



Specifika komunikace zdravotnických záchranářů v praxi

Bakalářská práce

Studijní program:

B5345 Specializace ve zdravotnictví

Studijní obor:

Zdravotnický záchranář

Autor práce:

Daniel Kramosil

Vedoucí práce:

Mgr. Marie Froňková

Fakulta zdravotnických studií





Zadání bakalářské práce

Specifika komunikace zdravotnických záchranářů v praxi

Jméno a příjmení: **Daniel Kramosil**
Osobní číslo: D17000106
Studijní program: B5345 Specializace ve zdravotnictví
Studijní obor: Zdravotnický záchranář
Zadávající katedra: Fakulta zdravotnických studií
Akademický rok: **2019/2020**

Zásady pro vypracování:

Cíle práce:

1. Zjistit specifika komunikace zdravotnických záchranářů v praxi.
2. Zjistit prostředky komunikace zdravotnických záchranářů s cizinci.
3. Zjistit kritické body komunikace zdravotnických záchranářů v praxi.
4. Zjistit doporučení zdravotnických záchranářů v oblasti komunikace v praxi.

Teoretická východiska (včetně výstupu z kvalifikační práce):

Zdravotničtí záchranáři se během své služby na zdravotnické záchranné službě mohou setkat s různými typy pacientů, se kterými je důležité vhodně komunikovat. Zajištění žádoucí komunikace s příslušným pacientem je hlavním způsobem vedoucím k navázání důvěry, vzájemnému pochopení a usnadnění poskytování přednemocniční neodkladné péče zdravotnickým záchranářem pacientovi. Výstupem bakalářské práce bude článek připravený k publikaci v odborném periodiku.

Výzkumné předpoklady / výzkumné otázky:

1. Jaká specifika komunikace musí zdravotničtí záchranáři dodržovat při komunikaci v praxi?
2. Jaké prostředky využívají zdravotničtí záchranáři při komunikaci s cizinci?
3. Jaké jsou kritické body komunikace zdravotnických záchranářů v praxi?
4. Jaké doporučení navrhují zdravotničtí záchranáři v oblasti komunikace v praxi?

Metoda:

Kvalitativní

Technika práce, vyhodnocení dat:

Technika práce: polostrukturovaný rozhovor

Vyhodnocení dat: Rozhovory budou nahrány na diktafon a poté budou přepsány do programu Microsoft Office Word 2019. Data budou dále zpracována ve formě diagramů.

Místo a čas realizace výzkumu:

Místo: Zdravotnická záchranná služba Libereckého kraje p. o.

Čas: listopad 2019 - únor 2020

Vzorek:

Respondenti: zdravotničtí záchranáři Zdravotnické záchranné služby Libereckého kraje p. o.; počet bude upřesněn 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:

BAŠTECKÁ, Bohumila a Jan MACH. 2015. *Klinická psychologie*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0617-0.

BURDA, Patrik. 2014. *Krizová komunikace s agresivním a hostilným pacientem*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. ISBN 978-80-7013-564-8.

ČECHOVÁ, V., A. MELLANOVÁ a M. ROZSYPALOVÁ. 2014. *Speciální psychologie*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. ISBN 978-80-7013-559-4.

IRMIŠ, Felix. 2014. *Stres mezi lékařem, pacientem a zdravou osobou: Příklady, příčiny, psychosomatika, etika*. Praha: Galén. ISBN 978-80-7492-130-8.

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.

KLEVETOVÁ, Dana. 2017. *Motivační prvky při práci se seniory*. 2. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-0102-3.

MEUTER, Renata F. I. et al. 2015. *Overcoming language barriers in healthcare: A protocol for investigating safe and effective communication when patients or clinicians use a second language*. *BMC Health Services Research*. **15**(1). ISSN 1472-6963.

Dostupné také z: <http://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-015-1024-8>

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.

ZACHAROVÁ, Eva. 2016. *Komunikace v ošetrovatelské 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. Marie Froňková

Fakulta zdravotnických studií

Datum zadání práce:

1. září 2019

Předpokládaný termín odevzdání: 30. června 2020

L.S.

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

V Liberci dne 31. ledna 2020

Prohlášení

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

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

26. dubna 2020

Daniel Kramosil

Poděkování

Tímto bych chtěl poděkovat vedoucí mé bakalářské práce Mgr. Marii Froňkové za odborné vedení, cenné rady a připomínky, které mi během zpracování celé bakalářské práce poskytovala. Dále bych chtěl velmi poděkovat všem respondentům, kteří mi poskytli rozhovory klíčové k vypracování výzkumné části bakalářské práce. Velký dík samozřejmě také patří mé rodině za značnou podporu. A nakonec bych chtěl velice poděkovat hlavně mým přátelům záchranářům, se kterými jsem strávil skvělé a nezapomenutelné tři roky studia, ale hlavně za jejich rady a vzájemnou podporu při vypracování celé bakalářské práce.

Anotace v českém jazyce

Jméno a příjmení: Daniel Kramosil

Instituce: Technická univerzita v Liberci, Fakulta zdravotnických studií

Název práce: Specifika komunikace zdravotnických záchranářů v praxi

Vedoucí práce: Mgr. Marie Froňková

Počet stran: 69

Počet příloh: 4

Rok obhajoby: 2020

Bakalářská práce je rozdělena na teoretickou a výzkumnou část. Teoretická část se zabývá smyslem a funkcí zdravotnické záchranné služby, obecným pojetím komunikace, základními typy komunikace, komunikačním procesem a jeho obsahem, bariérami v komunikaci a jednotlivými rozdíly v komunikaci zdravotníků s vybranými skupinami pacientů. Výzkumná část byla zpracována pomocí kvalitativní metody výzkumu, technikou polostrukturovaných rozhovorů se šesti respondenty ze zdravotnické záchranné služby. Cílem této práce bylo zjistit specifika komunikace v praxi, prostředky komunikace s cizinci, kritické body v komunikaci a doporučení zdravotnických záchranářů v oblasti komunikace. Výstupem této práce bude článek připravený k publikaci v odborném periodiku.

Klíčová slova: komunikace, zdravotnický záchranář, odlišnosti v komunikaci, komunikační bariéry, specifika komunikace

Annotation

Name and surname: Daniel Kramosil

Institution: Technical University of Liberec, Faculty of Health Studies

Title: Specifics of communication of paramedics in practice

Supervisor: Mgr. Marie Froňková

Pages: 69

Appendix: 4

Year of defence: 2020

The bachelor thesis is divided into a theoretical and a research part. The theoretical part deals with the meaning and function of the emergency medical service, the general concept of communication, basic types of communication, the communication process and its content, barriers in communication and individual differences in communication between healthcare professionals and selected groups of patients. The research part was processed by a qualitative research method and the technique of semi-structured interviews with six respondents from the emergency medical service. The aim of this thesis was to find out the specifics of communication in practice, means of communication with foreigners, critical points in communication and recommendations of paramedics in the field of communication. The output of this thesis will be an article ready for publication in a professional periodical.

Key words: communication, paramedic, differences in communication, communication barriers, specifics of communication

Obsah

Obsah	9
Seznam použitých zkratk	11
1 Úvod	12
2 Teoretická část	13
2.1 Problematika komunikace u zdravotnické záchranné služby	13
2.2 Pojetí komunikace	14
2.2.1 Verbální komunikace	15
2.2.2 Neverbální komunikace	16
2.3 Komunikační proces	17
2.4 Komunikační bariéry	19
2.5 Odlišnosti komunikace s vybranými skupinami pacientů	20
2.5.1 Komunikace s pacienty etnických skupin a kultur	21
2.5.2 Komunikace se zdravotně znevýhodněnými pacienty	23
2.5.3 Komunikace s agresivními pacienty	25
2.5.4 Komunikace s dětskými pacienty	26
2.5.5 Komunikace s geriatrickými pacienty	28
3 Výzkumná část	30
3.1 Cíle práce a výzkumné otázky	30
3.2 Metodika výzkumu	30
3.3 Kategorizace a analýza výsledků získaných z rozhovorů	31
3.4 Charakteristika výzkumného souboru	31
3.4.1 Identifikační údaje	31
3.4.2 Kategorie I Specifika komunikace s agresivními pacienty	32
3.4.3 Kategorie II Specifika komunikace se zdravotně znevýhodněnými pacienty	34
3.4.4 Kategorie III Specifika komunikace s dětskými pacienty	36

3.4.5	Kategorie IV Specifika komunikace s geriatrickými pacienty	38
3.4.6	Kategorie V Specifika komunikace s pacienty různých etnických skupin a kultur	40
3.4.7	Kategorie VI Tlumočnictví.....	42
3.4.8	Kategorie VII Komunikační karty a jiné možnosti překladu	44
3.4.9	Kategorie VIII Komunikační bariéry	45
3.4.10	Kategorie IX Nejčastější kritické body v komunikaci v přednemocniční neodkladné péči	47
3.4.11	Kategorie X Doporučení zdravotnických záchranářů v oblasti komunikace se skupinami náročných pacientů	49
3.5	Analýza výzkumných cílů a otázek.....	51
4	Diskuze	55
5	Návrh doporučení pro praxi.....	63
6	Závěr.....	64
	Seznam použité literatury	66
	Seznam obrázků	68
	Seznam příloh.....	69

Seznam použitých zkratk

Aj.	A jiné
Apod.	A podobně
Atd.	A tak dál
Cca	Cirka
CMP	Cévní mozková příhoda
DM	Diabetes mellitus
ICHS	Ischemická choroba srdeční
KPR	Kardiopulmonální resuscitace
Např.	Například
PČR	Policie České republiky
PNP	Přednemocniční neodkladná péče
Popř.	Popřípadě
PŽK	Periferní žilní katetr
Tzv.	Takzvaná
ZOS	Zdravotnické operační středisko
ZZ	Zdravotnický záchranář
ZZS	Zdravotnická záchranná služba

1 Úvod

Komunikace je základním stavebním prvkem při budování vzájemného vztahu a důvěry mezi zdravotnickým personálem a pacientem. Schopnost správně a efektivně komunikovat s pacientem je klíčová pro poskytování kvalitní ošetrovatelské a přednemocniční neodkladné péče. Každý zdravotník by proto měl umět účelně komunikovat s nejrůznějšími typy pacientů, od těch agresivních, zdravotně znevýhodněných a cizineckých, až po obyčejné, dětské a geriatrické pacienty.

Zaměření této bakalářské práce bylo vybráno proto, že na některé komunikační situace se člověk normálně nemůže nikdy zcela připravit a z důvodu složitosti správné komunikace a specifčnosti jednotlivých situací, které mohou nastat. A proto by tato bakalářská práce mohla aspoň nastínit zásady efektivní komunikace s jednotlivými typy pacientů, pomoci se vyvarovat častým komunikačním chybám způsobeným nevhodně zvoleným komunikačním způsobem či poukázat na důležitost pravidelného odborného školení v komunikaci s různými typy pacientů. Druhým důvodem zvolení tohoto zaměření je fakt, že v poslední době je téma komunikace neustále vytahováno v podobě, kdy zdravotnický personál úplně nezvládl komunikační situaci, která nastala s pacientem. Z tohoto důvodu je důležité celoživotní vzdělávání v oblasti správné komunikace a rozvíjení různých komunikačních dovedností a schopností pro přípravu na možné mimořádné komunikační situace.

Komunikace je proces, který je nutný se učit po celý život, protože má člověku stále co dát a čím ho obohatit. Komunikaci se nelze naučit jednorázově (Tomová a Křivková, 2016).

2 Teoretická část

2.1 Problematika komunikace u zdravotnické záchranné služby

Práce zdravotnických záchranářů pracujících na zdravotnických záchranných službách je charakterizována vysokou odpovědností, minimální samostatností pracovního procesu, nepravidelným chodem pracovní činnosti, z důvodu čekání na výjezdy během pracovní doby. Značná psychická houževnatost a schopnost racionálního a účinného jednání v krizových situacích, včetně kvalitního zvládnutí mimořádných událostí, jsou veřejností považovány za zásadní atributy zdravotnických záchranářů. Na jednu stranu jsou pracovníci zdravotnických záchranných služeb opravdu mnohem více psychicky odolnější než běžná veřejnost, a to nejen z důvodu odborného výcviku nebo létům nabytých zkušeností. Na stranu druhou, i pro zdravotnické záchranáře bývají některé situace velmi emočně vypjaté, například stavy vlastního ohrožení, nezdařené KPR dětských pacientů či ošetření spolupracovníků poraněných během výkonu služby. Také na schopnost správné komunikace se všemi možnými typy pacientů jsou u zdravotnických záchranářů kladeny vysoké požadavky. U spousty situací je nutná schopnost správného vyhodnocení problému a rychlého rozhodování během časové tísně či pod vlivem stresu, přičemž některá tato rozhodnutí mnohdy určují výsledný zdravotní stav či přímo přežití ošetřovaných pacientů. Některé zásahy po zdravotnických záchranářích vyžadují vysokou míru trpělivosti a empatického jednání, naopak jiné zásahy, např. mimořádné události, se zase objevují málokdy a je u nich nutný předchozí odborný výcvik, protože konečný výsledek může záviset na schopnosti rychlého posouzení a zpracování dané události a někdy i na schopnosti improvizovat (Štětina, 2014). Zdravotničtí záchranáři by také měli disponovat vysokou odolností vůči fyzické zátěži a ochotností podstoupit nemalá rizika v průběhu řešení různých krizových situací. Jednání zdravotnických záchranářů by vždy mělo být rychlé, morálně vyspělé, uvážlivé a měli by efektivně (verbálně i neverbálně) komunikovat a vypadat zběhle při výkonu své profese. Ošetřovaný pacient totiž může přestat zdravotnickému záchranáři důvěřovat, pokud u něj vycítí značnou nejistotu, chladnost, nezájem pomoci mu či odměřenost až bezohlednost (Andršová, 2012). Charakter zdravotnického záchranáře nejčastěji spadá pod psychologický osobnostní typ A – tyto osoby jsou charakterizovány cílevědomostí, orientací na výkon svého povolání, soutěživostí, velkou zodpovědností, touhou po

sebezdokonalování či schopností pracovat pod stresem a v časové tísní. Bohužel osoby patřící pod tento osobnostní typ často neumí odpočívat a vlivem stresu tak inklinují k některým psychosomatickým chorobám, jako jsou například hypertenze, ICHS a může u nich dojít až k infarktu srdeční svaloviny. V dlouhodobějším hledisku může dojít u těchto jedinců i k syndromu vyhoření (Štětina, 2014). „*Záchranář není superhrdina, nadčlověk ani superman. Je to pouze člověk, stejně jako je člověk jeho pacient – v dobrém i zlém*“ (Andršová, 2012, s. 11).

2.2 Pojetí komunikace

Komunikace patří mezi nejzákladnější lidské i zvířecí potřeby, umožňuje přežít, prosadit se, rozvíjet se a dosáhnout úspěchu či potěšení, utvořit si názor o sobě samém i ostatních, chápat druhé a pomáhat jim. Je to vlastně nejběžnější lidská činnost (Mikuláščík, 2010). Jedna z definic chápe komunikaci jako způsob, který lidé používají k zahájení vzájemného kontaktu, ke sdělování a získávání různých informací, sdílení svých myšlenek, k vyjádření citových prožitků, pocitů, hodnot, cílů a postojů (Plevová a Slowik, 2010). „*Komunikace vyjadřuje vztah a vztah se komunikací utváří*“ (Baštecká a Mach, 2015, s. 500).

Při komunikaci ve zdravotnictví je běžná komunikace, kterou jsme se naučili v průběhu obvyklého života, ve škole nebo v rodině, nedostačující. Pro výkon zdravotnické profese (i jiných určitých profesí) jsou nutné další specifické komunikační dovednosti, které se zdravotník musí naučit v průběhu profesionální přípravy (Čechová, Mellanová a Rozsypalová, 2014). Veškerá zdravotní a ošetrovatelská péče je postavena na základech komunikace. Zdravotní personál využívá svou schopnost profesionálně komunikovat k navázání a rozvíjení vztahu a důvěry s pacienty (Zacharová, 2017). Každý zdravotník používá určitý ustálený vzorec komunikace a vyjadřování, jenž opakuje (uděláme, co bude v našich silách apod.), což může být vhodné jen pro omezenou skupinu pacientů (Irmiš, 2014). A z tohoto důvodu by mělo docházet k neustálému rozvíjení komunikačních dovedností všech zdravotníků. Pacientovy komunikační dovednosti mohou být zhoršené z důvodu dlouhého odloučení od běžného života, od rodiny a příbuzných či přímo vlivem nemoci. V takovém případě je nutné, aby se zdravotničtí pracovníci snažili o rozvoj pacientových komunikačních dovedností, s ohledem na jednotlivé skupiny pacientů. Může se jednat o komunikaci s dětskými pacienty,

s pacienty znevýhodněnými či starými, s nevléčitelně nemocnými nebo umírajícími pacienty atd. (Zacharová, 2017). Mezi hlavní komunikační dovednosti patří naslouchání, empatické jednání, výklad a objasnění, projev zájmu, podpory a porozumění a rady (Beran, 2010). Komunikace probíhající mezi zdravotníkem a pacientem je také velmi ovlivněna povahou, zkušenostmi a charakterem zúčastněných při komunikaci, dále jejich empatickými schopnostmi, nedostatkem času, stavem ohrožení, momentálním zdravotním stavem aj. (Irmiš, 2014).

2.2.1 Verbální komunikace

Lidská bytost se jako jediná od ostatních živočichů na planetě liší schopností využívat verbální komunikaci jako prostředek pro přemýšlení a dorozumívání se (Zacharová, 2016). Verbální komunikace je tedy fenomén, jenž patří k důležitým charakteristikám člověka a lidí obecně. Je pro ni charakteristická velká spousta podob, které si mohou být vzájemně velmi podobné nebo si mohou navzájem odporovat. Může mít podobu individuální nebo skupinovou, formální nebo přirozenou, psanou či mluvenou aj. (Janoušek, 2015). Podle definice je verbální komunikace oznamování informací, dat, zpráv či pocitů pomocí slov, prostřednictvím jazyka. Aby byla verbální komunikace účinná a úspěšná, je pro ni důležitých několik kritérií, jako jsou jednoduchost, otevřenost, srozumitelnost, přesnost, stručnost, správné načasování, výstižnost a celistvost oznamovaných informací či zpráv (Tomová a Křivková, 2016). Kromě již zmíněných kritérií se na zdařilé verbální komunikaci mezi zdravotníkem a pacientem podílejí i další složky komunikace, mezi něž patří např. **rychlost řeči**, která měla by být přiměřená znalosti probíhajícího tématu. Dá se podle ní zjistit míra nejistoty při jednání nebo zda má zdravotník potřebu konverzaci rychle ukončit. Rovněž sem patří **hlasitost** lišící se podle závažnosti sdělované informace, např. pacientovi může být velmi nepříjemné hovořit na intimní či nepohodlné téma, a proto ztiší hlas. Odlišně mohou být vnímány **pauzy nebo úplné přerušování konverzace**. Pokud se zdravotník odmlčí během hovoru s pacientem, nemusí to nezbytně znamenat, že nemá co říct. Může mu např. dávat prostor pro promyšlení odpovědi nebo odpočinek během rozhovoru. Ze strany pacienta se o pomlku během konverzace může jednat z důvodu nepříjemnosti vedení daného tématu nebo neschopnosti správně se vyjádřit na dané téma. Při rozhovoru je podstatné dávat si pozor jednak na **výšku hlasu**, která velmi souvisí s emocemi. Mění se při stresu, strachu,

radosti, únavě, napětí aj. Ale také na **intonaci** neboli melodii řeči, což pomáhá zdůraznit naléhavost a smysl sdělovaného. Umožňuje rozlišit, zda se v hovoru jedná o oznámení, otázku, rozkaz nebo přání (Zacharová a Šimíčková-Čížková, 2011). Při rozhovoru by se neměla objevovat **přítomnost parazitních výrazů**, což jsou slova, ač skoro každým běžně používaná, působící při častém opakování v rozhovoru spíše rušivě. A nakonec je nutné vždy dbát na celkovou **délku projevu**. Při většině rozhovorů by mezi komunikujícími měla panovat rovnocennost. Forma monologu by měla být vhodná spíše výjimečně (Plevová a Slowik, 2010).

2.2.2 Neverbální komunikace

I přesto, že hlavním komunikačním prostředkem pro dorozumívání je řeč, tedy verbální komunikace, tak značná část (cca 70-90 %) komunikace je vyjádřena neverbálním způsobem, tedy řečí těla. Pro zdravotnického pracovníka je proto nezbytné naučit se kontrolovat své neverbální vyjadřování a umět ho správně použít při různých situacích v průběhu své práce (Čechová, Mellanová a Rozsypalová, 2014). Neverbální komunikace buď slouží jako doplňující ke komunikaci verbální, anebo bohatě stačí sama o sobě k vyjádření pocitů, nálad, emocí a postojů (Mikuláščík, 2010). Projevy neverbální komunikace mohou být často nesprávně pochopené, a tudíž je důležité vyvarovat se předčasným úsudkům, závěrům a pokusit se nejdříve posoudit projev verbální (Tomová a Křivková, 2016). Nerozpoznání neverbálních projevů a následné vyvolání pocitu nedůvěry či hostility může být způsobeno např. z důvodu slunečních brýlí nasazených během rozhovoru. Podle řeči těla dokážeme rozpoznat kulturní a etnický původ, sociální třídu, vztah k nám a náladu dané osoby, se kterou zrovna hovoříme (Baštecká a Mach, 2015).

Mezi složky neverbální komunikace patří **mimika**, což znamená komunikování pomocí svalů v obličeji, vyjadřující momentální psychické rozpoložení a emoční stav člověka, vztah ke sdělovanému obsahu a k posluchači. Pro komunikujícího zdravotníka je nejdůležitější úsměv, jenž napomáhá k získání důvěry, navození přátelského vztahu a může umožnit rozvinutí intimního tématu s pacientem. Každý zdravotník by měl kontrolovat kvůli pacientovi své emoční reakce na profesionální úrovni. Dále pak **vizika** neboli řeč očí, jenž je jednou z nejdůležitějších neverbálních složek komunikace ve zdravotnictví. Zdravotníci by měli pomocí očí vyčíst u pacienta bolest, nejistotu,

úzkost, strach či momentální emoce a psychický stav. Je důležité vnímat zaměření pohledu a jeho délku, častost mrkání, průměr zornic aj. **Haptika** čili komunikování pomocí doteků a podávání rukou, což u zdravotníka vyžaduje dávku empatie. Je důležité hodnotit sílu stisku, neochotné či povrchní podání ruky nebo jen prstů. Tyto projevy mohou signalizovat nejistotu, nepřátelství, nedůvěru nebo i agresi. Pro zdravotníka je také důležité vědět, kdy je vhodné pacienta pohládit, chytnout a držet za ruku či dokonce obejmout (Zacharová a Šimíčková-Čížková, 2011). **Gestika** jsou vědomé pohyby rukama, hlavou, rameny a nohama. Gesta doprovází verbální projev, zdůrazňují jeho důležitost, dokážou nahradit slova. Zkušenější zdravotník by se měl pokusit různá gesta rozpoznat a pokusit se na ně adekvátně reagovat. **Proxemika** je komunikace vzdáleností regulovaná přiblížením či oddálením mezi komunikujícími. Při rozhovoru s pacientem je důležité individuálně vyhodnotit danou situaci a zaujmout vhodnou vzdálenost, aby nedocházelo u pacienta k nepříjemným pocitům narušení osobního prostoru či nechtěného sociálního odstupu (Zacharová, 2017). **Posturologie** je řeč uskutečněná prostřednictvím držení těla, fyzických postojů, napětí a náklonů těla, polohy rukou, nohou a hlavy. Zaujímaná poloha nám signalizuje emoční stav, vztah mezi hovořícími, postoj ke sdělovanému. A nakonec **kinezika**, což je řeč uskutečněná samovolnými pohyby různých oblastí těla, přičemž tyto pohyby jsou pro každého člověka ojedinělé a mohou mít různý význam (Tomová a Křivková, 2016).

2.3 Komunikační proces

Když mezi sebou mluví dva a více lidí, kteří se navzájem ovlivňují, působí na sebe, vymezují si podmínky a pravidla komunikace nebo vyjadřují svoje normy a postoje, tak to nazýváme komunikačním procesem (Zacharová a Šimíčková-Čížková, 2011). Mezi jednotlivé složky komunikačního procesu patří **komunikátor (vysílač)**. To je ten, kdo vysílá nějaké sdělení či zprávu. Při vyslání může dojít k určitému zabarvení sdělovaných informací, kdy komunikátor nemusí být dostatečně informovaný o sdělovaném, informace mohou být nekompletní, způsob sdělení může být zaujatý či neuspořádaný aj. Do sdělovaného se promítá komunikátorův charakter, postoj, nálada a zkušenosti, jeho osobní zaujetí či určité ovlivnění sdělovanou zprávou. Dále jsou důležité **procesy kódování a dekódování**. Kódování je proces, při kterém komunikátor převádí sdělované informace do určité formy, které by měl komunikant rozumět. Proces závisí na znalosti

jazyka, schopnosti porozumět či přizpůsobit se partnerovi při komunikaci, na slovní zásobě a znalosti neverbálních signálů. Naopak dekódování je proces vysvětlení sdělované zakódované zprávy příjemcem. Proces je složitý především mezi různými kulturami. To, co se vysílá zakódované, je **komuniké (zpráva)** neboli vyslané sdělení, v podobě nějaké myšlenky nebo informace, mířící k příjemci. Forma zprávy může být verbální i neverbální. Sdělovaná zpráva může být vlivem komunikačního šumu, nedostatečných komunikačních dovedností, kontextu, nepřesného dekódování aj. pochopena špatně nebo odlišně různými lidmi (Mikuláščík, 2010). Ten, kdo přijímá sdělovanou zprávu je **komunikant (příjemce)**. Komunikant dekóduje přijatou zprávu a vysílá komunikátorovi zpětnou vazbu, přičemž po vyslání se z něj stává také komunikátor (Plevová a Slowik, 2010). Prostor, ve kterém celá komunikace probíhá a kde se vyskytují různé podněty ovlivňující vysílače i příjemce, se nazývá **komunikační prostředí**. To může být i formou komunikačního šumu (Zacharová, 2016). Zpráva se přenáší za pomoci **komunikačního kanálu**, kdy v průběhu komunikace je jich většinou více než jeden, např. při komunikaci s někým se mluví a poslouchá, dále se používá neverbální chování jako gestikulace nebo dochází během konverzace k vzájemným dotykům (Plevová a Slowik, 2010). Pro vyslanou zprávu se používá různý **komunikační jazyk**, tedy prostředek, kterým je vyjádřena sdělovaná zpráva. I přes používání toho samého jazyku si nemusí komunikující navzájem rozumět. Mnoho významů slov je jednotlivci odlišně chápáno, proto je zde důležitý správný proces kódování a následného dekódování obsahu sdělované zprávy (Zacharová a Šimíčková-Čížková, 2011). Při každém rozhovoru je důležitý **feedback (zpětná vazba)** čili reakce příjemce na sdělovanou zprávu, která vysílači zprávy vyjadřuje, jak byla vyslaná zpráva příjemcem pochopena a přijata. Zpětná vazba by měla být vyslána co nejdříve po dekódování přijaté zprávy a pro oba komunikující by měla být užitečná, exaktní, důležitá, informativní a pravdivá (Tomová a Křivková, 2016). Během konverzace se mohou vyskytovat různé formy **komunikačního šumu**. Ten může příjemci přivodit určité nepřesnosti v pochopení sdělovaných informací během komunikačního procesu. Do komunikačního šumu patří např. hluk, cizí prostředí, neznalost cizího jazyku, bolest, strach, výrazná vzdálenost mezi komunikujícími či dojem osamocení (Plevová a Slowik, 2010).

2.4 Komunikační bariéry

Komunikační bariérou rozumíme veškeré překážky, které je nutné během komunikace překonat, nebo které neumožňují uskutečnění efektivní komunikace. Velmi často dochází k přechodu z bariéry na komunikační šum a obráceně (Tomová a Křivková, 2016). Při komunikaci ve zdravotnictví se mohou vyskytnout různé typy komunikačních překážek, které dokážou velmi zkomplikovat porozumění, pochopení a jednání mezi komunikujícími, navázání jejich vzájemné důvěry a důležitost vedení konverzace (Průcha, 2010). Bariéry v komunikaci se dělí na interní, kdy souvisí s osobnostními problémy, náladou a psychickým rozpoložením komunikujícího, a na externí, kdy se nejčastěji jedná o různé rušivé prvky z okolí probíhající komunikace (Mikuláščík, 2010). Mezi hlavní bariéry v komunikaci ve zdravotnictví patří **zahlcení informacemi**, které je způsobeno nadměrným hromaděním informací, kdy si pacient není schopen všechny informace zapamatovat a může tak dojít k vypuštění důležitých informací. Tento případ nastává při špatném vyhodnocení schopností pacienta zdravotníkem a je nutné tak množství podávaných informací upravit dle věku, mentálního stavu, vzdělání, socioekonomické třídy apod. Potíže mohou nastat i při **diferenciaci v kódování a dekódování**. To může u pacienta vést k odlišnému vysvětlení a pochopení zdravotníkovy sdělení. **Nevhodný komunikační kanál** může způsobit nepochopení zamýšleného sdělení, např. u pacientů smyslově znevýhodněných nebo rozdílného věku. Při rozhovoru by nemělo dojít k **nepřítomnosti nebo nedostatečnosti zpětné vazby**. Po každém sdělení důležitých informací by se zdravotník měl pacienta zeptat, zda všemu rozuměl a požádat ho o zopakování informací s cílem zjistit, jestli pacient skutečně rozuměl. Dále by se pacientovi měla dát možnost položení doplňujících otázek pro úplné pochopení sdělených informací. Při rozhovoru by se neměly využívat **cizí a odborné termíny**, protože pak může dojít u pacienta k nárůstu nejistoty, vzniku nedůvěry a snížení účinnosti terapie. Při rozhovoru může záviset i na **postavení ve společnosti**, kdy informace podané od středního zdravotnického personálu jsou pacienty často vnímány méně závažně než informace podané doktorem. Za bariéry v komunikaci je zodpovědné i **psychické rozpoložení**, protože vedení komunikace je mnohem složitější, pokud je pacient či zdravotník ve špatném emočním rozpoložení, např. cítí smutek, zlost nebo strach a úzkost. **Prostředí komunikace**, ve kterém se např. mohou vyskytovat cizí osoby narušující průběh samotné konverzace, dále nejrůznější rušivé prvky jako jsou hrající rádio, venkovní déšť, hlasitá doprava aj. nebo může jít pro pacienta o zcela nové prostředí,

ve kterém se nemusí cítit bezpečně a pohodlně. Dále k bariérám patří **odlišná kultura či nedostatečná znalost používaného jazyka**. V každé kultuře se vyskytují jednotlivé neverbální signály s různým významem a pro efektivní komunikaci mezi pacientem a zdravotníkem je nutné vědět, které neverbální signály používat, a kterým se naopak vyvarovat při komunikaci s danou kulturní skupinou. Během konverzace by nemělo docházet k **nevhodnému chování a projevům**. Pro zdravotníka je nutné jednat s pacientem na profesionální úrovni a kontrolovat své verbální i neverbální projevy. Není vhodné např. skákat do řeči, poučovat, vysmívat se, nesoustředit se při naslouchání pacientovi, bagatelizování stavu pacienta, manipulovat s pacientem aj. **Bezprostřední tělesný stav**, např. pocit únavy, hladu a žízně, vnímaná bolest, přítomná nemoc aj. mohou také zhoršovat probíhající konverzaci mezi zdravotníkem a pacientem. A nakonec **nedostatečné verbální a neverbální schopnosti**, kdy nedostatečné komunikační dovednosti mohou vést ke špatnému chápání významu sdělení, nepřesnému vyjadřování, nevhodné intonaci či výšce hlasu. Pacient může mít nedostatečnou zkušenost s vyhodnocováním různých neverbálních signálů (Tomová a Křivková, 2016).

2.5 Odlišnosti komunikace s vybranými skupinami pacientů

Každý zdravotnický záchranář pracující v terénu, by si vždy přál, aby jeho pacient byl spolupracující, srozumitelně komunikoval, pravdivě a vstřícně odpovídal na položené otázky, mluvil stejným jazykem nebo aspoň pro záchranáře znalým cizím jazykem, pokaždé vyhověl výzvě a pokynům záchranáře, nebyl agresivní nebo pod vlivem omamných či narkotických látek aj. Bohužel ve spoustě reálných situacích je tomu přesně naopak a záchranář se tak setkává s nejrůznějšími pacienty, se kterými musí vždy odlišně a profesionálně komunikovat. Mohou to být např. pacienti různých věkových skupin, lišící se pohlavím, neznalí rodného ani cizího jazyku ovládaného záchranářem, pocházející z rozdílných kultur či žijící ve vlastním světě, pacienti se špatnými nebo žádnými zkušenostmi se zdravotnictvím, pocházející z různých socioekonomických tříd atd. Komunikace proto dokáže být velmi náročná s ohledem na různé skupiny pacientů (Andršová, 2012).

2.5.1 Komunikace s pacienty etnických skupin a kultur

Nesprávná komunikace s cizinci ve zdravotnictví může být život ohrožující. Rostoucí počet cizineckých pacientů a zahraničního personálu vyškoleného v cizině způsobuje stále častější chyby v komunikaci mezi zdravotníkem a pacientem, kdy jeden z nich nebo oba mluví druhým jazykem (Meuter et al. 2015). Zdravotnický personál přichází opakovaně do kontaktu s reprezentanty rozmanitých kultur a národností hovořících nejrůznějšími jazyky. Může se jednat o kontakt v domácím prostředí našeho státu, kdy cizinečtí pracovníci, zahraniční studenti či turisté jsou u nás hospitalizováni nebo si do léčebných klinik zajdou z jakéhokoliv pro ně důležitého důvodu nebo to může být kontakt přímo v zahraničí, kdy v rámci humanitární pomoci rozvojovým zemím vyjíždějí zdravotníci pracovat do ciziny. V interkulturní komunikaci ve zdravotnictví tak dochází při dorozumívání mezi zdravotníkem a pacientem cizincem k hojnému výskytu jazykových bariér, které nastávají hlavně z důvodu odlišných kultur komunikujících a z důvodu používání různých jazyků, např. situace, kdy zdravotník komunikuje ve svém rodném jazyce s cizineckým pacientem, pro kterého není mateřský jazyk zdravotníka primárním nebo situace, kdy oba z komunikujících využívají jako prostředek komunikace jazyk, který není ani pro jednoho z nich jazykem mateřským. Avšak bariéry komunikace nemusí být pouze jazykové, ale mohou být způsobeny odlišným vnímáním různých hodnot uctívaných v jednotlivých kulturách, rozdílným postojem k hygienickým zvyklostem a probíhající léčbě, z důvodu rozdílných stravovacích standardů či odlišným vnímáním zdraví a nemoci aj. (Průcha, 2010).

Lidé z nejrůznějších etnických a kulturních skupin plně ovládají svůj rodný jazyk, nemusejí však ovládat jazyk daného státu, ve kterém zrovna žijí nebo ve kterém se momentálně z jakéhokoliv důvodu zdržují. Pokud se tyto lidé ocitnou ve zdravotnickém zařízení, nejsou schopni se správně dorozumět, plně vystihnout své obtíže, popsat probíhající problémy, vyhovět pokynům a instrukcím zdravotníků, a vzniká tak neuspokojení komunikační potřeby a s tím spojený vznik komunikační bariéry. To dále může pacienta cizince podněcovat ke strachu, nejistotě, pocitu ohrožení, úzkosti, zlosti, žalu aj. a dochází tak k neuspokojení základní lidské potřeby jistoty a bezpečí. Zdravotníci by tedy měli znát aspoň základní kulturní specifika v komunikaci s jednotlivými kulturními skupinami pro efektivní interkulturní komunikaci a měli by dodržovat komunikační etiketu. Nemocní pacienti z různých kultur jsou zvláště citliví na neverbální komunikaci, což může být ještě prohloubeno z důvodu pobytu v cizím

kulturním prostředí a z důvodu samotné nemoci. K největším odlišnostem oproti našim zvykům v neverbální komunikaci s cizinci patří mimické projevy, vizika, gestikulace a proxemika. U výrazů tváře a úsměvu se význam na celém světě neliší, naopak haptika má význam různý v jiných částech světa. Např. v USA, Kanadě, Japonsku, Skandinávii, Estonsku atd. jsou doteky při rozhovoru nepřijatelné a mohou způsobit pohoršení. A na druhou stranu doteky jsou dovoleny v Indii, Francii, Itálii, Turecku, Rusku atd. Pro navázání vzájemného kontaktu a ukázkou empatie a pochopení je však velmi důležitý pozdrav, popř. podání a potřesení rukou, což většinou znamená projev úcty. V jiných zemích zase vzájemný fyzický kontakt může způsobit pohoršení a není slušný, např. v Japonsku se zdraví vzájemným ukloněním, kdy osoba s nižším socioekonomickým postavením se ukloní hlouběji než osoba s vyšším (Kutnohorská, 2013). Jednou z dalších zajímavých odlišností v chování jednotlivých kulturních skupin, během poskytování ošetrovatelské a zdravotní péče, je vnímání bolesti. Např. vietnamská minoritní skupina se při bolesti chová klidně a může se i usmívat (úsměv totiž v jejich kultuře nemusí nutně znamenat pocit radosti, ale i pocit nejistoty nebo odporování), arabská minoritní skupina se naopak při bolesti chová velmi emocionálně, a to jak verbálními projevy, tak těmi neverbálními. Španělé nezvládají bolest velmi dobře, což vyjadřují spoustou hlasitých verbálních výrazů a požadují odstranění bolesti jakýmkoliv zdravotnickým způsobem. Němci snášejí bolest dobře, pokud je nezbytná při léčbě a Finové bolest zevnějšku neprojevují, ale jsou svolní o ní hovořit (Průcha, 2010).

2.5.1.1 Alternativní možnosti komunikace s cizincem

Komunikace s cizincem nemusí probíhat pouze verbálním způsobem nebo neverbálním, kdy do komunikace jsou zahrnuty pohyby mimických svalů, pohledy, vědomé i samovolné pohyby celého těla, vzdálenost od pacienta v prostoru apod. Ke komunikaci s cizincem se dají využít i různé prostředky, které komunikaci velmi usnadní a umožní její správný průběh. Mezi prostředky usnadňující komunikaci s cizincem patří: komunikační karty, obrázky, piktogramy, slovníky, film či video, papír na psaní nebo kreslení či využití služeb tlumočnicka (Kutnohorská, 2013).

Zdravotníci se čím dál častěji setkávají s pacienty, kteří neovládají náš mateřský jazyk a v rámci rychlé diagnostiky a snahy o co nejrychlejší započítí terapie je nutné dorozumět se pomocí překladatele. Při pokusu o dorozumění se s těmito pacienty

a získávání od nich důležitých informací bez přítomnosti tlumočníka hrozí, že získané informace nebudou zcela úplné a validní (Čechová, Mellanová a Rozsypalová, 2014). Tlumočnické služby mohou poskytnout i členové rodiny nebo příbuzní cizineckého pacienta, avšak zde hrozí riziko nepřesností v přeloženém textu, informace nemusí být přeloženy všechny nebo si tlumočící člen rodiny může upřednostnit své vlastní zájmy a dojde tak ke zkreslení přeložených poskytovaných informací pacientovi. Naopak oprávněný a zkušený překladatel dokáže pacientovi přeložit celistvé a cenné informace, a zároveň umožní zdravotníkovi náhled do kulturního světa daného pacienta, což může vést ke zlepšení poskytované ošetrovatelské a zdravotní péče pacientovi (Špatenková a Králová, 2009).

2.5.2 Komunikace se zdravotně znevýhodněnými pacienty

Zdravotně znevýhodnění lidé jsou obecně ve společnosti vnímáni jako ti, kteří potřebují odbornou pomoc, vedení, směřování správným směrem, opatrování a zabezpečení, sociální péči, a řadí se do charitativních a humanitních sfér (Michalík, 2011). A tím vzniká komunikační bariéra na straně nepostižených lidí, kteří se kvůli tomuto chápání budou vždy chovat ke znevýhodněným pacientům jinak, než by se chovali k lidem bez postižení (Slowík, 2010). Toto stereotypní vnímání je společností však poslední dobou pomalu vyvracováno, protože je tak deformován celkový náhled na život a možnosti těchto zdravotně znevýhodněných osob jakožto svéprávných a aktivně na svém životě podílejících se jedinců (Michalík, 2011). Zdravotníci, ale i neodborná veřejnost, často vyjadřují pocity nejistoty, bezradnosti a strachu z komunikace se zdravotně handicapovanými osobami. A z tohoto důvodu se raději komunikaci s těmito osobami vyhýbají, protože se bojí případných komunikačních pochybení, přehmatů, neúspěchu, studu či nepříjemných situací, které mohou vlivem nedostatečných komunikačních dovedností s těmito lidmi nastat (Andršová, 2012). Hlavním problémem ale ne vždy musí být pouze nedostatečné schopnosti společnosti v oblasti komunikace s lidmi s postižením, nýbrž i neznalost prostředků dorozumívání se, které znevýhodnění lidé běžně mohou používat, a které nejsou společnosti běžně známé, např. znaková řeč. Na komunikační obtíže a bariéry narazíme u všech skupin lidí s různými druhy handicapu. Ty jsou však pro každou znevýhodněnou skupinu lidí specifické a komunikační specifika, např. gestikulace, mimika, vizika, haptika, proxemika,

posturologie aj., se tudíž v některých směrech mohou lišit s ohledem na určitou znevýhodněnou skupinu. Mezi další problémy komunikace osob s handicapem patří obavy z vlastního projevu ve společnosti, nepřijetí a nerespektování jejich rozdílnosti společností, strach z neúspěchu a studu ve společnosti a z následného posuzování a hodnocení jejich normality společností. Tyto problémy poté mohou vést k nežádoucím a negativním zkušenostem znevýhodněných lidí s širším okolím a tím zhoršovat motivaci ke komunikování a přímo nepříznivě ovlivňovat komunikační dovednosti a obecně potřebu komunikovat u těchto lidí (Slowík, 2010).

Mezi obecné zásady komunikace se zdravotně znevýhodněnými pacienty patří vždy **přípravenost**. Pokud očekáváme zdravotně znevýhodněného pacienta, je vhodné zjistit dopředu o jaký druh handicapu a jeho rozsah se jedná, abychom se na komunikaci mohli co nejlépe připravit. Žádoucí je vždy **komunikace přímo s pacientem**, tudíž při přítomnosti doprovodu zdravotně znevýhodněného pacienta se především soustředíme na komunikaci s pacientem samotným, popř. se na doplňující informace zeptáme doprovodu. S pacientem jednáme jako se sobě rovným, informujeme se o jeho soběstačnosti a samostatnosti, o jeho potřebách, nezbytnostech a očekáváních, ptáme se na potřebu pomoci mu či zda pomoc nepotřebuje. Po celou dobu rozhovoru jsou z naší strany potřebné **projevy lidskosti a vhodný druh komunikace**. U těchto lidí je nezbytná vysoká dávka empatie, taktu, úcty, trpělivosti a respektu. Není vhodné sdělování soucitu, protože většina znevýhodněných pacientů se už nad své postižení povznesla a má určitý nadhled. Vcítění je důležité z hlediska poskytování ošetrovatelské a zdravotní péče, kdy je nutné respektovat intimitu a soukromí těchto pacientů. Při vyšetřování slepého pacienta je na místě vždy informování o tom, co právě děláme a co se zrovna chystáme udělat. Při hovoru se sluchově znevýhodněným pacientem se během mluvení neotáčíme k pacientovi zády, mluvíme celou dobu směrem k němu a používáme krátké a stručné věty pro případnou možnost odezírání ze rtů. Pokud má takovýto pacient sebou tlumočníka, tak přesto hovoříme vždy směrem k pacientovi. Doteky jsou povolené na horní končetině v oblasti paže. Při komunikaci s člověkem na invalidním vozíku je vhodné mít oči ve stejné úrovni, aby nedocházelo k pocitům nadřazenosti osoby s výše položenýma očima (Andršová, 2012).

2.5.3 Komunikace s agresivními pacienty

Během poskytování přednemocniční neodkladné péče se může pacient ocitnout v určité situaci, kdy je pro něj kontakt se zdravotnickým záchranářem a samotným zdravotnickým prostředím dosud nepoznaný a celá situace tak může být pro pacienta velmi stresující a nepříjemná. Z tohoto důvodu poté dochází k velmi častým projevům vzájemného nedorozumění, nemístné a neefektivní komunikaci, vulgárním projevům, hrubému chování až možným agresivním projevům ze stran všech zúčastněných (Burda, 2014). Situací, při kterých dochází ke konfrontaci mezi agresivním pacientem a zdravotníkem každoročně přibývá. Práce s nespolupracujícími, hostilními a agresivními pacienty bývá pro zdravotníky velice stresující a může přispět v krátkodobém hledisku k posttraumatické stresové poruše, popř. v dlouhodobém hledisku k rozvinutí syndromu vyhoření. Při komunikaci s těmito typy pacientů se zdravotníci často dopouštějí různých chyb, jako jsou: potřeba dominance nad agresorem, reakce protiútokem na agresorův útok, dojmy, že máme situaci plně pod kontrolou, že jsme nezranitelní, a že jsme vychytralejší a více nad věcí než agresor (Andršová, 2012). Mezi další zdravotnickovy chyby při jednání s pacientem patří zlehčování a podceňování stavu pacienta, ignorace a netečnost k pacientovi, neúcta, nevhodné grimasy a špatná neverbální komunikace, zvyšování hlasu a nevhodná intonace, vyhrožování pacientovi atd. Ovšem i přes zdravotnickovo vyvarování se všem těmto chybám může zdroj hrubého a agresivního chování pocházet z pacienta samotného a zdroji tak můžou být jeho charakter, kdy se jedná o psychicky nestabilního člověka, pacientova nespokojenost s předchozí zkušeností se zdravotnictvím, různé subjektivní pocity strachu, úzkosti, bolesti, bezmocnosti, slabosti, hladu či žízně, nebezpečí a vlastního ohrožení, onemocnění způsobující jeho chování nebo používání návykových a psychotropních látek atd. (Špatenková a Králová, 2009). Po napadení agresorem, ať fyzickým či psychickým, je důležité celou nepříjemnou událost nepotlačit a nevytěsnit z hlavy, ale použít jí jako příklad správné prevence před příštími možnými útoky agresivních pacientů pro své spolupracovníky a zdravotnický personál obecně (Andršová, 2012).

Mezi zásady správného jednání s agresivními pacienty patří nejprve **zhodnocení míry ohrožení pacientem** a při pocitu vlastního ohrožení nikdy nebýt s pacientem sám, ale aspoň s kolegou v terénu. Při očekávaných problémech s pacienty v rámci poskytování PNP se na místo zásahu povolává přes dispečink i policie (Andršová, 2012). S tím souvisí i **bezpečná vzdálenost a dostatek prostoru mezi zdravotníkem**

a pacientem, kdy vhodná vzdálenost od pacienta je na velikost paže před sebe. Důležité pro ZZ v terénu je znát možnosti únikových cest, mít dostatek prostoru kolem sebe, pokusit se nezahnat agresivního pacienta do kouta a ani se nenechat zahnat sám. Rovněž by nikdy nemělo chybět **zaujmutí aktivního postoje při komunikaci**. Je žádoucí pacienta zapojit do rozhovoru, ukázat mu zájem, aktivně mu naslouchat, snažit se s ním spolupracovat a přesvědčit ho, že mu chceme pomoci. Důležité je zvolení **vhodné verbální a neverbální komunikace**, tudíž se snažit zůstat klidný a zbytečně neprovádět prudké a neuvážlivé pohyby, omezit gestikulaci, své úmysly pacientovi ohlašovat dostatečně dopředu, jasně, stručně a zřetelně, dobře si promyslet co říct, nezaujímat direktivní a autoritativní chování, odpovídat pravdivě, rozumně a upřímně, nepoužívat slangové výrazy, snažit se o sladění verbální i neverbální komunikace, nepoučovat pacienta, důležitý je trvalý oční kontakt ve stejné výškové úrovni, aby nedocházelo k pocitům dominance osoby s očima výše, zbytečně nezvyšovat na pacienta hlas, mluvit bez emocí atd. (Pokorná et al. 2019). Po celou dobu rozhovoru je nutné **vyhodnocování signálů těla pacienta**, např. třes těla, ruce v kapsách, zaťaté pěsti, dupání nohama, pohyby mimického svalstva, nadměrná a prudká gestikulace, zrychlené a prudké pohyby, nervozita a motorický neklid. Je také žádoucí **nenechat se vyprovokovat** a nepoužívat protiútok, ať fyzický nebo slovní. Mohlo by tak dojít k vystupňování agresivity pacienta a pocitu nutnosti vyhrát nad zdravotníkem. Po ukončení ošetřování takového pacienta je vždy příhodné **zajistit dokumentaci** a zdokumentovat tak veškeré pacientovo agresivní chování z důvodu případné právní obrany. Dokumentace je také důležitá pro ostatní zdravotnický personál, který může v budoucnu přijít do kontaktu s tím samým agresivním pacientem (Andršová, 2012).

2.5.4 Komunikace s dětskými pacienty

Komunikování s dětskými pacienty je vždy specifické s ohledem na vývojové období, ve kterém se zrovna dítě nachází. Dovednost zdravotnického personálu úspěšně a efektivně komunikovat je zásadní pro navázání vzájemného vztahu a spolupráce s dětským pacientem. Je nutné tedy znát zvláštnosti a rozdíly v komunikaci s dětmi z různých vývojových období, od narození až po adolescentní období, které přizpůsobují, upravují a určují průběh samotné konverzace s dítětem. Kromě vývojových období dítěte je komunikace také ovlivněna zdravotním stavem, osobností, momentálním psychickým

rozpořením dítěte, intenzitou bolesti a dalšími symptomy daného onemocnění, prostředím probíhající konverzace, přítomností rodičů apod. Proto je pro všechny zdravotníky důležité celoživotní zdokonalování dovedností efektivně a správně komunikovat s dětskými pacienty. Aktivní vedení komunikace je základ pro úspěšné poskytnutí ošetření dětského pacienta. Pro děti můžeme být nejen zdravotníci, ale i náhrada přátel, blízkých a ti, komu mohou důvěřovat a od koho si nechat pomoci. Vždy bychom měli vystupovat před dětmi mile, přívětivě, usmívat se, po celou dobu zůstat v klidu a vypadat jistě v tom co děláme (Plevová a Slowik, 2010).

„Komunikace s dítětem a jeho rodiči vyžaduje velkou dávku trpělivosti, důslednosti, upřímnosti, lidskosti a schopnosti naslouchat, ale i profesionální vystupování. Pro komunikaci s nemocným dítětem platí dvojnásobně, že je třeba naslouchat nejen sluchem, ale i zrakem (signály neverbální komunikace) a zvláště srdcem (projevovat empatii)“ (Plevová a Slowik, 2010, s. 63).

K hlavním zásadám správné komunikace s dětskými pacienty patří **zapojení dítěte do efektivní komunikace**. Vždy je důležité při hovoru s rodiči dítěte zapojit do konverzace i dítě samotné a nikdy nemluvit o něm bez něj (Andršová, 2012). Pokud to je však možné, tak se hlavně soustředit na komunikaci s dítětem. Je totiž podstatné navázat s dítětem kontakt pro pokračování v jeho ošetřování. Jestliže se navázání kontaktu s dítětem nedaří, např. není dostatečně staré, aby pochopilo zdravotníkův úmysl nebo z důvodu stydlivosti, tak je důležité se nevzdávat, být tolerantní, shovívavý a pokračovat v navázání kontaktu jiným způsobem. S dítětem je nutné stále přívětivě a přátelsky komunikovat, žádat ho o souhlas cokoliv udělat, chválit ho a oceňovat, navrhnout mu možnosti, aby mělo pocit, že se může podílet na rozhodnutí co se s ním bude dít dál. Pokud má dítě sebou svou vlastní hračku, tak je možné zkusit s ním navázat kontakt pomocí oné hračky (Plevová a Slowik, 2010). Důležité je i využití **správné neverbální komunikace**. Při komunikaci s dětmi je vhodné se vždy usmívat, na místě je pohlazení či věnování nějaké odměny. Z proxemiky je významné snížení se na výškovou úroveň dítěte, aby oči byly na stejné úrovni. A stejně tak jako neverbální je podstatná i **správná verbální komunikace**. S dítětem by se mělo mluvit s ohledem na jeho vývojové období, nelhat mu, nepoužívat odborné názvy a zdravotnický slang a dbát na zpětnou vazbu. Při komunikaci s dětským pacientem by taktéž nemělo chybět **zjednodušené vysvětlení postupu léčby**, tedy pokusit se vysvětlit dítěti jednotlivé kroky vyšetření, které jsou nutné provést. K tomu poslouží používané zdravotnické pomůcky a dětská hračka, na které se dá dítěti vše ukázat. Projevy bolesti je důležité zmírnit, avšak před tím je nutné dítě připravit na možné bolestivé zákroky, např. napíchnutí PŽK, aby v budoucnu

nedocházelo k odporu a antipatii k doktorům a nelékařskému zdravotnickému personálu (Andršová, 2012).

2.5.5 Komunikace s geriatrickými pacienty

Geriatřiční pacienti jsou mnohem více citliví k okolním paralingvistickým a neverbálním signálům komunikace než k samotným verbálním signálům. Obecně staří lidé potřebují, abychom jim darovali kousek svého času, a aby jim bylo umožněno sdělit nám jejich životní příběh. Většina zdravotníků si totiž neuvědomuje, že jedním ze způsobů léčení starého člověka je pozorně a aktivně mu naslouchat, projevit zájem a všímavost k jeho problémům, jednat s ním empaticky a s úctou, přistupovat k němu individuálně, poskytnout mu čas pro sdílení pocitů a pro ulevění si, ukázat mu naši laskavou a vlídnou stránku (Klevetová, 2017). Během lidského života, a především v té pozdní fázi, nastává spousta různých transformací, a to jak ve sféře tělesné způsobilosti, tak ve sférách rozumových, společenských, duševních a poznávacích. Proto je důležité při komunikaci s geriatrickým pacientem tyto vzniklé odlišnosti respektovat, připravit se na ně a přizpůsobit jim své komunikační dovednosti (Pokorná, 2010). Seniori špatně snášejí pocity vlastní osamělosti, postradatelnosti a odloučení od společnosti. Styk se zdravotním personálem může u seniorů vyvolat pocity, že už nejsou sami, že je o ně projevem zájem a mohou tak být znovu ve středu dění, že mají někoho, s kým si mohou promluvit, vypovídat se a aktivně je jim nasloucháno. Z tohoto důvodu občas dochází k přivolání ZZS nejen čistě kvůli zdravotnímu stavu seniora, ale i jeho podvědomé dychtivosti po lidském kontaktu, nebýt sám a odstranění společenské izolace (Andršová, 2012). Při komunikaci se seniory se mohou objevit různé komunikační bariéry, které mohou přímo souviset s životními změnami v období stáří, např. zhoršení sluchu či zraku, porucha artikulace nebo přímo řeči, tzv. stařecká demence, obtíže s řečí v důsledku CMP, problémy s orientací a zmatenost atd. Dále to mohou být různé vnitřní bariéry, kdy se jedná o např. strach z neznámého, špatný emoční stav, únava, nepřipravenost na komunikaci, nepohodlí, obavy z nezdaru a ze své schopnosti efektivně komunikovat aj., nebo se jedná o bariéry vnější, např. komunikační šum, vliv okolního prostředí, zahlcení informacemi, smyslové rozptýlení, hluk aj. (Pokorná, 2010). „*Nejlepší radou, jak se chovat k seniorům, je chovat se tak, jako by to byl senior z vaší rodiny*“ (Andršová, 2012, s. 57).

Mezi zásady správné komunikace s geriatrickými pacienty patří **oslovení a vedení** rozhovoru. Důležité je vyhnout se komunikaci pomocí tzv. elderspeaku a zdětinšťování seniora. Dále je podstatné nazývat seniora jeho pravým jménem bez zdobnělin, popř. i jeho dosaženým titulem ve vzdělání, v průběhu konverzace zachovat seniorovu důstojnost, mluvit s ním s úctou a empaticky, podporovat jeho schopnost soběstačnosti, pomoc nabízet, ale nevnucovat ji (Andršová, 2012). Dále k zásadám patří **patříčné vymezení rolí**, kdy zdravotnický pracovník má roli profesionála, který od geriatrického pacienta dostává upřímné informace o jeho zdravotním stavu a životní situaci, pravdivě mu odpovídá, jedná s ním jako se sobě rovným, poskytuje mu odbornou pomoc v rámci svých kompetencí a schopností, pomáhá mu zvládnout a zvyknout si na tělesné změny a ztráty v životě atd. Důležité je také zvolení **vhodného komunikačního kanálu**. Při zhoršení smyslového vnímání pomocí zraku a sluchu je další nejvhodnější komunikační cestou hmat, tedy dotek, který by měl být pokaždé na tomtéž místě. Pomocí dotyku se dá vyjádřit projev porozumění a pochopení s prožívanými pocity seniora (Klevetová, 2017). A samozřejmostí při komunikaci se starými pacienty je **náležitá verbální a neverbální komunikace**, tudíž na pacienta mluvit pomalu, z očí do očí, srozumitelně, zřetelně a vstřícně, tak akorát nahlas. Komunikaci přizpůsobit zdravotnímu stavu pacienta a možným komunikačním bariérám, kontrolovat své neverbální signály, vůči kterým jsou senioři velmi citliví. Pro efektivní komunikaci by se mělo dbát na zpětnou vazbu a důležité informace opakovat, nepoužívat odborné termíny, jednoduše formulovat otázky a sdělení, snažit se o seniorovu plnou pozornost (Andršová, 2012).

3 Výzkumná část

3.1 Cíle práce a výzkumné otázky

Cíle práce

1. Zjistit specifika komunikace zdravotnických záchranářů v praxi.
2. Zjistit prostředky komunikace zdravotnických záchranářů s cizinci.
3. Zjistit kritické body komunikace zdravotnických záchranářů v praxi.
4. Zjistit doporučení zdravotnických záchranářů v oblasti komunikace v praxi

Výzkumné otázky

1. Jaké specifika komunikace musí zdravotničtí záchranáři dodržovat při komunikaci v praxi?
2. Jaké prostředky využívají zdravotničtí záchranáři při komunikaci s cizinci?
3. Jaké jsou kritické body komunikace zdravotnických záchranářů v praxi?
4. Jaké doporučení navrhuji zdravotničtí záchranáři v oblasti komunikace v praxi?

3.2 Metodika výzkumu

Empirická část bakalářské práce je zpracována pomocí kvalitativní metody výzkumu. Pro získání informací byly zvoleny polostrukturované rozhovory, které byly vedeny se zdravotnickými záchranáři z Libereckého kraje. Veškerá data získaná z rozhovorů byla pomocí techniky kódování (metoda tužka-papír) zpracována do jednotlivých grafických schémat v Microsoft Office Word 2019 a doplněna o popis schémat a úryvky z jednotlivých rozhovorů. Otázky do rozhovoru byly vytvořeny a upraveny na základě předvýzkumu vedeného se dvěma respondenty. Rozhovory byly nahrávány pomocí hlasového záznamníku na mobilním telefonu.

3.3 Kategorizace a analýza výsledků získaných z rozhovorů

Na základě výzkumných otázek bylo vytvořeno 10 následujících kategorií, ke kterým bylo následně přiřazeno několik otázek do rozhovoru (Příloha B).

Kategorie I Specifika komunikace s agresivními pacienty

Kategorie II Specifika komunikace se zdravotně znevýhodněnými pacienty

Kategorie III Specifika komunikace s dětskými pacienty

Kategorie IV Specifika komunikace s geriatrickými pacienty

Kategorie V Specifika komunikace s pacienty různých etnických skupin a kultur

Kategorie VI Tlumočnictví

Kategorie VII Komunikační karty a jiné možnosti překladu

Kategorie VIII Komunikační bariéry

Kategorie IX Nejčastější kritické body v komunikaci v přednemocniční neodkladné péči

Kategorie X Doporučení zdravotnických záchranářů v oblasti komunikace se skupinami náročných pacientů

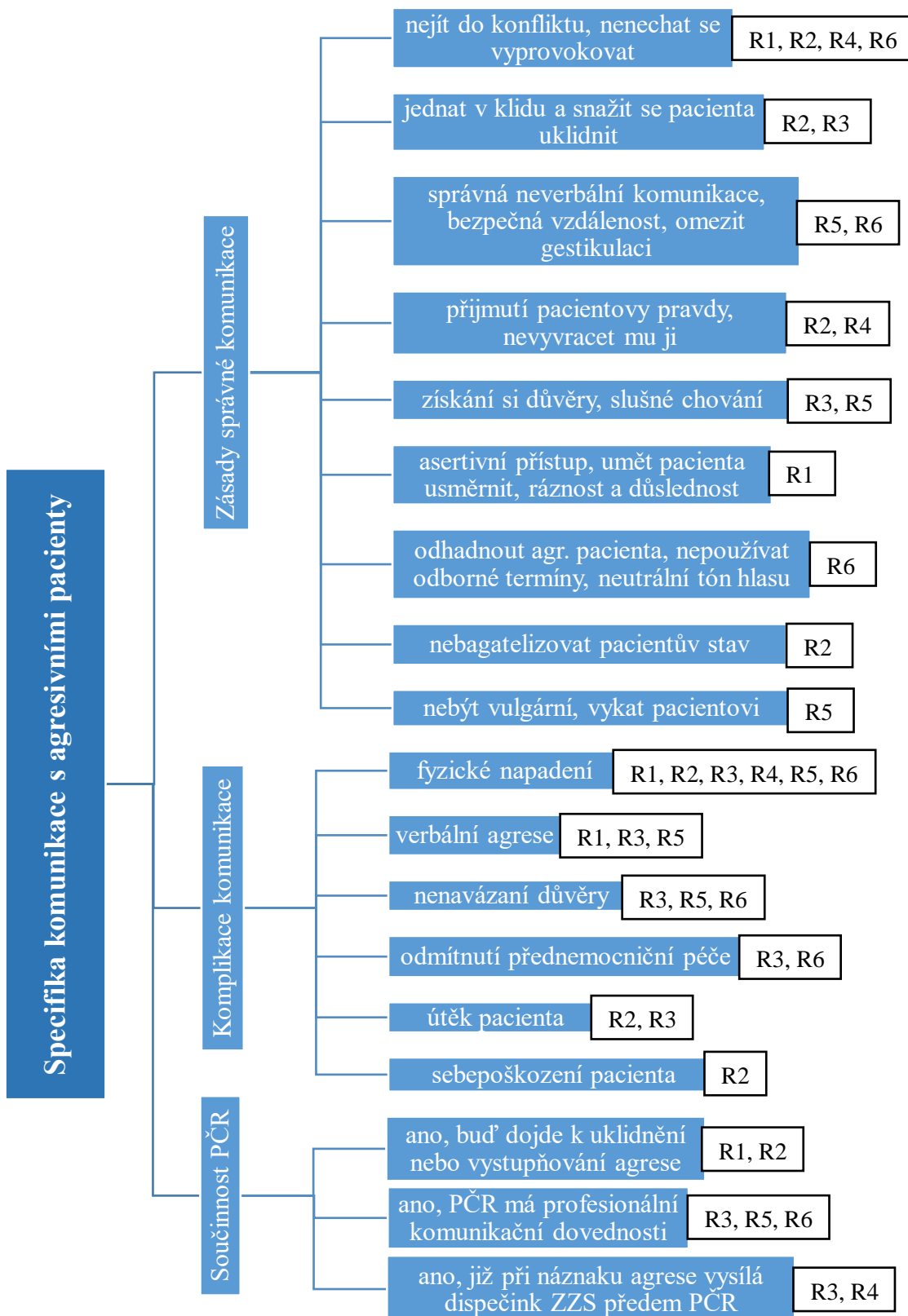
3.4 Charakteristika výzkumného souboru

3.4.1 Identifikační údaje

Respondenti	Pohlaví	Nejvyšší dosažené vzdělání	Roků v oboru
R1	žena	bakalářské	2,5
R2	muž	bakalářské	6
R3	muž	bakalářské + specializace v oboru urgentní medicína	6,5
R4	žena	bakalářské	17
R5	muž	bakalářské	3
R6	muž	bakalářské + specializace v oboru urgentní medicína	6

Tabulka 1 Identifikační údaje

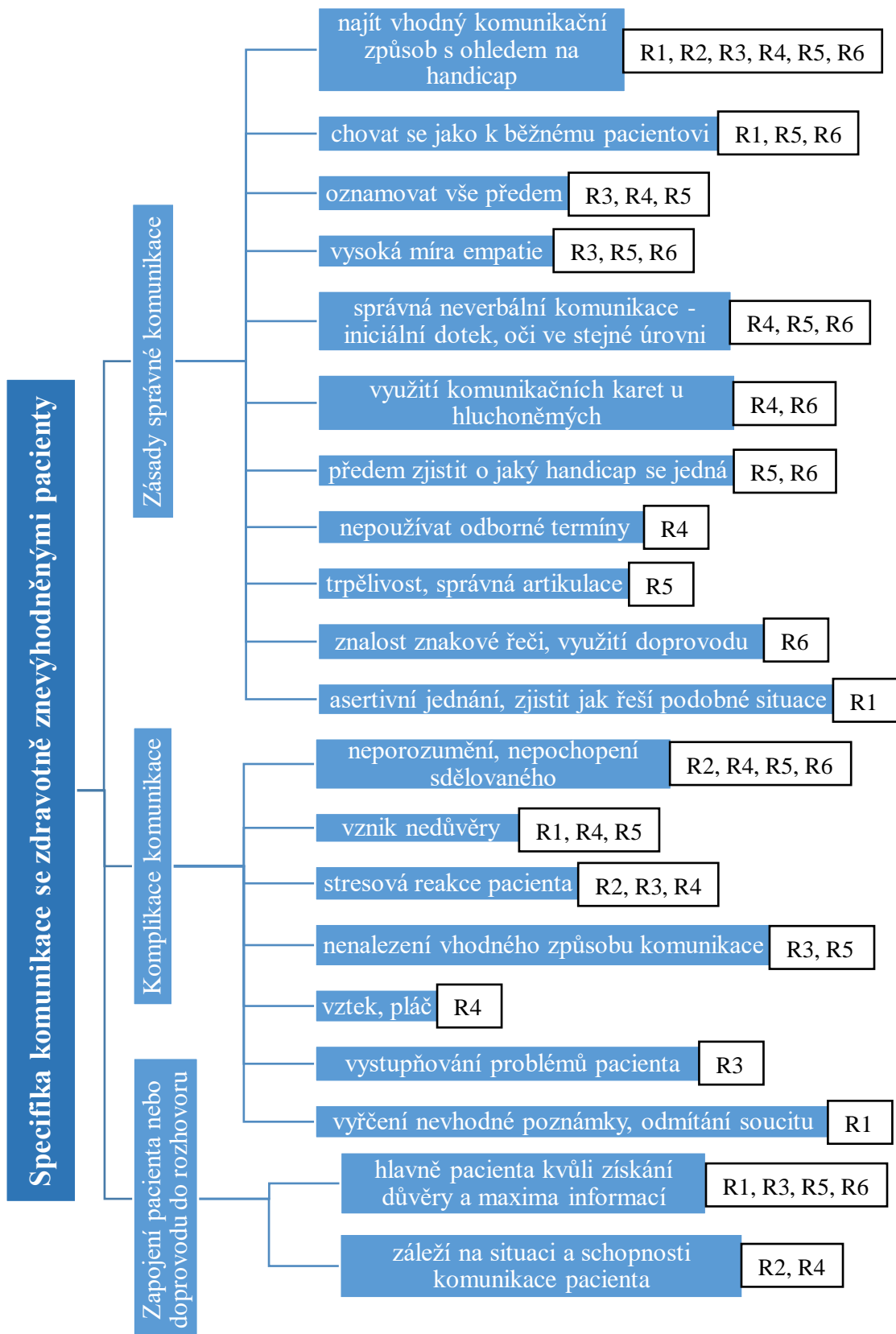
3.4.2 Kategorie I Specifika komunikace s agresivními pacienty



Obrázek 1 Specifika komunikace s agresivními pacienty

Obrázek 1 zobrazuje odpovědi respondentů u Kategorie I, která je rozdělena do 3 podkategorií. První podkategorie se zaměřuje na správné zásady komunikace s agresivními pacienty, druhá na možné komplikace během komunikace s těmito pacienty a třetí na možnost využití součinnosti PČR během setkání s agresivním pacientem a názor ZZ na komunikační dovednosti PČR. U první podkategorie se R1, R2, R4 a R6 shodli, že nejdůležitější zásadou u komunikace s agresivním pacientem je nejít s ním do konfliktu, neprovokovat ho a nerozčilovat ho ještě víc. Podle R2 a R3 je nejdůležitější pokusit se pacienta uklidnit, najít společnou řeč a jednat s ním v klidu. R5 a R6 se shodli, že důležité je taky dbát na správnou neverbální komunikaci, tudíž stát v dostatečné vzdálenosti a omezit svou gestikulaci. R2 a R4 se shodli, že pokud má pacient vlastní pravdu, je vhodné nevyvracet mu ji a hrát s ním jeho hru, aby nedošlo k vystupňování agrese. R3 a R5 ještě zmínili získání si důvěry a slušné chování jako důležité zásady. R1 si myslí, že základem je asertivita, ráznost, důslednost a umět takového pacienta usměrnit. R6 je toho názoru, že nejprve je nutné odhadnout agresivního pacienta, nepoužívat před ním odborné termíny a po celou dobu rozhovoru používat neutrální tón hlasu. R2 ještě zmínil nebagatelizování stavu pacienta a R5 nebýt vulgární a pacientovi vždy vykat. U druhé podkategorie se všichni respondenti shodli, že největší komplikací může být fyzické napadení zdravotníků. R1, R3 a R5 dále zmínili verbální agresi jako další komplikaci. R3, R5 a R6 se shodli na nenavázání důvěry, a R3 s R6 ještě dodali následné odmítnutí přednemocniční neodkladné péče. Také může dojít k útěku pacienta při nesprávné komunikaci podle R2 a R3. A R2 nakonec ještě dodal sebepoškození pacienta jako jednu z dalších komplikací. U poslední podkategorie se všichni respondenti shodli, že využívají součinnosti PČR na místě výjezdu při komunikaci s agresivním pacientem. Podle R1 a R2 může dojít buď k vystupňování agresivního chování nebo naopak dojde ke značnému zklidnění pacienta. R3, R5 a R6 jsou toho názoru, že PČR odvádí skvělou a profesionální práci při komunikaci s agresivními pacienty. R3 a R4 zmínili, že dispečink ZZS posílá na místo výjezdu PČR už při podezření na agresivního pacienta, jinak si PČR dovolávají sami, pokud se výjezd nezdál dispečinku jako rizikový.

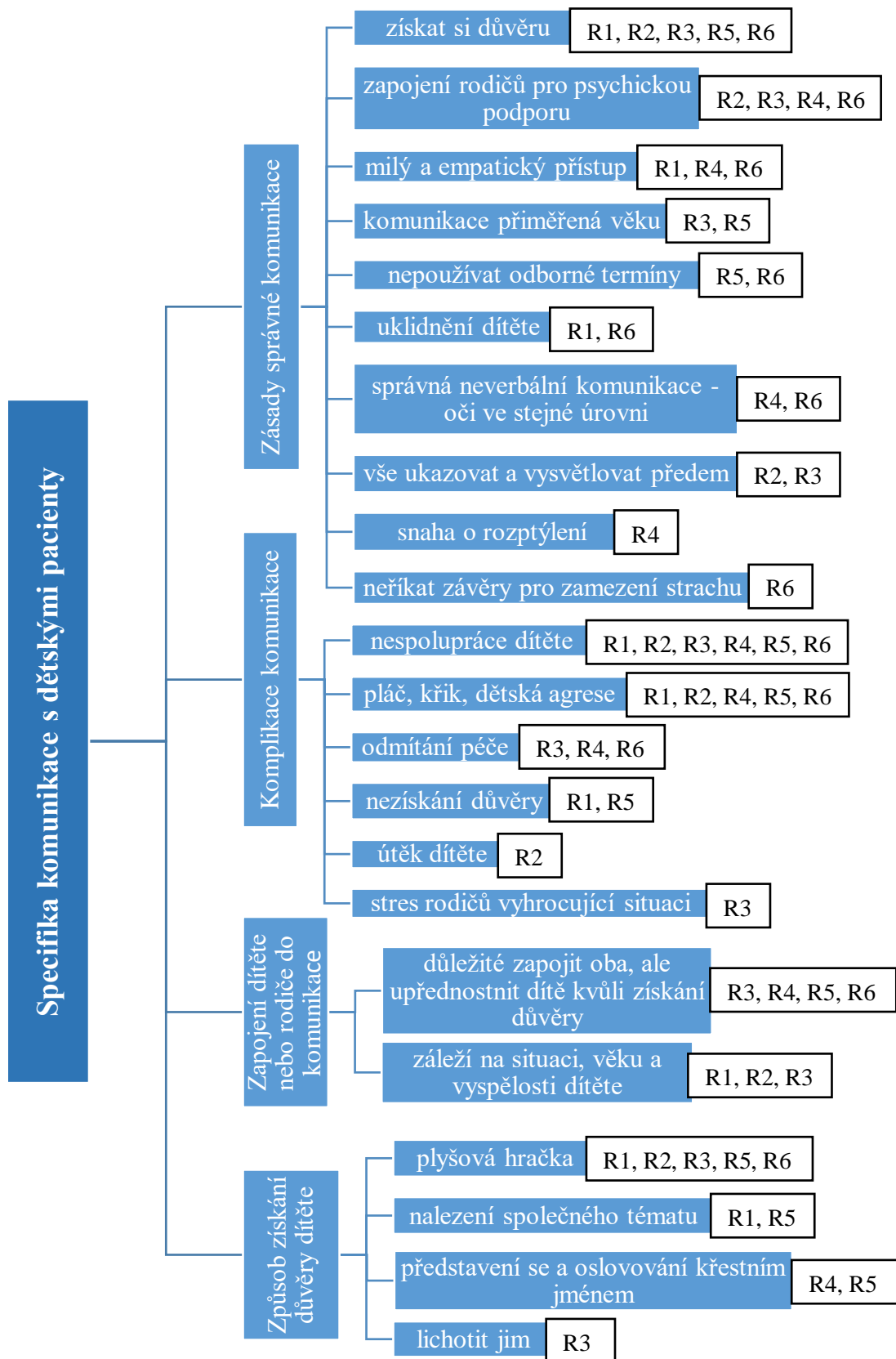
3.4.3 Kategorie II Specifika komunikace se zdravotně znevýhodněnými pacienty



Obrázek 2 Specifika komunikace se zdravotně znevýhodněnými pacienty

Obrázek 2 popisuje odpovědi respondentů na Kategorii II, která je rozdělena do 3 podkategorií. První podkategorie se zabývá správnými zásadami komunikace se zdravotně znevýhodněnými pacienty, druhá možnými komplikacemi při komunikaci s touto skupinou a třetí na zapojení spíše pacienta nebo jeho doprovodu do komunikace. U první podkategorie se všichni respondenti shodli, že hlavní správnou zásadou komunikace je nalezení vhodného komunikačního způsobu s ohledem na daný handicap pacienta. R1, R5 a R6 se shodli, že chování by mělo být jako u běžného pacienta, tudíž bez přehnaně zvýšené soucitnosti a nezacházet s ním nějakým speciálním způsobem. Podle R3, R4, a R5 je důležité vše oznamovat dostatečně předem, hlavně tedy u nevidomých. R3, R5 a R6 si taky myslí, že významná je vysoká míra empatie. Dbát by se mělo i na správnou neverbální komunikaci podle R4, R5 a R6. R4 a R6 by využili komunikačních karet u hluchoněmých pacientů. Základem je také zjistit si dostatečně s předstihem, o jaký druh handicapu se bude vlastně jednat podle R5 a R6. R4 ještě zmínil nepoužívání odborných termínů, R5 dodal správnou artikulaci a trpělivost a R6 podotknul, že výhodou je znalost znakové řeči či využití doprovodu. R1 zmínil za důležité asertivní jednání a optání se pacienta, jak podobné situace pacient řeší obvykle. U druhé podkategorie se R2, R4, R5 a R6 shodli, že hlavní komplikací při této komunikaci je pacientovo nepochopení sdělovaného a vzájemné nepochopení. Další komplikací může být podle R1, R4 a R5 vznik nedůvěry. Podle R2, R3 a R4 může nastat stresová reakce pacienta a jeho následné psychické zhoršení. R3 a R5 si myslí, že komplikací je i nenalezení vhodného komunikačního způsobu, což povede k neefektivní komunikaci. R4 ještě dodal vztek a pláč, kterými může nesprávná komunikace skončit nebo to může dojít k vystupňování problémů pacienta podle R3. R1 je taky toho názoru, že komunikaci může výrazně zkomplikovat přehnaný soucit nebo vyřčení nevhodné poznámky. U poslední podkategorie uvedli R1, R3, R5 a R6, že do rozhovoru zapojují hlavně pacienta. R5 konkrétně uvedl: „*Do rozhovoru je klíčové zapojit hlavně pacienta pro získání jeho důvěry, ale taky pro získání maxima validních informací z 1. ruky. Doprovodu se vždy ptám pouze na doplňující otázky, nebo když pacient opravdu není schopen efektivně komunikovat.*“ R2 a R4 uvedli, že vždy záleží na situaci a schopnosti komunikace daného pacienta.

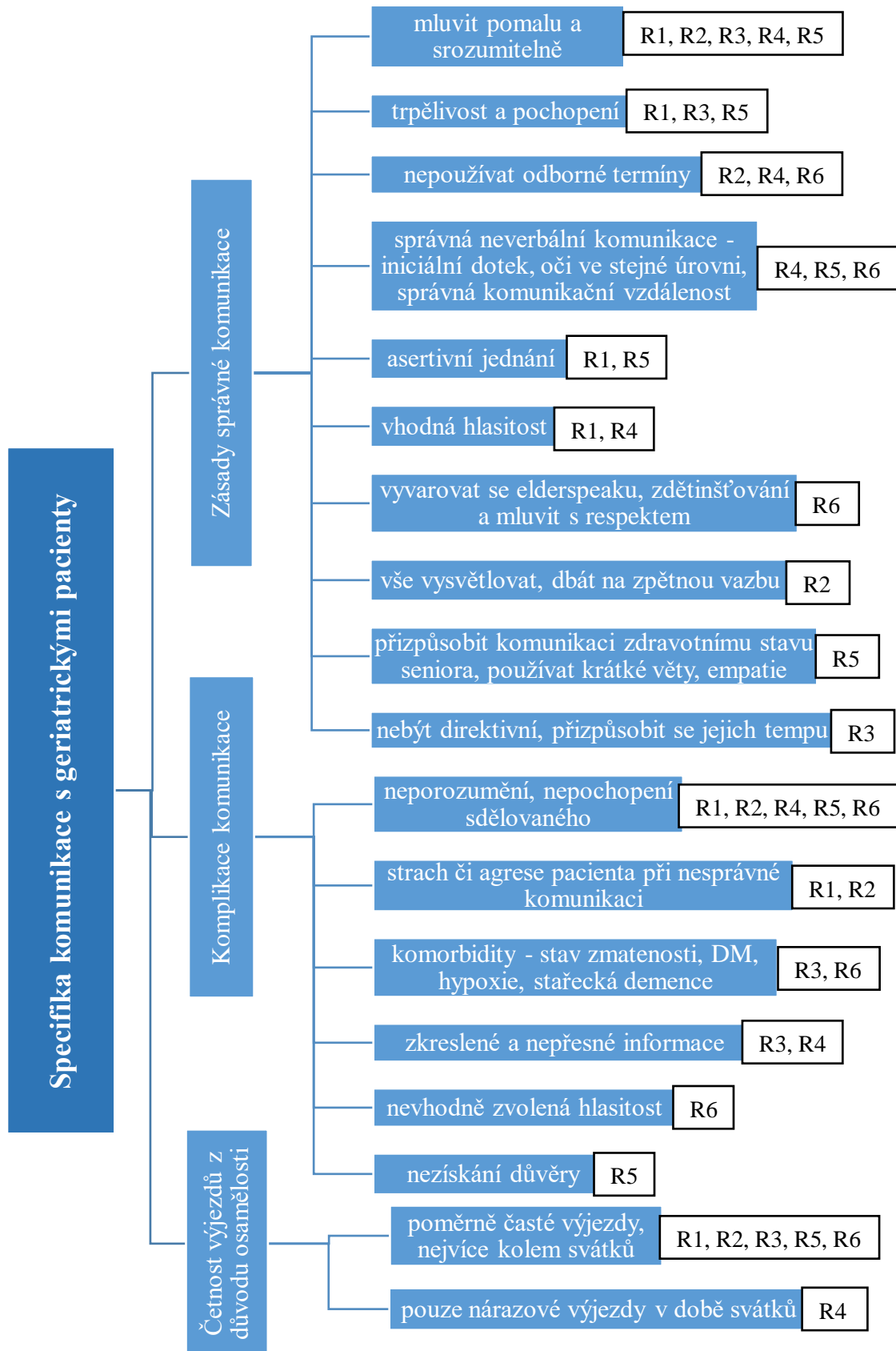
3.4.4 Kategorie III Specifika komunikace s dětskými pacienty



Obrázek 3 Specifika komunikace s dětskými pacienty

Obrázek 3 ukazuje informace od respondentů u Kategorie III, která se dělí na 4 podkategorie. První podkategorie se zaměřuje na správné zásady komunikace s dětskými pacienty, druhá na komplikace komunikace u těchto pacientů, třetí na zapojení pouze dítěte nebo i rodiče do komunikace a čtvrtá na komunikační způsob získání důvěry dítěte. Nejčastější odpovědí na první podkategorii bylo získání si důvěry dítěte pomocí různých způsobů a odpověděli tak R1, R2, R3, R5 i R6. Dále R2, R3, R4 a R6 odpověděli, že zapojují do komunikace i rodiče pro psychickou podporu, a aby jim pomohli s vyšetřením dítěte, např. že na nich ukážou následující vyšetření, aby dítě nemělo strach. Podle R1, R4 a R6 je důležitý milý a empatický přístup. R3 a R5 vždy volí komunikaci přiměřenou věku. R5 a R6 jsou toho názoru, že by se neměly používat odborné termíny. Zásadní je taky podle R1 a R6 uklidnění dítěte pro provedení vyšetření a odebrání kvalitní anamnézy. R4 a R6 ještě uvedli správnou neverbální komunikaci, především aby oči byly ve stejné výškové úrovni. R2 a R3 se shodli, že je vhodné vše dostatečně vysvětlit a ukazovat předem, aby se dítě nebálo. R4 navíc uvedl, že se snaží dítě rozptýlit, aby to pro něj nebylo tolik stresující a podle R6 není vhodné říkat dopředu ukvapené závěry před dítětem. Jako hlavní komplikaci u druhé podkategorie uvedli všichni respondenti nespolupráci dítěte při odebrání kvalitní anamnézy a poskytování neodkladné péče. Jako další komplikaci uvedli R1, R2, R4, R5 a R6 křik, pláč a dětskou agresi v průběhu vyšetření. R3, R4 a R6 ještě uvedli úplné odmítnutí péče a R1 a R5 nezískání důvěry jako jedny z dalších komplikací. R2 ještě dodal útěk dítěte a R3 stres rodičů vyhrocující celou situaci. U třetí podkategorie se R3, R4, R5 a R6 shodli, že je důležité do konverzace zapojit jak dítě, tak i rodiče, ale především dítě pro získání důvěry. Rodiče mohou pouze doplnit informace, které dítě ještě neví. R1, R2 i R3 podotknuli, že vždy záleží na situaci, věku a vyspělosti daného dítěte. Konkrétně R1 řekl: „*Vždy záleží na dané situaci. Pokud dítě brečí nebo má obrovské bolesti nebo není schopno z jakéhokoliv jiného důvodu patřičně a efektivně komunikovat, tak je lepší komunikovat s rodiči.*“ U poslední podkategorie ohledně získávání důvěry dítěte se R1, R2, R3, R5 a R6 shodli, že pokud to je vhodné, tak použijí plyšovou hračku, která se nachází v záchranářském autě. R1 a R5 uvedli nalezení společného tématu jako prostředek získání si důvěry dítěte. Podle R4 a R5 by se měly děti oslovovat křestním jménem, a i se jim křestním jménem představit. R3 ještě dodal lichocením dětem pro získání jejich důvěry.

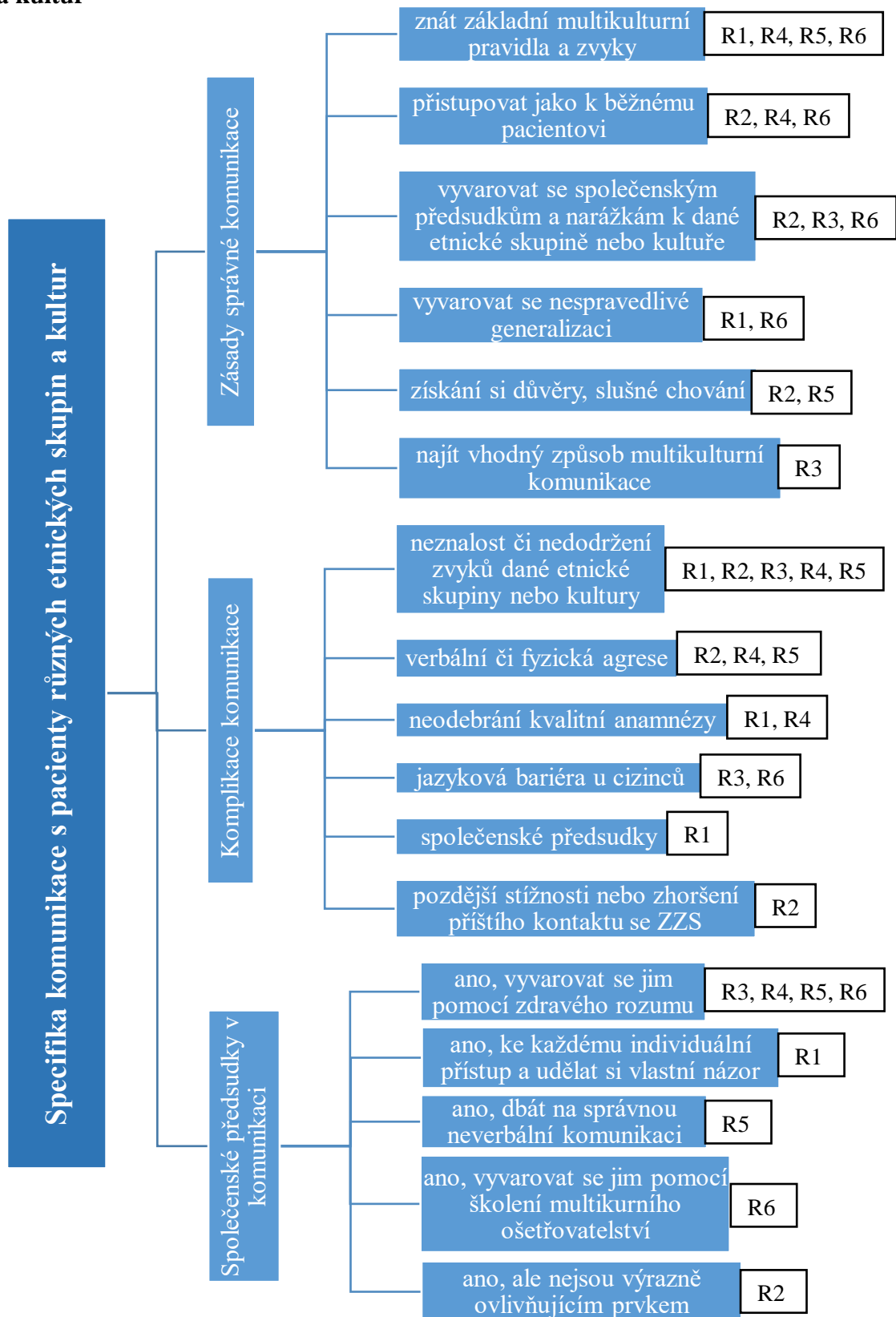
3.4.5 Kategorie IV Specifika komunikace s geriatrickými pacienty



Obrázek 4 Specifika komunikace s geriatrickými pacienty

Obrázek 4 podává informace od respondentů ohledně Kategorie IV, která se dělí do 3 podkategorií. První podkategorie se soustředí na správné zásady komunikace s geriatrickými pacienty, druhá podkategorie na možné komplikace u takové komunikace a třetí na četnost výjezdů ZZS k seniorům z důvodu pocitu osamělosti. V první podkategorii uvedli R1, R2, R3, R4 a R5, že hlavní zásadou je mluvit na seniory pomalu a dostatečně srozumitelně. R1, R3 a R5 dále uvedli trpělivost a pochopení pro seniory. Podle R2, R4 a R6 by se neměly používat odborné termíny. R4, R5 a R6 jsou toho názoru, že při komunikaci se seniory by se měla používat správná neverbální komunikace, konkrétně využívat iniciační doteky, oči mít ve stejné úrovni a dodržovat vhodnou komunikační vzdálenost. R1 a R5 dále zmínili asertivní jednání. R1 spolu s R4 jsou také toho názoru, že by zdravotničtí záchranáři měli používat vhodnou hlasitost, aby nekřičeli nebo nemluvili příliš potichu. Podle R6 je velmi důležité vyvarovat se elderspeaku a zdětinšťování seniora, a že by se k němu mělo mluvit s respektem ke stáří. R2 podotkl, že důležité je seniorům vše pořádně vysvětlit a dbát na zpětnou vazbu. R5 ještě zmínil přizpůsobení komunikace zdravotnímu stavu seniora, používat krátké věty a být dostatečně empatický. R3 dodal, že by ZZ neměl být direktivní a měl by se přizpůsobit tempu seniora. Mezi komplikace u druhé podkategorie uvedli R1, R2, R4, R5 a R6 vzájemné nepochopení si nebo nepochopení sdělovaného. R1 a R2 zmínili strach či agresi pacienta při nesprávné komunikaci nebo z nedostatku informací. R3 a R6 jsou také toho názoru, že za komplikacemi mohou stát i různé komorbidity seniora, jako např. stařecká demence, DM nebo amentní stav. R3 a R4 taky uvedli, že komplikací mohou být i zkreslené či nepřesné informace poskytnuté od seniora. Podle R6 může komplikace vyvolat i špatně zvolená hlasitost a R5 ještě uvedl nezískání důvěry. U poslední podkategorie odpověděli všichni respondenti kromě R4, že výjezdy z důvodu osamělosti seniorů jsou poměrně časté a nejvíce jich je kolem svátku. R1 řekl: „*Je to většina výjezdů ke geriatrickým pacientům. Často však stačí jen se k nim posadit, popovídat si, probrat jejich stav, vysvětlit jim celou situaci a oni poté zjistí, že vlastně ani do nemocnice nepotřebují. Většinou si opravdu stačí jen popovídat.*“ Podle zkušeností R4 jsou tyto výjezdy pouze nárazové v době svátků.

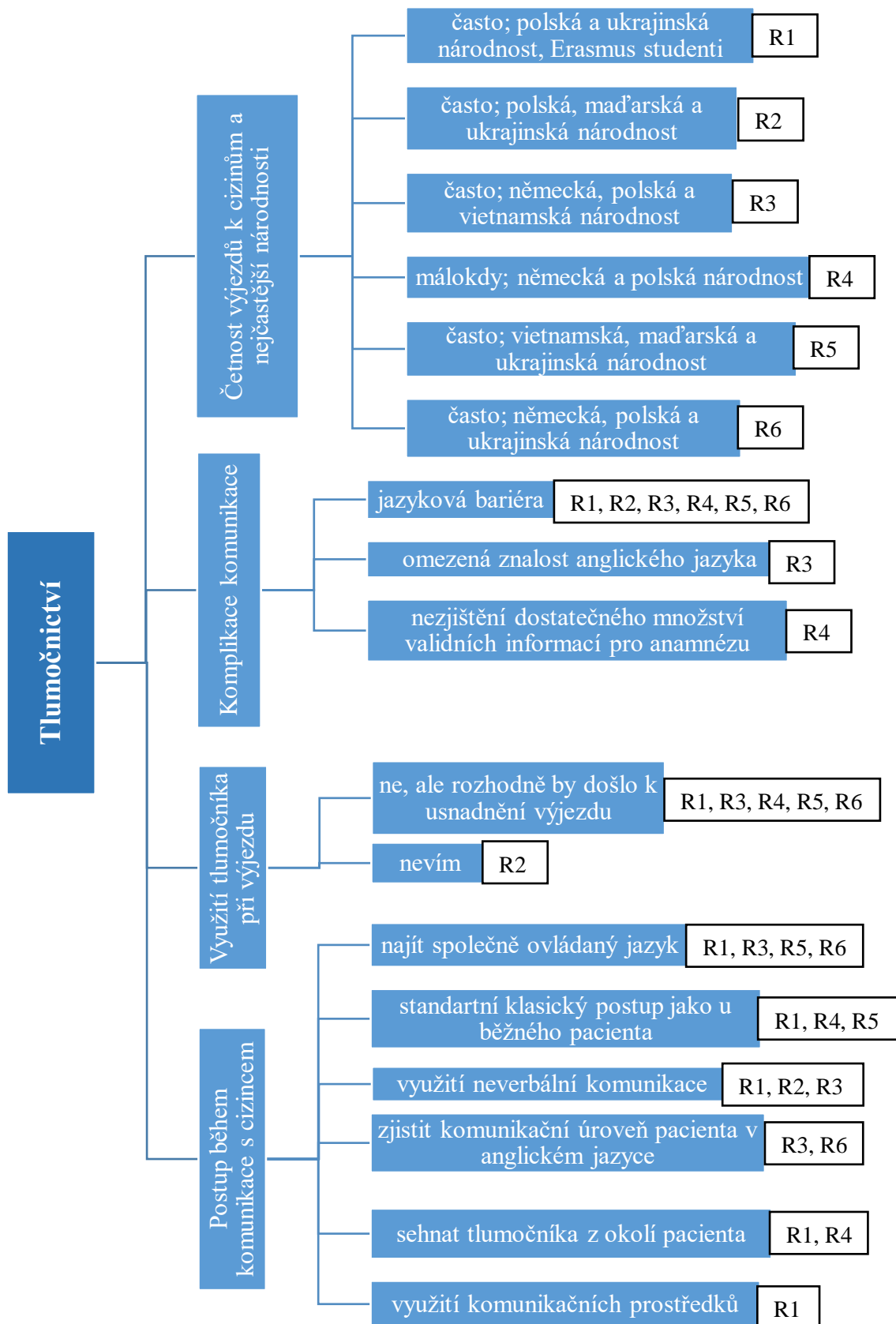
3.4.6 Kategorie V Specifika komunikace s pacienty různých etnických skupin a kultur



Obrázek 5 Specifika komunikace s pacienty různých etnických skupin a kultur

Obrázek 5 obsahuje data získaná od respondentů ke Kategorii V, která je rozdělena do 3 podkategorií. První podkategorie jsou správné obecné zásady komunikace s pacienty různých etnických skupin a kultur, druhá se zaměřuje na komplikace narušující komunikaci s těmito pacienty a poslední na společenské předsudky v komunikaci ZZ s touto skupinou pacientů a jak se jim vyvarovat. Na první podkategorii odpověděli R1, R4, R5 a R6, že nejdůležitější obecnou správnou zásadou je znalost základních multikulturních zvyků, pravidel a tradic. Podle R2, R4 a R6 by se k těmto pacientům mělo přistupovat jako k naprosto běžným pacientům. R2, R3 a R6 jsou toho názoru, že by se ZZ měli vyvarovat u daných etnických skupin a kultur společenským předsudkům a narážkám k náboženství, barvě pleti, způsobu života apod. R1 a R6 si myslí, že je nevhodné nespravedlivě generalizovat všechny pacienty dané etnické skupiny, laicky řečeno házet všechny do jednoho pytle. Podle R2 a R5 jsou základem úspěšného jednání získání si důvěry a slušné chování. R3 zmínil jako důležitou obecnou zásadu nalezení vhodného způsobu multikulturní komunikace. Jako komplikace uvedli R1, R2, R3, R4 a R5 neznalost či nedodržení kulturních zvyků a pravidel dané etnické skupiny nebo kultury. R2, R4 a R5 jako další příklad uvedli verbální či fyzickou agresi, R3 a R6 zmínili jazykovou bariéru u cizinců. R1 a R4 dále uvedli neodebrání kvalitní anamnézy jako další komplikaci. R1 dodal ještě společenské předsudky a R2 dodal pozdější stížnosti nebo zhoršení až vyhocení příštího kontaktu se ZZS. U poslední podkategorie, zda jsou společenské předsudky velkým prvkem ovlivňujícím komunikaci ZZ s touto skupinou pacientů odpověděli všichni ano. Pouze R2 odpověděl: „*Ano, předsudky se objevují vždy minimálně do doby, než zjistíme pacientův zdravotní stav. Nemyslím si však, že jsou velkým a výrazným prvkem v komunikaci během neodkladné péče.*“ Na dodatkovou otázku, jak se předsudkům vyvarovat odpověděli R3, R4, R5 a R6 pomocí zdravého rozumu. R3 konkrétně řekl: „*Ano, předsudky pramení ze zkušeností nebo mohou pramenit i třeba ze syndromu vyhoření. Důležité je však vždy se jim vyvarovat na základě dodržení správné psychohygieny a pomocí zdravého rozumu.*“ R1 řekl, že pro vyvarování se předsudkům je důležité ke každému pacientovi přistupovat individuálně a vždy si udělat vlastní názor. Podle R5 je taky správné dát si pozor na nevhodnou neverbální komunikaci jako např. protáčení očí či přehnaná vzdálenost od pacienta. R6 ještě dodal, že vhodné by bylo školení ohledně správného chování a komunikace v multikulturním ošetřovatelství.

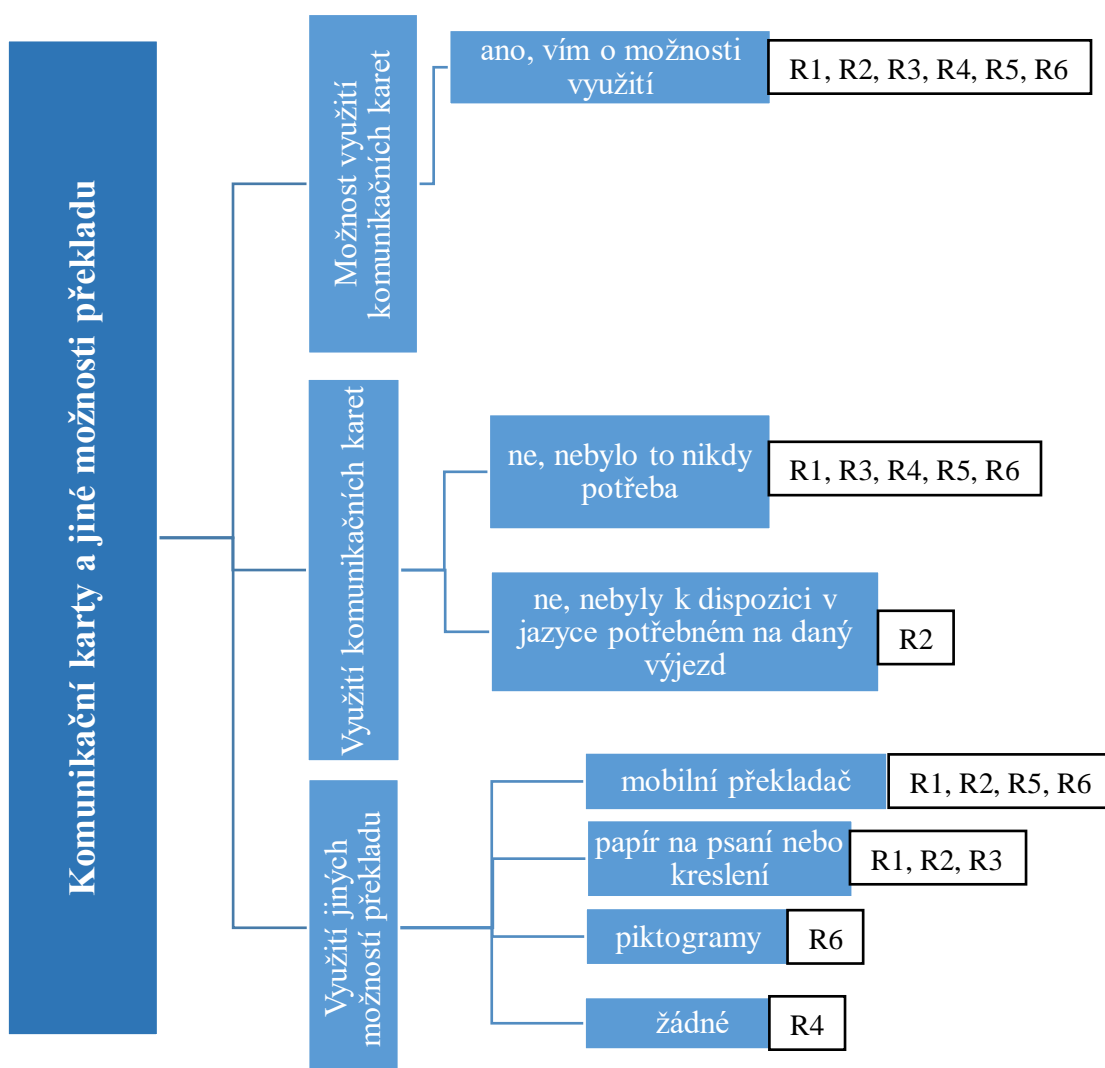
3.4.7 Kategorie VI Tlumočnictví



Obrázek 6 Tlumočnictví

Obrázek 6 obsahuje informace od respondentů ke Kategorii VI, která se rozděluje do 4 podkategorií. První podkategorie se soustředí na četnost setkávání se s cizojazyčnými pacienty, a které národnosti jsou nejčastější, druhá podkategorie na největší komplikace při komunikaci s cizojazyčným pacientem, třetí na možnost využití služeb tlumočnicka a poslední na využití speciálního postupu během komunikace s cizojazyčným pacientem. Na první podkategorii odpověděli R1, R2, R3, R5 a R6, že výjezdy k cizojazyčným pacientům jsou časté, pouze R4 odpověděl, že jsou málokdy. R1, R2, R3, R4 a R6 zmínili polskou národnost jako nejčastější. Dále R1, R2, R5 a R6 označili ukrajinskou národnost jako velmi častou. R3, R4 a R6 pokračovali dále německou národností. R2 a R5 zmínili také maďarskou národnost a R5 spolu s R3 také vietnamskou národnost. Pouze R1 zmínil navíc také Erasmus studenty. Jako největší komplikaci všichni respondenti usoudili jazykovou bariéru. R3 ještě dodal omezenou znalost anglického jazyka jak ze své strany, tak ze strany pacienta a R4 dodal nezískání dostatečného množství validních informací pro kvalitní anamnézu. R1, R3, R4, R5, R6 se shodli, že možnost využití tlumočnických služeb na ZZS nemají, ale kdyby měli, tak by došlo k výraznému ulehčení získávání informací od cizojazyčného pacienta. R2 odpověděl: *„Nevím, jestli tu možnost máme a nevím, jestli by to vůbec bylo možné přes dispečink ZZS. Vím pouze o možnosti využití tlumočnicka přes 112.“* U podkategorie, zda ZZ využívají nějaký speciální postup při komunikaci s cizojazyčným pacientem, odpověděli R1, R3, R5 a R6, že nejprve se snaží najít společně ovládaný jazyk. R1, R4 a R5 normálně využívají klasický postup vyšetření jako u běžného pacienta s následným rychlým transportem do nemocničního zařízení. R1, R2 a R3 se shodli, že když selže verbální komunikace, tak začnou využívat hlavně komunikaci neverbální, tzv. domluvu rukama nohama. R3 a R6 obvykle zjišťují komunikační úroveň pacienta v anglickém jazyce. R1 a R4 se obvykle snaží sehnat tlumočnicka z okolí pacienta, např. příbuzného pacienta. R1 ještě dodal využívání komunikačních prostředků, např. komunikačních karet, piktogramů aj.

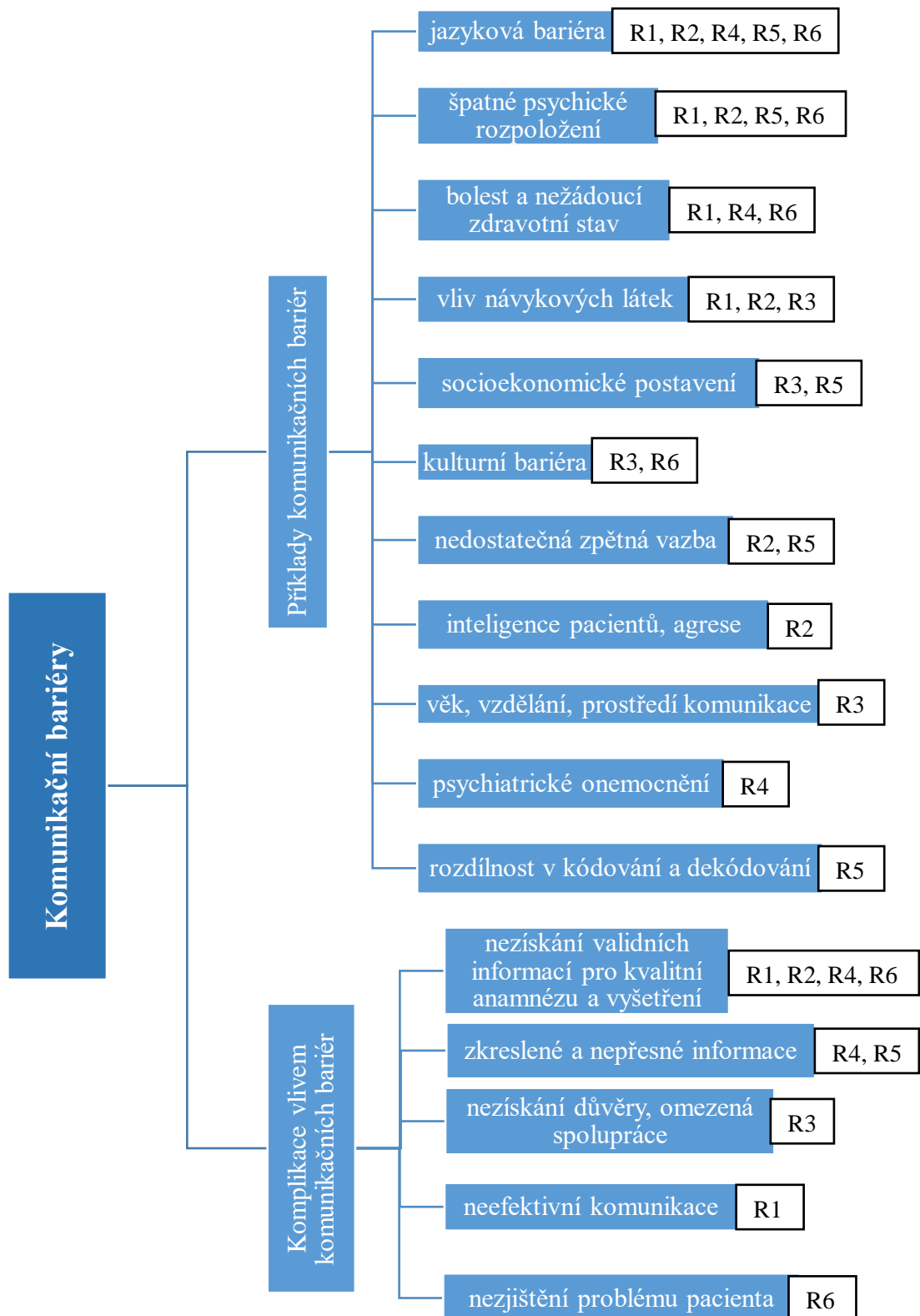
3.4.8 Kategorie VII Komunikační karty a jiné možnosti překladu



Obrázek 7 Komunikační karty a jiné možnosti překladu

Obrázek 7 popisuje odpovědi respondentů ke Kategorii VII, která se dělí do 3 podkategorií. První podkategorie se zaměřuje na znalost ZZ o možnosti používání komunikačních karet, druhá podkategorie na jejich využití a třetí na využití jiných možností překladu. Všichni respondenti ví o možnosti využití komunikačních karet, ale nikdo z nich je ještě nevyužil. R1, R3, R4, R5 a R6 je nevyužili, protože to nebylo nikdy potřeba. R2 je nevyužil, protože nebyly k dispozici v jazyce, ve kterém pro daný výjezd potřeboval. U podkategorie jiných možností překladu odpověděli R1, R2, R5 a R6 mobilní překladač. R1, R2 a R3 ještě zmínili papír na psaní nebo kreslení. R6 využil jednou piktogramy, akorát ne u cizince, a R4 nepoužívá žádné jiné možnosti překladu.

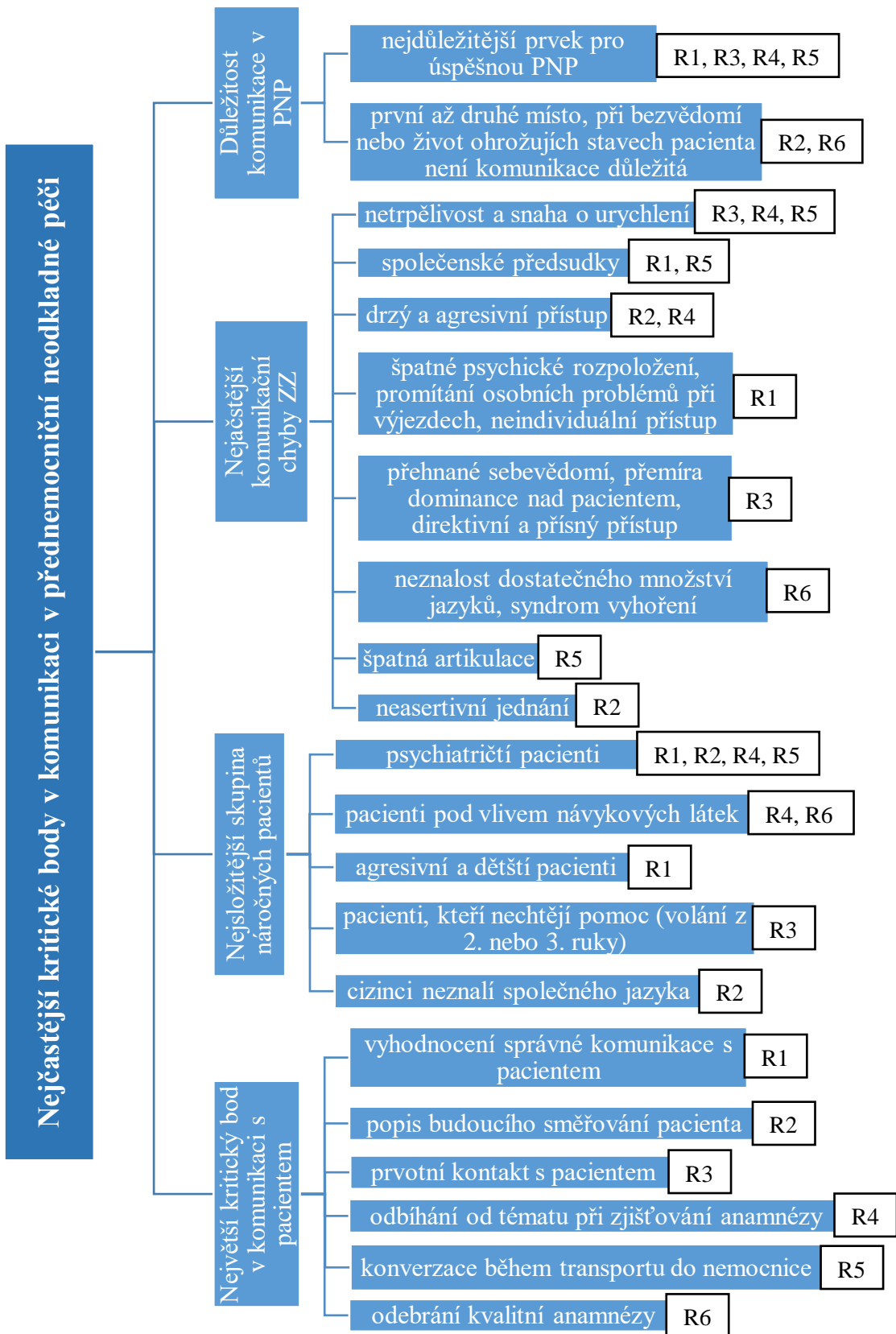
3.4.9 Kategorie VIII Komunikační bariéry



Obrázek 8 Komunikační bariéry

Obrázek 8 nás informuje o odpovědích respondentů ke Kategorii VII, jenž se dělí na 2 podkategorie. První se zajímá o znalost a příklady komunikačních bariér a druhá na komplikace během výjezdu vlivem komunikačních bariér. U první podkategorie odpověděli R1, R2, R4, R5 a R6 jazyková bariéra. R1, R2, R5 a R6 dále řekli špatné psychické rozpoložení. R1, R4 a R6 zmínili bolest a pacientův nežádoucí zdravotní stav. Podle R1, R2 a R3 sem patří i vliv alkoholu a návykových látek jako jedna z dalších bariér. R3 a R5 myslí, že jednou z komunikačních bariér je socioekonomické postavení. R3 a R6 taky zmínili kulturní bariéru. R2 a R5 se shodli na nedostatečné zpětné vazbě. R2 ještě dodal inteligence a agrese pacientů jako další komunikační bariéry. R3 doplnil svou odpověď o věk, vzdělání a prostředí komunikace. Podle R4 to je psychiatrické onemocnění a R5 dodal rozdílnost v kódování a dekodování sdělovaných a přijímaných informací. U podkategorie komplikací odpověděli R1, R2, R4 a R6 nezískání validních informací pro kvalitní anamnézu a následné vyšetření. R4 a R5 ještě zmínili nepřesné a zkreslené informace poskytnuté od pacientů jako další komplikaci. R3 podotknul, že sem patří také nezískání důvěry pacienta a omezení jeho spolupráce. Podle R1 způsobují komunikační bariéry neefektivní komunikaci a R6 nakonec dodal nezjištění problému pacienta vlivem nějaké komunikační bariéry.

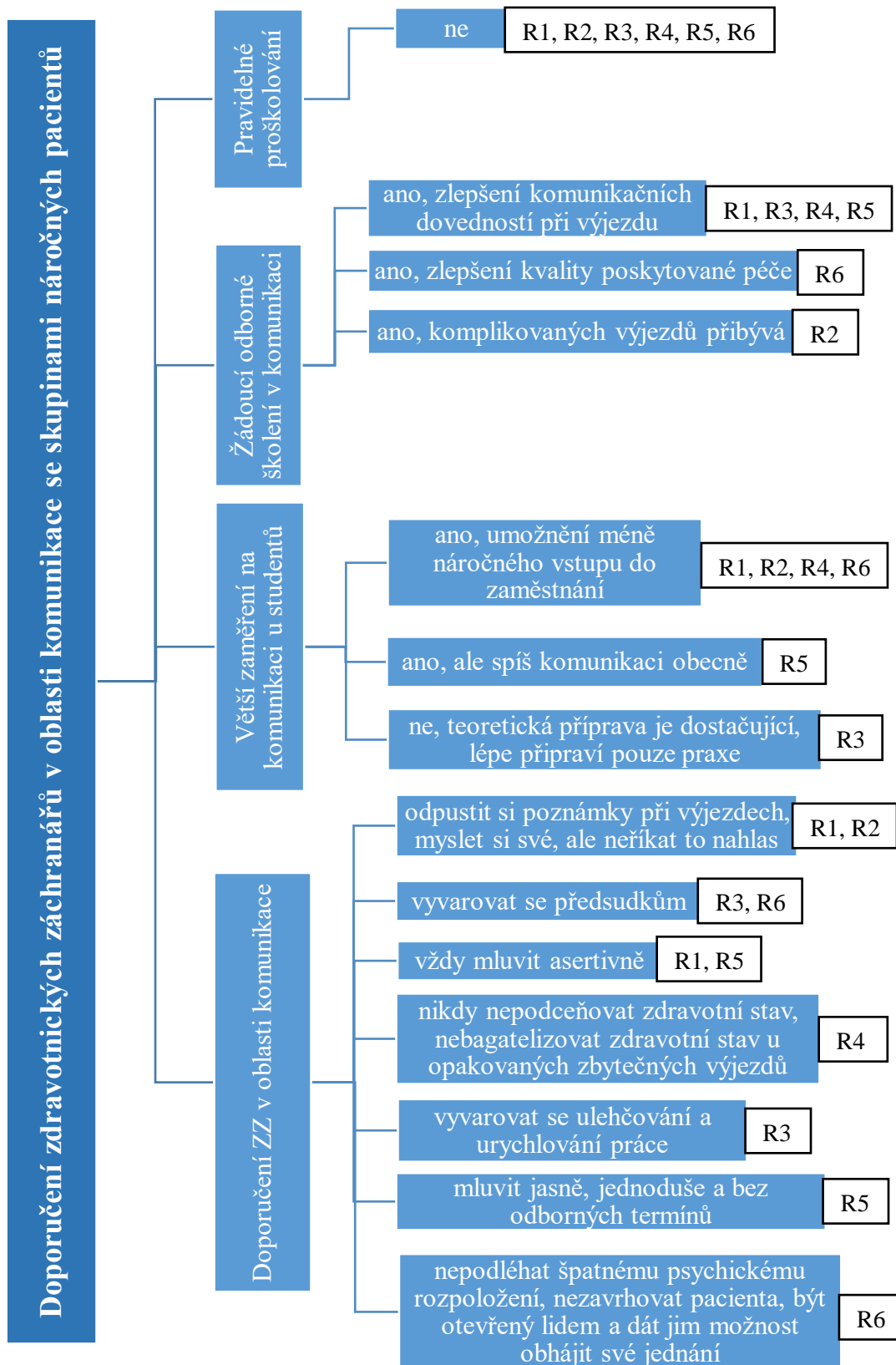
3.4.10 Kategorie IX Nejčastější kritické body v komunikaci v přednemocniční neodkladné péči



Obrázek 9 Nejčastější kritické body v komunikaci v přednemocniční neodkladné péči

Obrázek 9 zobrazuje Kategorii IX, která je rozdělena do 4 podkategorií. První podkategorie se zaměřuje na důležitost komunikace při poskytování PNP, druhá na nejčastější komunikační chyby zdravotnických záchranářů, třetí na příklad nejsložitější skupiny náročných pacientů a poslední podkategorie na největší kritický bod při komunikaci s každým pacientem. U první podkategorie uvedli R1, R3, R4 a R5, že komunikace je základním prvkem pro poskytnutí té nejlepší možné přednemocniční neodkladné péče. R2 a R6 jsou toho názoru, že je komunikace na prvním až druhém místě, protože při bezvědomí nebo jiných život ohrožujících stavech není komunikace tak důležitá, jako třeba zajištění základních životních funkcí. U druhé podkategorie uvedli R3, R4 a R5 jako komunikační chyby nedostatek trpělivosti a snahu o urychlení výjezdu. R1 a R5 uvedli jako další společenské předsudky, kterým se někteří ZZ nedokážou vyvarovat. Podle R2 a R4 sem patří dále drzý až agresivní přístup posádky ZZS. R1 odpověděl ještě špatné psychické rozpoložení ZZ, promítání osobních problémů do výjezdu a neindividuální přístup k pacientům. R3 zmínil přehnané sebevědomí, přemíra dominance ZZ nad pacientem, direktivní a přísný přístup. Podle R6 patří do nejčastějších komunikačních chyb také neznalost dostatečného množství cizích jazyků a jednání při syndromu vyhoření. R5 navíc dodal špatná artikulace a R2 neasertivní jednání. Ve třetí podkategorii zvolili R1, R2, R4 a R5 jako nejsložitější skupinu náročných pacientů psychiatrické pacienty. R4 a R6 dále zmínili pacienty pod vlivem návykových látek. Podle R1 sem patří i agresivní nebo dětští pacienti a podle R2 cizinci neznalí společného jazyka. R3 odpověděl: „*Jako skupinu pacientů, se kterou je nejsložitější komunikace bych označil pacienty, kteří nechtějí nebo nepotřebují pomoc. ZZS jim zavolal někdo z 2. nebo 3. ruky a oni o tom třeba ani nevěděli.*“ Jako největší kritický bod při komunikaci s každým pacientem uvedl R1 vyhodnocení a rozhodnutí se pro správnou komunikaci s daným pacientem. R2 uvedl popis následného postupu, co se s pacientem bude dít dál, tedy jeho budoucí směřování. Pro R3 to je prvotní kontakt s pacientem. R4 má největší problém, když pacient stále odbíhá od tématu při odběru anamnézy. Podle R5 to je konverzace s pacientem během transportu do nemocnice pro odvedení pozornosti od zdravotního stavu. A R6 odpověděl odebrání validní anamnézy.

3.4.11 Kategorie X Doporučení zdravotnických záchranářů v oblasti komunikace se skupinami náročných pacientů



Obrázek 10 Doporučení zdravotnických záchranářů v oblasti komunikace se skupinami náročných pacientů

Obrázek 10 zobrazuje odpovědi respondentů u Kategorie X, která je rozdělena do 4 podkategorií. První podkategorie se zaměřuje na pravidelné proškolení ZZ v komunikaci se skupinami náročných pacientů, druhá podkategorie na nutnost odborného školení v takové komunikaci, třetí podkategorie na názor ZZ, zda by se už příprava na povolání ZZ měla zaměřit víc na takovou komunikaci a proč. Čtvrtá na doporučení nově nastupujícímu ZZ, čemu se vyvarovat v komunikaci. Na první podkategorii odpověděli všichni respondenti, že žádné pravidelné školení v oblasti komunikace se skupinami náročných pacientů není. R1 dodal: „*Pravidelně proškolení nejsme. Někdy jsou však k dispozici semináře ohledně komunikace, které jsou ale nepravidelně.*“ U druhé podkategorie se znova všichni respondenti shodli, že by bylo žádoucí odborné školení v komunikaci se skupinami náročných pacientů. Podle R1, R2, R4 a R5 by školení bylo přínosné pro zlepšení komunikačních dovedností. R6 taky souhlasí s odborným školením, jen jako důvod uvedl zlepšení kvality poskytované přednemocniční neodkladné péče. R3 taktéž souhlasí s důvodem, že stále více přibývá komplikovaných výjezdů a špatná komunikace může výrazně výjezd zkomplikovat. U třetí podkategorie se R1, R2, R4 a R6 shodli, že už příprava na povolání ZZ během studia by se měla více zaměřit na komunikaci se skupinami náročných pacientů, protože v budoucnu by to umožnilo studentům méně náročný vstup do zaměstnání. R5 si myslí, že během studia by se mělo spíš zaměřit na obecnou část komunikace. Opačný názor má R3, který nesouhlasil a řekl: „*Věřím, že teoretická příprava během studia je dostatečná, lépe připraví pouze samotná praxe. Komunikaci si člověk stejně nenacvičí, někdo to v sobě má a komunikuje lépe než ostatní.*“ U poslední podkategorie by R1 a R2 doporučili odpustit si poznámky během výjezdů, myslet si své, ale neříkat to nahlas. R3 a R6 by doporučili vyvarovat se předsudkům. R1 a R5 doporučili vždy asertivní jednání. R4 podotknul, že by se nikdy neměl podceňovat zdravotní stav pacienta, nebagatelizovat zdravotní stav u opakovaných zbytečných výjezdů. R3 dodal ještě vyvarovat se ulehčování a urychlování si práce. Podle R5 je důležité taky mluvit jasně, jednoduše a bez odborných termínů a R6 doporučuje nepodléhat špatnému psychickému rozpoložení, nezavrhovat pacienty, být k nim otevřený a dát jim šanci obhájit své jednání.

3.5 Analýza výzkumných cílů a otázek

Pro empirickou část této bakalářské práce byly na základě rozboru odborné literatury stanoveny 4 výzkumné cíle. První výzkumný cíl byl: **Zjistit specifika komunikace zdravotnických záchranářů v praxi.** K tomuto cíli byla vytvořena výzkumná otázka: **Jaké specifika komunikace musí zdravotničtí záchranáři dodržovat při komunikaci v praxi?** V rozhovoru jsme tento výzkumný cíl a otázku zahrnuli do kategorií I-V. Každá z kategorií byla podle otázek z rozhovorů rozdělena na podkategorie. Kategorie I byla rozdělena na správné zásady komunikace s agresivními pacienty, možné komplikace komunikace s touto skupinou a možnost využití součinnosti PČR při výjezdech. Většina respondentů by nešla do konfliktu a nenechala se vyprovokovat. Důležité je vždy jednat v klidu, snažit se pacienta uklidnit a k tomu využít patřičnou komunikaci verbální i neverbální. Dále se odpovědi shodovaly na důležitosti slušného chování za účelem navázání důvěry a na zásadě nepřesvědčovat agresivního pacienta o opaku jeho pravdy. Na největší komplikaci se všichni respondenti shodli a uvedli fyzické napadení doprovázené možnou verbální agresí, problém s navázáním důvěry a s tím následně spojené odmítnutí PNP až možný útěk pacienta. Většina respondentů je toho názoru, že PČR odvádí při komunikaci s agresivními pacienty profesionální práci i za předpokladu, že by jejich přítomnost při výjezdu mohla u pacientů způsobit vystupňování agrese. Kategorie II byla rozdělena na správné zásady komunikace se zdravotně znevýhodněnými pacienty, možné komplikace během rozhovoru s touto skupinou a na upřednostnění pacienta nebo jeho doprovodu během komunikace při výjezdu. Všichni respondenti se shodli na nalezení vhodného způsobu komunikace s ohledem na druh zdravotního znevýhodnění a mentální úrovni daného pacienta. Zároveň je podle tří respondentů důležité pokusit se pacienta nediskriminovat odlišováním od běžných pacientů. Další často zmiňované správné zásady byly vysoká míra empatie, pokusit se pacientům vše oznamovat dostatečně předem (obzvláště nevidomým pacientům) a využití vhodné neverbální komunikace. U hluchoněmých pacientů se dá využít komunikačních karet při nemožnosti efektivní komunikace jiným způsobem. Mezi největší komplikace u těchto pacientů patří obecně neporozumění sdělovanému a s tím následně spojený vznik nedůvěry a možná stresová reakce pacienta, jak uvedli tři respondenti. Pro zapojení do rozhovoru během výjezdu by většina respondentů volila hlavně pacienta pro získání vzájemné důvěry a maxima validních informací, ovšem jak uvedli dva respondenti, tak vždy záleží na dané situaci a schopnosti efektivní komunikace daného pacienta. Kategorie

III byla obdobně rozdělena jako předchozí kategorie s rozdílem zaměření na dětské pacienty. Způsob komunikace s dětmi se leckdy liší hlavně z důvodu věku, různé mentální vyspělosti a schopnosti komunikovat, proto je důležité tomu přizpůsobit vhodnou komunikaci. Většina respondentů se shodla, že zásadní pro správný průběh PNP je získání si důvěry dítěte, buď pomocí rodiče nebo vlastních komunikačních dovedností a nápadů. Dále je na místě milý a empatický přístup doprovázený správnou verbální i neverbální komunikací. Všichni respondenti uvedli, že mezi komplikace komunikace s dítětem patří nespolupráce dítěte, nenavázání důvěry, křik, pláč, dětská agrese až následné odmítnutí PNP. Do rozhovoru je podstatné zapojit jak dítě, tak i rodiče podle většiny respondentů. Vždy záleží na různých okolnostech, koho při komunikaci během daného výjezdu zrovna upřednostnit. Kategorie IV se zaměřuje na geriatrické pacienty, konkrétně na správné zásady komunikace, druhy komplikací při komunikaci a četnost výjezdů k těmto pacientům z důvodu pocitu osamělosti. Znevýhodnění těchto pacientů oproti běžným pacientům spočívá ve fyziologických změnách spojených s procesem stárnutí. Veškeré fyziologické postupy jsou s ohledem na stáří zpomalené, a proto je nutné přistupovat ke každému seniorovi individuálně a najít tak vhodný způsob komunikace. Většina respondentů se shodla na pomalé a srozumitelné konverzaci s patřičnou dávkou trpělivosti, porozumění a dbát na správnou neverbální komunikaci. Komplikací je časté nepochopení sdělovanému z důvodu nedostatečné zpětné vazby, komorbidit ovlivňující vnímání a chápání pacienta nebo strach až agrese z důvodu nevhodné neverbální komunikace. Vzhledem k četnosti výjezdů ZZS k seniorům z důvodu osamělosti se většina respondentů shodla, že takové výjezdy jsou velmi časté a v období svátků nejvíce. Jediný respondent byl toho názoru, že takové výjezdy jsou pouze nárazové a taktéž v období svátků. Poslední Kategorie V se také rozdělna na 3 podkategorie. U první podkategorie správných zásad komunikace s pacienty různých etnických skupin a kultur se čtyři respondenti shodli na důležitosti základní znalosti multikulturních zvyků a tradic. K pacientovi přistupovat běžným způsobem bez různých předsudků a narážek k jeho etniku. Neznalost či nedodržení zvyků dané etnické skupiny nebo kultury může vést ke komplikacím spojeným s agresí či vznikem komunikační bariéry a následnou potíží s poskytnutím PNP. Podle všech respondentů jsou společenské předsudky velkým prvkem ovlivňujícím komunikaci během výjezdů a vyvarovat se jim jde zejména pomocí zdravého rozumu a racionálního uvažování, popř. pomocí odborného školení, které by ZZ přiblížilo a pomohlo pochopit zvyky, tradice a pravidla jednotlivých etnických skupin a kultur.

Druhý výzkumný cíl byl: **Zjistit prostředky komunikace zdravotnických záchranářů s cizinci.** K tomuto cíli byla vytvořena výzkumná otázka: **Jaké prostředky využívají zdravotničtí záchranáři při komunikaci s cizinci?** Výzkumný cíl a otázka byly v rozhovoru zahrnuty do Kategorí VI a VII. Analýza Kategorie VI zobrazuje četnost výjezdů ZZS k cizojazyčným pacientům a nejčastější národnosti, možné komplikace při výjezdech, možnost využití tlumočnických služeb, a zda využívají ZZ nějaký speciální postup při komunikaci s cizincem pro sběr anamnézy nebo vyšetření v PNP. Z odpovědí respondentů je jasné, že výjezdy k cizincům jsou poměrně časté. Odpovědi respondentů na nejčastější národnosti se však celkem lišily. Podle respondentů jsou nejčastějšími národnostmi německá a polská. Další velmi často zmiňovanou národností byla ukrajinská a za zmínku určitě stojí i národnosti vietnamská a maďarská, které byly zmíněny dvěma respondenty. Hlavní komplikací v komunikaci je podle všech respondentů jazyková bariéra. Respondenti nemají možnost využití tlumočnicka během výjezdu, ale kdyby měli, tak by došlo k ulehčení získávání informací od pacienta. Na otázku speciálního postupu při komunikaci s cizincem nejvíce respondentů odpovědělo, že základem je najít společně užívaný jazyk, jinak se využívá standartní postup vyšetření jako u česky mluvícího pacienta. Pokud se nepovede najít společně užívaný jazyk, využívají respondenti neverbální komunikaci nebo hledají tlumočnicka z okolí pacienta. Kategorie VII se zaměřuje na využití komunikačních prostředků pro komunikaci s pacienty nemluvícími česky nebo jinak komunikačně znevýhodněnými pacienty. Všichni respondenti ví o možnosti využití komunikačních karet, ale nikdo z nich je ještě nevyužil. U podkategorie jiných možností překladu odpovědělo nejvíce respondentů mobilní překladač, dále tužku a papír na psaní nebo kreslení a jeden z respondentů využil dokonce piktogramy.

Třetí výzkumný cíl byl: **Zjistit kritické body komunikace zdravotnických záchranářů v praxi.** K tomuto cíli byla přidělena výzkumná otázka: **Jaké jsou kritické body komunikace zdravotnických záchranářů v praxi?** Výzkumný cíl a otázka byly v rozhovoru zahrnuty do Kategorí VIII a IX. Obě Kategorie byly rozděleny v rámci rozhovoru na několik podkategorií. Kategorie VIII zobrazuje komunikační bariéry a to, jak mohou zkomplikovat výjezd. Nejvíce respondentů odpovědělo jazykovou bariérou, pak také špatné psychické rozpoložení z obou stran, bolest a nežádoucí zdravotní stav či vliv návykových látek. Hlavní komplikací je nezískání cenných informací pro anamnézu a následné vyšetření nebo získání zkreslených a nepřesných informací. Kategorie IX podává informace o důležitosti komunikace v PNP, o komunikačních chybách ZZ, názoru

na nesložitější skupinu náročných pacientů v komunikaci a největším kritickým bodu během komunikace ZZ s každým pacientem. Podle čtyř respondentů je komunikace nejdůležitějším prvkem PNP, dva respondenti jí přisuzují až druhé místo z důvodu nemožnosti komunikovat s pacientem v bezvědomí nebo při jiných život ohrožujících stavech. Mezi nejčastější komunikační chyby ZZ uvedli respondenti nedostatek trpělivosti, společenské předsudky a drzý až agresivní přístup. Jako nejsložitější skupinu náročných pacientů zvolili čtyři respondenti psychiatrické pacienty. Dále se odpovědi různily, a to i v poslední podkategorii, kde měli ZZ určit největší kritický bod při jejich komunikaci s pacientem. Zmíněno bylo vyhodnocení správné komunikace, popis budoucího směřování, prvotní kontakt, odbíhání od tématu při odběru anamnézy, konverzace během transportu do nemocnice nebo odebrání kvalitní anamnézy.

Čtvrtý výzkumný cíl byl: **Zjistit doporučení zdravotnických záchranářů v oblasti komunikace v praxi.** Tomuto cíli náleží výzkumná otázka: **Jaké doporučení navrhuji zdravotničtí záchranáři v oblasti komunikace v praxi?** Výzkumný cíl i otázka byly zahrnuty do Kategorie X, která byla rozdělena do čtyř podkategorí. U podkategorie pravidelného proškolení v oblasti komunikace se skupinami náročných pacientů odpověděli všichni respondenti, že nejsou. Na navazující podkategorii, zda by odborné školení v takové komunikaci bylo žádoucí, odpověděli všichni respondenti ano. Hlavně z důvodu zlepšení komunikačních dovedností a kvality poskytované PNP během výjezdu. Další podkategorie se soustředila na větší zaměření na komunikaci se skupinami náročných pacientů během studia. Většina respondentů se shodla, že by došlo ke zlepšení komunikačních dovedností studentů během výjezdu, a později k méně náročnému vstupu do zaměstnání. Pouze jeden respondent byl toho názoru, že teoretická výuka komunikace je během studia dostatečná a lépe připraví pouze praxe. Doporučení ZZ u poslední podkategorie se poměrně různila. Za zmínku rozhodně stojí odpustit si poznámky při výjezdu, vždy si myslet své, ale neříkat to nahlas. Dále se vyvarovat různým předsudkům, pokusit se jednat vždy asertivně, mluvit jasně a bez odborných termínů, nepodceňovat zdravotní stavy, vyvarovat se urychlování práce a nepodléhat při výjezdech špatnému psychickému rozpoložení.

4 Diskuze

Bakalářská práce se zabývá specifiky komunikace zdravotnických záchranářů v praxi. Konkrétně se soustředí na specifika komunikace se skupinami náročných pacientů, prostředky komunikace s cizinci, kritické body při komunikaci a možná doporučení v oblasti komunikace se skupinami náročných pacientů. Zpracování empirické části bylo provedeno pomocí kvalitativní metody výzkumu a pro techniku práce byly zvoleny polostrukturované rozhovory. Rozhovory byly uskutečňovány s respondenty, kteří pracují jako zdravotničtí záchranáři na zdravotnické záchranné službě. V bakalářské práci byly vytyčeny 4 výzkumné cíle a k nim 4 odpovídající výzkumné otázky, které se dále rozdělily pro lepší přehled do 10 kategorií.

Prvním cílem bylo: **Zjistit specifika komunikace zdravotnických záchranářů v praxi.** Respondenti byli dotazováni na správné zásady komunikace s vybranými skupinami pacientů, na možné komplikace probíhající komunikace a na konkrétní otázku vždy danou pro určitou skupinu pacientů. K tomuto cíli bylo přiřazeno 5 Kategorii. **Kategorie I** se zaměřovala na specifika komunikace s agresivními pacienty. Čtyři respondenti se shodli, že základem správných zásad komunikace je neopakovat pacientovu agresi, nenechat se vyprovokovat a nejít s ním do konfliktu. To potvrzuje i Andršová (2012), že je nežádoucí nechat se vyprovokovat či používat protiútok z důvodu možného vystupňování agresivity pacienta. Dále R2, R3 a R5 zmínili klidné a slušné jednání, snaha o uklidnění pacienta, zároveň ho nepřesvědčovat o opaku jeho pravdy, což zmínili R2 a R4. Pokorná et al. (2019) potvrdila, že by u komunikace nemělo chybět aktivní naslouchání, snaha o spolupráci, vznik důvěry a přesvědčení, že chceme pacientovi pomoci, nepoučovat ho, nezaujímat direktivní přístup a rozmyslet si dopředu co říct. Velice důležité je podle R5 a R6 používání správné neverbální komunikace, především dodržovat bezpečnou vzdálenost a omezit gestikulaci. Vhodná vzdálenost je na velikost paže před sebe, zbytečně neprovádět prudké pohyby a omezit gestikulaci, držet s pacientem oční kontakt ve stejné výškové úrovni atd. (Pokorná et al. 2019). R6 by používal neutrální tón hlasu a pokusil se odhadnout chování pacienta. R2 dodal nikdy nebagatelizovat a podceňovat zdravotní stav pacienta. Andršová (2012) tyto odpovědi potvrdila, protože při jednání s pacientem by nikdy nemělo docházet k podceňování a zlehčování jeho stavu, zároveň je vhodné vyhodnocovat signály agresivního chování a po celou dobu mluvit bez emocí za vhodné hlasitosti a intonace. Všichni respondenti

uvedli, že hlavní komplikací je fyzické napadení. R1, R3 a R5 dodali verbální agresí a spolu s R6 ještě nenavázání důvěry z důvodu nevhodné komunikace. Za zmínku stojí i odmítnutí PNP či útěk pacienta. K vulgárním projevům až možnému fyzickému napadení ZZ dochází během PNP poměrně často (Burda, 2014). U podkategorie využití součinnosti PČR během výjezdu odpověděli všichni respondenti, že ji využívají a jsou spokojeni s její prací. Pokud ZOS nevyhodnotí výjezd jako rizikový, tak si ZZ dovolávají na místo PČR sami. Většinou však už při očekávaných problémech v rámci PNP povolává dispečink na místo zásahu PČR (Andršová, 2012). **Kategorie II** se zaměřuje na zdravotně znevýhodněné pacienty. Základem je podle všech respondentů najít vhodný způsob komunikace s ohledem na handicap daného pacienta. Andršová (2012) potvrdila, že je dobré si už předem zjistit o jaký handicap se bude jednat a tím se na komunikaci s pacientem připravit. R1, R5 a R6 jednájí s pacientem jako s běžným, R1 ještě zjišťuje, jak pacient řeší obdobné situace pro snadnější průběh PNP. S pacientem jednáme jako se sobě rovným a informujeme se o jeho soběstačnosti (Andršová, 2012). Podle R4, R5 a R6 je nutné dbát na správnou neverbální komunikaci, především oči ve stejné výškové úrovni a iniciální dotek. Oči je vhodné mít ve stejné výškové úrovni, aby nedocházelo k pocitům nadřazenosti ZZ, doteky jsou v pořádku na horní končetině v oblasti paže (Andršová, 2012). Dále je podle R3, R4, R5 a R6 důležitá vysoká míra empatie a vše oznamovat dostatečně předem, zvláště u nevidomých. R5 ještě dodal nutnou trpělivost při komunikaci a správnou artikulaci. U těchto lidí je nezbytná vysoká míra empatie, taktu, respektu a trpělivosti, u nevidomých vždy informujeme, co právě děláme a co budeme dělat a u sluchově znevýhodněných správně artikulujeme a používáme krátké a stručné věty (Andršová, 2012). Jako hlavní komplikaci odpověděla většina respondentů nepochopení sdělovaného, což může vést k dalším komplikacím jako je vznik nedůvěry, stresová reakce pacienta, nenalezení vhodného komunikačního způsobu, vztek či pláč až vystupňování pacientových problémů. Zdravotníci znatelně vyjadřují pocity nejistoty a strachu z komunikace s handicapovanými pacienty z důvodu nedostatečných komunikačních dovedností nebo neznalosti prostředků dorozumívání se s těmito pacienty, což vede ke vzniku komunikačních bariér (Slowík, 2010). U podkategorie zapojení pacienta nebo jeho doprovodu do rozhovoru se většina respondentů shodla, že je důležité zapojit hlavně pacienta pro získání a prohloubení důvěry a výtěžek maxima validních informací. R5 konkrétně uvedl: *„Do rozhovoru je klíčové zapojit hlavně pacienta pro získání jeho důvěry, ale taky pro získání maxima validních informací z 1. ruky. Doprovodu se vždy ptám pouze na doplňující otázky, nebo když pacient opravdu*

není schopen efektivně komunikovat.“ R2 a R4 ještě dodali, že záleží na situaci, mentální úrovni a schopnosti efektivní komunikace daného pacienta. Andršová (2012) je toho názoru, že žádoucí je vždy komunikovat s pacientem samotným, doprovodu se pouze doptat na doplňující informace, pokud to je nutné. **Kategorie III** se zaměřila na dětské pacienty. Komunikace s dětskými pacienty by měla být vždy přiměřená věku, mentální vyspělosti a schopnosti efektivně komunikovat. To potvrdily i Plevová a Slowik (2010), že je důležité znát rozdíly v komunikaci s dětmi z různých vývojových období, od narození až po adolescentní období. Zásadní je vždy navázání vzájemného vztahu a důvěry s dítětem pro umožnění bezproblémové PNP. S tím může pomoci i rodič, což potvrdila většina respondentů. Proto je vždy důležité zapojit dítě do efektivní komunikace a nemluvit pouze s rodiči o něm bez něj (Andršová, 2012). Plevová a Slowik (2010) uvedli, že po celou dobu komunikace s dítětem je nutné chovat se přátelsky, přívětivě a empaticky, což R1, R4 a R6 zmínili ve svých odpovědích. Dále je podle R5 a R6 nutné vyvarovat se odborným termínům a podle R2 a R3 vše dítěti dopředu ukazovat a vysvětlovat. To potvrzuje Andršová (2012), že s dítětem by se mělo mluvit bez odborných názvů či zdravotnického slangu a nikdy by nemělo chybět zjednodušené vysvětlení postupu vyšetření a léčby. Podle R4 a R6 by se také mělo dbát na správnou neverbální komunikaci, hlavně na oči ve stejné úrovni. Dle Andršové (2012) je základem neverbální komunikace s dítětem úsměv, pohazení a snížení se na výškovou úroveň dítěte. Jako hlavní komplikaci uvedli všichni respondenti absolutní nespolupráci dítěte z důvodu nenavázání důvěry, doprovázenou křikem, pláčem, dětskou agresí až následným odmítnutím PNP i možným útekem dítěte. Skutečnost, že si ZZ uvědomují možná rizika nevhodné komunikace s dítětem, lze brát jako pozitivní. Většina respondentů je pro zapojení do rozhovoru jak rodiče, tak dítěte. Dítě je vhodné upřednostnit z důvodu získání jeho důvěry, ale vždy záleží na situaci, věku a vyspělosti dítěte. Plevová a Slowik (2010) uvedli, že pokud je to možné, tak se vždy soustředit na komunikaci s dítětem s cílem navázání kontaktu pro pokračování v jeho ošetřování. R1 k tomu dodal: „*Vždy záleží na dané situaci. Pokud dítě brečí nebo má obrovské bolesti nebo není schopno z jakéhokoliv jiného důvodu patřičně a efektivně komunikovat, tak je lepší komunikovat s rodiči.*“ Pro získání důvěry uvedli čtyři respondenti, že využívají plyšovou hračku, R1 a R5 zkouší získat důvěru nalezením společného tématu, R4 ještě spolu s R5 dodali představení se a oslovení dítěte křestním jménem a R3 navrhl lichocení. S tím souhlasí i prohlášení Plevové a Slowik (2010), že děti by se měly oceňovat, chválit a žádat ho o souhlas cokoliv udělat. **Kategorie IV** se zaměřuje na

komunikaci s geriatrickými pacienty. Základem je mluvit pomalu a srozumitelně s vhodnou hlasitostí. To potvrdila Andršová (2012), podle které je žádoucí na seniora mluvit pomalu, zřetelně a vstřícně s krátkými větami, tak akorát nahlas. Podle R2, R4 a R6 by se neměly používat odborné termíny a R2 ještě dodal vše vysvětlovat a dbát na feedback. Dle Andršové (2012) by se pro efektivní komunikaci mělo dbát na zpětnou vazbu, důležité informace opakovat, a nepoužívat odborné termíny. Senioři jsou citlivější k neverbálním signálům komunikace než k samotným verbálním signálům (Klevetová, 2017). Proto je důležité kontrolovat svou neverbální komunikaci, což zmínili R4, R5 a R6. Dalšími zásadami jsou trpělivost, pochopení a přizpůsobení se tempu a zdravotnímu stavu seniora. Klevetová (2017) udává, že senioři potřebují, abychom jim darovali kousek svého času pro sdělení jejich životního příběhu. R6 ještě dodal vyvarování se elderspeaku a zdětinšťování seniora, což v literatuře potvrzuje i Andršová (2012). Ke komplikacím zmínila většina respondentů neporozumění sdělovanému, za což mohou dle Andršové (2012) různé komunikační bariéry spojené se změnami ve stáří. K nim může patřit i strach až agrese při neefektivní komunikaci podle R1 a R2 nebo různé komorbidity, jako např. stařecká demence nebo zmatenost podle R3 a R6. Obojí ve své literatuře zmiňuje Andršová (2012). Informace od seniorů mohou být také často zkreslené a nepřesné, jak uvedli R3 a R4. Podle Pokorné (2010) to může být z důvodu komunikačního šumu, zahlcením informacemi, vlivem okolního prostředí aj. Výjezdy ZZS k seniorům z důvodu jejich osamělosti jsou podle všech respondentů časté hlavně v období svátků. Pouze R4 si myslí, že výjezdy jsou pouze nárazové. Senioři špatně snášejí pocity osamělosti a odloučení od společnosti a styk se ZZ může u seniorů vyvolat pocity, že už nejsou sami, že mají někoho, s kým si mohou promluvit a aktivně je jim nasloucháno. Z tohoto důvodu občas dochází k přivolání ZZS nejen čistě kvůli zdravotnímu stavu seniora (Andršová, 2012). **Kategorie V** se zabývá komunikací s pacienty různých etnických skupin a kultur. Hlavními zásadami správné komunikace je podle většiny respondentů znát základní multikulturní zvyky a k pacientovi přistupovat jako k běžnému. To potvrzuje Kutnohorská (2013), která je toho názoru, že ZZ by měli znát aspoň základní kulturní specifika v komunikaci s jednotlivými kulturními skupinami pro efektivní interkulturní komunikaci. Skutečnost, že ZZ často neakceptují různé multikulturní zvyky během výjezdů, hodnotíme jako negativní. Dále by se mělo vyvarovat nespravedlivé generalizaci a společenským předsudkům podle R1 a R6, získat si důvěru a dodržovat slušné chování podle R2 a R5. Jako hlavní komplikaci komunikace s touto skupinou uvedla většina respondentů neznalost či nedodržení multikulturních zvyků a tradic. Nedodržení vede ke

vzniku komunikačních bariér způsobených rozdílným vnímáním různých hodnot uctívaných v jednotlivých kulturách (Průcha, 2010). V krajních případech může nedodržení zvyků dané kulturní skupiny vygradovat až ve verbální či fyzickou agresi. Mezi další komplikace patří neodebrání hodnotné anamnézy či jazyková bariéra u cizinců. Pokud se pacienti cizích etnických skupin ocitnou ve zdravotnickém zařízení, nejsou schopni se správně dorozumět, popsat probíhající problémy, vyhovět instrukcím zdravotníků, a vzniká tak komunikační bariéra (Kutnohorská, 2013). Všichni respondenti kromě R2 jsou toho názoru, že společenské předsudky jsou velkým prvkem ovlivňujícím komunikaci ZZ a pacienta. Pouze R2 odpověděl: „*Ano, předsudky se objevují vždy minimálně do doby, než zjistíme pacientův zdravotní stav. Nemyslím si však, že jsou velkým a výrazným prvkem v komunikaci během neodkladné péče.*“ Podle R3, R4, R5 a R6 se společenským předsudkům lze vyvarovat pomocí zdravého rozumu. R1 ke každému pacientovi přistupuje vždy individuálně a až poté si udělá vlastní názor. R6 podotkl, že vyvarovat se společenským předsudkům lze pomocí školení multikulturního ošetrovatelství. Tuto odpověď vnímáme jako velmi pozitivní.

Druhým cílem bylo: **Zjistit prostředky komunikace zdravotnických záchranářů s cizinci.** Tento výzkumný cíl a výzkumná otázka byly zařazeny do Kategorí VI a VII. **Kategorie VI** se zaměřuje na četnost výjezdů ZZS k cizincům neznalým češtiny a na nejčastější národnosti cizinců, možné komplikace při výjezdech, možnost využití tlumočnických služeb, a zda využívají ZZ nějaký speciální postup při komunikaci s cizincem pro sběr anamnézy či vyšetření v PNP. Všichni respondenti se kromě R4 shodli, že výjezdy k cizojazyčným pacientům jsou časté. Dle Meuter et al. (2015) roste počet cizineckých pacientů, kteří plně neovládají český jazyk, a to způsobuje stále častější chyby v komunikaci mezi zdravotníky a cizinci. Je patrné, že vzhledem k nedalekým sousedním hranicím s Německem a Polskem jsou podle respondentů nejčastějšími národnostmi německá a polská. Další velmi častá národnost je podle respondentů ukrajinská, okrajově byly zmíněny také národnosti maďarská a vietnamská. R1 jako jediný zmínil časté výjezdy k Erasmus studentům. Všichni respondenti se shodli, že hlavní komplikací je jazyková bariéra. Průcha (2010) uvedl, že při komunikaci mezi ZZ a pacientem cizincem dochází k velkému výskytu jazykových bariér, které nastávají z důvodu odlišných kultur a používání různých jazyků. R4 ještě dodal nezjištění dostatečného množství validních informací pro sestavení anamnézy. To potvrzuje i Kutnohorská (2013), že cizinečtí pacienti nejsou schopni plně vystihnout své obtíže, popsat probíhající problémy či vyhovět pokynům ZZ, a proto vzniká neuspokojení

komunikační potřeby a s tím spojený vznik komunikační bariéry. Využití tlumočnicka ze strany ZOS není možné podle respondentů, ale rozhodně by to bylo nápomocné při získávání validních informací do anamnézy. ZZ se často setkávají s cizojazyčnými pacienty, u kterých hrozí, že získané informace bez přítomnosti překladatele nebudou zcela úplné a validní (Čechová, Mellanová a Rozsypalová, 2014). U poslední podkategorie se čtyři respondenti shodli, že nejprve je nutné najít společně ovládaný jazyk pro dorozumívání se s pacientem. R1, R4 a R5 jinak používají klasický postup odběru anamnézy a vyšetření jako u běžného pacienta. R1, R2 a R3 se hodně snaží využít neverbální komunikace. Podle Kutnohorské (2013) je však nutné naučit se neverbální komunikaci dobře ovládat, protože nemocní pacienti z různých kultur jsou zvláště citliví na neverbální komunikaci. Dva respondenti by se pokusili najít tlumočnicka pro dorozumění se z okolí pacienta a R1 by využil komunikačních prostředků. **Kategorie VII** se zaměřuje na možnost využití komunikačních karet a jiných možností překladu. Všichni respondenti ví o možnosti využití komunikačních karet, ale nikdo je ještě nevyužil, protože to nebylo potřeba a vždy se dalo dorozumět jiným způsobem. Jako jinou možnost překladu využili čtyři respondenti mobilní překladač, tři respondenti papír a tužku na psaní nebo kreslení a R6 jako jediný využil piktogramy. R4 nevyužívá žádné jiné možnosti překladu. S použitím různých prostředků usnadňujících správný průběh komunikace souhlasí Kutnohorská (2013) a kromě již zmiňovaných prostředků komunikace udává ještě papírové slovníky, obrázky či videa.

Třetím cílem bylo: **Zjistit kritické body komunikace zdravotnických záchranářů v praxi.** Tento výzkumný cíl a výzkumná otázka byly zařazeny do Kategorii VIII a IX. **Kategorie VIII** se zabývá komunikačními bariérami a komplikacemi, které mohou způsobit. Jako nejčastější komunikační bariéru uvedli respondenti jazykovou bariéru a s ní často související kulturní bariéru. Každá kultura má odlišné vnímání jednotlivých neverbálních a verbálních signálů, a proto je důležité vědět, které neverbální signály používat, a kterým vyvarovat při komunikaci s danou kulturní skupinou (Tomová a Křivková, 2016). Jako další bariéry uvedli špatné psychické rozpoložení jak u ZZ, tak u pacienta či bolest a nežádoucí zdravotní stav. Dle Tomové a Křivkové (2016) je komunikace je mnohem složitější, pokud je pacient či ZZ ve špatném emočním rozpoložení a vnímaná bolest může také značně zhoršit komunikaci mezi ZZ a pacientem. R2 a R5 zmínili nedostatečnost zpětné vazby. To potvrdily i Tomová a Křivková (2016), že po každém sdělení důležitých informací by se ZZ měl pacienta zeptat, zda všemu rozuměl a požádat ho o zopakování informací s cílem zjistit, jestli pacient skutečně

rozuměl. R3 a R5 zmínili socioekonomické postavení. Pro ZZ je důležité upravit množství podávaných informací pacientovi dle věku, mentálního stavu, vzdělání či socioekonomického postavení (Tomová a Křivková, 2016). R5 ještě uvedl rozdílnost v kódování a dekódování. To u pacienta vede k rozdílnému vysvětlení a pochopení zdravotnickova sdělení (Tomová a Křivková, 2016). Za zmínku stojí vliv návykových látek a agrese pacientů jako příklady dalších komunikačních bariér zmíněných respondenty. Mezi hlavní komplikace, které mohou nastat vlivem komunikačních bariér, patří podle většiny respondentů nezískání důvěry a dostatku validních informací nebo naopak získání zkreslených a nepřesných informací pro sestavení anamnézy a následné poskytnutí PNP. Dle Průchy (2010) dokážou komunikační bariéry velmi zkomplikovat porozumění, pochopení a jednání mezi komunikujícími a navázání jejich vzájemné důvěry. Jakákoliv komunikační bariéra může zapříčinit zkreslení nebo nezjištění problému pacienta podle R6. **Kategorie IX** se soustředí na důležitost komunikace v PNP, komunikační chyby ZZ, výběr té nejsložitější skupiny náročných pacientů a na největší kritický bod při komunikaci ZZ s každým pacientem. Čtyři respondenti odpověděli, že komunikace je zásadním prvkem pro poskytování PNP. Podle Andršové (2012) by jednání ZZ mělo být rychlé, morálně vyspělé a uvážlivé, měli by efektivně komunikovat a vypadat zběhle při výkonu své profese. R2 a R6 jsou toho názoru, že komunikace je až na druhém místě důležitosti, pokud se jedná o pacienta v bezvědomí nebo jinak na životě ohroženého pacienta. Mezi nejčastější komunikační chyby uvedli tři respondenti nedostatečnou trpělivost a snahu o urychlení výjezdu. R1 a R5 zmínili společenské předsudky, R2 a R4 drzý až agresivní přístup k pacientům, R1 ještě dodal špatné psychické rozpoložení a promítání osobních problémů do výjezdu. R3 je toho názoru, že častou komunikační chybou je přehnané sebevědomí a potřeba dominance nad pacientem. R5 taky zmínil špatnou artikulaci a R2 neasertivní jednání s pacientem. Jako skupinu nejsložitějších pacientů zvolili čtyři respondenti pacienty psychiatrické, dále R4 a R6 zmínili pacienty pod vlivem návykových látek, R1 dodal agresivní a dětské pacienty, R2 cizince bez znalosti společně ovládaného jazyka a R3 odpověděl: „*Jako skupinu pacientů, se kterou je nejsložitější komunikace bych označil pacienty, kteří nechtějí nebo nepotřebují pomoc. ZZS jim zavolal někdo z 2. nebo 3. ruky a oni o tom třeba ani nevěděli.*“ U podkategorie největšího kritického bodu v komunikaci s každým pacientem se všichni respondenti v odpovědích lišili. Podle R1 to je vyhodnocení vhodné komunikace s daným pacientem, R2 dělá největší problémy popis budoucího směřování pacienta a co se s ním bude dít, R3 zmínil prvotní kontakt s pacientem, R4 dělá problém

pacientovo odbíhání od tématu při odběru anamnézy, R5 má největší obtíže s běžnou konverzací s pacientem během transportu do nemocničního zařízení pro odvedení pozornosti pacienta od zdravotního stavu a R6 odpověděl odebrání kvalitní anamnézy.

Čtvrtým cílem bylo: **Zjistit doporučení zdravotnických záchranářů v oblasti komunikace v praxi.** Tento výzkumný cíl a výzkumná otázka byly zařazeny do **Kategorie X.** Všichni respondenti se shodli, že žádné pravidelné proškolení v oblasti komunikace se skupinami náročných pacientů na ZZS neprobíhá. Avšak na schopnost správné komunikace se všemi možnými typy pacientů jsou u ZZ kladeny vysoké požadavky (Štětina, 2014). Proto jsou všichni respondenti toho názoru, že odborná školení v oblasti komunikace by byla rozhodně žádoucí. Každý ZZ komunikuje určitým opakujícím se způsobem vyjadřování, což může být vhodné jen pro omezenou skupinu pacientů. Z toho důvodu by mělo docházet k neustálému rozvíjení komunikačních dovedností všech ZZ (Irmíš, 2014). U podkategorie, zda by se teoretická výuka během studia oboru ZZ měla více zaměřit na obecnou komunikaci a komunikaci se skupinami náročných pacientů, odpověděli skoro všichni respondenti ano. Došlo by tak k rozvoji komunikačních dovedností a k aktivnějšímu zapojení studentů do komunikace během výjezdů, popř. v budoucnu by jim to umožnilo méně náročný vstup do povolání. Pouze R3 nesouhlasil a konkrétně uvedl: *„Věřím, že teoretická příprava během studia je dostatečná, lépe připraví pouze samotná praxe. Komunikaci si člověk stejně nenacvičí, někdo to v sobě má a komunikuje lépe než ostatní.“* Doporučení, čemu by se měl vyvarovat nově nastupující ZZ, se poměrně lišila. R1 a R2 by doporučili odpustit si poznámky během výjezdů, myslet si své, ale neříkat to nahlas. R3 a R6 by doporučili vyvarovat se předsudkům. R1 a R5 by zase doporučili vždy jednat asertivně. R4 by doporučil nikdy nepodceňovat a nebagatelizovat zdravotní stav pacienta. R3 by doporučil neulehčovat si práci, aby nedošlo k ohrožení pacienta. Podle R5 je důležité mluvit jasně, jednoduše a bez odborných termínů. Podle Tomové a Křivkové (2016) by se odborné termíny neměli při komunikaci s pacientem vůbec používat z důvodu nárůstu nejistoty a vzniku nedůvěry pacienta. R6 by doporučil nepodléhat špatnému psychickému rozpoložení, nezavrhovat pacienty, být k nim otevřený a dát jim šanci obhájit své jednání.

5 Návrh doporučení pro praxi

Na základě vyzkoumaných informací a rozboru výzkumného cíle, který zkoumá doporučení zdravotnických záchranářů, lze poskytnout komplexní doporučení pro oblast komunikace v přednemocniční neodkladné péči. Pro správný průběh komunikace s každým pacientem je především důležité mít zájem o celoživotní rozvíjení vlastních komunikačních schopností a dovedností. Všichni respondenti uvedli, že nejsou pravidelně proškolení v komunikaci se skupinami náročných pacientů, kromě zřídka nepravdělně probíhajících seminářů. Komplikovaných výjezdů stále více přibývá a některé výjezdy, především k psychiatrickým pacientům, trvají i hodinu a déle, než vůbec dojde k získání relevantních informací pro sestavení anamnézy. Dále by došlo ke zlepšení komunikačních dovedností s pacienty během výjezdů a tím i ke zlepšení poskytované přednemocniční neodkladné péče. Z těchto důvodů by pravidelná školení v této oblasti našla určitě své uplatnění. Na základě umožnění méně náročného vstupu do povolání zdravotnického záchranáře a nedostatečných komunikačních dovedností studentů během výjezdů se většina respondentů shodla, že už příprava během studia oboru zdravotnický záchranář by se měla mnohem více zaměřit na komunikaci jak obecnou, tak komunikaci s různými skupinami náročných pacientů. V neposlední řadě se doporučení zdravotnických záchranářů zaměřila na vyvarování se největším komunikačním chybám. Postupů komunikace je spousta, ale pouze určité postupy se mohou využít ke komunikaci s určitými skupinami pacientů. Důležité je vždy každému pacientovi věnovat individuální přístup, mluvit vhodným komunikačním způsobem, chovat se s patřičným respektem a pokorou, ale zároveň s pacientem jednat asertivně. Dále nikdy nepodceňovat a nebagatelizovat jakýkoliv zdravotní stav a věnovat každému pacientovi dostatečné množství času potřebného k odebrání kvalitní anamnézy a poskytnutí následného kompletního přednemocničního vyšetření, aby nedošlo k přehlédnutí jakékoliv zdravotní obtíže ohrožující pacienta na životě.

Výstupem této bakalářské práce je článek připravený k publikaci v odborném periodiku, který shrnuje problematiku specifík komunikace s jednotlivými vybranými skupinami pacientů, poukazuje na nejčastější kritické body komunikace a komunikační chyby zdravotnických záchranářů a informuje o doporučeních zdravotnických záchranářů v oblasti komunikace se skupinami náročných pacientů v přednemocniční neodkladné péči.

6 Závěr

Komunikace je nesmírně důležitým prvkem pro stavbu vzájemné důvěry mezi zdravotnickým záchranářem a pacientem, a je tudíž nezbytná pro poskytnutí kvalitní přednemocniční neodkladné péče. Tato bakalářská práce se zabývala tématem **Specifika komunikace zdravotnických záchranářů v praxi**. Práce je rozdělena na část teoretickou a část výzkumnou. Veškeré informace uvedené v bakalářské práci jsou získány z odborné literatury a z výsledků vlastní výzkumné metody. Teoretická část nás informuje o problematice komunikace u zdravotnické záchranné služby, definuje pojem komunikace a její základní dělení na verbální a neverbální, popisuje komunikační proces, komunikační bariéry a jednotlivé odlišnosti komunikací s vybranými skupinami pacientů.

Empirická část byla zpracována pomocí kvalitativní metody výzkumu, technikou polostrukturovaných rozhovorů se šesti respondenty pracujícími na zdravotnické záchranné službě. V práci byly vytyčeny 4 výzkumné cíle a k nim 4 odpovídající výzkumné otázky. První cíl byl: **Zjistit specifika komunikace zdravotnických záchranářů v praxi**. Tento cíl byl rozdělen do 5 kategorií, které se postupně zaměřovaly na jednotlivé skupiny náročných pacientů. Konkrétně se zaměřovaly na zásady správné komunikace, možné komplikace v komunikaci a vždy na určitou otázku charakteristickou pro danou skupinu náročných pacientů. Tento cíl byl splněn jak v teoretické, tak empirické části bakalářské práce. Druhý cíl byl: **Zjistit prostředky komunikace zdravotnických záchranářů s cizinci**. Tento cíl byl rozdělen do 2 kategorií, které se zaměřovaly na tlumočnictví a komunikaci s pacienty neovládajícími český jazyk a různé prostředky komunikace, které zdravotničtí záchranáři využívají při komunikaci s cizinci. Tohoto cíle se podařilo dosáhnout v empirické části bakalářské práce. Třetí cíl byl: **Zjistit kritické body komunikace zdravotnických záchranářů v praxi**. Tento cíl byl rozdělen do 2 kategorií, které se zaměřovaly na komunikační bariéry a nejčastější kritické body v komunikaci se skupinami náročných pacientů. Výsledky empirické části tohoto cíle byly zanalyzovány a shrnuty v návrhu doporučení pro praxi. Čtvrtý cíl byl: **Zjistit doporučení zdravotnických záchranářů v oblasti komunikace v praxi**. Zde byl cíl upřesněn na doporučení zdravotnických záchranářů v oblasti komunikace se skupinami náročných pacientů, na které se bakalářská práce z větší části zaměřuje. Doporučení byla zanalyzována a sloužila jako primární zdroj pro návrh doporučení pro praxi v této bakalářské práci.

Dohromady bylo k výzkumným cílům vytvořeno 10 kategorií s konkrétními otázkami k daným cílům a tabulka základních identifikačních údajů respondentů pro lepší přehled výsledků výzkumného šetření. Výsledky byly zpracovány do jednotlivých diagramů a doplněny jejich popisy a některými úryvky z rozhovorů. Výstupem bakalářské práce bude článek připravený k publikaci k odborném časopise.

Seznam použité literatury

ANDRŠOVÁ, Alena. 2012. *Psychologie a komunikace pro záchranáře: v praxi*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4119-2.

BAŠTECKÁ, Bohumila a Jan MACH. 2015. *Klinická psychologie*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0617-0.

BERAN, Jiří. 2010. *Lékařská psychologie v praxi*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1125-6.

BURDA, Patrik. 2014. *Krizová komunikace s agresivním a hostilním pacientem*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. ISBN 978-80-7013-564-8.

ČECHOVÁ, V., A. MELLANOVÁ a M. ROZSYPALOVÁ. 2014. *Speciální psychologie*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. ISBN 978-80-7013-559-4.

IRMIŠ, Felix. 2014. *Stres mezi lékařem, pacientem a zdravou osobou: Příklady, příčiny, psychosomatika, etika*. Praha: Galén. ISBN 978-80-7492-130-8.

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.

KLEVETOVÁ, Dana. 2017. *Motivační prvky při práci se seniory*. 2. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-0102-3.

KUTNOHORSKÁ, Jana. 2013. *Multikulturní ošetrovatelství pro praxi*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4413-1.

MEUTER, Renata F. I. et al. 2015. Overcoming language barriers in healthcare: A protocol for investigating safe and effective communication when patients or clinicians use a second language. *BMC Health Services Research*. **15**(1). ISSN 1472-6963. Dostupné také z: <http://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-015-1024-8>

MICHALÍK, Jan. 2011. *Zdravotní postižení a pomáhající profese*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-859-3.

- MIKULÁŠTÍK, Milan. 2010. *Komunikační dovednosti v praxi*. 2. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2339-6.
- PLEVOVÁ, Ilona a Regina SLOWIK. 2010. *Komunikace s dětským pacientem*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2968-8.
- POKORNÁ, Andrea. 2010. *Komunikace se seniory*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3271-8.
- POKORNÁ, Andrea et al. 2019. *Management nežádoucích událostí ve zdravotnictví: metodika prevence, identifikace a analýza*. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-0720-9.
- PRŮCHA, Jan. 2010. *Interkulturní komunikace*. Praha: Grada. ISBN 978-80247-3069-1.
- SLOWÍK, Josef. 2010. *Komunikace s lidmi s postižením*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-691-9.
- ŠPATENKOVÁ, Naděžda a Jaroslava KRÁLOVÁ. 2009. *Základní otázky komunikace: komunikace (nejen) pro sestry*. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-599-4.
- 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.
- VYMĚTAL, Štěpán. 2009. *Krizová komunikace a komunikace rizika*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2510-9.
- ZACHAROVÁ, Eva. 2016. *Komunikace v ošetrovatelské 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.
- ZACHAROVÁ, Eva a Jitka ŠIMÍČKOVÁ-ČÍŽKOVÁ. 2011. *Základy psychologie pro zdravotnické obory*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4062-1.

Seznam obrázků

Obrázek 1 Specifika komunikace s agresivními pacienty	32
Obrázek 2 Specifika komunikace se zdravotně znevýhodněnými pacienty	34
Obrázek 3 Specifika komunikace s dětskými pacienty	36
Obrázek 4 Specifika komunikace s geriatrickými pacienty	38
Obrázek 5 Specifika komunikace s pacienty různých etnických skupin a kultur	40
Obrázek 6 Tlumočnictví	42
Obrázek 7 Komunikační karty a jiné možnosti překladu	44
Obrázek 8 Komunikační bariéry	45
Obrázek 9 Nejčastější kritické body v komunikaci v přednemocniční neodkladné péči	47
Obrázek 10 Doporučení zdravotnických záchranářů v oblasti komunikace se skupinami náročných pacientů.....	49

Seznam příloh

Příloha A Protokol o provádění výzkumu

Příloha B Předvýzkum bakalářské práce

Příloha C Ukázka techniky kódování

Příloha D Článek připravený k publikaci v odborném periodiku

Příloha A Protokol o provádění výzkumu

PROTOKOL K PROVÁDĚNÍ VÝZKUMU

Příjmení a jméno studenta	KRAMOSIL DANIEL	
Studijní program/obor	Osobní číslo studenta	Ročník
ZDR. ZÁCHRANAŘ	D17000106	3.
Téma práce	SPECIFIKA KOMUNIKACE ZZ V PRAXI	
Název pracoviště, kde bude výzkum realizován	ZZS LIBERECKÉHO KRAJE p.o.	
Jméno vedoucího práce	MgA. MARIE FRONKOVA'	
Vyjádření vedoucího práce k finančnímu zatížení pracoviště při realizaci výzkumu	Výzkum <input type="radio"/> bude spojen s finančním zatížením pracoviště <input checked="" type="radio"/> nebude spojen s finančním zatížením pracoviště podpis	
Souhlas vedoucího práce	<input checked="" type="radio"/> souhlasím <input type="radio"/> nesouhlasím podpis	
Souhlas vedoucího pracovníka odborného zařízení	<input checked="" type="radio"/> souhlasím <input type="radio"/> nesouhlasím podpis	
Souhlas vedoucího pracoviště, kde bude výzkum realizován	<input type="radio"/> souhlasím <input type="radio"/> nesouhlasím podpis	
Datum zahájení výzkumu	ÚNOR	
Datum ukončení výzkumu	DUBEN	
Počet oslovených respondentů (personálu)		
Počet oslovených respondentů (klientů)		
Příloha: kopie plného znění dotazníku (rozhovoru), který bude respondentům rozdáván (který bude s respondenty veden)		

V LIBERCI dne 31.1.2020

.....
podpis studenta

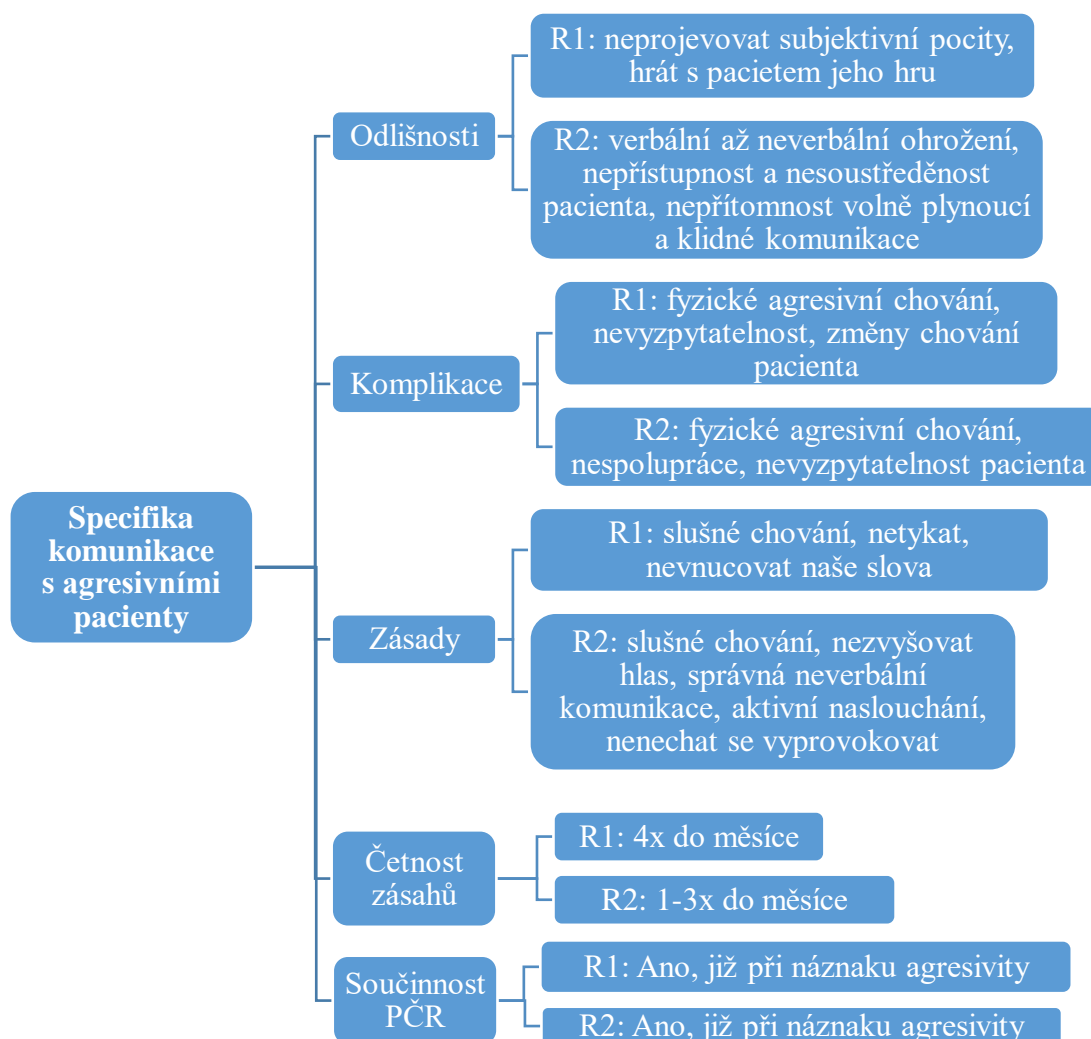


Příloha B Předvýzkum bakalářské práce

Respondenti	Pohlaví	Nejvyšší dosažené vzdělání	Roků v oboru
R1	žena	bakalářské	7
R2	žena	magisterské	19

Tabulka 1 Identifikace respondentů

Kategorie 1 Specifika komunikace s agresivními pacienty

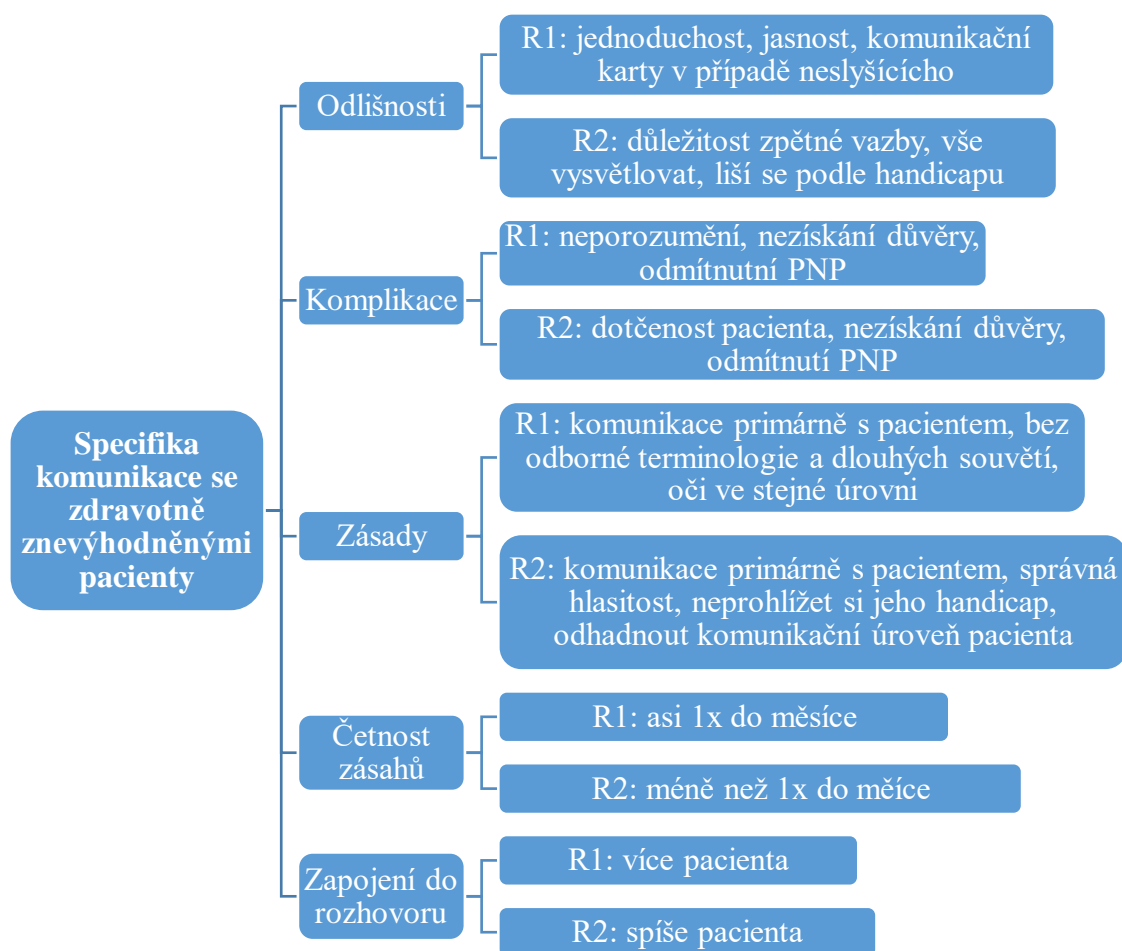


Obrázek 1 Specifika komunikace s agresivními pacienty

Obrázek 1 obsahuje odpovědi na otázky, jak se liší komunikace s agresivním pacientem oproti běžnému pacientovi a jaké komplikace mohou nastat během komunikace s takovýmto pacientem, dále jaké jsou zásady správného jednání s agresivním pacientem, četnost výjezdů do měsíce k agresivním pacientům a jestli je využívána součinnost PČR během setkání s agresivním pacientem. Respondent 1 odpověděl, že mezi hlavní odlišnosti komunikace s agresivním pacientem patří: „Člověk nemůže říct co si myslí a musí s agresivním pacientem hrát jeho hru, aby celá

komunikace proběhla v klidu. “ Respondent 2 odpověděl: „Agresivní pacient nechce moc poslouchat, není přístupný tomu, co mu je sdělováno, soustředí se pouze na to svoje, zdravotníkům hrozí verbální ohrožení až neverbální agrese ze strany pacienta, pacient nám může vyhrožovat, křičet, zkrátka komunikace není klidná a volně plynoucí.“ Ve druhé otázce se respondenti R1 a R2 shodli, že mezi hlavní komplikace patří fyzické agresivní chování a nevyzpytatelnost pacienta. Mezi zásady správné komunikace se R1 a R2 shodli, že základem je chovat se k pacientovi co nejvíc slušně. R1 ještě dodal, že by se mu nemělo tykat a nevnucovat naše slova, spíše opakovat ty jeho. R2 k tomu ještě dodal nenechat se vyprovokovat, nenavazovat přímý oční kontakt, dbát na správnou intonaci a hlasitost svého projevu, zbytečně pacienta víc nedráždit a snažit se ho uklidňovat. Na odpovědi na poslední otázku se R1 a R2 shodli, že využívání součinnosti PČR během výjezdu k agresivnímu pacientovi je běžné a ZOS je vysílá již při náznaku možné agrese. Méně časté je však podle R2 vysílání PČR přímo z místa výjezdu. *„Pokud se výjezd zdá jako klidný a PČR není na místo přivolána rovnou, avšak poté se ukáže, že pacient je agresivní, tak pacientovi nejdřív vyhrožuji PČR přímo na místě výjezdu. Pokud to nepomůže, tak si PČR dovolávám na místo.“*

Kategorie 2 Specifika komunikace se zdravotně znevýhodněnými pacienty

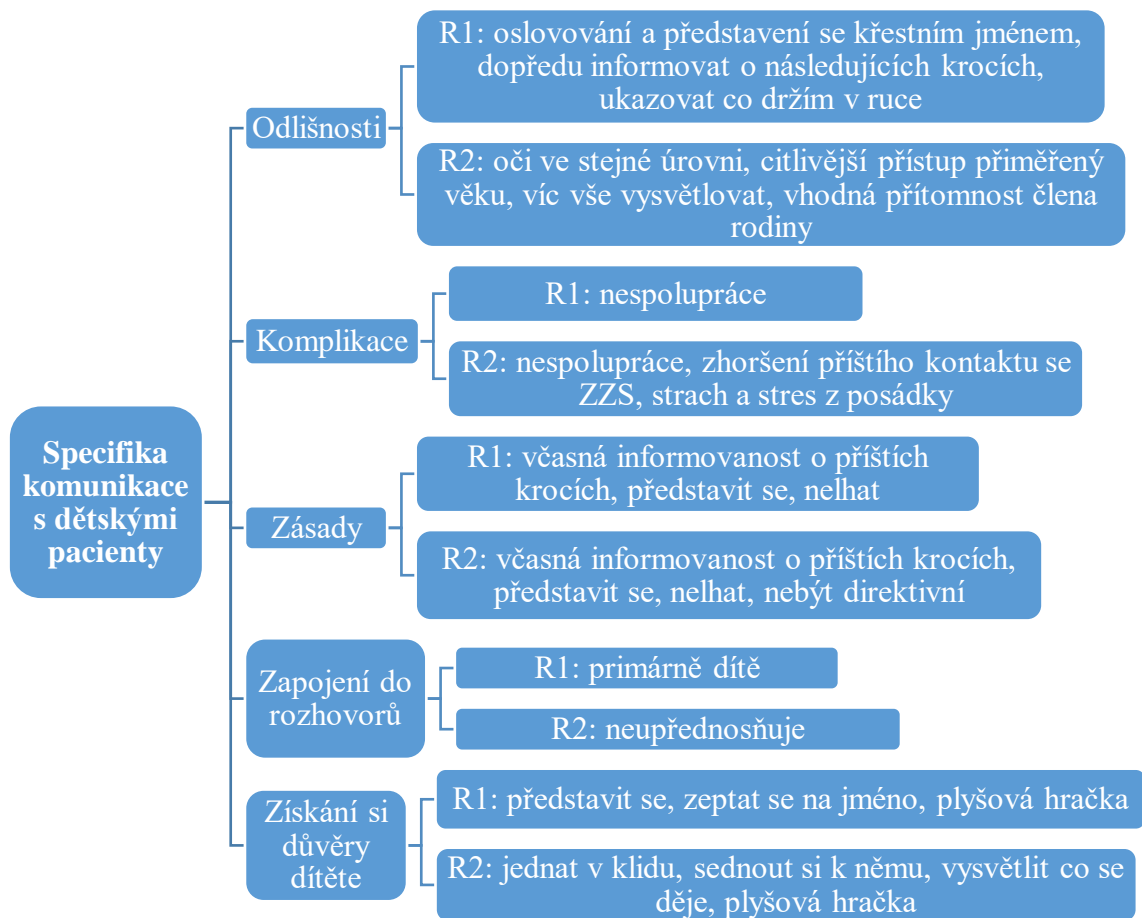


Obrázek 2 Specifika komunikace se zdravotně znevýhodněnými pacienty

Obrázek 2 popisuje odpovědi na otázky, jak se liší komunikace se zdravotně znevýhodněným pacientem oproti běžnému pacientovi, jaké komplikace mohou při komunikaci nastat, jaké jsou správné zásady jednání při komunikaci s těmito pacienty, četnost výjezdů a jestli je do komunikace zapojován více pacient nebo jeho doprovod. Respondent 1 zmínil, že komunikace s handicapovaným pacientem musí být jednoduchá, jasná a pokud handicap nedovoluje komunikovat verbálně, tak je možné využití komunikačních karet. Respondent 2 podotkl, že komunikace s handicapovaným pacientem se liší především podle druhu handicapu, a že důležité je hlavně vše trpělivě vysvětlovat a dbát na feedback. R1 a R2 se shodli, že mezi hlavní komplikace během komunikace patří nezískání důvěry pacienta a jeho následné odmítnutí nutných přednemocničních výkonů. R2 ještě dodal, že je lehké se těchto pacientů dotknout, což zapříčiní následné nezískání důvěry a odmítnutí následné péče. Ve třetí otázce se R1 a R2 shodli, že mezi správné zásady komunikace patří primárně komunikovat s pacientem, a ne s doprovodem, protože dojde k navázání hlubší důvěry a možnému získání více

přesných informací. A tím se odpovědělo rovnou i na poslední otázku. R1 ke správným zásadám ještě dodal nepoužívání odborných termínů a dlouhých složitých souvětí, a že oči by měly být ve stejné úrovni během komunikace. R2 dodal, že je správné připravit se na komunikaci odhadnutím komunikační úrovně pacienta, dbát na správnou hlasitost projevu, a že není vhodné prohlížet si pacientův handicap. Na četnosti výjezdů se R1 a R2 shodli, že jich je méně nebo rovno jednomu do měsíce.

Kategorie 3 Specifika komunikace s dětskými pacienty

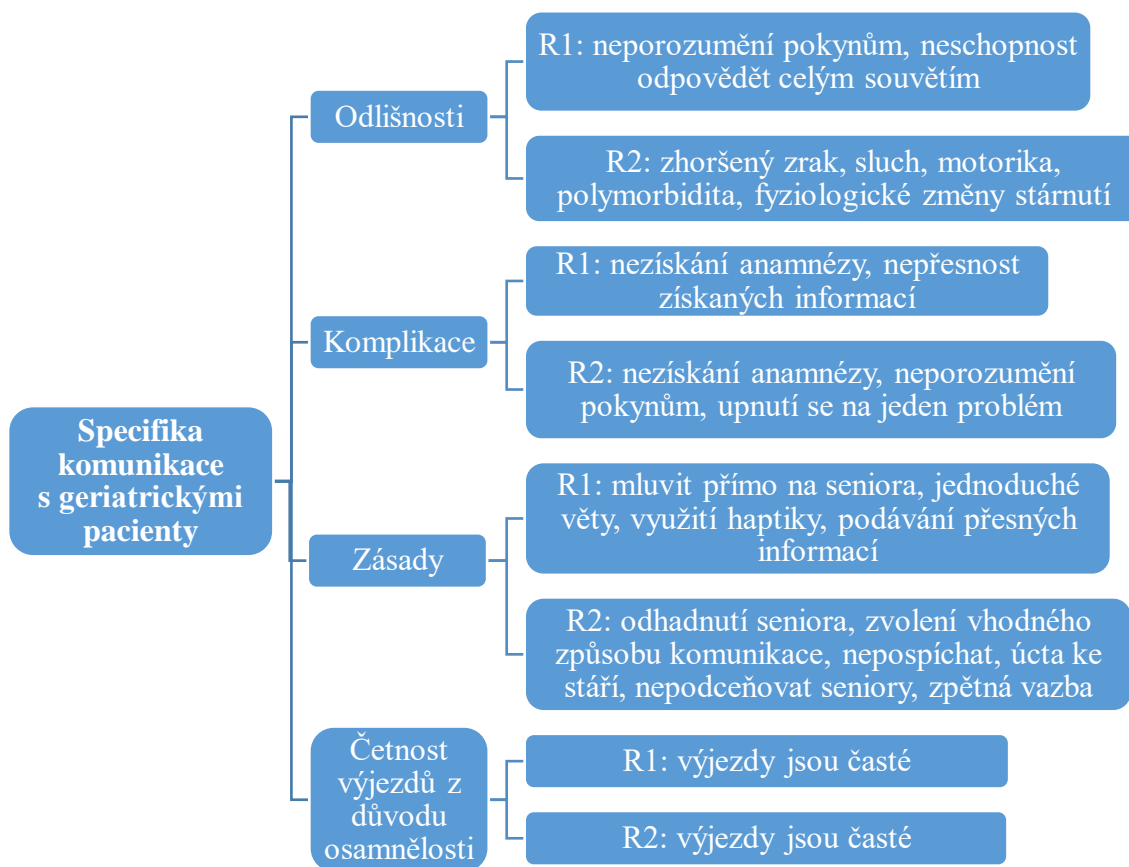


Obrázek 3 Specifika komunikace s dětskými pacienty

Obrázek 3 ukazuje odpovědi na otázky, jak se liší komunikace s dětským pacientem oproti běžnému pacientovi, jaké komplikace mohou vzniknout během komunikace, jaké postupovat při komunikaci s dětským pacientem, zda je důležitější zapojení do komunikace rodiče nebo se věnovat primárně dítěti a jakými způsoby lze navázat důvěru. Respondent 1 podotknul, že hlavními odlišnostmi od komunikace s běžným pacientem jsou oslovování dítěte a své představení se křestním jménem, důležité u dítěte je informovat ho o následujících výkonech a vždy ukazovat co drží v ruce. Respondent

2 zmínil empatičtější přístup přiměřený věku pacienta, více vysvětlovat nadcházející úkony, oči ve stejné úrovni, a že je vhodná přítomnost členů rodiny. Ve druhé otázce se R1 a R2 shodli, že mezi největší komplikace patří absolutní nespolupráce, R2 navíc dodal, že to může být z důvodu stresu a strachu, a že nevhodná komunikace může být komunikační komplikací u dítěte při příštím kontaktu se zdravotnictvím. Ve třetí otázce se R1 a R2 shodli, že je důležité představit se, včasné informování dítěte o příštích krocích a nelhat mu. R1 zmínil, že se vždy snaží dítěti říct pravdu přiměřenou věku, např.: *„saturační čidlo je světýlko, dává se na prst, nebolí to a ukáže, jak se mu dýchá/tlaková manžeta se bude nafukovat a může tláčit/při napíchnutí PŽK oznámit, že to může mírně bolet jako od včelky.“* A R2 ještě dodal, že není vhodné být direktivní u malých dětí, u kterých tím ničeho nedocílíme. V další otázce R1 odpověděl, že v komunikaci primárně upřednostňuje dítě, pokud se nejedná o život ohrožující stav, za účelem navázání větší důvěry pro provedení dalších výkonů PNP. R2 odpověděl, že neupřednostňuje ani dítě ani rodiče, protože vždy záleží na dané situaci. *„Záleží na situaci, někdy je důležité získat rychle informace, a proto zvolím rodiče, ale naopak někdy je lepší, pokud nejde o život ohrožující stav, tak se věnovat dítěti, protože rodiče mohou působit jako rušivý element, proto je poslat třeba zabalit věci či se jít obléknout, zkrátka být s dítětem sám a vytvořit si tak vhodné a klidné prostředí pro komunikaci, tak z něho získáme nejvíc informací.“* A u poslední otázky se R1 a R2 shodli v použití plyšové hračky pro prohloubení důvěry, R1 řekl, že představení se a zeptání se na jméno a R2 řekl, že je nejlepší se k dítěti posadit a vše mu v poklidu sdělit a být k němu upřímný.

Kategorie 4 Specifika komunikace s geriatrickými pacienty

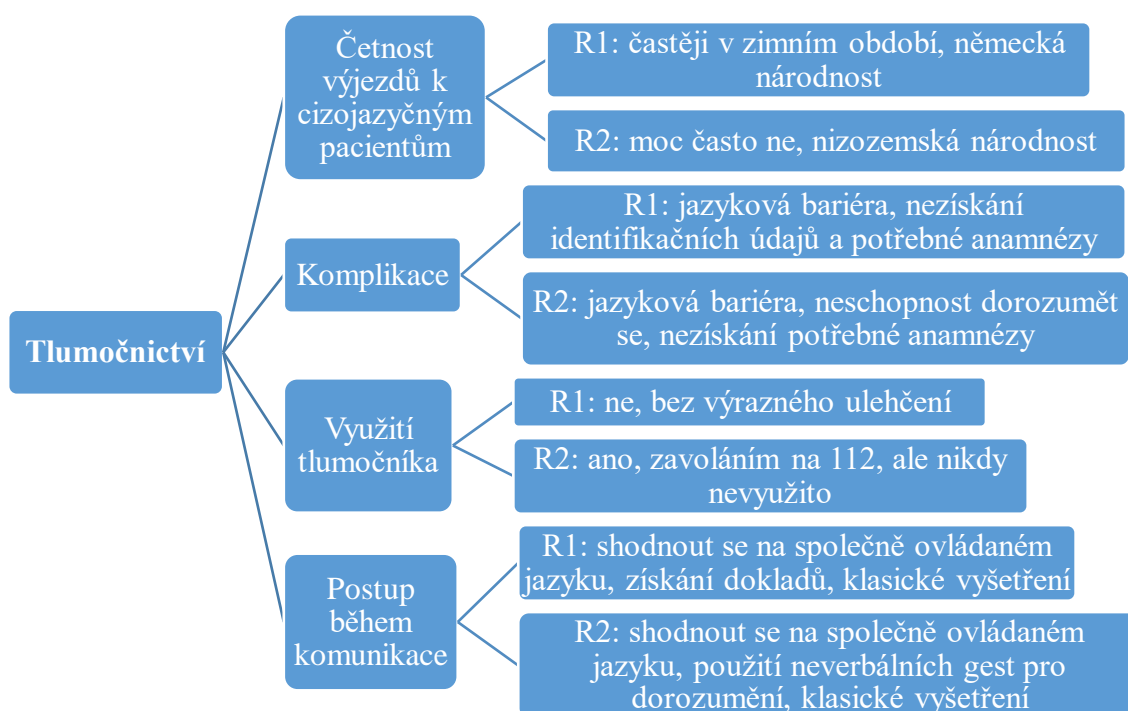


Obrázek 4 Specifika komunikace s geriatrickými pacienty

Obrázek 4 podává informace o otázkách, jak se liší komunikace s geriatrickým pacientem oproti běžnému pacientovi, jaké komplikace se mohou vyskytovat během komunikace s geriatrickým pacientem, jaké jsou správné zásady komunikace a jakou roli hraje pocit osamělosti seniorů pro volání ZZS. R1 odpověděl na první otázku, že geriatrický pacient nemusí rozumět co se po něm chce a většinou nedokáže odpovědět celým souvětím. R2 řekl, že hlavní odlišnosti v komunikaci souvisí s fyziologickými změnami spojenými se stárnutím, tudíž zhoršené smysly a motorika či polymorbidita. Ve druhé otázce se R1 a R2 shodli, že největší komplikací je nezískání potřebné anamnézy a podle R1 také nepřesnost získaných informací. Podle R2 sem patří neporozumění pokynům zdravotníka a časté upnutí se pouze na jeden problém a ty ostatní nejsou seniorem patřičně vnímané. Ve třetí otázce R1 odpověděl: „*Mluvit na něj, klást velmi jednoduché věty (co vás bolí/bolí vás hlava), doteky ramen či rukou pro lepší pozornost, snažit si získat důvěru, podávat informace tak jak jsou.*“ Zatímco R2 odpověděl: „*Zvolit vhodný způsob komunikace a odhadnout člověka jakým způsobem se na něj dá mluvit. Ne*

ke každému přistupovat, jako že je slepý, hluchý, či má demenci. Ujišťovat se, že nám pacient rozumí a chápe co se mu snažíme říct, tudíž důležitá je zpětná vazba, nepodceňovat seniory v komunikaci, projevovat se k s úctou ke stáří a nepospíchat! Nemají rádi stres a jejich fyziologické postupy v těle jsou s ohledem na stáří zpomalené.“ U poslední otázky si R1 i R2 myslí, že jsou takové výjezdy časté, ale nikdy zbytečné. Shodli se, že osamělost může u těchto pacientů vystupňovat vnímání svých obtíží, které by normálně během dne přešli nebo vyřešili s rodinou, ale osamocení v noci to řeší zavoláním ZZS.

Kategorie 5 Tlumočnictví

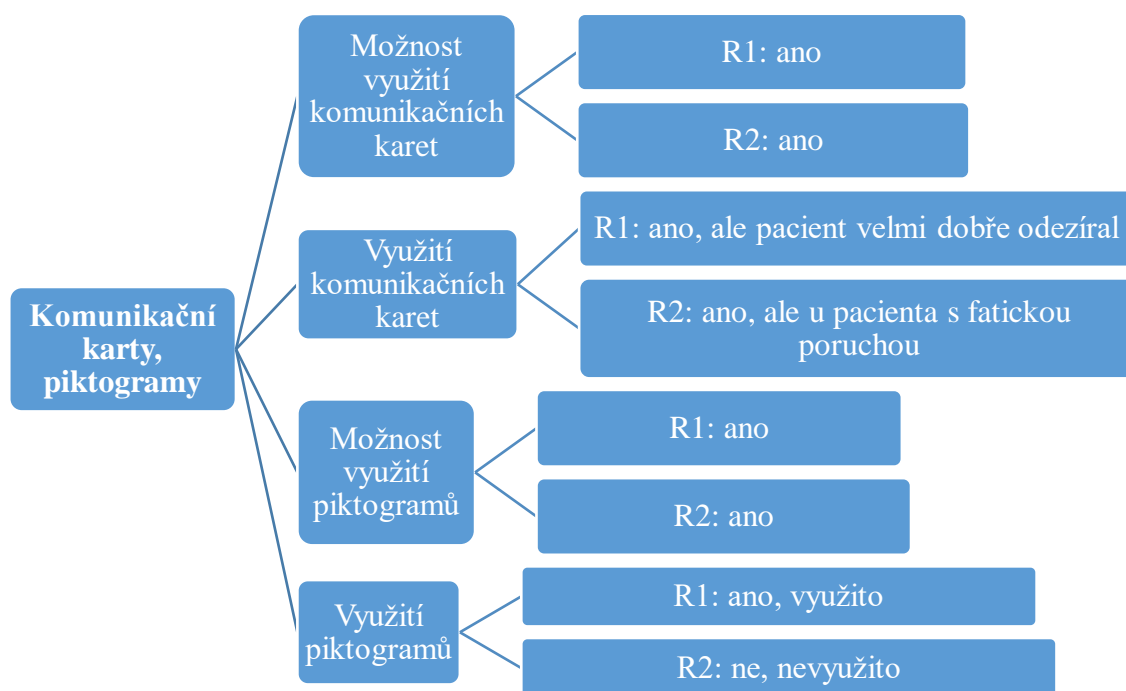


Obrázek 5 Tlumočnictví

Obrázek 5 obsahuje informace k otázkám, jak časté je setkávání s cizojazyčnými pacienty, a které národnosti nejčastěji, co představuje největší komplikace při komunikaci s cizojazyčným pacientem, zda je možnost využití služeb tlumočnicka a jaký je postup během komunikace s cizojazyčným pacientem. R1 odpověděl, že v zimním období dochází k častému setkání s cizojazyčnými pacienty z důvodu hornatého okolí Liberce a rekreace v těchto místech. Nejčastěji se jedná o Němce. Pro R2 operujícího především na Turnovsku to není tak časté, a především se jedná o nizozemskou národnost. Na otázku největších komplikací během takovéto komunikace se R1 i R2 shodli pro jazykovou bariéru a nezískání potřebné pracovní anamnézy a identifikačních dokladů. Ve třetí otázce

R1 odpověděl, že na ZZS nemají možnost využití tlumočnických služeb na ZOS, a nemyslí si, že by došlo k výraznému ulehčení komunikace. R2 odpověděl, že možnost využití tlumočnických služeb mají, ale přes tísňovou linku 112 a ne přes ZOS, přesto R2 nikdy nevyužil. Podle R1 i R2 je základem pro komunikaci s cizojazyčným pacientem najít společně ovládaný jazyk, a poté klasické přednemocniční vyšetření. Podle R2 se dá využít i neverbálních gest pro dorozumění.

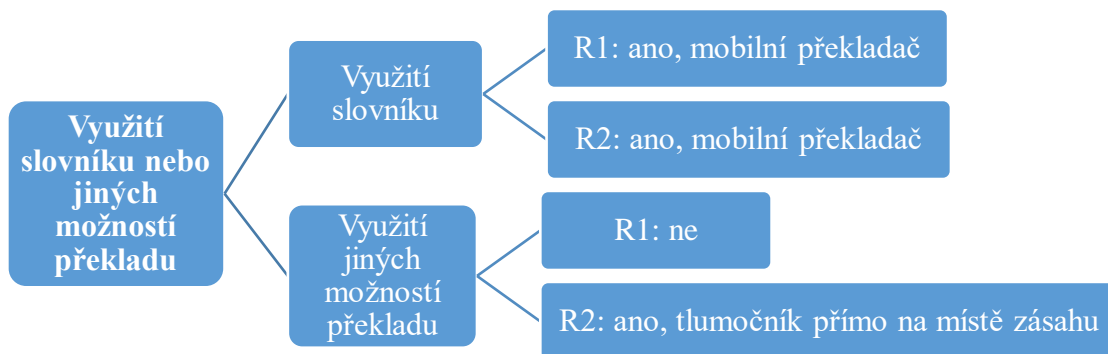
Kategorie 6 Komunikační karty, piktogramy



Obrázek 6 Komunikační karty, piktogramy

Obrázek 6 popisuje odpovědi na otázky, jestli ví o možnosti používání komunikačních karet a zda je už někdy využili a jestli ví o možnosti používání piktogramů a zda je už někdy využili. R1 ví o možnosti jejich využití, a i je využil, akorát u pacienta, který velmi dobře odezíral. R2 také ví o možnosti jejich využití, a i je využil, akorát u pacienta s fatickou poruchou. O možnosti využívání piktogramů R1 ví, a i je využil pro usnadnění komunikace. R2 také o možnosti využívání piktogramů ví, ale nikdy je nevyužil.

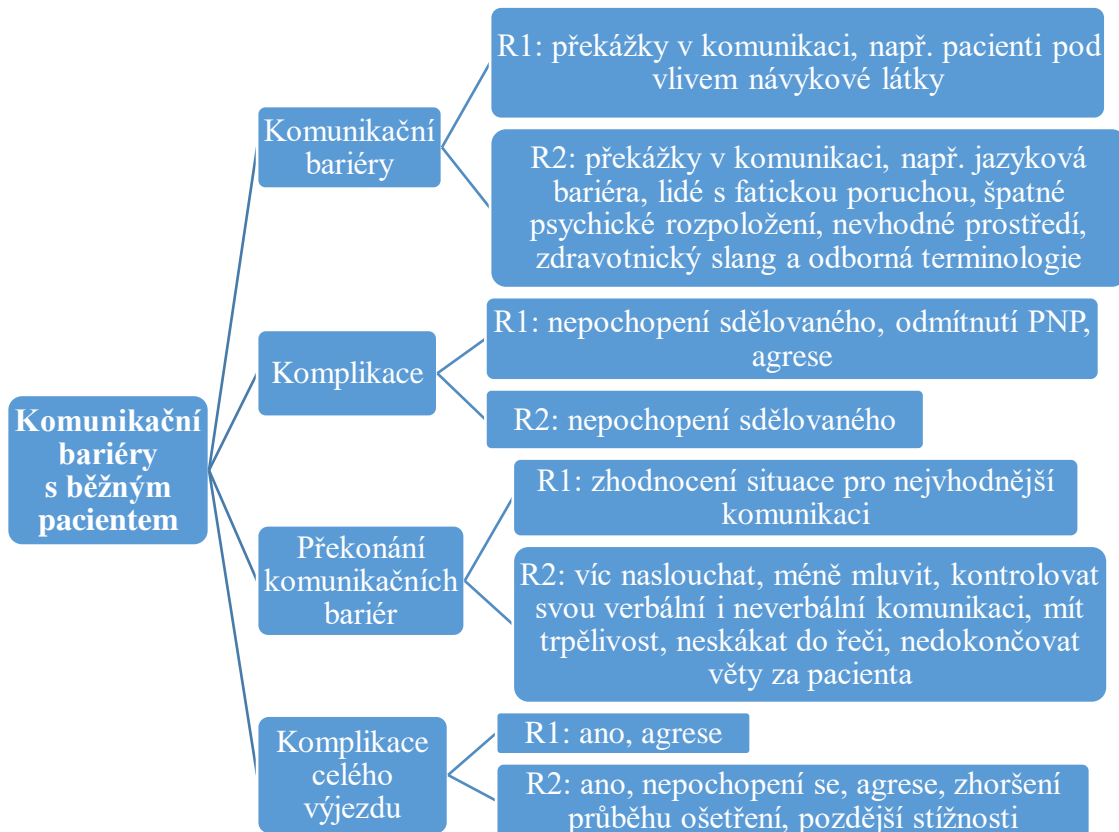
Kategorie 7 Využití slovníku nebo jiných možností překladu



Obrázek 7 Využití slovníku nebo jiných možností překladu

Obrázek 7 odpovídá na otázky, jestli je využíván slovník při komunikaci s cizojazyčným pacientem a jestli je využívána i jiná možnost překladu. R1 i R2 využívají slovník během komunikace s cizojazyčným pacientem, konkrétně mobilní překladač. R2 ještě dodal, že v sanitkách jsou i česko-polské slovníky. Na otázku jiných možností překladu R1 řekl, že je nevyužívá. R2 řekl: „*Ano, ideální je, když je na místě s cizojazyčným pacientem někdo, kdo rozumí oběma jazykům a může tlumočit.*“

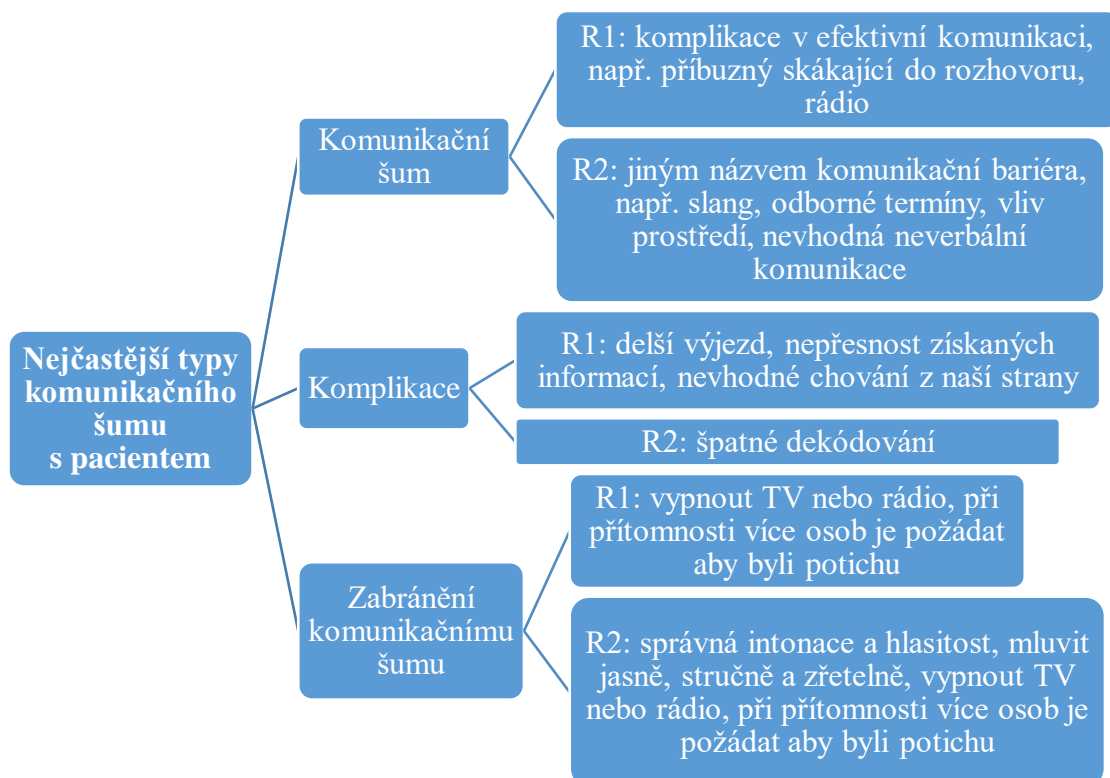
Kategorie 8 Komunikační bariéry s běžným pacientem



Obrázek 8 Komunikační bariéry s běžným pacientem

Obrázek 8 nás informuje o odpovědích respondentů na otázky, co jsou komunikační bariéry a jakým způsobem mohou zkomplikovat komunikaci, dále jak se dají překonat a jestli a jak nepřekonaná komunikační bariéra může zkomplikovat průběh celého výjezdu. R1 i R2 odpověděli, že komunikační bariéra je překážka v komunikaci znesnadňující přenos informací. Podle R1 může být komunikace zkomplikována nepochopením sdělovaného od pacienta či od zdravotníka, odmítnutím přednemocniční péče a klidně vznikem agrese. Podle R2 nepochopením sdělovaného. R1 si myslí, že komunikační bariéra se dá překonat zvolením nejvhodnějšího komunikačního způsobu. R2 říká: „*Víc pacienta poslouchat, méně mluvit, kontrolovat svou verbální a neverbální komunikaci, mít trpělivost, hlídat si rychlost řeči a neskákat jim do řeči, nedokončovat věty za pacienty, říct mu proč je daná otázka/informace pro mě důležitá, proč se na ni ptám a chci na ni odpověd'.*“ Podle R1 i R2 může vést nepřekonaná komunikační bariéra k agresi, podle R2 ještě k vzájemnému nedorozumění, zhoršení celého průběhu PNP a následně k pozdějším stížnostem na chování zdravotníků.

Kategorie 9 Nejčastější typy komunikačního šumu s pacientem

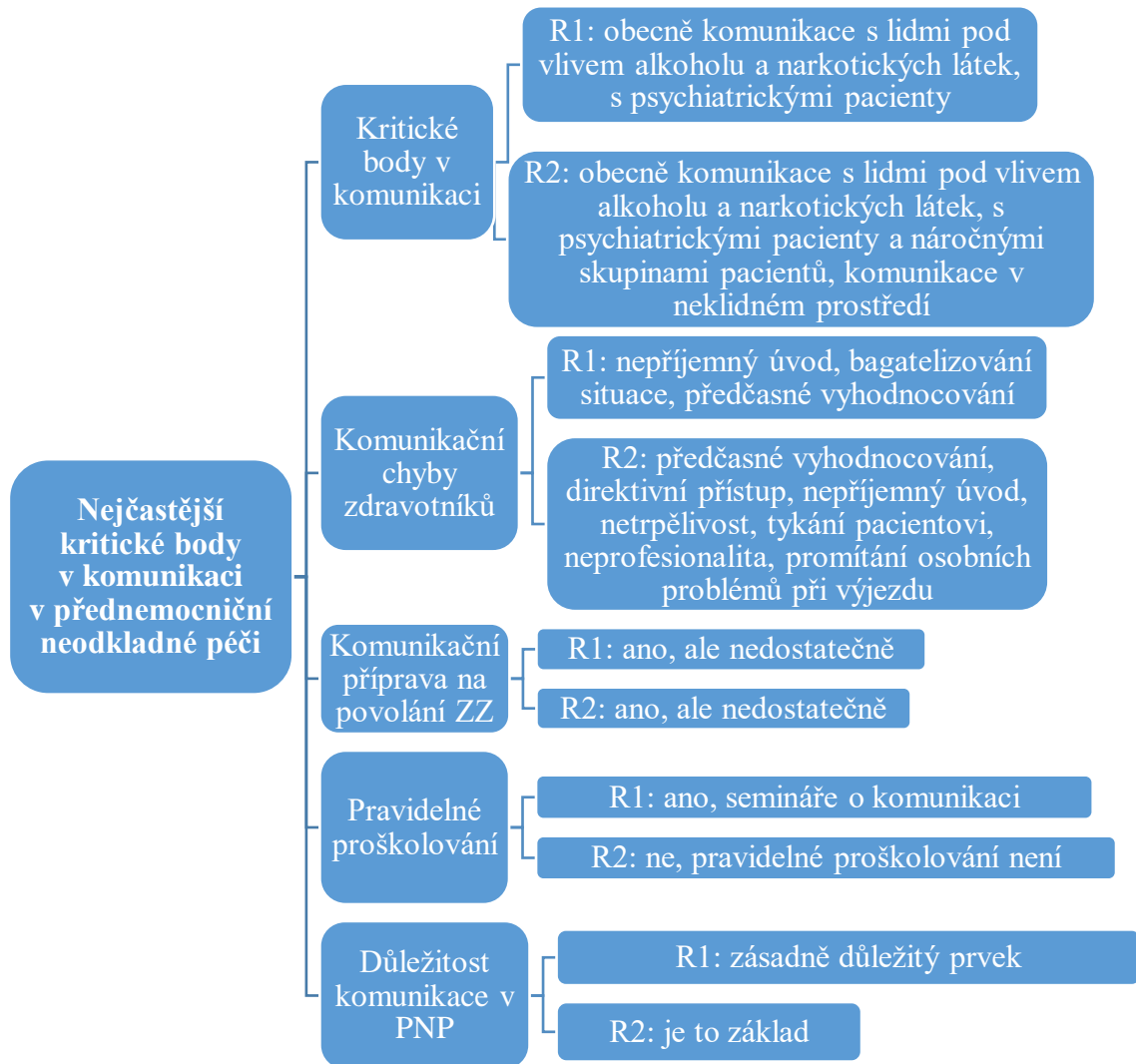


Obrázek 9 Nejčastější typy komunikačního šumu s pacientem

Obrázek 9 obsahuje odpovědi respondentů na otázky, co to je komunikační šum, jak může komplikovat komunikaci na místě výjezdu a jak způsobem zabraňují

komunikačnímu šumu mezi nimi a pacientem. R1 odpověděl, že komunikační šum je vlastně nějaká komplikace v komunikaci a za příklad uvedl příbuzného skákajícího do řeči nebo rádio. Podle R2 je komunikační šum jiný název pro komunikační bariéru a za příklad uvedl slangové výrazy či odborná terminologie ze strany zdravotníka, vliv prostředí, špatné kódování či dekódování informací, špatná neverbální komunikace. R1 si myslí, že kvůli komunikačnímu šumu bude výjezd ZZS delší, získané informace nemusí být přesné a při trvajícím komunikačním šumu může dojít k nevhodnému chování z naší strany, což můžou přítomní hodnotit jako aroganci a nepříjemnost. Podle R2 může komunikační šum zkomplikovat komunikaci nepřesným dekódováním vyslaných informací od pacienta či zdravotníka. A na zabránění komunikačnímu šumu se R1 i R2 shodli, že je důležité vypnout TV či rádio a při přítomnosti více komunikujících osob je požádat, aby byli chvíli potichu, že si potřebují vyzpovídat i samotného pacienta. R2 ještě dodal, že by mluvil stručně, jasně, výstižně a dbal na správnou hlasitost a intonaci během rozhovoru.

Kategorie 10 Nejčastější kritické body v komunikaci v přednemocniční neodkladné péči

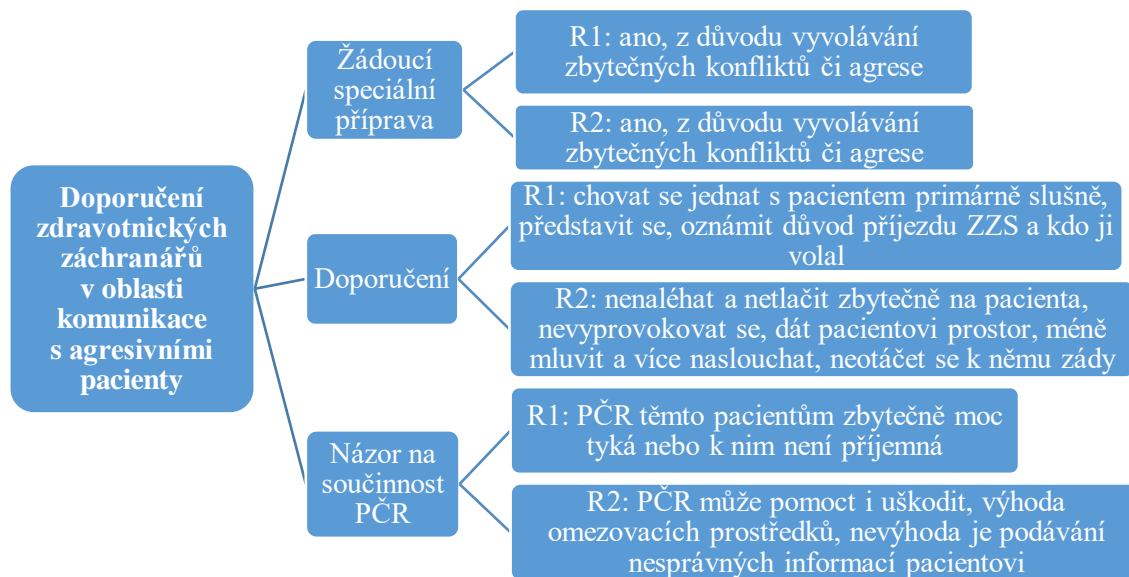


Obrázek 10 Nejčastější kritické body v komunikaci v přednemocniční neodkladné péči

Obrázek 10 přináší odpovědi respondentů k otázkám, jaké jsou nejčastější kritické body v komunikaci s pacientem, jaké jsou nejčastější komunikační chyby u členů ZZS, jestli se věnuje příprava na povolání zdravotnického záchranáře i náročnou komunikaci s pacientem, zda dochází k pravidelnému proškolení v komunikaci s různými skupinami náročných pacientů a jak důležitý prvek představuje komunikace při poskytování přednemocniční neodkladné péče. Respondenti se v první otázce shodli, že nejčastější kritické body v komunikaci se dá obecně považovat komunikace s lidmi pod vlivem alkoholu či jiných návykových látek a s psychiatricky nemocnými pacienty, pro nevyzpytatelnost jejich chování. R2 ještě dodal komunikace v neklidném prostředí z důvodu komunikačního šumu a obecně komunikace s náročnými skupinami pacientů.

Mezi nejčastější komunikační chyby pracovníků ZZS patří podle R1 i R2 nepříjemný úvod hned ze začátku výjezdu, kdy dochází předem k bagatelizování a předčasnému vyhodnocování daného výjezdu. R2 ještě dodal přechody z asertivního jednání na direktivní, neprofesionální chování, nedostatek času a netrpělivost při výjezdu, promítání osobních problémů do komunikace s pacientem. Na otázku, zda se věnuje příprava na povolání ZZ i náročné komunikaci odpověděl R1: „*Věnuje, ale ne dostatečně. Je to vidět na kolezích i studentech, že neumí s pacienty komunikovat. Dost to záleží na daném člověku, jestli je pro něj komunikování obecně snazší či jestli je to problém.*“ R2 odpověděl: „*Pár seminářů týkajících se komunikace proběhlo pro omezenou skupinu lidí. Podle mého názoru je důležitá hlavně empatie, takže vždy záleží na člověku i bez extra kurzů. Příprava se nevěnuje však dostatečně konkrétně těmto komunikacím s náročnými pacienty.*“ Na otázku pravidelného proškolení R1 odpověděl, že jsou pravidelně proškolení pomocí seminářů, naopak R2 odpověděl, že k pravidelnému proškolení nedochází. A na otázku, jak důležitý prvek představuje komunikace v PNP odpověděli oba, že je to zkrátka základ. R1 řekl: „*Je to zásadně důležitý prvek, pro včasné stanovení pracovní diagnózy a včasné vyhodnocení maligních stavů, u kterých může dojít k rychlému zhoršení stavu pacienta. Zásadní je odběr anamnézy pro případné včasné směřování pacienta na odbornější pracoviště.*“ R2 řekl: „*Je to základ, lidé vás hodnotí podle způsobu, jakým s nimi komunikujete.*“

Kategorie 11 Doporučení zdravotnických záchranářů v oblasti komunikace s agresivními pacienty

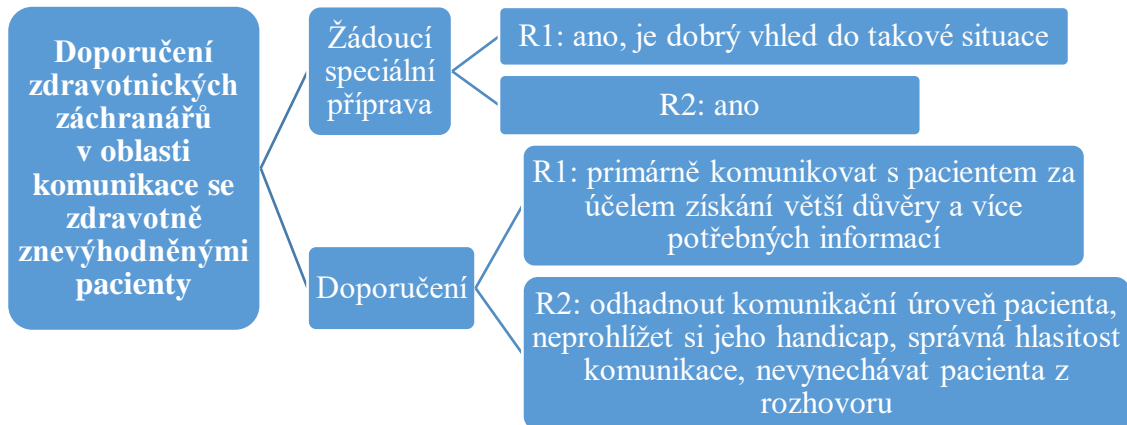


Obrázek 11 Doporučení zdravotnických záchranářů v oblasti komunikace s agresivními pacienty

Obrázek 11 zobrazuje odpovědi na otázky, jestli je žádoucí speciální příprava na komunikaci s agresivním pacientem, co by dle vlastních zkušeností doporučili nově nastupujícímu zdravotnickému záchranáři při komunikaci s agresivním pacientem a jaký názor mají na součinnost PČR během komunikace s agresivním pacientem. Na odpovědi na první otázku se oba respondenti shodli, že příprava na takovou komunikaci je rozhodně žádoucí, protože jinak dochází k vyvolávání zbytečných konfliktů a nárůstu agrese. R1 by ve druhé otázce doporučil chovat se k pacientovi co nejvíc slušně a nezatajovat mu žádné informace. R2 doporučil: „*Někdy je lepší odejít z místa výjezdu a vycouvat ven, což může pomoci aby nás pacient nevnímal jako agresora, který k němu leze do bytu, poté nahlásit operačnímu středisku, neotáčet se k pacientovi zády, říct mu, že víme, že se zlobí, že ho něco rozčílilo a zeptat se jak mu můžeme pomoci, agrese vždy pramení odjinud, pacient si ji na nás pouze vybíjí, nepouštět se do konfrontace s pacientem, nesnižovat se na jeho úroveň, snažit se míň mluvit a víc naslouchat, nechat plynout pacientovu zlobu a může tak dojít ke zmenšení jeho agrese a vyventilování se.*“ Na třetí otázku R1 odpověděl, že PČR může být k agresivním pacientům neslušná a tykat jim, podle R2 může součinnost PČR někdy pomoci a někdy uškodit. Výhodou je možnost použití

omezovacích prostředků, čímž dojde ke zklidnění pacienta, ale není to pravidlem, nevýhodou je podávání nepřesných informací pacientovi.

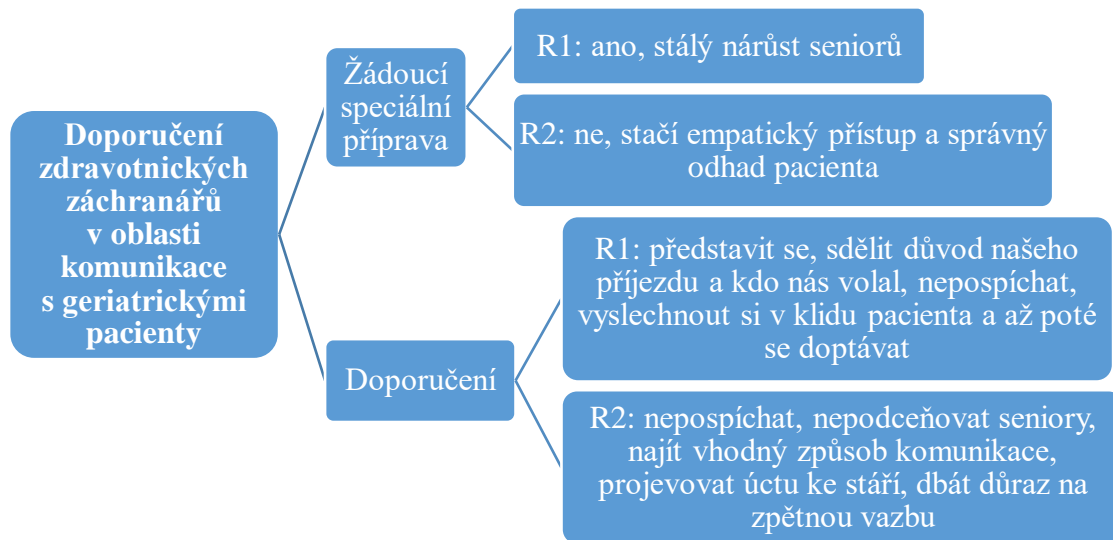
Kategorie 12 Doporučení zdravotnických záchranářů v oblasti komunikace se zdravotně znevýhodněnými pacienty



Obrázek 12 Doporučení zdravotnických záchranářů v oblasti komunikace se zdravotně znevýhodněnými pacienty

Obrázek 12 obsahuje odpovědi respondentů na otázky, jestli je žádoucí speciální příprava na komunikaci se zdravotně znevýhodněným pacientem a co by dle vlastních zkušeností doporučili nově nastupujícímu zdravotnickému záchranáři při komunikaci se zdravotně znevýhodněným pacientem. Podle R1 i R2 je žádoucí speciální příprava na takovou komunikaci, R1 dodal, že je dobrý vhled do podobných situací. Na druhou otázku odpověděli R1 i R2, že za účelem získání větší důvěry a více validních informací pro PNP je důležité primárně komunikovat s pacientem a nevynechávat ho z rozhovoru. R2 ještě podotkl neprohlížení si handicapu, odhadnutí komunikační schopnosti pacienta a využívání správné hlasitosti během rozhovoru.

Kategorie 13 Doporučení zdravotnických záchranářů v oblasti komunikace s geriatrickými pacienty



Obrázek 13 Doporučení zdravotnických záchranářů v oblasti komunikace s geriatrickými pacienty

Na obrázku 13 jsou odpovědi na otázky, zda je žádoucí speciální příprava na komunikaci s geriatrickým pacientem a co by dle vlastních zkušeností doporučili nově nastupujícímu zdravotnickému záchranáři při komunikaci s geriatrickým pacientem. Na první otázku R1 odpověděl, že je žádoucí speciální příprava, protože seniorů stále přibývá. Podle R2 není nutná, stačí pouze přistupovat dostatečně empaticky a správně odhadnout pacientovu komunikační schopnost. Na druhé otázce se R1 i R2 shodli v odpovědi, že pokud se nejedná o život ohrožující stav, je vhodné nespíchat během komunikace s geriatrickým pacientem. R1 dodal ještě představení se pacientovi, sdělení důvodu příjezdu ZZS a kdo nás volal a nejdřív si pacienta v klidu vyslechnout a až poté se doptávat na doplňující informace. R2 zase dodal nepodceňování seniorů, projevování úcty a respektu k jejich stáří, dbát na feedback a pokusit se najít nejvhodnější způsob komunikace.

Kategorie 14 Doporučení zdravotnických záchranářů v oblasti komunikace s pacienty etnických skupin a kultur



Obrázek 14 Doporučení zdravotnických záchranářů v oblasti komunikace s pacienty etnických skupin a kultur

Obrázek 14 obsahuje odpovědi k otázkám, jestli je žádoucí speciální příprava na komunikaci s pacienty etnických skupin a kultur, zda si myslí, že velkým prvkem ovlivňujícím komunikaci zdravotnického záchranáře s pacienty etnických skupin a kultur mohou být i společenské předsudky a co by dle svých zkušeností doporučili nově nastupujícímu zdravotnickému záchranáři při komunikaci s pacienty etnických skupin a kultur. Na odpovědi na otázku speciální přípravy se R1 i R2 shodli, že je žádoucí znát základní kulturní a etnické rozdíly. Oba respondenti si také myslí, že společenské předsudky jsou mezi zdravotníky časté, konkrétně R1 i R2 si myslí, že u opakovaných zbytečných a četných výjezdů dochází k neobjektivnosti a bagatelizaci zdravotního stavu Romů. Na odpovědi na třetí otázku se R1 i R2 shodli, že je důležité nejdřív si pacienta vyslechnout, a až poté hodnotit jeho zdravotní stav i přes četnost předchozích zbytečných výjezdů. R2 ještě dodal profesionální přístup, nastudování si základních kulturních a etnických zvyklostí a jejich respektování a při vyhocené situaci a nemožnosti poskytnutí PNP přivolat na místo PČR.

Kategorie 15 Doporučení zdravotnických záchranářů v oblasti komunikace s dětskými pacienty



Obrázek 15 Doporučení zdravotnických záchranářů v oblasti komunikace s dětskými pacienty

Obrázek 15 informuje o odpovědích respondentů na otázky, zda je žádoucí speciální příprava na komunikaci s dětským pacientem a co by dle vlastních zkušeností doporučili nově nastupujícímu zdravotnickému záchranáři při komunikaci s dětským pacientem. R1 i R2 se shodli, že je žádoucí speciální příprava na komunikaci s dětským pacientem, ale že by stačil pouze krátký kurz, protože R1 si myslí, že nejdůležitější je se představit dítěti a získat jeho důvěru. R2 si však myslí, že pokud bude zdravotník k dětskému pacientovi přistupovat empaticky a správně komunikaci odhadne, tak se tato celá komunikace dá zvládnout i bez speciální přípravy. A na otázku, co by doporučili nově nastupujícímu zdravotnickému záchranáři při komunikaci s dětským pacientem R1 odpověděl: „*vždy komunikovat především s dítětem, a ne s jeho rodičem*“, a R2 odpověděl: „*snažit se zachovat klid, mluvit pomalu s rozvahou a dbát na správnou neverbální komunikaci.*“

Příloha C Ukázka techniky kódování

R1-je to většina výjezdů, často si stačí jen sednout si, popovídat si s nimi a vysvětlit jim situaci a poté zjistí, že vlastně do nemocnice ani nepotřebují. Stačí si většinou jen popovídat.

R2-poměrně časté výjezdy, nejčastěji kolem svátků, většinou si stačí popovídat

R3-pouze pár lidí s tímto opakujícím se problémem (problém malého počtu seniorů, ke kterému se jezdí ale velmi často),

R4-nárazové výjezdy, nejčastěji kolem svátků

R5-poměrně časté výjezdy, hlavně kolem svátků, většinou se problém vyskytuje

R6-dost často, bojí se vystupňování problému, většinou stačí si promluvit a nechat na místě

Kategorie 5 Specifika komunikace s pacienty různých etnických skupin a kultur

Jaké jsou podle vás správné **obecné** zásady komunikace s pacienty různých etnických skupin a kultur?

R1-neházet všechny do jednoho pytle, znát základní multikulturální pravidla a zvyky daných kultur

R2-vyvarovat se předsudkům a otázkám a narážkám ohledně náboženství či barvy pleti nebo zkrátka otázkám na obecné zásady, přistupovat jako k běžnému pacientovi

R3-najít vhodný způsob multikulturální komunikace.

R4-přistupovat jako k běžnému pacientovi, vyvarovat se pouze určitým věcem v romských skupinách, dodržovat a znát základy multikulturálních zvyků a pravidel

R5-dodržovat multikulturální zvyky a znát základy multikulturálního ošetřovatelství

R6-přistupovat jako k běžnému pacientovi, vyvarovat se předsudkům a narážkám na danou kulturu, mít znalosti multikulturálních zvyků a pravidel, neházet všechny do jednoho pytle

Jaké komplikace se mohou vyskytovat během komunikace s pacienty různých etnických skupin a kultur?

R1-neznalost zvyků dané kultury, společenské předsudky, neodebrání správné anamnézy

R2-neznalost zvyků dané kultury, agrese, pozdější stížnosti

R3-jazyková bariéra u cizinců, nedodržení zvyků dané skupiny

R4-nedodržení zvyků dané skupiny, agrese, neodebrání správné anamnézy

R5-agrese, nedodržení zvyků dané skupiny, verbální či fyzická agrese

Příloha D Článek připravený k publikaci v odborném periodiku

Specifika komunikace zdravotnických záchranářů v praxi

Specifics of communication of paramedics in practise

Autor: Daniel Kramosil, Marie Froňková

Abstrakt

Článek se zabývá problematikou specifik komunikace zdravotnických záchranářů se skupinami náročných pacientů. Zjištěná data ve článku vychází z bakalářské práce. Konkrétně se článek zabývá specifiky komunikace s vybranými skupinami náročných pacientů, prostředky komunikace s cizinci, kritickými body v komunikaci a obecnými doporučeními zdravotnických záchranářů v oblasti komunikace s těmito skupinami pacientů.

Klíčová slova: komunikace, specifika komunikace, zdravotnický záchranář

Abstract

The article deals with the specifics of communication between paramedics and groups of demanding patients. The data obtained in the article are based on a bachelor's thesis. Specifically, the article deals with the specifics of communication with selected groups of demanding patients, means of communication with foreigners, critical points in communication and general recommendations of paramedics in the field of communication with these groups of patients.

Key words: communication, specifics of communication, paramedic

Úvod

Komunikace je složitý proces, popisovaný jako vzájemná výměna informací, přičemž jedná-li se o komunikaci u lidí, nazývá se to sociální komunikací či sociální

interakcí (Čechová, Mellanová a Rozsypalová, 2014). Na schopnost efektivní komunikace se všemi možnými typy pacientů jsou u zdravotnických záchranářů kladeny vysoké požadavky. U spousty situací je nutné správně vyhodnotit problém a rychle se rozhodnout během časové tísně či pod vlivem stresu, přičemž některá rozhodnutí mohou mnohdy určovat konečný zdravotní stav či přežití ošetřovaných pacientů. Při některých výjezdech je od zdravotnických záchranářů vyžadována vysoká míra empatického jednání a trpělivosti. Některé zásahy, např. mimořádné události, se zase objevují zřídkakdy a je u nich potřebný předchozí odborný výcvik, protože finální výsledek může záviset na schopnosti rychlého posouzení a zpracování dané události a někdy i na schopnosti improvizovat (Štětina, 2014). Jednání zdravotnických záchranářů by pokaždé mělo být morálně vyspělé, rychlé, ale zároveň uvážlivé a měli by efektivně (verbálně i neverbálně) komunikovat a vypadat obeznaně při výkonu své profese. Ošetřovaný pacient totiž může přestat zdravotnickému záchranáři důvěřovat, pokud u něj vycítí značnou nejistotu, chladnost, nezájem pomoci mu či odměřenost až bezohlednost (Andršová, 2012).

Cíle práce

1. Zjistit specifika komunikace zdravotnických záchranářů v praxi.
2. Zjistit prostředky komunikace zdravotnických záchranářů s cizinci.
3. Zjistit kritické body komunikace zdravotnických záchranářů v praxi.
4. Zjistit doporučení zdravotnických záchranářů v oblasti komunikace v praxi

Výzkumné otázky

1. Jaké specifika komunikace musí zdravotničtí záchranáři dodržovat při komunikaci v praxi?
2. Jaké prostředky využívají zdravotničtí záchranáři při komunikaci s cizinci?
3. Jaké jsou kritické body komunikace zdravotnických záchranářů v praxi?
4. Jaké doporučení navrhuji zdravotničtí záchranáři v oblasti komunikace v praxi?

Metodika výzkumu

Empirická část byla provedena pomocí kvalitativní metody výzkumu, k získání dat byly využity polostrukturované rozhovory se šesti respondenty. Všichni respondenti byli zdravotničtí záchranáři pracující na zdravotnické záchranné službě. Rozhovory byly nahrávány se souhlasem respondentů na mobilní telefon. Získaná data z rozhovorů byla poté pomocí kódovací techniky tužka-papír zpracována do grafických schémat. Výzkum byl proveden v červnu 2020. Za účelem zachování anonymity všech respondentů je uváděno pouze pohlaví, nejvyšší dosažené vzdělání a doba praxe v oboru. Dohromady byly stanoveny 4 výzkumné cíle a k nim odpovídající 4 výzkumné otázky, které byly dále na základě otázek z rozhovoru rozděleny do 10 kategorií.

Výsledky

Prvním výzkumným cílem bylo zjistit specifika komunikace zdravotnických záchranářů v praxi. Pro tento cíl byly vyčleněno 5 kategorií, které se zaměřovaly na správné zásady komunikace s vybranými skupinami pacientů, na možné komplikace probíhající komunikace a na konkrétní otázku vždy danou pro určitou skupinu pacientů. Respondenti zmínili mezi zásady správné komunikace s agresivními pacienty nejít do konfliktu a nenechat se vyprovokovat, vždy jednat v klidu, snažit se pacienta uklidnit a k tomu využít patřičnou komunikaci verbální i neverbální, slušné chování za účelem navázání důvěry a nepřesvědčovat agresivního pacienta o opaku jeho pravdy. Na největší komplikaci se všichni respondenti shodli a uvedli fyzické napadení s možnou verbální agresí, dále problém s navázáním důvěry a s tím následně spojené odmítnutí PNP až možný útěk pacienta. Většina respondentů je toho názoru, že PČR odvádí při komunikaci s agresivními pacienty profesionální práci i za předpokladu, že by jejich přítomnost při výjezdu mohla u pacientů vystupňovat agresi. Mezi zásady správné komunikace se zdravotně znevýhodněnými pacienty uvedli respondenti nalezení vhodného způsobu komunikace s ohledem na druh zdravotního handicapu a mentální úroveň daného pacienta, zároveň však pacienta nediskriminovat odlišováním od běžných pacientů, vysoká míra empatie, pokusit se pacientům vše oznamovat dostatečně předem (obzvláště nevidomým pacientům) a využití vhodné neverbální komunikace. Mezi největší komplikace u těchto pacientů patří obecně neporozumění sdělovanému a s tím následně spojený vznik nedůvěry a možná stresová reakce pacienta. Pro zapojení do rozhovoru

během výjezdu by většina respondentů volila hlavně pacienta pro získání vzájemné důvěry a maxima validních informací, ovšem jak uvedli dva respondenti, tak vždy záleží na dané situaci a schopnosti efektivní komunikace daného pacienta. Další kategorie se zaměřuje na specifika komunikace s dětmi. Způsob komunikace s dětmi se leckdy liší hlavně z důvodu věku, různé mentální vyspělosti a schopnosti komunikovat, proto je důležité tomu přizpůsobit vhodnou komunikaci. Mezi hlavní zásady správné komunikace patří získání si důvěry dítěte, buď pomocí rodiče nebo vlastních komunikačních dovedností, milý a empatický přístup doprovázený správnou verbální i neverbální komunikací. Všichni respondenti uvedli, že mezi komplikace komunikace s dítětem patří nespolupráce dítěte, nenavázání důvěry, křik, pláč, dětská agrese až následné odmítnutí neodkladné péče. Do rozhovoru je podstatné zapojit jak dítě, tak i rodiče podle většiny respondentů. Vždy záleží na různých okolnostech, koho při komunikaci během daného výjezdu zrovna upřednostnit. Další kategorie se zaměřuje na geriatrické pacienty, u nichž jsou veškeré fyziologické postupy s ohledem na stáří zpomalené, a proto je nutné přistupovat k nim individuálně a najít tak vhodný způsob komunikace. Většina respondentů se shodla na pomalé a srozumitelné konverzaci s patřičnou dávkou trpělivosti, porozumění a dbát na správnou neverbální komunikaci. Ke komplikacím patří časté nepochopení sdělovanému z důvodu nedostatečné zpětné vazby, komorbidit ovlivňující vnímání a chápání pacienta nebo strach až agrese z důvodu nevhodné neverbální komunikace. S ohledem na četnost výjezdů ZZS k seniorům z důvodu osamělosti se většina respondentů shodla, že takové výjezdy jsou velmi časté a v období svátků nejvíce. Jediný R4 odpověděl: „*Neřekla bych, že tyto výjezdy se objevují často, ale pouze nárazově v období svátků.*“ Poslední kategorie se zaměřila na komunikaci s pacienty různých etnických skupin a kultur. Respondenti zmínili mezi zásady správné komunikace přistupovat k pacientovi běžným způsobem, bez různých předsudků a narážek k jeho etniku. Neznalost či nedodržení zvyků dané etnické skupiny může vést ke komplikacím spojeným s agresí či vznikem komunikační bariéry a následnou potíží s poskytnutím neodkladné péče. Podle všech respondentů jsou společenské předsudky velkým prvkem ovlivňujícím komunikaci během výjezdů a vyvarovat se jim jde zejména pomocí zdravého rozumu a racionálního uvažování, popř. pomocí odborného školení, které by záchranářům přiblížilo a pomohlo pochopit zvyky a pravidla jednotlivých etnických skupin a kultur.

Druhým výzkumným cílem bylo zjistit prostředky komunikace zdravotnických záchranářů s cizinci. Pro tento cíl byly vyčleněny 2 kategorie, které se zaměřovaly na

četnost výjezdů ZZS k cizojazyčným pacientům a nejčastější národnosti, možné komplikace při výjezdech, možnost využití tlumočnických služeb, zda využívají záchranáři nějaký speciální postup při komunikaci s cizincem pro sběr anamnézy nebo vyšetření v PNP, a na využití komunikačních prostředků při komunikaci s pacienty nemluvícími česky nebo jinak komunikačně znevýhodněnými pacienty. Výjezdy k cizincům jsou podle respondentů poměrně časté a nejčastějšími národnostmi jsou ukrajinská, německá a polská a za zmínku určitě stojí i národnosti vietnamská a maďarská, které byly zmíněny hned dvěma respondenty. Hlavní komplikací v komunikaci je podle všech respondentů jazyková bariéra. Respondenti nemají možnost využití tlumočnicka během výjezdu, ale kdyby měli, tak by došlo k ulehčení získávání informací od pacienta. Na otázku speciálního postupu při komunikaci s cizincem nejvíce respondentů odpovědělo, že základem je najít společně užívaný jazyk, jinak se využívá standartní postup vyšetření jako u česky mluvícího pacienta. Pokud se nepovede najít společně užívaný jazyk, využívají respondenti neverbální komunikaci nebo hledají tlumočnicka z okolí pacienta. Všichni respondenti ví o možnosti využití komunikačních karet, ale nikdo z nich je ještě nevyužil. Na jiné možnosti překladu odpovědělo nejvíce respondentů mobilní překladač, dále tužku a papír na psaní nebo kreslení a jeden z respondentů využil dokonce piktogramy.

Třetím výzkumným cílem bylo zjistit kritické body komunikace zdravotnických záchranářů v praxi. Pro tento cíl byly vytyčeny 2 kategorie, které se zaměřovaly na komunikační bariéry a to, jak mohou zkomplikovat výjezd, poznatky o důležitosti komunikace při neodkladné péči, komunikační chyby záchranářů a jejich názor na nesložitéjší skupinu náročných pacientů v komunikaci a největší kritický bod při komunikaci s každým pacientem. Jako komunikační bariéru zvolilo nejvíce respondentů jazykovou bariéru, pak také špatné psychické rozpoložení z obou stran, bolest a nežádoucí zdravotní stav či vliv návykových látek. Hlavní komplikací je nezískání cenných informací pro anamnézu a následné vyšetření nebo získání zkreslených a nepřesných informací. Podle čtyř respondentů je komunikace nejdůležitějším prvkem neodkladné péče, dva respondenti jí přisuzují až druhé místo z důvodu nemožnosti komunikovat s pacientem v bezvědomí nebo při jiných život ohrožujících stavech. Mezi nejčastější komunikační chyby uvedli respondenti nedostatek trpělivosti, společenské předsudky a drzý až agresivní přístup. Jako nejsložitéjší skupinu náročných pacientů zvolili čtyři respondenti psychiatrické pacienty. Jinak, než ostatní odpověděl R3: „*Jako skupinu pacientů, se kterou je nejsložitéjší komunikace bych označil pacienty, kteří*

nechtějí nebo nepotřebují pomoc. ZZS jim zavolal někdo z 2. nebo 3. ruky a oni o tom třeba ani nevěděli.“ U poslední podkategorie zaměřující se na největší kritický bod při komunikaci s pacientem se odpovědi různily. Zmíněno bylo vyhodnocení správné komunikace, popis budoucího směřování, prvotní kontakt, pacientovo odbíhání od tématu při odběru anamnézy, konverzace během transportu do nemocnice nebo odebrání kvalitní anamnézy.

Čtvrtým výzkumným cílem bylo zjistit doporučení zdravotnických záchranářů v oblasti komunikace v praxi. Pro tento cíl byla vyčleněna 1 kategorie, která se zaměřovala na pravidelné proškolení záchranářů v oblasti komunikace se skupinami náročných pacientů, nutnost odborného školení v takové komunikaci, na názor záchranářů, zda by se už příprava na povolání měla zaměřit víc na takovou komunikaci a proč a na doporučení nově nastupujícímu záchranáři, čemu se vyvarovat v komunikaci. Všichni respondenti se shodli, že žádné pravidelné proškolení v oblasti komunikace se skupinami náročných pacientů není, ale že by určitě bylo potřebné z důvodu nárůstu komunikačně komplikovaných výjezdů, lepší připravenosti na různé komunikační situace a obecně kvůli zlepšení komunikačních dovedností, a s tím spojené zlepšení kvality poskytované neodkladné péče. R1 konkrétně řekl: *„Pravidelně proškolení nejsme. Někdy jsou však k dispozici semináře ohledně komunikace, které jsou ale nepravidelně.“* Dále se kromě R3 všichni respondenti shodli, že už příprava na povolání záchranáře během studia by se měla více zaměřit na komunikaci se skupinami náročných pacientů, protože v budoucnu by to umožnilo studentům méně náročný vstup do povolání a došlo by k většímu zapojení studentů do komunikace během výjezdů. R3 nesouhlasil a řekl: *„Věřím, že teoretická příprava během studia je dostatečná, lépe připraví pouze samotná praxe. Komunikaci si člověk stejně nenacvičí, někdo to v sobě má a komunikuje lépe než ostatní.“* Hlavní doporučení, čemu by se měl v komunikaci vyvarovat nově nastupující záchranář byla odpustit si poznámky během výjezdů, vyvarovat se předsudkům, nikdy nepodceňovat zdravotní stav pacienta i přes opakované zbytečné výjezdy, neurychlovat si práci, mluvit asertivně a bez odborných termínů a nepodléhat špatnému psychickému rozpoložení.

Diskuze

Zdravotnický záchranář se běžně setkává s nejrůznějšími typy pacientů, se kterými musí vždy odlišně a profesionálně komunikovat, aby nedošlo ke vzniku komunikačních

bariér či jiných komplikací ohrožujících výsledný zdravotní stav pacienta. Komunikace proto dokáže být velmi náročná s ohledem na různé skupiny pacientů (Andršová, 2012). R2 řekl: „*Špatná a neefektivní komunikace s pacientem může výjezd výrazně zkomplikovat.*“ Za důležité tedy považujeme znát jednotlivé odlišnosti a specifika komunikace u jednotlivých skupin náročných pacientů. Respondenti zmínili, že mezi zásady správné komunikace s agresivními pacienty patří nejít s pacientem do konfliktu, neprovokovat ho a nenechat se vyprovokovat. Dle Andršové (2012) by mohlo dojít k vystupňování agrese pacienta. Dále respondenti zmínili klidné a slušné jednání, snahu o uklidnění pacienta, nepřesvědčovat ho o opaku jeho pravdy. Pokorná et al. (2019) potvrdila, že by u komunikace nemělo chybět aktivní naslouchání, snaha o spolupráci a vznik důvěry, nepoučovat a nezaujímat direktivní přístup, rozmyslet si dopředu co říct. Velice důležité je používání správné neverbální komunikace, a to především dodržovat bezpečnou vzdálenost a omezit gestikulaci. Vhodná vzdálenost je na velikost paže před sebe, zbytečně neprovádět prudké pohyby a omezit gestikulaci, držet s pacientem oční kontakt ve stejné výškové úrovni atd. (Pokorná et al. 2019). Mezi zásady správné komunikace s handicapovanými pacienty patří vyhledání vhodného způsobu komunikace s ohledem na daný handicap. Andršová (2012) potvrdila, že je dobré si už předem zjistit o jaký handicap se bude jednat a tím se na komunikaci s pacientem připravit. Dále respondenti zmínili používání vhodné neverbální komunikace. Oči je vhodné mít ve stejné výškové úrovni, aby nedocházelo k pocitům nadřazenosti záchranáře, doteky jsou v pořádku na horní končetině v oblasti paže (Andršová, 2012). V neposlední řadě je důležitá vysoká míra empatie, trpělivosti, správná artikulace a vše oznamovat dostatečně předem. Při této komunikaci je důležité naslouchání, empatické jednání, projev zájmu, podpory a porozumění (Beran, 2010). Pro specifika komunikace s dětskými pacienty je zásadní komunikovat přiměřeně věku a mentální vyspělosti dítěte. Plevová a Slowik (2010) potvrdily, že je důležité znát rozdíly v komunikaci s dětmi z různých vývojových období. Plevová a Slowik (2010) dále uvedli, že po celou dobu komunikace s dítětem je nutné chovat se přátelsky, přívětivě a empaticky, což někteří respondenti zmínili ve svých odpovědích. Dle Andršové (2012) je základem neverbální komunikace s dítětem úsměv, pohazení a snížení se na výškovou úroveň dítěte. Respondenti dodržování správné neverbální komunikace ve svých odpovědích zmínili, a především vyzdvihli dodržení stejné výškové úrovně očí. Do zásad správné komunikace s geriatrickými pacienty patří pomalá a srozumitelná mluva s vhodnou hlasitostí. To potvrdila Andršová (2012), podle které je žádoucí na seniora mluvit pomalu, zřetelně a vstřícně s krátkými větami, tak

akorát nahlas. Klevetová (2017) udává, že senioři potřebují, abychom jim darovali kousek svého času pro sdělení jejich životního příběhu. Proto je podle respondentů důležitá vysoká míra trpělivosti a empatie, pochopení a přizpůsobení se tempu a zdravotnímu stavu seniora. Podle respondentů je vhodné také dbát na správnou neverbální komunikaci, což potvrzuje i Klevetová (2017), protože senioři jsou citlivější k neverbálním signálům komunikace více než k těm verbálním. Podle R6 by se neměly používat odborné termíny a R2 ještě dodal vše vysvětlovat a dbát na feedback. Obě tvrzení potvrzuje Andršová (2012), protože pro efektivní komunikaci by se mělo dbát na zpětnou vazbu, důležité informace opakovat, a nepoužívat odborné termíny. R6 ještě dodal vyvarování se elderspeaku a zdětinšťování seniora, což v literatuře také potvrzuje Andršová (2012). K zásadám správné komunikace s pacienty různých etnických skupin a kultur patří znalost základních multikulturních zvyků a pravidel a s pacientem jednat jako s běžným. To potvrzuje Kutnohorská (2013), která je toho názoru, že záchranáři by měli znát aspoň základní kulturní specifika v komunikaci s jednotlivými kulturními skupinami pro efektivní interkulturní komunikaci. Skutečnost, že záchranáři často neakceptují různé multikulturní zvyky během výjezdů se dá hodnotit jako negativní. Dále by se podle respondentů mělo dodržovat slušné chování a vyvarovat se nespravedlivé generalizaci a společenským předsudkům, protože jak řekl R2: *„Předsudky se objevují vždy minimálně do doby, než zjistíme pacientův zdravotní stav.“* V neposlední řadě by se mělo dbát na správné neverbální jednání. Podle Kutnohorské (2013) jsou nemocní pacienti z různých kultur zvláště citliví na neverbální komunikaci, což může být ještě prohloubeno z důvodu pobytu v cizím kulturním prostředí a z důvodu samotné nemoci. Na otázku speciálního postupu při komunikaci s cizojazyčným pacientem odpověděla většina respondentů, že základem je najít společně ovládaný jazyk a pokud to nelze, tak využít komunikačních prostředků nebo neverbální komunikace. R5 konkrétně odpověděl: *„Nejprve se snažím najít společný jazyk a pokud se to povede, tak přistupuji ke standartnímu postupu vyšetření pacienta, pokud ne, tak se snažím dorozumět rukama nohama.“* Baštecká a Mach (2015) potvrdili, že neverbální komunikace je velmi důležitá, protože díky ní dokážeme rozpoznat kulturní a etnický původ, sociální třídu, vztah k nám a náladu dané osoby, se kterou zrovna hovoříme. Zároveň je však pro zdravotnického záchranáře nezbytné naučit se kontrolovat své neverbální vyjadřování a umět ho vhodně použít při různých situacích v průběhu své práce (Čechová, Mellanová a Rozsypalová, 2014). Odpovědi respondentů na otázku komunikačních bariér a kritických bodů v komunikaci se skupinami náročných pacientů byly celkem rozdílné. Nejčastěji

zmiňované bariéry přítomné během výjezdů byly špatné psychické rozpoložení, jazyková a kulturní bariéra, bolest a nežádoucí zdravotní stav či vliv návykových látek. Průcha (2010) potvrdil, že při komunikaci ve zdravotnictví se mohou vyskytnout různé typy komunikačních překážek, které dokážou velmi zkomplikovat porozumění mezi komunikujícími a navázání jejich vzájemné důvěry. Na otázku pravidelného školení odpověděli všichni respondenti, že proškolení pravidelně nejsou. R1 konkrétně řekl: „*Pravidelně proškolení nejsme. Někdy jsou však k dispozici semináře ohledně komunikace, které jsou ale nepravidelně.*“ Pravidelná školení v oblasti komunikace by však byla potřeba pro zlepšení komunikačních dovedností v různých situacích během výjezdů. To potvrzuje i Štětina (2014) a říká, že na schopnost správné komunikace se všemi možnými typy pacientů jsou u záchranářů kladeny vysoké požadavky.

Závěr a doporučení pro praxi

Schopnost zdravotnických záchranářů správně a efektivně komunikovat s daným pacientem má své nezastupitelné místo při poskytování té nejkvalitnější přednemocniční neodkladné péče. Základem je získání si důvěry pacienta pro rychlé odebrání co největšího množství validních informací k sestavení anamnézy, následné poskytnutí přednemocničního vyšetření a započetí terapie. Zdravotničtí záchranáři by pro správný průběh komunikace s každým pacientem měli mít zájem o celoživotní rozvíjení vlastních komunikačních schopností a dovedností. Komplikovaných výjezdů, kde je zapotřebí znát různých komunikačních technik pro zvládnutí dané situace s pacientem, stále více přibývá a některé výjezdy, především k psychiatrickým pacientům, trvají i hodinu a déle, než vůbec dojde k získání relevantních informací pro sestavení anamnézy. Proto jsou zdravotničtí záchranáři toho názoru, že by pravidelné školení, přednášky či semináře v oblasti komunikace s různými skupinami náročných pacientů našly určitě své uplatnění pro zlepšení poskytované přednemocniční neodkladné péče. S tím souvisí i pravidelné seznamování zdravotnických záchranářů s uznávanými komunikačními metodami ze světa, které by mohli v praxi využít a s aktuálními poznatky vycházejícími ze spolehlivých metod. Díky tomu by také mohlo dojít ke snížení či úplnému zamezení těch nejčastějších komunikačních chyb, kterých se zdravotničtí záchranáři dopouštějí u pacienta během výjezdů. Důležité je vždy každému pacientovi věnovat individuální přístup, mluvit vhodným komunikačním způsobem, chovat se s patřičným respektem a pokorou, ale zároveň s pacientem jednat asertivně. Dále nikdy nepodceňovat

a nebagatelizovat jakýkoliv zdravotní stav a věnovat každému pacientovi dostatečné množství času potřebného k odebrání kvalitní anamnézy a poskytnutí následného kompletního přednemocničního vyšetření, aby nedošlo k přehlédnutí jakékoliv zdravotní obtíže ohrožující pacienta na životě.

Seznam použité literatury

ANDRŠOVÁ, Alena. 2012. *Psychologie a komunikace pro záchranáře: v praxi*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4119-2.

BAŠTECKÁ, Bohumila a Jan MACH. 2015. *Klinická psychologie*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0617-0.

BERAN, Jiří. 2010. *Lékařská psychologie v praxi*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1125-6.

ČECHOVÁ, V., A. MELLANOVÁ a M. ROZSYPALOVÁ. 2014. *Speciální psychologie*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. ISBN 978-80-7013-559-4.

KLEVETOVÁ, Dana. 2017. *Motivační prvky při práci se seniory*. 2. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-0102-3.

KUTNOHORSKÁ, Jana. 2013. *Multikulturní ošetrovatelství pro praxi*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4413-1.

PLEVOVÁ, Ilona a Regina SLOWIK. 2010. *Komunikace s dětským pacientem*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2968-8.

POKORNÁ, Andrea et al. 2019. *Management nežádoucích událostí ve zdravotnictví: metodika prevence, identifikace a analýza*. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-0720-9.

PRŮCHA, Jan. 2010. *Interkulturní komunikace*. Praha: Grada. ISBN 978-80247-3069-1.

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