

UNIVERZITA PARDUBICE
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2020

Tomáš Bouček

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií

Využití netechnických dovedností v přednemocniční péči

Tomáš Bouček

2020

Bakalářská práce

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií
Akademický rok: 2018/2019

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(projektu, uměleckého díla, uměleckého výkonu)

Jméno a příjmení: **Tomáš Bouček**
Osobní číslo: **Z17369**
Studijní program: **B5345 Specializace ve zdravotnictví**
Studijní obor: **Zdravotnický záchranář**
Téma práce: **Využití netechnických dovedností v přednemocniční péči**
Zadávající katedra: **Katedra klinických oborů**

Zásady pro vypracování

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

Rozsah pracovní zprávy: **35 stran**
Rozsah grafických prací: **dle doporučení vedoucího**
Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná/elektronická**

Seznam doporučené literatury:

- PEKARA, Jaroslav. *Komunikace jako sebeobrana zdravotníka*. Praha: Institut postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví, 2015. ISBN 978-80-87023-46-4.
- PTÁČEK, Radek a Petr BARTŮNĚK. *Etika a komunikace v medicíně*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3976-2.
- REMĚŠ, Roman a Silvia TRNOVSKÁ. *Praktická příručka přednemocniční urgentní medicíny*. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-4530-5.
- ŠÍN, Robin. *Medicína katastrof*. Praha: Galén, 2017. ISBN 978-80-7492-295-4.
- ŠTĚTINA, Jiří. *Zdravotnictví a integrovaný záchranný systém při hromadných neštěstích a katastrofách*. Praha: Grada, 2014. ISBN 978-80-247-4578-7.

Vedoucí bakalářské práce: **Mgr. Jindra Holeková, DiS.**
Katedra klinických oborů

Datum zadání bakalářské práce: **1. prosince 2018**
Termín odevzdání bakalářské práce: **7. května 2020**

L.S.

doc. Ing. Jana Holá, Ph.D.
děkanka

Mgr. Jan Pospíchal, Ph.D.
vedoucí katedry

V Pardubicích dne 13. března 2020

PROHLÁŠENÍ AUTORA

Prohlašuji:

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

Byl jsem seznámen s tím, že se na moji práci vztahují práva a povinnosti vyplývající ze zákona č. 121/2000 Sb., o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon), ve znění pozdějších předpisů, zejména se skutečností, že Univerzita Pardubice má právo na uzavření licenční smlouvy o užití této práce jako školního díla podle § 60 odst. 1 autorského zákona, a s tím, že pokud dojde k užití této práce mnou nebo bude poskytnuta licence o užití jinému subjektu, je Univerzita Pardubice oprávněna ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložila, a to podle okolností až do jejich skutečné výše.

Beru na vědomí, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb., o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších předpisů, a směrnicí Univerzity Pardubice č. 7/2019 Pravidla pro odevzdávání, zveřejňování a formální úpravu závěrečných prací, ve znění pozdějších dodatků, bude práce zveřejněna prostřednictvím Digitální knihovny Univerzity Pardubice.

V Pardubicích dne:

.....

Tomáš Bouček

PODĚKOVÁNÍ

Na tomto místě bych rád poděkoval svému vedoucímu práce Mgr. Jindře Holekové Dis. za její spolupráci, ochotu, trpělivost a cenné rady při strukturování teoretické části a cenné poznatky k praktické části. Dále bych chtěl poděkovat své rodinně za podporu po dobu mého studia.

ANOTACE

Práce je zaměřena na využití netechnických dovedností v přednemocniční péči. Základem netechnických dovedností je týmová spolupráce, vedení týmu, rozhodovací proces a situační povědomí. Tyto oblasti jsou spjaty pomocí komunikace. Ta je ovšem ve zdravotnictví považována za jednu z nejslabších oblastí, což může mít za následek vznik nedorozumění, komunikačního šumu a konfliktů. To má za následek selhání lidského faktoru, kterému je připisováno velké množství chyb.

KLÍČOVÁ SLOVA

Netechnické dovednosti, komunikace, leadership, tým, týmová práce, situační povědomí, krizové řízení lidských zdrojů

TITLE

Use of non-technical skills in pre-hospital care.

ANNOTATION

The work is focused on the use of non-technical skills in pre-hospital care. Non-technical skills are based on teamwork, team leadership, decision-making and situational awareness. These areas are connected through communication. However, this is considered to be one of the weakest areas in the health sector, which can result in misunderstandings, communication noise and conflicts. This results in the failure of the human factor, which is attributed to a large number of errors.

KEYWORDS

Non-technical skills, communication, leadership, team, teamwork, situational awareness, crisis management of human resources

OBSAH

Úvod.....	11
1 Cíl práce.....	12
1.1 Cíl teoretické části.....	12
1.2 Cíl praktické části.....	12
2 Teoretická část.....	13
2.1 Netechnické dovednosti.....	13
2.2 Komunikace.....	13
2.2.1 Verbální komunikace.....	14
2.2.2 Neverbální komunikace.....	14
2.2.3 Proces komunikace.....	15
2.2.4 Funkce komunikace.....	16
2.2.5 Komunikace ve zdravotnictví.....	16
2.2.6 Komunikace v přednemocniční péči.....	17
2.2.7 Komunikace s pacienty a příbuznými.....	17
2.2.8 Komunikace v týmu záchranné služby.....	18
2.2.9 Komunikace s dispečinkem.....	18
2.3 Leadership.....	19
2.3.1 1. úroveň: Pozice.....	19
2.3.2 2. úroveň: Svolení.....	19
2.3.3 3. úroveň: Produkce.....	19
2.3.4 4. úroveň: Personální rozvoj.....	19
2.3.5 5. úroveň: Vrchol:.....	19
2.3.6 Leadership v PNP.....	20
2.4 Týmová práce.....	20
2.4.1 Efektivní tým.....	21
2.4.2 Motivace týmu.....	21

2.4.3	Vývojové fáze týmové práce	21
2.4.4	Týmová práce v PNP	22
2.5	Krizové řízení lidských zdrojů	22
2.5.1	Řídící styly	23
2.5.2	Základní principy krizového řízení	23
2.6	Situační povědomí	25
3	praktická část	27
3.1	Průzkumné otázky	27
3.2	Metodika praktické části	27
3.2.1	Hodnocené parametry	28
3.3	Pilotní studie	29
3.4	Analýza průzkumných dat	29
4	Prezentace výsledků	30
4.1	Rozdělení skupin	30
4.2	Teamleader	31
4.3	Komunikace	33
4.4	Týmová spolupráce	35
4.5	Rozdělení úkolů	37
4.6	Situační povědomí	39
4.7	Rozhodovací proces	41
4.8	Pracovní klima	43
5	Diskuze	45
6	Závěr	49
7	Použitá literatura	50
8	Přílohy	52

SEZNAM OBRÁZKŮ A TABULEK

OBRÁZEK 1 ROZDĚLENÍ SKUPIN	30
OBRÁZEK 2 ZŘEJMÝ TEAMLEADER 2. ROČNÍK	31
OBRÁZEK 3 ZŘEJMÝ TEAMLEADER 3. ROČNÍK	32
OBRÁZEK 4 KOMUNIKACE 2. ROČNÍK	33
OBRÁZEK 5 KOMUNIKACE 3. ROČNÍK	34
OBRÁZEK 6 TÝMOVÁ SPOLUPRÁCE 2. ROČNÍK	35
OBRÁZEK 7 TÝMOVÁ SPOLUPRÁCE 3. ROČNÍK	36
OBRÁZEK 8 ROZDĚLENÍ ÚKOLŮ 2. ROČNÍK	37
OBRÁZEK 9 ROZDĚLENÍ ÚKOLŮ 3. ROČNÍK	38
OBRÁZEK 10 SITUAČNÍ POVĚDOMÍ 2. ROČNÍK	39
OBRÁZEK 11 SITUAČNÍ POVĚDOMÍ 3. ROČNÍK	40
OBRÁZEK 12 ROZHODOVACÍ PROCES 2. ROČNÍK	41
OBRÁZEK 13 ROZHODOVACÍ PROCES 3. ROČNÍK	42
OBRÁZEK 14 PRACOVNÍ KLIMA 2. ROČNÍK	43
OBRÁZEK 15 PRACOVNÍ KLIMA 3. ROČNÍK	44

SEZNAM ZKRATEK A ZNAČEK

PNP – přednemocniční péče

IZS - Integrovaný záchranný systém

ÚVOD

Netechnické dovednosti tvoří základ každodenní práce zdravotníků nejen ve zdravotnických zařízeních, ale i v přednemocniční péči. Často jsou netechnické dovednosti zdravotníky používány, aniž by si to uvědomovali, nebo aniž by věděli co to netechnické dovednosti jsou a co všechno do nich patří.

Netechnické dovednosti jsou tvořeny čtyřmi základními oblastmi zahrnující vedení týmu neboli leadership, týmovou práci, krizové řízení lidských zdrojů a situační povědomí. Leadership je oblast zabývající se jaké vlastnosti má mít správný teamleader a jak efektivně vést tým. Týmová práce je nepostradatelná oblast pro zdravotnictví. Kapitola týmové práce se zaměřuje na práci v efektivním týmu, jeho správnou motivaci a vývojovými fázemi týmu. Kapitola krizového řízení lidských zdrojů je zaměřená na řídicí styly a základní principy krizového řízení. Situační povědomí upozorňuje na důležitost sběru informací, práce s lidmi a schopnosti předvídání. Všechny oblasti netechnických dovedností jsou nesmírně důležité, avšak nebylo by možné je použít bez využití komunikace. Komunikace společně s leadershipem, týmovou prací, krizovým řízením a situačním povědomím tvoří jeden celek. Komunikace je ale považována za jednu z nejslabších oblastí ve zdravotnictví. Špatná komunikace vede k nedorozumění, vzniku komunikačních šumů a konfliktů. To má za následek selhání lidského faktoru. Aby nedocházelo k selhávání lidského faktoru, je třeba směřovat pozornost k nácvičce netechnických dovedností a zvýšit povědomí mezi zdravotnickým personálem o netechnických dovednostech a jejich správném použití.

1 CÍL PRÁCE

Cílem práce je zhodnotit využití netechnických dovedností při poskytování přednemocniční péče.

1.1 Cíl teoretické části

Cílem teoretické části je popsat problematiku netechnických dovedností v přednemocniční péči.

1.2 Cíl praktické části

Porovnat využití netechnických dovedností při poskytování přednemocniční péče u studentů 2. a 3. ročníku oboru Zdravotnický záchranář pomocí modelových situací.

Dílními cíli praktické části jsou:

1. Ověřit schopnosti studentů při využití netechnických dovedností.
2. Porovnat studenty druhého a třetího ročníku.

2 TEORETICKÁ ČÁST

2.1 Netechnické dovednosti

Netechnické dovednosti jsou kognitivní a mezilidské dovednosti, které jsou základem pro efektivní týmovou práci. Jsou zároveň až z 80 % důvodem vedoucím k selhání lidského faktoru. Netechnické dovednosti tvoří celkem čtyři oblasti, mezi něž patří leadership, týmová spolupráce, krizové řízení lidských zdrojů a situační povědomí. Tyto oblasti jsou navzájem propojeny pomocí komunikace. Do netechnických dovedností patří i umění být členem týmu, správné rozdělování úkolů, schopnost správného a rychlého rozhodování, umění předvídat v daných situacích a rychle jednat. (Guidelines 2015)

Pojem lidský faktor zastřešuje a analyzuje, jak se pracovníci ve zdravotnictví dokáží sít s věcmi, jako jsou předpisy\standards, vybavení a zvládnutí stresu v pracovním prostředí. Netechnické dovednosti konkrétně zkoumají interakce mezi členy týmů. Lidský faktor společně s netechnickými dovednostmi se začínají ve zdravotnictví považovat za stejně důležité jako odborné dovednosti, a proto je na ně brán stále větší zřetel. Stále však bývají špatně formulovány v kurzech, během cvičení i při jejich hodnocení. S cvičením netechnických dovedností se začalo v leteckém průmyslu, za účelem snížení počtu nehod. Zavedení a začátek formálních cvičení v oblasti netechnických dovedností ukazuje snížení nehod v leteckém průmyslu. Z toho důvodu se zavedlo formální cvičení netechnických dovedností i ve zdravotnictví. Na základě těchto výsledků byla zdravotnickými zařízeními uznána důležitost netechnických dovedností pro praxi. Za průkopníky ve zdravotnictví ve využití netechnických dovedností jsou považováni anesteziologové. (Guidelines 2015)

Ačkoliv jde o celkem novou oblast ve zdravotnictví, je třeba přikládat netechnickým dovednostem velkou váhu. Zdravotnictví v České republice je vybaveno velmi pokročilými technologiemi, včetně moderních přístrojů, které hlídají, zda jsou dané technologie používány správně. Technologie však nedokáží ohlídat správné použití netechnických dovedností, a proto je zde stále prostor pro vznik chyb. (Guidelines 2015)

2.2 Komunikace

Slovo komunikace pochází z latinského slova communicatio, které je odvozeno od latinského slova communicare, jenž v českém překladu znamená radit se, dorozumívat se s někým. Jedná se o proces přenosu a výměny informací mezi lidmi, který je závislý na mnoha faktorech. Komunikace je velmi komplexní pojem, což vede k velkému zájmu mnoha vědních oborů, z nichž se ji každý snaží popsat ze svého úhlu pohledu a svého určitého teoretického rámce,

což má za následek, že neexistuje jednotná definice pro slovo komunikace. Příkladem definice pro slovo komunikace mohou být: „Komunikace je proces, jímž lidé předávají informaci, ideje, postoje a emoce jiným lidem“,¹ od amerického sociologa J.W. Vander Zandena nebo „Komunikace je kdo říká, co, jakým kanálem, komu, s jakým efektem“² od amerického politologa H. D. Lasswela. Z této definice lze snadno odvodit pět prvků komunikace, jenž je komunikátor, adresát, komunikační kanál, mediované sdělení a účinek. Komunikace je také základním pilířem soužití a prostředkem utvářející společnost. Komunikaci dělíme na dvě skupiny, a to na verbální a neverbální. (Mikuláščík, 2010)

2.2.1 Verbální komunikace

Verbální komunikace je tvořena slovy, proto její základní interakcí je jazyk. Jazyk je soubor symbolů a znaků, které umožňují vzájemné dorozumívání mezi lidmi. Zvukový, artikulovaný projev jazyka nazýváme řeč. Abychom jsme se mohli dorozumívat prostřednictvím jazyka a řeči je zapotřebí znalost pravidel, mít slovní zásobu a mentální i biologická způsobilost. Další součástí verbální komunikace jsou paralingvistické prostředky, jenž souhrnně označují zvukovou charakteristiku hlasu jako je tón, síla a výška hlasu, a také formální charakter řeči pod kterým najdeme rytmus a rychlost řeči. (Mikuláščík, 2010)

2.2.2 Neverbální komunikace

Neverbální komunikací označujeme mimoslovní sdělení informací, a to prostřednictvím gest, pohybů těla, mimiky, postoje a vzdáleností, kterou udržujeme. Často ji označujeme jako řeč těla. K nejdůležitějším projevům neverbální komunikace patří doteky, jako je podání ruky či obětí. Bylo zjištěno, že až 55% obsahu sdělení je zprostředkováno právě neverbální komunikací, a proto lze pomocí neverbální komunikace obrátit smysl verbálního projevu. (Mikuláščík, 2010)

¹ Komunikace. Wikisofia [online]. 2013 [cit. 2019-11-09]. Dostupné z: https://wikisofia.cz/wiki/Komunikace#P.C5.99.C3.ADklady_kni.C5.BEn.C3.ADch_definic_komunikace odkazuje na (Sociální psychologie. Vyd. 2., rozš. a přeprac. Praha: Academia, 2009. ISBN 978-80-200-1679-9.)

² Komunikační pasti v medicíně: praktický manuál komunikace lékaře s pacientem. 2., dopl. vyd. Praha: Galén, c1999. ISBN 80-726-2032-0.

Mezi obory zabývající se neverbální komunikací patří:

Kinezika: Kinezika je nauka o pohybech člověka. Sleduje pohyby těla jako jsou pohyby hlavy, krku, způsob chůze, způsobu držení těla a motorického neklidu u lidí, kteří jsou ve vzájemném kontaktu.

Gestika: Nauka o pohybech rukou doprovázející verbální komunikaci.

Posturologie: Nauka pojednávající o pozicích a držení těla během komunikace.

Proxemika: Proxemika vyjadřuje vztah lidí prostřednictvím vzdálenosti, kterou osoby zaujímají při komunikaci.

Mimika: Nauka pojednávající o významu pohybu mimických svalů během konverzace.

Haptika: Nauka o mezilidském kontaktu jako je podání ruky, poplácání po rameni či polibek při komunikaci.

Paralingvistika: Nauka někdy nazývaná jako extralingvistické projevy obsahující mimojazykové prvky verbální komunikace. Pod paralingvistikou rozumíme například hlasitost a výšku hlasu nebo pomlky v řeči.

2.2.3 Proces komunikace

Každá mezilidská komunikace zahrnuje přenos a výměny sdělení mezi účastníky. Odborně to označujeme jako komunikační proces. Komunikační proces je ovlivňován mnoha faktory, kterými jsou schopnost komunikace, vnímavost, osobní prostor, čas, prostředí, postavení, vzájemné vztahy a také postoje a emoce. Komunikační model má pět základních složek. První složkou je vysílač neboli ten účastník komunikace, jenž vysílá sdělení. Nato navazuje druhá složka komuniké, což nám popisuje obsah sdělení. Třetí zde máme komunikační kanál. Ten nám popisuje, prostřednictvím jakého média je sdělení odesláno. Čtvrtou složkou je komunikant neboli příjemce sdělení. Poslední, tedy pátou složkou je zpětná vazba od příjemce zprávy, abychom jsme se přesvědčili, že sdělení porozuměl. (Nakonečný, 2009)

2.2.4 Funkce komunikace

Důležitým aspektem komunikace je její funkce. Ta vyjadřuje nejen její objektivní využití, ale i motivaci a záměry všech zúčastněných v komunikačním procesu. Komunikace má 5 základních funkcí:

Informativní: Touto funkcí chceme předat informace, oznámit zprávu či něco prohlásit.

Instruktažní: Touto funkcí se snažíme druhého něco naučit, dát návod k určité činnosti.

Persuazivní: Člověk chce komunikací někoho přesvědčit, aby změnil názor, ovlivnit ho.

Vyjednávací: Pomocí vyjednávání lze dojít k dohodě mezi dvěma a více subjekty.

Zábavní: Pobavení prostřednictvím komunikace, člověk chce rozptýlit sebe či své okolí.

2.2.5 Komunikace ve zdravotnictví

Komunikace má pro zdravotnictví a medicínu zásadní význam. Pro všechny pracující v profesích, kde se setkávají s člověkem, coby s příjemcem své práce je důležitá oblast sociálních dovedností. Zdravotnický personál musí být schopen interakce s klienty své práce, ale i s kolegy s kterými uskutečňují výkon práce. Vzájemný kontakt zdravotníka s klientem vyžaduje od zdravotníka nejen psychologické znalosti, osobní angažovanost, postřeh a pohotovost, nýbrž i schopnost empatie. Tyto schopnosti proměňují psychologické znalosti v umění správného jednání s klientem. Dopad komunikace zdravotnického personálu je dalekosáhlý. To znamená, že správně vedenou komunikací s klientem může zdravotnický personál podstatně ovlivnit celkovou pohodu klienta a jeho psychické zdraví. Proto se nelze spokojit jen se znalostmi obecné komunikace. Zdravotnický personál musí ovládat komunikaci profesní, bez této dovednosti je správná péče o klienta nemyslitelná. V praxi rozlišujeme tři druhy profesní komunikace. (Ptáček, Bartůněk a kolektiv, 2011)

2.2.5.1 Sociální komunikace:

Jedná se o běžný rozhovor a kontakt s pacientem ve zdravotnických zařízeních nebo v domácím prostředí.

2.2.5.2 Specifická komunikace:

Zdravotnický pracovník zde působí edukačně za účelem sdělení faktů (např. vysvětlení postupu léčby). U tohoto druhu profesní komunikace je důležitá zpětná vazba od pacienta, abychom jsme se přesvědčili, zda pacient porozuměl našemu sdělení (např. vysvětlení nutnosti dodržovat předepsaný léčebný postup, či dietní opatření).

2.2.5.3 Terapeutická komunikace

Terapeutická komunikace je prováděná formou rozhovoru. Často jde o rozhovor v době, kdy je pacientovi sdělena nepříjemná informace, se kterou se těžko vyrovnává (např. nutnost operace, celoživotní následky úrazu). Povinností zdravotnického personálu je být v těchto chvílích pacientovi na blízku a oporou, poskytovat naději a pomocnou ruku v nelehkých životních situacích.

2.2.6 Komunikace v přednemocniční péči

Komunikace v přednemocniční péči je velice specifická a náročná. Od komunikace ve zdravotnickém zařízení se odlišuje dost výrazným způsobem, a to hlavně tím, že se odehrává v nestandardních podmínkách, jako jsou ulice, sklepy, místa dopravních nehod a jiné. Dále zde posádky poskytující přednemocniční péči často bojují s nedostatkem informací, jsou konfrontováni pouze se symptomy urgentních stavů, zápasí s časovou tísni a jsou pod fyzickým i psychickým tlakem, neboť léčba a zajištění pacienta probíhá převážně na veřejnosti za účasti náhodných a nezúčastněných svědků. Dále je komunikace ovlivněna tím, že lékař či záchranář vidí pacienta poprvé, a v situaci, která je pro pacienta a jeho blízké považována za kritickou. V takových situacích je efektivní komunikace nezbytná, protože pomáhá nejen pacientovi, ale i všem zúčastněným lépe zvládnout danou situaci. Pro zdravotnický personál je komunikace v přednemocniční péči vícerozměrná. Může komunikovat s pacientem, svědky události, dispečinkem, kolegy ale i s ostatními členy integrovaného záchranného systému (dále jen IZS) jako jsou hasiči nebo policie. (Ptáček, Bartůněk a kolektiv, 2011)

Komunikace v přednemocniční péči je výrazně ovlivněna stavem pacienta. Komunikačně náročné situace jako jsou poruchy vědomí, psychotické stavy, intoxikace nebo hysterický záchvat, na něž neexistuje jednotný návod pro jejich správné vyřešení, vyžadují od zdravotnického personálu schopnost porozumět psychologické podstatě takové situace, dovednost identifikovat příčinu vzniku a správnou volbu prostředků k jejich řešení. (Ptáček, Bartůněk a kolektiv, 2011)

2.2.7 Komunikace s pacienty a příbuznými

Poskytovatelé přednemocniční péče musí zvládnout komunikovat s kýmkoliv bez ohledu na sociální zařazení a aktuální fyzický i psychický stav. Musí být schopni odebrat anamnézu od všech pacientů, stručně ale zároveň výstižně vysvětlit následující postup terapie. Komunikace s pacienty a jejich příbuznými musí být na odborné úrovni, ale zároveň musí být srozumitelná

jak pro lidi se zdravotnickým vzděláním, tak i pro laiky. Pacient vyžaduje od zdravotnického personálu pozornost, laskavost a maximální péči. Ve vztahu mezi pacientem a zdravotnickým personálem je důležitá empatie, respekt a aktivní naslouchání. Zdravotníci musí být důvěryhodní a vzbuzovat v pacientech a příbuzných důvěru. (Ptáček, Bartůněk a kolektiv, 2011)

Každý zdravotnický personál musí pamatovat na základy slušného chování, jako je pozdrav, představení se, poprosit a poděkovat. Pro získání důvěry je důležité během komunikace sdělit kdo jsme, co se stalo. Komentujeme vše, co děláme, upozorňujeme na další postup terapie a kam pacienta odvezeme k následné terapii. Pacienta oslovujeme vždy jménem. Během komunikace se chováme vždy empaticky a bereme ohled na lidskou důstojnost. (Ptáček, Bartůněk a kolektiv, 2011)

2.2.8 Komunikace v týmu záchranné služby

Práce v terénu vyžaduje kvalitní komunikaci v rámci zasahujících týmů. Týmová komunikace se odráží od personálního obsazení výjezdových skupin. Jedná-li se o rychlou lékařskou pomoc (RLP) je posádka tvořena lékařem a dvěma záchranáři. V tomto obsazení posádky je vedoucí týmu lékař, který určuje diagnostické a terapeutické postupy, stejně jako komunikační modus, ve kterém se zásah bude odehrávat. Stejně je to u setkávacího systému Rendez-vous (RV), kde je posádka tvořena lékařem a řidičem záchranářem. Jediný rozdíl je u posádky Rychlé zdravotnické pomoci (RZP), která je tvořena zdravotnickým záchranářem a řidičem záchranářem. Zde se zdravotnický záchranář stává vedoucím týmu, který určuje diagnostické postupy. Zdravotníci záchranáři tedy musí fungovat jak v roli vedoucího týmu, tak i v roli podřízeného. Toto střídání klade vysoké nároky na úroveň komunikace a vylučuje rutinní komunikační postupy. (Ptáček, Bartůněk a kolektiv, 2011)

2.2.9 Komunikace s dispečinkem

Dispečink předává posádce získané údaje jako je pohlaví, věk, jméno, adresu a pracovní diagnózu se základními symptomy. Spojení mezi posádkou a dispečinkem se uskutečňuje prostřednictvím rádiové sítě (pomocí vysílaček) nebo prostřednictvím mobilních telefonů. Zdravotnický záchranář komunikuje s dispečinkem při dovolávání lékaře na místo zásahu, konzultaci s cílovými specializovanými pracovišti (koronární jednotky, iktové centrum) anebo při ohlašování příjezdu do cílového pracoviště následné péče. (Ptáček, Bartůněk a kolektiv, 2011)

2.3 Leadership

“*Leadership is Influence, nothing more, nothing less.*” - John C. Maxwell³ neboli v překladu „Vedení je vliv, nic víc, nic méně“

Leadership neboli vůdcovství, schopnost vést, pochází z anglického slova leader, jenž v překladu znamená vůdce, tahoun. Jedná se o proces, kdy jedinec označován, jako leader určuje směr, ve kterém ho lidé následují, ale ne z důvodu, že musejí, ale proto že chtějí. Lidé s leaderem sdílejí společnou vizi, jsou jí nadšeni. Leader jde příkladem ostatním a podporuje je v osobním růstu. Mezi základní vlastnosti správného leadera patří silná vůle, odvaha, lidskost, zápal po věc, pozitivní přístup, schopnost motivovat lidi a hlavně sebevědomí. (Birch, 2005)

Leadership dělíme do pěti úrovní:

2.3.1 1. úroveň: Pozice

Je to základní úroveň leadershipu. Poziční leader bývá samotářský a je následován z nutnosti. Soustředí se na sebe a na druhé bere jen malé ohledy.

2.3.2 2. úroveň: Svolení

V této úrovni se JÁ mění na MY. Leader je lidmi následován, protože ho chtějí následovat. Leader se upřímně zajímá o lidi, jejich zájmy, a proto má jejich důvěru.

2.3.3 3. úroveň: Produkce

Tato úroveň dodává leaderovi důvěryhodnost. Za společnou prací jsou vidět výsledky, které umějí všichni, a především leader ocenit.

2.3.4 4. úroveň: Personální rozvoj

Leader této úrovně vnímá lidi pod sebou jako to nejcennější. Umožňuje a napomáhá osobnímu naplnění všech zúčastněných a posiluje jejich osobnost.

2.3.5 5. úroveň: Vrchol:

Na této úrovni leader získává respekt ostatních a lidé ho následují pro činy, které společně dokázali.

³ MILLER, Mark. The heart of leadership: becoming a leader people want to follow. San Francisco: Berrett-Koehler Publishers, [2013]. ISBN 978-1609949600.

2.3.6 Leadership v PNP

Každý tým či posádka má jednoho vedoucího. Vedení každého týmu je náročná činnost vyžadující plné soustředění a schopnost rychlého rozhodování. Leader daného týmu neustále pracuje s výměnou informací mezi všemi členy posádky tak, aby byly neustále ověřovány a zároveň aktualizovány. Tato činnost nám zajišťuje, že každý člen týmu ví, v jaké fázi péče o pacienta se nachází a zároveň nám pomáhá předvídat, co v dané situaci bude následovat. Dalším úkolem leadera týmu je rozdělování úkolů. Leader musí dbát na to, aby bylo provedeno co nejvíce úkonů v co nejkratším čase, a hlavně s co největší přesností. Proto musí dohlížet na rovnoměrné rozdělení úkolů mezi všechny členy týmu a na správnou prioritizaci v plnění úkolů. Při správném plánování a rozdělní činností je větší šance pro dodržení všech standardů a doporučených postupů. I když je leader tím, co má hlavní slovo, jsou situace, kdy je dobré se poradit s ostatními členy týmu nebo si vyžádat souhlas s navrženým postupem. (Birch, 2005)

2.4 Týmová práce

Slovo tým, přeložené z anglického slova team, které v původním významu znamená spřežení, označuje malou skupinu lidí, kterou tvoří vzájemně se doplňující lidé s vysokým stupněm vzájemné závislosti, kteří chtějí dosáhnout stejného cíle. Často ovšem dochází k záměně termínu tým za skupinu lidí. Tým se od skupiny lidí odlišuje tím, že lidé ve skupině mohou pracovat samostatně. Dalším rozdílem je počet lidí v týmu a skupině, neboť ve skupině jich může být až neomezené množství. Není však vyloučeno, aby se ze skupiny stal tým. (Maxwell, 2015)

Anglické slovo team můžeme zároveň považovat za zkratku klíčových slov pro význam slova tým: Together, everybody, achieves, more. Tato slova ve volném překladu znamenají: Společně dosáhneme více.

Členové týmu mají pocit společné identity a vědomí. Dodržují nepsané normy a pravidla, což vede ke společné interakci. Velký vliv na fungování týmu má vedoucí týmu. Ten se musí orientovat nejen na požadavky cílů, ale i na požadavky týmu jako celku. Dále musí brát ohledy na potřeby jednotlivých členů týmu. Při rozdělování úkolů bere ohled na potenciál každého jedince v týmu, což vede k přidělení ideální týmové role a individuální motivaci. Výsledkem je společné úsilí celého týmu pro úspěšné dosažení stanovených cílů. (Maxwell, 2015)

2.4.1 Efektivní tým

Základem efektivně fungujícího týmu je správný výběr členů týmu. Abychom mohli říci, že se jedná o efektivní tým, musí splňovat určité charakteristiky. Základní charakteristikou každého týmu je porozumění a přijetí společného cíle. Další důležitou charakteristikou je respekt k vedoucímu týmu i mezi všemi členy navzájem. Dalšími body jsou prostor pro diskusi, vyslovení názoru a vzájemné naslouchání. (Horváthová, 2008) (Seitlová, 2013)

2.4.2 Motivace týmu

Motivace členů v týmu patří k základním tématům, kterými se zabývá každý vedoucí týmu. Motivace je velice složitá a individuální záležitost. Existuje celá řada motivačních teorií. K nejvýznamnějším motivačním teoriím patří Maslowova hierarchie potřeb nebo teorie X a Z profesora Douglase McGregora. Tyto teorie pracují se dvěma složkami, a to s deficitní a růstovou složkou. To znamená, že člověk musí mít uspokojené deficitní potřeby (teplo, kyslík, spánek, pocit bezpečí a jistoty) aby mohl uspokojovat potřeby růstové, do kterých patří především výkon práce a karierní růst. (Horváthová, 2008) (Kubátová, 2013)

2.4.3 Vývojové fáze týmové práce

Proces vývoje týmové práce probíhá vždy současně ve dvou rovinách. První z nich je rovina věcná, kdy se jedná o aspekty týkající se věcného řešení úkolů včetně sebeorganizace týmu. Druhá je rovina interakce, která zahrnuje rysy mezilidských vztahů v týmu, jako například pořadí hodnot, žádaný nežádoucí způsob chování, či nalezení vlastní role v týmu. Každý úspěšný tým musí dále projít čtyřmi vývojovými fázemi. (Horváthová, 2008) (Kubátová, 2013)

2.4.3.1 Formování

V této fázi jsou si členové týmu nejistí a mají obavy o své postavení v týmu. Lidé se ukazují v nejlepším světle, což nemusí vždy vypovídat o tom, jaký jedinec ve skutečnosti je. Vládne zde přílišná a nepřirozená ohleduplnost. Lidé se snaží vystopovat pozitivně za jakékoliv situace. Ve fázi formování je snaha zahlazovat veškeré případné konflikty. V závěru této fáze se mohou vytvářet podskupiny, které mezi sebou soupeří o neformální autoritu v týmu. (Horváthová, 2008), (Kubátová, 2013)

2.4.3.2 Bouření

Tato fáze je období konfliktů a názorových rozdílů. Řeší se drobné vzpoury a výhrady. Ve fázi bouření se formuje struktura týmu. Projevují se zde autority, což vede ke vzniku drobných konfliktů řešící přijímání budoucích pravomocí a převzetí odpovědnosti.

Konfrontují se názory, metody týmové práce a týmové postoje. Formuje se přípustné a nepřípustné chování. (Horváthová, 2008) (Kubátová, 2013)

2.4.3.3 Normování

Ve fázi normování se začínají vytvářet a zažívat pravidla vnitřního fungování týmu a ujasňuje se styl týmové práce. Odbourávání konfliktů vede k otevřenějšímu sdílení názorů a postojů. Jednotlivci jsou tolerantnější, což vede ke sjednocení týmu. Členové týmu přijímají jednotlivé týmové role, odpovědnost za své jednání a nepsaná týmová pravidla. Tým je sehraňší, a to vede k aktivnějšímu a rychlejšímu řešení úkolů. (Horváthová, 2008) (Kubátová, 2013)

2.4.3.4 Růst výkonnosti

V této fázi vládne uvnitř týmu harmonie. Členové týmu jsou sebevědomější. Tým dokáže být zdravě kritický, to vede k větší sehraňosti a k upevnění vzájemné důvěry. Práce v týmu uspokojuje jak profesní, tak osobní potřeby jednotlivých členů týmu. (Horváthová, 2008) (Kubátová, 2013)

2.4.4 Týmová práce v PNP

Týmová práce je základ týmu. Týmovou práci můžeme chápat jako proces, nebo jako sled po sobě jdoucích fází od stanovení cíle, přes samotné fungování týmu až po konečnou zpětnou vazbu. Týmová práce v přednemocniční péči je velice důležitá, ale zároveň nesmírně obtížná. Při práci v přednemocniční péči je kladen velký důraz na dobré vztahy, důvěru, respekt a otevřenost na pracovišti. Stěžejními okamžiky pro týmovou práci v přednemocniční péči jsou hromadné nehody či mimořádné situace vyžadující spolupráci nejen více týmu zároveň ale i spolupráci s ostatními složkami IZS. (Maxwell, 2015)

2.5 Krizové řízení lidských zdrojů

Řízení lidských zdrojů znamená strategický a logicky promyšlený přístup k vedení lidí. Řízení lidských zdrojů znamená stanovovat úkoly, kontrola jejich provedení, motivace lidí a předávání důležitých informací, které jsou potřebné pro splnění daného úkolu. Není to však jen o rozdávání úkolů. Řízení lidí vyžaduje i schopnost správného výběru pracovníků, správné vysvětlení daného úkolu a ujištění se, že zadaní správně porozuměli. Klíčovými slovy pro řízení lidských zdrojů jsou: plánování, organizování, předpisy, systém, kontrola, racionalita a reakce na vzniklé situace. Existují tři předpoklady úspěšného řízení lidských zdrojů. Prvním předpokladem je znalost faktorů podmiňujících pracovního chování osob a jejich výkonnost. K hlavním faktorům prvního předpokladu patří osobní vlastnosti, pracovní motivace a individuální schopnosti jedince. Druhým předpoklad tvoří znalost manažerských postupů

a nástrojů, o něž se řízení lidských zdrojů opírá. Jedná se o zásady zadávání úkolů, týmové práce se zpětnými vazbami, vytváření a rozvoj motivace a v neposlední řadě přesvědčivá a efektivní komunikace. Schopnosti v tomto okruhu bývají označovány jako měkké (soft skills) či sociální. Poslední předpoklady tvoří pravidla a postupy uplatňované v širších skupinách zaměstnanců. Jde o stanovování dlouhodobějších pracovních a výkonnostních cílů, hodnocení výkonů, průběžná školení a nácviky. (Urban, 2013)

2.5.1 Řídící styly

Řídícími styly jsou označována konkrétní jednání leaderů projevující se odlišnými důrazy na způsob vedení týmu. Odlišné řídicí styly se především liší ve způsobu rozhodování, jednáním s kolegy, ale hlavně ve způsobu zadávání a kontrolování úkolů. Je zde i rozdíl v sociálním zařazení mezi kolegy. Rozlišujeme tři hlavní řídicí styly a to direktivní, liberální a participativní. (Urban, 2013)

2.5.1.1 Direktivní styl

Direktivní nebo někdy nazývaný autokratický styl je založen na příkazech. Základ direktivního stylu je založen na předpokladu, že lidé jsou přirozeně líní a musejí být k výkonům nuceni příslibem odměny, nebo obavou z trestu. Tento styl vždy dosahuje výsledků, ale jen zřídka vede k práci s nejvyšší výkonností, jakou člověk dokáže vyvinout. (Urban, 2013)

2.5.1.2 Liberální styl

Tento styl je charakterizovaný minimálními zásahy leadry do práce kolegů, což znamená, že jim nechává volné pole působnosti. Vychází z představy, že lidé se k práci motivují dostatečně sami. Tento styl je označován za nejméně produktivní styl řízení, z důvodu zneužívání důvěry leaderů. (Urban, 2013)

2.5.1.3 Participativní styl

Participativní nebo také demokratický styl je založen na sdílení názorů. Leader pracuje se všemi stejně. Zajímá se o názory druhých a pracuje s nimi. Participativní styl je označován za nejproduktivnější řídicí styl. (Urban, 2013)

2.5.2 Základní principy krizového řízení

Základní principy krizového řízení lidských zdrojů jsou určeny a vypracované pro snížení počtu chyb, které jsou způsobené selháním lidského faktoru. Tyto principy jsou na základě

pozorování a bádání aplikované v „crisis resource management“ – CRM, které se v rámci simulačních kurzů a v praxi uplatňují a dále rozvíjejí.⁴ K základním principům patří:

Volej včas o pomoc

Zde platí pravidlo, že dříve je lépe než pozdě. V krizových situacích je vždy dobré mít nějaké ruce navíc, aniž by to byl důkaz malé kvalifikace či nezvládnutí situace. Je však potřeba vědět kde pomoc hledat a na koho se obrátit.

Poznej své pracovní prostředí

Znalost prostředí, ve kterém pracujeme, je veliká výhoda. V rámci přednemocniční péče se toto prostředí neustále mění, a to má velký vliv na psychiku. Proto je nezbytné, aby pracovník v přednemocniční péči důkladně znal použití a umístění veškerých svých pomůcek, které k výkonu své práce potřebuje, aby se mohl lépe adaptovat na prostředí výkonu práce.

Předvídej a plánuj dopředu

Mít připravený plán B a nejlépe i C nám pomůže se připravit na nejhorší možné varianty. Tato připravenost je vždy prospěšná nejen proto, že nás nemůže nic překvapit, ale pomůže nám to být vždy o krok napřed.

Převzmi vedoucí úlohu v teamu

Efektivní tým potřebuje jasného leadera, který rozdává úkoly, shromažďuje informace, dělá klíčová rozhodnutí a koordinuje. Od ostatních se očekává, že budou poslouchat leadera, plnit jeho úkoly ale zároveň aby sdělovali své názory a případné neshody a společně došli ke správnému řešení.

Rozděl pracovní zátěž

Je důležité přesné určení co, kdo bude dělat, aby nevznikl chaos. Přitom je třeba dbát na schopnosti a znalosti jedinců, aby práce byla rozložena rovnoměrně, smysluplně a splnitelně.

Komunikuj jistě a efektivně

Komunikace je klíčová. Leader udělující úkoly by měl hovořit cíleně a jasně. Zaúkolovaný člen týmu by měl potvrdit přijetí a porozumění zadání a zároveň potvrdit splnění daného úkolu, aby docházelo k uzavření komunikační smyčky.

⁴ REZNEK, MD, Martin. Emergency Medicine Crisis Resource Management (EMCRM): Pilot Study of a Simulation-based Crisis Management Course for Emergency Medicine. *Academic Emergency Medicine* [online]. 2008, 10(4), 386-389 [cit. 2020-04-07]. Dostupné z: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1553-2712.2003.tb01354.x>

Používej všechny dostupné informace

Práce s dostupnými informacemi je nesmírně důležitá a ve stresových situacích nesmírně obtížná. Všechny informace je třeba ověřit a dále je upřesňovat. Čím více informací o situaci máme, tím méně stresová situace je.

Zmobilizuj všechny dostupné zdroje

V krizových situacích je třeba využít každého dostupného zdroje, ať už se jedná o personál nebo techniku. Je ale potřeba počítat s tím, že ne všechny zdroje jsou dostupné ihned, a proto je lepší přivolat si pomoc dříve. Pro 100% využití dostupných zdrojů je potřeba mít o nich přehled a znát veškeré informace, které jsou důležité pro jejich využití.

Ovládej vědomě svou pozornost

Lidská pozornost je omezená a nejsme schopni soustředit na více věcí najednou. Proto svou pozornost musíme soustřeďovat tam, kde je potřeba nejvíce a nenechat se rozptýlit maličkostmi.

Používej mnemotechnické pomůcky

Myšlení během stresové situace může být zkratkovité a nesystematické, proto bychom měli co nejvíce používat dostupné pomůcky jako například checklisty nebo příručky. Tyto pomůcky jsou k dispozici vždy a všem, nepodléhají stresu a jsou zdrojem relevantních postupů a informací.

Vyhodnocuj situaci stále znovu

Zde se uplatňuje princip 10s pro 10 minut. Neustálé přehodnocování situace nám pomůže předcházet chybám, protože co je nyní dobře, za chvíli není.

Stanov si dynamické priority

Hlavní prioritou v přednemocniční péči jsou základní životní funkce u pacienta. Další priority se stanovují po jejich zajištění. Stále zde musí být kontrola hlavních priorit, neboť stav pacienta se může kdykoliv změnit.

2.6 Situační povědomí

Situační povědomí se nejvíce uplatňuje ve sběru informací, jejich porozumění a následně na předvídání, jak se situace vyvine. Udržení situačního povědomí je stěžejní pro směřování ke splnění úkolu. Princip situačního povědomí lze znázornit jako cyklus PDCA neboli plan, do, check a act. V první řadě se snažíme o identifikaci situace, kterou se snažíme dostat pod kontrolu. Dále předvídáme, jakým směrem se situace bude vyvíjet. Dalším a velice důležitým

krokem je sběr informací a jejich analýza. Na základě všech dostupných informací plánujeme následující postup k vyřešení situace. Po provedení všech naplánovaných kroků dochází opět ke sběru informací a jejich analýza. (Urgentní medicína, 2017)

Udržování situačního povědomí je neustálý proces dokola se opakujících kroků. Udržení situačního povědomí a správná práce se sběrem informací a jejich následným využitím nám pomůže být o krok napřed v řešení vzniklých situací. (Urgentní medicína, 2017)

3 PRAKTICKÁ ČÁST

Komunikace je považována za jednu z nejslabších oblastí ve zdravotnictví. Zároveň je komunikace hlavním pilířem netechnických dovedností, které jsou stěžejní nejen pro práci ve zdravotnickém zařízení, ale i pro práci v přednemocniční péči. Bakalářská práce je zaměřena na úroveň využití netechnických dovedností u studentů v oboru zdravotnického záchranáře, kteří jsou cvičeni nejen pro práci ve zdravotnických zařízeních, ale především pro práci v přednemocniční péči.

3.1 Průzkumné otázky

Otázka číslo 1: Budou mít jednotlivé týmy dobře fungujícího teamleadera?

Otázka číslo 2: Dokážou studenti efektivně komunikovat v týmu?

Otázka číslo 3: Budou studenti schopni týmové spolupráce?

Otázka číslo 4: Dokáže teamleader správně určit a rozdělit prioritní úkoly tak, aby byly zároveň dodrženy všechny standardy?

Otázka číslo 5: Mají teamleadereři situační povědomí při řešení modelové situace?

Otázka číslo 6: Dokážou studenti správně vyhodnotit bezpečnostní rizika?

Otázka číslo 7: Bude pracovní klima při řešení modelové situace klidné až přátelské alespoň u 50% týmů?

3.2 Metodika praktické části

Metodou průzkumného šetření bylo zvoleno pozorování. Jednalo se o přímé nezúčastněné pozorování. Metoda přímého nezúčastněného pozorování je charakteristická neutrálním přístupem a určitým odstupem od zkoumaného vzorku lidí, aby nedošlo ke zkreslení výsledků.(HENDL, 2005)

Nástrojem tohoto pozorování byl kontrolní list. Ten obsahoval 7 parametrů, které se hodnotily na Likertově škále od 1 do 5, jako známky ve škole převedené na body, kdy 1 znamená zisk plného počtu bodů tedy 10 a 5 zisk nejnižšího počtu bodů tedy 2. Likertovo škálování je metodou, která je používána pro určení míry stupně souhlasu či nesouhlasu s tvrzením, se kterým jsou respondenti výzkumu konfrontováni Kromě označení konkrétní známky, bylo možné napsat ještě slovní hodnocení u daného parametru. (Hayes, 2013)

3.2.1 Hodnocené parametry

Zhodnocení teamleadera: Parametr zhodnocení teamleadera hodnotil, zda byl v týmech zřejmý teamleader, jeho schopnost vedení týmu a zda měl veškeré vlastnosti správně fungujícího teamleadera. (Birch, 2005)

Komunikace: Komunikace jako taková je složena z velkého množství složek, které jsou pro komunikaci zásadní. Pro tento konkrétní výzkum byly vybrány tři parametry. Prvním sledovaným parametrem se hodnotilo vyslovení úkolů teamleaderem. Druhým sledovaným parametrem bylo následné porozumění úkolům členy týmů a třetím sledovaným parametrem byla reakce, zpětná vazba a provedení úkolů členy týmů.

Týmová spolupráce: Parametr týmové spolupráce hodnotil koordinaci týmu, vzájemnou výměnu informací mezi jednotlivými členy týmu a to tak, zda se jednání členů týmu dá považovat za asertivní.

Rozdělování úkolů: Tento parametr byl zaměřený na určení priorit při poskytování přednemocniční péče, dodržení předepsaných standardů a na práci se silami a dostupnými prostředky. Dodržením standardů je myšleno dodržení stanovených postupů jednotlivých úkonů a dodržení algoritmu ABCDE. (Remeš, 2013)

Situační povědomí: Parametr situačního povědomí hodnotil sběr veškerých dostupných informací, neboli odběr kompletní anamnézy. Dále předvídaní dalších postupů přednemocniční péče, v závislosti na algoritmus ABCDE, a následný vývoj situace a jejího správného řešení osobou teamleadera.

Rozhodovací proces: Tento parametr byl zaměřen na vyhodnocení případných rizik při modelové situaci, hledání všech možností terapie v rámci přednemocniční péče a na následné přehodnocení modelové situace. Mezi případná rizika při zásahu může patřit požár, neoznačení místa havárie, spadlé dráty vysokého napětí, prostředí narkomanů a nezajištěný pes. (Remeš, 2013)

Pracovní klima při řešení modelové situace: Parametr pracovního klimatu byl zaměřen na nastavení pracovního klimatu jednotlivých týmů při řešení stresově náročných situací.

Pozorování probíhalo při modelových situacích v areálu FZS, které se konaly 5.11.2019 pro 2. ročník a 6.11.2019 pro 3. ročník. Modelových situací bylo dohromady 10 pro každý ročník, k pozorování byla vybrána jedna modelová situace pro každý ročník. Pro studenty 2. ročníku to byla modelová situace, kde byl pacient se subarachnoidálním krvácením, která byla

vybrána pro ztíženou komunikaci s pacientem, protože pacient sice komunikoval, ale byl částečně zmatený a lehce arogantní. Studenti 3. ročníku měli modelovou situaci zaměřenou na katérovou sepsi s komunikační bariérou.

Studenti 2. ročníku se na celé modelové situace sami rozdělili do 10 čtveřic a studenti 3. ročníku do 12 trojic. Respondenty tedy byly jednotlivé týmy studentů. Pro lepší porovnání měření si vždy jeden člen ze čtyřčlenného týmu studentů 2. ročníku vylosoval status pozorovatele a nemohl do řešení situace nijak zasahovat. Modelových situací se celkem zúčastnilo 40 studentů 2. ročníku a 36 studentů z 3. ročníku. V rámci hodnocené modelové situace se účastnilo pouze 30 studentů 2. ročníku a 36 studentů 3. ročníku pro lepší porovnání výsledků.

Obě modelové situace určené k tomuto průzkumu byly hodnoceny jednak body za řešení daného stavu, kdy se tyto body sčítaly a vytvořily konečné pořadí jednotlivých týmů, a jednak pomocí kontrolního listu, ve kterém bylo možné získat 170 bodů. Výsledky z kontrolního listu byly anonymní a body z něj se nezapočítávaly do výsledného hodnocení modelové situace. Skupiny druháků i třetáků byly očíslovány podle toho, jak na stanoviště chodily, nikoliv podle předem přiděleného čísla, podle kterého byly skupiny hodnoceny na všech modelových situacích.

Na vyřešení modelové situace byl stanoven časový limit 12 minut. Na konci modelové situace dostali studenti zpětnou vazbu, co v rámci zásahu bylo dobře, co by se dalo zlepšit a na co se měli ještě více zaměřit. Tuto zpětnou vazbu podával rozhodčí daného stanoviště. Týmy, které chtěly, získaly zpětnou vazbu od průzkumníka, který hodnotil netechnické dovednosti.

3.3 Pilotní studie

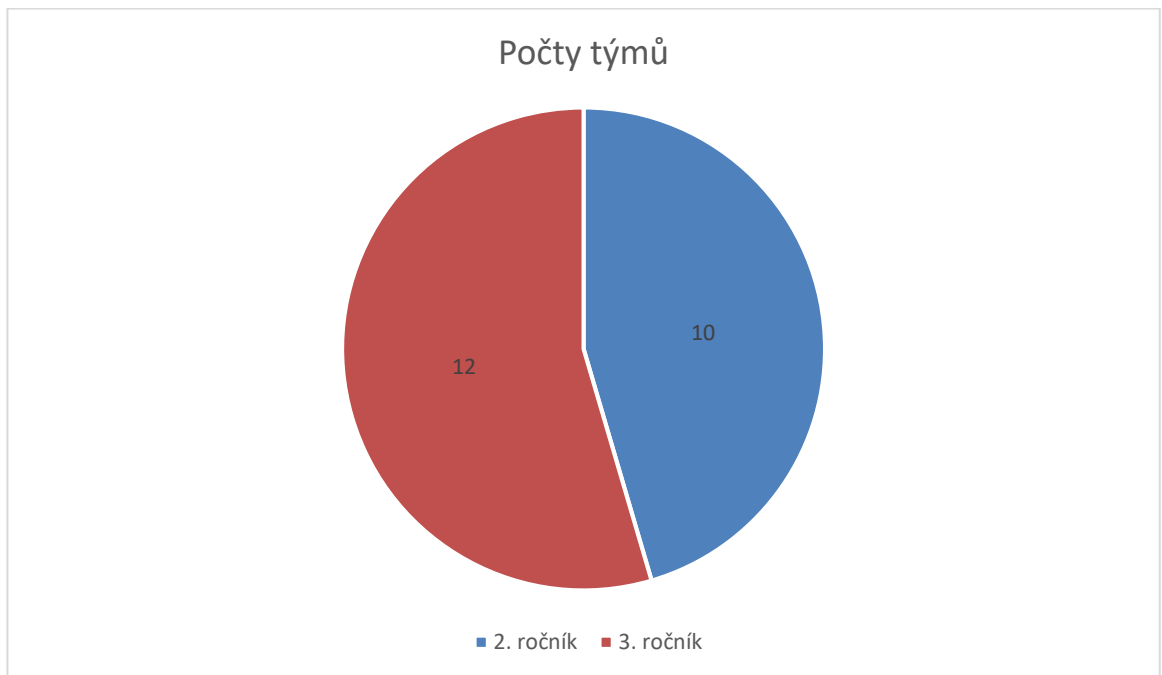
Před zahájením výzkumu byla provedena krátká pilotní studie, kde dva trojčlenné týmy studentů 3. ročníku prošly cvičnou modelovou situací v rámci výuky UMK, při které se ukázalo, že původní hodnotící tabulka s pěti parametry a Likertovou škálou nebyla dostatečná. Po vyhodnocení pilotní studie byly do hodnotící tabulky přidány dva parametry měření, a prostor pro případné poznámky k jednotlivým parametrům.

3.4 Analýza průzkumných dat

K analýze dat byly použity programy Microsoft Office Word 2010 a Microsoft Office Excel 2010.

4 PREZENTACE VÝSLEDKŮ

4.1 Rozdělení skupin



Obrázek 1 Rozdělení skupin

Obrázek číslo 1 ukazuje počty týmů jednotlivých ročníků. Z grafu je patrné rozdělení do 10 skupin ve 2. ročníku a do 12 skupin ve 3. ročníku.

4.2 Teamleader



Obrázek 2 Zřejmý teamleader 2. ročník

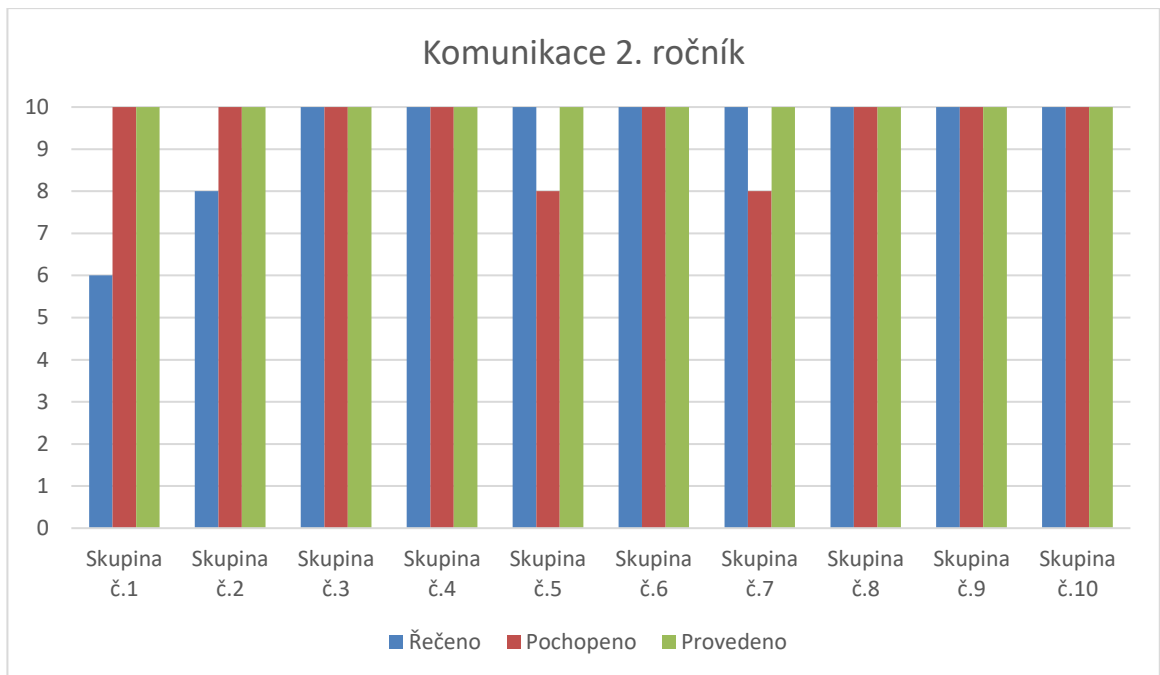
Z hodnot, které ukazuje obrázek číslo 2, vyplývá, že zřejmý a správně fungující teamleader se všemi vlastnostmi správně fungujícího teamleadera, byl v 50% týmů 2. ročníku, což odpovídá 5 týmům z celkových 10 zúčastněných.



Obrázek 3 Zřejmý teamleader 3. ročník

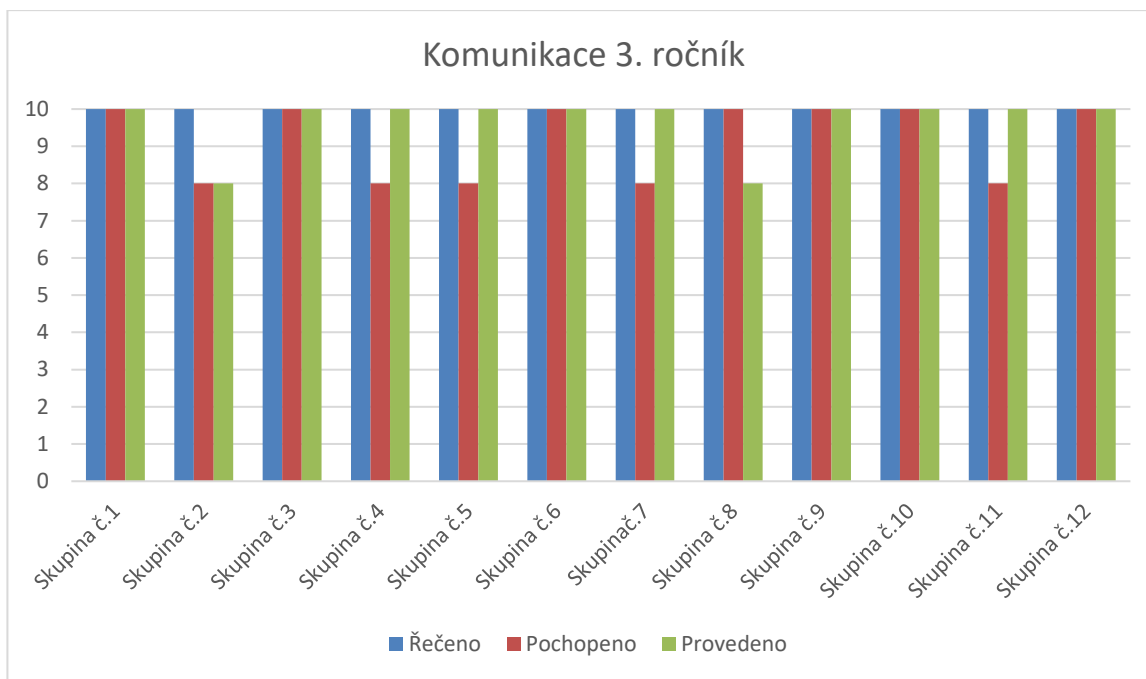
Obrázek číslo 3 ukazuje hodnoty pro 3. ročník, kde byl zřejmý a správně fungující teamleader se všemi vlastnostmi správně fungujícího teamleadera, v 75%, což odpovídá 9 týmům z celkového počtu 12 zúčastněných týmů.

4.3 Komunikace



Obrázek 4 Komunikace 2. ročník

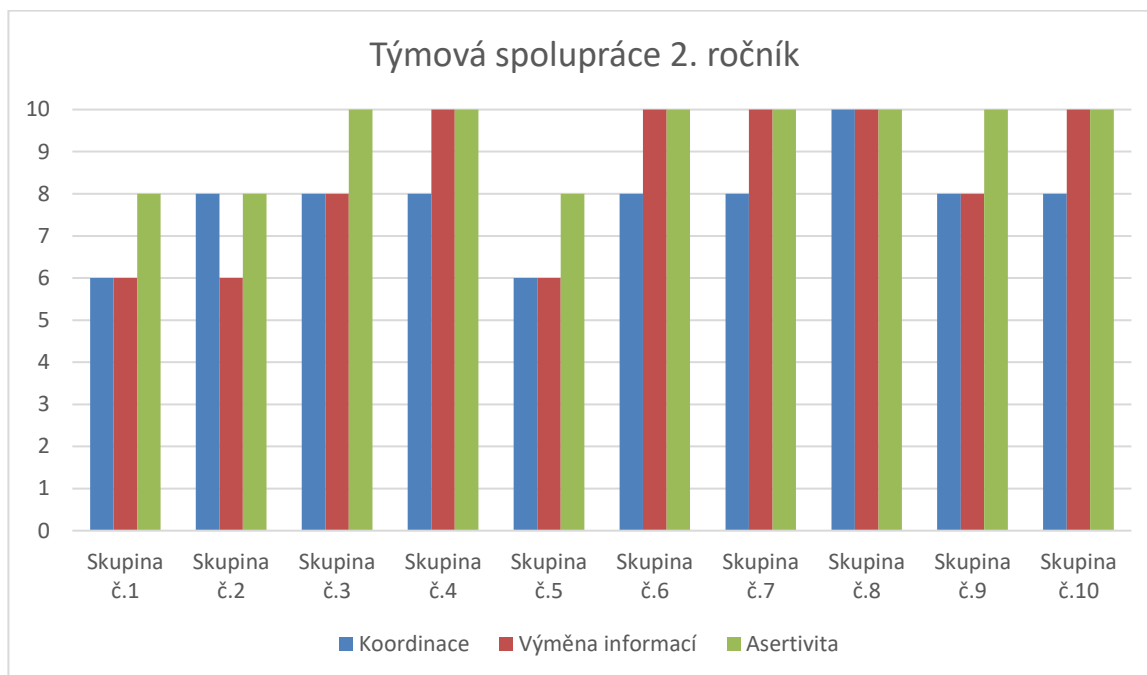
Hodnoty z obrázku číslo 4 vypovídají o tom, že studentům 2. ročníku dělala největší potíže v komunikaci oblast vyslovení úkolů teamleaderem, což představoval parametr *řečeno*, kde studenti dosáhli 94% úspěšnosti. U parametru *pochopeno*, který sledoval porozumění vysloveného úkolu členy týmu, dosáhli studenti 2 ročníku 96% úspěšnosti. Hodnocený parametr *provedeno*, který sledoval splnění úkolů, měl 100% úspěšnost.



Obrázek 5 Komunikace 3. ročník

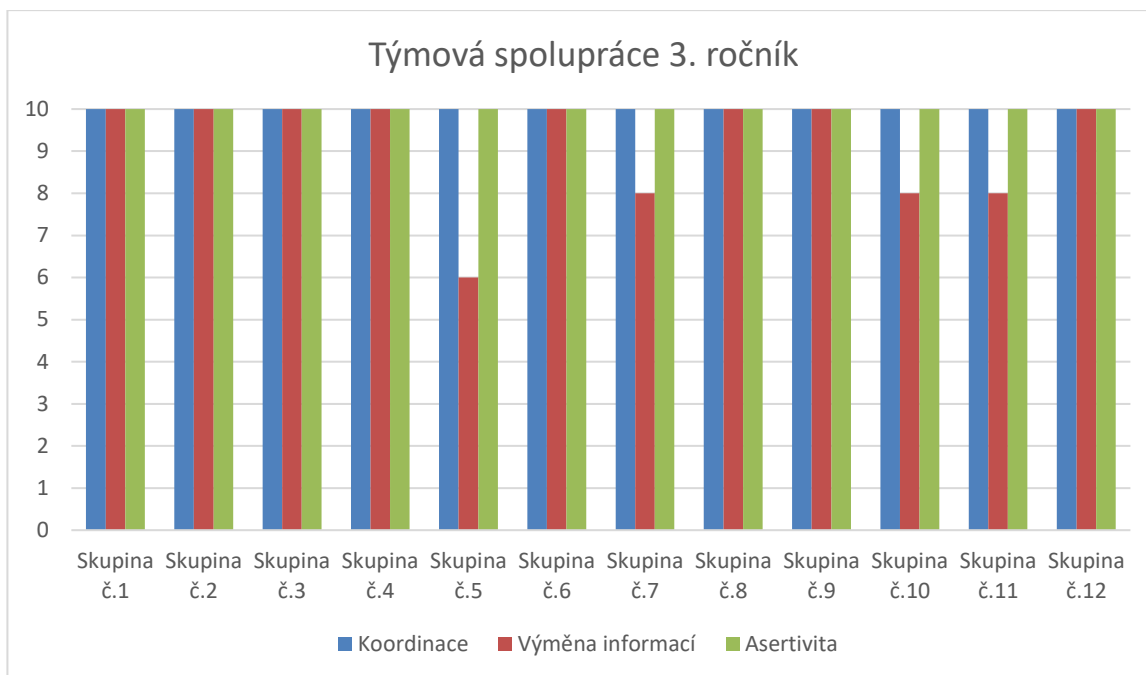
Hodnoty z obrázku číslo 5 vypovídají o tom, že komunikace v oblasti pochopení a reakce týmu činila studentům 3. ročníku problém. U hodnoceného parametru *řečeno*, který sledoval vyslovení úkolu teamleaderem, dosáhli studenti 3. ročníku 100% úspěšnosti. U parametru *pochopeno*, který sledoval porozumění vysloveného úkolu členy týmu, dosáhli studenti 3. ročníku 92% úspěšnosti. Hodnocený parametr *provedeno*, který sledoval splnění úkolů, měl 97% úspěšnost.

4.4 Týmová spolupráce



Obrázek 6 Týmová spolupráce 2. ročník

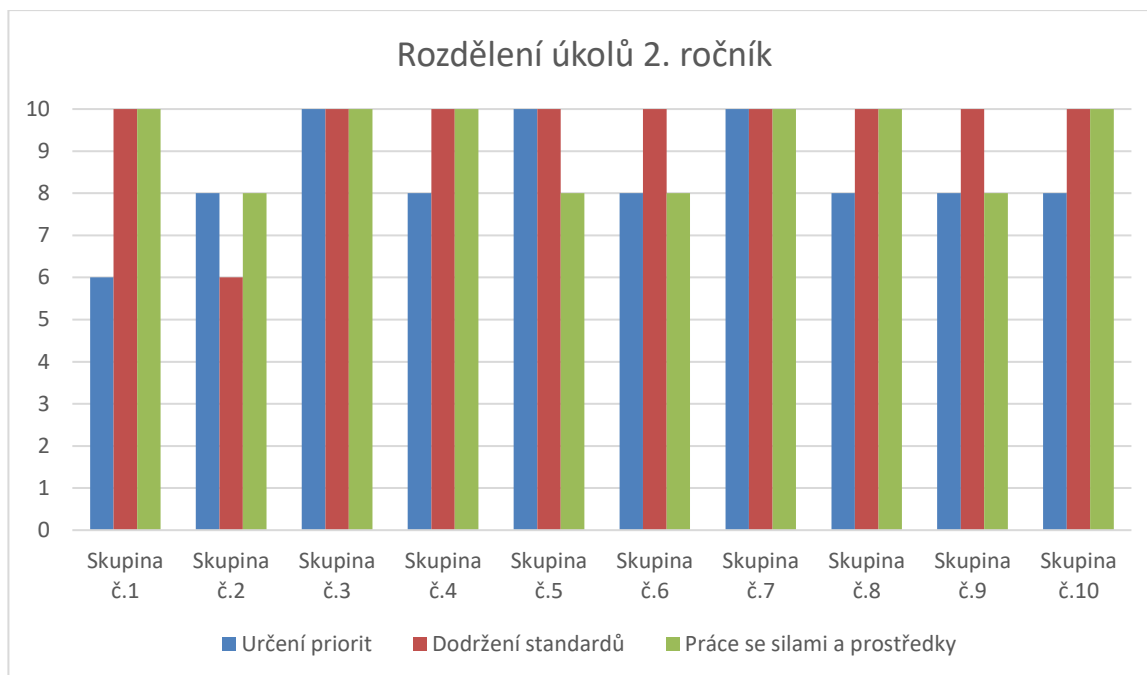
Hodnoty obrázku číslo 6 vypovídají o týmové spolupráci 2. ročníku. Potíže týmům 2. ročníku činila *koordinace*, u které studenti 2. ročníku dosáhli 78% úspěšnosti. U následujícího parametru *výměna informací*, který sledoval zacházení s informacemi v týmu, dosáhli studenti 84% úspěšnosti. U posledního parametru, který sledoval míru *asertivity*, dosáhli studenti 94% úspěšnosti. Největší obtíže, při týmové spolupráci, měli týmy číslo 1,2 a 5, které dosáhly nejnižšího zisku bodů.



Obrázek 7 Týmová spolupráce 3. ročník

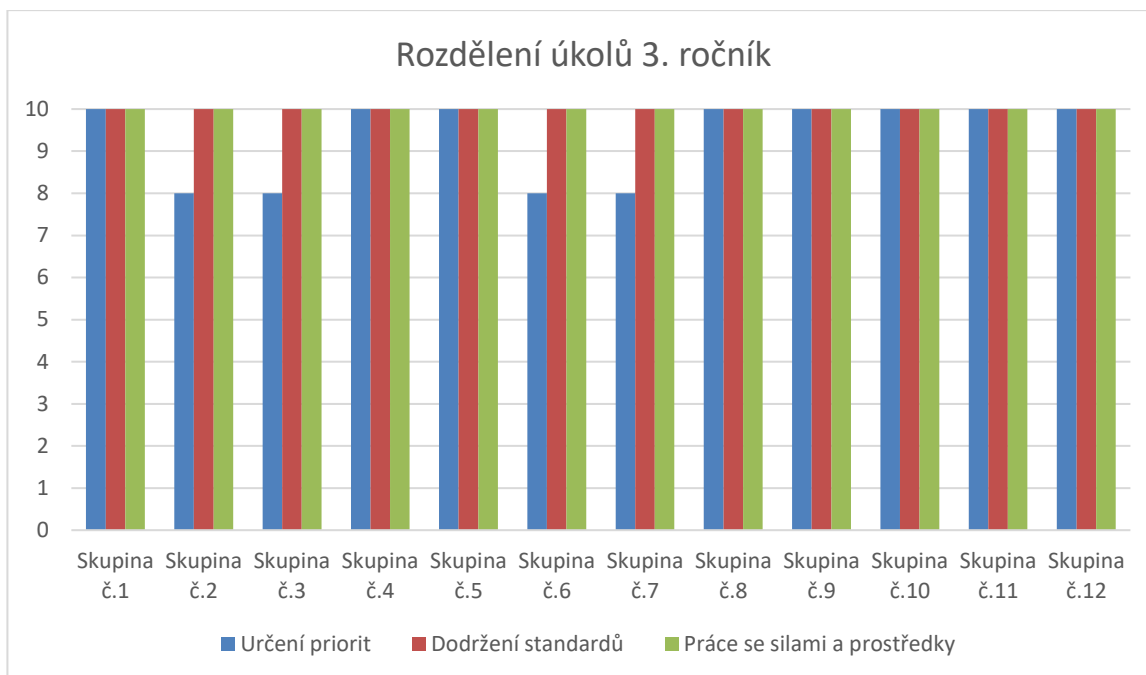
Hodnoty obrázku číslo 7 vypovídají o týmové spolupráci 3. ročníku. Největší problémy, při týmové spolupráci 3. ročníku, činila *výměna informací* v týmu, u které studenti 3. ročníku dosáhli 92% úspěšnosti. U zbylých dvou parametrů, *koordinace* a *asertivita*, dosáhli studenti 3. ročníku 100% úspěšnosti.

4.5 Rozdělení úkolů



Obrázek 8 Rozdělení úkolů 2. ročník

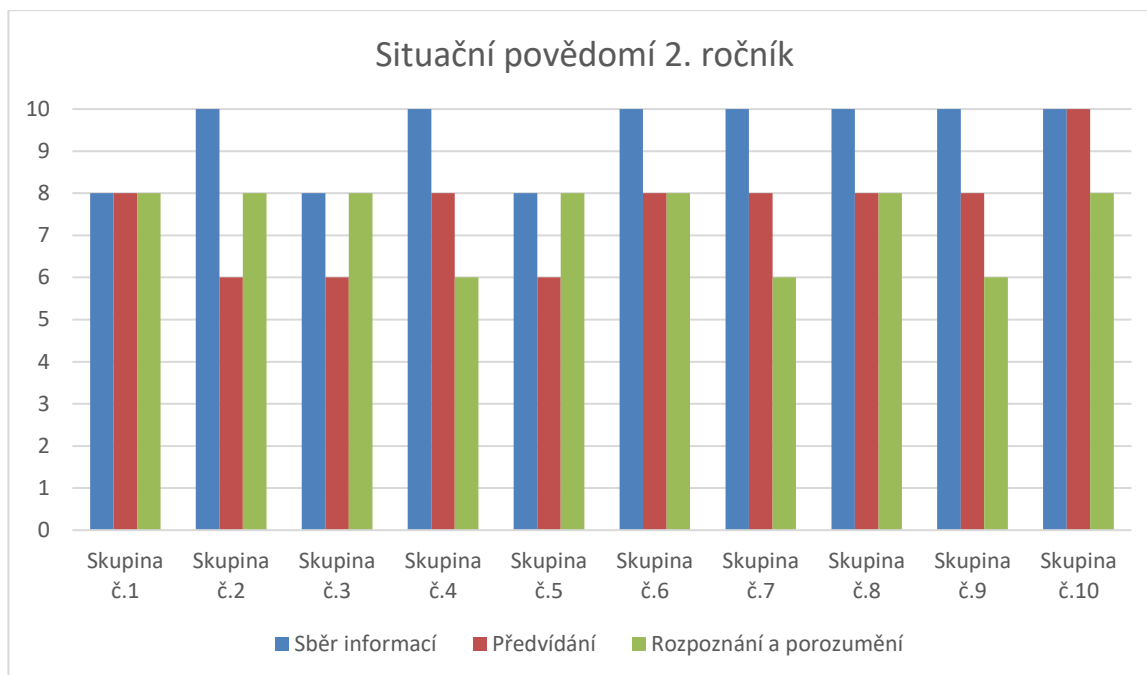
Obrázek číslo 8 ukazuje hodnoty rozdělení úkolů. Studenti 2. ročníku nejčastěji chybovali při určování priorit a při využívání dostupných prostředků. U parametru *určení priorit* dosáhli studenti 2. ročníku 82% úspěšnosti. U parametru *dodržení standardů* dosáhla většina hodnocených týmů studentů 2. ročníku 100% úspěšnosti. U parametru *práce se silami a prostředky* dosáhli studenti 2. ročníku 92% úspěšnosti. Nejhorše hodnoceným týmem byla skupina číslo 2, která nedosáhla 100% úspěšnosti v žádném ze sledovaných parametrů.



Obrázek 9 Rozdělení úkolů 3. ročník

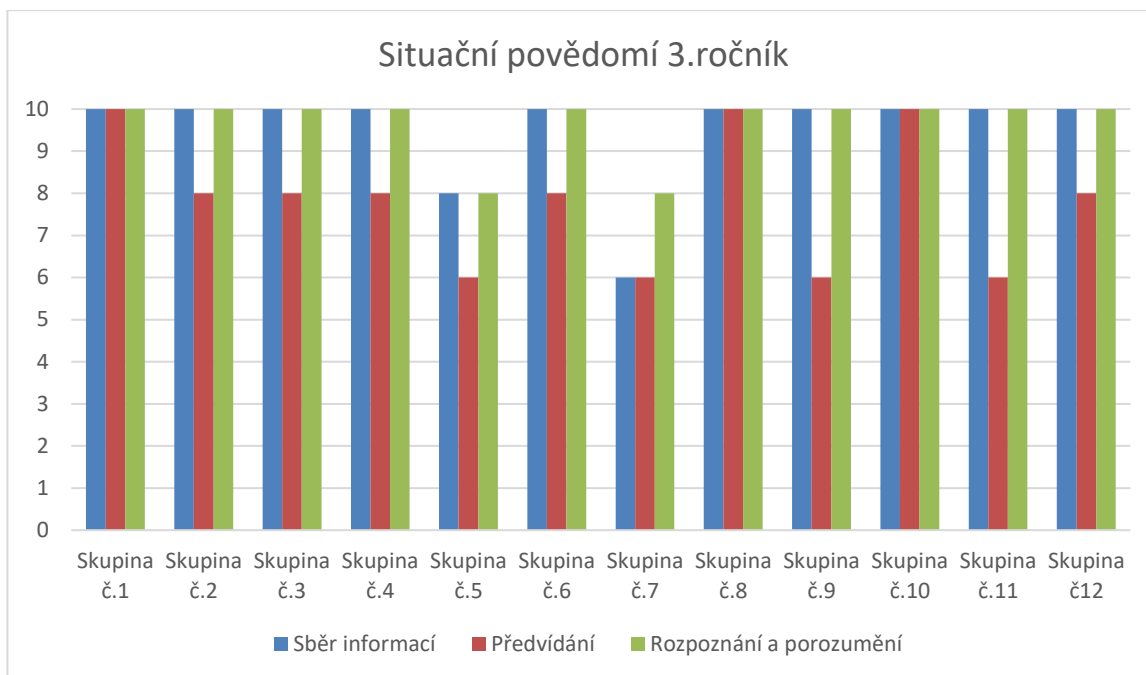
Obrázek číslo 9 ukazuje hodnoty rozdělení úkolů 3. ročníku. Nejnižší hodnoty se ukazují u parametru *určení priorit*, u kterého dosáhli studenti 3. ročníku 93% úspěšnosti. U hodnoceného parametru *dodržení standardů* byla úspěšnost 100%. Stejně tak bylo u hodnoceného parametru *práce se silami a prostředky*, u kterého rovněž studenti 3. ročníku dosáhli 100% úspěšnosti.

4.6 Situační povědomí



Obrázek 10 Situační povědomí 2. ročník

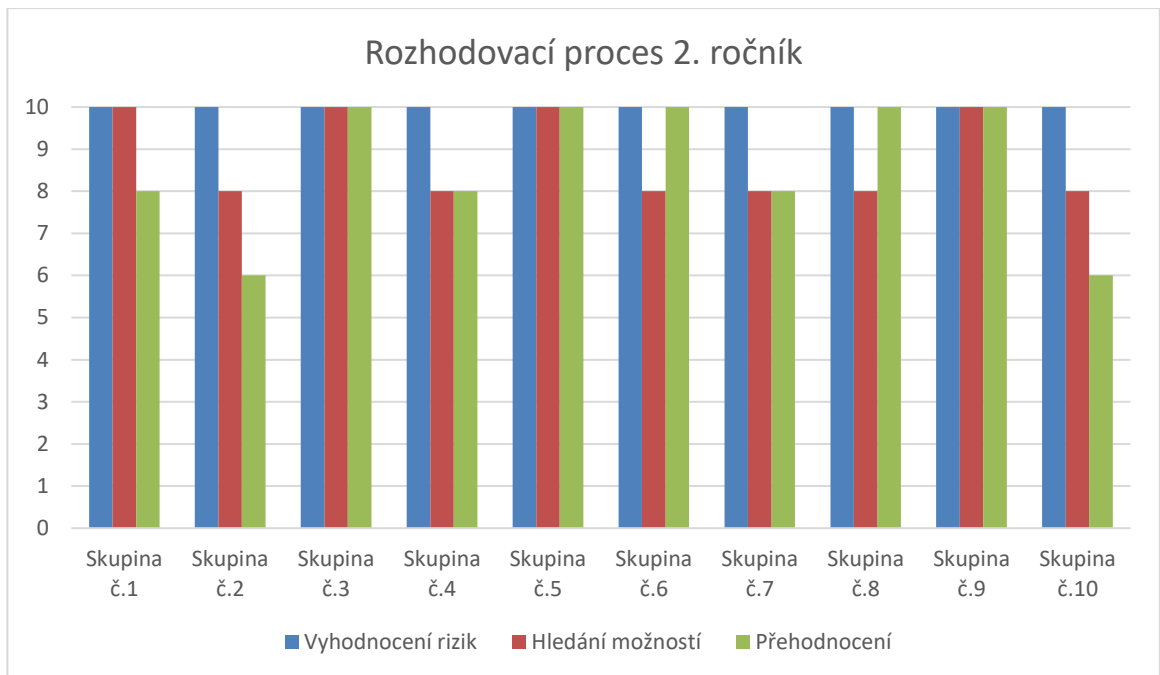
Obrázek číslo 10 ukazuje hodnoty situačního povědomí u 2. ročníku. Všechny sledované hodnoty u tohoto parametru jsou kolísavé. U hodnoceného parametru *sběr informací* dosáhli studenti 2. ročníku 94% úspěšnosti. O něco hůře na tom byl parametr *předvídání*, u kterého studenti dosáhli 76% úspěšnosti. Nejhorší dopadli studenti u hodnoceného parametru *rozpoznání a porozumění*, u kterého dosáhli 74% úspěšnosti.



Obrázek 11 Situační povědomí 3. ročník

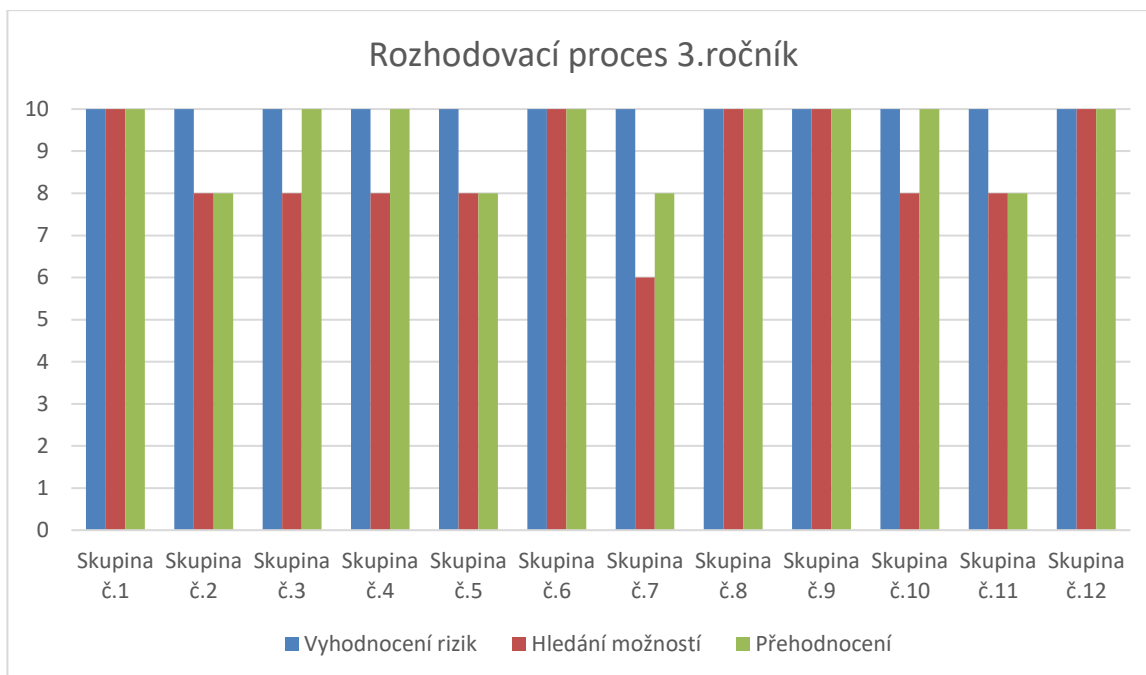
Obrázek číslo 11 ukazuje hodnoty situačního povědomí u 3. ročníku. Všechny sledované hodnoty u tohoto parametru jsou kolísavé ale ve srovnání s obrázkem číslo 10 vyšší. U hodnoceného parametru *sběr informací* dosáhli studenti 3. ročníku 95% úspěšnosti. Nejhůře dopadl hodnocený parametr *předvídání*, u kterého dosáhli studenti 78% úspěšnosti. U posledního hodnoceného parametru, *roznání a porozumění*, dosáhli studenti 97% úspěšnosti. Nejhůře hodnocenými týmy byly skupiny číslo 5 a 7, které nedosáhly 100% úspěšnosti ani v jednom z hodnocených parametrů.

4.7 Rozhodovací proces



Obrázek 12 Rozhodovací proces 2. ročník

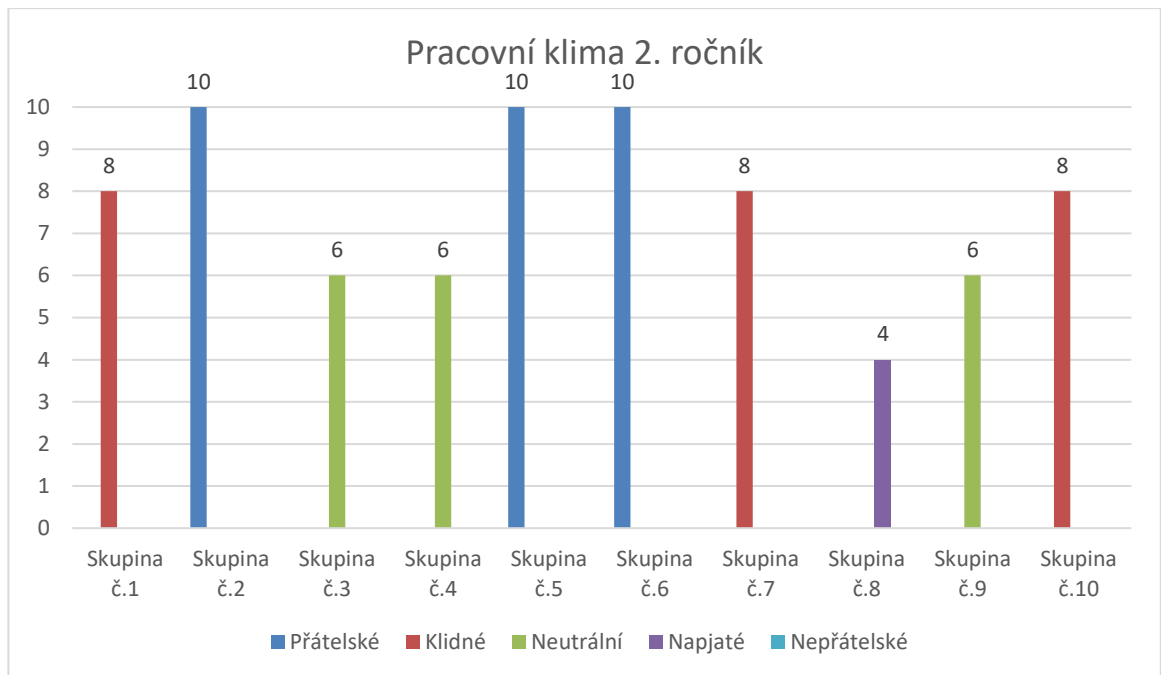
Obrázek číslo 12 ukazuje správnost u rozhodovacího procesu týmů 2. ročníku. Nejvyšší hodnoty se ukazují u parametrů *vyhodnocení rizik* a u *hledání možností*. U hodnoceného parametru *vyhodnocení rizik* dosáhli studenti 2. ročníku 100% úspěšnosti. U parametru *hledání možností* dosáhli 88% úspěšnosti. U hodnoceného parametru *přehodnocení* dosáhli studenti 86% úspěšnost. Nejhůře hodnocenými týmy byly skupiny číslo 2 a 10, které dosáhly nejnižšího zisku bodů v hodnoceném parametru *přehodnocení*.



Obrázek 13 Rozhodovací proces 3. ročník

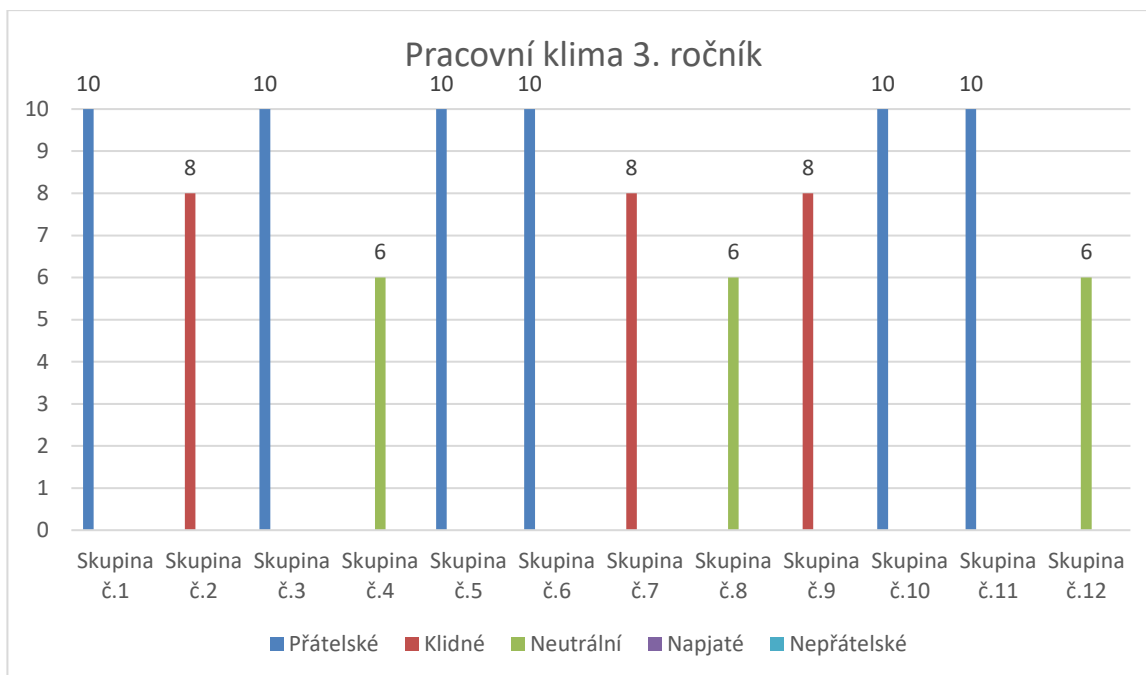
Hodnoty obrázku číslo 13 ukazují správnost rozhodovacího procesu u 3. ročníku. Nejvyšších hodnot dosáhl hodnocený parametr *vyhodnocení rizik*, ve kterém studenti dosáhli 100% úspěšnosti. Nejnižších hodnot dosáhl parametr *hledání možností*, ve kterém studenti dosáhli pouze 87% úspěšnosti. V posledním hodnoceném parametru, *přehodnocení*, dosáhli studenti 93% úspěšnosti. Nejhůře hodnoceným týmem byla skupina číslo 7, která dosáhla nejnižšího zisku bodů v parametru *hledání možností*.

4.8 Pracovní klima



Obrázek 14 Pracovní klima 2. ročník

Obrázek číslo 14 znázorňuje hodnoty pracovního klimatu v týmech 2. ročníku. Z hodnot vyplývá, že u studentů 2. ročníku bylo pracovní klima z 30% *přátelské*, z 30% *klidné*, z 30% *neutrální* a z 10% bylo pracovní klima *napjaté*. Žádný z hodnocených týmů nedosáhl hodnocení pracovního klimatu jako *nepřátelské*. Nejhůře hodnocené pracovní klima bylo u hodnoceného týmu číslo 8, u kterého bylo pracovní klima *napjaté*.



Obrázek 15 Pracovní klima 3. ročník

Obrázek 15 ukazuje hodnoty pracovního klimatu. U studentů 3. ročníku bylo pracovní klima z 50% *přátelské*, z 25% *klidné* a z 25% *neutrální*. Žádný z hodnocených týmů nedosáhl hodnocení pracovního klimatu jako *nepřátelské*. Nejhorše hodnocenými týmy byly skupiny číslo 4,8 a 12, u kterých bylo pracovní klima hodnoceno jako *neutrální*.

5 DISKUZE

Průzkumná otázka č. 1: *Budou mít jednotlivé týmy dobře fungujícího teamleadera?*

Odpověď: *Z dat získaných z hodnotící tabulky vyplývá, že polovina týmů 2. ročníku a většina týmů 3. ročníků mají dobře fungujícího teamleadera.*

Mezi základní vlastnosti správného leadera patří silná vůle, odvaha, lidskost, zápal po věc, pozitivní přístup, schopnost motivovat lidi a hlavně sebevědomí (Birch, 2005). Ze získaných dat, které ukazuje graf číslo 2, je patrné, že u poloviny týmů studentů 2. ročníku byl fungující teamleader. Ze získaných dat, která ukazuje graf číslo 3, je patrné, že u 3/4 týmů studentů 3. ročníku bude fungující teamleader.

Ze získaných dat je patrný rozdíl mezi ročníky. Příčina tohoto rozdílu je v nestejném počtu absolvovaných hodin praktického cvičení z předmětu urgentní medicíny v obou ročnících. Modelová cvičení se začínají plnit ve 2. ročníku studia, tudíž se jednalo o první modelovou situaci u hodnocených studentů 2. ročníku.

Průzkumná otázka číslo 2: *Dokážou studenti efektivně komunikovat v týmu?*

Odpověď: *Ano, ze získaných dat je patrné, že studenti obou ročníků jsou schopni efektivní komunikace v týmu.*

Výkyvy hodnot v grafech číslo 4 a 6 hodnocených studentů 2. ročníku jsou nejvíce patrné ve sledované oblasti *řečeno*, které sledovala proces vyslovení úkolů. Jeden z možných důvodů výkyvu mohla být nezkušenost členů týmu komunikovat při řešení modelových situací.

Výkyvy hodnot v grafech číslo 5 a 7 hodnocených studentů 3. ročníku jsou ze získaných dat nejvíce patrné v hodnotících oblastech *pochopeno* a *provedeno*. Tyto oblasti hodnotily u členů týmů porozumění vyslovených úkolů a následnou zpětnou vazbu po provedení vyslovených úkolů. Tyto výkyvy mohly být zapříčiněny větší sehraností týmů, než u hodnocených studentů 2. ročníku, a také již pevným rozdělením týmových rolí.

Komunikaci lze považovat za efektivní ve všech týmech v obou ročnících. Jednotlivé výkyvy v grafech se dají považovat za individuální selhání člena týmu. Jelikož k výkyvům došlo v jedné ze sledovaných oblastí, což posléze nemělo vliv na efektivitu komunikace v týmu. V grafu číslo 3 uvedeném v publikovaném čísle časopisu Urgentní medicína (4\2017, str.29), který sledoval efektivní komunikaci týmů během soutěže Rallye Rejvíz, které se zúčastnilo 31 tříčlenných posádek hodnocených nezúčastněným přímým pozorováním, uspořádané

v letech 2016 a 2017, došly k závěru, že komunikace byla efektivní v přibližně 70% zúčastněných týmů. V této provedené studii studenti 2. ročníku dosáhli efektivní komunikace až v 96%. Studenti 3. ročníku dosáhli efektivní komunikace v týmu až v 97%

Hodnoty porovnávaných grafů ukazují vyšší naměřené hodnoty u hodnocených studentů 2. a 3. ročníku.

Průzkumná otázka číslo 3: *Budou studenti schopni týmové spolupráce?*

Odpověď: *Ano, studenti obou hodnocených ročníků jsou schopni týmové spolupráce.*

Ze získaných dat, převedených do grafů číslo 6 a 7, se zdá být patrné, že hodnocené týmy obou ročníků jsou schopny spolupráce. U získaných dat 2. ročníku (graf číslo 6) jsou patrné velké výkyvy získaných dat. Nejnižší získaný počet bodů byl 6 (z možných 10). Nejnižší hranice získaných bodů se tudíž nachází v horní polovině bodové škály a z tohoto důvodu se hodnocení studenti shledávají schopni možné týmové spolupráce. U získaných dat u 3. ročníku (graf číslo 7) jsou výkyvy zanedbatelné.

V grafu číslo 4 uvedeném v časopise Urgentní medicína(4\2017,str.29) hodnoty ukazují schopnost spolupráce týmu až v 68%. Získané hodnoty studentů 2. ročníku ukazují až 85% schopnost týmové spolupráce. Hodnoty studentů 3. ročníku ukazují až 97% schopnost týmové spolupráce.

Ze získaných dat porovnávaných hodnot vyplývá vyšší procentuální úspěšnost hodnocených studentů 2. a 3. ročníku.

Průzkumná otázka číslo 4: *Dokáže teamleader správně určit a rozdělit prioritní úkoly tak, aby byly zároveň dodrženy všechny standardy?*

Odpověď: *Ano, teamleader dokáže správně určit a rozdělit prioritní úkoly tak, aby byly zároveň dodrženy standardy.*

U získaných dat z 2. ročníku (graf číslo 8) jsou patrnější výkyvy, které nebyly nijak dramatické. Výkyvy činily 9,3%, což znamená zisk 272 bodů z celkových 300 (součet tří hodnocených kategorií v parametru). Hodnoty získaných dat ze 3. ročníku (graf číslo 9) ukazují výkyvy, které činily 2.2%, což znamená zisk 352 bodů z celkových 360. Výkyvy 2. ročníku u sledovaných parametrů ohledně *správného určení a rozdělení prioritních úkolů* mohou být zapříčiněny menší škálou zkušeností a menší ukotveností v rolích. U sledovaného

parametru *dodržování standardu* může být příčinou výkyvů kratší čas strávený praktickou výukou, ve které byli studenti 2. ročníků na začátku.

V grafu číslo 8 uvedeném v časopise *Urgentní medicína* (4\2017,str.30), který sleduje plánování v týmu, ukazuje úspěšnost plánování v týmu jen v 35%.

Hodnoty porovnávaných grafů se liší. Naměřená data studentů 2. a 3. ročníku jsou vyšší. Důvodem vzniklého rozdílu může být, že studenti během modelových situací se striktně drží standardů a algoritmu ABCDE, což mohlo vést k lepšímu určení prioritních úkolů a jejich následnému rozdělení.

Průzkumná otázka číslo 5: *Mají teamleadéři situační povědomí při řešení modelové situace?*

Odpověď: *Ne, teamleadéři 2. ročníku nemají situační povědomí během řešení modelové situace. Získané hodnoty v grafu číslo 10 ukazují velkou chybovost.*

Ano, teamleadéři 3. ročníku mají situační povědomí při řešení modelové situace. Získané hodnoty v grafu číslo 11 z větší části dosahují maximálního počtu bodů.

Ze získaných dat, znázorněných v grafu číslo 10, lze soudit, že se teamleadéři 2. ročníku v modelových situacích neorientují. Dochází k velkým výkyvům ve sledovaných parametrech. I přesto, že dolní hranice výkyvů se stále nachází v horní polovině bodové škály, jsou výkyvy četné u všech třech sledovaných parametrů a maximálního počtu bodů dosahují ojediněle. Z toho důvodu nelze říci, že teamleadéři mají situační povědomí.

Ze získaných dat, znázorněných v grafu číslo 11, lze soudit, že se teamleadéři 3. ročníku v řešení modelových situací orientují. K výkyvům dochází pouze u sledovaného parametru *předvidání* a nejnižší hranice získaných bodů u tohoto parametru se stále nachází v horní polovině bodové škály. Z toho důvodu lze říci, že teamleadéři situační povědomí mají. Získané hodnoty jsou v porovnání s 2. ročníkem vyšší.

Graf číslo 2, publikovaný v časopisu *Urgentní medicína* (4\2017,str.29), ukazuje hodnoty situačního povědomí teamleadera. Tyto hodnoty ukazují 69% schopnost teamleadera udržovat situační povědomí. Naměřené hodnoty u studentů 3. ročníku ukazují až 90% schopnost teamleadera udržovat situační povědomí, zatímco naměřené hodnoty studentů 2. ročníku odpovídají 83%.

Hodnoty porovnávaných grafů ukazují vyšší procentuální úspěšnost u hodnocených studentů 2. a 3. ročníku.

Průzkumná otázka číslo 6: *Dokážou studenti správně vyhodnotit bezpečnost rizika?*

Odpověď: *Ano, studenti dokáží správně vyhodnotit bezpečnost rizika.*

Z grafů číslo 12 a 13 (parametr *vyhodnocení rizik*) lze vyčíst 100% vyhodnocení případných rizik v modelové situaci u obou ročníků. (Remeš, 2013)

Průzkumná otázka číslo 7: *Bude pracovní klima při řešení modelové situace klidné až přátelské alespoň u 50% týmů?*

Odpověď: *Ano, klidné až přátelské klima bylo u 68% týmů.*

Z grafů číslo 14 a 15 lze vyčíst, že v 68% (15 z celkem 22 týmů) byla pracovní atmosféra *klidná až přátelská*.

V porovnání s grafem hodnot číslo 5, převzatým z časopisu *Urgentní medicína* (4\2017, str.30) a zkoumající klid v týmu, který ukazuje že až v 66% je pracovní atmosféra týmu klidná. Důvodem k vyššímu procentu hodnocených týmů 2. a 3. ročníku může být ten, že se jedná o skupinu, která modelové situace absolvuje ve škole, tudíž na ně není kladen takový nátlak, jako u skupiny účastníci se soutěže Rallye Rejvíz.

Hodnoty porovnávaných grafů ukazují vyšší procentuální zastoupení přátelského klimatu u hodnocených studentů 2. a 3. ročníku.

6 ZÁVĚR

Bakalářská práce je zaměřena na využití netechnických dovedností v přednemocniční péči. V teoretické části jsou sepsané bližší informace o netechnických dovednostech a jejich využití v přednemocniční péči. Dále se v teoretické části dozvídáme o oblastech netechnických dovedností a jejich využití v přednemocniční péči. Hlavním cílem teoretické části bakalářské práce bylo vyhledat a sepsat veškeré dostupné informace o problematice netechnických dovedností v přednemocniční péči.

Praktická část je zaměřena na zjištění úrovně využití netechnických dovedností u studentů 2. a 3. ročníku v oboru zdravotnický záchranář při praktickém nácviku řešení modelových situací. Hlavním cílem praktické části bakalářské práce bylo porovnat využití netechnických dovedností při poskytování přednemocniční péče mezi 2. a 3. ročníkem. Dalším dílčím cílem praktické části bylo ověřit schopnosti studentů 2. a 3. ročníku při využívání netechnických dovedností.

Je uspokojiví, že studenti obou ročníků prokázali velkou schopnost využití netechnických dovedností při praktickém nácviku řešení modelových situací. Studenti 3. ročníku byli ve většině zkoumaných parametrů lepší než studenti 2. ročníku. Lze tvrdit, že tento rozdíl je zapříčiněn především absolvováním většího počtu praktického cvičení modelových situací u 3. ročníku. Dalšími důvody tohoto rozdílu může být absolvování stáže na záchranné službě a určitou roli zde hraje i faktor osobní připravenosti.

Z hlediska této bakalářské práce je nutné zdůraznit důležitost správného a uvědomělého využití netechnických dovedností v přednemocniční péči. K upevněním netechnických dovedností může sloužit četnější nácvik modelových situací zaměřený právě na netechnické dovednosti v přednemocniční péči. Dále považuji za důležité klást důraz na šíření povědomí o tom, co to netechnické dovednosti jsou, co všechno obsahují a jak je správně využívat.

Na závěr bakalářské práce navrhuji uskutečnit obdobný průzkum během příštích praktických cvičení pro porovnání výsledků.

7 POUŽITÁ LITERATURA

1. BAŠTECKÁ, Bohumila, Veronika ČERMÁKOVÁ a Milan KINKOR. *Týmová supervize: teorie a praxe*. Praha: Portál, 2016. ISBN 978-80-262-0940-9.
2. DEVITO, Joseph A. *Základy mezilidské komunikace: 6. vydání*. Praha: Grada, 2008. Expert (Grada). ISBN 978-80-247-2018-0.
3. HAYES, Nicky. *Základy sociální psychologie*. Vyd. 7. Praha: Portál, 2013. ISBN 978-80-262-0534-0.
4. HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2005. 407 s. ISBN 80-7367-040-2.
5. HONZÁK, Radkin. *Komunikační pasti v medicíně: praktický manuál komunikace lékaře s pacientem*. 2., dopl. vyd. Praha: Galén, c1999. ISBN 80-726-2032-0.
6. JANÁČKOVÁ, Laura a Petr WEISS. *Komunikace ve zdravotnické péči*. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-477-9.
7. KUBÁTOVÁ, Sláva, 2013. *Tajemství spolupráce v týmech*. Praha: Management Press. Action Learning – praktický management. ISBN 978-80-7261-259-8.
8. KUBÁTOVÁ, Sláva. *Tajemství spolupráce v týmech*. Praha: Management Press, 2013. Action Learning - praktický management. ISBN 978-80-7261-259-8.
9. MIKULÁŠTÍK, Milan. *Komunikační dovednosti v praxi*. 2., dopl. a přeprac. vyd. Praha: Grada, 2010. Manažer. ISBN 978-80-247-2339-6.
10. MÜHLFEIT, Jan a Melina COSTI. *Pozitivní leader: jak energie a štěstí pohánějí špičkové týmy na cestě k úspěchu*. V Brně: Management Press, 2017. ISBN 978-80-265-0591-4.
11. NAKONEČNÝ, Milan. *Sociální psychologie*. Vyd. 2., rozš. a přeprac. Praha: Academia, 2009. ISBN 978-80-200-1679-9.
12. PEKARA, Jaroslav. *Komunikace jako sebeobrana zdravotníka*. Praha: Institut postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví, 2015. ISBN 978-80-87023-46-4.

13. PLAMÍNEK, Jiří a Daniel FRANC. *Komunikace a prezentace: umění mluvit, slyšet a rozumět*. Praha: Grada, 2008. Manažer. ISBN 978-80-247-2706-6.
14. PTÁČEK, Radek a Petr BARTŮNĚK. *Etika a komunikace v medicíně*. Praha: Grada, 2011. Edice celoživotního vzdělávání ČLK. ISBN 978-80-247-3976-2.
15. REMEŠ, Roman a Silvia TRNOVSKÁ. *Praktická příručka přednemocniční urgentní medicíny*. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-4530-5.
16. SEITLOVÁ, Klára, 2013. *Teambuilding - face to face, nebo virtuální prostředí*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 978-80-7261-259-8.
17. ŠÍN, Robin. *Medicína katastrof*. Praha: Galén, 2017. ISBN 978-80-7492-295-4.
18. ŠTĚTINA, Jiří. *Zdravotnictví a integrovaný záchranný systém při hromadných neštěstích a katastrofách*. Praha: Grada, 2014. Vedení lidí v praxi. ISBN 978-80-247-4578-7.
19. *Urgentní medicína: Časopis pro neodkladnou lékařskou péči*, 2017. MEDIPRAX CB s.r.o. ISSN 1212-1924.
20. ZACHAROVÁ, Eva. *Komunikace v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada Publishing, 2016. Sestra (Grada). ISBN 978-80-271-0156-6.

8 PŘÍLOHY

Příloha A – <i>Hodnoticí tabulka</i>	53
--	----

Příloha A – *Hodnoticí tabulka*

		1 (10b)	2 (8b)	3 (6b)	4 (4b)	5 (2b)	Součet bodů	Poznámky
	Teamleader							
Komunikace	Řečeno							
	Pochopeno							
	Provedeno							
Týmová spolupráce	Koordinace							
	Výměna informací							
	Asertivita							
Rozdělení úkolů	Určení priorit							
	Dodržení standardů							
	Práce se silami a prostředky							
Situační povědomí	Sběr informací							
	Předvídaní							
	Rozpoznání a porozumění							
Rozhodovací proces	Vyhodnocení rizik							
	Hledání možností							
	Přehodnocení							
	Pracovní klima	Přátelské	Klidné	Neutrální	Napjaté	Nepřátelské		