o mě starala a povídala si semnou a pořád chtěla, abych jí něco opakovala“). K pacientce dorazil záchranář, který jí ošetřoval v předešlé události („Ten záchranář mě prakticky hned poznal a když jsem věděla, že vloni mi pomohl, tak jsem neměla strach, usmál se na mě a to mi přišlo moc milé, chvíli si semnou povídal a chtěl, abych před sebou držela ruce se zavřenýma očima, vzali mě do sanitky a říkal, že se mi ta mrtvice asi zase vrátila, a pak začal telefonovat a někomu něco vysvětlovat. Píchnul mi šikovně kanylu, vůbec to nebolelo, říkal mi, že to píchne a já vůbec nic necítla, byl moc šikovný“). Probíhalo opakované vyšetřování pacientky („Dával mi jazykolamy a zase jsem musela držet ruce před sebou, říkal, že chce vidět, jestli se to zhoršuje. Dneska to bylo takové fajn, nic mě nebolelo, cítila jsem se v bezpečí a vezli mě do stejné nemocnice, hezky jsme si popovídali,

já jsem totiž dost ukecaná“). Pacientka reaguje na doplňující otázku a shrnuje práci ZZS („V dnešní době to mají tihle kluci moc těžké, když já byla mladá, tak nebylo tolik nehod a tolik nemocných, dneska je to samý terorista, každou chvíli vidíte, jak se někde něco stane a jak jsou lidi hodně nemocní, viděla jsem to hodně vloni v nemocnici, já si hodně všímám a opravdu je to dřina. Taký si myslím, že jich je málo, že bych jich mělo být víc, protože lidí stále přibývá a lepší už to nebude“). Diagnostikována byla tranzitorní ischemická ataka, hospitalizace byla směřována na neurologickou kliniku.

Rozhovor 6 (Respondent 6)

Žena, 61 let, v invalidním důchodu, dnes pocit dušnosti a pálení na hrudi, od praktického lékaře přivezena ZZS na OUPD v Motole, v minulosti prodělala akutní infarkt myokardu („Před třemi lety jsem měla infarkt, ale to bylo jiné než dnes, od včera se mi hůře dýchá a pálí mě na hrudi a mám takový nepříjemný pocit. Byla jsem u svého praktika, ale ten tam nebyl, tak jsem zakleपालa na vedlejší ambulanci a tam mi rovnou volali záchranku“). Pacientka již měla předešlou zkušenost se ZZS („Když se mi to stalo poprvé tak jsem byla doma a přišlo to náhle, krutá bolest na hrudníku, vůbec jsem se nemohla nadechnout a moc jsem se bála, přijela pro mě sanitka velmi rychle a to teda říkala i paní dispečerka, že u mě bude sanitka rychle, ať nemám strach, syn byl dole otevřít a pánové když mě viděli tak mě vlastně hned vzali do nemocnice, ale moc si to nepamatuju, dali mi nějaké léky a to mi ulevilo od bolesti“). Snaží si vzpomenout na dnešní události („Myslela jsem si, že se na mě paní doktorka podívá a půjdu domů, ale hned mi zavolali záchranku, ale to mi tak zle ještě nebylo, když přijeli saniťáci tak ten jeden se s tou doktorkou pohádal, nevím přesně, o co šlo, přišlo mi to zvláštní, že je ten saniťák takový protivný“). Sestra pacientku doprovodila na toaletu a plynule navazuje na přerušovaný rozhovor („V sanitce mi ten pán vysvětlil, že není naštvaný na mě, ale že mě paní doktorka nevyšetřila, pak už byl klidnější, já mu řekla, co mě trápí, proč jsem vlastně šla k doktorovi a co mi už v minulosti bylo, dělali mi EKG, to už znám a říkal, že ho mám dobrý, ale co by mi mohlo dělat to pálení na hrudi, to nevěděl“). Zhluboka se nadechla, chytila se za hrud' a vzpomínala dál („Mě když se to stalo poprvé tak tam byla vlastně ještě moc příjemná paní doktorka ze záchranky a ta mi tak promluvila do duše, že jsem okamžitě přestala kouřit a začala jsem víc chodit na procházky tak to беру jako pozitivum“). Během rozhovoru byla pacientka bez obtíží („Dneska co jsem ocenila, bylo to, že mi ten řidič nabídl rámě a pak mi šikovně pomohl do schodů v sanitce. Zeptala jsem se, jak se dostanu domů, kdyby mi nic nebylo, tak mi to vysvětlili. Původně jsem chtěla

jen k doktorce a ne do nemocnice, ale řekli, že to je nutné tak jsem jela“). K poslední otázce dodává („Frajeři, někteří jsou opravdu frajeři“). S pacientkou se loučíme a opouštíme během čekání na výsledky.

Rozhovor 7 (Respondent 7)

Žena, 70 let, v důchodu, dříve učitelka, čtyři dny bolest břicha, zácpa, pocit na omdlení („Zkušenost s voláním záchranky mám pro moji maminku, když měla doma mrtvici, přijeli záchranáři velmi milý, věděli, o co jde, a všechno bylo v pořádku, ale pak se to mamince vrátilo asi po půl roce a přijela záchranka s paní doktorkou a to byla katastrofa“). Upravuje si posed pro příjemnější komunikaci („Ta paní doktorka byla takový babochlap, našťvaná byla, že tam musí být a všechno jí bylo na obtíž a ještě to dala patřičně znát, to mi bylo velmi nepříjemné a umocňoval to pocit bezmoci, kterou mi tato situace přivodila, měla jsem strach o matku a lékařka se k vám stavěla negativně, já se vlastně bála něco říct hlavně kvůli mamince, aby jí nakonec vůbec někdo pomohl. Zeptala se mě na nepochopitelnou věc, jestli mají maminku odvézt do nemocnice, nebo jestli jí chci nechat doma. Nemohla jsem si jí nechat doma, proto jsem volala záchranku, ona potřebovala lékařskou péči. Dopadlo to nakonec dobře, ale paní doktorka by zasloužila pár facek, aby si uvědomila, že není na světě sama a že není něco víc než já nebo kdokoliv jiný, tam mi zkrátka vadilo to pohrdání člověkem, s kterým jsem se dosud nesečkala a doufám, že už nesečkám“). Druhá negativní zkušenost byla péče o manžela před mnoho lety („Seděli jsme doma a manžel se začal chovat divně, přestal mluvit a ochrnl na jednu stranu těla. Kousek od nás byla tenkrát pohotovost na poliklinice, tak jsem tam jela pro doktora, který byl velmi ochotný a sedl semnou do auta a vrátil se semnou domů. Tam řekl, že to je vážný a zavolal sanitku. Přijeli dva saniťáci od pohledu našťvaní, strašně pospíchali, nic je nezajímalo, já jim chtěla dát doklady, který odmítli. Řekli mi „to si přinesete do nemocnice sama, to mi nepotřebujeme, my si to zjistíme“ a zabouchli mi dveře před nosem. Neřekli mi, kam ho vezou a že si to mám zjistit přes záchranku. Naprosto šokující chování“). Při vzpomínce pacientka pláče („Smutné je, když máte zkušenost se záchrankou pouze třikrát a z toho dvakrát negativní“). Pacientka má k ZZS do jisté míry negativní postavení („Velmi mě to mrzelo hlavně u maminky, odjela do nemocnice a už se mi domů nikdy nevrátila“). Pacientka stručně hodnotí poslední dojem ZZS („Dnes to byla jiná liga, sympatičtí mladí slušní hoši, vzali si moje doklady, vyšetřovali mě, a sice se moc neusmívali, ale byli aspoň hodní, kdo ví, co ten den zažili“). Po příjezdu ZZS začala komunikace mezi záchranáři a praktickým lékařem („Ještě nikdy

jsem nezažila, že by záchranáři přišli, představili se a podali mi ruku, jeden byl fousatý a ten se mi zahleděl do očí, hodně mě to překvapilo už v té ordinaci, chvíli jim pan doktor povídal, na co přišel, že mám to břicho citlivé a kde a jak dlouho to trvá, pak mi ten druhý řekl, ať se posadím na křesílko a ať se neleknu, že mě zakloní“). Proběhla komunikace mezi záchranáři („Často vidím, že si spolu lidi málo povídají a tihle dva záchranáři si spolu řekli všechno, ten fousatý říkal tomu druhému, co ví od doktora, ale hlavně mluvili o tom, co mi vše udělají a kam mě povezou, já jsem bývala kantorka a myslím, že ten jeden toho druhého zaučoval“). Ocenila osobitý přístup („Píchli mi kanylu, ptali se mě, kolik tekutin jsem za poslední den vypila, pak se radili o infuzi, nakonec mi dali tuhle velikou, co mám. Vše mi změřili, šáhli mi oba dva na břicho, kde mě bolelo, řekli mi, že pojedeme do Motola a pak mě připoutali a jeli jsme“). Pacientka potřebovala vyšetřit lékařem specialistou („vysvětlili mi, že by to mohlo být neprůchozí střevo. Ani mě to moc nevyděsilo, já si to myslela a byla jsem ráda, že má domněnka se potvrdila“). Během komunikace si záchranáři počínali zdatně („přijeli jsme do nemocnice a záchranář co se o mě staral, mi vysvětlil, co se bude odehrávat dál, vše jim tady vysvětlil, pomohli mi z nosítek a rozloučili se, a zase jsem si všimla, jak mi podali ruku a koukali mi do očí. To se opravdu nestává často“). Pacientka uzavřela rozhovor odpovědí na poslední otázku („o vaší práci vím jen z televize, když je někde nějaká nehoda nebo požár, za celý život jsem měla zkušenost pouze třikrát, jak jsem vám vyprávěla a dneska semnou, slyšela jsem o pomoci českých záchranářů v zahraničí při katastrofách nebo vojáci pomáhají v Afgánistánu, co mě osobně těší, že na české záchranáře slyším přes media chválu. O vašem oboru moc nevím, ale vím jedno, že jsem to dřív bagatelizovala a po dnešku vidím, že je vše hlavně o lidech, jaký jsou“).

Rozhovor 8 (Respondent 8)

Muž, 78 let, v důchodu, dříve pracoval jako archeolog, stav po neošetřené cévní mozkové příhodě před půl rokem v zahraničí, dnes od rána pocit špatné artikulace („Mrtvici jsem měl vloni v zahraničí a kvůli jazykové bariéře, programu archeologické mise a nedůvěře v místní zdravotnictví jsem byl ošetřen až po přiletu domu a vše jsem pak řešil ambulantně. Bohužel jsem utrpěl trvalé následky, takže mi ruka a část obličeje moc dobře nefunguje“). Pacient pocítil obtíže již v noci cestou na toaletu („Nikdy jsem neměl potřebu volat sanitku, takže dnes mám svou první zkušenost, v noci jsem šel na toaletu a cestou jsem cítil jak to semnou hází ze strany na stranu, že nemám stabilitu a pravá noha mě neposlouchá tak jak by měla. Byl jsem poučen lékařem a přečetl jsem si o tom

literaturu, co dělat kdyby se mi to stalo znovu, věděl jsem, že nejvíce záleží na rychlosti ošetření. Nikdy jsem nechtěl být někomu na obtíž a volat někoho zbytečně takže jsem hned ráno zavolal mému lékaři a ten mi doporučil zavolat záhranku“). Komunikace s dispečinkem ZZS probíhal bez komplikací („Stručně a jasně se zeptali, kde jsme a co se stalo, naštěstí jsem mohl mluvit a po ukončení telefonátu jsem si řekl, že jsem nemusel mít asi ostych. Slečna na telefonu byla moc hodná a klidná, měl jsem strach, že volám zbytečně. Byla to moje chyba, že jsem nezavolal hned i pan doktor tady mi to řekl, že jsem měl volat hned“). Pacient čekal do příjezdu ZZS u otevřených dveří svého bytu („Doma mě vyzpovídali, co se stalo, tak jsem jim řekl, co bylo dřív a co mě trápí teď, pak mi měřili tlak a svítli mi do očí baterkou, to už jsem znal od mého neurologa a z minule tak to mě nepřekvapilo, zeptali se mě, jestli můžu chodit, že mi pomohou po schodech do sanitky a že mě musejí vzít na kontrolu do nemocnice, bavili jsme se, o co jde, co mě čeká a kam mě odvezou“). Jako pozitivní aspekt pacient vnímal klidné chování posádky ZZS („Nebral bych jako zásadní představení a podání ruky, kvituji hlavně klid, dobrá nálada, úsměv s tím, že se člověk pak cítí lépe, že právě není na obtíž, jako to vnímám já. Zcela jednoduše mi tímto dali klid“). Pacient díky svým obavám intenzivně vnímal chování záchranářů („Chovali se velmi profesionálně, účinně a bylo vidět, že je pro ně práce rutinou, že jsou sehraný tým. Jasně jsem cítil jednoho z nich jako dominantnějšího. Na vše se mě ptal, to ošetření z jejich strany bylo rychlé“). Přemýšlí o negativních aspektech („Neshledal jsem nic špatného, nic co by mi vadilo“). Proběhla informovanost pacienta („Sdělili mi vše, na co přišli, jen mé manželce neřekli nic, ale nedá se to označit jako negativum, jelikož sami nevěděli, do jaké nemocnice pojedeme, čekali, až jim zavolají, kam mě mají odvézt, pak teprve ženě řekli, kam jedeme a co mi má přinést do nemocnice“). Záchranář použil informační leták ZZS („manželce dali číslo do nemocnice, takže bude asi volat, ta má určitě strach co semnou je. Sepsali mojí anamnézu a upozornili mě, že to bude cestou dost drncat a houpat“). Lékař OUPD pacientovi sděluje zprávu, že se o cévní mozkovou příhodu nejedná („Přemýšlel jsem o cestě do nemocnice vlastním vozem, ale bylo by to pro mě fyzicky a psychicky tak náročné, že bych to zcela jistě nezvládl, ta nejistota, co se bude odehrávat po příjezdu do nemocnice, ze mě opadla, protože to vše záchranáři vyřešili za mě, hned se mě tu ujali a vše už věděli od záchranářů a za to jsem moc rád“). Po odmlce dodává („Klíčové, neobyčejně důležité, namáhavé a stresové zaměstnání, které je záslužné“).

Rozhovor 9 (Respondent 9)

Muž, 44let, zedník, pád do výkopu ze čtyř metrů, tržná rána hlavy, tříštivá fraktura levého lokte, kontuze kostrče, fraktura levého kotníku („*Pracovní úraz už jsem měl, ale tohle bylo poprvé, kdy jsem jel sanitkou*“). Pacient má ztíženou komunikaci pro preventivně nasazený krční límec („*Před pár lety jsem volal záchranku k auto nehodě a tam to bylo všechno perfektní, přijeli hasiči, záchranka, neuvěřitelně rychle všechno zabezpečili, rozstříhali auto, vytáhli pána, kterému naštěstí nic nebylo, jen nemohl ven. Ošetřovali hlavně motorkáře, ale ten vypadal taky v pořádku, takže dneska jsem jel sanitkou poprvé*“). Pacient byl asi minutu v bezvědomí („*Moc si to nepamatuju, klečel u mě kolega a volal na lidi okolo, že jsem otevřel oči, děsně mě bolel loket a kotník, tak jsem se posadil a viděl jsem, že je asi zlomený*“). Dle svědků po čas v bezvědomí pacient dýchal („*Přišel ke mně lékař, jak jsem pochopil protože jsem si to přečetl a ptal se mě na spousta věcí a začal na mě na celého šahat, kouknul se na ten kotník a povídá, že bude asi zlomený, říkám, že s loktem nemůžu skoro hnout, šáhl mi i na něj a cítil jsem jak je rozlámaný, tak pan doktor řekl záchranářovi o dlahu do které mi to hned zavázali, a ještě mi tekla krev z hlavy, tak tu mi taky zavázali, ale to říkal, že je na pár stehů*“). Dle pacienta, byl pro záchranáře na staveništi ztížený přístup („*Nemohli se ke mně dostat se vším vybavením a nemohli se tam dostat všichni, takže spolu mluvili přes vysílačku. Naložili mě ve dvou do výtahu, který máme na stavbě a vyvezli mě nahoru, kde na nás čekali další dva záchranáři s nosítkama a šetrně mě naložili do sanitky*“). Dle lékaře ZZS během transportu pacient neztratil vědomí a po celou dobu byl ve stabilizovaném stavu („*V sanitce mě ještě jednou celého vyšetřili a utáhli mě do nějaké tvrdé matrace a po chvíli jsme jeli do nemocnice, doktor si vyřídil nějaký hovor a pak mi říkal, za jak dlouho budeme v nemocnici a co všechno mě asi čeká*“). Lékař během transportu telefonicky vyřídil avízo do nemocnice („*Když mě v nemocnici vytahovali ze sanitky a ptali se mě, jestli je vše dobrý tak jsem si teprve všiml, že mám nějakou kapačku a nějaké čidla na hrudníku, špatně jsem to všechno sledoval, jak jsem měl ten límec na krku*“). Vzhledem k mechanice úrazu byl pacientův transport indikován do trauma centra („*V nemocnici jsem se dozvěděl, že jsem až v Motole a stalo se mi to na Chodově. Tak jsem se divil, proč nejsem v nějaké bližší nemocnici a to doktor zavtipkoval, že to z Motola mají blíž na oběd*“). U pacienta vzniklo podezření na vznikající otřes mozku („*Nevím vlastně proč mi dali ten límec, ani jsem nevěděl, kam pojedeme, prý jsem odněkud spadnul*“). Lékař

OUPD si přivolává lékaře neurologa a žádá CT vyšetření, pro zhoršení zdravotního stavu pacienta byl rozhovor předčasně ukončen.

Rozhovor 10 (Respondent 10)

Muž, 24let, student, akutní reakce na stres, ZZS volána svědky stresové reakce v MHD (*„Jel jsem ze školy tramvají domu a začalo se mi špatně dýchat, brněli mě rty a měl jsem mravenčení po celém těle“*). Pacient prochází na vysoké škole zkuškovým obdobím (*„Nějaká paní co seděla vedle mě, se mě ptala, jestli mi je dobře a moc si nepamatuju co se dělo dál, asi jsem omdlel, ale vystoupil jsem na Andělu z tramvaje na vzduch a stálo u mě pár lidí, který mi říkali, ať se posadím, že zavolali sanitku“*). Pacient doposud neměl zkušenost s přednemocniční péčí (*„Přijeli záchranáři, jeden se ke mně sehnul a zeptal se mě, jestli mě něco bolí, jestli se s ničím léčím a jak mi je a jestli můžu chodit, tak jsem řekl, že ano a vzali mě do sanitky a kousek popojeli ze zastávky“*). Pacient přiznal nervozitu ze vzniklé situace, s kterou neměl doposud zkušenost (*„V sanitce se mi zase začalo špatně dýchat, jeden z těch záchranářů mi dal pytlík do ruky a dost nepříjemně na mě zvedl hlas, abych dýchal do toho pytlíku, ten druhý se mě ptal na nějaký informace o mě, chtěl doklady a pořád si mezi sebou něco říkali. Moc jsem je neslyšel přes ten pytlík, jak šustil, když jsem do něj dýchal“*). Pacient přiznává, že v první moment nebyl schopný vnímat všechny okolnosti, která se okolo něho odehrávala (*„Co jsem vnímal jako pozitivní? Asi to, že mě odvezli do nemocnice a odešli, celou cestu jsem to vše vnímal, jako kdybych jim něco udělal a já ani nevěděl co se semnou děje, jen mi pořád opakovali, abych dýchal do toho pytlíku, a to jsem nechápal, proč mám dělat“*). Pacient sleduje dění na oddělení (*„Myslím, že nemusím mít předešlou zkušenost, abych vám řekl, že se ke mně chovali jak hulváti. Na té zastávce ještě dobrý, ale v sanitce semnou mluvili, jak kdybych byl zloděj nebo nějaká smažka. Mě bylo špatně a nevím z čeho a jejich řešení bylo „dejte mi doklady a dýchejte do pytlíku“ tak jsem radši dělal, co mi řekli“*). Během rozhovoru byl pacient klidný (*„Nevěděl jsem co mi je, jen mi řekli, že jedeme do Motola do nemocnice, vše jsem jim odkýval, nedovolil jsem si odporovat, bylo mi špatně, zklidnil jsem se až tady, sestřička mi dala nějakou tabletu a už tu chvíli ležím, ale od „záchranářů“ jsem se nic nedozvěděl, vlastně mě odvezlo taxi placené státem“*). Po odpovědi na tuto otázku byl rozzlobený (*„Nemůžu vám shrnout práci záchranářů, já jí vlastně nevím, to abych se bál vybourat v autě. Možná je to potíž velkoměsta, u nás na venkově by se asi takhle k lidem bezdůvodně nechovali. Hodně si rozmyslím, jestli záchránku někdy zavolám, to si radši do té nemocnice zaplatím taxi“*). Pacient prodělal

hyperventilační tetanii. Byl ambulantně ošetřen a opouští nemocnici ve stabilizovaném stavu.

4 Diskuze

Komunikace zdravotnických záchranářů bývá na oborových školách často opomíjena. Proto jsme se zaměřili na velmi důležité téma, kterým je komunikace s pacientem v přednemocniční péči, jelikož přímo ovlivňuje ošetření a následnou péči o pacienta. Správnou komunikací můžeme zvládnout i těžké situace během zdravotnického zásahu a je-li tato komunikace kvalitní, zvyšuje úroveň a množství získaných informací, profesionalitu a celkové povědomí veřejnosti o zdravotnické záchranné službě (dále jen „ZZS“).

Rozhovory na téma „Komunikace zdravotnického záchranáře v přednemocniční péči“ proběhly s deseti respondenty rozličného typu. Jednalo se o pacienty, kteří byli přivezeni ZZS na oddělení urgentního příjmu dospělých do fakultní nemocnice Motol. Oddělení nemocnice bylo ideálním neutrálním místem pro uskutečnění objektivních rozhovorů s dostatkem času, klidu a soukromí. Dalším důvodem pro zvolení tohoto oddělení byla komunikace jednotlivých respondentů s odlišnými posádkami ZZS. Eliminovat jsme tak možnost, že se budeme ptát respondentů, kteří byli ošetřeni, a tedy komunikovali s identickou posádkou ZZS. Se svolením nemocnice (příloha) za účelem výzkumu byly rozhovory uskutečněny během března a dubna 2017. Převážná většina pacientů byla vstřícná a měla chuť na dané téma komunikovat. Ačkoli musely být rozhovory v několika případech přerušovány z důvodu plnění ošetrovatelského procesu ze stran nemocnice, bylo na ně v pozdějším čase plynule navazováno. Vzniklo také jedno předčasné ukončení rozhovoru z důvodu náhlého zhoršení zdravotního stavu pacienta, zbylých devět rozhovorů bylo dokončeno. Otázky respondentů vznikaly převážně během nich a nejčastěji se týkaly ošetrovatelských postupů, vzdělání a náplně práce zdravotnických záchranářů.

Hlavním cílem průzkumu bakalářské práce bylo zjistit komunikační úroveň a používanou techniku komunikace ZZS v přednemocniční péči.

První průzkumná otázka byla zaměřena na používané dovednosti zdravotnických záchranářů při kontaktu s pacientem. Dle našich zjištění dopadla v devíti případech pozitivně. Respondentka č. 1 měla obavu ze své obezity a ostych, že ZZS volá zbytečně (*„Představili se mi a byli milí, nezaslechla jsem jedinou poznámku vůči mé obezitě, i když jsem já i oni věděli, že dostat se do sanitky bude komplikované. Celkově se ke mně chovali*

s mírným odstupem, ale mile.“). Respondent č. 2 měl strach z transportu do sanitky a nemocnice. Komunikaci ZOS a ZZS shrnul takto („Volali jsme na záchranku, bylo to hrozně rychlé, řekl jsem adresu a pak chtěla paní dispečerka vědět, co se mi stalo a jak mě to bolí, jen ten hovor dle mého názoru rychle ukončila. Dveře do bytu záchranářům otevřela moje žena a slyšel jsem, jak jí slušně pozdravili a představili se. Očistili si boty a podali mi ruku“). Respondentka č. 3 měla srovnání s komunikací z předešlých let. Intenzivně prožívala představení a podání ruky. („Mám dobré zkušenosti i z předešlých let. V posledních letech jsem jela záchrankou asi třikrát, možná víckrát. Záchranáři byli vždy milí, vstřícní, ochotní a to není samozřejmé. Moc mě potěšilo, že jsou hodní. Záchranář, co mě ošetřoval, se mi představil a podal mi ruku“). Respondent č. 4 naopak neměl předešlou zkušenost pro srovnání s komunikací ZZS. První dojem bral negativně, ačkoliv svůj finální závěr vyhodnotil pozitivně. („Nevím, jestli se mi záchranáři při vstupu do ordinace představili, ale určitě mě pozdravili. Byli spíše chladní a moc se mnou zezáčátku nehovořili, ale když mě vyšetřili, vše mi v sanitce vysvětlili. Přiznám se, že zprvu na mě působili našťavaně.“). Respondentka č. 5 se opět setkala se záchranářem, který ji v minulosti ošetřoval, a vnímala to přínosně. („Ten záchranář mě prakticky hned poznal, a když jsem věděla, že mi vloni pomohl, tak jsem neměla strach, usmál se na mě a to mi přišlo moc milé. Řekl mi, že mi píchne kanylu, a upozornil mě na to. Nakonec to vůbec nebolelo. Moc se mi líbil osobitý přístup.“). U Respondentky č. 6 shledáváme pozitivní zpětnou vazbu z předešlé péče ZZS. („Před pár lety jsem měla první infarkt. Byla u mě paní doktorka, která mi mile a nenásilně vysvětlila, co kouření způsobuje a že ten infarkt mám hlavně z kouření a taky to díky tomu huř snáším. Díky jejím slovům jsem kouření omezila a nakonec kouřit přestala.“). Respondent hodnotí poslední zkušenost s komunikací („Vůči mně se choval zcela asertivně a bez emocí“). Před mnoha lety měla Respondentka č. 7 opakovaně negativní zkušenost s komunikací se ZZS, cítila zášť a zároveň hodnotí poslední zkušenost. („Dosud jsem měla zkušenost pouze špatnou, dnes se vše odehrávalo v dobrém. Záchranáři se mnou mluvili klidně. Jasně a stručně mi řekli, co chtějí a řekli mi, jak budou postupovat. Záchranáři mezi sebou často soukromě hovořili a cítila jsem se, jak kdybych tam nebyla.“). U respondenta č. 8 ze strany záchranářů proběhlo představení se, podání ruky a slušné jednání na úrovni. Respondenta zaujalo snížení komunikujícího záchranáře na jeho úroveň, čili že si k němu klekl. Celkový dojem shrnul těmito slovy: („Nebral bych jako zásadní představení se a podání ruky, kvituji hlavně klid, dobrou náladu, hlavně úsměv, kterým mě uklidnili. Chovali se velmi profesionálně a účinně. Působili jako sehraný tým, který dělá rutinní práci.“)

Jednoho z nich jsem cítil dominantnějším, jelikož rozhovor semnou vedl hlavně on. Neshledal jsem nic špatného, nic, co by mi vadilo“). Respondent č. 9 nevnímal přímou komunikaci záchranářů, ale hlavně dění kolem něj. Osobní přístup a přímou komunikaci zažil až ve voze ZZS. (*„Viděl jsem záchranáře, přečetl si, že to je doktor, mluvil se mnou a ptal se mě, jak mi je. Chtěli mě rychle dostat do sanitky. V sanitce už se mě ptali, jak se jmenuju. Lékař se mi představil a řekl mi, co se bude dít dál, pak telefonoval a poté mi vše vysvětlil. Jediné co jsem nevěděl, bylo, kam jedeme“*). Během rozhovoru s respondentem č. 10 se setkáváme s negativní zkušeností komunikace záchranářů: (*„Jeden ze záchranářů se ke mně sklonil a zeptal se mě, jestli mě něco bolí. V sanitce, když se mi opět špatně dýchalo, tak na mě druhý záchranář zvýšil hlas a říkal mi, co mám dělat. Ten první se mě pořád na něco ptal a chtěl hlavně doklady. Chovali se ke mně jako hulváti. Neřekli mi, co mi je, kam mě vezou, jen zabouchli dveře a rozjeli se.“*). Výsledkem první průzkumné otázky je použití asertivního jednání. Velký dojem na respondentech zanechala neverbální komunikace, ať už to bylo podání ruky nebo jiné gesto. Pozitivně vnímáno bylo, též představení zasahující VS. Velmi subjektivně můžeme uzavřít první otázku tím, že se pacient může setkat v 90% s pozitivní komunikací a v 10% s negativním přístupem.

Druhá průzkumná otázka se zabývala tím, jak pacient vnímá komunikaci zdravotnických záchranářů během ošetřování a transportu do zdravotnického zařízení. Zde byla snaha rozklíčovat komunikaci VS a vnímání pacienta. Během řešeného případu u Respondentky č. 1 se záchranáři průběžně radili ohledně jejího transportu (*„Záchranáři se shodli, že bude pro transport bezpečnější, když si zavolají strážníky na pomoc“*). Respondentka ocenila taktnost volených slov během komunikace s dispečinkem. Druhým důvodem, proč volali posilu, byla její váha. Díky zvoleným slovům se respondentka dle jejího názoru necítila v dané situaci trapně. Respondentka poukázala na osobitý přístup záchranáře během transportu do nemocnice: (*„Moc hezky a lidsky si se mnou během cesty povídal, nebyla jsem v ohrožení života, a tak jsme si povídali o rodině a počasí.“*). Respondent č. 2 si všiml komunikace záchranářů a rozdělení jejich úkolů. Zatímco ošetřující záchranář pomáhal oporou pacientovi při chůzi, druhý připravil nosítka, na která si pacient s dopomocí lehl. (*„Záchranář, co mi pomáhal, mě cestou k sanitce povzbuzoval a dával mi čas si odpočinout, vysvětlil mi, jak mám chodit, aby mě to co nejméně bolelo“*). Respondentka č. 3 zmínila své nároky na sdělení informací ohledně jejího zdravotního stavu. Všimla si komunikace VS přes interní komunikátor v sanitním

voze, který použili při transportu do nemocnice. (*„Nebavili si o ničem, čemu bych nerozuměla, během jízdy spolu mluvili přes nějaké mluvítka. Ten u mě upozorňoval řidiče, aby jel malinko šetrněji, a on ho poslechl, jinak mi vše vysvětlili, co se bude dít, upozornil mě během cesty, kde jsme a za jak dlouho budeme v nemocnici.“*).

Respondentka č. 5 vnímala záchranáře jako autoritu. Již jednou jí v minulosti pomohl a měla v něj důvěru. (*„Usmál se na mě a řekl mi, že pro mě udělá maximum.“*).

Respondentka tato slova označila jako uklidňující a zmírňující pocit strachu. Cítila, že si je záchranář jistý tím, co dělá. Respondentka č. 6 uvádí případ, kdy proběhla výměna názorů mezi praktickým lékařem a záchranářem ZZS: (*„Nejdříve se záchranář pohádal s paní doktorkou v ambulanci, což mi přišlo neprofesionální, ale později mi vysvětlil, proč konflikt vznikl. Cestou do sanitky záchranáři vůbec nemluvili a v sanitce spolu mluvili o něčem pracovním, ale tomu jsem nerozuměla. Ohledně mého zdravotního stavu mi byly všechny otázky zodpovězeny.“*).

Respondentka č. 7 zdůraznila oční kontakt záchranáře: (*„Ještě nikdy jsem nezažila, že by záchranáři přišli, představili se a podali mi ruku. Jeden byl fousatý a ten se mi zhluboka zahleděl do očí, to na mě zanechalo dojem. Pak mi ten druhý řekl, ať se posadím na křesílko a ať se neleknu, že mě zakloní.“*).

Stejně tak vypíchl Respondent č. 8 počiny záchranářů: (*„Klid a oční kontakt pro mě byly povzbuzující, dále jak spolu hovořili mezi sebou, pomáhali si, byli klidní, přes telefon zavolali do nemocnice.“*).

Respondent č. 9 se oproti jiným respondentům nacházel zraněný ve výkopu, kde byl dle popisu obtížný přístup: (*„Přišel ke mně lékař, spěchal, ležel jsem zraněný ve výkopu, vnímal jsem komunikaci záchranářů přes vysílačky. Až v sanitce si se mnou začali povídat trochu osobněji.“*).

Během ošetření Respondenta 9 vznikla komunikační souhra záchranářů prostřednictvím vysílaček. Stejně jako v předešlé průzkumné otázce měl respondent č. 10 negativní zkušenost i zde: (*„Vnímal jsem, jak se mezi sebou baví stylem“ to snad není možný, mladí jsou chcípáci, co nic nevydrží, hned se ze všeho hroutí“*). Byli podráždění i mezi sebou, ale na ulici se chovali neutrálně. Asi proto, že jsou na očích lidem a pod kamerami.“).

V rámci těchto 10 respondentů, jsme se setkali se zajímavými poznatky a jednoznačně pozitivními výsledky. Zdravotničtí záchranáři v drtivé většině užívají haptiku, viziku, gestiku a kineziku, která je pro pacienty čitelná. Používají asertivní jednání, ve kterém si udržují dostatečný odstup od pacientů. Na úkor náročnosti tvorby rozhovorů a počtu respondentů nemůžeme vyvodit tak objektivní pohled na danou problematiku jak bychom chtěli. Postačí nám ovšem k vytvoření představy o stavu komunikačních dovedností zdravotnických záchranářů v přednemocniční péči. Z druhé průzkumné otázky s kooperací s první průzkumnou otázkou se dají pro praxi vyvodit tyto doporučení:

- Představujeme se
- Podáváme ruku
- Usmějme se
- Vysvětlujeme důležité informace
- Buďme vstřícní
- Mějme pokoru
- Zachovejme neutrální postavení
- Klid během práce
- Dbejme na ochranu majetku
- Mluvme srozumitelně a jasně
- Budujme důvěru
- Užívejme komunikační etiky

Danou komunikační problematikou se zabývá Kolářová, jenž se setkává jednoznačně s pozitivními výsledky. Velmi podobnou tématikou situovanou do nemocničního prostředí se setkáváme u Žajdlíkové, která získala bohužel příliš negativních poznatků. Poslední s kým jsme porovnávali dosažených výsledků a zabývá se komunikací ve zdravotnictví, je Michalíková, která se soustředí hlavně na personální komunikaci ve zdravotnictví. Michalíková dosáhla z větší části pozitivních výsledků, ovšem výsledky nebyli jednoznačné jako u autorky Kolářové a Žajdlíkové.

ZÁVĚR

V bakalářské práci jsme se zaměřili na téma komunikace zdravotnických záchranářů při poskytování přednemocniční péče. Cílem bylo zjištění spokojenosti pacientů s komunikací ZZ. Teoretická část práce obsahuje podstatu obecné komunikace. Zabývá se verbální a neverbální komunikací a v neposlední řadě obsahuje doporučené postupy komunikace u nejčastějších skupin pacientů.

Praktická část se zabývá rozborem nahraných rozhovorů s pacienty, kteří zažili komunikaci zdravotnického záchranáře. Pro zachování co nejvíce dat, byli rozhovory uskutečňovány co nejdříve po ukončení péče zdravotnického záchranáře. Zaměřili jsme se na používané komunikační dovednosti záchranářů během ošetřování a vnímání komunikace pacientem jak mezi záchranáři v posádce RZP tak v komunikace s ním. V rámci našeho průzkumu jsme zjistili, že drtivá převaha respondentů má pozitivní zkušenost s komunikací ZZS. Pozitiva můžeme stručně shrnout slovy úcta, etika, haptika, vizika, a profesionalita. Jedna třetina dotazovaných měla předešlou zkušenost se záchrannou službou a potvrdila nám, rapidní zkvalitnění komunikačních dovedností jednotlivých VS oproti minulým zkušenostem. U minimálního počtu dotazovaných jsme se setkali s nespokojeností komunikace záchranářů. Právě v těchto minimálních počtech případů vidím možnost jak se poučit z uskutečněných chyb a předejít tak v budoucnu konfliktům a jiným nežádoucím vlivům během komunikace. Jeden z důležitých poznatku nespokojených respondentů je fakt, že hraje značnou roli v komunikaci stres, únava a syndrom vyhoření, který je u daného povolání bohužel zcela běžný. Předpokladem k odbourání negativní komunikace by mohla být sebereflexe nebo oboustranná zpětná vazba.

Vymezený hlavní cíl se nám podařilo naplnit, jelikož značná míra dotazovaných měla pozitivní ohlas na komunikaci zdravotnických záchranářů. Domnívám se, že prozkoumávaná problematika, jak komunikace ovlivňuje pacienty v PNP dopadla kladně.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

ALLEN, P.A., M SLIWINSKI, a T. BOWLE, 2002. *Differential Age Effects in Semantic and Episodic Memory, Part II: Slope and intercept Analyse*, In: *Experimental Aging research*, 28, 2, s. 111-142, ISSN 0361-073x.

ANDROŠOVÁ, A., 2012. *Psychologie a komunikace pro záchranáře*. Praha: 1. vyd. Grada Publishing. ISBN 978-80-247-4119-2.

BOROŇOVÁ, Jana, 2010. *Kapitoly z ošetrovatelství I*. Plzeň: Maurea. ISBN 978-80-902876-4-8.

BRŮHA, D. a E. PROŠKOVÁ, 2011. *Zdravotnická povolání*. Praha: Wolters Kluwers. ISBN 978-80-7357-661-5.

BURKE, M. D. a M. A. SHAFTO. 2004. Aging and language production. In *Psychological Science*. Vol. 13, No. 1, s. 21-24, ISSN 0956-7976.

HENDL, Jan, 2008. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-485-4.

IVANOVÁ, K., L. ŠPIRUDOVÁ a J. KUTNOHORSKÁ, 2005. *Multikulturní ošetrovatelství I. s. 125*. Praha: Grada Publishing ISBN 80-247-1212-1.

JANÁČKOVÁ, Laura a Petr WEISS. 2008. *Komunikace ve zdravotnické péči*. Praha: Portál. ISBN 978-807-3674-779.

JANÁČKOVÁ, Laura a Josef PAVLÁT. 2007. *Psychologické aspekty zdravotnické komunikace*. 1. vyd. Brno: Masarykova universita. ISBN 978-80-210-4330-6.

JANOŠEK, Jaromír, 2015. *Psychologické základy verbální komunikace*. Vydání 1. Praha: Grada, Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-4295-3.

KELNAROVÁ, Jarmila a Eva MATĚJKOVÁ. 2008. *Psychologie a komunikace: pro zdravotnické asistenty 4. ročník*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing. Sestra. ISBN 978-802-4728-315.

KOLÁŘOVÁ, M., 2009. *Komunikace zdravotnického personálu s klienty*. Bakalářská práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, České Budějovice, 2009.

KŘIVOHLAVÝ, Jaro. 2010. *Sestra a stres: příručka pro duševní pohodu*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-802-4731-490.

LINHARTOVÁ, V. 2007. *Praktická komunikace v medicíně*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-1784-5.

MICHALÍKOVÁ, P. 2012. *Komunikace mezi zdravotnickým personálem*. Bakalářská práce. Masarykova univerzita, lékařská fakulta, katedra ošetrovatelství, Brno, 2012.

MIKULAŠTÍK, Milan. 2010. *Komunikační dovednosti v praxi 2.*, doplněné a přeprac. vyd., s. 81. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-2339-6.

PECH, Jaroslav. 2009. *Řeč těla a komunikace. 1. vydání*. Praha: NS Svoboda. ISBN 978-80-205-0606-1.

PLAMÍNEK, J., 2008. *Sebepoznání, sebeřízení a stres Praktický atlas sebezvládnutí. 2.*, aktualizované a doplněné vyd., Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-2593-2.

POKORNÁ, Andrea. 2011. *Efektivní komunikační techniky v ošetrovatelství. 3. Vyd.* Doplněné. Brno, NCO NZO, ISBN 978-80-7013-524-2.

PTÁČEK, Petr a kol., 2011. *Etika a komunikace v medicíně*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-3976-2.

SCHNEIDEROVÁ, Anna a Marek SCHNEIDER. 2008. *Komunikační dovednosti*. 1.vyd. Ostrava. ISBN 978-80-7368-268-2.

STRNADOVÁ, Věra. 2007. *Sociální vnímání (percepce)*. Hradec králové: r. 16 č. 4. <http://unas.svkhk.cz/clanek.asp?id=756>

ŠPATENKOVÁ, N. a J. KRÁLOVÁ. 2009. *Základní otázky komunikace – komunikace (nejen) pro sestry*. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-599-4.

VENGLÁŘOVÁ, Martina. 2011. *Sestry v nouzi: syndrom vyhoření, mobbing, bossing*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-802-4731-742.

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

ŽAJDLÍKOVÁ, B. 2010. *Komunikace zdravotních pracovníků s pacienty v chirurgických oborech*. Bakalářská práce. Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, Zlín, 2010.

PŘÍLOHY

Vysoká škola zdravotnická, o.p.s.
Duškova 7, 150 00 Praha 5



PROTOKOL K PROVÁDĚNÍ SBĚRU PODKLADŮ PRO ZPRACOVÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(součástí tohoto protokolu je, v případě realizace, kopie plného znění dotazníku,
který bude respondentům distribuován)

Příjmení a jméno studenta	Jan Zajíček, DiS.	
Studijní obor	Zdravotnický záchranář	Ročník
Téma práce	Komunikace zdravotnického záchranáře v přednemocniční péči.	
Název pracoviště, kde bude realizován sběr podkladů	.odd. urgentního příjmu dospělých, FNM	
Jméno vedoucího práce	Mgr. Jaroslav Pekara Ph.D.	
Vyjádření vedoucího práce k finančnímu zatížení pracoviště při realizaci výzkumu	Výzkum <input type="radio"/> bude spojen s finančním zatížením pracoviště <input checked="" type="radio"/> nebude spojen s finančním zatížením pracoviště	
Souhlas vedoucího práce	<input type="radio"/> souhlasím <input type="radio"/> nesouhlasím	
Souhlas náměstkyně pro ošetrovatelskou péči	<input checked="" type="radio"/> souhlasím <input type="radio"/> nesouhlasím	podpis Mgr. Jana Nováková, MBA náměstkyně pro ošetrovatelskou péči FN Motol

V...Praze..... dne ...23.3.2017.....

.....
připis studenta