



Komunikace zdravotnického záchranaře s pacientem z jiné kultury

Bakalářská práce

Studijní program:

B5345 Specializace ve zdravotnictví

Studijní obor:

Zdravotnický záchranář

Autor práce:

Jana Bartlová

Vedoucí práce:

Mgr. Bc. Lenka Horáková
Fakulta zdravotnických studií





Zadání bakalářské práce

Komunikace zdravotnického záchranáře s pacientem z jiné kultury

Jméno a příjmení: **Jana Bartlová**
Osobní číslo: D19000155
Studijní program: B5345 Specializace ve zdravotnictví
Studijní obor: Zdravotnický záchranář
Zadávací katedra: Fakulta zdravotnických studií
Akademický rok: **2021/2022**

Zásady pro vypracování:

Cíle práce:

Popsat zásady komunikace zdravotnických záchranářů s pacienty z jiné kultury.

Zjistit jaké možnosti využívají zdravotničtí záchranáři při komunikaci s pacienty z jiné kultury.

Zjistit jaké problémy se vyskytují při komunikaci zdravotnických pacientů z jiné kultury.

Teoretická východiska (včetně výstupu z kvalifikační práce):

V dnešní multikulturní společnosti bývá velkým problémem jazyková bariéra, ale také kulturní odlišnosti. Zdravotničtí záchranáři by měli být obeznámeni s odlišnostmi při poskytování zdravotní péče v různých kulturách. Díky těmto znalostem mohou zdravotničtí záchranáři předcházet možnému nedorozumění při poskytování zdravotní péče.

Výstupem bakalářské práce bude článek připravený k publikaci v odborném periodiku.

Výzkumné otázky:

Popisný cíl, výzkumná otázka nestanovena.

Jaké možnosti využívají zdravotničtí záchranáři při komunikaci s pacienty z jiné kultury?

Jaké problémy se vyskytují při komunikaci zdravotnických záchranářů s pacienty z jiné kultury?

Metoda:

kvalitativní

Technika práce, vyhodnocení dat:

Technika práce: polostrukturovaný rozhovor

Vyhodnocení dat: Rozhovory budou nahrány na diktafon, následně přepsány do programu Microsoft Office Word 2019, data budou analyzována pomocí kódování a kategorizována, informace budou následně zpracovány do diagramů.

Místo a čas realizace výzkumu:

Místo výzkumu: vybraná ZZS. Čas realizace výzkumu: prosinec 2021 – únor 2022

Vzorek:

Respondenti: zdravotničtí záchranáři vybrané ZZS. Počet: po dosažení teoretické saturace.

Rozsah práce:

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

Forma zpracování kvalifikační práce:

Tištěná a elektronická.

Rozsah grafických prací:
Rozsah pracovní zprávy:
Forma zpracování práce:
Jazyk práce:

tištěná/elektronická
Čeština



Seznam odborné literatury:

- ANDRŠOVÁ, Alena. 2012. *Psychologie a komunikace pro záchranáře: v praxi*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4119-2.
- ARONSON, Elliot. 2017. *Social psychology*. Boston: Pearson Education Limited. ISBN 9781292186542.
- BAŠTECKÁ, Bohumila a Jan MACH. 2015. *Klinická psychologie*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0617-0.
- ČECHOVÁ, V., A. MELLANOVÁ a M. ROZSYPALOVÁ. 2014. *Speciální psychologie*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. ISBN 978-80-7013-559-4.
- ČENĚK, Jiří et al. 2016. *Interkulturní psychologie: Vybrané kapitoly*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5414-7.
- HÁJEK, Marcel a Charif BAHBOUH. 2016. *Muslimský pacient: principy diagnostiky, prevence a komunikace*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5631-8.
- JANOŠEK, 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.
- 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>
- 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.

Vedoucí práce:

Mgr. Bc. Lenka Horáková
Fakulta zdravotnických studií

Datum zadání práce:

30. listopadu 2021

Předpokládaný termín odevzdání:

29. července 2022

L.S.

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

V Liberci dne 31. ledna 2022

Prohlášení

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

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

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

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

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

Beru na vědomí, že má bakalářská práce bude zveřejněna Technickou univerzitou v Liberci v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb., o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších předpisů.

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

27. července 2022

Jana Bartlová

Anotace v českém jazyce

Jméno a příjmení: Jana Bartlová

Instituce: Technická univerzita v Liberci, Fakulta zdravotnických studií

Název práce: Komunikace zdravotnického záchranáře s pacientem z jiné kultury

Vedoucí práce: Mgr. Bc. Lenka Horáková

Počet stran: 67

Počet příloh: 7

Rok obhajoby: 2022

Bakalářská práce je rozdělena na teoretickou a výzkumnou část. Teoretická část se zabývá zásadami komunikace zdravotnických záchranářů s pacienty z jiné kultury. Dále rozebírá obecné zásady komunikace zdravotnických záchranářů, specifika verbální a neverbální komunikace a komunikaci sociální. Zajímá se také důležitost a funkci rozhovoru ve zdravotnické péči, komunikační cyklus a překážky které se objevují v komunikaci. V poslední části se zaměřuje na specifika komunikace s pacienty z jiných kultur, zejména na muslimské, vietnamské, ukrajinské a romské pacienty. Výzkumná část je zaměřena na získání informací od zdravotnických záchranářů pracujících na zdravotnické záchranné službě. Tato část byla zpracována pomocí kvalitativní metody výzkumu a jako technika byly zvoleny polostrukturované rozhovory. Cílem této práce bylo zjistit možnosti zdravotnických záchranářů při komunikaci s pacienty z jiných kultur a také zjistit problémy, které se vyskytují při komunikaci zdravotnických záchranářů s pacienty z jiné kultury. Výstupem této práce bude článek připravený k publikaci v odborném periodiku.

Klíčová slova: komunikace, kultura, zdravotnický záchranář

Annotation

Name and surname: Jana Bartlová

Institution: Technical University of Liberec, Faculty of Health Studies

Title: Communication of paramedic with patient from foreign culture

Supervisor: Mgr. Bc. Lenka Horáková

Pages: 67

Appendix: 7

Year of defence: 2022

The bachelor thesis is divided into a theoretical and a research part. The theoretical part deals with the principles of communication between paramedics and patients from foreign culture. It also analyzes the general principles of communication of paramedics, the specifics of verbal and non-verbal communication and social communication. It is also interested in the importance and function of conversation in health care, the communication cycle and the obstacles that appear in communication. In the last part, it focuses on the specifics of communication with patients from other cultures, especially muslim, Vietnamese, Ukrainian and Roma patients. The research part is focused on obtaining information from paramedics working in the paramedic service. This part was processed using a qualitative research method and semi-structured interviews were chosen as the technique. The aim of this thesis was to find out the possibilities of paramedics when communicating with patients from other cultures and also to find out the problems that occur when paramedics communicate with patients from another culture. The output of this thesis will be an article ready for publication in a professional periodical.

Key words: communication, culture, paramedic

Obsah

Obsah	8
Seznam použitých zkratek	10
1 Úvod	11
2 Teoretická část	12
2.1 Charakteristika personálu zdravotnické záchranné služby	12
2.2 Komunikace zdravotnických záchranářů	13
2.2.1 Verbální komunikace	14
2.2.2 Neverbální komunikace	15
2.2.3 Sociální komunikace	17
2.3 Rozhovor	17
2.4 Komunikační cyklus	19
2.5 Překážky v komunikaci	20
2.6 Komunikace s pacienty z jiných kultur	22
2.6.1 Muslimové	23
2.6.2 Vietnamci	24
2.6.3 Ukrajinci	25
2.6.4 Romové	27
3 Výzkumná část	29
3.1 Cíle práce a výzkumné otázky	29
3.2 Metodika výzkumu	29
3.3 Kategorizace a analýza výsledků získaných rozhovorů	30
3.4 Charakteristika výzkumného souboru	30
3.4.1 Identifikační údaje	30
3.4.2 Kategorie I. Možnosti zdravotnických záchranářů při komunikaci s muslimskými pacienty	31
3.4.3 Kategorie II. Možnosti zdravotnických záchranářů při komunikaci s vietnamskými pacienty	32

3.4.4	Kategorie III. Možnosti zdravotnických záchranářů při komunikaci s ukrajinskými pacienty	34
3.4.5	Kategorie IV. Možnosti zdravotnických záchranářů při komunikaci s romskými pacienty	35
3.4.6	Kategorie V. Problémy vyskytující se při komunikaci zdravotnických záchranářů s muslimskými pacienty	37
3.4.7	Kategorie VI. Problémy vyskytující se při komunikaci zdravotnických záchranářů s vietnamskými pacienty	38
3.4.8	Kategorie VII. Problémy vyskytující se při komunikaci zdravotnických záchranářů s ukrajinskými pacienty.....	39
3.4.9	Kategorie VIII. Problémy vyskytující se při komunikaci zdravotnických záchranářů s romskými pacienty.....	40
3.5	Analýza výzkumných cílů a otázek	41
4	Diskuze	45
5	Návrh doporučení pro praxi.....	50
6	Závěr	51
	Seznam použité literatury	52
	Seznam schémat.....	54
	Seznam příloh	55

Seznam použitých zkratek

aj.	A jiné
apod.	A podobně
cca	Cirka
ICHS	Ischemická choroba srdeční
KPR	Kardiopulmonární resuscitace
např.	Například
PČR	Policie České republiky
tzv.	Takzvaný
ZZS	Zdravotnická záchranná služba

1 Úvod

V dnešním moderním a multikulturním světě dochází k velkým pohybům mas obyvatelstva, například kvůli válkám a nedostatku zdrojů jako je voda a potrava. Téma práce je s přibývajícím migrací, nejen v Evropě, stále aktuálnější a je třeba hledat možnosti a způsoby, kterými lze pochopit potřeby lidí z odlišných kultur. Z pohledu odvedení kvalitní ošetrovatelské péče je zcela zásadní komunikace pro získání důvěry pacienta a zjištění jeho potřeb.

Dané téma bylo vybráno, protože komunikace mezi rodilým Čechem a pacientem z jiné kultury může být velmi složitá, zejména pokud je zde jazyková bariéra. Například první generace Vietnamců v Česku do dnešních dnů není schopna popsat své potřeby a bolesti v českém jazyce. K takovým lidem je třeba přistupovat jinak než k pacientovi, který je narozený v Česku. Je potřeba být ohleduplnější a trpělivější. Proto je důležité zjistit, jaké možnosti využívají zdravotničtí záchranáři při komunikaci s pacientem z jiné kultury a jak se na takové události připravují, protože každý člověk je jiný. Je nutné se vzdělávat po celý život, ať už se jedná o zdravotnické postupy nebo i o komunikaci. Pokud pochopíme jeden druhého, můžeme předejít spoustě problémů.

Teoretická část práce zpracovává obecné zásady komunikace zdravotnických záchranářů, specifika verbální a neverbální komunikace a komunikaci sociální. Dále rozebírá důležitost a funkci rozhovoru ve zdravotnické péči, komunikační cyklus a překážky které se objevují v komunikaci. V poslední části se zaměřuje na specifika komunikace s pacienty z jiných kultur, zejména na muslimské, vietnamské, ukrajinské a romské pacienty. Výzkumná část je zaměřena na získání informací od zdravotnických záchranářů pracujících na zdravotnické záchranné službě ohledně možností komunikace s pacienty z jiné kultury a také problémů, které se při této komunikaci vyskytují. Tato část byla zpracována pomocí kvalitativní metody výzkumu a jako technika byly zvoleny polostrukturované rozhovory.

2 Teoretická část

2.1 Charakteristika personálu zdravotnické záchranné služby

Práce zdravotnických záchranářů vyžaduje schopnost zvládnání velké psychické zátěže nejen při náročných situacích, jako je ohrožení lidského života, ale také při neakutních, často se opakujících stavech chronicky nemocných či notoricky intoxikovaných pacientů. Zdravotničtí záchranáři by měli být připraveni pracovat v improvizovaných podmínkách, schopni ovládat své emoce, účinně jednat v krizových situacích a zároveň vystupovat klidně, empaticky a bez povýšenosti (Andršová, 2012).

Mezi dovednosti zdravotnických záchranářů se řadí efektivní chování – verbální i neverbální, schopnost náhledu do krizové situace, v níž se nacházejí a vysoká míra sebekontroly. Zdravotničtí záchranáři by si měli uvědomovat, že svojí práci budou muset obětovat své osobní volno, ať z důvodu výjezdu těsně před skončením pracovní doby, či v době svátků. Schopnost zvládnání práce na denní či noční směny, v hlučných nebo špinavých podmínkách, v nepříznivém počasí jsou osobnostní atributy, kterými by měli zdravotničtí záchranáři disponovat (Andršová, 2012).

Zdravotničtí záchranáři jsou také vystaveni stresu, který není vždy jen negativní, ale v klasickém pracovním procesu je synonymem pro zátěž. Stres neznamená ohrožení sám o sobě, naopak udržuje zdravotnické záchranáře stále v pozoru. Nebezpečný je naopak stres chronický kumulativní nebo expozice kritické události. Kritická událost přesahuje běžné adaptační schopnosti jedince a u jinak zdravého jedince může negativně ovlivnit jeho schopnosti. Jako příklady kritických událostí se uvádí smrt nebo sebevražda kolegy, vážné zranění kolegy v pracovní době, ohrožení vlastního života během výkonu povolání, neúspěšná KPR dětí či negativně popsaná medializovaná událost (Štětina, 2014).

Zdravotničtí záchranáři jsou nejčastěji osobnostními typy A. Charakteristika těchto osob je vysoká odolnost vůči stresu, orientace na práci, zodpovědnost, ochota podstoupit vysoké riziko. Na straně druhé je to ale také neschopnost říkat ne, potřeba ocenění – často okamžitá, nutnost stimulace a také potřeba vše řídit. Osobností typ A jen zřídka kdy odpočívá a je ohrožen vznikem syndromu vyhoření, také má větší pravděpodobnost výskytu psychosomatických chorob, např. infarkt myokardu, ICHS, hypertenze, aj. Zdravotničtí záchranáři jsou také lidé, stejně jako jejich pacienti a je pro ně důležitý životní nadhled a zachování si optimismu i po náročných výjezdech (Andršová, 2012).

2.2 Komunikace zdravotnických záchranářů

Komunikace v přednemocniční péči není jen pouhým přenosem informací mezi sdělujícím a příjemcem, ale jde zejména o sebe prezentaci. Komunikaci vždy vytváří a ovlivňují obě strany, proto může být těžké komunikační výměně porozumět (Zacharová, 2016). „*Komunikace vyjadřuje vztah a vztah se komunikací utváří*“ (Baštecká a Mach, 2015, s. 500).

Komunikace, kterou jsme se naučili v běžném životě je pro zdravotnickou komunikaci nedostačující, proto jsou nutné další specifické komunikační dovednosti, které se zdravotničtí záchranáři musí naučit v průběhu přípravy na výkon svého povolání (Čechová, Mellanová a Rozsypalová, 2014). Ve zdravotnické profesi je pro správné jednání důležité obměňování přístupu k lidem a přizpůsobení se jejich osobním zvláštnostem. Proto jsou pružnost a pohotovost důležitou vlastností zdravotnických záchranářů, stejně jako individuální přístup ke každému pacientovi a respekt a profesionálnost ve vzájemných vztazích. Schopnost komunikace je část profesionálního vybavení zdravotnických záchranářů a slouží k navázání a rozvíjení vztahu s pacientem. Komunikaci s pacientem je nutné neustále rozvíjet, zejména v situacích, kdy je zhoršena komunikační dovednost pacienta např. z důvodu nemožnosti pracovat, odloučení od rodiny, aj. Podle druhu onemocnění rozlišujeme specifika v komunikaci, např. komunikace s pediatrickým, geriatrickým, nebo nevléčitelně nemocným pacientem (Zacharová, 2017).

Danou komunikační situaci může ovlivňovat charakter zúčastněných osob, jejich povaha a zkušenosti, empatické dovednosti či samotná daná situace – časová tíseň, ohrožení života nebo momentální zdravotní indispozice (Irmiš, 2014). Krom komunikace interpersonální, kdy komunikují dva či více lidí, můžeme ve zdravotnictví využívat komunikaci intrapersonální, kdy se snažíme získat informace z archivu či externí historie, nebo komunikaci masovou, kterou využíváme zejména při seznámení se s novými poznatky, např. odborná literatura (Zacharová, 2016).

Rozlišujeme komunikaci verbální a neverbální. Tyto dva druhy se navzájem doplňují či zastupují a vychází z potřeb komunikačního procesu. V praxi se můžeme setkat s rozporem verbálních a neverbálních projevů, kdy lidé říkají určitou věc, ale jejich chování dané věci neodpovídá. V takové situaci považujeme za relevantnější neverbální chování (Zacharová, 2017).

2.2.1 Verbální komunikace

Verbální komunikace je čistě lidský jev, který patří k podstatným charakteristikám lidského jedince i společenství. Verbální komunikace nemusí být pouze mluvená, ale i psaná, rozlišujeme ji také na individuální a sociální, nebo spontánní a dodržující normy. Tyto podoby mají vnitřní souvislost, a proto nemůžeme stavět jednu proti druhé či jednu před druhou upřednostňovat (Janoušek, 2015).

Při identifikaci a uspokojování společenských požadavků hraje verbální komunikace velkou roli, účel komunikace může být poznávací, emoční či motivační a probíhá ve dvou rovinách. V racionální rovině pevně oddělujeme veškeré emoce v procesu celé komunikace a využita je pouze rozumová část této komunikace. Naopak v emocionální rovině si všímáme způsobu a formy sdělení, řídíme se individuálním pocitem z komunikátora a všímáme si projevených emocí jako jsou pláč, smích apod. (Tomová a Křivková, 2016).

Pro účinnost a úspěšnost verbální komunikace máme několik kritérií, kterými jsou jasnost, stručnost, zřetelnost a celistvost sdělených zpráv, dále je důležité správné načasování a výstižnost (Tomová a Křivková, 2016). Na otázky odpovídáme pravdivě a při komunikaci udržujeme kontakt na stejné úrovni, k pacientovi si radši dřepneme, než abychom na něj koukali shora (Pokorná et al. 2019). Pro efektivní komunikaci je důležité být otevřený, sdělovat úplný obsah a vyhnout se přílišnému používání negativních výrazů, jako jsou např. „měl/a byste“ nebo „musíte, či slov „možná“ a „pokusit se“. Verbální komunikaci používá zdravotnický záchranář jako pracovní nástroj a proto volí slova rozvážně, neboť jimi může jak pomoci, tak ublížit. Co bylo vyřčeno již nevezmeme zpět. V úvahu musíme brát i fakt, že pacient sdělený obsah vnímá zkresleně i pokud je vyřčen jasně a srozumitelně a část informací ihned zapomene, vyhýbáme se proto zahlcení informacemi a dáváme dostatečný prostor pro případné otázky pacienta. Pokud chceme docílit co nejúčinnějšího předání informací, dodržujeme základní zásady komunikace. V první řadě si **ujasníme cíl** a účel komunikace a své sdělení si zorganizujeme. Při sdělování sledujeme pacienta a snažíme se o **vzájemné porozumění**, jsme **empatičtí** a protějšku **nasloucháme** (Tomová a Křivková, 2016).

Na úspěšnosti se podílí i řada dalších prvků jako **rychlost** řeči, která vypovídá o znalosti daného tématu. **Hlasitost** řeči, která se mění v závislosti na obsahu a povaze sdělení, např. hlas ztišíme při intimním či nepříjemném tématu. Prostor pro přemýšlení mohou poskytovat **pomlky** nebo **úplné přerušování hovoru**. Pokud hovor přerušuje pacient,

může to být známka nejistoty či nepříjemnosti daného tématu, nebo rozmýšlení, zda hovor na dané téma započnout. Při projevu si dáváme pozor na **výšku hlasu**, jelikož odráží dané emoce, které mohou mít rušivý vliv na sdělovaný obsah. Výška hlasu se mění v závislosti na strach, stres nebo radost. V souvislosti s výškou hlasu měníme i **intonaci** hlasu, která nám pomáhá vyjádřit důraz a naléhavost sdělení. V projevu klademe důraz na **rovnocennost** partnerů a sledujeme reakce pacienta na naše sdělení, např. neklid, nervozitu nebo nudu (Zacharová, 2017). Mezi často opomíjené nedostatky ve verbální komunikaci se řadí tvorba příliš dlouhých vět, přílišná odbornost, používání slov, které sám zdravotnický záchranář neumí vysvětlit, rychlý projev bez pomlky, nadměrné ubezpečování o uzdravení, nebo kladení uzavřených otázek (Zacharová, 2016).

2.2.2 Neverbální komunikace

„Neverbální komunikace zahrnuje širokou oblast toho, co signalizujeme beze slov či spolu se slovy jako doprovod slovní komunikace“ (Zacharová, 2016, s. 54). Při komunikaci se vyjadřujeme verbálně i neverbálně a toto vyjadřování se navzájem prolíná tak, aby došlo k co nejpřesnějšímu vyjádření myšlenky. I proto je pro zdravotnické záchranáře nezbytné naučit se kontrolovat své neverbální vyjadřování a umět ho adekvátně použít ve své profesi (Čechová, Mellanová a Rozsypalová, 2014).

Rozlišujeme šest významů interakce verbálního a neverbálního sdělení. **Zdůraznění** části verbálního projevu dupnutím či ránou do stolu, dlouhým nepřerušovaným pohledem nebo zvýšením hlasu. **Doplnění** úsměvem, kýváním hlavou či mračením. **Úmyslné popírání** verbálního projevu zakrytím úst, zkřížením prstů. **Regulace** verbálního projevu zdvihnutím ruky. **Opakování** verbálního sdělení převedením na gesta, např. zdvižení ruky, pokynutí hlavou. **Nahrazování** slov gesty – pokynutí hlavou na souhlas nebo otáčení hlavou při nesouhlasu (Tomová a Křivková, 2016).

Pro zdravotnické záchranáře je neverbální složka komunikace velmi významná, zejména proto, že je velmi často nevědomá a není tak kontrolovaná, jako řeč. Je možné rozpoznat emoce, pocity a postoje pacientů lépe, než pomocí řeči a díky tomu navázat lepší vztah a vybudovat vzájemnou důvěru (Zacharová, 2017). Při hodnocení neverbálních projevů hrozí riziko nesprávné interpretace, proto bychom se měli vyhnout předčasným úsudkům a závěrům a nejprve analyzovat projev verbální. Verbální signály v oblasti obličeje a hlavy mají největší význam, dále to jsou pohyby rukou a paží a na

posledním místě analyzujeme pozice, vzdálenosti těla a nohou aj. (Tomová a Křivková, 2016). Neverbální komunikace zdravotnickým záchranářům pomáhá směřovat projev určitým směrem, překonávat komunikační překážky či kontrolovat a usměrňovat vlastní i pacientovo chování (Zacharová, 2017).

Mezi složky neverbální komunikace se řadí **mimika**, která je charakterizována pohyby svalů v obličeji, kolem úst, nosu a očí. Pomocí mimiky můžeme poznat momentální stav pacienta, zda je šťastný, překvapený, nebo má strach, ale také jeho vztah k informacím, které poskytuje. S mimikou úzce souvisí **vizika** neboli kontakt očí. Oční kontakt účastník komunikace udržuje více když naslouchá, naopak méně, když hovoří. Zdravotník by měl být schopen pomocí očí u pacienta vyčíst úzkost, strach, nejistotu, jeho psychický stav a momentální emoce. **Kinezika** neboli spontánní pohyby těla a jeho částí je to, co každého člověka dělá jedinečným. Kvůli tomu může být i interpretace kineziky velmi náročná a často nejednoznačná, proto je nutné hodnotit celý kontext komunikace. Záměrné pohyby částmi těla, např. rukou nebo hlavou mají silný sdělovací účel a označujeme je jako **gestiku**. Právě gesta mají významnou roli ve sdělování a sociální komunikaci. Z hlediska historie jsou gesta starší forma komunikace než řeč samotná. **Haptika** je komunikace pomocí doteků a podávání rukou, které často bývá prvním kontaktem zdravotnického záchranáře s pacientem. V rámci taktilní komunikace rozlišujeme tři doteková pásma těla. První pásmo je společenské, zdvořilostní a profesionální a jedná se oblast rukou a paží. Druhé pásmo je osobní a přátelské, a zahrnuje oblast paží, ramen, obličeje a vlasů. Posledním pásmem je pásmo intimní, erotické a sexuální, kde je oblast doteku neomezená. Důležité je zvolit si správnou vzdálenost při komunikaci, touto problematikou se zabývá **proxemika**. I zde rozlišujeme zóny, v tomto případě to jsou celkem čtyři. Intimní zóna je od cca 50 cm až po přímý dotek, tento kontakt je vhodný pouze při péči a ošetřování pacienta. Osobní zóna je v rozmezí 0,5 až 1,5 metru a užíváme jí při komunikaci s blízkými a známými. Společenské či skupinové konverzace probíhají ve společenské zóně, která je od 1,5 do 3,5 metru. Poslední zónou je zóna veřejná, která se užívá na zasedáních či veřejných setkáních a je větší, než 3,5 metru. Nejsou zde vidět detaily, nýbrž vidíme pouze postavu osoby jako celek. Poslední složkou neverbální komunikace je **posturika**, která se zabývá držením, napětím či uvolněním těla, náklony, postojem, polohou rukou, nohou a hlavy. Poloha dvou komunikujících osob vypovídá o jejich vzájemném vztahu ale také o vztahu ke sdělované informaci (Tomová a Křivková, 2016).

2.2.3 Sociální komunikace

„Sociální komunikace tvoří teoretický základ komunikace ve zdravotnictví“ (Zacharová, 2016, s. 69). Sociální komunikace je velmi obtížná a obsáhlá zručnost, která umožňuje rozhovor začít, ale také udržet, rozvíjet ho a dokončit. Dochází zde k interakcí mezi dvěma či více lidmi, kteří se navzájem nemusí znát, např. lidé v čekárně u lékaře. Jedná se o proces odevzdání a přijímání zpráv, čímž se sdělené informace stávají společnými. Díky sociální komunikaci můžeme formovat mezilidské vztahy, dorozumívat se ale také si porozumět (Zacharová, 2017).

V sociálním styku můžeme pomocí komunikace sdělovat informace a ovlivňovat způsob jejich pochopení pomocí intonace hlasu a vyjadřovat vlastní názory na dané téma či jinou osobu a vzájemný vztah. Oznamujeme také své sebepojetí, zda chceme zapůsobit, vzbudit důvěru aj. a také oznamujeme žádosti a metakomunikační dojmy. Sociální komunikace probíhá na obsahové a vztahové úrovni, kde se obě úrovně navzájem prolínají. Pokud jsou tyto úrovně v nesouladu, může sdělení působit negativně a vzniká komunikační bariéra (Zacharová, 2016).

Existují tři druhy sociální komunikace, prvním druhem je **sociální komunikace** jako taková. Jde o neplánovaný běžný rozhovor a užívá se při neformálních setkáních či při prvním kontaktu s pacientem. Dalším druhem je **strukturovaná komunikace** neboli komunikace specifická. Tato komunikace je plánovaná a je zde důležitá srozumitelnost, forma a načasování sdělení. Často se jedná o sdělování důležitých informací a postupu léčby, motivaci a edukaci. Posledním druhem je **terapeutická komunikace**, která je formou rozhovoru a užívá se, pokud jsme s pacientem v těžkých chvílích, při denním kontaktu a při rozhodování nebo přijímání těžkých a náročných informací (Zacharová, 2016). „*Podpůrný terapeutický rozhovor má za úkol zvýšit účinnost jiných léčebných přístupů*“ (Zacharová, 2016, s. 69).

2.3 Rozhovor

Rozhovor je předem plánovaná konverzace, která je základní metodou našeho působení na pacienta. Používá se ve všech fázích ošetrovatelského procesu a utváří vhodné pracovní prostředí ve vztahu pacienta a zdravotnického záchranáře. V rozhovoru se pomocí otázek a odpovědí můžeme dozvědět mnoho potřebných informací a dosáhnout

tak stanovených cílů. Díky stylu jednání může pacient lépe poznat zdravotnického záchranáře, získat v něj důvěru a jistotu. Je proto důležité postupovat v rozhovoru rozvážně, empaticky a ohleduplně a respektovat pacientovy pocity (Zacharová, 2017).

Rozhovor může mít v praxi dva významy, díky kterým lépe poznáváme pacienta a jeho osobnost, ale také můžeme pomocí rozhovoru navodit změny v chování pacienta a jeho jednání, kdy pacienta např. přesvědčíme o dodržování diety aj. Schopnost navázat a udržet s pacientem verbální kontakt je základem verbální komunikace. Pomocí své slovní zásoby zdravotnický personál instruuje, ujasňuje, pozitivně motivuje nebo podporuje, zároveň u toho musí postupovat přesvědčivě a s citem. Zdravotnický personál by měl také zvládat účinně aplikovat jasně strukturovaný rozhovor. Mezi hlavní cíle rozhovoru s pacientem by mělo patřit zjistit a získat informace od pacienta o jeho přesvědčeních a jeho stylu života, získat doplňující informace, které upřesní údaje v dokumentaci pacienta, zklidnit a informovat pacienta, zajistit bezpečí a jistotu a zjistit emoční vazby pacienta a jeho sociální situaci (Zacharová, 2017).

Snahu zdravotnického personálu může znesnadňovat to, že se lidé často neumějí otevřeně vyjadřovat o svých minulých prožitcích. Ať už je to kvůli neschopnosti introspekce nebo že se celkově hůř orientují ve svém vlastním světě. Tuto neschopnost zabývat se svou vnitřní subjektivitou vyvolává často silnější negativní myšlenka, které se pacienti bojí. Může se jednat o něco, za co se stydí, např. pláč nebo výbuch hněvu. Tím, že budeme respektovat pacientovu úroveň introspekce, ho učíme také o sobě jinak přemýšlet a uvědomit si, co vlastně cítí a co chce (Zacharová, 2017).

Rozhovor by si měl každý člen zdravotnického personálu nejdříve naplánovat. Je důležité, aby rozhovor byl přirozeného rázu, nejlépe ve formě dialogu. Můžeme získat informace např. z dokumentace pacienta. Zdravotnický personál má již o pacientovi částečné informace, od kterých se může rozhovor odvíjet. Základem navázání dobrého kontaktu s pacientem, kterého neznáme, je výběr vhodného pozdravu a jeho oslovení. Špatné vyslovené jméno může v pacientovi vyvolat neklid či nervozitu. Tento negativní zážitek může vést např. ke skepsi. Pro prvotní kontakt s pacientem bychom měli mít připravených pár vět, které dokážou prolomit počáteční napětí a které dokáží zaujmout (Zacharová, 2017). Aktivační úroveň pacienta můžeme v hovoru udržet pomocí doplňujících otázek, či výrazů porozumění a zájmu. Vhodné otázky jsou např. „Řeknete mi o tom, prosím, více?“ nebo „Proč si myslíte, že tomu tak je?“ (Janoušek, 2015). Vztah mezi pacientem a zdravotnickým personálem dotváří také okolní prostředí. V nemocnicích jsou to např. informační letáky, výmalba vnitřních prostor, navigační

system aj. Ve vozidle záchranné služby je to např. čistota vozidla záchranné služby, mluvený projev aj. (Zacharová, 2016).

2.4 Komunikační cyklus

Komunikace je proces předávání informací mezi dvěma nebo více lidmi, kteří se navzájem ovlivňují svými postoji, názory a způsobem chování. Komunikační proces má procesuální a proměnlivý charakter, proto se v průběhu hovoru mohou měnit způsoby argumentace a taktika vedení hovoru. Proces komunikace má podobu sinusoidy, kde na počátku a konci hovoru je největší pozornost komunikanta (Zacharová, 2016).

Komunikační cyklus obsahuje pět základních prvků. **Komunikátor** je ten, který zprávu odesílá a předává druhým neboli její autor. Zároveň své sdělení ovlivňuje způsobem vyřčení, postojem k dané problematice i k pacientovi, okolnostmi, za kterých komunikace probíhá, ale i vlastními emocemi a znalostmi daného tématu. Jazykové schopnosti a kulturní zvyklosti také velmi ovlivňují kvalitu komunikace. Důležité jsou zde procesy kódování a dekódování. Při **kódování** komunikátor převádí sdělované informace do určité formy, aby dané informaci komunikant porozuměl. Tento proces závisí na slovní zásobě, znalosti neverbálních signálů a jazyka a také schopnosti porozumět a přizpůsobit se partnerovi. Při **dekódování** si komunikant vysvětluje sdělované zakódované zprávy, což může být často velmi složitý proces, zejména pokud jsou komunikant a komunikátor z jiné kultury. Další překážkou při dekódování může být používání odborného jazyka, který je pro laickou veřejnost velmi obtížný pro pochopení, často zde dochází k úzkostným interpretacím či úplnému nepochopení. **Komuniké** neboli vlastní zpráva je hlavní myšlenka nebo informace, která je komunikátorem předávána ať verbálně či neverbálně. Hlavním předpokladem správně pochopené zprávy je vhodná volba komunikačního jazyka. Ke špatnému pochopení může dojít z důvodu komunikačního šumu, špatné formy kódování nebo dekódování, nedostatečných komunikačních dovedností či při použití abstraktních výrazů a slovních spojení. Žádoucí je dodržování zásad kódování, zejména určit si cíl (zda chceme komunikanta přesvědčit, předat prosté sdělení, nebo změnit jeho postoj). Dále je také důležitá stručnost, zřetelnost a srozumitelnost sdělení a jeho jednoznačnost a přiměřenost. V průběhu komunikace si verifikujeme správnost pochopení sdělení a popřípadě upravujeme formu komunikace. (Tomová a Křivková, 2016). **Komunikační kanál** je prostředek vyjádření sdělení a může

být přímý či zprostředkovaný. **Přímý komunikační kanál** se užívá při rozhovoru tváří v tvář a hlavním kanálem jsou zvuky a jejich zřetelnost, tzv. auditivní kanál. Dále to jsou neverbální projevy jako mimika a gestika (vizuální kanál), tělesný kontakt (hmatový kanál), smyslové vjemy (čichový kanál) aj. Velkou roli zde hraje celková úprava oděvu, rukou a nehtů, účesu ale také tetování či piercing zejména u starších generací. Komunikace probíhá zřídka pouze v jednom komunikačním kanálu, nejčastěji se používají současně tři až čtyři kanály. **Zprostředkovaným komunikačním kanálem** rozumíme rozhovor po telefonu, určitou formu zprávy (SMS, MMS, e-mail, aj.), dokument, dopis, nebo muziku (Zacharová, 2017). Příjemce vysílané zprávy je **komunikant**, u kterého dochází ke stejnému ovlivnění jako u komunikátora, tzn. ovlivnění vlastními názory, zkušenostmi, prostředím, kulturou, emocemi aj. Komunikant by měl mít stejný časový prostor pro vyjádření k dekodované zprávě a možnost kladení rozvíjejících otázek. Poslední částí komunikačního cyklu je **zpětná vazba** neboli feedback, který je reakcí komunikanta na přijatou zprávu. Zpětná vazba by měla být informací o tom, jak je zpráva přijata, dekodována a pochopena a může mít podobu přikývnutí, úsměvu, či zatřesení hlavou. Efektivní zpětná vazba pomáhá oběma stranám udržet se a orientovat se v komunikační situaci. Zpětná vazba by měla přijít v co nejkratším časovém intervalu od obdržení zprávy, měla by mít regulativní, podpůrnou, poznávací a provokující funkci a měla by být aktuální, přesná, relevantní a užitečná (Tomová a Křivková, 2016).

2.5 Překážky v komunikaci

Komunikace mezi lidmi bývá ovlivněna různými předpoklady osobnosti daného jedince, se kterým komunikujeme, jde tedy o složitý proces. Jedná se například o předpoklady jako je míra inteligence, vzdělání, původ jedince (jeho výchova) nebo také stav psychiky (Tomová a Křivková, 2016). My sami můžeme vytvářet různé překážky v komunikaci, kdy například mluvíme tichým hlasem, čímž způsobíme praktickou překážku v komunikaci. Dále například jazyková překážka, která bývá tvořena nesrozumitelným a rychlým projevem, tedy drmoláním nebo vychrlením dlouhých vět na pacienta s velkým množstvím důležitých informací. Tato překážka také může být ovlivněna jiným mateřským jazykem u cizinců (Zacharová, 2016).

Rozlišujeme dvě základní skupiny komunikačních bariér, a to **interní** a **externí**. Mezi interní bariéry řadíme problémy osobnostní, jako jsou např. neúcta, přerušování mluveného projevu, strach z neúspěchu aj. Mezi externí bariéry řadíme okolní rušivé vlivy jako jsou např. hlasité rozhovory zdravotnického personálu, vyrušování třetí osobou, nevhodně postavený nábytek aj. Význam sdělení je také ovlivněn metakomunikací, jedná se o charakterizování naší komunikace (komunikace o komunikaci) (Tomová a Křivková, 2016).

Na komunikační straně zdravotnického personálu se mohou vyskytnout ještě další překážky, kam můžeme zařadit např. zkreslené či jinak chybně formulované informace nebo polopravdy, své osobní názory, náhlá změna tématu atd. Problém také může vznikat v případě, že pacient nenaslouchá personálu nebo naopak, jedná se o takzvanou dvoukolejnost. Neprofesionální jednání ze strany zdravotníků může být také způsobeno nadměrným sdělováním důležitých informací. Dále sem lze zařadit výsměch nebo také tlačení pacienta do kouta dvojsmysly nebo urážkami. Pokud se chceme vyhnout dalším zbytečným překážkám v komunikačním procesu, měli bychom se vyvarovat např. nadměrnému slibování uzdravení, vnucování vlastního návodu pro život nebo návodu na vyřešení problémů pacienta. Chování zdravotnického personálu, kdy komunikujeme s pacientem bezobsažně, může v pacientovi vyvolat negativní emoce, protože si pacient odůvodněně myslí, že mu personál nerozumí a nenaslouchá mu. Takové chování zdravotnického personálu vůči pacientovi může v pacientovi vyvolat uzavřenost, nezájem a tím pádem může pacient přestat se zdravotníky spolupracovat (Zacharová, 2016).

Ze strany pacientů se také mohou vyskytnout bariéry v komunikaci se zdravotnickým personálem. Jedná se nejvíce o situace, kdy pacient nemůže, nechce nebo také neumí komunikovat. Pokud pacient neumí komunikovat, jedná se nejspíše o problém jazykové bariéry, protože pacient může pocházet z jiné země a nerozumí jazyku. Může se také jednat o člověka, který disponujeme nízkými komunikačními schopnostmi. Mezi nejčastější důvody, kdy pacient nechce komunikovat, řadíme negativní emoce, jako jsou např. nedůvěra vůči zdravotníkům, úzkost, deprese, strach. Bolest může být také důvodem, proč pacient nechce komunikovat. Mezi důvody, kdy pacient nemůže komunikovat se může řadit např. afázie, operace krku nebo intubace dýchacích cest atd. Kvalitní komunikační schopnosti zdravotnického personálu významnou měrou přispívají k zefektivnění vztahů mezi nimi a pacienty. Tímto také dochází ke zvýšení kvality života pacienta a tím k úplnému uspokojení jeho potřeb (Zacharová, 2016).

2.6 Komunikace s pacienty z jiných kultur

V České republice žije ke dni 31. 12. 2021 celkem 660 849 cizinců (ČSÚ, 2022). Kultura byla již od nepaměti součástí lidstva. Ať už se jedná o vlastní řeč, písmo, názory či gesta, příprava a konzumace jídla. To vše patří ke kulturním projevům lidí, stejně jako ošetrovatelství, které ke kulturnímu projevu lidí patří také. V multikulturním světě je důležité vědět, co kultura jako pojem vlastně znamená. Kulturou se rozumí to, co si lidé myslí, co dělají. Jedná se o rozsáhlý soubor jevů, kam můžeme zahrnout oblast víry, jazyku, morálky, vědění, obyčejů, typů výchovy, jejich jednání a v podstatě vše, co lidské společnosti umožňuje jako celku se ve světě orientovat a společně svět utvářet (Kutnohorská, 2013). Zdravotníci záchranáři vycházejí při poskytování péče z českých hodnotových premis a teprve poté zohledňují kulturní či etnické odlišnosti. Pokud se jedná o pacienta z jiné kultury, může být chápání jeho momentálního zdravotního stavu v rozporu s naším chápáním. V různých kulturách je nemoc a její příčina chápána odlišnými způsoby, např. nemoc může být trestem či zkouškou nebo dokonce osudem. Z tohoto důvodu může být i pacientův postoj k léčbě pasivní či odmítavý, a proto je potřeba zjistit informace o zdravotnické péči a jejích postupech v dané domovské zemi a kultuře (Zacharová, 2013).

Kulturní odlišnost se mohou ale také nemusí vždy projevit na první pohled. Některé kultury mají jistá nařízení, které části těla musí zakrývat. Dále např. u Vietnamců je být čistě a slušně oblečen základem slušného chování. U některých národů se kvůli vnějšímu vzhledu odvozuje také společenská prestiž. Pro zdravotnický personál je stěžejní pochopit odlišnosti v hodnotách či chování jiných kultur, jelikož to může být zdrojem frustrace a úzkosti nejen u nemocných (Kutnohorská, 2013). Častým problémem jsou předsudky a stereotypy. Předsudky bývají nejčastěji ve formě antipatie, která vzniká kvůli chybné či strnulé generalizaci a může být namířena proti jednotlivci či celé kulturní skupině. Tyto předsudky a stereotypy poté znevýhodňují pacienty, aniž by oni sami toto špatné chování jevili (Čeněk, Smolík a Vykoukalová, 2016).

Správná komunikace ve zdravotnictví je stěžejní, jelikož v určitých případech, může být špatná komunikace až život ohrožující. V dnešní multikulturní době roste počet cizineckých pacientů, anebo zdravotnického personálu vystudovaného v cizině. Z tohoto důvodu je výskyt chyb v komunikaci mezi zdravotníkem a pacientem čím dál častější, zejména, pokud oba mluví nemateřským jazykem (Meuter et al., 2015).

2.6.1 Muslimové

Muslimská víra je velmi odlišná od křesťanské víry, která v Evropě stále převládá. V České republice je většina lidí bez náboženské víry. Muslimové do České republiky přijíždějí nejvíce kvůli lázeňským procedurám. Jelikož se do Evropy dostává čím dál více muslimů, je důležité pro zdravotnický personál pochopení toho, jak muslimská víra ovlivňuje nejen ženské pacientky v každodenním životě. Většina ženských patientek s muslimskou vírou si nepřeje, aby museli odhalovat velké části těla nebo si přejí, aby je mohla na různá vyšetření alespoň doprovázet další žena, kterou dobře znají (Kutnohorská, 2013). Pokud je třeba muslimskou ženu ošetřit lékařem či záchranářem nemuslimem, zpravidla se vyžaduje přítomnost muže z rodiny této ženy. Pokud je žena vdaná, je tímto mužem vždy její manžel, pokud je svobodná, doprovází jí otec, bratr či strýc. Výjimkou jsou pouze akutní život ohrožující případy (Hájek a Bahbouh, 2016).

V islámu se člověk narodí bez prvotního hříchu, hledí se na něj tedy jako na bezhříšnou osobu. Člověk může páchat hříchy za svého života vědomě, ale i bez vlastního úmyslu. Islám odmítá požívání jakýchkoliv omamných látek, ať už narkotik či alkoholu. Je to z důvodu, aby lidé nepohrdali Alláhovým darem, který jim byl dán, tedy rozumem. Alláhovým darem je také tělesná schránka člověka, proto lidé také odmítají, jakkoliv své tělo svévolně a bezdůvodně poškozovat. Lidé vyznávající islám odmítají piercingy, tetování aj. Pokud se jedná o nápravu zdravotní, nikoli kosmetickou, je povolena plastická chirurgie (Hájek a Bahbouh, 2016).

Co se týká komunikace s pacienty z muslimské kultury, je tu několik úskalí. Jelikož u nás je podání rukou znamením zdvořilosti či respektu, člověku muslimské víry to tak nemusí přijít. Při komunikaci může také dojít na problémy při ověřování např. rodinné anamnézy. V případě, že je to možné, je nejvhodnější, aby muslimskou ženu ohledně anamnézy vyzpovídala lékařka, protože při rozhovoru se ženou bude více otevřená a upřímnější. Také z pohledu mužského je tento typ komunikace pozitivnější. Při rozhovoru se mohou vyskytnout problémy např. při pokládání otázek na rodinné problémy či vztahy. Muslimští pacienti mohou reagovat vyhýbavě, když takové otázky podává osoba, která nevyznává islám (Kutnohorská, 2013).

V islámu je rodina vždy na prvním místě, děti vždy respektují a poslouchají své rodiče, a to i když mají již vlastní rodinu. Stejně tak by prioritou dětí měla být péče o své rodiče až do jejich smrti. Muslimská rodina žije pospolu, a to často až ve třech generacích. Z tohoto důvodu mohou příbuzní často zasahovat do rozhodnutí a záležitostí jiného člena

rodiny, a to i pokud se jedná o bratrance, či strýce. Žena se po sňatku vždy nastěhuje k manželovi a poté poslouchá a řídí se názory své tchyně. Tchyně také za svou snachu rozhoduje v zásadních věcech. Též je kladen důraz na věk rodinných příslušníků, čím je starší, tím má větší úctu a respekt (Hájek a Bahbouh, 2016).

2.6.2 Vietnamci

Co se týče vztahů Čechů a Vietnamců, tak zde nejsou takové komunikační bariéry jako například mezi Čechy a muslimy (Kutnohorská, 2013). Je to z části také dáno tím, že za komunistického režimu v České republice k nám přijížděli Vietnamci na výměnné pobyty za studiem a prací (Lhořan 2012). Poté k nám přijížděli také dělníci, kteří zde ve většině zůstali. Většina si tu založila rodinu a zůstali tu dále žít. Po pádu komunismu v roce 1989 se do České republiky začali také stěhovat Vietnamci z okolních států, jako bylo Německo, Maďarsko nebo také Polsko (Kutnohorská, 2013). Ke dni 31. 3. 2022 je v České republice evidováno 65 130 Vietnamců (ČSÚ, 2022). Problémem při komunikaci může být starší generace Vietnamců, kteří ovládají pouze svůj rodný jazyk a bez překladatele, kterým je často jejich vlastní dítě, se nedorozumí vůbec (Kutnohorská, 2013). Velkým rozdílem mezi českým jazykem a vietnamštinou je, že Vietnamci, stejně jako anglicky mluvící lidé, nerozlišují tykání a vykání. Pokud mluví s někým, komu bychom v češtině vykali, užívají zdvořilostní obraty a fráze (Tóthová, 2010).

Při podávání ruky jsou Vietnamci zvyklí podanou ruku ještě stisknout rukou levou. Je to bráno jako základní slušnost, proto je toto gesto z naší strany vnímáno Vietnamci velmi pozitivně. Oční kontakt s Vietnamci udržujeme pouze po krátkou dobu, jelikož dlouhý pohled do očí je brán jako nezdvořilost. Pokud potřebujeme podat Vietnamci nějakou věc, vždy jí podáváme oběma rukama, pokud možno i s mírným předklonem, jako výraz úcty (Kutnohorská, 2013).

Ženy mají ve vietnamské kultuře stejné postavení jako muži, ale při rozhodování má větší váhu synovo slovo. Největším problémem pochopit pacienty z vietnamské kultury, bývá jazyková bariéra, ale také neverbální projevy, jako je např. úsměv. První generace Vietnamců do dnešních dnů nedokáže řádně popsat svůj problém. Vietnamci si celkově málo stěžují, téměř vůbec, jelikož si myslí, že tím ostatní obtěžují. Při ošetřování vietnamských pacientů je důležité se neustále vyptávat, zda např. nechtějí nějaký lék proti bolesti, protože nechtějí být na obtíž zdravotnickému personálu a zároveň léky obecně

neradi užívají, protože se bojí vzniku závislosti. Je nutné si také dávat pozor na pochopení úsměvu Vietnamců. I když se Vietnamec usmívá, tak to nutně neznamená, že je vše v pořádku. Úsměv může znamenat nepochopení mluveného sdělení, tudíž nám úsměvem dávají najevo, že nepochopili a omlouvají se. Pro zmírnění nepříjemných situací jako je nějaký typ nesnázi, či jejich nejistotu, používají úsměv také (Kutnohorská, 2013).

Vietnamci také zpravidla nezvyšují tón hlasu a neradi s protistranou nesouhlasí. To je dáno jejich buddhistickým smýšlením, které nahlíží na nesouhlas jako na nezdvořilé jednání. Pokud položíme otázku, kdy očekáváme odpověď typu ano nebo ne, Vietnamec se bude negativní odpovědi vyhýbat a odpoví neutrálně (Tóthová, 2010).

Z hlediska etiky je pro Vietnamce snadnější, aby pacientku ženu také ošetřoval zdravotnický personál ženského pohlaví. Za péči o nemocného je zodpovědná žena z rodiny, která poskytuje koupel či každodenní jídlo, bez ohledu na pohlaví nemocného. Každý člověk svůj osobní prostor vnímá jinak a subjektivně, a proto je důležité tyto odlišnosti zohlednit a umět s nimi zacházet (Heilmann, 2013). Vietnamci jsou ale velmi stydlivý národ, hlavně tedy ženy. Pokud je potřeba nějaké osobní hygieny, tak pomoc při vykonávání hygieny poskytne žena z rodiny. Vietnamci jsou velmi obětaví, pokud je potřeba např. transfuze krve, většinou ji poskytne člen rodiny. Co se týče těhotných žen, těm je věnováno hodně pozornosti, kdy se dbá na zdravé jídlo, a hlavně dostatek odpočinku, kdy těhotná žena nesmí vykonávat žádné namáhavé práce. Jako i v jiných kulturách, obezita ve vietnamské kultuře není problémem, jelikož se jedná o známku dobrého postavení a spokojenosti. Pokud ošetřujeme vietnamské dítě, nehladíme ho po vlasech, protože je to ve Vietnamské kultuře nepřípustné a je to bráno jako velká nezdvořilost (Kutnohorská, 2013).

2.6.3 Ukrajinci

Co se týče geografické polohy, typu náboženství aj., dají se Ukrajinci považovat za k nám nejbližší národ oproti muslimům či Vietnamcům. Ukrajinci i Češi patří mezi Slovanské národy. Ukrajinci jsou druhá největší minorita žijící na území České republiky (Kutnohorská, 2013). Ke dni 31. 3. 2022 je v České republice evidováno 452 657 Ukrajinců (ČSÚ, 2022).

At' už Ukrajinci přichází za prací či studiem, tak zde často zůstávají a pomáhají také živit svou rodinu na Ukrajině. Za největší bariéru při komunikaci mezi pacientem

z Ukrajiny a zdravotnickým personálem patří špatná jazyková vybavenost, kdy Ukrajinci často nerozumí ať už kratším či delším odborným sdělením. Jelikož se na Ukrajině používá pro psaní azbuka, tak je pro Ukrajince také těžší pochopit psaný text (Kutnohorská, 2013). S touto komunikační bariérou úzce souvisí i špatná informovanost o systému zdravotní péče v České republice. Mnoho Ukrajinců poskytnutým informacím nerozumí nebo je nechápou (Tóthová et al., 2012).

Při setkání je důležité klást důraz na seznámení a představení se. Ukrajínští muži respektují právo ženy na podání ruky, to znamená, že muž ženě nenabízí podání ruky jako první, nýbrž čeká, až to udělá ona. Odmítnutí podané ruky je pro Ukrajince velkou urážkou (Tóthová et al., 2012).

Ukrajínští pacienti jsou velmi ukáznění, emociálně se často neprojeví a nemají žádné speciální požadavky na péči. Jsou velmi ochotní a přizpůsobiví, co se týče režimových požadavků na oddělení (Kutnohorská, 2013). Velmi často uznávají přírodní medicínu jako první volbu, pokud je ovšem neúčinná, nemají problémy s užitím analgetik, či návštěvou lékaře. Lékařské návštěvy neodkládají a léčebný režim dodržují. S léčebnými či vyšetřovacími procedurami z větší části problém nemají. V některých případech odmítají interrupci, transfuze krve, transplantace, bolestivé zákroky či užívání opiátů (Tóthová et al., 2012).

Na Ukrajině je velmi znát ruský vliv, ať už je to písmo (azbuka) či v komunikaci. Specifika komunikace s Ukrajinci jsou téměř totožné jako specifika komunikace s pacienty z Ruska (Kutnohorská, 2013). V komunikaci bychom se přirovnávání těchto dvou národů měli vyvarovat, jelikož Ukrajinci jsou velmi hrdým národem a jsou pyšní na svou kulturu. V hovoru bychom přirovnáváním Ukrajiny k Rusku Ukrajince velmi urazili (Tóthová et al., 2012).

Ukrajinci jsou obecně velmi nábožensky založení, nejrozšířenějším náboženstvím je pravoslavné křesťanství. Na základě toho jsou velmi přemýšliví a věří v sílu rituálů, které jim mají pomáhat dosáhnout vnitřního klidu. Dále věří v moc náboženských ikon, které mají velmi často vyvěšené ve svých domácnostech, tyto ikony mají pomáhat s ochranou rodiny, přinášet bohatství a také pomoci v uzdravování. Ukrajinci mají velmi rádi knihy a jejich vlastnění je symbolem dobrého společenského postavení. Také mají veliké potěšení z hudby a tance. Pokud ale Ukrajinec zpívá, nemusí to vždy značit, že je veselý, jelikož Ukrajinci zpívají bez ohledu na smutek či radost. Velký důraz se klade na rodinu, ta je pro Ukrajince na vysoké pozici a velmi si jí váží. Rodinu si přejí mít přítomnou i

v době umírání, také se má o tělo po smrti postarat dle zvyklostí jejich kultury, pokud je to možné (Tóthová et al., 2012).

Častým problémem pro Ukrajince bývá pití alkoholu. Alkohol je brán jako součást kultury a jeho pití je kulturním zvykem. Odmítnutí nabízeného alkoholu je bráno jako urážka. Právě alkohol bývá v komunikaci častou překážkou (Kutnohorská, 2013).

2.6.4 Romové

Romská minorita je v České republice největší etnickou minoritou a dělí se zde na pět subetnických skupin. Každá skupina má své nářečí, zvyky, obřady a způsob života. Tradičním jazykem je romština, ale většina Romů se dorozumí jazykem majoritní společnosti. Komunikace Romů je specifická svým temperamentem, hlučností a velmi extravagantními gesty. Tato gesta nejsou používána negativně, nýbrž jsou neutrální součástí mluveného projevu a dotváří jeho charakter. V konfliktu intonaci hlasu ještě více zvyšují a gesta jsou obsáhlejší (Tóthová et al., 2012).

V komunikaci s Romy si musíme uvědomit, že kladou velký důraz na empatii. Sami Romové jsou velmi rychle schopni rozpoznat pocity komunikačního partnera a vcítit se do něj. To stejné očekávají od protistrany, jelikož míra empatie je zde žádána daleko více než u většinové populace. Dále velmi prožívají své city, projevují je velmi nahlas a zřetelně a nikdy je neskrývají. Svůj osobní prostor Romové vnímají velmi odlišně, což je dáno výchovou. Děti jsou vychovávány v úzkém tělesném kontaktu se zbytkem rodiny. Je zde kladen důraz na doteky daleko více než na komunikaci verbální. Z tohoto důvodu jsou Romové schopni zpracovat více než 95 % neverbální komunikace (Tóthová et al., 2012).

V žebříčku hodnot mají na prvním místě život a vše, co vede k jeho uchování, znásobení a pokračování. Dále velmi prosazují rodinu a poté zdraví. Negativně je vnímáno vše, co tyto hodnoty omezuje či ohrožuje. Velmi ponižující je pro ně znemožnění na veřejnosti a také špatně snáší nespravedlnost. Obecně nechápu ironii, proto je velmi důležitý způsob komunikace s nimi. Nejsou vychováni a vedeni k děkování či poprošení, tudíž absence těchto, pro nás, základů slušného vychování není vnímána Romy nijak negativně. Je pro ně velmi důležitý celkový dojem z hovoru. Z tohoto důvodu často upřednostní příjemnější informace před pravdou, což je důležité zohlednit při odběru anamnézy (Tóthová et al., 2012).

Romové jsou orientováni na současnost, je pro ně nejdůležitější momentální okamžik a nemyslí příliš na budoucnost. Proto při motivaci pacienta nemá často význam povzbuzování na základě příslibu lepší budoucnosti. Způsob života Romů je velmi odlišný od majoritní společnosti. Vzhledem k jejich kočovnému původu nemají vztah k dlouhodobému časovému plánování, obydlí a prostoru ve kterém žijí. Cíle si určují pouze krátkodobé, a ty si plní bez ohledu na vliv do budoucna. Žijí ze dne na den. (Tóthová et al., 2012). Vzhledem k jejich temperamentní povaze, je v rodině nízká míra násilí brána jako běžná a normální. Často je to bráno i jako projev lásky. Ženy jsou zvyklé brát muže jako autoritu a podřizovat se mu. Pokud ženy dostatečně nerespektují manžela, nebo selhají jako matky, mohou být potrestány (Lhoťan, 2012).

Pokud jsou Romové nemocní, obecně platí, že mají slabou vůli a trpělivost a potřebují svou rodinu více než jindy. Bez své rodiny cítí strach, jsou nesamostatní a vytváří si komplexy, které poté vedou ke zvýšené agresii. Též komunikace se zdravotníky je mnohem náročnější, často jsou až neochotni spolupracovat. Vůči zdravotníkům jsou Romové nedůvěřiví, rady od zdravotnického personálu přijímají velmi špatně, cítí se často ukřivdění až pohoršeni. Léky užívají a léčebný režim dodržují jen po dobu nezbytně nutnou, zpravidla dokud pocítují příznaky nemoci. Léčebné či diagnostické výkony neodmítají. Důležité je zdravotní stav nemocnému vysvětlit co nejlépe, aby pochopil příčinu nemoci a její průběh. Romové vyžadují podrobné a pravdivé informace o svém zdravotním stavu a přejí si, aby byly sdělovány i jejich rodině. Častým problémem při komunikaci s rodinou bývá velké množství příbuzných, kteří se zajímají o stav nemocného. Romové mají velký strach z bolesti a smrti, a to i pokud se nejedná o vážné onemocnění. Jsou velmi emotivní, své emoce projevují nahlas, zejména častým sténáním. Sami Romové nepovažují za důležité, aby zdravotnický personál znal specifika jejich kultury, proto na ně ani při hospitalizaci neupozorňují a nevyžadují jejich dodržování. Důležitější je pro ně milé, profesionální a vstřícné chování zdravotnického personálu. Zároveň kladou důraz na zachování intimity v nemoci (Tóthová et al., 2012).

3 Výzkumná část

3.1 Cíle práce a výzkumné otázky

Cíle práce

1. Popsat zásady komunikace zdravotnických záchranářů s pacienty z jiné kultury.
2. Zjistit jaké možnosti využívají zdravotničtí záchranáři při komunikaci s pacienty z jiné kultury.
3. Zjistit jaké problémy se vyskytují při komunikaci zdravotnických pacienty z jiné kultury.

Výzkumné otázky

1. Jaké možnosti využívají zdravotničtí záchranáři při komunikaci s pacienty z jiné kultury?
2. Jaké problémy se vyskytují při komunikaci zdravotnických záchranářů s pacienty z jiné kultury?

3.2 Metodika výzkumu

Výzkumná část práce je zpracována pomocí kvalitativní metody výzkumu. Informace byly získávány pomocí polostrukturovaných rozhovorů, které byly vedeny se zdravotnickými záchranáři a nahrávány na mobilní telefon pomocí diktafonu. Dále byly rozhovory přepsány do programu Microsoft Office Word 2019. Získaná data byla kódována pomocí metody tužka-papír a zpracována do schémat v Microsoft Office Word 2019. Tato schémata byla popsána a doplněna úryvky z jednotlivých rozhovorů. Zkoumaný vzorek se skládá z 5 zdravotnických záchranářů, jejichž výběr byl ukončen po dosažení teoretické saturace. Všichni tito respondenti poskytli souhlas s účastí ve výzkumu.

3.3 Kategorizace a analýza výsledků získaných rozhovorů

Na základě výzkumných otázek bylo vytvořeno 8 kategorií.

Kategorie I. Možnosti zdravotnických záchranářů při komunikaci s muslimskými pacienty.

Kategorie II. Možnosti zdravotnických záchranářů při komunikaci s vietnamskými pacienty.

Kategorie III. Možnosti zdravotnických záchranářů při komunikaci s ukrajinskými pacienty.

Kategorie IV. Možnosti zdravotnických záchranářů při komunikaci s romskými pacienty.

Kategorie V. Problémy vyskytující se při komunikaci zdravotnických záchranářů s muslimskými pacienty.

Kategorie VI. Problémy vyskytující se při komunikaci zdravotnických záchranářů s vietnamskými pacienty.

Kategorie VII. Problémy vyskytující se při komunikaci zdravotnických záchranářů s ukrajinskými pacienty.

Kategorie VIII. Problémy vyskytující se při komunikaci zdravotnických záchranářů s romskými pacienty.

3.4 Charakteristika výzkumného souboru

3.4.1 Identifikační údaje

Respondenti	Pohlaví	Praxe v oboru
R1	žena	27 let
R2	muž	1 rok
R3	žena	23 let
R4	muž	8 let
R5	muž	7,5 roku

3.4.2 Kategorie I. Možnosti zdravotnických záchranářů při komunikaci s muslimskými pacienty

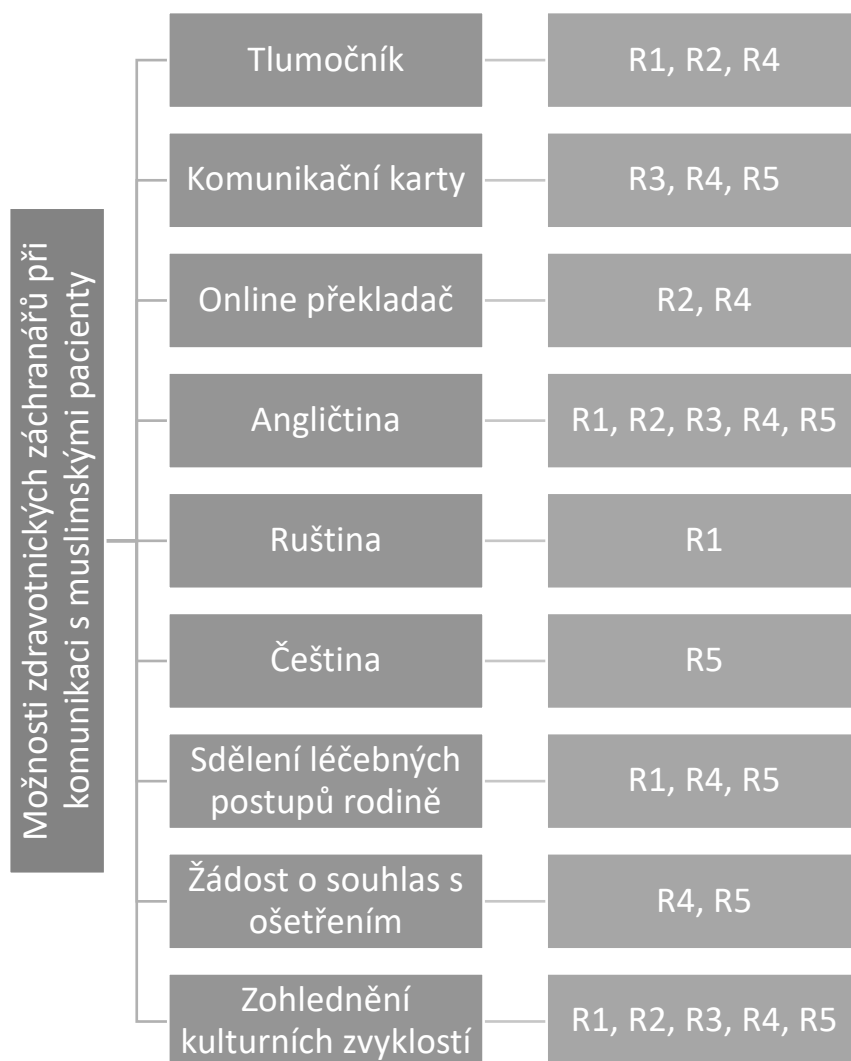


Schéma 1 Možnosti zdravotnických záchranářů při komunikaci s muslimskými pacienty

Schéma číslo 1 zobrazuje odpovědi respondentů u kategorie I. Tato kategorie se zajímá o možnosti zdravotnických záchranářů při komunikaci s muslimskými pacienty. Pacienti této kultury nejsou tolik početní, a proto na ně nebývá mnoho výjezdů. Většina respondentů má s muslimskými pacienty jen minimální zkušenosti. R1, R2 a R4 při komunikaci využijí tlumočnicka, který je buď člen rodiny nebo je již rodinou obstarán. R3, R4 a R5 by využili komunikační karty, které jsou ve voze zdravotnické záchranné služby. R4 by tyto karty využil jako první volbu, pokud by komunikoval s neslyšícím nebo autistickým pacientem. Online překladač by využil R2 a R4. R2 dodává, že online překladače mají nainstalované i ve služebních telefonech, proto je jejich použití velmi

jednoduché a dostupné. Všichni respondenti se shodli, že by při komunikaci využili angličtinu. Ruštinu by využil pouze R1, a to pouze v případě, že by vyčerpal jiné možnosti. R1 také uvádí, že velmi záleží na typu výjezdu, zda se jedná o ženu, dítě, úraz či chronické obtíže. R5 dále říká, že většina muslimských pacientů, o které se staral, mluvilo česky. V tomto případě byla komunikace s nimi mnohem jednodušší a necítil ani kulturní odlišnosti. Dále se respondenti shodují, že je důležité snažit se brát ohled na kulturní zvyklosti muslimů, respektovat jejich přání a styl hovoru. K tomu R1, R4 a R5 dodávají, že cítí důležitost komunikace se členem rodiny, zejména pokud je ošetřována žena. R4 a R5 by vyžadovali souhlas muže s ošetřením, pokud by to časové možnosti a okolnosti výjezdu umožňovaly.

3.4.3 Kategorie II. Možnosti zdravotnických záchranářů při komunikaci s vietnamskými pacienty

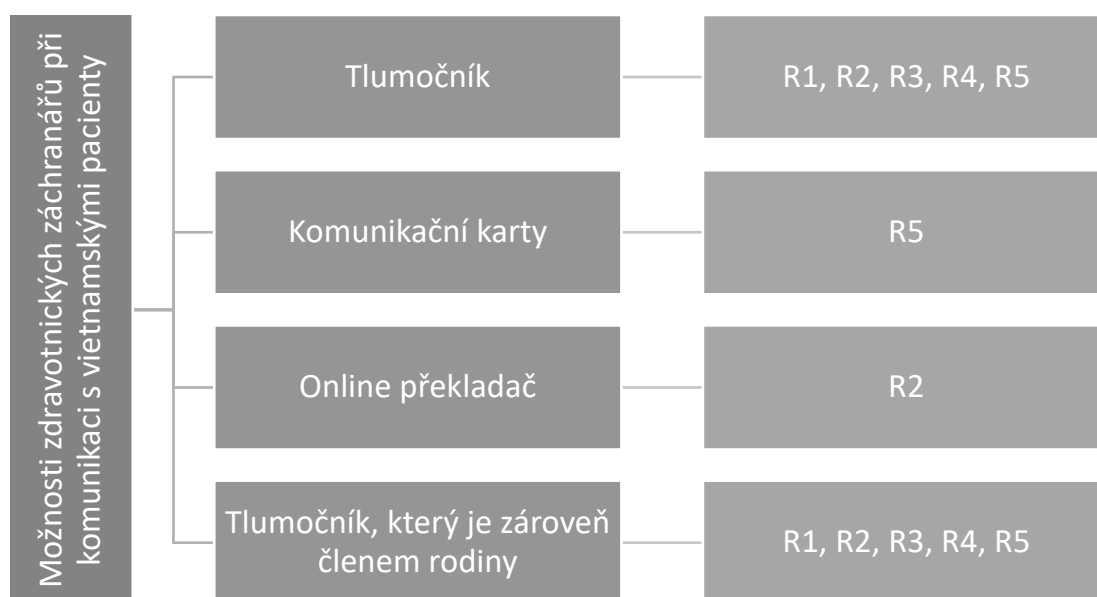


Schéma 2 Možnosti zdravotnických záchranářů při komunikaci s vietnamskými pacienty

Schéma číslo 2 zobrazuje odpovědi respondentů u kategorie II. Tato kategorie se zaobírá možnostmi zdravotnických záchranářů při komunikaci s vietnamskými pacienty. U těchto pacientů je největším problémem úplná jazyková bariéra, a to zejména u starších osob. Všichni respondenti se shodují, že při komunikaci s osobou, která neumí česky, využijí tlumočnicka. Tento tlumočnicka bývá nejčastěji z rodiny a většinou to jsou děti a

mladší členové kultury. Jazyková bariéra v dnešní době trvá zejména u starších Vietnamců. Jejich děti ale většinou již vyrůstali v České republice a je možné se s nimi dorozumět česky. R1 dodává, že pokud nemají v rodině nikoho, kdo by mohl překládat, zajistí si tlumočníka ještě před zavoláním zdravotnické záchranné služby. *„Oni to mají zařízené tak, že si nejdříve zajistí překladatele a pak teprve volají záchranku.“* V situaci, kdy by na místě nebyl tlumočník, by R3 využil možnost zavolání na dispečink a ten by poté tlumočníka sehnal. O skutečnosti, že má zdravotnická záchranná služba domluveného tlumočníka v případě potřeby mluví i R4. Dále R5 zmiňuje, že Vietnamci často žijí ve větších komunitách, kde je vždy alespoň jeden tlumočník přítomen. Ke komunikačním kartám je velmi skeptický R2, který by je u této kultury nepoužil vůbec. Naopak R5 by komunikační karty volil ihned v případě, že by nebyl k dispozici tlumočník. Online překladač by použil pouze R2. Všichni respondenti se shodují, že vietnamští pacienti jsou velmi ochotní, co nejvíce zdravotnickým záchranářům pomoci.

3.4.4 Kategorie III. Možnosti zdravotnických záchranářů při komunikaci s ukrajinskými pacienty

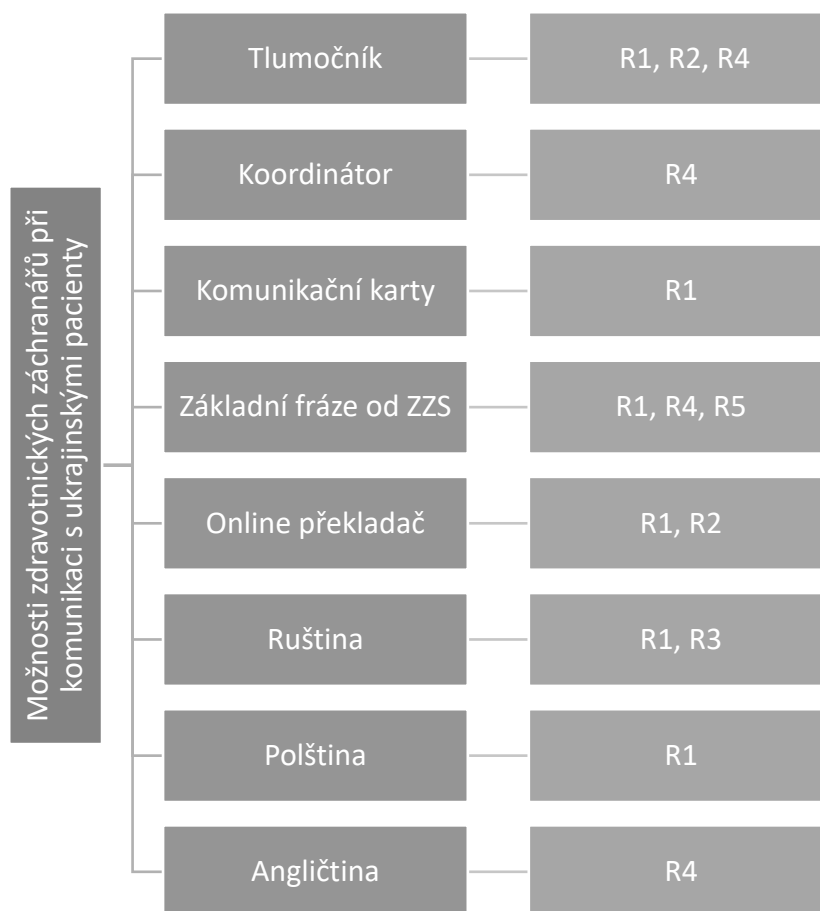


Schéma 3 Možnosti zdravotnických záchranářů při komunikaci s ukrajinskými pacienty

Schéma číslo 3 zobrazuje odpovědi respondentů u kategorie III. Tato kategorie rozebírá možnosti zdravotnických záchranářů při komunikaci s ukrajinskými pacienty. Vzhledem k probíhající válce na Ukrajině je toto téma nyní velmi aktuální, proto mají respondenti mnoho způsobů komunikace s Ukrajinci. Tlumočnicka by využil R1, R2 a R4. Zároveň R4 zmiňuje skutečnost, že v současné době má mnoho Ukrajinců svého koordinátora, který jim pomáhá s dorozuměním. Komunikační karty by užil R1 v případě, že by se nedorozuměl Rusky, Polsky, nebo by neměl možnost využít tlumočnicka. Respondenti R1, R4 a R5 zmiňují novou možnost dorozumění s ukrajinskými pacienty. Tím jsou základní fráze používané v běžném životě a také základní zdravotnické fráze v ukrajinštině. Tento manuál se základními frázemi byl vydán jako reakce na válku na Ukrajině, se kterou byla spojená uprchlická vlna. Tuto možnost vnímají respondenti jako velmi užitečnou. Online překladač by využili R1 a R2. Zároveň R1 udává, že online

překladač užívá až jako poslední volbu, společně s metodou ruce-nohy. Rusky se snaží komunikovat R1 a R3. Zároveň se ale při této komunikaci setkávají s negativním pohledem Ukrajinců na Ruský jazyk. R1 se vždy snaží vysvětlit, že ruština je pouze nástroj pro lepší porozumění, vzhledem k podobnosti ruštiny a ukrajinštiny. Společně s ruštinou R1 užívá i polštinu, která také pomáhá při zmírnění jazykové bariéry. Angličtinu by užil pouze R4, a to jen v ojedinělých případech, kdy by nebyla jiná možnost komunikace.

3.4.5 Kategorie IV. Možnosti zdravotnických záchranářů při komunikaci s romskými pacienty

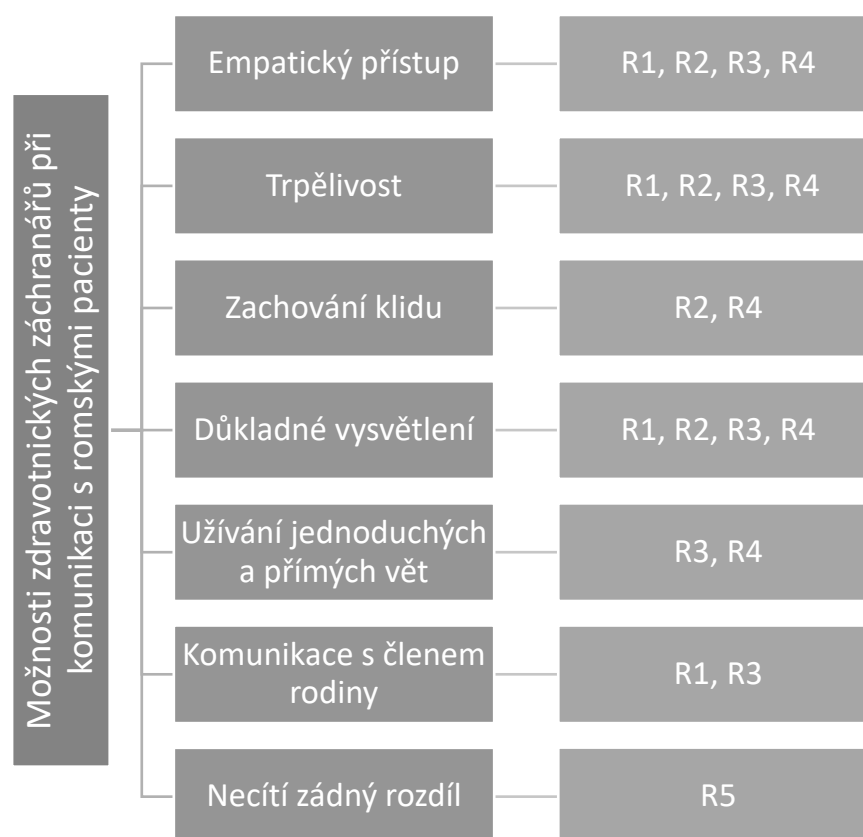


Schéma 4 Možnosti zdravotnických záchranářů při komunikaci s romskými pacienty

Schéma číslo 4 zobrazuje odpovědi respondentů u kategorie IV. Tato kategorie se zajímá o možnosti zdravotnických záchranářů při komunikaci s romskými pacienty. U této kultury se nesetkáváme s jazykovou bariérou, ale zároveň má tato kultura svá specifika při komunikaci. Pouze R5 nepocítuje žádný rozdíl při komunikaci s romskými

pacienty v porovnání s majoritním obyvatelstvem. Empatický přístup jako základ při komunikaci s Romy zmiňují R1, R2, R3 a R4. Zároveň R1 říká, že Romové mají velkou citovou nástavbu, pokud se ocitnou v situaci, kdy je ohroženo zdraví jejich, nebo rodinného příslušníka. Trpělivý přístup je důležitý pro R1, R2, R3 a R4. A to zejména v situacích, kdy je třeba důkladně vysvětlovat zdravotnické postupy a stav nemocného. Důkladné vysvětlení praktikují R1, R2, R3 a R4. Vysvětlují zejména stav nemocného a popisují všechny intervence, které budou u pacienta následovat. R3 uvádí, že vše vysvětlí raději vícekrát, s tímto tvrzením se ztotožňuje i R2, který v rozhovoru také zmiňuje nutnost detailnějšího vysvětlování informací. Dále R2 říká: „*Je třeba popisovat vše co bude následovat i s vysvětlením proč se to dělá*“. Při vysvětlování a komunikaci je pro R2 a R4 důležité zachovat klid, zejména pokud se jedná o situaci, kdy je přítomno mnoho členů rodiny. Zároveň je pro R4 důležité postupovat v komunikaci s rozvahou. Při vysvětlování zdravotního stavu a léčebných postupů volí R3 a R4 jednoduché a přímé věty. Tyto věty volí, pokud je také přítomno mnoho členů rodiny a na místě je lehký zmatek. Důležitost komunikace s rodinou zmiňují R1 a R3, kdy R1 sděluje informace celé rodině. R3 naopak vyhledává hierarchicky nejvýše postaveného člena rodiny a jemu poté sděluje základní informace a postupy léčby. Všichni respondenti se shodují, že Romové jsou velmi soudržní a pokud se vyskytne nějaký zdravotní problém, sejde se u nemocného celá rodina.

3.4.6 Kategorie V. Problémy vyskytující se při komunikaci zdravotnických záchranářů s muslimskými pacienty

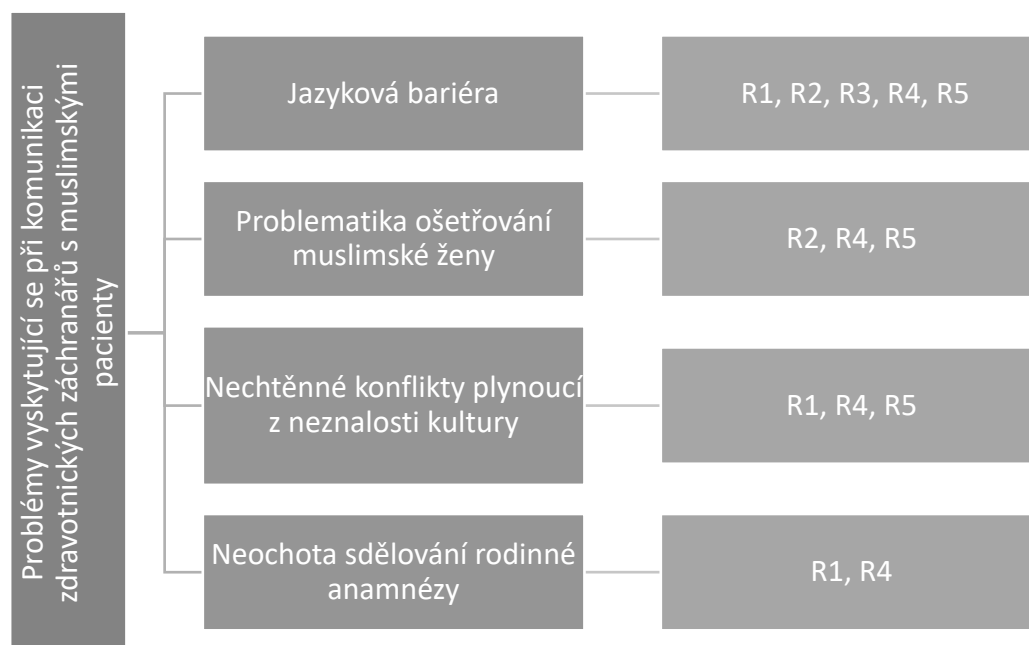


Schéma 5 Problémy vyskytující se při komunikaci zdravotnických záchranářů s muslimskými pacienty

Schéma číslo 5 zobrazuje odpovědi respondentů u kategorie V. Tato kategorie rozebírá problémy zdravotnických záchranářů při komunikaci s muslimskými pacienty. Jelikož četnost výjezdů na tuto skupinu pacientů není velká, respondenti se neseťkali s tolika problémy. Všichni respondenti se shodují, že při komunikaci s muslimským pacientem byla největší překážkou jazyková bariéra. Na problematiku ošetřování muslimské ženy upozorňují R2, R4 a R5. Problém zažil R4 při vyšetřování ženy, kdy se jednalo o problematiku vyhrnutí vrchní části oděvu a odhalení břicha a hrudníku. Dále R5 říká, že při vyšetřování ženy musel být po celou dobu přítomen její manžel ve voze zdravotnické záchranné služby. R2 se setkal s odmítnutím ošetření od zdravotnického záchranáře muže, který měl vyšetřovat muslimskou ženu. Ta ošetření odmítla z důvodu studu. Dále R1, R4 a R5 upozorňují na možné nedorozumění při ošetřování a vyšetřování. Tato nedorozumění plynou z neznalosti muslimské kultury. R5 těmto nedorozuměním předchází tím, že požaduje souhlas pacienta s úkony a o všem ho informuje. S problémy při odběru anamnézy se setkal R1 a R5. Jednalo se o neochotu sdělování zejména rodinné anamnézy. Po vysvětlení důvodu, proč je nutné tyto informace znát, pacienti s odběrem anamnézy souhlasili.

3.4.7 Kategorie VI. Problémy vyskytující se při komunikaci zdravotnických záchranářů s vietnamskými pacienty

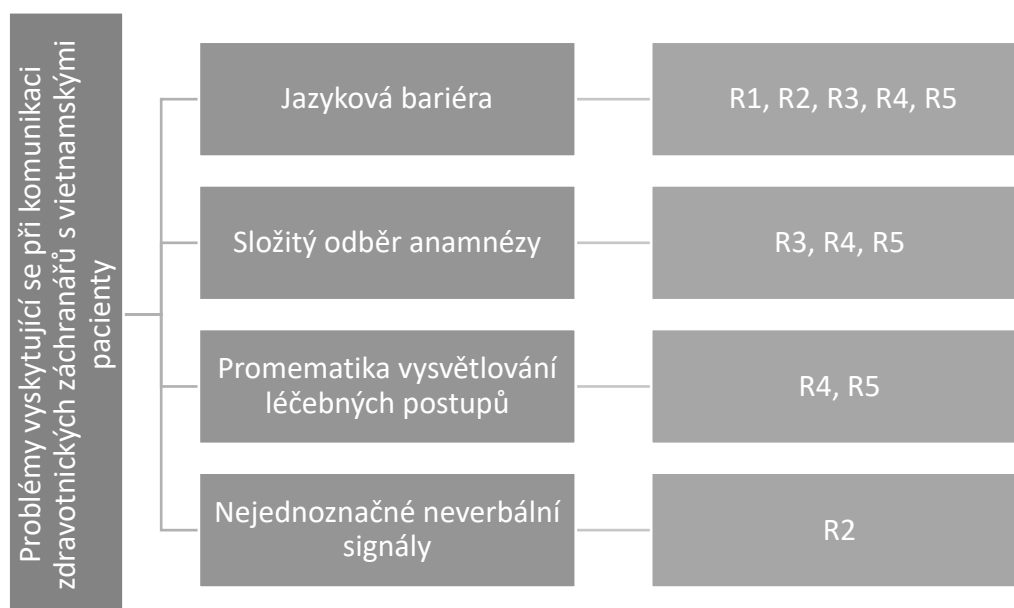


Schéma 6 Problémy vyskytující se při komunikaci zdravotnických záchranářů s vietnamskými pacienty

Schéma číslo 6 zobrazuje odpovědi respondentů u kategorie VI. Tato kategorie se zajímá o problémy zdravotnických záchranářů při komunikaci s vietnamskými pacienty. Největším problémem, na kterém se shodli všichni respondenti je jazyková bariéra, která trvá zejména u starších příslušníků vietnamské kultury. S jazykovou bariérou je spojen i složitý odběr anamnézy, se kterým se setkali R3, R4 a R5. Šlo zejména o informace týkající se prodělaných onemocnění pacienta, nebo v jeho rodině. R2 se dále setkal s problémem při zjišťování trvalé medikace, kdy měl pacient léky připravené v cestovní lékovce, originální krabičky od léků u sebe neměl a názvy léků nedokázal zdravotnickému personálu říct. S tímto problémem jsem se setkala i já osobně u hospitalizovaného pacienta. Při popisování léčebných postupů a zvyklostí se s problémem nepochopení setkali R4 a R5. Pacienti postupům nerozuměli a byli z nich zmatení. U tohoto problému R2 uvádí, že Vietnamci neradi způsobují komplikace zdravotníkům, proto na nepochopení sdělované informace neupozorní a namísto toho se jen usmějí. Tyto nejednoznačné neverbální signály jsou dle R2 často chápány zdravotníky špatně a mohou způsobit komunikační bariéru. Je proto dle R2 důležité ujišťovat se, zda pacient sdělovanou informaci pochopil správně a v plné míře.

3.4.8 Kategorie VII. Problémy vyskytující se při komunikaci zdravotnických záchranářů s ukrajinskými pacienty

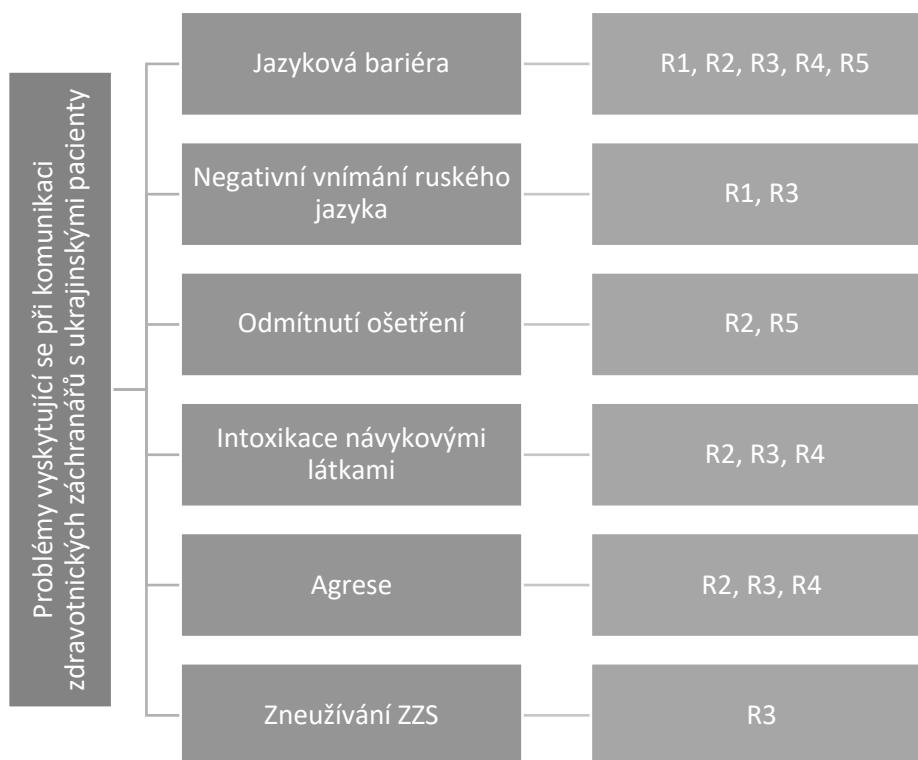


Schéma 7 Problémy vyskytující se při komunikaci zdravotnických záchranářů s ukrajinskými pacienty

Schéma číslo 7 zobrazuje odpovědi respondentů u kategorie VII. Tato kategorie rozebírá problémy zdravotnických záchranářů při komunikaci s ukrajinskými pacienty. Zde se opět všichni respondenti shodují, že největším problémem je jazyková bariéra, která ale zároveň není tak velká, jako např. u vietnamské kultury. Dále R1 a R3 využívají při komunikaci s ukrajinskými pacienty ruštinu. Ta je ale Ukrajinci vnímána velmi negativně, zejména nyní, kdy trvá válka mezi Ukrajinou a Ruskem. Tento problém řeší R1 tím, že pacientovi vysvětlí, že ruštinu používá pouze proto, že ruština a ukrajinština jsou velmi podobné jazyky a díky tomu si zdravotnický záchranář a pacient lépe porozumí. R1 uvádí, že po takovém vysvětlení negativní postoj odezní a komunikace probíhá bez problémů. Dále se R2 a R5 setkali s odmítnutím ošetření. Oba respondenti uvádí, že to bylo v situaci, kdy se stal pracovní úraz, při kterém byla zdravotnická záchranná služba zavolána kolegy, ale poškozený ošetření odmítal. Při důkladném vysvětlení důležitosti ošetření daný pacient následně souhlasil. R2 dále říká: „*Při jakémkoli problému s ošetřením je správná komunikace s pacienty velmi důležitá. Je nutné jim vysvětlit co jim v případě neošetření hrozí a ujistit se, že těmto rizikům rozumí*“.

Jako další problém při komunikaci R2, R3 a R4 uvádějí intoxikované pacienty. S těmito pacienty je komunikace mnohem složitější a všichni tři respondenti se shodují, že v případě intoxikace jsou ukrajinští pacienti i více agresivní. R4 uvádí, že intoxikovaného pacienta vyprovokují do agrese i otázky ohledně požití alkoholu či drog, proto je nutné postupovat zde velmi opatrně. Dále R4 říká, že i při malém náznaku agresivity by využil součinnost s PČR. Jako další problém uvedl R3 zneužívání ZZS. Setkává se s opakovanými výjezdy na stejné pacienty, kteří často ZZS využívají místo návštěvy obvodního lékaře. R3 dále uvádí, že se četnost těchto výjezdů v posledních měsících velmi zvýšila.

3.4.9 Kategorie VIII. Problémy vyskytující se při komunikaci zdravotnických záchranářů s romskými pacienty

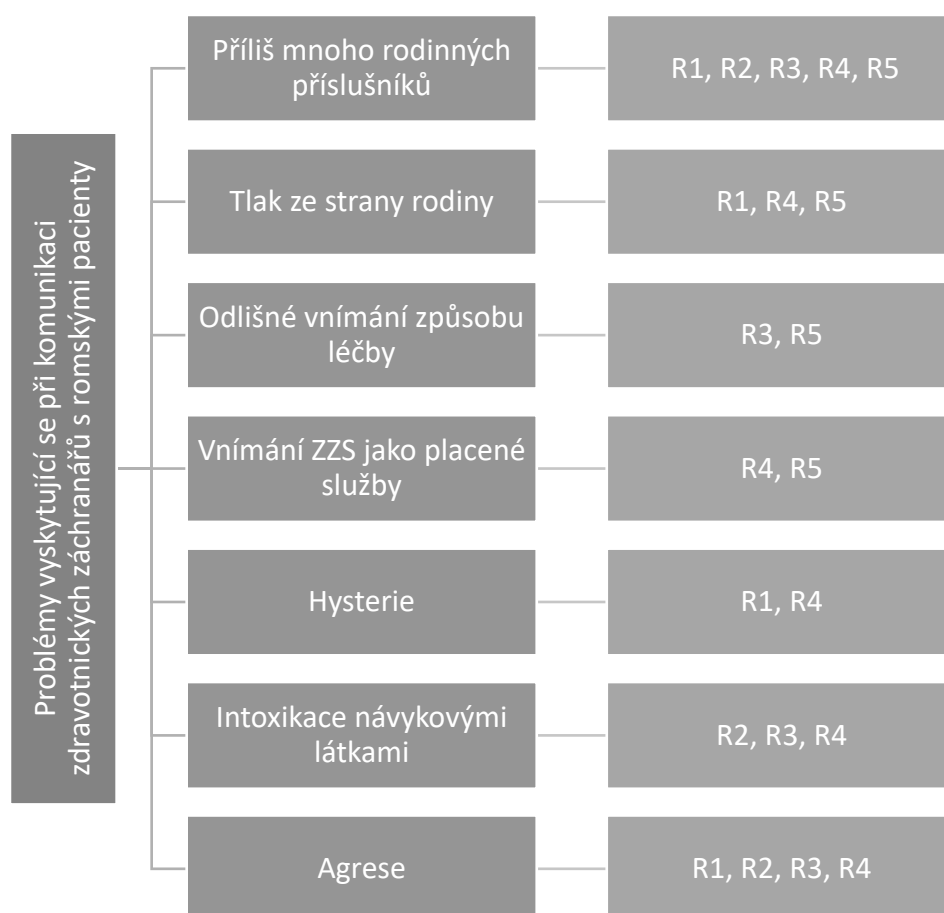


Schéma 8 Problémy vyskytující se při komunikaci zdravotnických záchranářů s romskými pacienty

Schéma číslo 8 zobrazuje odpovědi respondentů u kategorie VIII. Tato kategorie se zajímá o problémy zdravotnických záchranářů při komunikaci s romskými pacienty. U této kultury se respondenti neseťkávají s jazykovou bariérou, ale uvádějí jiné problémy, které se zde vyskytují. Všichni respondenti se shodují, že na místě se velmi často vyskytuje mnoho členů rodiny a tím je jejich práce znesnadňována. K tomu R5 říká: „*Žijí ve velké komunitě, na místě se vyskytuje až 15 lidí najednou, a to na nás vytváří tlak.*“. R4 uvádí, že při komunikaci s Romy je velmi znát jejich fixace na rodinu. Tato fixace se ještě násobí, pokud jde o děti a starší členy rodiny, zejména prarodiče. R1, R4 i R5 v těchto situacích cítí velký tlak ze strany rodiny. Dle R4 jsou zde časté připomínky k prováděným úkonům. R5 říká, že kvůli odlišnému způsobu vnímání léčby mají problém s postupy zdravotnických záchranářů. R4 a R5 si všímají toho, že Romové vnímají ZZS jako službu, kterou si platí, R5 to přirovnává ke službě v supermarketu a udává, že z tohoto důvodu mají tendence diktovat si co a jak chtějí. Hysterii při ošetřování zažili R1 a R4. Dle R4 je hysterie velmi častá a je způsobena odlišným způsobem vnímání nemoci. Hysterie je dle R1 stupňována, pokud je nemocným dítě.

S intoxikacemi se setkal R2, R3 a R4. Všichni tři respondenti se shodují, že častější jsou intoxikace drogami než alkoholem. R2 dále říká, že se velmi často setkává s intoxikovanými mladistvými. Tito tři respondenti také uvedli, že v případě intoxikace je komunikace velmi složitá a ve většině případů využijí součinnost s PČR. S agresivitou se setkali R1, R2, R3 a R4. Tato agresivita byla spojena nejen s užíváním návykových látek, ale také se velmi často vyskytovala, pokud měl pacient či jeho rodina pocit, že jim zdravotnický záchranář nechce vyhovět. R1 ale dále uvádí, že již při malém náznaku agresivity vše slovně vysvětlil, a ještě se nedostal do situace, kdy by nedokázal situaci uklidnit pomocí komunikace. Opačné zkušenosti má R3, který uvedl: „*Když vše není podle nich, zvyšují hlas a bývají agresivní*“. Dále R4 potvrzuje, že zejména pokud je na místě mnoho členů rodiny, je důležité dát si pozor na vlastní bezpečnost.

3.5 Analýza výzkumných cílů a otázek

Na základě rozboru odborné literatury byly pro empirickou část stanoveny 2 výzkumné cíle. Prvním výzkumným cílem bylo: **Zjistit jaké možnosti využívají zdravotničtí záchranáři při komunikaci s pacienty z jiné kultury.** K tomuto cíli byla vytvořena výzkumná otázka: **Jaké možnosti využívají zdravotničtí záchranáři při**

komunikaci s pacienty z jiné kultury? Pro provádění rozhovorů byla tato otázka rozdělena do kategorií I-IV. Tyto kategorie byly určeny na základě kulturní příslušnosti. Kategorie I se zajímala o možnosti zdravotnických záchranářů při komunikaci s muslimskými pacienty. Zde se všichni respondenti shodli, že by při komunikaci s muslimským pacientem použili anglický jazyk a zároveň by se snažili zohledňovat kulturní zvyklosti muslimů. Všichni respondenti uvedli, že mají velmi málo zkušeností s muslimskými pacienty a je pro ně proto náročné, na tyto kulturní zvyklosti myslet. Většina respondentů by taktéž použila při problému v komunikaci komunikační karty, které jsou v každém voze ZZS. Sdělení léčebných postupů rodině považuje za velmi důležité větší část respondentů. Pouze dva respondenti by žádali o souhlas s ošetřením muslimské ženy jejího manžela, či jiný mužský doprovod.

Kategorie II zpracovávala možnosti zdravotnických záchranářů při komunikaci s vietnamskými pacienty. Všichni respondenti by využili tlumočnicka, který bývá již sehnán samotným pacientem či jeho rodinou. Dále respondenti zmiňují, že nejčastěji bývá tlumočnickem mladší člen rodiny, který se již narodil v České republice. Jiné možnosti komunikace volí pouze dva respondenti. První využívá komunikační karty a druhý by využil v případě nouze online překladač. Všichni respondenti potvrzují, že pokud je třeba k ošetření tlumočnick, vietnamský pacient si ho zajistí sám, nebo je k dispozici prostřednictvím dispečinku. Z tohoto důvodu není komunikace s vietnamskými pacienty náročná.

Kategorie III rozebírá možnosti zdravotnických záchranářů při komunikaci s ukrajinskými pacienty. Tři respondenti by využili tlumočnicka nebo koordinátora. Zároveň také tři respondenti zmiňují využití manuálu vytvořeným ZZS. Tento manuál shledávají jako velmi užitečný, protože obsahuje nejen základní zdravotnické fráze, ale také základní každodenní věty užívané v běžném životě. Vzhledem k možnosti využití tohoto manuálu jsou nyní komunikační karty upořádovány. Dva respondenti by při komunikaci využili ruský jazyk, zároveň ale upozorňují na negativní nahlížení Ukrajinců na tento jazyk. Online překladač by také využili dva respondenti. Pouze jeden respondent by v případě komplikací při komunikaci volil anglický či polský jazyk.

Kategorie IV se zajímá o možnosti zdravotnických záchranářů při komunikaci s romskými pacienty. V rozhovorech nebyla zmíněna jazyková bariéra ani jednou, ale většina respondentů se shoduje na tom, že má tato kultura svá specifika. Největší důraz kladou respondenti na nutnost použití větší dávky empatie a větší míru trpělivosti. Zároveň je pro většinu respondentů velmi důležité důkladné vysvětlení léčebných

postupů a intervencí u pacienta nejen pacientovi samotnému ale zejména jeho rodině. Dva respondenti kladou důraz na zachování klidu, a to hlavně pokud se na místě nachází mnoho rodinných příslušníků. Užívání jednoduchých a přímých vět v komunikaci je důležité pro dva respondenty. S rodinou či jejím hierarchicky nejvýše postaveným členem by komunikovali dva respondenti. Všichni se ale shodují, že rodina je pro Romy velmi důležitá. Pouze jeden respondent nepocituje žádný rozdíl v komunikaci s Romu oproti majoritnímu obyvatelstvu.

Druhým výzkumným cílem bylo: **Zjistit jaké problémy se vyskytují při komunikaci zdravotnických záchranářů s pacienty z jiné kultury.** K tomuto cíli byla vytvořena výzkumná otázka: **Jaké problémy se vyskytují při komunikaci zdravotnických pacienty z jiné kultury?** Pro provádění rozhovorů byla tato otázka rozdělena do kategorií V-VIII. Tyto kategorie byly také určeny na základě kulturní příslušnosti. Kategorie V rozebírá problémy vyskytující se při komunikaci zdravotnických záchranářů s muslimskými pacienty. Všichni respondenti se shodují, že největší překážkou v komunikaci je jazyková bariéra. Dále uvádějí, že toto bývá často zdrojem dalších nedorozumění v komunikaci. Většina respondentů cítí problém při ošetřování muslimské ženy, ať jde o vyšetření samotné, nebo o odběr anamnézy. S neochotou sdělit rodinnou anamnézu se setkali dva respondenti. Tři respondenti zažili, nebo se obávají konfliktů, které nechtěně vyplynou z neznalosti muslimské kultury. Všichni respondenti se shodli, že pokud se jedná o muslimskou ženu, je větší riziko výskytu problému, než když je ošetřován muslimský muž. Dále většina respondentů uvedla, že problémům plynoucím z neznalosti kultury se dá vždy předejít správnou komunikací.

Kategorie VI zpracovává problémy vyskytující se při komunikaci zdravotnických záchranářů s vietnamskými pacienty. Zde se všichni respondenti opět shodují, že největším problémem je jazyková bariéra, a to zejména u starších příslušníků této kultury. Většina respondentů pocituje ztížený odběr anamnézy, který úzce souvisí s jazykovou bariérou. Dva respondenti uvádějí, že se při vysvětlování léčebných postupů často setkávají s nepochopením. Toto nepochopení z části plyne z jazykové bariéry, ale také z neznalosti postupů a zvyklostí v České republice. Pouze jeden respondent uvádí, že si v praxi všiml nejednoznačných neverbálních signálů. Šlo o situaci, kdy vietnamský pacient nepochopil sdělovanou informaci, ale nechtěl být neslušný, a místo žádosti o zopakování sdělované informace, se jen usmál. Všichni respondenti potvrzují, že

vietnamští pacienti jsou obecně velmi slušní a úslužní. Vždy se snaží zdravotnickým záchranářům jejich práci ulehčit a nepřidělavat komplikace při ošetřování.

Kategorie VII se zajímá o problémy vyskytující se při komunikaci zdravotnických záchranářů s ukrajinskými pacienty. Všichni respondenti se opět shodují, že největším problémem je jazyková bariéra, která ale nebývá tak velká, jako např. u vietnamských pacientů. Většina respondentů se často setkává s intoxikovanými pacienty a s tím spojenou zvýšenou agresivitou. Tři respondenti uvádějí, že pokud ošetřují intoxikovaného pacienta, bývá téměř vždy nějakým způsobem, verbálně či neverbálně, agresivní. Zároveň zdravotničtí záchranáři říkají, že se četnost těchto výjezdů stupňuje. Dva respondenti se setkali s negativním vnímáním ruského jazyka, který používali pro vzájemnou komunikaci. Oba dva ale potvrzují, že po vysvětlení, proč je tento jazyk užíván, pacient již nemá s tímto způsobem komunikace problém. Pouze jeden respondent uvedl jako problém zneužívání ZZS ukrajinskými pacienty. Dle něj tyto pacienti sdělují záměrně zkreslené informace, aby byli ošetřeni v nemocnici, místo využití obvodního lékaře.

Jako poslední je kategorie VIII, která rozebírá problémy vyskytující se při komunikaci zdravotnických záchranářů s romskými pacienty. Zde se všichni respondenti shodují, že největším problémem je přítomnost přílišného počtu rodinných příslušníků na místě. Pokud se na místě vyskytuje velký počet členů rodiny a odmítají odejít, zdravotnickým záchranářům to velmi ztěžuje jejich práci. Zároveň tři respondenti pociťují tlak ze strany rodiny při ošetřování nemocného. Dva respondenti se setkali s odlišným vnímáním způsobu léčby a tím spojeným nepochopením dané intervence u nemocného. Většina respondentů se setkala s agresivitou ze strany romských pacientů, která byla vyvolávána mnoha příčinami. Jako nejčastější příčinu respondenti uvedli odlišný pohled na způsob léčby, dále to byla intoxikace návykovými látkami. Všichni respondenti se shodují, že Romové mají velmi nízký práh bolesti a odlišné vnímání nemoci. S tím je spjata také reakce na nemoc, kterou vnímají velmi negativně. Pokud je nemocný starší člen rodiny, nebo naopak dítě, bývají Romové dle dvou respondentů až hysteričtí.

4 Diskuze

Bakalářská práce se zabývá komunikací zdravotnického záchranáře s pacientem z jiné kultury. Zaměřuje se zejména na specifika muslimské, vietnamské, ukrajinské a romské kultury. Empirická část byla zpracována pomocí kvalitativní metody výzkumu a jako technika práce byly zvoleny polostrukturované rozhovory. Tyto rozhovory byly vedeny s pěti zdravotnickými záchranáři pracujícími na zdravotnické záchranné službě. Výběr těchto záchranářů byl ukončen po dosažení teoretické saturace. V bakalářské práci byly určeny 2 výzkumné cíle a dále byly určeny 2 výzkumné otázky, které byly rozděleny do 8 kategorií.

První cíl byl: **Zjistit jaké možnosti využívají zdravotničtí záchranáři při komunikaci s pacienty z jiné kultury.** Respondenti byli dotazováni na možnosti a způsoby jejich komunikace s vybranými kulturami. Tyto kultury byly dále upřesněny ve 4 kategoriích. **Kategorie I** se zaměřovala na možnosti zdravotnických záchranářů při komunikaci s muslimskými pacienty. Všichni respondenti se shodli, že by při komunikaci s muslimským pacientem využili anglický jazyk. Zároveň by se také všichni respondenti snažili ctít kulturní zvyklosti. Pozitivní vnímání takové snahy potvrzuje i Kutnohorská (2013). R1, R4 a R5 by léčebné postupy sdělovali i rodinným příslušníkům, kteří jsou s pacientem přítomni na místě. Hájek a Bahbouh (2016) také uvádějí důležitost rodiny, které je v islámu na prvním místě. Rodiny zde žijí pospolu až ve třech generacích, proto je pro muslimy běžné, zasahovat do rozhodnutí záležitostí jiného člena rodiny. Dva respondenti by taktéž požadovali souhlas s ošetřením muslimské ženy od jejího manžela, nebo jiného mužského rodinného příslušníka a zároveň respektují jejich přítomnost u vyšetření této ženy. Nutnost přítomnosti manžela, nebo jiného mužského rodinného příslušníka u vyšetření muslimské ženy uvádí také Hájek a Bahbouh (2016). Dále také uvádí, že jedinou výjimku tvoří akutní život ohrožující případy. R5 v rozhovoru také uvedl, že by při vyšetřování muslimské ženy postupoval velmi opatrně a citlivě, vzhledem k nepohodlí, které muslimská žena pociťuje, pokud se musí odhalovat zejména před mužem. Tyto pocity potvrzuje i Kutnohorská (2013), které ve své knize uvádí, že si většina ženských muslimských patientek nepřeje odhalovat velké části těla. Pokud je ale odhalování nutné, přejí si, aby je na vyšetření mohla doprovázet další žena, kterou dobře znají. **Kategorie II** zjišťovala možnosti zdravotnických záchranářů při komunikaci s vietnamskými pacienty. Všichni respondenti uvedli, že by pro komunikaci s pacientem, který neumí česky, využili tlumočnicka. Též se shodují, že Vietnamci si nejčastěji

tlumočníka seženou sami, a teprve poté volají ZZS. Kutnohorská (2013) uvádí, že Vietnamci obecně neradi obtěžují svými problémy ostatní. Proto se snaží zdravotnickým záchranářům situaci co nejvíce ulehčit a tlumočníka si zajistí sami. Dále respondenti uvedli, že tlumočník je třeba zejména u starších Vietnamců. Toto také potvrzuje Kutnohorská (2013), která ve své knize píše, že zejména první generace Vietnamců do dnešních dnů nedokáže pořádně popsat svůj problém. Dále respondenti uvedli, že jiné možnosti komunikace zpravidla nejsou potřeba. **Kategorie III** se zajímala o možnosti zdravotnických záchranářů při komunikaci s ukrajinskými pacienty. Většina respondentů uvádí, že co se týče jazyka, dokáží se s nimi domluvit lépe než s výše zmíněnými kulturami. Že se Ukrajinci dají považovat za k nám nejbližší národ oproti muslimům či Vietnamcům potvrzuje také Kutnohorská (2013). Možnost tlumočníka či koordinátora by využili tři respondenti a také tři respondenti užívají manuál se základními frázemi v ukrajinštině, který byl vytvořen ZZS. Ruský jazyk by využili dva respondenti, zároveň by ale objasnili, proč zvolili právě tento jazyk. Kutnohorská (2013) potvrzuje, že je na Ukrajině velmi znát ruský vliv i v komunikaci a specifika komunikace s Ukrajinci jsou téměř stejná, jako s pacienty z Ruska. Dva respondenti také v rozhovoru řekli, že kladou důraz na své představení. Tóthová et al. (2012) ve své knize uvádí, že Ukrajinci si na představení velmi zakládají a pokud nabízejí podanou ruku, vnímají velmi nezdvořile její odmítnutí. **Kategorie IV** zjišťovala možnosti zdravotnických záchranářů při komunikaci s romskými pacienty. Všichni respondenti uvedli, že se s Romy vždy dorozumí českým jazykem. To potvrzuje i Tóthová et al. (2012), která uvádí, že ačkoli je tradičním jazykem romština, většina Romů se dorozumí jazykem majoritní společnosti. Dále respondenti řekli, že při komunikaci s Romy si všímají jejich hlučnosti a bujně gestikulace, což potvrzuje i Tóthová et al. (2012). Většina respondentů volí empatický přístup a trpělivost, pokud komunikují s pacientem z romské kultury. Tóthová et al. (2012) píše, že si vždy musíme uvědomit velký důraz Romů na empatii, pokud s nimi komunikujeme. Dva respondenti uvedli, že by při komunikaci s Romy využívali i rodinných příslušníků. Dle Tóthové et al. (2012) je toto bráno pozitivně, jelikož Romové mají rodinu na vysokých hodnotových příčkách a pokud jsou nemocní, jsou na rodinu fixovaní více než kdy jindy. Vzhledem k tomu, že Romové vyžadují podrobné informace, je nutné jim vše důkladně vysvětlit, jak uvádí Tóthová et al. (2012). Toto pocítuje i většina respondentů, a proto při komunikaci všechny léčebné postupy, intervence a zdravotní stav nemocného velmi důkladně a dopodrobna vysvětlují. Pokud je třeba, vysvětlení zopakují i vícekrát. Pro dva respondenty je velmi důležité zachování klidu při komunikaci s nemocným Romem.

Tóthová et al. (2012) píše, že pokud je nemocný Rom odloučený od rodiny, je nesamostatný a vytváří si komplexy, které mohou vést ke zvýšené agresivitě. Tím se i ztěžuje komunikace se zdravotnickými záchranáři.

Druhým cílem bylo: **Zjistit jaké problémy se vyskytují při komunikaci zdravotnických záchranářů s pacienty z jiné kultury.** Respondenti byli dotazováni na problémy, které zažívají při komunikaci s vybranými kulturami. Tyto kultury byly dále upřesněny ve 4 kategoriích. **Kategorie V** se zajímala o problémy vyskytující se při komunikaci zdravotnických záchranářů s muslimskými pacienty. Všichni respondenti souhlasně odpověděli, že největší problém je jazyková bariéra, která je ale dobře řešitelná pomocí angličtiny, nebo tlumočnicka. Dále tři respondenti uvedli, že se setkali s problémem při ošetřování muslimské ženy. Jednalo se o vyšetření ženy záchranářem mužem, což bylo pro muslimskou ženu velmi nepříjemné. Toto potvrzuje i Kutnohorská (2013). Dále se dva respondenti setkali s neochotou sdělovat rodinnou anamnézu. Kutnohorská (2013) uvádí, že muslimové obecně neradi sdělují osobní informace záchranáři, který nevyznává islám. Dále je dle Kutnohorské (2013) přijatelnější, aby při odběru anamnézy komunikovala s muslimskou ženou také žena zdravotnice. Tři respondenti řekli, že se setkali, nebo se při setkání s muslimským pacientem obávají nechtěných konfliktů, které vyplynou z neznalosti muslimské kultury. Kutnohorská (2013) ve své knize píše, že při komunikaci s muslimskými pacienty se může vyskytnout mnoho úskalí. Zmiňuje např. jiný pohled na podávání ruky či problémy při sběru anamnézy. Žádný z respondentů nevedl, že by se setkal s intoxikovaným muslimem, což koresponduje s tvrzením Hájka a Bahbouh (2016). Ti v knize uvádí, že Islám odmítá jakékoli užití omamných látek, jelikož by to vyjadřovalo pohrdání Alláhovým darem – rozumem. **Kategorie VI** zkoumala problémy vyskytující se při komunikaci zdravotnických záchranářů s vietnamskými pacienty. Zde opět všichni respondenti řekli, že největším problémem je jazyková bariéra, kterou většinou vyřeší sami pacienti, kteří si zajistí tlumočnicka dopředu, pokud ho potřebují. Problematiku jazykové bariéry potvrzuje i Kutnohorská (2013). S jazykovou bariérou je úzce spjat další problém, který uvedli tři respondenti. Tímto problémem je složitý odběr anamnézy nejen kvůli jazykové bariéře, ale také kvůli neschopnosti pacienta popsat vlastní zdravotní problém. I toto potvrzuje Kutnohorská (2013) a dále uvádí, že nejvíce má tento problém zejména první generace Vietnamců. Nejednoznačných neverbálních signálů si v praxi všiml pouze jeden respondent. Kutnohorská (2013) ale ve své literatuře uvádí, že pochopení neverbálních projevů Vietnamců bývá častý problém. Zejména užití úsměvu u Vietnamců může být

problematické a často špatně pochopené. Dále Tóthová (2010) píše, že pokud Vietnamec s něčím nesouhlasí, nechce to dávat najevo, protože to považuje za nezdvořilé. Hlas vietnamští pacienti nezvyšují téměř nikdy. Na toto je velmi důležité dát si v praxi pozor a neustále se ujišťovat, že je vše v pořádku. Poslední problém, který uvedli dva respondenti, byla problematika vysvětlování léčebných postupů. Zde se jedná zejména o postupy pro Čechy běžné, jelikož jsou na ně kulturně zvyklí. Vietnamci, kteří českou kulturu neznají velmi dobře, mohou mít problém s pochopením daných postupů, což uvádí i Kutnohorská (2013). Je proto nutné jim vše nejprve vysvětlit. **Kategorie VII** se zajímala o problémy vyskytující se při komunikaci zdravotnických záchranářů s ukrajinskými pacienty. I zde se všichni respondenti shodli, že největší překážkou v komunikaci je jazyková bariéra, která ale není tak velká, jako u jiných kultur. Kutnohorská (2013) uvádí, že s dorozuměním u kratších sdělení Ukrajinci nemívají problém. Pokud se jedná o delší sdělení či psané informace, Ukrajinci tomu často nerozumí. Tóthová et al. (2012) dále píše, že kvůli tomu jsou Ukrajinci špatně informováni o zdravotním systému v České republice. Z této špatné informovanosti plyne další problém, který uvedli dva respondenti. Je jím odmítnutí ošetření a to zejména, jednali se o pracovní úraz. Oba respondenti dále řekli, že po vysvětlení zdravotního stavu a způsobu léčby, pacienti s ošetřením souhlasili. Dva respondenti také uvedli, že se setkali s velmi negativní reakcí, pokud na pacienta mluvili rusky. Dále ale říkají, že když ukrajinským pacientům vysvětlili důvod použití ruského jazyka, vždy našli společnou řeč. Tóthová et al. (2012) ve své knize uvádí, že bychom se měli vyvarovat přirovnávání Ukrajiny k Rusku, jelikož jsou Ukrajinci velmi hrdí na svůj národ a přirovnávání k Rusům je pro ně velmi urážlivé. Častým problémem je dle tří respondentů alkoholová intoxikace. Dle Kutnohorské (2013) je alkohol vnímán Ukrajinci jako součást jejich kultury a odmítnutí nabízeného alkoholu je rovněž urážlivé. Dále také tři respondenti uvedli, že pokud ošetřují intoxikovaného Ukrajince, bývá velmi často také agresivní. Poslední kategorií je **kategorie VIII**, která rozebírala problémy vyskytující se při komunikaci zdravotnických záchranářů s romskými pacienty. Zde, dle všech respondentů, není problém komunikační jazyk, ale spíše kulturní a osobnostní rysy Romů. Toto tvrzení podporuje Tóthová et al. (2012), která píše, že Romové jsou typičtí svým temperamentem, hlučností a extravagantními gesty. Jako největší problém je dle respondentů vnímána přítomnost mnoha členů rodiny. Tři respondenti pociťují při ošetřování nemocného tlak od rodinných příslušníků, který je limituje při práci. Tóthová et al. (2012) v knize uvádí, že v nemoci potřebují Romové rodinu více než kdy jindy.

Zároveň si Romové přejí, aby byl jejich zdravotní stav sdělen celé rodině. Jelikož mají Romové velký strach ze smrti, přejí si mít rodinu přítomnou po celou dobu jejich nemoci. Dále Tóthová et al. (2012) píše, že své city prožívají nahlas a nikdy je neskrývají, což podporuje tvrzení dvou respondentů, kteří řekli, že pokud jsou Romové, nebo členové jejich rodiny nemocní, bývají až hysteričtí. Tři respondenti se velmi často setkávají s Romy, kteří jsou intoxikováni návykovými látkami, ať už jde o alkohol či drogy. Tóthová et al. (2012) uvádí, že jsou Romové orientováni hlavně na současnost, chtějí si maximálně užít momentální okamžik a na budoucnost neberou ohledy. Čtyři respondenti dále uvedli, že často pocítují agresivitu ze strany Romů. Nejčastěji to bývá nátlak verbální, zejména v situacích, kdy mají Romové pocit, že jim zdravotnický záchranář nechce vyhovět. Často to bývá z důvodu odlišného vnímání způsobu léčby. Dle Tóthové et al. (2012) se takovým situacím dá předejít důkladným vysvětlením zdravotního stavu a způsobu léčby.

5 Návrh doporučení pro praxi

Na základě zjištěných informací a skutečností, lze poskytnout doporučení pro komunikaci zdravotnických záchranářů s pacienty z jiné kultury. V první řadě je nutné, aby měl sám zdravotnický záchranář zájem o celoživotní vzdělávání, jelikož komunikace je dovednost, které se člověk učí celý svůj život. Znalosti zdravotnických záchranářů o komunikaci s pacienty z jiných kultur jsou velmi dobré. Problémem bývá pouze malá četnost výjezdů k určitým kulturám. Pokud zdravotničtí záchranáři nemají možnost pravidelného procvičování a osvěžování informací o kulturních zvyklostech a specifikách, následná praktická aplikace těchto znalostí je mnohem náročnější. Z tohoto důvodu se zdravotničtí záchranáři shodují, že by uvítali možnost školení, které by bylo zaměřené na specifika komunikace s pacienty z jiných kultur a na kterém by měli možnost si komunikaci prakticky vyzkoušet. Dále zdravotničtí záchranáři hodnotí již vzdělávání ohledně pacientů z jiných kultur jako nedostatečné. Při přípravě na výkon povolání by uvítali možnost praktického vyzkoušení komunikace, a to nejen s pacienty z jiných kultur, ale také obecné komunikace.

Při komunikaci s pacientem jakékoli kultury je nejdůležitější individuální přístup a nevytváření si předsudků na základě kulturní příslušnosti. Vždy je třeba v rozhovoru postupovat klidně a empaticky, vybrat vhodný způsob komunikace a chovat se k pacientovi s respektem. V žádném případě pacientovy problémy nezlehčujeme a nepodsouváme mu vlastní názor za každou cenu. Při odběru anamnézy je nutné mít dostatek času a věnovat pacientovi plnou pozornost. Pokud se dostaneme do určitého konfliktu, vždy trpělivě a důsledně vysvětlíme, proč volíme právě tento postup, či proč máme právě tento názor. V neposlední řadě je důležité nenechat se pacientem vyprovokovat a snažit se každou situaci vyřešit klidně.

Výstupem této práce je článek připravený k publikaci v odborném periodiku. Tento článek shrnuje možnosti komunikace a problémy při komunikaci zdravotnických záchranářů s pacienty z jiných kultur. Výsledky této bakalářské práce mohou být určitou pomůckou zdravotnických záchranářů pro lepší přehled o možnostech komunikace a také o problémech, které se při komunikaci s pacienty z jiných kultur mohou vyskytnout.

6 Závěr

Komunikace je základní dovedností zdravotnických záchranářů a při ošetřování pacientů je nedílnou součástí ošetrovatelského procesu. Díky správné komunikaci můžeme vybudovat vzájemný vztah s pacientem, který bude založen na důvěře a velmi usnadní práci zdravotnických záchranářů. Práce je rozdělena do dvou částí. Teoretická část práce vychází z odborné literatury, statistických dat a dalších relevantních zdrojů. Zpracovává obecné zásady komunikace zdravotnických záchranářů, specifika verbální a neverbální komunikace a komunikaci sociální. Dále rozebírá důležitost a funkci rozhovoru ve zdravotnické péči, komunikační cyklus a překážky které se objevují v komunikaci. V poslední části se zaměřuje na specifika komunikace s pacienty z jiných kultur, zejména na muslimské, vietnamské, ukrajinské a romské pacienty. Cílem teoretické části práce bylo popsat zásady komunikace zdravotnických záchranářů s pacienty z jiné kultury.

Výzkumná část je zaměřena na získání informací od zdravotnických záchranářů pracujících na zdravotnické záchranné službě. Tato část byla zpracována pomocí kvalitativní metody výzkumu a jako technika byly zvoleny polostrukturované rozhovory. Nejprve byly stanoveny dva výzkumné cíle. Prvním cílem bylo zjistit možnosti zdravotnických záchranářů při komunikaci s pacienty z jiných kultur. Druhý cíl byl zjistit problémy, které se vyskytují při komunikaci zdravotnických záchranářů s pacienty z jiné kultury. K těmto cílům byly stanoveny dvě výzkumné otázky, které se následně dělily do 8 kategorií pro lepší přehlednost. Tyto cíle byly naplněny po důkladné analýze rozhovorů se zdravotnickými záchranáři. Na základě výzkumu bylo zjištěno, že zdravotničtí záchranáři jsou velmi dobře informovaní o možnostech, které mohou využít při komunikaci s pacienty z jiné kultury. Problémy, které zažili při komunikaci s pacienty z jiné kultury umí velmi dobře vyřešit, nebo jim při opakovaných výjezdech předcházet. Dále by uvítali možnost praktického procvičování komunikace a nových poznatků o kulturních odlišnostech.

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.

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

ČENĚK, J., J. SMOLÍK a Z. VYKOUKALOVÁ. 2016. *Interkulturní psychologie: vybrané kapitoly*. Praha: Grada. ISBN: 978-80-247-5414-7.

ČSÚ. Data – počet cizinců: R01 Cizinci v ČR v letech 2004–2021 (stav k 31. 12.). ČSÚ. *Český statistický úřad* [online]. [cit. 2021-07-11]. Dostupné také z: https://www.czso.cz/csu/cizinci/4-ciz_pocet_cizincu#cr

ČSÚ. Data – počet cizinců: R02 Počet cizinců v ČR – předběžné čtvrtletní údaje; 2004/06–2022/03. ČSÚ. *Český statistický úřad* [online]. [cit. 2021-07-11]. Dostupné také z: https://www.czso.cz/csu/cizinci/4-ciz_pocet_cizincu#cr

HÁJEK, Marcel a Charif BAHBOUH. 2016. *Muslimský pacient: principy diagnostiky, terapie a komunikace*. Praha: Grada. ISBN: 978-80-247-5631-8.

HEILMANN, Christa M. 2013. *Řeč těla: gesta, mimika, emoce*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4394-3.

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

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

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

- LHOŤAN, Lukáš. 2012. *Rozmanitostí proti předsudkům: Romové, Vietnamci, Muslimové a Ukrajinci v České republice*. Pstruží: Lukáš Lhoťan. ISBN 978-80904932-2-3.
- MEUTER, Renata F. I. et al. 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*. 2015, **15**(1). ISSN 1472-6963. Dostupné také z: <http://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-015-1024-8>
- POKORNÁ, Andrea et al. 2019. *Management nežádoucích událostí ve zdravotnictví: metodika prevence, identifikace a analýza*. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-0720-9.
- ŠTĚTINA, Jiří. 2014. *Zdravotnictví a integrovaný záchranný systém při hromadných neštěstích a katastrofách*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4578-7.
- TOMOVÁ, Šárka a Jana KŘIVKOVÁ. 2016. *Komunikace s pacientem v intenzivní péči*. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-0064-4.
- TÓTHOVÁ, Valérie et al. 2010. *Zabezpečení efektivní ošetrovatelské péče o vietnamskou a čínskou minoritu*. Praha: Triton. ISBN 978-80-7387-414-8.
- TÓTHOVÁ, Valérie et al. 2012. *Kulturně kompetentní péče u vybraných minoritních skupin*. Praha: Triton. ISBN 978-80-7387-645-6.
- ZACHAROVÁ, Eva. Je potřebná znalost multikulturní zdravotní péče. *Interní medicína pro praxi*. 2013, **15**(8-9). ISSN: 12127299. Dostupné také z: <https://www.internimedicina.cz/pdfs/int/2013/08/01.pdf>
- ZACHAROVÁ, Eva. 2016. *Komunikace v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-0156-6.
- ZACHAROVÁ, Eva. 2017. *Zdravotnická psychologie: teorie a praktická cvičení*. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-0155-9.

Seznam schémat

Schéma 1 Možnosti zdravotnických záchranářů při komunikaci s muslimskými pacienty	31
Schéma 2 Možnosti zdravotnických záchranářů při komunikaci s vietnamskými pacienty	32
Schéma 3 Možnosti zdravotnických záchranářů při komunikaci s ukrajinskými pacienty	34
Schéma 4 Možnosti zdravotnických záchranářů při komunikaci s romskými pacienty.	35
Schéma 5 Problémy vyskytující se při komunikaci zdravotnických záchranářů s muslimskými pacienty	37
Schéma 6 Problémy vyskytující se při komunikaci zdravotnických záchranářů s vietnamskými pacienty	38
Schéma 7 Problémy vyskytující se při komunikaci zdravotnických záchranářů s ukrajinskými pacienty	39
Schéma 8 Problémy vyskytující se při komunikaci zdravotnických záchranářů s romskými pacienty	40

Seznam příloh

Příloha A Protokol k realizaci výzkumu

Příloha B Souhlas respondenta 1 s účastí ve výzkumu

Příloha C Souhlas respondenta 2 s účastí ve výzkumu

Příloha D Souhlas respondenta 3 s účastí ve výzkumu

Příloha E Souhlas respondenta 4 s účastí ve výzkumu

Příloha F Souhlas respondenta 5 s účastí ve výzkumu

Příloha G Článek připravený k publikaci v odborném periodiku

Příloha B Souhlas respondenta 1 s účastí ve výzkumu

Souhlas respondenta s účastí ve výzkumu


Jméno a příjmení studenta:	Jana Bartlová
Osobní číslo studenta:	D19000155
Univerzitní e-mail studenta:	jana.bartlova@tul.cz
Studijní program:	ZZ
Ročník:	3.
Kvalifikační práce:	bakalářská diplomová
Téma kvalifikační práce:	Komunikace zdravotnického záchranáře s pacientem z jiné kultury
Technika	kvalitativní

Dobrý den,

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

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

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

Jméno a příjmení respondenta: 

Podpis respondenta: 

Dne: 21.7.2022



Příloha C Souhlas respondenta 2 s účastí ve výzkumu

Souhlas respondenta s účastí ve výzkumu

Jméno a příjmení studenta:	Jana Bartlová
Osobní číslo studenta:	D19000155
Univerzitní e-mail studenta:	jana.bartlova@tul.cz
Studijní program:	ZZ
Ročník:	3.
Kvalifikační práce:	bakalářská -diplomová
Téma kvalifikační práce:	Komunikace zdravotnického záchranáře s pacientem z jiné kultury
Technika	kvalitativní

Dobrý den,

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

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

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

Jméno a příjmení respondenta: _____

Podpis respondenta: _____

Dne: 21.7.2022



Příloha D Souhlas respondenta 3 s účastí ve výzkumu

Souhlas respondenta s účastí ve výzkumu

Jméno a příjmení studenta:	Jana Bartlová
Osobní číslo studenta:	D19000155
Univerzitní e-mail studenta:	jana.bartlova@tul.cz
Studijní program:	ZZ
Ročník:	3.
Kvalifikační práce:	bakalářská diplomová
Téma kvalifikační práce:	Komunikace zdravotnického záchranáře s pacientem z jiné kultury
Technika	kvalitativní

Dobrý den,

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

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

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

Jméno a příjmení respondenta: 

Podpis respondenta: 

Dne: 20.7.2022



Příloha E Souhlas respondenta 4 s účastí ve výzkumu

Souhlas respondenta s účastí ve výzkumu

Jméno a příjmení studenta:	Jana Bartlová
Osobní číslo studenta:	D19000155
Univerzitní e-mail studenta:	jana.bartlova@tul.cz
Studijní program:	ZZ
Ročník:	3.
Kvalifikační práce:	bakalářská diplomová
Téma kvalifikační práce:	Komunikace zdravotnického záchranáře s pacientem z jiné kultury
Technika	kvalitativní

Dobrý den,

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

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

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

Jméno a příjmení respondenta: Jana Bartlová

Podpis respondenta: Jana Bartlová

Dne: 21.4.2022



Příloha F Souhlas respondenta 5 s účastí ve výzkumu

Souhlas respondenta s účastí ve výzkumu


Jméno a příjmení studenta:	Jana Bartlová
Osobní číslo studenta:	D19000155
Univerzitní e-mail studenta:	jana.bartlova@tul.cz
Studijní program:	ZZ
Ročník:	3.
Kvalifikační práce:	bakalářská diplomevá
Téma kvalifikační práce:	Komunikace zdravotnického záchranáře s pacientem z jiné kultury
Technika	kvalitativní

Dobrý den,

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

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

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

Jméno a příjmení respondenta: 

Podpis respondenta: 

Dne: 21. 7. 2022



Příloha G Článek připravený k publikaci v odborném periodiku

Komunikace zdravotnického záchranáře s pacientem z jiné kultury

Autor: Jana Bartlová

Abstrakt

Článek se zabývá možnostmi komunikace zdravotnických záchranářů s pacienty z jiných kultur a problémy, které se při komunikaci s těmito kulturami vyskytují. Zjištěná data v článku vycházejí z bakalářské práce. Konkrétně článek pojednává o možnostech komunikace zdravotnických záchranářů se čtyřmi vybranými kulturami a dále zpracovává problémy v komunikaci s těmito kulturami.

Abstract

The article deals with the possibilities of communication between paramedics and patients from other cultures and the problems that occur when communicating with these cultures. The data found in the article are based on a bachelor's thesis. Specifically, the article discusses the possibilities of communication of paramedics with four selected cultures and further elaborates on problems in communication with these cultures.

Klíčová slova: komunikace, kultura, zdravotnický záchranář

Key words: communication, culture, paramedic

Úvod

Komunikace v přednemocniční péči není jen pouhým přenosem informací mezi sdělejícím a příjemcem, ale jde zejména o sebe prezentaci. Komunikaci vždy vytváří a ovlivňují obě strany, proto může být těžké komunikační výměně porozumět (Zacharová, 2016). Zdravotničtí záchranáři by měli být připraveni pracovat v improvizovaných podmínkách, schopni ovládat své emoce, účinně jednat v krizových situacích a zároveň vystupovat klidně, a bez povýšenosti (Andršová, 2012). Při určitých výjezdech je nutné, aby zdravotnický záchranář jednal mnohem více empaticky a velmi trpělivě (Štětina, 2014). Zdravotničtí záchranáři by měli vystupovat za každé situace morálně vyspěle,

uvážlivě ale zároveň velmi rychle a efektivně. Při své práci by měli být sebejistí, jelikož pacient dokáže vycítit nejistotu zdravotnického záchranáře a následně mu přestat důvěřovat (Andršová, 2012).

Cíle práce

1. Popsat zásady komunikace zdravotnických záchranářů s pacienty z jiné kultury.
2. Zjistit jaké možnosti využívají zdravotničtí záchranáři při komunikaci s pacienty z jiné kultury.
3. Zjistit jaké problémy se vyskytují při komunikaci zdravotnických pacienty z jiné kultury.

Výzkumné otázky

1. Jaké možnosti využívají zdravotničtí záchranáři při komunikaci s pacienty z jiné kultury?
2. Jaké problémy se vyskytují při komunikaci zdravotnických záchranářů s pacienty z jiné kultury?

Metodika výzkumu

Výzkumná část práce je zpracována pomocí kvalitativní metody výzkumu. Informace byly získávány pomocí polostrukturovaných rozhovorů, které byly vedeny se zdravotnickými záchranáři a nahrávány na mobilní telefon pomocí diktafonu. Dále byly rozhovory přepsány do programu Microsoft Office Word 2019. Získaná data byla kódována pomocí metody tužka-papír a zpracována do schémat v Microsoft Office Word 2019. Zkoumaný vzorek se skládá z 5 zdravotnických záchranářů, jejichž výběr byl ukončen po dosažení teoretické saturace. Všichni tito respondenti poskytli souhlas s účastí ve výzkumu. V rámci zachování anonymity respondentů bylo uváděno pouze pohlaví respondentů a počet let praxe v oboru. Celkem byly stanoveny dva výzkumné cíle a k nim přiřazeny dvě výzkumné otázky. Tyto otázky byly dále rozřazeny do 8 kategorií pro lepší přehlednost získaných dat.

Výsledky

Prvním výzkumným cílem bylo zjistit, jaké možnosti využívají zdravotničtí záchranáři při komunikaci s pacienty z jiné kultury. Tento cíl byl následně rozdělen do 4

kategorií, které zkoumaly možnosti komunikace zdravotnických záchranářů s předem určenými kulturami. První vybranou kulturou byli muslimové. Zde respondenti jednohlasně uvedli, že by pro komunikaci užili anglický jazyk a zároveň by se snažili zohledňovat kulturní zvyklosti muslimů. Všichni respondenti řekli, že mají velmi málo zkušeností s muslimskými pacienty a je pro ně proto náročné, na tyto kulturní zvyklosti myslet. Další vybranou kulturou byli Vietnamci. Všichni respondenti by využili tlumočnicka, který bývá již sehnán samotným pacientem či jeho rodinou. Dále respondenti zmiňovali, že nejčastěji bývá tlumočnickem mladší člen rodiny, který se již narodil v České republice. Třetí vybranou kulturou byli Ukrajinci. Tři respondenti by využili tlumočnicka. Zároveň také tři respondenti zmiňovali využití manuálu vytvořeným ZZS. Tento manuál shledávají jako velmi užitečný, protože obsahuje nejen základní zdravotnické fráze, ale také základní každodenní věty užívané v běžném životě. Manuál byl vytvořen ZZS jako reakce na právě probíhající válku na Ukrajině, se kterou je spojena uprchlická krize. Dva respondenti by při komunikaci využili ruský jazyk, zároveň ale upozorňovali na negativní nahlížení Ukrajinců na tento jazyk. Čtvrtou a zároveň poslední vybranou kulturou jsou Romové. V rozhovorech nebyla zmíněna jazyková bariéra ani jednou, ale většina respondentů se shodla na tom, že má tato kultura svá specifika. Největší důraz kladou respondenti na nutnost použití větší dávky empatie a větší míru trpělivosti. Zároveň je pro většinu respondentů velmi důležité důkladné vysvětlení léčebných postupů a intervencí u pacienta nejen pacientovi samotnému ale zejména jeho rodině. Všichni se shodují, že rodina je pro Romy velmi důležitá. Pouze jeden respondent nepocítuje žádný rozdíl v komunikaci s Romu oproti majoritnímu obyvatelstvu.

Druhým výzkumným cílem bylo zjistit jaké problémy se vyskytují při komunikaci zdravotnických záchranářů s pacienty z jiné kultury. Tento cíl byl rovněž rozdělen do 4 kategorií na základě kulturní příslušnosti. První skupinou jsou muslimové. Všichni respondenti se shodli, že největší překážkou v komunikaci je jazyková bariéra. Dále uvedli, že toto bývá často zdrojem dalších nedorozumění v komunikaci. Většina respondentů cítí problém při ošetřování muslimské ženy, ať jde o vyšetření samotné, nebo o odběr anamnézy. Většina respondentů uvedla, že problémům plynoucím z neznalosti kultury se dá vždy předejít správnou komunikací. Druhou skupinou jsou Vietnamci. Zde se všichni respondenti opět shodli, že největším problémem je jazyková bariéra, a to zejména u starších příslušníků této kultury. Většina respondentů pocítuje ztížený odběr anamnézy, který úzce souvisí s jazykovou bariérou. Dva respondenti uvedli, že se při vysvětlování léčebných postupů často setkávají s nepochopením. Pouze jeden respondent

uvedl, že si v praxi všiml nejednoznačných neverbálních signálů. Všichni respondenti potvrdili, že vietnamští pacienti jsou obecně velmi slušní a úslužní. Vždy se snaží zdravotnickým záchranářům jejich práci ulehčit a nepřidělavat komplikace při ošetřování. Třetí skupinou jsou Ukrajinci. Všichni respondenti se opět shodli, že největším problémem je jazyková bariéra. Tři respondenti uvádějí, že pokud ošetřují intoxikovaného pacienta, bývá téměř vždy nějakým způsobem, verbálně či neverbálně, agresivní. Dva respondenti se setkali s negativním vnímáním ruského jazyka, který používali pro vzájemnou komunikaci. Poslední skupinou jsou Romové. Zde se všichni respondenti shodli, že největším problémem je přítomnost přílišného počtu rodinných příslušníků na místě. Zároveň tři respondenti pocítují tlak ze strany rodiny při ošetřování nemocného. Většina respondentů se setkala s agresivitou ze strany romských pacientů, která byla vyvolávána mnoha příčinami. Jako nejčastější příčinu respondenti uvedli odlišný pohled na způsob léčby, dále to byla intoxikace návykovými látkami. Všichni respondenti se shodli, že Romové mají velmi nízký práh bolesti a odlišné vnímání nemoci.

Diskuze

Cílem práce bylo zjistit možnosti zdravotnických záchranářů při komunikaci s pacienty z jiné kultury a dále zjistit problémy, které se vyskytují při této komunikaci. Při komunikaci s muslimskými pacienty by se všichni záchranáři snažili ctít kulturní zvyklosti muslimů, to že je tato snaha vnímána pozitivně potvrzuje i Kutnohorská (2013). Dále u Vietnamských pacientů respondenti zmiňovali, že pokud je třeba tlumočnick, Vietnamci si ho zajistí sami a snaží se zdravotnickým záchranářům co nejvíce ulehčit jejich práci. V odborné literatuře Kutnohorská (2013) toto tvrzení podporuje. Dále respondenti uvedli, že tlumočnick je třeba hlavně pokud je pacientem starší příslušník vietnamské kultury. Kutnohorská (2013) ve své knize píše, že zejména první generace Vietnamců má právě s českým jazykem problém. S ukrajinskými pacienty byla uváděna ruština jako efektivní způsob komunikace. Kutnohorská (2013) píše, že je na Ukrajině velmi znát Ruský vliv a specifika komunikace s Ukrajinci jsou téměř stejná, jako s Rusy. U Romských pacientů se nevyskytuje dle Tóthové et al. (2012) jazyková bariéra. S tím souhlasí i všichni respondenti. Volbu empatického a trpělivého přístupu rovněž podporuje Tóthová et al. (2012). V kategorii problémů uváděli respondenti u muslimských pacientů zejména problematiku ošetřování muslimské ženy. Kutnohorská (2013) potvrzuje, že

ošetřování muslimské ženy je velmi náročné z hlediska kulturní rozlišnosti. U problémů při komunikaci s vietnamskými pacienty respondenti zmínili zejména jazykovou bariéru, a to hlavně u starších pacientů. Kutnohorská (2013) toto tvrzení podporuje, jak je již zmíněno výše. Problematiku nedorozumění při komunikaci rozebírá Tóthová (2010), která poukazuje zejména na to, že pokud Vietnamec s něčím nesouhlasí, nerad to dává najevo, protože to považuje za nezdvořilé. V praxi je proto důležité, ujišťovat se, zda je vše v pořádku. S ukrajinskými pacienty bývá problém při komunikaci ruským jazykem. Tóthová et al. (2012) ve své knize upozorňuje, že Ukrajinci jsou velmi hrdý národ a nemají rádi, když jsou přirovnáváni k Rusku. Dále je častým problémem v komunikaci užití alkoholu. Toto potvrzuje i Kutnohorská (2013), která uvádí, že pití alkoholu je pro Ukrajince jako součást jejich kultury. Problémem při komunikaci s Romy bývá velmi často mnoho rodinných příslušníků přítomných na místě. Fixaci na rodinu zejména v nemoci potvrzuje i Tóthová et al. (2012).

Závěr

Výsledky výzkumu dokazují, že zdravotničtí záchranáři mají velmi dobrou znalost ohledně možností komunikace s pacienty z jiných kultur. Problémy, které zažili při komunikaci s pacienty z jiné kultury umí velmi dobře vyřešit, nebo jim při opakovaných výjezdech předcházet. Velmi důležité je i celoživotní vzdělávání v komunikaci, jelikož je to proces, který se neustále vyvíjí. Také je nutné se po celý život informovat o nových skutečnostech a možnostech komunikace.

Referenční seznam

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

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

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

TÓTHOVÁ, Valérie et al. 2010. *Zabezpečení efektivní ošetrovatelské péče o vietnamskou a čínskou minoritu*. Praha: Triton. ISBN 978-80-7387-414-8.

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

ZACHAROVÁ, Eva. 2016. *Komunikace v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-0156-6.