



Komunikace zdravotnického záchranáře s pacientem z jiné kultury

Bakalářská práce

Studijní program:

B5345 Specializace ve zdravotnictví

Studijní obor:

Zdravotnický záchranář

Autor práce:

Markéta Hampová

Vedoucí práce:

Mgr. Tomáš Dudich

Fakulta zdravotnických studií



Zadání bakalářské práce

Komunikace zdravotnického záchranáře s pacientem z jiné kultury

Jméno a příjmení: **Markéta Hampová**
Osobní číslo: **D19000065**
Studijní program: **B5345 Specializace ve zdravotnictví**
Studijní obor: **Zdravotnický záchranář**
Zadávající katedra: **Fakulta zdravotnických studií**
Akademický rok: **2021/2022**

Zásady pro vypracování:

Cíle práce:

- 1) Popsat zásady komunikace s pacientem v podmínkách zdravotnické záchranné služby.
- 2) Popsat zásady komunikace zdravotnického záchranáře s pacientem z jiné kultury.
- 3) Zjistit jaké možnosti využívají zdravotničtí záchranáři při komunikaci s pacienty z jiné kultury.
- 4) Zjistit jaké problémy se vyskytují při komunikaci zdravotnických záchranářů s pacienty z jiné kultury.
- 5) Zjistit návrhy zdravotnických záchranářů pro snazší komunikaci s pacienty z jiné kultury.

Teoretická východiska (včetně výstupu z kvalifikační práce):

Komunikace je jednou z klíčových dovedností zdravotnického záchranáře, problém může nastat u pacienta z jiné kultury při poskytování přednemocniční neodkladné péče, z důvodu stanovených specifik každé kultury, na které musí být zdravotnický záchranář připraven minimálně znalostmi z transkulturního ošetřovatelství, ale i dobrou úrovní komunikace v cizím jazyce.

Výstupem bakalářské práce bude informační brožura, určená zdravotnickým záchranářům, shrnující specifika pacientů z nejčastějších kultur v České republice, pro eliminaci špatné komunikace s těmito pacienty.

Výzkumné předpoklady / výzkumné otázky:

- 1) Výzkumná otázka nestanovena, jedná se o stanovený cíl práce.
- 2) Výzkumná otázka nestanovena, jedná se o stanovený cíl práce.
- 3) Jaké možnosti využívají zdravotničtí záchranáři při komunikaci s pacienty z jiné kultury?
- 4) Jaké problémy se vyskytují při komunikaci zdravotnických záchranářů s pacienty z jiné kultury?
- 5) Jaké jsou návrhy zdravotnických záchranářů pro snazší komunikaci s pacienty z jiné kultury?

Metoda:

Kvalitativní

Technika práce, vyhodnocení dat:

Technika práce: polostrukturovaný rozhovor

Vyhodnocení dat: rozhovory budou nahrávány na diktafon, a poté doslovně přepsány do textového editoru Microsoft Office 2020. Následně budou zpracovány do diagramů.

Místo a čas realizace výzkumu:

Místo: výjezdové základny zdravotnických záchranných služeb Libereckého kraje

Čas realizace výzkumu: leden-březen 2022.

Vzorek:

Respondenti: zdravotničtí záchranáři pracující v Libereckém kraji

Počet: po dosažení teoretické saturace

Rozsah práce:

Rozsah bakalářské práce činí 50–70 stran (tzn. 1/3 teoretická část, 2/3 výzkumná část).

Forma zpracování kvalifikační práce: Tištěná a elektronická.

Rozsah grafických prací:

Rozsah pracovní zprávy:

Forma zpracování práce:

Jazyk práce:

tištěná/elektronická

Čeština



Seznam odborné literatury:

- BEDNAŘÍK, Aleš a Mária ANDRÁŠIOVÁ. 2020. *Komunikace s nemocným: sdělování nepříznivých informací*. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-2288-2.
- ČENĚK, J., J. SMOLÍK a Z. VYKOUKALOVÁ. 2016. *Interkulturní psychologie: vybrané kapitoly*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5414-7.
- DINGOVÁ ŠLIKOVÁ, M., L. VRABELOVÁ a L. LIDICKÁ. 2018. *Základy ošetřovatelství a ošetřovatelských postupů pro zdravotnické záchranáře*. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-0717-9.
- HÁJEK, Marcel a Charif BAHBOUH. 2016. *Muslimský pacient: principy diagnostiky, terapie a komunikace: manuál o zásadách medicínského přístupu pro české či slovenské lékaře a zdravotníky praktikující v zemích islámu*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5631-8.
- LOŠŤÁKOVÁ, Olga. 2020. *Empatická a asertivní komunikace: jak zvládat obtížné komunikační situace*. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-2227-1.
- NAVARRO, Joe. 2019. *Tajemství řeči těla: gesta, která prozradí více než slova*. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-2477-0.
- PLEVOVÁ, Ilona et. al. 2019. *Ošetřovatelství II*. 2. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-0889-3.
- STEIN-PARBURY, Jane. 2018. *Patient & person: interpersonal skills in nursing*. 6th ed. Chatswood: Elsevier. ISBN 978-7295-4256-2.
- TOMOVÁ, Šárka a Jana KŘIVKOVÁ. 2016. *Komunikace s pacientem v intenzivní péči*. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-0064-4.
- ZACHAROVÁ, Eva. 2016. *Komunikace v ošetřovatelské praxi*. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-0156-6.
- ZACHAROVÁ, Eva. 2017. *Zdravotnická psychologie: teorie a praktická cvičení*. 2. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-0155-9.

Vedoucí práce:

Mgr. Tomáš Dudich
Fakulta zdravotnických studií

Datum zadání práce:

30. listopadu 2021

Předpokládaný termín odevzdání:

29. července 2022

L.S.

prof. MUDr. Karel Cvachovec, CSc., MBA
děkan

V Liberci dne 31. ledna 2022

Prohlášení

Prohlašuji, že svou bakalářskou práci jsem vypracovala samostatně jako původní dílo s použitím uvedené literatury a na základě konzultací s vedoucím mé bakalářské práce a konzultantem.

Jsem si vědoma toho, že na mou bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb., o právu autorském, zejména § 60 – školní dílo.

Beru na vědomí, že Technická univerzita v Liberci nezasahuje do mých autorských práv užitím mé bakalářské práce pro vnitřní potřebu Technické univerzity v Liberci.

Užiji-li bakalářskou práci nebo poskytnu-li licenci k jejímu využití, jsem si vědoma povinnosti informovat o této skutečnosti Technickou univerzitu v Liberci; v tomto případě má Technická univerzita v Liberci právo ode mne požadovat úhradu nákladů, které vynaložila na vytvoření díla, až do jejich skutečné výše.

Současně čestně prohlašuji, že text elektronické podoby práce vložený do IS/STAG se shoduje s textem tištěné podoby práce.

Beru na vědomí, že má bakalářská práce bude zveřejněna Technickou univerzitou v Liberci 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.

Jsem si vědoma následků, které podle zákona o vysokých školách mohou vyplývat z porušení tohoto prohlášení.

21. července 2022

Markéta Hampová

Poděkování

Tímto bych ráda poděkovala vedoucímu mé bakalářské práce Mgr. Tomášovi Dudichovi za vedení a cenné rady, které mi poskytl během zpracování. Ráda bych dále poděkovala všem zúčastněným respondentům za jejich vstřícnost a nemalý čas, který mi věnovali. Velké díky patří mé rodině, příteli a ostatním přátelům za podporu, pomoc, a především neskutečnou trpělivost.

Anotace v českém jazyce

Jméno a příjmení: Markéta Hampová

Instituce: Technická univerzita v Liberci, Fakulta zdravotnických studií

Název práce: Komunikace zdravotnického záchranáře s pacientem z jiné kultury

Vedoucí práce: Mgr. Tomáš Dudich

Počet stran: 69

Počet příloh: 6

Rok obhajoby: 2022

Bakalářskou práci jsme rozdělili na teoretickou a výzkumnou část. V teoretické části se zabýváme obecným popisem komunikace, popisujeme její verbální a neverbální stránku. Dále se zabýváme významem komunikace v přednemocniční neodkladné péči. Následně se v teoretické části věnujeme specifickým rysům komunikace u vybraných žijících národnostních a náboženských minorit v České republice, které by měl každý zdravotnický záchranář znát a využívat je. Výzkumnou část jsme zpracovali pomocí kvalitativní metody výzkumu, technikou polostrukturovaných rozhovorů s deseti respondenty pracujícími na pozici zdravotnického záchranáře u zdravotnické záchranné služby Libereckého kraje. Cílem této práce bylo popsat zásady komunikace s pacientem v podmínkách zdravotnické záchranné služby. Dále popsat zásady komunikace zdravotnického záchranáře s pacientem z jiné kultury, jaké má zdravotnický záchranář možnosti dorozumění se s pacientem z jiné kultury. Zjistit jaké problémy se vyskytují při komunikaci s pacientem z jiné kultury a následně zjistit návrhy zdravotnických záchranářů na zlepšení problematiky komunikace u pacientů z jiných kultur. Výstupem z této bakalářské práce je brožura, která shrnuje nejdůležitější specifika v komunikaci u vybraných minorit.

Klíčová slova: Komunikace, zdravotnický záchranář, multikulturní ošetřovatelství, náboženská minorita, národnostní minorita, specifika komunikace u minorit

Annotation

Name: Markéta Hampová

Institution: Technical University of Liberec, Faculty of Health Studies

Title: Communication of a paramedic with a patient from another culture

Supervisor: Mgr. Tomáš Dudich

Pages: 69

Appendix: 6

Year of defence: 2022

This bachelor thesis is divided into two parts, first theoretical and second research. Theoretical part explore generally communication and verbal and non-verbal communication. Next chapter is the communication in prehospital emergency care. Another explore topic is specifics feature of communication in the most common nationalities and religious groups in the Czech republic which should be know by every paramedics. The research part is realised through the use of qualitative research method and the technique of semistructured interview with ten paramedics from the emergency medical service of Liberec region. The aim of this thesis was to describe the principles of communication with the patient in the conditions of the medical emergency service. Furthermore, describe the principles of communication between a paramedic and a patient from another culture, what possibilities a paramedic has for communicating with a patient from another culture. To find out what problems occur when communicating with a patient from another culture and subsequently to find out the suggestions of paramedics to improve communication issues with patients from other cultures The output of this bachelor thesis is a brochure that summarizes the most important specifics in communication among selected minorities.

Key words: Communication, paramedic, multicultural nursing, religion minority, nationalities minority, minority's communication specifics

Obsah

1	Úvod.....	12
2	Teoretická část	13
2.1	Komunikace	13
2.1.1	Verbální komunikace	14
2.1.2	Neverbální komunikace	15
2.2	Komunikace v podmínkách zdravotnické záchranné služby a její zásady	18
2.2.1	Verbální a neverbální komunikace v podmínkách ZZS	20
2.3	Transkulturní a multikulturní ošetřovatelství	21
2.4	Komunikace s národnostními a náboženskými minoritami v ČR.....	23
2.4.1	Romové.....	24
2.4.2	Vietnamci.....	25
2.4.3	Ukrajinci	26
2.4.4	Muslimové	27
3	Výzkumná část.....	29
3.1	Cíle práce a výzkumné otázky	29
3.2	Metodika výzkumu.....	29
3.3	Kategorizace a analýza dat získaných z rozhovorů.....	30
3.4	Charakteristika výzkumného souboru.....	31
3.4.1	Identifikační údaje	31
3.4.2	Kategorie 1 Možnosti při komunikaci	32
3.4.3	Kategorie 2 Využití komunikačních karet.....	34
3.4.4	Kategorie 3 Využití tlumočnicka.....	36
3.4.5	Kategorie 4 Nejčastější problémy v komunikaci	39
3.4.6	Kategorie 5 Prevence vzniku problémů v komunikaci	42
3.4.7	Kategorie 6 Důsledky problémů v komunikaci	44
3.4.8	Kategorie 7 Návrhy ZZ pro zlepšení komunikace.....	46
3.5	Analýza výzkumných cílů a otázek.....	48
4	Diskuze	51
5	Návrh doporučení pro praxi.....	54

6	Závěr	55
	Seznam použité literatury	57
	Seznam schémat.....	60
	Seznam příloh	62

Seznam použitých zkratk

aj.	a jiné
apod.	a podobně
cm	centimetrů
et al.	et alii
ČR	Česká republika
IQ	intelligenční kvocient
IZS	integrovaný záchranný systém
např.	například
obr.	obrázek
PNP	přednemocniční neodkladná péče
tzv.	takzvaně
ZZ	zdravotnický záchranář
WHO	World Health Organization

1 Úvod

Komunikace je nedílnou součástí života každého z nás, díky ní jsme schopni předávat informace svému okolí, ale také je získávat. Z tohoto důvodu klademe velký důraz na komunikační schopnosti zdravotnických záchranářů (dále jen ZZ) v přednemocniční neodkladné péči (dále jen PNP). Právě zde je výtěžnost informací, týkajících se zdravotního stavu pacienta velmi důležitá pro zhodnocení stavu a zahájení vhodné léčby. Komunikace má však svá pravidla, která mohou být v každé kultuře odlišná. I přesto by měla být komunikace mezi ZZ a pacientem z jiné kultury na kvalitní úrovni pro získání nejdůležitějších informací.

Bakalářskou práci členíme na teoretickou a výzkumnou část. Obsahem teoretické části je popis obecné komunikace, jejího dělení a specifika komunikace ve zdravotnickém prostředí včetně zdravotnické záchranné služby. Součástí teoretické části je také popis významných komunikačních specifíků u vybraných kultur a náboženství, se kterými se můžeme setkat na území České republiky s následným přiblížením jejich zvyklostí. Výzkumná část se zabývá zkušenostmi s problematikou komunikace s pacienty z jiných kultur a návrhy na její zlepšení od samotných ZZ z Libereckého kraje. K dosažení cílů práce byla zvolena kvalitativní metoda. Informace byly získány pomocí polostrukturovaného rozhovoru. Výstupem této bakalářské práce je informační brožura, jenž obsahuje výčet specifíků, u vybraných kultur na území ČR, se kterými mohou přijít ZZ do kontaktu během výkonu povolání. Cílem brožury je eliminace možných komunikačních nedorozumění ze strany ZZ, který může z důvodu vlastní neznalosti špatně pochopit význam sdělení nebo pacientových projevů.

2 Teoretická část

2.1 Komunikace

Pojmu komunikace rozumíme jako provádění výměny informací, sdělování myšlenek a schopnost vyjadřování se tak, aby si všichni aktéři komunikace navzájem rozuměli (Andršová, 2012). Díky komunikaci naplňujeme sociální potřeby, čímž dáváme smysl svému životu, neboť pomocí sdílení svých poznatků, názorů a zážitků si udržujeme psychické zdraví a zachováváme si lidskost. Jsme tedy každodenně motivováni k zahajování rozhovoru.

Komunikačních motivů je několik mezi ně patří např. **kognitivní motivace**, ta nás právě vede ke sdílení vlastních myšlenek, názorů a znalostí, chceme tím docílit pochopení vlastní osoby u komunikačního partnera. Díky **zjišťovací a orientační motivaci** se snažíme pochopit názory druhé osoby. Pokud je naší motivací navázání, udržení nebo rozvíjení nového kontaktu, čímž uspokojujeme sociální potřebu, pak je taková motivace označována jako **sdužovací**. **Přesilová motivace** vyplývá z potřeby zviditelnění se, jestliže na sebe potřebujeme převést pozornost a dokázat ostatním, že jsme v něčem lepší (Zacharová, 2016).

Vybíral (2013) udává, že komunikace má mít stanoven také svůj účel a jednu či více funkcí. Popisuje následujících pět základních funkcí. Je to **informativní** funkce, jejímž cílem je předat nová sdělení nebo doplnit a obohatit konverzaci. **Instruktažní** funkce nám pomáhá podávat návod a seznamovat s postupem nějaké činnosti. **Persuazivní** funkce se zabývá tím, aby účastník změnil nebo poupravil svůj názor nebo chování (cílená manipulace). Cílem **vyjednávací** komunikace je dosažení nějakého kompromisního řešení, které bude vyhovovat oběma stranám. **Zábavná** funkce je poslední, kterou autor uvádí, jejím účelem je pobavit adresáta a odlehčit tak konverzaci. Každá komunikace musí mít tedy určitý záměr a současně touhu vyvolat nějakou odpověď, aby k tomuto ovšem došlo, musí projít tzv. komunikačním procesem (Zacharová, 2017).

Komunikační proces (příloha A) rozdělujeme podle směru výměny informací na **jednosměrný** a **obousměrný**. U jednosměrného procesu je cílem pouze předat informaci bez zpětné vazby, na rozdíl od obousměrného, kdy ji očekáváme. Aby došlo k efektivnímu přenosu, je důležité zhodnotit, zda a jak přesně příjemce porozuměl sdělení od odesílatele. Pro lepší přehlednost v rozboru procesu jsou definovány jeho části,

k těm nejvýznamnějším patří **odesílatel** (též komunikátor), který je zprostředkovatelem informace, kterou chce předat dál **příjemci**. Úkolem odesílatele je informaci dostatečně **zakódovat** neboli vybrat specifické znaky nebo symboly, pod znaky si můžeme představit vhodná slova, paralingvistické prvky a jiné (dále aj.). **Komuniké** (zpráva sdělení) je obsah sdělované informace, může mít mluvenou i psanou podobu. K příjemci se dostává pomocí tzv. **komunikačního kanálu**. **Kontext** je prostředí, v němž se proces uskutečňuje. **Zpětná vazba** není jen reakce příjemce na odesílatelovu zprávu, ale také odpověď odesílatele na sebe sama, jelikož i on vnímá svůj projev a je schopen jej zhodnotit. Proces komunikace může narušit tzv. **komunikační šum**. Pod toto označení můžeme zařadit veškeré prvky, které negativně ovlivňují celkový průběh a výsledek komunikace. Mezi škodlivé prvky můžeme zařadit rušné prostředí, ve kterém rozhovor probíhá, tmavé brýle, které znemožňují číst pohyby očí, poruchy sluchu, zraku, ale také odlišné významy v neverbálních projevech mezi kulturami (Morovicsová, 2014).

Řeč je jedním z nejdůležitějších nástrojů a zároveň jedinečným fenoménem lidské komunikace, který nás odlišuje od ostatních tvorů (Zacharová, 2016). Mimo řeči je komunikace založena i na mimoslovních formách, kterými jsou např. mimika tváře, gesta, ale i emoce a tón hlasu (Kelnarová a Matějková, 2014). Komunikace je tedy rozdělena do dvou podob, jsou jimi **verbální** a **neverbální** komunikace, jež se navzájem doplňují, ale také může jedna varianta zastoupit druhou (Zacharová, 2017).

2.1.1 Verbální komunikace

Verbální komunikace je rysem lidské společnosti, jejímž nositelem je lidský hlas. Je to specifické spojení lidí díky předávání a přijímání sdělení pomocí verbálních významů (Janoušek, 2015). Komunikovat verbálně znamená tedy komunikovat mluveným či psaným slovem (Kelnarová a Matějková 2014). Rocci (2016) také uvádí, že verbální forma komunikace je jedním ze způsobů komunikace, jenž napomáhá jednak s dorozumíváním se s druhými, ale současně se jedná o jeden z nástrojů k dosažení cílů a potřeb. Dále také dodává, že verbální komunikace není jen o sdělování informací druhým, ale také sobě samému, což lze volně popsat jako samomluvu (Rocci a Saussure, 2016). Je fylogeneticky a ontogenicky mladší oproti neverbální komunikaci (Plevová et al., 2019).

Aby se v komunikaci zvýšila její účinnost a došlo ke správnému pochopení sdělované informace, je důležité zapojit tzv. paralingvistické prvky, které mohou nepřímo naznačit atmosféru komunikace (Plevová et al., 2019). Mezi takovéto prvky lze zařadit **rychlost řeči**, která dokáže odhalit emoční napětí, touhu mít rozhovor co nejrychleji za sebou apod. **Hlasitost** se liší na podkladě charakteru konverzace, ku příkladu stydlí se osoba bude spíše šeptat. Z tohoto důvodu můžeme k hlasitosti zařadit i **výšku hlasu**, jež právě odkrývá emoční rozpoložení. Dalším prvkem jsou **pomlky**, které nabízejí prostor pro otázky, hledání vhodné skladby slov. Pomlky nám mohou také napovědět, že se blíží téma, které není pro autora sdělení příjemné. Dominujícím prvkem těchto znaků je **intonace**, jež se dá se pokládat za neodmyslitelnou část mluveného projevu, s její pomocí lze dodat důraz na sdělení, a současně může změnit celý význam předávané informace (Zacharová, 2016).

2.1.2 Neverbální komunikace

Výraz neverbální (můžeme se rovněž setkat s výrazem nonverbální) je označením pro mimoslovní komunikaci (Kelnarová a Matějková, 2014). V nejnovějších výzkumech psychologové docházejí k výsledku, že v klasickém osobním rozhovoru tvoří neverbální složka přibližně 55–60 %, což znamená, že neverbální sdělení ke kvalitní komunikaci neodmyslitelně patří (Borg, 2013). Zvýšenou citlivost na neverbální projevy mají především lidé nacházející se v cizí zemi anebo nemocní (Kutnohorská, 2013).

Podle Tomové a Křivkové (2016) se významy neverbálních složek dají zahrnout do následujících okruhů:

- **Zdůrazňovací** – zdůraznění podstatné části verbálního projevu např. zvýšením hlasu aj.
- **Doplňovací** – pokud chybí verbálnímu projevu důležitá neverbální složka, může sdělení nabýt opačného významu.
- **Popírací** – neverbální projev popírá sdělení verbálního projevu, může být vědomý nebo nevědomý.
- **Regulující** – ku příkladu během diskuze se posluchač může přihlásit o dotaz pouhým náklonem vpřed či známým zvednutím ruky, aniž by rušil ostatní účastníky v poslouchání.

- **Opakující** – nebo též povzbuzují verbální sdělení.
- **Nahrazující** – nahrazuje verbální projev, typické je kývání hlavou, zvednutí palce jako gesto souhlasu.

Neverbální vyjadřování podává tedy mnoho signálů o emočním stavu, touhu po seznámení, vyjádření antipatií, vyjádření zájmu o téma apod. Hlavními iniciátory neverbální komunikace jsou hlava a pohyby rukou (Tomová a Křivková, 2016).

„Vlasy, čelo, obočí, oči, nos, rty, uši a brada, to vše komunikuje svým způsobem – a informuje o našem zdravotním stavu i o emočním napětí“ (Navarro, 2019, s.19).

Neverbální komunikaci rozdělujeme na složky, kterými jsou **gestika**, jež je nejvíce rozdílná mezi kulturami, kdy jedno gesto pro jednu kulturu nemusí znamenat to, co pro druhou. Jsou to právě gesta, která mohou plně nahradit verbální složku (Burgoon, 2016). Je prokázáno, že více gest používají v komunikaci lidé s nižším IQ z důvodu kompenzace slabší slovní zásoby. Souhlasné pokynutí či naopak nesouhlasné kroucení hlavou, prošení rukama, ale také mávání na pozdrav jsou vcelku známými gesty v běžné komunikaci. Gestice je velmi blízká **kinetika**, která studuje rychlost, délku trvání, ohraničení, prostorovost a kongruenci pohybů. Rychlé pohyby vyznačují energickou povahu a vitalitu, naproti tomu pomalými pohyby se vyjadřují leniví, introvertní až depresivní lidé (Zacharová, 2016). Přesto nejsme schopni vždy s jistotou určit jasný význam, jelikož se jedná o spontánní pohyby a musíme znát celý kontext situace, ze které signál vychází. **Haptika** je název pro schopnost sdělování informací pomocí doteků. Pomocí taktilního (dotekového) působení jsme schopni předávat kladné vyjádření, příkladem může být obyčejné pohlazení nebo poplácání po rameni, kterým lze dát najevo projev náklonosti nebo lásky anebo negativní vyjádření, jehož projevem může být pohlavek (Tomová a Křivková 2016). Dotyky jsou v lidské populaci podřazeny společenským normám, které se v různých kulturách mění. Pouhé podání ruky je v naší kultuře významným znakem při prvotním seznámení. Oproti tomu neochotné podání, slabý stisk nebo zpocená dlaň jsou ukazatelé nervozity, nedůvěry nebo až agrese k druhému. **Mimika**, jak již napovídá samotný název je komunikace prostřednictvím mimických svalů obličeje. Z výrazu tváře se můžeme dozvědět zásadní informace, jelikož je dokázán vzájemný vztah mezi mimikou, emocemi a verbální komunikací. U tohoto druhu neverbální komunikace

jsou rozlišovány tři druhy takzvaných mimických zón: čela a obočí, oblast očí a dolní části obličeje a oblast tváře, nosu a úst. Mimickým svalstvem lze vyjádřit mnohé, od prostého úsměvu, který je plný radosti a podpory až po úsměv, který je naplněn pohrdáním. Nemůžeme jednoznačně říct, že všechny mimické výrazy jsou používány ve všech známých kulturách stejně, i zde platí jisté rozdíly. Avšak existuje jisté minimum emocí, které jsou univerzální (Zacharová, 2016). **Posturologie** zahrnuje projevy celého těla, jeho držení, postoj, polohy končetin. Je doporučované se posturologicky souznít s druhým člověkem, pokud je od něj potřebné získat informace. Cílem vyrovnaného postoje je, aby se znevýhodněná osoba, kterou může být dítě nebo ležící osoba cítila komfortněji a na stejné úrovni s námi. K navázání komunikace může pomoci tzv. otevřený postoj, kdy je tělo uvolněné, lehce předkloněné, oči navazují kontakt a pokud komunikátor sedí, tak nekříží nohy. Naopak je-li tělo v záklonu, ruce jsou sevřené v pěst a oči přivřené, pak takový člověk působí uzavřeně a motivace ke komunikaci může klesat. Pomocí posturologie lze odhalit i nervozitu a stres (Zacharová, 2016). Stres s nervozitou se mohou projevovat různě např. protahováním či prokřupáváním krku, hraní si s límečkem košile či řetízkem nebo hlazením vousů (Navarro, 2019). K posturologii neodmyslitelně patří **proxemika** neboli vzdálenost osob během komunikace, která se u každého jedince, ale především v každé kultuře mění. Pro Araby, Japonce, Řeky a Italy je typická větší blízkost během komunikace, na rozdíl od Australanů s Novozélandčany. Je důležité, abychom respektovali osobní prostor druhého, protože nedodržování vhodné vzdálenosti může vést k neúspěšné komunikaci. Na našem území je prostor členěn do čtyř zón. **Intimní zóna**, je prostor začínající přímým kontaktem až do 50 cm, do této zóny mají většinou přístup pouze nejbližší osoby a v nutných případech právě zdravotničtí pracovníci, kteří by si tuto skutečnost měli uvědomovat, protože každý jedinec pociťuje vstup do svých zón různě citlivě. Rozmezí pro **osobní zónu** začíná na konci intimní zóny a končí v celkové vzdálenosti 1,5 metru. V tomto prostoru dochází ke komunikaci s přáteli a známými lidmi. **Společenská zóna** je určená pro komunikaci ve skupině a neřeší se v ní neosobní otázky. Škála 1,5 – 3,5 metru neumožňuje všímání si detailů. Poslední zónou je **veřejná**, jenž začíná od 3,5 metru od jedince, zóna umožňuje si prohlédnout celou postavu. Je určena pro veřejné události (Tomová a Křivková, 2016).

2.2 Komunikace v podmínkách zdravotnické záchranné služby a její zásady

Zdravotničtí záchranáři pracující na Zdravotnické záchranné službě (dále jen ZZS) si musí uvědomovat, že přednemocniční neodkladná péče má řadu odlišností na rozdíl od jiných oblastí poskytování zdravotní péče. Ačkoli stráví posádka s pacientem oproti nemocniční péči podstatněji kratší čas, je tato doba o to intenzivnější. Mimo pacienta je i pro okolí daná situace velmi psychicky náročná, stresující a ztěžující racionální uvažování. Dočasně je omezená schopnost koncentrace, emoční reaktivita pacienta nebo účastníka (příbuzného) na místě události. Od ZZ se tak očekává vysvobození a záchránění celé události. Pokud ale jsou představy a očekávání osob na místě ohledně samotného managementu a ošetřování pacienta rozdílné oproti samotnému postupu ZZ, můžou osoby reagovat konfliktně. Proto je potřebná správná komunikace ZZ na místě události, pečlivé vysvětlení zdravotního stavu a managementu pacienta, léčby a následně podmínky transportu do zdravotnického zařízení. Správnou komunikací se předchází zbytečným konfliktům a možnému slovnímu nebo fyzickému napadení posádky (Gurňáková a Marcinechová, 2021).

Z opačného pohledu ale platí, že posádka po pokynu na výjezd až do příchodu na místo pracuje jen s omezenými informacemi, získanými přes zdravotnické operační středisko a tedy netuší, co se přesně událo a co se odehrává na místě. Jsou tak odkázáni pouze na své schopnosti a dovednosti. Často jim práci ztěžují právě rozrušení svědkové události, nepřístupný terén, bezohlední řidiči na pozemních komunikacích, stísněné prostory, nedostatečné osvětlení, ale i neviditelné faktory jako je např. riziko přenosu nakažlivých chorob. Tyto dva odlišné pohledy mají však společný cíl - záchranu života. Cesta k jejich propojení vede právě pomocí dobré komunikace (Gurňáková a Marcinechová, 2021).

Všechny výše zmíněné aspekty nesmírně ztěžují práci ZZ a mnohokrát dochází i k časové tísní. Zdravotnický záchranář musí všechny tyto komplikace zvládnout být **empatický**, projevit **individuální zájem a respekt**, čímž může snadněji docílit uklidnění emocí. Z těchto důvodů musí být osobnost ZZ velmi odolná vůči psychické zátěži. Kromě emoční zátěže musí umět improvizovat v nenadálých situacích a nesmí dopustit, aby svými gesty nebo i výrazem ve tváři působil před pacientem nejistě (Andršová, 2012).

Podle Štětiny (2014) osobnost ZZ asi nejlépe vystihuje psychologický typ A, pro který je typická určitá míra soutěživosti a perfekcionismu, soustředění

se na vykonávané činnosti, uvědomování si vlastní zodpovědnosti, ale hlavně vlohy ke klidnému jednání pod vysokým tlakem. Andršová (2012) ještě dodává, že právě tento osobnostní typ má větší sklony k syndromu vyhoření a psychosomatickým problémům.

Pro zvládnutí kvalitní komunikace v PNP by ZZ neměl zapomínat při nejmenším na pravidla **slušného chování**, minimum zásad shrnuje **pravidlo 4P**, tedy pozdravit, představit se, poprosit a poděkovat. Velmi často se stává, že se pacient dostává do pocitu nejistoty, již tím, že neví, jak ZZ oslovovat, jelikož může nabýt dojmu, že je ZZ lékař (Andršová, 2012). Zdravotnický záchranář by se měl snažit **srozumitelně překládat odborné termíny**, kterým pacient nemusí rozumět a úzce souvisí s nemocí i léčbou a zároveň se týkají pacientova zdravotního stavu. Důležitá je **správná formulace otázek**. Současně by měl ZZ poskytnout **dostatečný čas** na probrání jednotlivých otázek a poznamenat si získané odpovědi ke komplexnějšímu zmapování zdravotního stavu pacienta. ZZ by měl **opakovat a shrnovat zásadní informace**, pro větší upevnění významu. Nejdůležitějším aspektem pro ZZ je neustálé **ověřování**, zda pacient rozumí smyslu sdělení, stejně tak by se měl dotazovat i ZZ, zda i on pacientovu sdělení správně rozumí (Bednařík a Andrášiová 2020).

V ideálním případě má být komunikační vztah mezi ZZ a pacientem rovnovážný, avšak ZZ si musí stále **zachovat svou autoritu** (Tomová a Křivková, 2016). Gurňáková (2013) ještě doplňuje důležitost **aktivního naslouchání a odpovídání pacientovi** na jeho otázky.

Pacient by nikdy neměl nabýt dojmu, že jsou jeho dotazy bezvýznamné (Dingová Šliková, Vrabelová a Lidická, 2018). U výřečných pacientů musíme **regulovat jejich tok řeči** a rozvíjet ho anamnestickým směrem. Nesmíme opomínat **chválu za spolupráci** a celkově se snažit dávat najevo **respekt a pochopení** k pacientovým potřebám a právům.

Komunikaci musíme chápat jako zásadní dovednost, jelikož prostřednictvím ní se buduje kvalitní vztah a důvěra. Napomáhá ke spolupráci, ale zároveň má významný podíl na psychickém stavu pacienta, jenž je klíčový na cestě k jeho uzdravení (Bednařík, 2020). Proto je důležité, aby každý ZZ byl schopný vést komunikaci na profesionální úrovni nejen s pacientem, ale též mezi ostatními kolegy (Zacharová, 2017), neboť mimo pacienta a svědků události mohou být přítomni i členové ostatních složek integrovaného záchranného systému (dále jen IZS) nebo může ZZ komunikovat se zdravotnickým operačním střediskem (Gurňáková a Marcinechová, 2021). Jestliže je komunikace špatně či dokonce nevhodně vedena, její výsledek pak vede k negativním emocím jak u pacienta, tak u samotného ZZ, avšak také u rodinných příslušníků pacienta (Vévoda

et al., 2013). Mimoto má komunikace také vliv na úspěšnost, délku a finanční náročnost léčby, z tohoto důvodu se musí komunikace učit a trénovat, jelikož se nejedná o osobnostní vlastnost (Zacharová 2016).

Je důležité mít stále na paměti, že se pacient nachází v diskomfortní situaci z toho důvodu je více vnímavější na způsob komunikace (Bednařík, 2020). Velký význam má navození a udržení pozitivní komunikace ze strany zdravotníka k pacientovi, aby nedošlo ze strany pacienta k odmítnutí spolupráce, jež je k celému ošetřovatelskému procesu nezbytná a ovlivňuje postoj ke zdravotníkům, se kterými se může v budoucnu setkat. Protože když se pacient uzavře do sebe a odmítne komunikovat nebo bude vycházet z negativních zkušeností, je málo pravděpodobná šance na další ochotnou spolupráci. (Stein-Parbury, 2018).

Pro schopnost adekvátního reagování na kritiku a verbální agresi je potřeba mít své **emoce pod kontrolou**. K tomu si lze osvojit následující techniky, jsou jimi **otevřené dveře**, touto technikou přiznáváme pouze část pravdivého výroku, který byl na nás mířen. Jako další technika může být použit **humoru a odlehčení**, kdy se snažíme reagovat na kritiku a útok humorem a docílit tak odlehčení situace (Lošťáková, 2020). Jestliže je ZZ plaché, neprůbojně povahy, kdy si nedokáže prosadit svůj názor, nebo naopak je velmi výbušný při reakci na kritiku, měl by se zaměřit na asertivní trénink. **Asertivita** je terapeutická metoda k získání prosté a neústupné komunikace, zakládá si na zdravém sebevědomí s komunikačními a sociálními dovednostmi, jež napomáhají prosadit si vlastní názor a zároveň respektovat názor druhého (Plevová et al., 2019).

2.2.1 Verbální a neverbální komunikace v podmínkách ZZS

Schopnost komunikovat se všemi různými skupinami pacientů by měla být doménou každého ZZ, mimo pacienta musí být připraveni hovořit s rodinnými příslušníky, blízkými osobami, svědky události, ale také s vlastními kolegy z jiných složek IZS. Tato schopnost je velmi důležitá pro zvládnutí stresu, který na místě ve většině případů panuje, ale především pro správné získání informací, aby došlo k co možná nejvytíženějšímu odebrání anamnézy a zahájení kvalitní přednemocniční péče. Zdravotnický záchranář by se měl verbálně **vyjadřovat** především **klidně a hovořit**

pomalů, čímž napomůžee k uklidněnėi pacienta, ale i dalšėch svėdků, jelikož klidnů komunikace vypovėi o vyrovnanėm rozpoloženėi ZZ a pocitu sebejistoty (Gurňakovů a Marcinechovů, 2021). Tento pocit můžee ZZ ještė podpořit **regulovanými paralingvistickými prvky** (Morovicsovů et al., 2014). Důle by se měl **vyjadřovat stručně a jasně**, což znamená **nepoužívat odborné termíny**, kterým laická populace nemusí vždý rozumět a obzvlůšt' ve vypjatých situacích, kdy jsou jejich schopnosti k porozumění oslabenė (Gurňakovů a Marcinechovů, 2021).

Kutnohorská (2013) uvádėi, že průvė nemocnė jsou obzvlůšt' citlivė na neverbální signály, které jsou k nim vysílány z okolí. Tudiž jsou velmi důležitou součástí sdělení, které se mu snažíme předat.

Již od prvního kontaktu nám pacient předává dostatek neverbálních informací o svém psychickém rozpoloženėi pomocí gest, posunků nebo intonací hlasu. Podobně je na tom zdravotník, který tēž vyzaruje informace o vlastní náladě a náklonnosti k pacientovi (Bednařík, 2020). Z toho tedy vyplývá, že bychom měli přisuzovat většė váhu neverbálním signálům pacienta, než jeho verbálnímu projevu (Plevovů et al., 2019).

Mimo mimiky, gestiky a haptiky je velmi důležitė vyzdvihnout proxemiku a s ní související osobnė zóny, neboť průvė ZZ v rámci své práce musejí do tēchto míst vstupovat, především do intimnė zóny (Gurňakovů a Marcinechovů, 2021). Na potřebu vstoupit do této zóny by měl pokaždė ZZ pacienta upozornit a edukovat jej o postupu svého konání (Gurňakovů et al., 2013). Důle je důležitė **drženė tēla**, které by mělo působit nekonfrontačně a zároveň nedopustit, aby byly verbální a neverbální projevy v nerovnováze, čímž by mohlo dojít ke ztrátě jistoty ve sdělení. Bude-li ZZ působit sebejistě svým držením tēla, avšak jeho hlas bude nejistý, můžee toto vystupování působit na pacienta i jeho okolí zmateně. Tímto způsobem můžee ZZ nechtěně zvýšit pacientovu nervozitu a obavy o své zdraví, což celkovému zlepšení zdravotního stavu pacienta nepomůžee (Gurňakovů a Marcinechovů, 2021).

2.3 Transkulturnė a multikulturnė ošetřovatelství

Ošetřovatelství si zakládů na etice, morálnosti a udržování lidské důstojnosti. Během snahy o znovuzískání zdraví musíme dodržovat kulturnė, sociální a náboženskė aspekty pacienta. WHO podporuje hájení práv na zdraví, jakožto základního lidského

práva, bez ohledu k příslušnosti kultur, náboženství, sociálního postavení a politických názorů. Princip multikulturní etické péče spočívá v těchto dvou zásadách: chránění lidské důstojnosti a udržování zdraví. Ošetřovatelství se také vyznačuje holistickým přístupem neboli snahou o uspokojování biologických, psychických, sociálních a spirituálních potřeb (Kutnohorská, 2013). Důsledkem nárůstu přibývajících zástupců z různých kulturních skupin nabývá v dnešní době důležitost výuky ZZ v oblasti multikulturního ošetřovatelství, z důvodu zkvalitňování péče. Snahou tohoto ošetřovatelství je orientace v potřebách, hodnotách, postojích a chování pacientů z odlišných kultur, aby se docílilo individuální péče všem jedincům. Tímto právě předcházíme negativním zkušenostem ze strany pacienta ke zdravotnictví (Dingová Šliková, Vrabelová a Lidická, 2018). Každý jedinec je v dnešní moderní době ovlivňován kulturní rozmanitostí. Vzniklá nedorozumění mezi kulturami pramení z neznalosti a nepochopení, protože se každá kultura od sebe v různých aspektech liší (Čeněk, Smolík a Vykoukalová, 2016).

Multikulturalismus můžeme definovat jako myšlenkový proces a způsob reagování a jednání ve společnosti bohaté na diverzitu kultur a náboženství. Skupina je ovšem odsouvána na okraj pluralitní společnosti, důvody můžeme hledat v rozdílnostech politických identit a jiném druhu chování (Tóthová et al., 2012). S ohledem na současné mísení společnosti, vědecké poznatky a míru migrace, díky které se mění celosvětové propojení, se multikulturní přístup spíše jeví jako nedostatečný. **Transkulturní přístup** je více otevřený osobním zkušenostem jedince, které nabyly ovlivněním své kultury a prostředím mimo ni. Existence rozdílů vedla k vytvoření koncepce transkulturního ošetřovatelství, zakladatelkou koncepce je Madeleine Leiningerová (Tóthová et al., 2012). Transkulturní ošetřovatelství M. Leiningerová definuje jako humanistický teoreticko-praktický obor věnující se rozdílům, ale také podobnostem kultur. V rámci humanitní péče, zdraví a nemoci zohledňuje zvyklosti a přesvědčení jednotlivce nebo kulturní skupiny (Kutnohorská, 2013). M. Leiningerová se zasloužila o vznik Společnosti transkulturního ošetřovatelství (Transcultural Nursing Society), která je nyní nejvýznamnější celosvětovou organizací tohoto typu (Plevová et al., 2019).

Joyce Newman Gigerová a Ruth Davidhizerová se podílely na vzniku modelu kulturně ohleduplné péče, který je možné použít na příslušníky všech kultur a etnik, čímž navázaly na práci Leiningerové. Tento model se zabývá nejzásadnějšími rozdíly jedince, zhodnocením rozdílů a následně tyto informace převádí do praxe. Cílem modelu je nabídnout co možná nejšetrnější a nejvíce přirozenější ošetřovatelskou péči. Model se skládá ze šesti jevů kulturní diverzity (Dingová Šliková, Vrabelová a Lidická, 2018),

základ modelu tvoří informace o pacientovi, ze kterých nás zajímá země původu, kulturní příslušnost a jak dlouho pobývá pacient na našem území. Prvním jevem jsou **biologické odlišnosti**. Ty zahrnují, jaké je pacient tělesné konstituce a jakou má barvu pokožky a vlasů. Sleduje vnímavost vůči nemocem a přítomnost typických onemocnění pro danou populaci. Spadají sem i stravovací návyky a dietetická omezení. Významným jevem je **vliv prostředí a výchovy**, z něhož vyplývá vztah ke zdraví a rodině, ale také vnímání a prožívání nemoci, bolesti a smrti. K tomuto jevu má blízko **sociální začlenění**, to se zabývá funkcí rodiny čili komu a jak můžeme sdělovat důvěrné informace nebo také, kdo má v rodině vedoucí a rozhodovací funkci. Současně sem spadá i vztah k práci a politice. **Pojetí času** se zajímá o přikládání významu jedince k dochvilnosti a přesnosti, jež se odrážejí v pečlivosti dodržování doporučení a pravidelném užívání chronické medikace, proto je důležité zjištění, zda je jedinec orientován na minulost či současnost anebo budoucnost. Pátým jevem je **prostor**, ten definuje s ohledem na kulturní příslušnost vymezení vzdálenosti během komunikace. Doporučuje, při jaké vzdálenosti se může pacient cítit komfortně a zda je pro něj přípustné, aby se ho dotýkali všichni členové personálu, a určuje jaká místa na těle jsou pro doteky nevhodná. Posledním jevem je **komunikace**, ta určuje, kterým jazykem bude pacient hovořit a s jak velkou jazykovou bariérou můžeme jako zdravotníci počítat. Kromě jazyka se zaměřuje na paralingvistiku čili jakou hlasitostí, rychlostí a rytmikou řeči s námi může pacient hovořit. Dále se soustředí na vhodnost a nevhodnost použití neverbálních projevů a jejich odlišností ve významech (Hejnarová a Slezáková, 2012).

2.4 Komunikace s národnostními a náboženskými minoritami v ČR

Hlavní příčinou problémů v komunikaci s pacienty z jiných kultur je jazyková bariéra a odlišné vnímání neverbálních signálů. Zdravotníci mají být schopni orientovat se v odlišných kulturních významech vzorců chování, ohleduplně na ně reagovat a uvést znalosti z interkulturní komunikace do praxe. Dále může být komunikace nesnadná z důvodu nedostatečných znalostí a předsudků zdravotníka nebo rodiny, včetně rozdílného vnímání a očekávání (Plevová, 2019).

Pro komunikaci s pacientem z jiné kultury si musíme především připravit na to, že si budeme muset **vyhradit více času**. Primárně je důležité zjistit, jakým **jazykem** nebo

způsobem bude nejvhodněji vést rozhovor. Komunikaci nám může usnadnit rodinný příslušník, který je schopen dostatečně **tlumočit** z obou jazyků (Plevová, 2019). U rodinných příslušníků si musíme obzvlášť dávat pozor, aby byl překlad správný a úplný, je lepší používat jednoduché a krátké věty s neobornými výrazy (Dobiáš, 2013). Dalším nástrojem pro komunikaci v cizím jazyce můžeme využít komunikační karty pro cizince. Ty jsou publikovány ve čtrnácti jazycích (angličtina, arabština, bulharština, francouzština, italština, japonština, maďarština, ruština, rumunština, španělština, turečtina, ukrajinština a vietnamština), obsahují šestnáct oblastí s otázkami v českém jazyce s překladem do požadovaného jazyka (Ministerstvo zdravotnictví, 2017). Dbáme na **krátké a srozumitelné věty**, je výhodné, když se naučíme alespoň základní slova v jazyku pacienta (Plevová et al., 2019). Musíme být tolerantní, pokud např. anglický pacient není schopen rozlišovat tykání a vykání. Měli bychom se pacienta zeptat, jak si přeje být osloven a respektovat jeho prosbu. V závěru nesmíme opomenout připomenutí si významů neverbálních projevů kultury našeho pacienta (Hejnarová a Slezáková, 2012).

2.4.1 Romové

Romskou populaci můžeme nalézt ve všech zemích Evropy. V ČR má ze všech minorit největší zastoupení. Jazykem Romů je romština, ale velká část zástupců hovoří jazykem majoritní společnosti země, ve které žije. Romská kultura je typická svým živým temperamentem, do rozhovoru zapojují mnoho komunikačně neutrálních gest a hlasitou intonaci. Tyto aspekty používají, aby svému verbálnímu sdělení dodali větší vážnosti (Tóthová et al., 2012). Emocionalita u nich převládá nad racionálním uvažováním a chováním, což se také odráží v prožívání nemoci, strachu z bolesti a smrti. Během nemoci mají tendenci své problémy zveličovat, typické je proto hlasité sténání a nařikání. Z důvodu takto rozsáhle prožívaných obav často vyžadují být pod dohledem zdravotníků. Medikaci a doporučení lékařů dodržují jen do té doby, dokud neodezní příznaky, to má za následek nepravidelné užívání chronické medikace (Dingová Šliková, Vrabelová a Lidická, 2018). K nedodržování pravidelné léčby přispívá i jejich smýšlení o čase, žijí pouze přítomností a minulostí, nepřemýšlí nad budoucností, protože pro ně postrádá význam (Tóthová et al., 2012). Obecně u nich platí, že mají

problém s nařízenými a doporučeními, co se léčby týče. Jejich rodinný způsob života spočívá v úzkém kontaktu, odmítají své příbuzné umístit do domů pro seniory a děti do dětských domovů. Z tohoto důvodu by měl každý zdravotník brát ohled na umožnění přítomnosti rodinných příslušníků během ošetřování a hospitalizace, jinak hrozí vysoká míra nesamostatnosti, pocity úzkosti, odmítání spolupráce až agresivita (Dingová Šliková, Vrabelová a Lidická, 2018). Romové kladou velký důraz na dotyky a menší důraz na verbální komunikaci, jsou více citliví na neverbální složky a své emoce dávají hlasitě a zřetelně najevo (Tóthová et al., 2012). V rámci zjednodušení komunikace je dále důležité navázat kontakt s hlavou rodiny, bývá jí zpravidla otec nebo s jiným tlumočícím členem rodiny. Nejčastěji jím bývá nejstarší muž z důvodu, že romské ženy mají na starost péči o děti a domácnost. Zdravotník musí obzvlášť dbát na vhodně zvolené výrazy, aby došlo k úspěšnému pochopení cíle sdělení (Dingová Šliková, Vrabelová a Lidická, 2018). V komunikaci je důležité se vyhýbat kritice na jejich osobu, kterou vnímají jako agresivní projev vůči své osobě. Neboť si své osoby velice váží, z toho důvodu reagují nepřiměřeně, obzvlášť je-li přítomna další osoba. Také bychom se měli vyhnout ironii, protože jí nerozumí. Větší důraz kladou celkovému dojmu z hovoru než pravdivým informacím (Tóthová et al., 2012).

2.4.2 Vietnamci

Zástupci vietnamské kultury začali přijíždět počátkem 50. let minulého století, jednalo se především o studenty, kteří přijížděli do tehdejšího Československa za vzděláním. Druhou vlnou příchodu Vietnamců na naše území byl počátek 90. let dvacátého století, kdy využili možnosti získat trvalý pobyt na základě živnostenského listu (Plevová et al., 2019).

Vietnamci si velmi zakládají na pevných rodinných vztazích, nejedná se však jen o blízké členy rodiny, vztahy se udržují ve velkých kruzích příbuzenstva. Jsou vychováni k úctě ke svým rodičům, a proto se o ně starají a přebírají odpovědnost v nemoci i stáří. Ačkoliv mají ženy stejná práva jako muži, má vždy hlavní a rozhodující slovo muž. V našich podmínkách jsou z důvodu velkých kulturních rozdílů a jazykové bariéry spíše uzavřenější skupinou. Jazykovou bariérou trpí především jedinci, kteří se nenarodili v ČR, není to však podmínkou, záleží na jejich adaptaci a na tom,

jak dlouho zde pobývají. Vietnamci velmi často prožívají tzv. kulturní šok (viz Příloha B). Zdrojem tohoto stavu je přemíra rozdílů jejich kultury a kultury majoritní společnosti země, do které se přestěhovali. Ve vietnamské kultuře se nesluší si stěžovat, zdravotnickou pomoc tak vyhledávají s významným zpožděním, kdy je jejich stav závažný nebo jejich bolest převyšuje únosnou mez. Proto by se měl každý ZZ dotazovat na potřeby a bolest obzvlášť. Pokud je to jen trochu možné, měli bychom jim umožnit kontakt s rodinou. Vietnamské ženy by se neměly dotýkat cizí muž. Během komunikace by zdravotníci neměli být zbrklí, měli by upřednostnit klidné a pomalé pohyby. Za nevhodný neverbální projev tato kultura považuje přímý pohled do očí, který si vysvětlují jako povýšenost, je proto doporučováno se během rozhovoru hledět na krk. Pokud budeme cokoliv vietnamskému pacientovi podávat do ruky, měli bychom mu předmět podat oběma rukama, Vietnamci to považují za projev úcty, na které si hluboce zakládají (Kutnohorská, 2013). Ke ztrátě úcty může dojít při agresivní a hlasité komunikaci. Zdravotník by měl dbát na klidné a srozumitelné předávání informací. Je důležité se ujistit, zda pacient sdělení rozumí, může totiž dojít k další neverbální diferenciaci, kdy zdravotník bude mít mylný dojem úspěšného předání informací, jelikož mu vietnamský pacient přikyvuje a usmívá se. U vietnamské kultury se rozlišuje 36 druhů úsměvů, úsměv je ovšem často projevem nepochopení a pocitu nejistoty. Je výhodné si k ulehčení komunikace přizvat rodilého mluvčího nebo česky hovořícího člena rodiny (Dingová Šliková, Vrabelová a Lidická, 2018).

2.4.3 Ukrajinci

Na území Ukrajiny je oficiálním jazykem ukrajinština, ovšem v úředním styku se můžeme setkat i s ruštinou. Kromě úředního jazyka se mluvená ruština vyskytuje ve východních částech, jako jsou oblasti Luhanska, Doněcka, Charkovska a Krymu (Plevová et al., 2019). Ačkoli se ruština používá na celém území, není pro Ukrajince tak hodnotná jako ukrajinština, na které si velmi zakládají (Tóthová et al., 2012). Zástupci ukrajinské minority mají nízkou znalost češtiny, komplikovaná je i komunikace prostřednictvím světových jazyků (Plevová et al., 2019). Jazyková neznalost vede k velmi komplikované komunikaci během poskytování zdravotnické péče. Jako pacienti bývají spořádání a přizpůsobiví k opatřením (Kutnohorská, 2013), za péči jsou velice vděční

a váží si zdravotníků, protože na Ukrajině je zdravotnická péče na nižší úrovni (Dingová Šliková, Vrabelová a Lidická, 2018). Své emoce nedávají před cizími lidmi až tolik najevo, nejvíce se emočně projevují v rodinném kruhu a před svými blízkými (Plevová et al., 2019). Zakládají si na pozdravení při setkání a loučení (Kutnohorská, 2013). Muž zdraví ženu, starší muži políbí ženě hřbet ruky. Muži se zdraví podáním rukou na rozdíl od žen, které se mezi sebou zdraví pokynutím hlavy. Stejně jako v naší kultuře rozlišují rozdíl v tykání a vykání, přičemž dodržují jejich zásady. Oslovování akademickými tituly používají pouze v akademických kruzích a ty tak nezasahují do běžných kontaktů (Plevová et al., 2019). Je ovšem nutné respektovat vyžadovaný způsob oslovení a správně jej i vyslovovat (Tóthová et al., 2012). Pokud to jazyková schopnost dovolí, jsou ve slovním projevu přímočaří a neostýchají se vyslovit upřímný názor. Typické pro ukrajinskou minoritu je používání většího množství gest. Všimneme-li si absence úsměvu během rozhovoru, nebývá jeho vynechání projevem antipatie k nám. Dívá-li se nám pacient a my jemu do očí, vyjadřujeme k sobě navzájem míru respektu a důvěry (Plevová et al., 2019). Důležitý je též blízký kontakt během rozhovoru a zapojení mimických projevů. Jejich absence může být vnímána jako projev nepřátelství (Tóthová et al., 2012). V rámci poskytování zdravotních služeb je důležité neopomenout otázku zdravotního pojištění, je důležité zjistit, zda je pacient vůbec pojištěn, aby se nedostal do finanční tísně (Dingová Šliková, Vrabelová a Lidická, 2018).

2.4.4 Muslimové

Muslimové jsou stoupenci islámského náboženství (Kutnohorská, 2013). Muslimové patří k těm pacientům, u kterých je velmi snadné ztratit důvěru hned po navázání prvního kontaktu a pokus o její znovuzískání může být i přes všechnu profesionální péči marný. Důvodem jsou striktní zásady, které řídí jejich život od narození až po smrt. Přemíra takovýchto zásad nutí k významným změnám v přístupu ze strany zdravotníka. V českých poměrech je hlavním problémem velká neznalost specifik. Také se setkáváme s velkou nevolí, strachem a předsudky, pramenícími z výskytu extremismu a teroristických činů ve světě. V rámci poskytování PNP jsou obavy zbytečné. Zdravotník se totiž často setká s jiným přístupem ke své osobě, než jakou očekává ze svých představ nabytých z domácích medií a dezinformací (Hájek a Bahbouh, 2016).

V neverbální sféře je nepřipustné, aby nesezdané osoby opačného pohlaví byly v dlouhodobém vizuálním kontaktu, jelikož je to považováno za jasné znamení sblížení se. Toto pravidlo se týká především mužů, protože pokud takováto situace nastane, má manžel ženy plné právo k prudké negativní reakci. Stejně nepřipustné je potřásání rukou při seznámení nebo loučení, této zásady se drží především ortodoxní zástupci. Narozdíl od jedinců, kteří delší dobu pobývají v zemi, kde je toto chování běžné a v rámci adaptace se toto chování snaží respektovat. Ti se mohou dokonce urazit, pokud jim lékař, kterého vnímají jako neutrální osobu, ruku nepodá. U ortodoxních muslimů nás nesmí překvapit, když odmítají potřást rukou komukoli ze zdravotníků, lékařů nevyjímaje, pokud jsou opačného pohlaví. Místo podání ruky používají jako společenské gesto při seznámení položení si ruky na srdce. Ti, kteří si nechtějí podávat ruce, mají při prvním kontaktu ruce za zády (Tóthová et al., 2012). Dále musíme respektovat, že islámské náboženství považuje za urážku, pokud muslimovi podáme cokoli levou rukou. Jelikož pravou rukou se podávají pouze čisté věci, levou rukou se pak podávají nečisté (Kutnohorská, 2013). Tím, že jsou doteky mezi opačnými pohlavími zakázané, je potom nutné, aby při neurgentním ošetřování ženy mužem byl přítomen manžel a u svobodné ženy bratr, otec nebo strýc, to samé platí při ošetřování muslimské dívky, při ošetřování chlapce je přítomnost matky dostačující, ta ale nemůže dávat souhlas s chirurgickými zákroky (Hájek a Bahbouh, 2016).

Hovořit s nezúčastněnou osobou o rodinných a intimních záležitostech je striktně zakázané, obzvláště pokud konverzuje muž se ženou. Mezi tabuizovaná témata spadá močení, vyprazdňování, zvracení, výtok aj. Debata dotýkající se tématu těhotenství přísluší pouze ženám, nikoli mužům. Je velmi nevhodné se ptát svobodné ženy na počet dětí, jelikož svobodná žena nemůže mít pohlavní styk. To samé platí u vdané bezdětné ženy, jelikož ta otázku může chápat jako výčitku na svou osobu. Není vhodná ani otázka na rodinný stav, neboť v islámském náboženství je chápáno neuzavření manželského svazku jako hanobení. Muž a žena se po uzavření sňatku zavazují společnosti k důstojnému životu, který obohatí dalšími potomky. Manželstvím se nezavazují jen ke společné lásce, míru a seberealizaci, zavazují se též Bohu – Alláhovi (Tóthová et al., 2012).

3 Výzkumná část

3.1 Cíle práce a výzkumné otázky

Cíle práce

- 1) Popsat zásady komunikace s pacientem v podmínkách zdravotnické záchranné služby.
- 2) Popsat zásady komunikace zdravotnického záchranáře s pacientem z jiné kultury.
- 3) Zjistit jaké možnosti využívají zdravotničtí záchranáři při komunikaci s pacienty z jiné kultury.
- 4) Zjistit jaké problémy se vyskytují při komunikaci zdravotnických záchranářů s pacienty z jiné kultury.
- 5) Zjistit návrhy zdravotnických záchranářů pro snazší komunikaci s pacienty z jiné kultury.

Výzkumné otázky

- 1) Výzkumná otázka nestanovena, jedná se o stanovený cíl práce.
- 2) Výzkumná otázka nestanovena, jedná se o stanovený cíl práce.
- 3) Jaké možnosti využívají zdravotničtí záchranáři při komunikaci s pacienty z jiné kultury?
- 4) Jaké problémy se vyskytují při komunikaci zdravotnických záchranářů s pacienty z jiné kultury?
- 5) Jaké jsou návrhy zdravotnických záchranářů pro snazší komunikaci s pacienty z jiné kultury?

3.2 Metodika výzkumu

Výzkum bakalářské práce se zabývá problematikou komunikace ZZ s pacienty z jiných kultur. Výzkum probíhal v období ledna až března roku 2022. Informace byly získány pomocí kvalitativní metody za použití polostrukturovaného rozhovoru, ke kterému bylo připraveno celkem 16 otázek. Před samotným sběrem dat bylo pracovištěm schváleno provádění výzkumu (Příloha C). Respondenty výzkumu byly ZZ

ze Zdravotnické záchranné služby Libereckého kraje. Získaná data, která byla nahraná na diktafon a následně přepsaná do Microsoft Office Word 2019, byla poté zpracována pomocí kódovací techniky a začleněna do schémat. Před rozhovorem byl každý respondent poučen o jeho anonymitě včetně způsobu nakládání s obsahem rozhovoru, svůj souhlas potvrdili podepsáním souhlasu o účasti na výzkumu (Příloha D). V rámci rozhovoru byli respondenti mimo hlavních otázek dotazováni doplňujícími otázkami, aby došlo k přesnému pochopení významu otázky, respektive odpovědi.

3.3 Kategorizace a analýza dat získaných z rozhovorů

Kategorie (Tabulka 1) byly rozděleny podle výzkumných otázek. Třetí kategorie byla rozdělena do menších podkategorií z důvodu většího množství tematických okruhů ze získaných odpovědí. Ke každé kategorii byla přiřazena minimálně jedna otázka a zároveň bylo během rozhovoru využito doplňujících otázek pro lepší pochopení otázky, případně bližšího rozvedení odpovědi respondenta.

Číslo kategorie	Název kategorie
Kategorie 1	Možnosti při komunikaci s pacienty z jiné kultury
Kategorie 2	Využití komunikačních karet
Kategorie 3	Využití tlumočnicka
Kategorie 4	Nejčastější problémy v komunikaci s pacienty z jiné kultury
Kategorie 5	Prevence vzniku problémů v komunikaci s pacienty z jiné kultury
Kategorie 6	Důsledky problémů v komunikaci s pacienty z jiné kultury
Kategorie 7	Návrhy ZZ pro zlepšení komunikace s pacienty z jiné kultury

Tabulka 1 Kategorizace

3.4 Charakteristika výzkumného souboru

3.4.1 Identifikační údaje

Respondent	Pohlaví	Nejvyšší dosažené vzdělání	Doba praxe
R1	žena	bakalářské	5 let
R2	muž	bakalářské + specializace v urgentní medicíně	8 let
R3	muž	diplomovaný specialista	7 let
R4	žena	bakalářské	7 let
R5	muž	bakalářské	8 let
R6	muž	bakalářské	1 rok
R7	žena	bakalářské	3 roky
R8	žena	diplomovaný specialista	11 let
R9	muž	diplomovaný specialista	8 let
R10	muž	bakalářské	15 let

Tabulka 2 Identifikační údaje

3.4.2 Kategorie 1 Možnosti při komunikaci

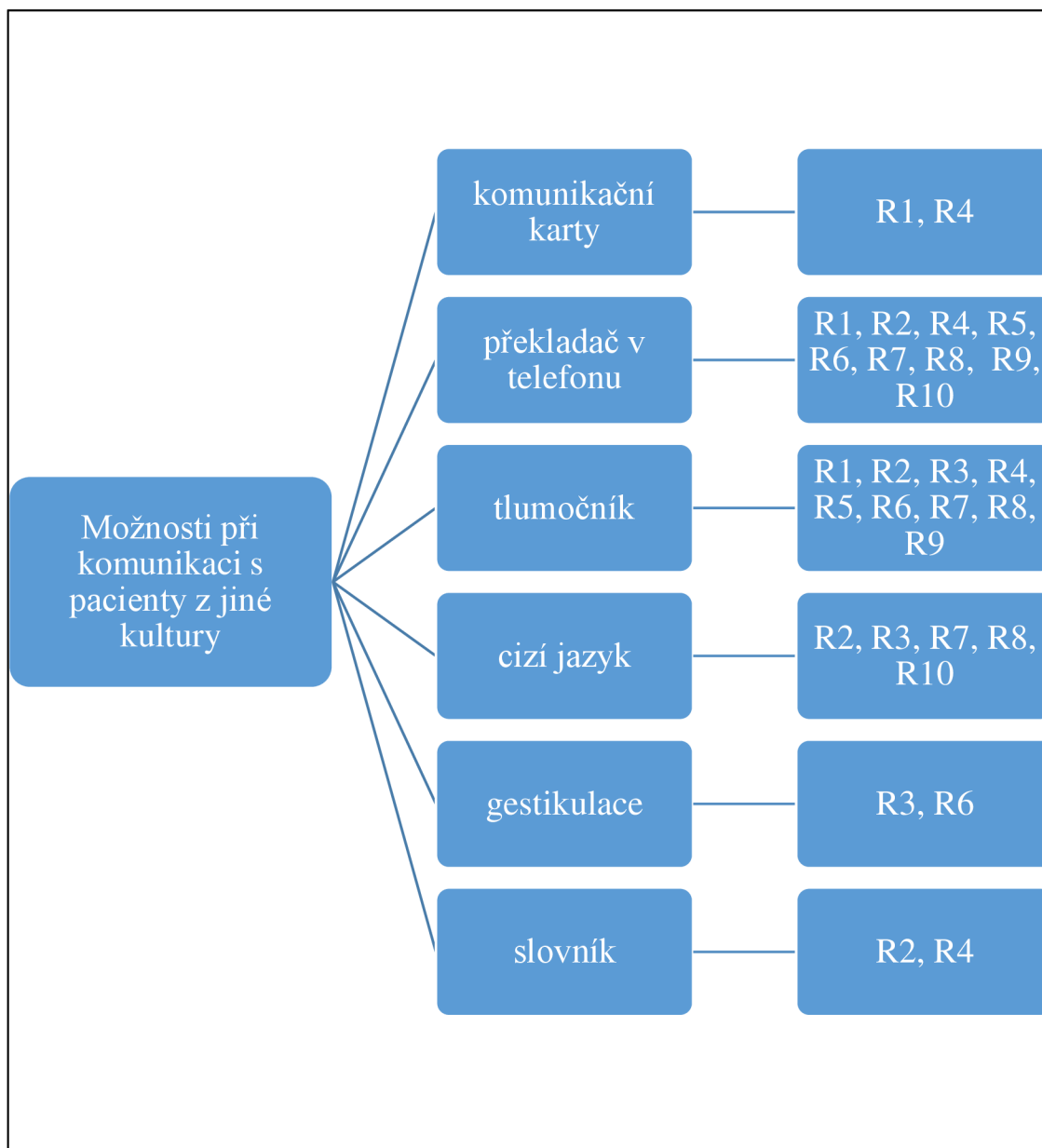


Schéma 1 Možnosti komunikace

Schéma 1 srozumitelně znázorňuje nejčastější odpovědi respondentů z Kategorie 1, která se zabývá možnostmi, které ZZ využívají během komunikace s pacienty z jiných kultur. Z obrázku vyplývá, že si nejvíce ZZ dopomáhají tlumočníkem, pokud je k dispozici na místě události. Všichni respondenti se také shodli na tom, že ve většině případů je v roli tlumočnicka někdo z pacientovy rodiny případně blízká osoba. Respondenti jako další nejčastěji zmiňovanou možnost uváděli překladač v telefonu, jedná se konkrétně o všechny respondenty kromě respondenta R3. Respondenti R6 a R7

si překladač nejvíce chválili pro jeho rychlost, jednoduchost, a především možnost použití kombinace vícero cizích jazyků. Přednosti překladače oproti minimálně používaným komunikačním kartám shrnul respondent R6 následovně: „...*pokud mám porovnat papír, kde máš sloupeček dvaceti kartiček nebo vytáhnout z kapsy telefon s překladačem, kde máš všechny jazyky a hned si můžeš natukat, co potřebuješ říct a nemusíš to hledat zdlouhavě někde v těch kartách, tak za mě je určitě rychlejší a pohodlnější ten telefon s překladačem.*“ Dále respondenti R2, R3, R7, R8 a R10 uvedli, že si dopomáhají cizím jazykem, konkrétně se jednalo o anglický jazyk. Respondentka R8 uvedla cizí jazyk, ale zároveň v doplňující otázce přiznala, že s anglickým jazykem má problém a ovládá pouze základní fráze. Nejistotu v cizím jazyce později vyjádřili také respondenti R6 a R9. Ostatní respondenti považují svou znalost angličtiny za dostačující, respondenti R2 a R7 dokonce ovládají základní fráze z němčiny. Na již výše zmíněné komunikační karty si vzpomněli respondentky R1 a R4, považují je ale jako poslední možnost, když jsou ostatní možnosti zcela vyčerpány a jsou nedostačující pro kvalitní komunikaci. Stejně je to při používání gest a pantomimy, kdy respondenti R3 a R6 také považují tento způsob jako poslední možnou volbu, jelikož je to časově a technicky velmi náročné. I tak není tento způsob jistou zárukou, že dojde k jasnému předání informací. Na možnost využití slovníku poukázali respondenti R2 a R4, jedná se ale opět o způsob dorozumívání se pouze jednoslovní technikou, tudíž se jeho kvalita s překladačem nedá srovnávat.

3.4.3 Kategorie 2 Využití komunikačních karet

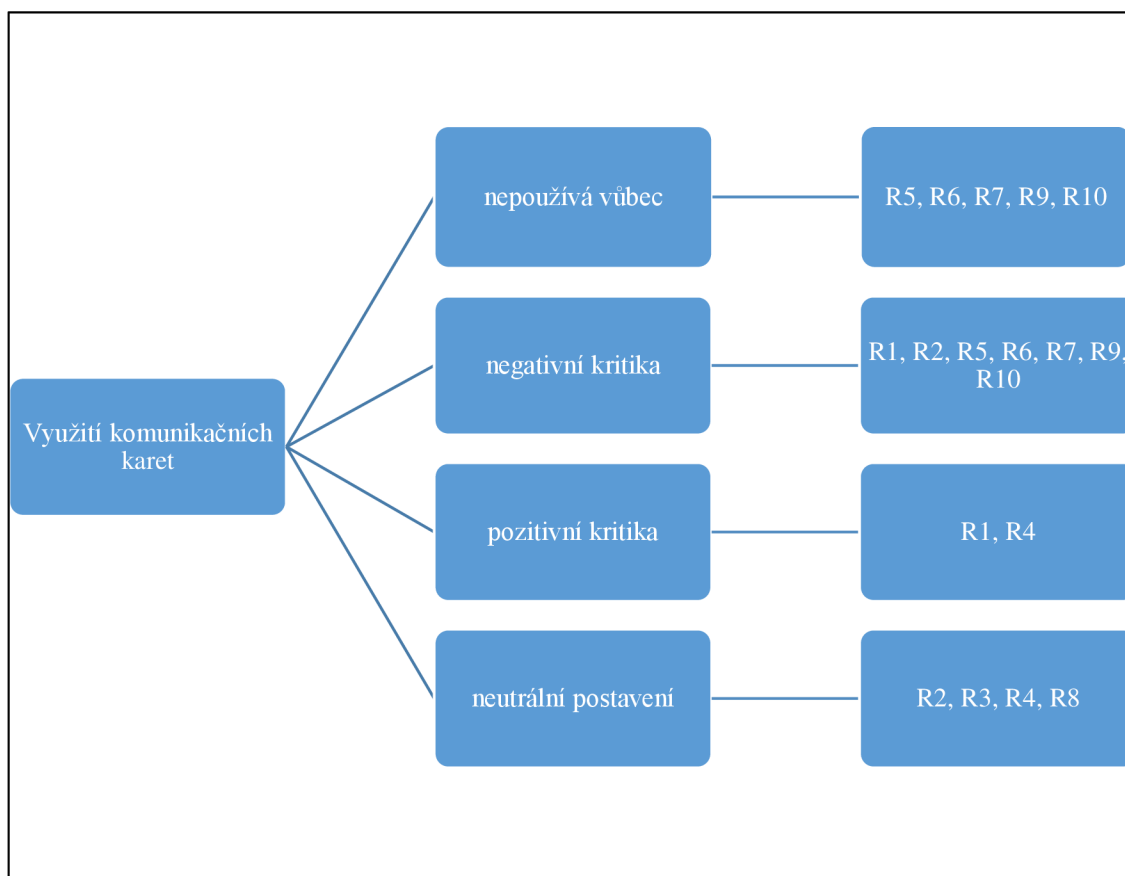


Schéma 2 Využití komunikačních karet

Schéma 2 zobrazuje názory ZZ na praktické používání komunikačních karet, které jsou doporučené a schválené MZČR. Během výzkumu vyšla najevo výrazná nespokojenost s jejich aplikací do praxe. Jak je z obrázku patrné, negativní názory na nich shledalo celkem 7 respondentů. Respondent R2 komunikační karty sice zkritizoval, ale přesto k nim zachovává neutrální postoj a omezeně je využívá. Respondenti R1, R2, R5, R6, R7 a R9 se shodli v tom, že použití komunikačních karet je časově mnohem náročnější, tudíž je považují pro PNP jako méně vhodné, oproti použití cizího jazyka nebo překladače. Respondent R10 uvedl, že kdyby komunikační karty obsahovaly obrázky, byly by pro komunikaci praktičtější a za tohoto předpokladu by je používal. Respondentka R1 ještě zmínila skutečnost, že je jejich použití kontraindikováno u pacientů, kteří kvůli svému zdravotnímu stavu nejsou schopni číst z důvodu poranění očí nebo kvůli otoku víček. Na problém se čtením poukázal i respondent R6, ten zmínil malé písmo, které také může způsobovat některým pacientům problém. Respondenti R6 a R7 uváděli nepřehlednost z pohledu pacienta. Respondentka

R7 ještě doplnila, že ne vždy najde vhodnou formulaci otázky, na kterou se potřebuje pacienta dotázat. Také ona porovnávala komunikační karty s překladačem, kde znovu zdůrazňovala především časový benefit, který překladač má, kromě rychlosti uvedla výhodu nastavení velikosti písma podle potřeb pacienta. Oproti tomu respondentky R1 a R4 na jejich obhajobu ale uvedly, že je i přesto občas využijí na přesné ujasnění informací. Ale i tak je respondentka R1 nerada používá, svůj názor vyjádřila takto: *„Nicméně k čemu mi jsou, když já jim foneticky přečtu svůj dotaz a oni mi odpovědí svým jazykem, takže jim stejně potom nerozumím.“* Respondentka R4 ještě uvedla, že občas využije karty pro neslyšící. Respondenti R2, R3, R4 a R8 zachovávají ke komunikačním kartám neutrální názor, neboť je v praxi ještě nevyužili, kromě respondentů R2 a R4, kteří je využívají omezeně z důvodu výše popsaných nevýhod.

3.4.4 Kategorie 3 Využití tlumočnicka

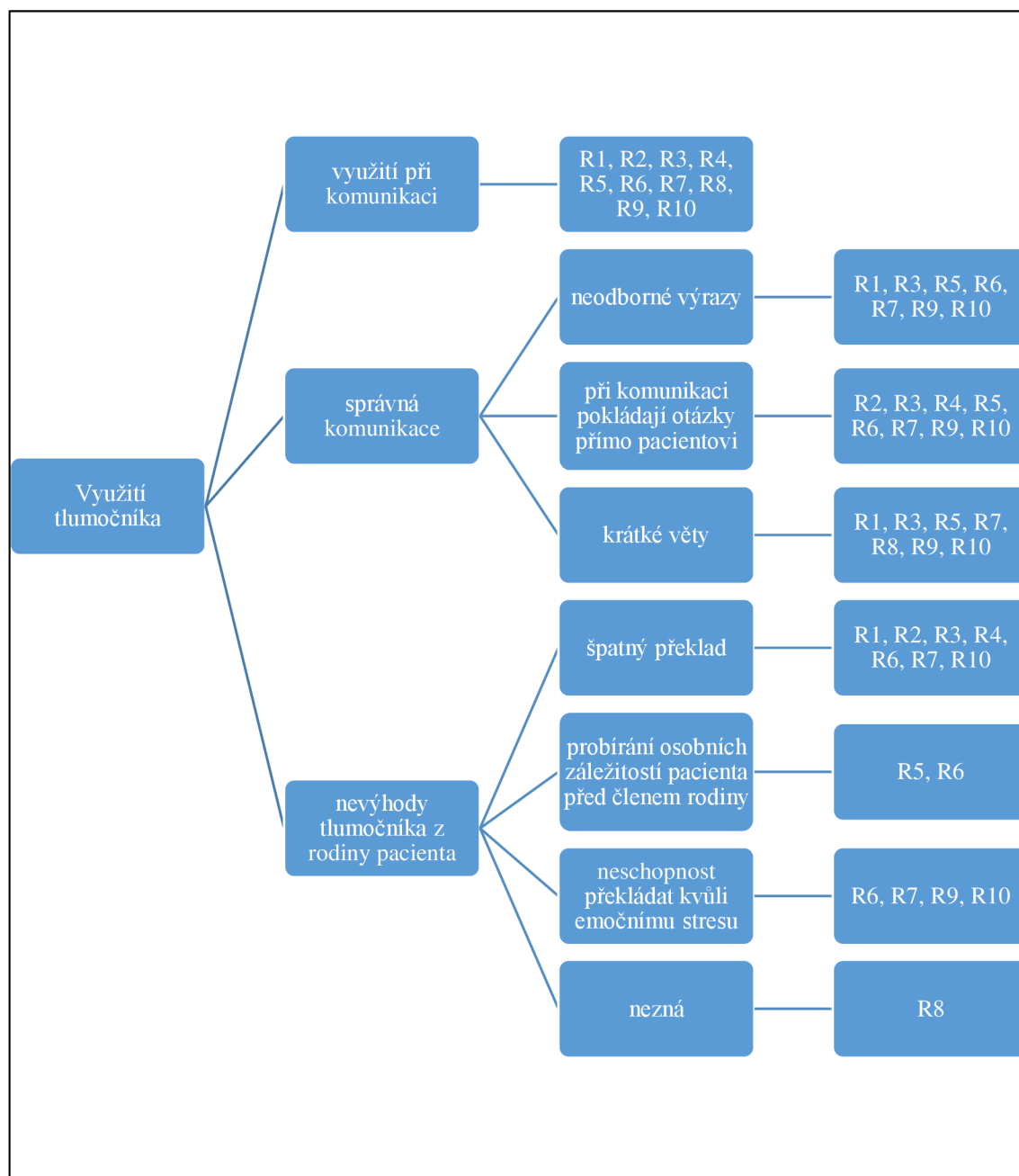


Schéma 3 Využití tlumočnicka

Schéma 3 je rozdělen na tři podkategorie, ke každé podkategorii byla přiřazena jedna hlavní otázka, která se podle potřeby obohatila o doplňující otázky, které původní více rozváděly. Cílem bylo zjistit, zda vůbec ZZ využívají tlumočnicka, který je na místě s pacientem, dále jakým způsobem je veden rozhovor s tlumočnickem a zda se drží zásad v komunikaci s ním a pacientem. První podkategorie zjišťovala, zda ZZ využijí příležitosti pomoci od tlumočnicka s překladem u pacienta s jazykovou bariérou.

Na základě otázky jsme zjistili, že všichni dotazovaní respondenti tuto možnost využijí. Respondentka R7 tuto skutečnost ještě doplnila o podmínku na kvalitu překladu následovně: *„Tlumočnicka využívám je to první volba, pokud mi rozumí. Je to asi i příjemnější pro pacienta, ale nesmí to být tlumočnick na dvě věci, který ti rozumí jen něco, takže je to pak jak z bláta do louže. Každopádně, pokud jsme schopný se spolu domluvit buď česky nebo anglicky, tak je to určitě super a využiju ho.“* Respondenti R2 a R8 se vyjádřili stejně jako respondentka R7. R2 ještě zmínil, že může vést komunikaci na dobré úrovni, pokud tlumočnick dobře mluví anglicky a je schopný překládat z angličtiny do jazyka, kterým hovoří pacient. Druhá podkategorie se zabývala tím, zda se ZZ správně přizpůsobují specifickému stylu komunikace za spolupráce tlumočnicka. Jako nejčastější zásadu v komunikaci s využitím tlumočnicka jsme zjistili, že se ZZ soustředí na to, aby používali krátké a jednoduché věty, konkrétně se jednalo o respondenty R1, R3, R5, R7, R8, R9 a R10. Respondentka R1 svou odpověď odůvodnila tím, že použitím krátkých vět předchází ztrátě informací při překladu otázky a zároveň, aby i odpověď byla co nejkratší a nejsrozumitelnější. Respondent R10, odpověděl podobně jako R1, svou odpověď ale ještě obohatil a tento poznatek: *„Pacient pak zase nemá pocit, že se s tlumočnickem bavíme o něm bez jeho vědomí.“* Dále jsme zjistili, že respondenti R1, R3, R5, R6, R7, R9 a R10 důsledně dbají na to, aby nepoužívali odborné výrazy, kterým laická populace nemusí vždy rozumět. Tito respondenti odpovídali podobně jako respondent R6, který odpověděl takto: *„Snažím se mluvit laicky, bez odborných výrazů, aby mi správně rozuměli.“* Respondenti R2, R3, R4, R5, R6, R7, R9 a R10 uvedli, že se snaží v rozhovoru především soustředit na samotného pacienta a hovořit přímo k němu jako kdyby tam tlumočnick vůbec nebyl. Respondenti R5 a R7 ještě tlumočnicka před zahájením rozhovoru s pacientem poučí, jakým způsobem bude rozhovor probíhat a jak si přejí, aby tlumočnick překládal otázky a odpovědi. Dále ještě respondenti R4 a R6 zmínil, že pokud se jedná o rodinného příslušníka, tak pokládají anamnestické otázky i samotnému tlumočnickovi, aby se i on vyjádřil k anamnéze pacienta ze svého pohledu. Respondentka R7 uvedla, že si neverbální formou (pohledem) ověřuje, zda jí tlumočnick rozuměl nebo pokud je již všechno potřebné přeloženo. Třetí podkategorie se zaměřovala na nevýhody, které souvisejí se zapojením tlumočnicka na místě, který je s pacientem v příbuzenském či jinak osobně blízkém vztahu do rozhovoru. Pouze respondentka R8 neuvedla žádnou nevýhodu. Ostatní respondenti nejčastěji zmiňovali riziko špatného překladu. Pod pojmem špatný překlad respondenti zmiňovali neúplné překládání odpovědi pacienta

ZZ nebo přidávání vlastních dojmů a pocitů tlumočnicka, čímž dochází ke zkreslování původní informace od pacienta nebo jeho odpověď rodinný příslušník vůbec nezmíní a sdělí pouze vlastní názor. Dále respondenti R5 a R6 zmínili kladení otázek zjišťující podrobnou anamnézu pacienta, kterou ale pacient nechce sdělovat nebo mu mohou být otázky před někým z rodiny či blízkou osobou nepříjemné. Respondenti R6, R7, R9 a R10 zmínili problematiku emočního stresu, jelikož situace, kvůli které jsou voláni na místo, je pro rodinu i samotného pacienta stresující a diskomfortní. Stres tlumočnickovi tak ztěžuje nebo vůbec znemožňuje schopnost překladu a soustředění se. Respondent R10 odpovídal následovně: *„Vzhledem k tomu, že se něco stane v rodině, tak často panikaří a tím se ztrácejí důležité body v překladu, a navíc se jim musí věci stále opakovat.“*

3.4.5 Kategorie 4 Nejčastější problémy v komunikaci

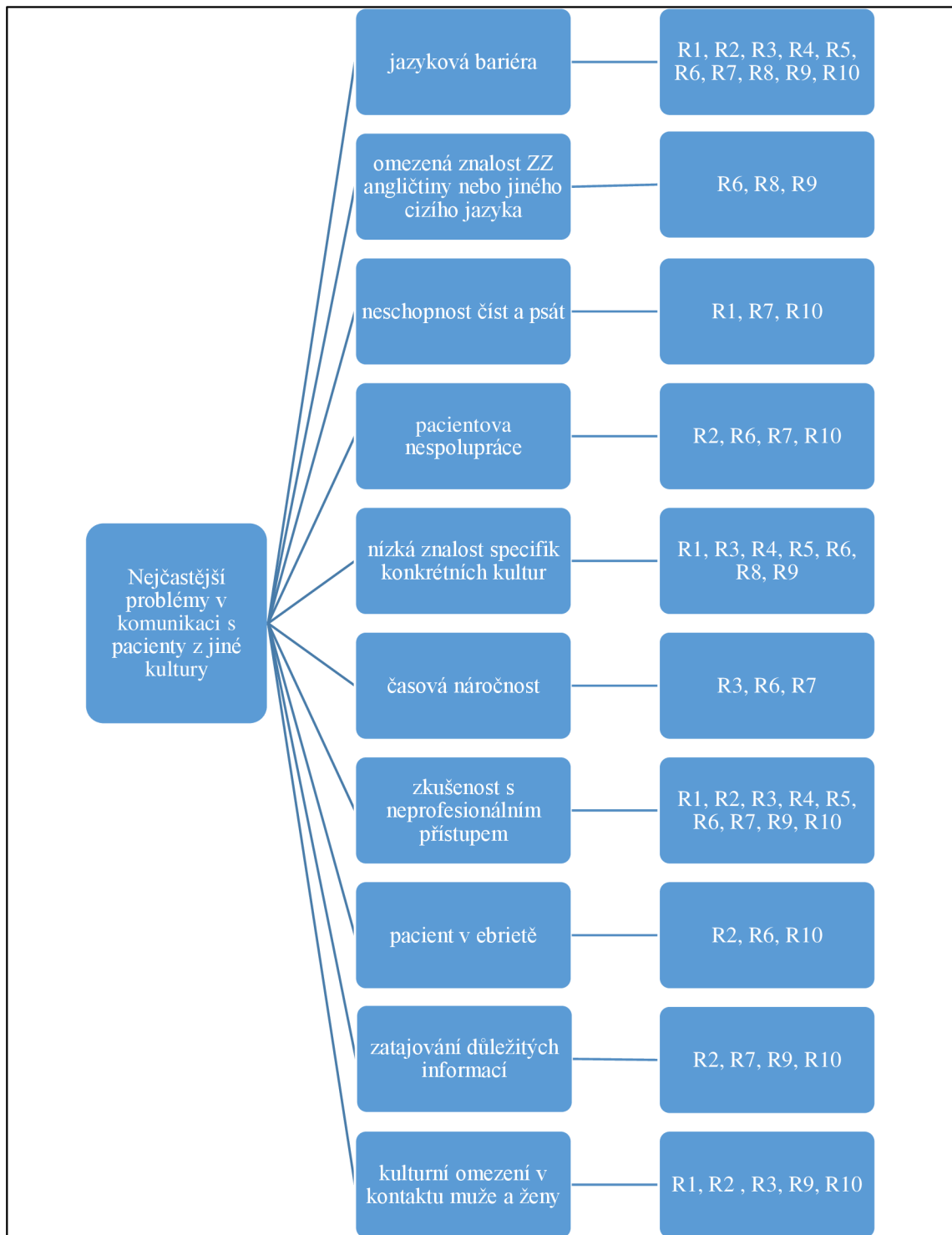


Schéma 4 Nejčastější problémy v komunikaci

Schéma 4 znázorňuje nejvíce uváděné příklady, nejčastěji se vyskytujících problémů v komunikaci s pacienty z jiných kultur, které respondenti během rozhovoru uváděli. Jako nejčastější problém uvedli všichni respondenti jazykovou bariéru, i přes to, že kromě

respondentů R6, R8 a R9 nemají ostatní respondenti problém se dorozumět v anglickém jazyce. Rozmanitost kultur je natolik pestrá, že si ani s dobrou úrovní angličtiny nevystačí, jelikož ne každý pacient ovládá další cizí jazyk. Nejčastěji respondenti uváděli, že se setkávají s polsky, německy, ukrajinsky a rusky mluvícími pacienty, a právě tyto pacienti často nedokáží mluvit anglicky. Respondent R10 má tu zkušenost, že rusky mluvící pacienti dokonce odmítají mluvit anglicky, ačkoli jazyk ovládají. Respondenti R2, R6, R7 a R10 uvedli jako problém neochotu a nespolupráci pacientů, R6 je názoru, že tento problém nejčastěji pramení právě z odlišností kultur a jejich zvyklostí, které ZZ naruší během své práce, ačkoli se toto narušení snaží provést maximálně šetrně a s respektem ke zvyklostem kultury pacienta. Respondent R2 se o nespolupráci vyjádřil při popisu problémů v komunikaci u romské minority, kdy uvedl, že jejich neochota spolupráce může být u některých příslušníků z důvodu nižšího intelektu a z něj vyplývající neporozumění v postupu ZZ. Jako významný problém se ukázala nízká znalost respondentů ve specifikách vybraných kultur, kdy většina respondentů znala jen jedno specifikum nebo dokonce žádné. Pouze respondentka R7 měla velmi široký přehled v jednotlivých kulturách, lepší přehled oproti ostatním respondentům měli respondenti R2 a R10. Z těchto tří lépe informovaných respondentů, přiznali pouze R7 a R10, že se problematikou zabývají z vlastního zájmu. Jejich motivací je zlepšení vlastních profesních schopností a ulehčení práce při výjezdech k pacientům z jiných kultur. Jsou tak lépe připraveni na odlišné postupy v PNP oproti běžným pacientům. Respondenti R1 a R10 upozornili na problém s nemožností využití komunikace za pomoci psaní nebo čtení z komunikačních karet, překladače nebo slovníku. Respondentka R1 upozornila na skutečnost, že pacient může být limitován svým zdravotním stavem, kvůli kterému nevidí (např. otok očních víček). R10 tento problém zmínil v souvislosti s romskou minoritou, jejíž někteří jedinci špatně čtou a mají problém porozumět významu vět ve psané podobě. Respondenti R3, R6 a R7 považují za velký problém časovou náročnost, jelikož komunikace s takto specifickými pacienty může být zdlouhavější. Naproti tomu je čas v PNP velice drahý a může dojít k prodloužení. Všichni respondenti mimo R8 se setkali s nějakou chybou v komunikaci u svých kolegů, kterou považují za neprofesionální, ale nepovažují je za pravidelně opakující se. Respondenti R1, R2, R4, R7 a R10 zmínili nedostačující toleranci a trpělivost. Tito respondenti mají zároveň zkušenost s následky netrpělivého přístupu. Respondenti R2 a R4 zmínili zvyšování hlasu ZZ na pacienta v domněnku, že mu bude pacient lépe rozumět. R7 uvedla skutečnost, že ZZ vynechá nějaké úkony či doplňující otázky,

aby neztrácel více času a mohl pacienta transportovat do zdravotnického zařízení. Respondenti R5, R6 a R9 zmínili arogantní chování, které považují za vysoce neprofesionální a toto chování odsuzují. R5 dodal skutečnost, že arogantní chování může přispět k agresivnímu chování pacienta i jeho nespolupráci s posádkou. Respondenti R3 a R4 zmínili tykání pacientům, R3 uvedl, že se s tímto problémem setkává především u pacientů pod vlivem návykových látek. Tykání v této situaci ovšem obhajuje na základě vlastních zkušeností, jelikož pacienti pod vlivem návykových látek lépe reagují na oslovení křestním jménem společně s tykáním. Na problém s návykovými látkami poukázali také respondenti R1, R6 a R10, ti tvrdí, že vliv alkoholu má velmi špatný vliv na komunikační schopnosti u běžných pacientů natož potom u pacientů z jiných kultur. S ebrietou spojují také míru agrese, která může vyústit v konflikt a napadení ZZ nebo pacient může ublížit sám sobě. V tomto případě respondenti uváděli nutnost součinnosti policie ČR. Respondent R9 má zkušenost se zatajováním anamnestických informací nebo lživých informací. Respondent R10 má podobnou zkušenost s falšováním dokladů u vietnamské menšiny, kdy si bývají členové rodiny velmi podobní, z toho důvodu nemohou s jistotou určit, zda doklady skutečně patří pacientovi, i přes to, že doklady jsou opatřeny fotografií. Respondenti R2 a R7 jako problém uvedli možnost špatného pochopení úsměvu a přikyvování u vietnamské menšiny, kdy v jejich kultuře je tato kombinace neverbálních signálů výrazem nepochopení. U této menšiny ještě zmínili jejich nestěžování si na bolest, jelikož jsou v jejich kultuře takto vychovávaní. Z tohoto důvodu na tento problém během odebírání anamnézy obzvlášť myslí a víckrát se ujišťují, jestli vietnamský pacient nechce podat analgetika proti bolesti. Dalším velmi často zmiňovaným problémem byl problém s komunikací s ženskými pacientkami z kultur, které omezují nebo zakazují ženám dlouhodobější kontakt s cizím mužem, bez souhlasu a dohledu mužských rodinných zástupců. Tento problém se týká především muslimské ale i vietnamské minority. Na tento problém poukázali respondenti R1, R2, R3, R9 a R10, zároveň se shodli, že výjezdy k muslimským pacientkám nebývají příliš časté. K muslimským pacientům se vyjádřila respondentka R7, která má zkušenost s neochotou komunikace, s její osobou jakožto s ženou s mužským příslušníkem nebo pacientem. Respondentka R4 takovou zkušenost nemá.

3.4.6 Kategorie 5 Prevence vzniku problémů v komunikaci

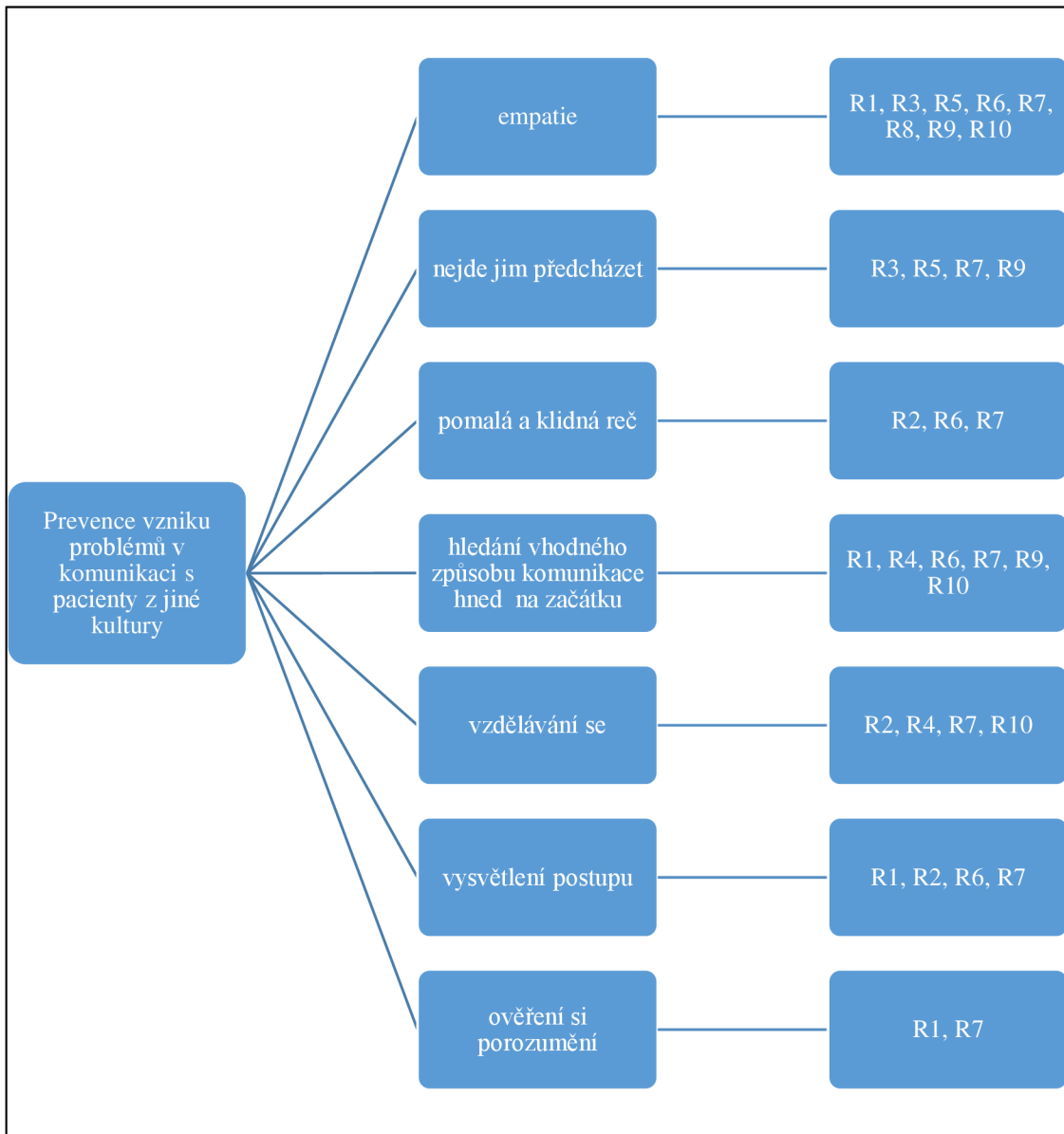


Schéma 5 Prevence vzniku problémů v komunikaci

Schéma 5 zobrazuje způsoby respondentů, které využívají k prevenci vzniku problémů v komunikaci s pacienty z jiných kultur. Nejčastěji a hned v úvodu odpovídání respondenti uváděli důležitost empatického přístupu a navázání důvěry. Respondenti R1, R3, R5, R6, R7, R8, R9 a R10 se tak snaží vcítit a pochopit pocity pacienta. Ten se nachází v diskomfortní situaci, který vznikl důsledkem patologické změny jeho zdravotního stavu, a navíc může pociťovat obavy z přístupu ZZ k jeho kultuře a narušení jeho zvyků. Kromě empatie zmínil respondent R3 a R10 individuální přístup, který je k ošetřování stejně důležitý. S výrazem empatie, jsme se tedy v rámci výzkumu

setkali poměrně často, a to i přes skutečnost, že se respondenti R1, R2, R5, R7, R8 a R9 přiznali, že někdy bývají ovlivněni předsudky. Všichni tito respondenti si ale snaží zachovávat profesionalitu a nedávat předsudky před pacientem najevo. Zároveň respondenti R3, R5, R7 a R9 přiznali, že se problémům i přes jejich veškerou snahu zabránit nedá. Respondenti R2, R6 a R7 se snaží na pacienta mluvit pomalu a klidně, obzvlášť jedná-li se o pacienta, u kterého je přítomna jazyková bariéra. R2 ještě klade důraz na správnou artikulaci a snížení tónu hlasu. Na začátku rozhovoru s pacientem z jiné kultury si respondenti R1, R4, R6, R7, R9 a R10 nejdříve zjistí, jakým jazykem pacient mluví, případně jaké možnosti komunikace budou nejvíce vhodné, aby byla komunikace na dobré úrovni a zároveň časově nejméně náročná. Respondentka R1 si v úvodu ještě zjišťuje, jak si přeje být pacient oslovován. Jako další prvek prevence respondenti sdělovali vzdělávání se. R2 má zálibu v cizích jazycích, tudíž se snaží zdokonalovat své jazykové schopnosti. Díky tomu nemusí být tak často odkázán na použití překladače nebo komunikačních karet, čímž může významně zkrátit čas výjezdu. R4 absolvovala dokonce certifikovaný komunikační kurz a o další kurzy zabývající se komunikací má zájem. R7 a R10 se sami vzdělávají ve specifikách zvyklostí cizích kultur, jejich motivací je tak posouvání svých znalostí a předcházení zbytečným problémům v komunikaci. Dalším zmiňovaným preventivním opatřením označili respondenti R1, R2, R6 a R7 význam vysvětlování postupu ošetření, transportu apod. ještě před tím, než začnou úkony provádět. Chtějí docílit toho, aby byl pacient i jeho rodina v klidu a neměli žádné obavy. Respondent R7 si ještě zakládá na ujištění, že pacient nebo jeho rodina s nabízeným postupem souhlasí a případně se snaží vyhledat vhodný kompromis nebo se snaží asertivně vysvětlit důležitost nabízeného postupu a zdůvodnit. Respondentky R1 a R7 se stále ujišťují, že pacient veškerým informacím správně rozumí.

3.4.7 Kategorie 6 Důsledky problémů v komunikaci

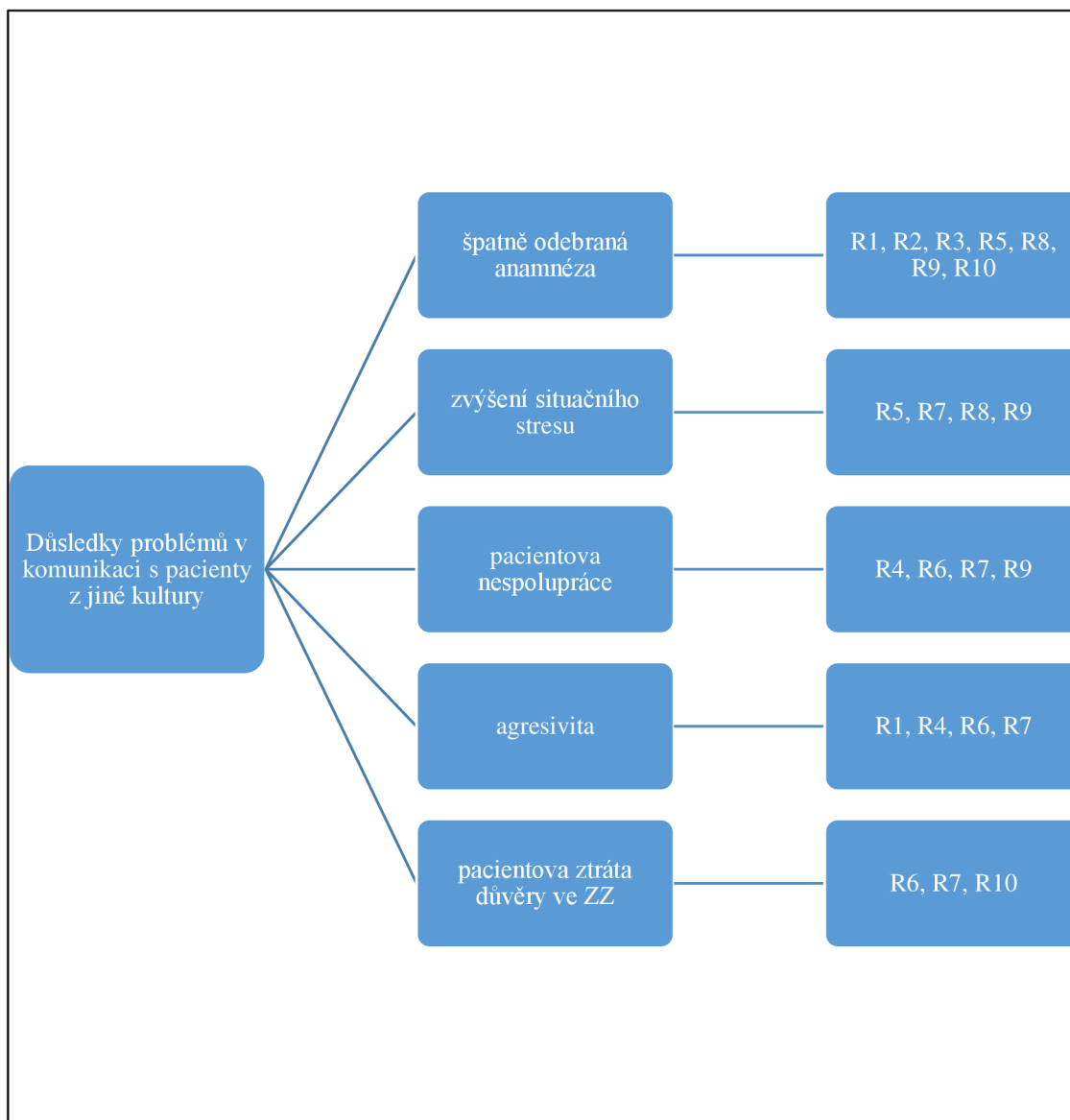


Schéma 6 Důsledky problémů v komunikaci

Schéma 6 obsahuje příklady toho, co vše se může stát, pokud nastanou problémy v komunikaci mezi ZZ a pacientem z jiné kultury. Nejčastěji respondenti zmiňovali zároveň asi nejhorší důsledek, který může pacienta i ohrozit na životě a tím je špatně odebraná anamnéza. Tuto skutečnost si uvědomují respondenti R1, R2, R3, R8, R9 a R10. Respondentka R1 k této možnosti přistupuje následovně: „*Jsem ostražitá, abych něco nepřehlédla nebo nepřeslechla a určila správný postup.*“ Dalším důsledkem je zvýšení míry stresu, které už tak panuje na straně pacienta a někdy i ZZ, pocit nervozity, stresu nebo jiného diskomfortu popisovali respondenti R1, R4, R6, R8, R9, R10 v situacích, kdy vědí, že komunikace neprobíhá správně a tím se zvyšuje riziko vzniku

větších problémů. O tom, jak se v tuto chvíli cítí pacient můžeme polemizovat, ale můžeme předpokládat, že bude mít stejné pocity jako ZZ. Stres může být tedy spouštěčem dalších problémů jako je např. ztráta pacientovy důvěry v ZZ, kterou zmiňují respondenti R6, R7 a R10. Důvěra se obzvlášť v PNP získává zpátky velmi těžko a obzvlášť u některých kultur. Pro ZZ může být velmi složité vytvořit důvěrný vztah, pokud má pacient vůči ZZ určité předsudky, opírající se o vlastní zkušenosti. S nedůvěrou pak může souviset pacientova neochota spolupracovat s posádkou. Zkušenost s nespolupracujícím pacientem mají respondenti R4, R6, R7 a R9. Jako poslední problém uvedli respondenti R1, R4, R6 a R7 agresivitu. Ta může opět vznikat převršením únosné míry stresu, užitím návykových látek nebo nerespektováním kulturních zvyků ze strany ZZ. S agresí se respondenti nejvíce setkali u romské minority (konkrétně R1, R3, R6 a R10) a ukrajinské. U Ukrajinců agresivita souvisí s jejich častým požíváním alkoholu zejména mezi muži, ženy bývají podle R10 velmi spolupracující a dokáží mluvit vícero cizími jazyky.

3.4.8 Kategorie 7 Návrhy ZZ pro zlepšení komunikace

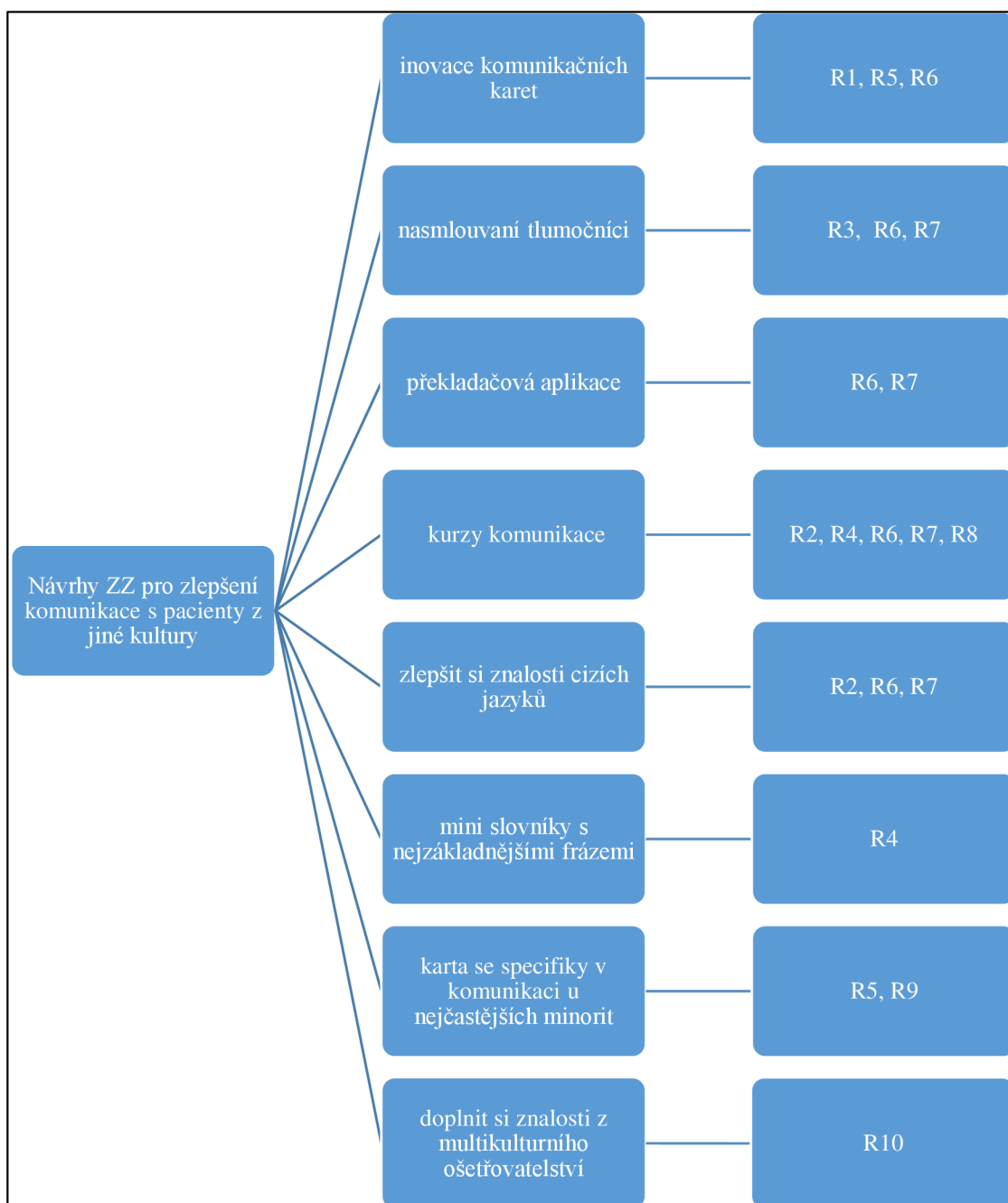


Schéma 7 Návrhy ZZ pro zlepšení komunikace

Schéma 7 znázorňuje návrhy samotných respondentů, které by podle nich mohly přispět k pomoci a ulehčení komunikace u pacientů z jiných kultur. Respondenti R1, R5 a R6 by uvítali inovaci v komunikačních kartách, R1 by si přála, aby na otázky v komunikačních kartách se dalo odpovídat pouze ano nebo ne. R6 upozornil na zaměření se na lepší přehlednost a velikost písma. Jiným zmiňovaným návrhem bylo vytvoření

nebo instalace překladačové aplikace přímo pro zdravotnickou záchrannou službu tuto inovaci by uvítali respondenti R6 a R7. Velký zájem by byl mezi respondenty R2, R4, R6, R7 a R8 o komunikační kurzy, aby si své schopnosti mohli vylepšit a obohatili se tak o znalosti správného vedení komunikace s pacienty z jiných kultur. Respondenti R2 a R6 mají zájem o zlepšení svých schopností komunikace v cizím jazyce. R6 a R7 navrhli, aby i řidiči měli určitou úroveň znalostí v alespoň jednom cizím jazyce, aby mohli být ZZ více nápomocni a nebyli svou neznalostí omezováni ve své práci, ke které také potřebují s pacientem komunikovat. Respondentka R4 považuje za vylepšení mít u sebe malý slovník se základními frázemi v polském a německém jazyce. Ale jinak jí stačí překladač v telefonu. Respondenti R5 a R9 by uvítali nějaký soupis specifik, které se týkají pacientů z jiných kultur, jelikož tato specifika neznají a rádi by si znalosti doplnili a aby na ně nezapomněli, rádi by takovou shrnující kartu měli v sanitním voze. Respondent R10 by prosazoval doplnění si znalostí z multikulturního ošetřovatelství v rámci samostudia, jelikož práci u ZZS považuje za časově náročnou, tudíž nevidí smysl ve školení a kurzech.

3.5 Analýza výzkumných cílů a otázek

Pro výzkumnou část této bakalářské práce jsme na podkladě rozboru z předem vybrané odborné literatury stanovili 5 výzkumných cílů. První dva cíle byly popisné a jsou tedy zpracovány v teoretické části, z tohoto důvodu k nim nebyly vytvořeny výzkumné otázky. Zbylé tři cíle již byly výzkumné, k nim byly vytvořeny tři výzkumné otázky.

Jako prvním z cílů bylo uloženo: **popsat zásady komunikace s pacientem v podmínkách zdravotnické záchranné služby**. Tento cíl je popisný a byl splněn v rámci teoretické části práce. Výzkumná otázka k tomuto cíli nebyla proto stanovena.

Na základě druhého výzkumného cíle máme: **popsat zásady komunikace zdravotnického záchranáře s pacientem z jiné kultury**. Tento cíl je popisný a byl splněn v rámci teoretické části práce. Výzkumná otázka k tomuto cíli nebyla proto stanovena.

Třetím výzkumným cílem bylo: **zjistit jaké možnosti využívají zdravotničtí záchranáři při komunikaci s pacienty z jiné kultury**, k tomuto cíli byla přidělena výzkumná otázka: **Jaké možnosti využívají zdravotničtí záchranáři při komunikaci s pacienty z jiné kultury?** V rámci polostrukturovaného rozhovoru jsme tento cíl a otázku zařadili do Kategorie 1-3. Jediná třetí kategorie byla rozdělena do tří podkategorií z důvodu více otázek. Kategorie 1 se zabývala možnostmi, které ve své praxi ZZ využívají. Většina respondentů uvedla, že nejčastěji využívají překladáč v telefonu, a to z důvodu možnosti časového benefitu, možnosti překladu jakéhokoli cizího jazyka, přehlednosti a nastavení optimální velikosti písma. Pouze třetina respondentů sdělila, že mají problém komunikovat v cizím jazyce, konkrétně jsme se doptávali na angličtinu, ostatní respondenti tento problém nemají, a proto cizí jazyk využijí, pokud pacient jazyku rozumí. Dále ZZ nejčastěji zmiňovali využití tlumočnicka, je-li nějaký na místě a je schopen kvalitně překládat. Kategorie 2 se zabývala otázkou využití komunikačních karet, které jsou schváleny a doporučeny MZČR. Komunikační karty byly převážně negativně zkritizovány, respondentům vadila jejich časová náročnost a nepřehlednost. Z tohoto důvodu je většina respondentů nevyužívá, proto respondenti volí raději jiné metody. Kategorie 3 byla rozdělena do tří podkategorií. První podkategorie se zabývala využitím tlumočnicka, druhá podkategorie zkoumala, jakým způsobem respondenti komunikují s pacientem, pokud jim vypomáhá tlumočnick. Třetí podkategorie se zabývala nevýhodami,

kteří přináší využití člena rodiny pacienta nebo osoby blízké. Všichni respondenti využijí a vítají pomoc tlumočnicka. Pár respondentů uvedlo, že nejprve tlumočnickovi vysvětlí, jak si přejí, aby překládal a jakým způsobem bude rozhovor probíhat. Převážná část respondentů uvedla, že budou mluvit v krátkých a jednoduchých větách bez používání odborných výrazů. Předcházejí tím ztrátě jakékoli informace, kterou potřebují předat nebo zjistit. Otázky kladou přímo pacientovi a jen minimální pozornost během rozhovoru věnují tlumočnickovi. Jako nevýhody při využití tlumočnicka z rodinného kruhu nebo blízké osoby pacienta respondenti uváděli ne zcela nejlepší jazykové znalosti tlumočnicka, neschopnost překládat kvůli emočnímu vypjetí a stresu z důvodu obav o zdraví svého blízkého, ale také nevyžádané doplňování odpovědí z vlastního pohledu.

Čtvrtým výzkumným cílem bylo **zjistit, jaké problémy se vyskytují při komunikaci s pacienty z jiné kultury**, k cíli byla stanovena následující výzkumná otázka: **Jaké problémy se vyskytují při komunikaci zdravotnických záchranářů s pacienty z jiné kultury?** Tomuto výzkumnému cíli a otázce jsme přiřadili Kategorie 4- 6. Kategorie 4 se zabývala tím, s jakými problémy se nejčastěji setkávají respondenti během své činnosti. Všichni respondenti uvedli, že největším obecným problémem je jazyková bariéra, která se nejlépe řeší využitím tlumočnicka z rodiny nebo blízkých osob. Rodinný tlumočnick ale nebývá vždy na místě, a tak si respondenti nejčastěji pomáhají překladačem v telefonu. Někteří respondenti se shodli v tom, že se odlišují problémy na základě kultury. U muslimů respondenti zmiňovali problematiku vyšetřování žen od muže, u vietnamské minority jazykovou bariéru a někteří zmínili zatajování bolesti. Největší zkušenosti měli respondenti s romskou minoritou, kdy u ní uváděli silné prožívání emocí, potřebu mít rodinu na blízku a zveličování svého zdravotního stavu. U ukrajinské minority zmínili problém nadměrného požívání alkoholu a jazykovou bariéru i přes to, že čeština s ukrajinštinou si jsou podobná. Část respondentů uvedla, že mají omezené a někteří dokonce žádné znalosti, týkajících se specifik u různých kultur, včetně těch nejčastěji žijících v ČR. Dále zmiňovali nespolupracující pacienty a časovou náročnost na výjezdech, z důvodu právě složitější komunikace.

Kategorie 5 se zajímala o preventivní opatření, která využívají respondenti k tomu, aby předešli výše popsaným problémům. Část respondentů je dojmu, že se problémům předcházet nedá. Druhá část respondentů je toho názoru, že k prevenci přispívá empatický přístup, vysvětlování postupů, klidná a jednoduchá komunikace, řešení problémů a ujišťování se, že jim pacient rozumí.

Kategorie 6 se zabývala důsledky špatné komunikace. Respondenti zmiňovali nebezpečí špatně odebrané anamnézy. Respondenti si jsou zároveň vědomi možných následků, které může tato chyba způsobit. Špatně vedené komunikace může podle respondentů přispět k navýšení situačního stresu, kterému čelí jak pacient, tak oni sami. Většina respondentů uvedla, že si stres uvědomují, ale nedávají ho před pacientem najevo a zachovávají si profesionalitu. Stres pacienta může vést podle respondentů k dalším důsledkům jakými mohou být ztráta důvěry ve ZZ, nespolupráce a v horším případě i agresivní jednání vůči respondentům.

Na podkladě pátého výzkumného cíle jsme měli **zjistit návrhy zdravotnických záchranářů pro snazší komunikaci s pacienty z jiné kultury**, k cíli byla přidělena následující výzkumná otázka: **Jaké jsou návrhy zdravotnických záchranářů pro snazší komunikaci s pacienty z jiné kultury?** Výzkumný cíl a otázka byly zahrnuty do Kategorie 7. Kategorie 7 se zajímala o návrhy respondentů ke zlepšení komunikace s pacienty z jiné kultury. Respondenti by nejvíce uvítali nasmlouvaného tlumočnicka, který by jim mohl být k dispozici alespoň formou telefonního hovoru. Dále by si přáli speciálně modifikovanou mobilní aplikaci s překladačem, aby nemuseli využívat internetové překladače. Někteří by uvítali kurz, zaměřující se na komunikaci s pacienty z jiné kultury nebo jazykové kurzy pro zlepšení své úrovně komunikace v cizím jazyce. Pár respondentů navrhlo aktualizaci komunikačních karet, zlepšit jejich přehlednost a navrhli doplnění o obrázky. Respondenti, kteří přiznali své omezené znalosti z multikulturního ošetřovatelství, by měli zájem o brožuru, shrnující nejzákladnější specifika kultur, žijících v ČR.

4 Diskuze

V bakalářské práci se zabýváme komunikací zdravotnických záchranářů s pacienty z jiné kultury dle stanovených výzkumných cílů se v práci zaměřujeme problematikou, možnostmi zjednodušení a návrhy zdravotnických záchranářů pro usnadnění komunikace v PNP. Zpracování výzkumné části jsme uskutečnili pomocí kvalitativního výzkumu za použití techniky polostrukturovaného rozhovoru. Rozhovory probíhaly s deseti respondenty, kterými byli zdravotničtí záchranáři pracující na výjezdových základnách v Libereckém kraji. V práci jsme si stanovili pět výzkumných cílů, ze kterých jsou první dva cíle popisné a jsou zpracovány v teoretické části práce. Ke zbylým třem cílům jsme přiřadili výzkumné otázky a ty pro lepší přehlednost rozdělili do sedmi kategorií.

Prvním popisným cílem bylo **popsat zásady komunikace s pacientem v podmínkách zdravotnické záchranné služby**, tento cíl je popsán v teoretické části práce a vychází z použité literatury.

Na tento cíl navazuje druhý popisný cíl a sice **popsat zásady komunikace zdravotnického záchranáře s pacientem z jiné kultury**, tento cíl je také popisován v teoretické části a opírá se o vydaná doporučení pro komunikaci s pacientem z jiné kultury, která jsme získali z odborné literatury. Na základě tohoto cíle jsme vypracovali brožuru, která je výstupem této bakalářské práce a má sloužit zdravotnickým záchranářům ke shrnutí nejdůležitějších specifík u vybraných kultur.

Třetím cílem práce bylo **zjistit jaké možnosti využívají zdravotničtí záchranáři při komunikaci s pacienty z jiné kultury** a byla k němu stanovena tato výzkumná otázka: **Jaké možnosti využívají zdravotničtí záchranáři při komunikaci s pacienty z jiné kultury?** Na tuto otázku odpovídala Kategorie 1-3. Respondenti uváděli, že nejvíce oceňují pomoc tlumočnicka, kterým bývá člen rodiny nebo blízká osoba. Zároveň ale respondenti uváděli podmínku, že jeho jazykové schopnosti musí být dostačující, aby jeho výpomoc měla nějaký užitek. Tohoto názoru je i Plevová et al. (2019), která souhlasí i s dodatečnou podmínkou, aby byl tlumočnick dostatečně schopný překládat z obou jazyků. V souvislosti s využitím tlumočnicka z kruhu rodiny respondenti zmiňovali také nevýhody této metody. K těm patří špatný překlad, způsobený přidáním osobních názorů tlumočnicka nebo také zhoršená schopnost vnímat otázky zdravotnického záchranáře a správně je přeložit z důvodu emočního stresu, který panuje na místě. O stresu na místě události a omezené schopnosti koncentrace a racionálního uvažování se zmiňují také Gurnáková a Marcinechová (2021). Aby respondenti eliminovali možnou

ztrátu informací, zkreslení překladu nebo jiných problémů, používají respondenti krátké a jednoduché věty, snaží se nepoužívat odborné výrazy a celkově věty velmi zjednodušují. Tyto zásady zmiňuje i Dobiáš (2013). Naproti tomu MZČR doporučené komunikační karty se respondentům v praxi příliš neosvědčily a s minimálním využitím je používají pouze respondenti R1, R2 a R4.

Jako další nejčastěji zmiňovanou možností bylo využívání online překladače v telefonu. Je zajímavé, že na tuto možnost ovšem neodkazuje žádná použitá literatura.

Čtvrtým cílem práce bylo **zjistit jaké problémy se vyskytují při komunikaci zdravotnických záchranářů s pacienty z jiné kultury** a byla k němu stanovena tato výzkumná otázka: **Jaké problémy se vyskytují při komunikaci zdravotnických záchranářů s pacienty z jiné kultury?** V rámci této otázky jsme vytvořili tři kategorie (Kategorie 4 až 6), které se zabývaly vyjmenováním konkrétních problémů, jejich prevencí a důsledky. Kategorie 4 se zabývala konkrétními problémy. Všech deset respondentů uvedlo na prvním místě problém s jazykovou bariérou, který považují zároveň za nejzásadnější. Jelikož respondenty nutí k použití alternativních možností komunikace. Během rozhovoru respondenti později uvedli, že se nejčastěji setkávají s jazykovou bariérou u ukrajinské a vietnamské minority. Za nejhlavnější problém v komunikaci považuje jazykovou bariéru také Plevová (2019), ta ještě dodává k hlavním problémům rozdílnost významů neverbálních projevů, pokud zdravotníkům chybí orientace v interkulturním ošetřovatelství. Těchto nestejných významů si je vědoma např. respondentka R7, která uvedla odlišnou významnost úsměvu a souhlasného přikyvování u vietnamské kultury, jelikož pro ně tyto signály znamenají nepochopení a nejistotu. Díky několika položeným otázkám jsme zjistili, že většina respondentů nemá dostačující přehled ve specifikách námi vybraných kultur, a proto mohou vznikat neúmyslné problémy na základě chybování z důvodu neznalosti. Jako další problém a zároveň i důsledek problému v komunikaci respondenti uváděli pacientovu ztrátu důvěry, pocitu nejistoty a neochotu spolupracovat s posádkou. Respondenti tento problém připisovali samotnému zdravotnímu stavu s možnou kombinací obav ohledně nerespektování kultury pacienta. Bednařík (2020) odkazuje právě na rizika nesprávné komunikace, které mohou vést ke ztrátě důvěry a spolupráce včetně psychické nepohody. Velkou roli pak hraje zaměření se na konkrétní kulturu, v souvislosti se specifiky kultur, si někteří respondenti (především mužského pohlaví) stěžovali na ztížené ošetřování muslimských žen, jelikož se snaží respektovat zásady pacientčiny kultury, ale zároveň nemají jinou možnost, jak pacientku vyšetřit nebo ošetřit. Z důvodu prevence možných problémů

své postupy konzultují s pacientčíným manželem nebo jiným mužským rodinným zástupcem. Tóthová et al., (2012) ještě dodává, že manžel může v případě jen samotné přítomnosti cizího muže u své ženy reagovat prudce. Následujícím kulturním problémem respondenti zmiňovali vysokou emoční reaktivitu u romské menšiny, včetně přítomnosti velkého množství rodinných příslušníků v blízkosti pacienta. Dingová Šliková, Vrabelová a Lidická (2018) toto chování odůvodňují tak, že jejich emocionální složka převládá nad racionálním uvažováním a chováním, a proto jednájí více impulzivněji. Respondenti u romské menšiny ještě uvedli, že mívají problém s pochopením sdělení nebo porozumění psanému textu, proto v komunikaci s nimi nemluví v dlouhých větách a nepoužívají odborné termíny, místo toho používají jednoduché a krátké věty. Používání krátkých a srozumitelných vět doporučuje také Plevová et al. (2019).

Pátým výzkumným cílem bylo **zjistit návrhy zdravotnických záchranářů pro snazší komunikaci s pacienty z jiné kultury**, k cíli byla přidělena tato výzkumná otázka: **Jaké jsou návrhy zdravotnických záchranářů pro snazší komunikaci s pacienty z jiné kultury?** Výzkumný cíl a otázka byli zahrnuti do Kategorie 7. Velká část respondentů by uvítala mít možnost spolupráce s nasmlouvaným tlumočnickem. Čímž by se odbourala jazyková bariéra, ale také riziko špatného překladu a tlumočnick by byl k celé situaci nestranný a tudíž nezaujatý. Dalším často zmiňovaným návrhem bylo vytvoření aplikace určené pro ZZS, která by plnila funkci překladače. Zdravotníci záchranáři by tak nemuseli být odkázáni na internetové překladače a kvalitu mobilního signálu. Menší zájem respondenti jeví o sebevzdělávání v rámci komunikačních kurzů nebo doškolení cizího jazyka. Někteří respondenti, kteří přiznali svou neznalost v orientaci interkulturního ošetrovatelství, by uvítali shrnující brožuru, kde by bylo vše důležité popsáno. Respondenti R7 a R10 vyzdvihli důležitost celoživotního vzdělávání pro získání lepších profesních schopností, které je nemusí obohatit jen po pracovní stránce ale třeba právě u tématu komunikace i v osobním životě.

5 Návrh doporučení pro praxi

Na základě získaných informací a rozboru sesbíraných dat z výzkumné části můžeme konstatovat, že se ZZ skutečně snaží navázat dobrý vztah s pacienty z jiné kultury. S dobrým vztahem mohou totiž začít budovat důvěru pacienta v ostatní zdravotníky, se kterými může pacient v budoucnu přijít do kontaktu a předcházet tak zbytečným problémům. Velmi dobře si uvědomují, že komunikace je základním kamenem, od kterého se odvíjí další průběh přednemocniční neodkladné péče. Z toho důvodu bychom doporučovali školení v komunikaci s pacienty z jiné kultury, dobrovolnou účast na kurzech a zlepšování v komunikaci v cizích jazycích nejen pro ZZ, ale také pro řidiče sanitních vozů. Ačkoliv si uvědomujeme časovou náročnost těchto forem školení. Jako možnou alternativou by mohlo být dostačující uspořádat online školení, aby ZZ nemuseli v rámci svého volného času cestovat a tento čas využít k odpočinku, který je pro toto povolání důležitý. Na trhu existuje velký výběr komunikačních kurzů pro zdravotnický personál, avšak ani jedna z nich se nevěnuje komunikaci a specifikami pacientů z jiné kultury. Proto navrhujeme nejprve vytvoření metodiky k zmiňovanému kurzu a následné realizaci. Kurz by měl být stavěn na základech simulační medicíny a komunikace v praxi. Bylo by vhodné zamyslet se nad inovační aplikací do chytrých mobilních telefonů nebo tabletů, která by mohla nahradit tolik odmítané komunikační karty. Bylo totiž v rámci výzkumu zjištěno, že pouze zbytečně zabírají místo v sanitním voze, jelikož je nikdo z respondentů nevyužívá pravidelně. V aplikaci by měla být volba překladu z jakéhokoli jazyka, včetně možnosti hlasového zadávání a automatického čtení přeložených vět i z toho důvodu, že pacient nebyl schopen psaní nebo čtení. Samozřejmostí by mělo být nastavení libovolné velikosti písma. Dále by v aplikaci mohl být soubor výčtu kulturních specifik, které mohou souviset s přednemocniční péčí a zároveň mohou přispět ke zlepšování znalostí zdravotnických záchranářů. Aplikace by také mohla disponovat možností uskutečňování telefonních hovorů s tlumočníky, se kterými by se sepsala dohoda o poskytování služeb. O nasmlouvané tlumočníky byl mezi respondenty největší zájem, stejně jako o aplikaci s překladačem. Kromě návrhů od samotných ZZ doporučujeme námi vytvořenou brožuru (Příloha F), která je výstupem této bakalářské práce. Jedná se o malý souhrn komunikačních specifik u romské, vietnamské, ukrajinské a muslimské kultury. O brožuru vyslovili zájem dva respondenti.

6 Závěr

Aby mohlo dojít ke kvalitně poskytnuté přednemocniční neodkladné péči, je zapotřebí získat všechny informace, týkající se zdravotního stavu pacienta. Validní informace můžeme získat pouze kvalitně vedenou komunikací, která by neměla chybět v pomyslné výbavě každého ZZ. V bakalářské práci jsme se zabývali tématem komunikace zdravotnického záchranáře s pacientem z jiné kultury. Bakalářská práce se dělí na teoretickou a výzkumnou část.

V teoretické části využíváme poznatků z odborné literatury a na jejich základě seznamujeme se samotným pojmem komunikace, verbální a neverbální komunikací. Zabýváme se specifičností komunikace v podmínkách ZZS a jejími zásadami, čímž jsme zároveň popsali první výzkumný cíl bakalářské práce. Rozvedli jsme také významy verbální a neverbální komunikace v přednemocniční péči. Dále jsme se věnovali transkulturnímu a multikulturnímu ošetřovatelství. Popsali jsme komunikaci s národnostními menšinami, u kterých jsme se zaměřili na Romy, Vietnamce, Ukrajince a muslimy, tím jsme popsali druhý výzkumný cíl bakalářské práce.

Ve výzkumné části jsme se zabývali zbylými třemi výzkumnými cíli, ke kterým jsme si stanovili výzkumné otázky. Výzkumnou část jsme zpracovali pomocí kvalitativní metody a použili jsme techniku polostrukturovaného rozhovoru. Do výzkumu jsme vybrali deset zdravotnických záchranářů pracujících na území Libereckého kraje. Třetím výzkumným cílem bylo zjistit, jaké možnosti využívají zdravotničtí záchranáři při komunikaci s pacienty z jiné kultury. Tento cíl jsme rozdělili do Kategorie 1 až 3. Kategorii 3 jsme rozdělili na tři podkategorie. Kategorie 1 se zajímala čím si ZZ vypomáhají s komunikací u pacientů z jiné kultury. Kategorie 2 se zaměřila na MZČR doporučené komunikační karty. Kategorie 3 byla rozdělena na tři podkategorie zabývající se tím, zda vůbec zdravotničtí záchranáři využívají tlumočnicka v rámci komunikace s pacientem z jiné kultury. Dále se kategorie zajímala, jakým způsobem taková komunikace s tlumočnickem probíhá a jaké jsou nevýhody využití tlumočnicka z rodiny nebo blízkého kruhu pacienta. Tento cíl jsme ve výzkumné části splnili. Čtvrtým cílem bylo zjistit, jaké problémy se vyskytují při komunikaci zdravotnických záchranářů s pacienty z jiné kultury. Tento cíl jsme rozdělili do Kategorie 4 a 6. Kategorie 4 se zajímala s jakými komunikačními problémy se ZZ setkávají, Kategorie 5 se zaměřila na prevenci problémů a Kategorie 6 na vzniklé důsledky, pokud je komunikace špatně vedena. Tento cíl jsme

splnili ve výzkumné části práce. Pátým cílem bylo zjistit návrhy zdravotnických záchranářů pro snazší komunikaci s pacienty z jiné kultury. Tento cíl jsme přiřadili do Kategorie 7. Zde jsme zjišťovali návrhy respondentů, které by podle nich mohly přispět ke snazší nebo jednodušší komunikaci, případně návrhy ke změnám stávajícím možnostem. Doporučení byla zanalyzována a využili jsme je jako hlavní zdroj pro návrhy doporučení pro praxi v této bakalářské práci.

Celkem jsme vytvořili k výzkumným cílům práce sedm kategorií, které uvádíme v Tabulce 1. Do Tabulky 2 jsme pro lepší přehlednost vypsali základní identifikační údaje o respondentech. Odpovědi respondentů jsme po kódování zařadili do schémat podle kategorií a uvedli některé citace z rozhovorů do textu. Výstupem bakalářské bude brožura, která bude shrnovat základní specifika komunikace u romské, vietnamské, ukrajinské a muslimské kultury. Brožura bude vhodná jako edukační pomůcka pro ZZ.

Seznam použité literatury

- ANDRŠOVÁ, Alena. 2012. *Psychologie a komunikace pro záchranáře: v praxi*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4119-2.
- BEDNAŘÍK, Aleš a Mária ANDRÁŠIOVÁ. 2020. *Komunikace s nemocným: sdělování nepříznivých informací*. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-2288-2.
- BORG, James. 2013. *Umění přesvědčivé komunikace: jak ovlivňovat názory, postoje a činy druhých*. 3. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4821-4.
- BURGOON, J. K., L. K. GUERRERO a K. FLOYD. 2016. *Nonverbal communication*. New York: Routledge. ISBN 978-0-205-52500-3.
- ČENĚK, J., J. SMOLÍK a Z. VYKOUKALOVÁ. 2016. *Interkulturní psychologie: vybrané kapitoly*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5414-7.
- DINGOVÁ ŠLIKOVÁ, M., L. VRABELOVÁ a L. LIDICKÁ. 2018. *Základy ošetrovatelství a ošetrovatelských postupů pro zdravotnické záchranáře*. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-0717-9.
- DOBIÁŠ, Viliam. 2013. *Klinická propedeutika v urgentní medicíně*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4571-8.
- GURŇÁKOVÁ, J. et al. 2013. *Rozhodovanie profesionálov: Sebaregulácia, stres a osobnosť*. Bratislava: Ústav experimentálnej psychológie SAV. ISBN 978-80-88910-45-9.
- GURŇÁKOVÁ, Jitka a Denisa MARCINECHOVÁ. 2021. *Význam komunikácie s pacientom a jeho blízkymi v zásahoch záchranej zdravotnej služby*. Bratislava: Ústav experimentálnej psychológie, Centrum spoločenských a psychologických vied SAV. ISBN 978-80-89524-65-5.
- HÁJEK, Marcel a Charif BAHBOUH. 2016. *Muslimský pacient: princípy diagnostiky, terapie a komunikace: manuál o zásadách medicínského přístupu pro české či slovenské lékaře a zdravotníky praktikující v zemích islámu*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5631-8.

HEJNAROVÁ, Eva a Lenka SLEZÁKOVÁ. 2012. *Ošetřovatelství pro střední zdravotnické školy. 2.*, dopl. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3601-3.

JANOUSEK, Jaromír. 2015. *Psychologické základy verbální komunikace: projevy psychických funkcí ve verbální komunikaci, významová dynamika a struktura komunikačního aktu, komunikace písemná, ženská, mužská, virtuální, vnitřní kooperace a vnitřní řeč ve verbální komunikaci.* Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4295-3.

KELNAROVÁ, J., MATĚJKOVÁ, E., 2014. *Psychologie a komunikace pro zdravotnické asistenty - 4. ročník. 2. vyd.* Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5203-7.

LOŠŤÁKOVÁ, Olga. 2020. *Empatická a asertivní komunikace: jak zvládat obtížné komunikační situace.* Praha: Grada. ISBN 978-80-271-2227-1.

MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČESKÉ REPUBLIKY. Komunikační karta pro Zdravotnickou záchrannou službu pro komunikaci s cizinci. MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČESKÉ REPUBLIKY. *Ministerstvo zdravotnictví* [online]. Praha: Ministerstvo zdravotnictví, 2017-08-16 [cit. 2022-03-21]. Dostupné z: <https://www.mzcr.cz/komunikacni-karta-pro-zdravotnickou-zachrannou-sluzbu-pro-komunikaci-s-cizinci/>.

MOROVICSOVÁ, Eva et al. 2014. *Komunikácia v medicíne.* Bratislava: Univerzita Komenského Bratislava. ISBN 978-80-223-3620-8.

NAVARRO, Joe. 2019. *Tajemství řeči těla: gesta, která prozradí více než slova.* Praha: Grada. ISBN 978-80-271-2477-0.

PLEVOVÁ, Ilona et al. 2019. *Ošetřovatelství II. 2. vyd.* Praha: Grada. ISBN 978-80-271-0889-3.

ROCCI, Andrea a Luis de Saussure. 2016. *Verbal Communication.* Berlín: De Gruyter Mouto. ISBN 9783110255478.

STEIN-PARBURY, Jane. 2018. *Patient & person: interpersonal skills in nursing.* 6th ed. Chatswood: Elsevier. ISBN 978-0-7295-4256-2.

ŠTĚTINA, Jiří. 2014. *Zdravotnictví a integrovaný záchranný systém při hromadných neštěstích a katastrofách.* Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4578-7.

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

TÓTHOVÁ, Valérie et al. 2012. *Kulturně kompetentní péče u vybraných minoritních skupin*. Praha: Triton. ISBN 978-80-7387-645-6.

VÉVODA, J. et al., 2013. *Motivace sester a pracovní spokojenost ve zdravotnictví*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4732-3.

ZACHAROVÁ, Eva. 2016. *Komunikace v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada. ISBN 9788027101566.

ZACHAROVÁ, Eva. 2017. *Zdravotnická psychologie: teorie a praktická cvičení*. 2. vyd. Praha: Grada. ISBN 978802710155-9.

Seznam schémat

Schéma 1 Možnosti při komunikaci s pacienty z jiné kultury.....	32
Schéma 2 Využití komunikačních karet.....	34
Schéma 3 Využití tlumočníka.....	36
Schéma 4 Nejčastější problémy v komunikaci s pacienty z jiné kultury.....	39
Schéma 5 Prevence vzniku problémů v komunikaci s pacienty z jiné kultury.....	42
Schéma 6 Důsledky problémů v komunikaci s pacienty z jiné kultury.....	44
Schéma 7 Návrhy ZZ pro zlepšení komunikace s pacienty z jiné kultury.....	46

Seznam tabulek

Tabulka 1 Kategorizace.....	30
Tabulka 2 Identifikační údaje.....	31

Seznam příloh

Příloha A Komunikační proces.....	63
Příloha B Fáze kulturního šoku.....	64
Příloha C Protokol k realizaci výzkumu.....	65
Příloha D Souhlas respondenta s účastí ve výzkumu.....	66
Příloha E Ukázka techniky kódování.....	67
Příloha F Brožura.....	68

Příloha A komunikační proces

Složka	Jiný název	Charakteristika
záměr	zaměření intence	záměr komunikující osoby sdělit, sdělovat určité obsahy
komunikátor	vysílač sdělující mluvčí produktor	osoba vysílající zprávu
kódování	šifrování zápis	převodění myšlenky do takové formy sdělení (kódu), které příjemce rozumí – použití jazyka nebo jiných specifických znaků a symbolů na poslání zprávy
komuniké	zpráva sdělení	podnět vytvořený vysílačem a zaslaný příjemci
komunikační kanál	cesta přenosu	médium, jehož prostřednictvím je zpráva přenášena
komunikant	příjemce posluchač recipient	osoba přijímající zprávu od vysílajícího
dekódování	dešifrování	interpretace zprávy příjemcem; identifikace signálů
prostředí	kontext	fyzikální a emocionální klima, ve kterém probíhá interakce
zpětná vazba	feed back	informace, kterou přijme vysílající o reakci příjemce na zprávu
šum	komunikační šum	způsobuje zkreslení zprávy v kterékoli fázi komunikačního procesu

Komunikační proces (Zdroj: Plevová et al., 2019, s 15)


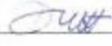

Příloha B fáze kulturního šoku



Fáze kulturního šoku (Zdroj: Kutnohorská, 2013, s. 75)

Příloha C Protokol k realizaci výzkumu

PROTOKOL K REALIZACI VÝZKUMU

Jméno a příjmení studenta:	MARKÉTA HAMPOVÁ ¹	
Osobní číslo studenta:	D19000065	
Univerzitní e-mail studenta:	marketa.hampova@tul.cz	
Studijní program:	B5345 SPECIALIZACE VE ZDRAVOTNICTVÍ ¹	
Ročník:	3	
Kvalifikační práce		
Téma kvalifikační práce:	KOMUNIKACE ZDRAVOTNICKÉHO ZAČERNÁŘE S PACIENTEM Z JINÉ KULTURY	
Kvalifikační práce:	<input checked="" type="checkbox"/> bakalářská	<input type="checkbox"/> diplomová
Jméno vedoucího kvalifikační práce:	Mgr. TOMAŠ DUDICH	
Metoda a technika výzkumu:	EVALITATIVNÍ, PŘEDSTRUKTUROVANÝ BĚHOVOR	
Soubor respondentů:	ZDRAVOTNICTVÍ ZAČERNÁŘE, LIBERECKÉHO KRAJE	
Název pracoviště realizace výzkumu:	ZZS LIBERECKÉHO KRAJE P.O.	
Datum zahájení výzkumu:	LEDEN	
Datum ukončení výzkumu:	BŘEZEN	
Souhlas vedoucího kvalifikační práce:	<input checked="" type="checkbox"/> souhlasím	<input type="checkbox"/> nesouhlasím
Vyjádření vedoucího kvalifikační práce k finančnímu zatížení pracoviště při realizaci výzkumu:	<input type="checkbox"/> bude spojen	<input checked="" type="checkbox"/> nebude spojen
Souhlas vedoucího pracovníka instituce:	<input checked="" type="checkbox"/> souhlasím	<input type="checkbox"/> nesouhlasím
Souhlas vedoucího pracovníka dílčího pracoviště:	<input checked="" type="checkbox"/> souhlasím	<input type="checkbox"/> nesouhlasím
Prohlášení studenta		
<p>Prohlašuji, že v kvalifikační práci ani v publikacích souvisejících s kvalifikační prací nebudu uvádět osobní údaje o respondentech nebo institucích, kde byl výzkum realizován. V kvalifikační práci nebude uveden název instituce, pokud není získán souhlas v tomto protokolu. Dále prohlašuji, že budu dodržovat povinnou mlčenlivost o skutečnostech, o kterých jsem se dozvěděl při realizaci výzkumu v rámci osobní ochrany zúčastněných osob.</p>		
Vyjádření vedoucího pracovníka instituce o případném zveřejnění názvu instituce v kvalifikační práci a v publikacích souvisejících s kvalifikační prací:	<input checked="" type="checkbox"/> souhlasím <input type="checkbox"/> nesouhlasím	
Podpis studenta:		
Podpis vedoucího práce:		
Podpis vedoucího pracovníka instituce:		
Podpis vedoucího pracovníka dílčího pracoviště:	Mgr. Jany Kucerová	

ZDRAVOTNICKÁ ZPRÁVNÍKOVÁ SLUŽBA
 LIBERECKÉHO KRAJE - PŘÍSPĚVKOVÁ ORGANIZACE
 IČO: 262 262 262
 MÍSTO PRÁCE: LIBEREC
 IČO: 262 262 262
 TEL: +420 485 218 511, 02 530445
 FAX: +420 485 218 511, 02 530445
 ZÁKLADNÍ ÚČETNÍ KÓD: 651
 ZÁKLADNÍ ÚČETNÍ KÓD: 651
 ZÁKLADNÍ ÚČETNÍ KÓD: 651



Příloha D Souhlas respondenta s účastí ve výzkumu

Souhlas respondenta s účastí ve výzkumu

Jméno a příjmení studenta:	
Osobní číslo studenta:	
Univerzitní e-mail studenta:	
Studijní program:	
Ročník:	
Kvalifikační práce:	<input type="checkbox"/> bakalářská <input type="checkbox"/> diplomová
Téma kvalifikační práce:	
Technika	

Dobrý den,

v souvislosti se zpracováním kvalifikační práce bych Vás tímto chtěl/a požádat o udělení souhlasu s podílením se na výzkumu jako respondent. Kdykoliv máte možnost odstoupit od realizace výzkumu. Výzkum bude realizován technikou rozhovoru / pozorování, dále bude elektronicky zaznamenán (prostřednictvím diktafonu, videa apod.) a následně zpracován.

V rámci kvalifikační práce bude zajištěna anonymita respondentů a mlčenlivost výzkumníka o všech zjištěných skutečnostech při zpracování zjištěných údajů. Výstupy výzkumu budou též uváděny anonymně.

Svým podpisem souhlasím s účastí ve výzkumu za výše zmíněných podmínek v rámci zpracování kvalifikační práce.

Jméno a příjmení respondenta: _____

Podpis respondenta: _____

Dne: _____



Příloha E Ukázka techniky kódování

Kategorie 1 Možnosti

Jak si konkrétně dopomáháte v komunikaci s pacientem z jiné kultury?

R1: „Jak jsem říkala, používám ten **překladač**, ale teď v rámci války nám dali nějaké ty **komunikační karty** v ukrajinštině, takže jsou tam znázorněna nějaká hesla jako třeba bolest a tak, ale tím že je ta ukrajinština v některých případech hodně podobná češtině, tak se to dá. Nicméně k čemu mi jsou, když já jim foneticky přečtu svůj dotaz a oni mi odpovědí svým jazykem, takže jim stejně potom nerozumím.“

R2: „Jak jsem řekl **používám cizí jazyk**, **překladač** nebo ten **slovník**. Pokud je někdo na místě schopen **tlumočit** do češtiny, tak ho rád využiju nebo pokud rozumí anglicky, tak může překládat z angličtiny do toho potřebného jazyka.“

R3: „**Rodinný příslušník**, **ruce**, **maximálně anglický jazyk**, nebo pokud je ten jazyk podobný češtině, tak jednoduché věty nebo pouze slova. Na ubytovnách bývají přímo **překladačelé** nebo koordinátoři.“

R4: „Google **překladač** a **obrázkové komunikační karty** pro neslyšící (někdy i cizince). Nově máme **ukrajinsko-český slovník** základních frází.“

R5: „Nejvíce poslední dobou Google **překladač** v telefonu.“

R6: „**Překladač**, nějakou **tu gestiku** jakože pantomimu a **tlumočnicka**.“

R7: „Komunikační karty jsem nepoužila, **zkouším kterým jazykem by mohl pacient mluvit** a podle toho se přizpůsobit, když je na místě **tlumočnick** z rodiny, tak je velká výhoda a určitě ho zapojím, pokud mi teda rozumí, protože se stává, že taky rozumí jen napůl a když už nic nepomáhá, tak to jistí **překladač** a v nejhorším případě tužka papír.“

R8: Často mi byl nápomocen **tlumočnick**, dále využiju znalost **základních anglických frází**, i když nemám nijak dobrou angličtinu. Pak mě ještě napadá **překladač** v telefonu.

R9: Hlavně překladačem v telefonu, nic jiného asi nepoužívám nebo mě to teď nenapadá.

R10: „Hodně záleží na typu pacienta. **Pokud to není anglicky či německy mluvící pacient**, vždy používám **překladač**. V případě jiného náboženství se snažím brát na to ohled při vyšetřeních“

Ukázka techniky kódování (Zdroj: Autor)

MINORITA	ROMOVÉ	VIETNAMCI	UKRAJINCI	MUSLIMOVÉ
JAZYK	dle majority země, romština	dle majority země, vietnamština	dle majority země, ukrajinština, ruština	dle majority země, arabština
CO NEDĚLAT	Nezamezuj přítomnosti rodiny;	Nezamezuj přítomnosti rodiny;	Automaticky nemluv rusky;	Muž nesmí být delší dobu v přítomnosti ženy bez přítomnosti jejího manžela/bratra/strýce;
	nekritizuj jejich osobu;	muž se nesmí dotýkat ženy;	udržuj oční kontakt;	ortodoxní muslimové si nepodávají ruce na pozdrav;
	nehovoř ironicky;	nedělej rychlé pohyby;	netykej;	nepodávej předmět levou rukou;
	nepoužívej odborné výrazy.	nedělej výrazná gesta;	při příchodu pozdrav a představ se.	muž nesmí vyšetřovat ženu bez souhlasu a přítomnosti jejího manžela/bratra/strýce;
		neudržuj příčný oční kontakt;		témata o vyprazdňování, močení, zvracení a výtoku jsou tabu;
	nemluv nahlas.		muž nehovoří s ženou o těhotenství.	
CO RESPEKTOVAT	Hlasité emoční projevy;	Stěžování si na bolest a zdravotní problémy je výrazem slabosti;	Pracovat s jazykovou bariérou;	Hovořit s mužským členem rodiny;
	zveličování zdravotního stavu;			
	navázat kontakt s hlavou rodiny (zpravidla otec);	úsměv má více významů, ale zpravidla je výrazem nepochopení nebo nejistoty;	pokud částečně rozumí česky, hovořit pomalu, nepoužívat odborné výrazy a nemluvit v dlouhých větách;	ošetřování ženy mužem, musí proběhnout za přítomnosti jejího manžela/bratra/strýce a s jejich svolením;
	kladou důraz na dotyky;			
	velmi si zakládají na rodinných vztazích.	velmi si zakládají na rodinných vztazích.	zjistit, zda mají zdravotní pojištění.	o způsobu ošetření u dítěte může rozhodovat matka samostatně.

Tato brožura je výstupem bakalářské práce na téma komunikace zdravotnického záchranáře s pacientem z jiné kultury.

**Broužura základních
komunikačních specifik u
romského, vietnamského,
ukrajinského a
muslimského pacienta pro
zdravotnické záchranáře**

autor: Markéta Hampová

FZS TUL 2022