

**ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2013

Zlata Škábová

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ
Studijní program: Specializace ve zdravotnictví B 5345

Zlata Škábová

Studijní obor: Zdravotnický záchranář 5345R021

ÚSKALÍ KOMUNIKACE V NEODKLADNÉ PÉČI

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Mgr. Stanislava Reichertová

PLZEŇ 2013

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a všechny použité prameny jsem uvedla v seznamu použitých zdrojů.

V Plzni dne 26.3.2013

.....

vlastnoruční podpis

Děkuji Mgr. Stanislavě Reichertové za odborné vedení práce. Za poskytnutí cenných rad a materiálních podkladů. Také děkuji MUDr. Romanu Svitákovi za umožnění provedení výzkumu na ZZS Plzeňského kraje a samozřejmě všem dobrovolným respondentům, kteří se zúčastnili vlastního dotazníkového šetření. Mé poděkování patří i mé rodině a mému okolí za podporu při psaní bakalářské práce.

Anotace

Příjmení a jméno: Škábová Zlata

Katedra: Záchranářství a technických oborů

Název práce: Úskalí komunikace v neodkladné péči

Vedoucí práce: Mgr. Stanislava Reichertová

Počet stran: číslované 78, nečíslované 27

Počet příloh: 3

Počet titulů použité literatury: 25

Klíčová slova: Komunikace – Nelékařský zdravotnický pracovník – zdravotnický záchranář – neverbální komunikace – interkulturní komunikace – syndrom vyhoření

Souhrn:

Tato bakalářská práce se zabývá problematikou komunikace mezi zdravotnickými záchranáři a pacienty.

V teoretické části popisujeme co to komunikace vlastně je, jaké máme druhy komunikace a jaká úskalí se mohou při komunikaci objevit. Zabýváme se problematikou jazykové bariery i komunikačních nedorozumění v důsledku různých kulturních zvyků. Dále se věnujeme samotné komunikaci mezi zdravotnickým záchranářem a pacientem. Další podstatnou součástí této bakalářské práce je komunikace zdravotnických záchranářů a znevýhodněných pacientů. Na závěr teoretické části je zařazena kapitola o syndromu vyhoření, jehož důsledky se mohou významně odrazit na komunikaci mezi nelékařskými zdravotnickými pracovníky a pacienty.

Praktická část je založena na výsledcích dotazníkového šetření, kterým se snažíme potvrdit nebo vyvrátit stanovené hypotézy. Dotazník je graficky zpracován a zkoumá jazykové znalosti odborné zdravotnické terminologie mezi zdravotnickými záchranáři. Dále zjišťuje, zda zdravotničtí záchranáři znají obecná pravidla při komunikaci s nevidomými a neslyšícími pacienty.

Annotation

Surname and name: Škábová Zlata

Department: Department of Paramedical Rescue Work and Technical Studies

Title of thesis: Difficulties of communication of pre-hospital care

Consultant: Mgr. Stanislava Reichertová

Number of pages: numbered 78, unnumbered 27

Number of appendices: 3

Number of literature items used: 25

Key words: Communication – paramedical staff – paramedic – verbal communication – nonverbal communication – burnout syndrome – intercultural communication

Summary:

This bachelor diploma work deals with communication troubles between paramedics and patients. Theoretical part discusses what communication is in general, what kinds of communication we have and what difficulties can appear during communication. We deal with the issue of language barrier or communication misunderstanding owing to cultural differences. Furthermore, we mention communication between paramedics and patients. Another important part of this bachelor work is communication between paramedics and disabled patients. In conclusion of the theoretical part is a chapter about burn-out syndrome. Its consequences could affect communication between paramedics and patients.

Practical part is based on results of questionnaire research. This research tries to confirm or disprove our hypotheses. The questionnaire is graphically processed. It examines language skills of specialized medical terminology among paramedics. It also investigates whether paramedics know general rules of communication with deaf and blind patients.

OBSAH

TEORETICKÁ ČÁST	10
1 KOMUNIKACE	11
1.1 Účel komunikace	12
1.2 Komunikační styly	13
1.3 Komunikační modely	14
1.4 Komunikační proces	15
1.4.1 Pravidla komunikačního procesu	15
1.5 Formy komunikace	17
1.5.1 Verbální komunikace	17
1.5.2 Neverbální komunikace	18
1.6 Interkulturní komunikace	21
1.6.1 Specifika pacienta z Jihovýchodní Asie, Japonska a Číny	22
1.6.2 Specifika pacienta židovské víry	23
1.6.3 Specifika pacienta islámské víry	24
1.6.4 Specifika péče pacienta ze severní Ameriky a západní Evropy	24
1.6.5 Specifika u pacienta Romské národnosti	25
1.6.6 Specifika u pacienta Ruské a Ukrajinské národnosti	26
2 ÚSKALÍ KOMUNIKACE V NEODKLADNÉ PÉČI	28
2.1 Druhy komunikace v neodkladné péči	28
2.1.1 Komunikace mezi dispečinkem a volajícím	28
2.1.2 Komunikace mezi záchranářem a pacientem	28
2.1.3 Komunikace s rodinnými příslušníky	29
2.1.4 Komunikace se svědkem události	29
2.1.5 Komunikace v záchranářském týmu	30
2.1.6 Komunikace při předávání pacienta do zdravotnického zařízení	30
2.2 Specifické typy komunikace v neodkladné péči	30
2.2.1 Komunikace s agresivním pacientem	30
2.2.2 Komunikace s úzkostným pacientem	31
2.2.3 Komunikace s dětským pacientem	31
2.2.4 Komunikace se znevýhodněným pacientem	32
2.2.5 Komunikace se seniory	38
2.3 Syndrom vyhoření	39
2.3.1 Rozdíly mezi vyhořením a depresí	39
2.3.2 Hlavní příznaky syndromu vyhoření	40
2.3.3 Burnout syndrom ve zdravotnictví	41
2.3.4 Podmínky vzniku vyhoření u nelékařských zdravotnických pracovníků	42
PRAKTICKÁ ČÁST	44
3 VÝZKUMNÁ ČÁST	45
3.1 Metodika	45
3.1.1 Charakteristika výzkumného souboru	45

3.2	Cíle práce a hypotézy.....	46
3.2.1	Cíle práce	46
3.2.2	Hypotézy	46
3.3	Výsledky dotazníkového šetření	47
4	DISKUZE.....	80
	ZÁVĚR	84
	ZDROJE.....	87
	SEZNAM TABULEK	90
	SEZNAM GRAFŮ	91
	SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK.....	92
	SEZNAM SCHÉMAT	93
	SEZNAM PŘÍLOH.....	94

ÚVOD

Komunikace, pojem, který nás ovlivňuje každý den. S komunikací se setkáváme mezi přáteli a rodinou, mezi pracovníky a mezi nadřízenými. Komunikace je přirozenou součástí každého našeho dne. Přestože komunikujeme každý den, často a někdy zcela zbytečně v komunikaci dochází k chybám, případně vznikají komunikační šumy. Komunikace tak bývá neefektivní, nesrozumitelná a dochází k nedorozuměním mezi účastníky hovoru.

Toto téma jsem si vybrala, jelikož je neoddělitelnou součástí našich životů a ovlivňuje nás ve všech směrech. Ve zdravotnictví má svou nenahraditelnou funkci pro zjišťování informací nebo zklidnění pacienta. Toto téma považuji za aktuální a stále se vyvíjející. Je nezbytně nutné pro všechny zdravotnické pracovníky, se v komunikaci stále zdokonalovat.

Pro lepší orientaci v této problematice, jsme se v teoretické části bakalářské práce, snažily osvětlit a přiblížit, co si máme pod pojmem komunikace představit. Komunikace v této bakalářské práci je specifikována především na komunikaci mezi zdravotnickými záchranáři a jejich pacienty. Zároveň jsme chtěly nastínit možné problémové situace, které mohou v komunikaci vzniknout z jakéhokoliv důvodu. Dále jak v takové situaci nejlépe postupovat, případně jak celému problému předejít. Komunikace ve zdravotnictví je specifická už jen prostředím, ve kterém se odehrává. Pacienti, i jeho příbuzní jsou pod velkým tlakem a stresem, což u každého vyvolává různé reakce, se kterými si nelékařský zdravotnický pracovník musí umět poradit jako profesionál.

Cíle práce jsem si stanovila čtyři. Prvním cílem je zjistit, co považují zdravotničtí záchranáři za největší problém při komunikaci s pacientem. Další cíl se zaměřuje na znalost odborné zdravotnické terminologie v cizím jazyce. Díky otevřeným hranicím Evropské unie a světovému trhu je migrace obyvatel různých národností zcela běžná. S tím ovšem rostou nároky na jazykové dovednosti. Umět alespoň jeden světový jazyk je v dnešním světě samozřejmostí. Druhým a třetím cílem je zjistit, zda zdravotničtí záchranáři znají obecná pravidla komunikace s různě znevýhodněnými pacienty (nevidomí, neslyšící či mentálně postižení). A posledním cílem je stanovit obecná pravidla komunikace, která by měl každý zdravotnický záchranář ovládat.

TEORETICKÁ ČÁST

1 KOMUNIKACE

Slovo latinského původu, jehož významem je něco spojovat, například dva body. V této bakalářské práci se však budeme zabývat komunikací, jakožto sdělováním informací.

Komunikace jako taková patří k základní bio-sociální výbavě člověka, ale různě se liší svou vyvinutostí. Je to složitý a mnohvrstevný proces, závislý na individuální psychice, inteligenci, na vzdělání a na sociálních zkušenostech, např. na schopnosti reflektovat zvykové konvence a kulturní tradice. Je chápána jako proces předávání informací mezi dvěma či více komunikujícími subjekty. Je tedy nedílnou součástí vytváření vztahů mezi lidmi. Komunikace posiluje nebo tlumí emoce a formuje postoje. Dokáže popudit, provokovat, iniciovat, ale i uchlácholit a zbrzdit druhého v jeho odhodlání. Dokáže přesvědčit o pravdě nebo věrohodně šířit lež.

Její zvláštností je, že ve své *mluvené podobě neexistuje mimo konkrétní účastníky*, probíhá tedy pouze v jistém čase a prostředí v jedinečných situacích a má převážně dialogický charakter. V dnešní době lze komunikovat velice jednoduše a to díky mobilním telefonům, internetu, faxům a dalším moderním technologiím a to, téměř ze všech koutů světa. Tyto možnosti snižují pocity opuštěnosti, stesk a úzkost. (Linhartová V., 2007; Pokorná A., 2006; Vybíral Z., 2005; Ellis J., 1989)

Komunikací se již samozřejmě zabývalo mnoho vědeckých disciplín. Například kybernetika označila komunikaci za přenos informací mezi komunikátorem a komunikantem. Psychologie pak přidala tvrzení, že nelze komunikaci zjednodušit pouze na sdělení mezi dvěma a více osobami, ale musí být chápána jako specifický druh sebeprojekce. (Miluláščík M., 2003)

Další součástí komunikace je rétorika. Pod pojmem rétorika si většina z nás vybaví „umění krasořečnictví“, což je ale zavádějící, jelikož se jedná o teorii a praxi orální komunikace. Tzv. aplikovanou rétorikou chápeme učení komunikačních dovedností a rozhovoru v užším slova smyslu.

V dnešní době bohužel roste počet lidí, kteří komunikovat neumí. Ne ve smyslu, že by nebyli schopni mluvit, ale nejsou schopni vyjádřit to, co chtějí sdělit správnými slovy, ve správném časovém úseku. Což vyvolává nepochopení, nedorozumění a může to způsobit i spory. Vlivem nedostatečného vzdělání v rétorice dosahují rozhovory žádaného výsledku pozdě nebo se může stát, že nikdy. Nezřídka si

navzájem nerozumíme a schopnost jednotlivců vyjadřovat své myšlenky a prosazovat je, se stává natolik rozdílnou, že je pro nás obtížné adekvátně argumentovat a v neposlední řadě naslouchat. (Alhoff D., 2008; Brindza J., 1996)

Komunikace je nezbytnou součástí každého dne, využíváme ji k vyjádření a popisu našich vlastních pocitů. Při komunikaci spoléháme na vzájemný respekt účastníků rozhovoru a chováme se dle pravidel s cílem, aby rozhovor dosáhl výsledku, kvůli kterému započal.

1.1 Účel komunikace

Komunikace má běžně svůj účel, smysl nebo můžeme hovořit o funkci. Účelem a rovněž dopadem na příjemce dostává komunikace smysl. Hranice mezi jednotlivými funkcemi komunikace nejsou jednoznačné, často se překrývají. Mezi základní funkce komunikování řadíme *informování* neboli předávání informací, faktů a dat mezi lidmi. Na tuto funkci navazuje úloha *instruktivní*, jejímž cílem je vysvětlení významu, popisu a návodu, jak co dělat. Další související funkcí je úloha *přesvědčovací* čili působení na jiného člověka se snahou změnit jeho postoj, názor nebo způsob konání. S funkcí přesvědčovací souvisí i funkce *posilovací a motivující*, kde jde o posílení jednotlivých pocitů sebevědomí a vlastní potřebnosti. Nedílnou součástí komunikace je funkce *zábavná*, která má za úkol pobavit se, rozesmát, vyplnit čas komunikováním, které utváří pocit pohody a spokojenosti. Vzhledem k faktu, že komunikace má za úkol vytvářet vztahy mezi lidmi, má je sblížovat a díky komunikaci získáváme nové kontakty, je tu další funkce a to *socializační a společensky integrující*, díky které posilujeme náš pocit sounáležitosti. Mezi další se řadí *osobní identita*, kdy pro JÁ je komunikace velice důležitou aktivitou, jelikož se jedná o tzv. ratifikaci sebepojetí. Předposlední, ale neméně důležitá je úloha *svěřovací*, která nám pomáhá zbavit se vnitřního napětí, překonáváme díky ní těžkosti, sdělujeme důvěrné informace a to vše s očekáváním podpory a pochopení. Jako poslední je funkce *úniková*. Ta nám pomáhá se odreagovat od starostí a stresů. Když je člověk sklíčený, otrávený nebo znechucený může mít potřebu si s někým nezávazně promluvit o věcech neutrálních. Na chvíli řešit banální a jednoduché věci (Zacharová E., 2011; Mikuláščík M., 2003).

1.2 Komunikační styly

Každá komunikace má svou funkci či účel, a aby bylo dosaženo cíle, je na místě komunikovat určitým stylem. Označením *komunikační styl* spojujeme účel, způsob i okolnosti mezilidského komunikování. Dle účelu a průběhu mezilidského komunikování můžeme rozlišit pět stylů, jež se objevují v naší kulturní sféře.

Konvenční styl plní účel konverzovat a stvrdit daný stav. Komunikace probíhá krátce, na bázi výměny pozdravů a nezávazných vět. Hladké výměně konvencí napomáhá znalost norem chování a dovedností, což lze označit slovem *bonton*. Při výměně konvenčních vět nebývají emoce. Konvenční komunikace nedisponuje pochybnostmi ani dotazy.

Konverzační styl je součástí zdravého komunikování. Jde o výměnu zajímavých informací a názorů. Jedná se čistě o pobavení, potěšení a povykládání. Nejdůležitější psychologickou charakteristikou a tím nejvýznamnějším předpokladem zdařilé konverzace je symetrický vztah mezi zúčastněnými. Zdařilá konverzace bývá provázena příjemnými pocity.

Operativní styl bývá užíván hlavně při asymetrii vztahu, kdy vzájemné pozice jsou komplementární v tom, že jedna je „nad“ a druhá „pod“. Jedná se o účelné a jasné vymezení rolí, kdy jeden je nadřízený a druhý podřízený. Obě strany si jsou svých rolí vědomi a dle toho jednají. Znakem operativního stylu je oboustranná korektnost, zdvořilost a emoční projevy mají být uměřené. Čistý operativní styl se nejčastěji objevuje u policie, hasičů, záchranářů, ale lze ho najít i v civilních povoláních.

Vyjednávací styl je významná a náročná komunikační dovednost. Zúčastněné strany jsou v rovnováze. Vyjednává se tehdy, je-li nezbytné se nějak rozhodnout. Účastníky bývají zpravidla dvě strany. Vyjednávat lze kompetence, aby nebylo nutné o každé záležitosti dlouze debatovat. V demokratické společnosti je umění vyjednávat jednou z nejdůležitějších komunikačních dovedností.

Osobní až intimní styl je prostředkem i samotnou cestou k uspokojení lidských potřeb a tužeb. Nejvýznamnější složkou osobní komunikace jsou emoce. Intimita vyžaduje a předpokládá důvěru, umění zúčastněných naslouchat, empatii, akceptaci druhého a opravdovost.

V lidském životě se komunikační styly běžně střídají. Není možné je úzce specifikovat nebo redukovat, neboť komunikování v našem kulturním okruhu je proměnlivé (Zacharová E., 2011; Mikuláščík M., 2003).

1.3 Komunikační modely

Přestože lze komunikaci zachytit v podobě zápisu, není to nic statického. Její proměnlivost v čase je jedním z nejdůležitějších rysů, jelikož je závislá na celé škále podmínek a vlivů. Komunikaci nepochybně ovlivňují určitá racionální schémata, ale hlavně emoční stavy, které mohou určitou informaci změnit zásadním způsobem.

V dřívějších modelech se na komunikaci dívalo jako na něco, co jde přímočaře od mluvčího k posluchači, tzv. *lineární model*, mluvčí mluvil, posluchač poslouchal. Lineární model byl brzy nahrazen *interakčním*, kdy mluvčí i posluchač současně střídají pozici mluvčího a posluchače. Mluvení a naslouchání bylo stále považováno za oddělené akce, které se nepřekrývají a nelze je provozovat současně. Dnes mluvíme o tzv. *transakčním procesu*, ve kterém všechny osoby fungují současně jako mluvčí a posluchač. V momentě kdy vysíláme informace, tak přijímáme sdělení z vlastní komunikace i z reakce dalších osob. (Pearsová, Nelson, 1994; De Vito, 2001; Zacharová E., str. 194, 2011)

„Znamená to tedy, že transakční pojetí uznává každou osobu za mluvčího i posluchače zároveň, za komunikujícího a současně přijímajícího sdělení.“ (Watzlavick, 1999; Zacharová E., str. 195, 2011)

Vhodná aplikace modelů komunikace může nelékařskému zdravotnickému pracovníkovi pomoci zvolit nejlepší a individuální přístup k pacientovi se zřetelem na momentální situaci.

Terapeutický model, vznikl jako součást ošetrovatelské péče zaměřené na pacienta. Klade důraz na kladný průběh péče. Lze jej využít při edukaci pacienta. Je zaměřený hlavně na praxi a schopnostech pacienta.

U modelu kvalifikovaných lidských vztahů předpokládáme, že komunikace má vliv na zdraví člověka. Jde o schopnost nelékařského zdravotnického pracovníka zprostředkovat pacientovi určitý obsah informací z různých pohledů.

Sociální model vychází z běžných norem a pravidel komunikace dané společností např. podání ruky atd. Představuje způsob komunikace, který nelékařský zdravotnický pracovník uplatňuje v praxi.

Informační model poskytuje informace bez emocionálního projevu. Například: „Jelikož jdete zítra na operaci, nesmíte od večera jíst a pít. Je nutné 24h před výkonem lačnit.“

Hovorový model se ve zdravotnictví často vyskytuje. Pacient spontánně vypráví o událostech, o rodině, o zaměstnání při běžném kontaktu s nelékařským zdravotnickým pracovníkem v průběhu ošetrovatelské péče.

Dialogický model umožňuje vzájemnou a obsahově hlubokou komunikaci. „Typická je zde otevřenost, akceptace a důvěra. Prostor pro pacienta k vyjádření svých nálad, myšlenek, pocitů a potřeb.“ (Kristová, 2004; Zacharová E, str. 195, 2011)

1.4 Komunikační proces

„Mluví-li dva lidé spolu, odehrává se něco mezi nimi i uvnitř každého z nich. Tento děj nazýváme komunikačním procesem.“ (Pláňava 2005; Zacharová E., str. 195, 2011)

Každý ze dvou komunikujících lidí se snaží druhého ovlivňovat, hledat u něj podporu a sebepotvrzování. Dává najevo, jaká pravidla jsou pro něj přijatelná. Je to proces proměnlivý, účastníci vždy iniciují nějakou změnu. Pokud někdo chce změnu iniciovat, musí vystupovat aktivně, odešle příjemci zprávu. Obecně při komunikaci platí, že snadněji se zachytí to, co má větší informační váhu. Počátek (působí novost) a konec jsou vnímány pozorněji. Lidské podvědomí se snaží zachytit co nejvíce informací v okamžiku, kdy ví, že již nebude dále nic následovat. Základní schéma komunikačního procesu vychází z toho, že lidé spolu chtějí hovořit, sdělit si nejen informace, ale i svoje postoje, pocity a nálady. Důležité je pochopit souvislosti, ve kterých jsou zprávy předávány. Úlohy, které postupně v každodenním životě naplňujeme, se stávají součástí naší osoby. Lidé jsou schopni komunikovat, protože ovládají určité normy, které se týkají myšlení a jednání souvisejících s komunikací. Záleží na každém, zdali je bude respektovat, dodržovat a řídit se jimi nebo je bude ignorovat. (Mikuláščík, 2003; Zacharová E., 2011; Allhof D., 2008)

1.4.1 Pravidla komunikačního procesu

Prvním pravidlem je *vnímání dat*. To souvisí se silou podnětu a naší selekcí. Hlavní úlohu zde sehrává pozornost a význam podnětu. Což nám navazuje na pravidlo *spojování dat významem*, kdy vybraná a uspořádaná data jsou spojena a naplněna dle významu. Jednoduše to znamená, že data se mění v informaci. Dalším pravidlem je *ukládání záměru a postojů* čímž myslíme konkretizování ve smyslu stanoviska (citového vztahu). *Epizodické uspořádání dat* je pravidlo, které nám pomáhá vytvářet si představy o minulosti, přítomnosti a budoucnosti určité

skutečnosti v jednotlivých epizodách. Dalším důležitým pravidlem je *hlavní smlouva*, kde se jedná o vnímání naší role ve vzájemných vztazích. Uvědomujeme si co je normální, správné a co nevhodné. Předposledním je *soubor předpokladů, očekávání a pravidel*, můžeme jej nazvat i životním scénářem. Jsou to naučené vzory chování, které jsme si získali působením výchovy. A na konec pravidlo *kulturního modelu*, které trochu souvisí s předchozím pravidlem, jelikož se jedná o široké spektrum vztahů, které jsou vymezeny kulturou, v níž žijeme.

Čím je komunikace náročnější a čím déle trvá, tím více může docházet k problémům a k nedorozuměním. Celou informaci, její formu i obsah ovlivňují i nevědomé aspekty osobnosti. V komunikačním systému jsou rovnoměrně zastoupené jednotlivé složky. Jedná se o strukturu sociální komunikace. (Zacharová E., 2011)

Komunikátor je ten, kdo vysílá nějakou zprávu jiné osobě. Předpokladem je, že druhá strana, je zasvěcena do problému a používá stejný kódovací jazyk, který je potřebný k pochopení zprávy. Nevýhodou komunikátora je, že může zprávu znehodnotit a přidat jim jiný význam svými subjektivními názory. Zprávu lze znehodnotit i špatnou náladou, předchozími zkušenostmi nebo vybraným prostředím a v neposlední řadě i způsobem podání zprávy. Do svého sdělení vždy promítá svou osobnost a osobní zaujetí.

Komunikant je člověk, jemuž jsou informace určeny. Přijímá vyslanou zprávu, kterou následně dekoduje. Vnímání komunikanta je ovlivněno vlastními zkušenostmi, prožitky, záměry a cíli. Předpoklad, že komunikátor i komunikant, mají společný repertoár poznatků a vyjadřovacích schopností, tedy stejný způsob kódování je iluze. Osobě, která právě poslouchá zprávu, je doporučeno, vyslechnout si ji až do konce, před dokončením úplného znění zprávy, nepřemýšlet nad odpovědí, ale spíše si připravovat doplňující otázky, které by zprávu ještě upřesnily, všimnout si vysílaných neverbálních znaků ze strany komunikátora a hlavně, nesnažit se promítnout do zprávy svůj záměr. Tedy nesnažit se, slyšet to, co bychom slyšet chtěli.

Komuniké zahrnuje obsah zprávy, informace, názory a myšlenky, také potřeby, postoje a emoce. Vyslaná zpráva má podobu verbálních a neverbálních symbolů. Při popisu konkrétní věci obě strany počítají s tím, že pochopí význam stejně. Složitější je to u abstraktních a u slovních spojení, případně u neverbálních projevů (předání květiny). Zpráva může být chápána různými lidmi odlišně. Chápání samotné může být ovlivněno kontextem nebo komunikačním šumem. Komuniké

ovlivňují také komunikátoři, kteří její obsah záměrně mohou měnit nebo při sdělování informace mlžit.

Komunikační jazyk je nástroj, který nám umožňuje předávat zprávu. Avšak to, že mluvíme stejným jazykem, neznamená vždy, že si porozumíme. Velice důležitou roli zde mají procesy kódování a dekodování.

Komunikační kanál je cesta a způsob předání komuniké, tedy přenos informací. Při komunikaci tváří v tvář (bezprostřední komunikační kanál) vzniká přímý kontakt mezi komunikujícími a to verbálně, neverbálně a prostřednictvím skutků. Toto je nejefektivnější způsob komunikace, jelikož působíme na čtyři smyslová ústrojí. Zprostředkovaný komunikační kanál představuje nepřímý kontakt mezi komunikátorem a komunikantem, mluvíme zde o telefonickém komunikačním kanálu, písemném komunikačním kanálu, vizuálním, audiovizuálním a elektronickém. (Mikuláščík M., 2003; Mikuláščík M., 2010; Zacharová E, 2011)

Na komunikační proces má vliv i prostředí, ve kterém se odehrává. Negativní vliv zde mají šumy, a to fyzické (hluk), fyziologické (špatná výslovnost, porucha řeči), psychologické (hněv, smutek, radost) a sémantické (odlišné pochopení významu). Tedy vše co správné komunikaci překáží. (Linhartová V., 2007)

1.5 Formy komunikace

Nejběžnějším dělením komunikace je rozdělení na komunikaci verbální a neverbální. Obě tyto formy jsou specifické, ale je nutné si uvědomit, že se navzájem doplňují nebo se dokonce navzájem zastupují. Není neobvyklé se setkat s tím, že verbální a neverbální forma jsou v rozporu. Což znamená, že lidé něco říkají, ale jejich chování tomu neodpovídá. Neverbální projevy je možné v takové situaci považovat za věrohodnější.

1.5.1 Verbální komunikace

Řeč, vymoženost, kterou byl obdarován pouze člověk. Umožňuje nám vzájemnou komunikaci, tedy výměnu informací, názorů a zkušeností. Pojem verbální komunikace představuje dorozumívání se jedné, dvou a více osob, pomocí jazyka nebo jiných znaků jazykového systému. Může být přímá nebo zprostředkovaná, mluvená a psaná, živá či reprodukováná.

Verbální komunikace je nezbytnou součástí sociálního života a je nepostradatelnou podmínkou myšlení. Její význam je zcela nesporný. Jádrem správného pochopení významu je porozumění. Jde o dvoustranný proces. Mluví

musí jasně vyjádřit, co má na mysli a posluchač se snaží o co nejlepší pochopení toho, co mu mluvčí sděluje. Z toho vyplývá, že význam řeči určují lidé, ne slova. (Mikuláščík, 2003; Mikuláščík M., 2010; Vybíral, 2005)

1.5.2 Neverbální komunikace

Neverbální komunikace - komunikace beze slov – viděná. Široká oblast toho, co signalizujeme beze slov či spolu se slovy, jako doprovod slovní komunikace. Je vývojově starší a existovala mnohem dříve, než se vyvinula řeč. Velice těžko a složitě se skrývá nebo ovládá vůlí. Schopnost sebeovládání umožňuje ovládání mimických projevů tzv. „strojené úsměvy“ apod., ale existují postupy, jimiž lze zhodnotit autenticitu projevu. Smějeme-li se upřímně naše oči se „rozsvítí“, změní se celkový výraz tváře. Ve výše zmíněných „strojených úsměvech“ není možné zaznamenat další změny, které emoce aktuálně vyvolají. Máme na mysli neurovegetativní projevy (mydriáza či mióza zornice, vrásky atd.).

Pomocí neverbálního projevu lze sdělit většinu pacientových psychických stavů, nálad nebo postojů. Díky nim můžeme vyjádřit emoce, pocity a afekty.

Neverbální projevy nám dávají i ve zdravotnictví hodně informací o pocitech a postojích pacientů. Bohužel však zde platí, že neverbální chování je dobře viditelné, ale špatně interpretovatelné. Nelékařští zdravotničtí pracovníci si musí uvědomit, že pracují ve specifických podmínkách a že se setkávají s člověkem, který se ocitl v nelehké životní situaci. Pro nelékařské zdravotnické pracovníky je nezbytnou a důležitou dovedností vyznat se v řeči těla a umět pracovat jak s vlastními neverbálními projevy tak „naslouchat“ neverbálním projevům svých pacientů.

Mezi prostředky verbální a neverbální komunikace není ostrá hranice. Rozdíl spočívá v tom, že verbální komunikace je úmyslná a neverbální neúmyslná. (Mikuláščík, 2003; Mikuláščík M., 2010; Vybíral, 2005; Zacharová E, 2011)

1.5.2.1 Složky nonverbální komunikace

Vizika, řeč očí. Pohled je nejdůležitější neverbální projev již při prvním setkání. Oči jsou nejcitlivějším receptorem přijímaných signálů. Prozrazují nám momentální emoce. Zaměření pohledu nám vyzrazuje, co nás opravdu zajímá, tzv. terč pohledu. Přímý pohled by neměl přesáhnout 3s. Dále je to četnost pohledu. Ze zdravotnického hlediska má vypovídající význam i průměr zornic, které reagují, kromě intenzity světla, i na emoční zážitek, bolest, drogy a alkohol. Dalším je pohled z očí do očí, který může vyjadřovat přátelství, ale naopak i nepřátelství. Těkání očima

může dávat najevo rozpaky či uzavřenost. Mrkání a pootevřená víčka nám mohou signalizovat nervozitu, napětí nebo změnu psychického stavu, ale i neurologický problém. „Pokud někdo při komunikaci zavře na delší dobu oči je to známka toho, že potřebuje oddych.“ (Gulášová 2009; Zacharová E., str. 229, 2011)

Každý z nás by si měl uvědomit, že oči jsou oknem do duše.

Mimika je komunikace pomocí svalů tváře. Ty vyjadřují psychický stav člověka. Slovo pochází z řeckého slova mimos = jemné, citlivě napodobující. Lze jí vyjádřit jak emoce pravé, tak hrané. Na tváři dle pokusů Ekmanova a Friesena lze vyčíst 7 základních druhů emocí (Brindza 1996; Zacharová E., str. 227, 2011). Je to: štěstí a neštěstí; radost a smutek; klid a rozčilení; zájem a nezájem; spokojenost a nespokojenost; neočekávaná překvapení a splněná očekávání; pocit jistoty a strachu.

Člověk je schopen projevit i sekundární mimické výrazy. Jedná se o střídání bazálních emocí, nebo jejich splynutí (schizofrenie, vliv drog – jedna část obličeje vyjadřuje jinou emoci než druhá). Specifickými případy jsou hypomimické stavy spojené s např. poškozením CNS (Parkinsonova choroba, poruchy vědomí, depresivní stavy, tiky, dětská mozková obrna, apalický syndrom).

Nelékařští zdravotničtí pracovníci by se měli naučit ovládat své citové reakce tak, aby nepoškodili pacienta. Jde o vysoký stupeň profesionálního přístupu. (Zacharová E., 2011)

Gestika je součástí kineziky. Gesta mají výrazný sdělovací účel a naznačují, co by mohlo být řečeno slovem. Doplnují verbální projev, a tím jej zesilují. Mají výraznou specifičnost pro určité kultury. Mezi základní gesta patří pohyby hlavy, rukou a ramen. Prokázalo se, že gestikulace je v určitém vztahu s intelektem. Lidé s vyšším IQ používají méně gest, kdežto lidé s nižším IQ využívají gest jako substituci slovní zásoby. Existují všeobecně známá gesta. Je však nezbytné si uvědomit kdy, kde a za jakých okolností je používáme, protože to, co v naší kultuře může znamenat symbol přátelství či míru, může v jiné kultuře znamenat agresi či urážku. Například notoricky známý pohyb hlavy ze strany na stranu značí pro většinu Evropanů NE, v Bulharsku se to považuje za souhlas. Popřípadě vítězné “V” z prstů znamená ve většině zemí jako gesto pro vítězství, v Anglii při dlani otočené ke své tváři, má stejný význam jako vztyčený prostředníček v ČR. (Zacharová E., 2011)

Haptika neboli dotek. Leckdy se stává, že se lidé při komunikaci dotýkají. Doteky mohou mít různý význam. Mohou být formální, neformální, ale i intimní. Podstatné je, které části těla se navzájem dotýkáme. Existují určitá doteková pásma.

Pásma společenské, do kterého spadají ruce a paže. *Pásma osobní, přátelské* kam patří ruce, paže, obličej a vlasy. A *pásma intimní, erotické a sexuální*, které je neomezené. Haptika zahrnuje taktilní sdělení, lze ji chápat jako komunikaci pomocí dotyků. Nejčastěji používaným dotekem je podání ruky, poplácání po rameni nebo zádech. Nejvíce doteků je mezi ženou a ženou, méně pak mezi ženou a mužem a nejméně mezi muži. Při rozhovoru iniciuje první dotyk většinou osoba hierarchicky výše postavená. Dotek ve zdravotnictví má svůj nezastupitelný význam a svou specifickou. Některé doteky mohou pacienta uklidnit či povzbudit, jiné mu mohou však způsobit bolest nebo být nepříjemné. Nelékařští zdravotničtí pracovníci by tedy měli znát pravidla komunikace pomocí doteků, a pokud je nezbytné dotýkat se pacienta na intimních místech nebo mu vyšetřením způsobit bolest, musíme mu vysvětlit vše potřebné a hlavně proč je to důležité. (Mikuláščík 2010; Zacharová E., 2011)

Posturika neboli řeč našich fyzických postojů. Jedná se o komunikaci pomocí držení těla, napětím, polohy rukou, nohou, hlavy a celkového nasměrování těla. „Poloha, kterou člověk v sociální interakci zaujímá, do určité míry vyjadřuje jeho postoj k tomu, co se kolem děje.“ (Křivohlavý J., 1988, Zacharová E., str. 226, 2011) Posturika úzce souvisí s proxemikou. Příkladem posturiky je svislá hlava, při pocitu provinění nebo studu.

Proxemika čili vzdálenost člověka k člověku. Vzdálenosti jsou chápány ve dvou rovinách a to horizontální, což je vzdálenost komunikujících od sebe a vertikální, která představuje výškovou úroveň vztahu. Lze ji vyjádřit výškou očí při rozhovoru. Vzdálenost je ovlivněna tím, jaký máme s daným člověkem vztah či sympatie, je však také značně ovlivněna i kulturou. Platí obecné pravidlo, že muži si udržují menší vzdálenost, ať už mluví s mužem či ženou.

Máme tzv. čtyři zónové oblasti. První je *intimní zóna* pohybující se od 15 – 30 cm. Vstup do této zóny mají pouze nejbližší, partner, rodiče, děti nebo velice blízcí přátelé. Do této zóny bychom se neměli dostat např. na pracovišti. Nelékařští zdravotničtí pracovníci se často dostávají do této zóny při ošetrovatelské péči či při asistenci u lékařského výkonu. Je nezbytné komunikovat s pacientem a informovat ho o potřebnosti, důležitosti a délce trvání výkonu. Pokud bez upozornění narušíme intimní zónu, nemůžeme očekávat pozitivní reakce.

Od 45 – 120 cm jde o *zónu osobní*. Je to zóna běžná v normálním denním životě, na pracovišti nebo mezi přáteli. Je zde možnost omezeného fyzického

kontaktu např. podání rukou, poplácání po zádech. Pokud je vzdálenost od 120 – 360 cm, jedná se o *společenskou zónu nebo sociální*. Je to zóna vhodná ke komunikaci ve více lidech např. při komunikaci žáků a vyučujících. Nejdlejší zónou je *zóna veřejná* více než 360 cm. Typická je vnímáním celé postavy a prostorového pohybu. Příkladem mohou být různé přednášky, semináře, koncerty nebo politická vystoupení. (Zacharová E., 2011; Mikuláščík M., 2010)

Proxemické zóny by se daly nazvat teritorií. Je to prostor, který jedinec považuje za svůj a dělá si na něj určité právo. Narušení těchto zón může působit rušivě a může velice ovlivnit průběh naší konverzace. Je tedy důležité si zóny uvědomovat a zvláště u pacientů nevnikat do intimních zón, není-li to nezbytně nutné.

1.6 Interkulturní komunikace

Komunikujeme-li s lidmi z různých kultur, musíme dbát na odlišnosti v chování, projevu víry a projevu emocí. Nerespektování, neznalost nebo nepochopení kulturních odlišností má za následek zásadní chyby v komunikaci, které se později odrazí i na poskytování přednemocniční nebo nemocniční péče. Komunikaci, s pacientem cizincem, výrazně ovlivňují komunikační šumy, jako je hluk, neznámé prostředí, cizí jazyk nebo pocit osamění. Pacient na základě neznalosti jazyka nemůže pořádně vyjádřit své potřeby, problémy a bolesti, což vyvolává frustraci, strach, ale může to vyvolat i agresi a zlobu. Specifickým problémem, v komunikaci s cizincem, je používání žargonu, zkratk, nářečí nebo odborné lékařské terminologie.

Úspěšnost komunikace nelékařských zdravotnických pracovníků, je podmíněna, profesionálními dovednostmi, jazykovými schopnostmi a znalostí interkulturních rozdílů. Nelékařští zdravotničtí pracovníci musí rozumět společenským zvykům jiných etnik a v neposlední řadě, musí mít alespoň základní znalost významu různých kulturních znaků, náboženských symbolů a významů slov. Jazyková bariéra způsobuje dlouhodobější léčbu a může se stát, že komunikační problémy zpozdí neodkladnou péči.

Dalším úskalím mohou být odlišné způsoby komunikace. Některé národy se vyjadřují přímo, jednoznačně a otevřeně sdělují svůj nesouhlas. Není tedy potřebné vyvozovat obsah komunikace z kontextu a neverbálních projevů. Naopak jiné národy se vyjadřují méně otevřeně a je nutné obsah komunikace interpretovat jak z kontextu, tak z neverbálních projevů.

Komunikační rituály se týkají například pozdravů. Na rozdíl od většiny Evropanů, kteří si jen podají ruce, jsou jižní národy, více otevření. Pro příklad Španělé se na pozdrav políbí na obě tváře. Naopak v některých asijských kulturách je vzájemné dotýkání nepřijatelné. I úsměv může mít mnoho významů. Pro obyvatele Středomoří vyjadřuje přátelství, sympatie nebo dobrou náladu. Avšak v kultuře Vietnamců, Japonců nebo Korejců může prozrazovat nejistotu, zmatek, rozpaky nebo omluvu.

Při mezikulturní komunikaci je kladen velký důraz na řeč těla a na dodržování osobního prostoru. Také sami nelékařští zdravotničtí pracovníci musí dát najevo svůj zájem o pacienta. (Špidurová L., 2006; Ivanová K., 2005; Průcha J., 2010; Kousalová R., 2011 DP; Hornáková A., 2008, č. 9, s. 23-24)

1.6.1 Specifika pacienta z Jihovýchodní Asie, Japonska a Číny

Asie jako taková je kontinentem mnoha kultur a náboženství. Platí zde obecné pravidlo, že komunikujeme se ctí. Zejména tehdy, hovoříme-li se staršími lidmi, což se očekává i od cizích lidí. Toto však neplatí úplně pro děti, kterým je tolerováno téměř všechno.

Pravidla komunikace, osobního prostoru a pohledu do očí se liší v závislosti na geografické poloze. Je naprosto nežádoucí, aby se někdo dotýkal druhé osoby na hlavě. Vrcholem neslušnosti je pozorovat druhé při modlitbě. Co se týče podávání věcí, zejména jídla, upřednostňuje se pravá ruka. Asiaté jsou většinou stydliví lidé, kteří nechtějí druhé obtěžovat svými problémy. Je vhodné dbát na zachování jejich intimity, rodina je pro ně vším a je nutné zprostředkovat jim kontakt s rodinnými příslušníky. Pokud je pacientkou žena, lékař i nelékařský zdravotnický pracovník by měl vše konzultovat s manželem, popř. otcem.

Asiaté samotní prožívají své nemoci stoicky a sami od sebe si neřeknou o léky na bolest, většinou ze strachu z návyku. Asiaté upřednostňují přírodní léčby a nemocniční péče je pro ně až možností poslední volby. Nelékařský zdravotnický pracovník se může setkat i s tím, že pokud se pacient například pozvrací, nebude tím z obavy a studu obtěžovat nikoho, ale uklidí si po sobě sám. Je tedy nutné se na vše ptát, vysvětlovat a informovat z jakého důvodu je důležité brát pravidelně medikaci nebo informovat nelékařského zdravotnického pracovníka o jakýchkoliv obtížích.

Obecně se v Asii cení úcta a pokora. Emoce se na veřejnosti neprojevují. Asiáté si potrpí na větší osobní prostor a není zvykem udržovat oční kontakt. (Průcha J., 2010; Ivanová K., 2005; Špidurová L., 2006; Kousalova R., 2011 DP)

1.6.2 Specifika pacienta židovské víry

Židovský národ pochází z Blízkého východu. Věří v jednoho Boha a považují se za vyvolený národ. Nejpodstatnějším faktem zůstává, zda se jedná o pacienta s ortodoxní, liberální nebo konzervativní vírou. Při ošetřování takového pacienta jde o tři hlavní oblasti, a to plnění náboženských povinností, hygienu a stravování. Ortodoxní žid striktně dodržuje příkázání a zákazy Talmudu, což je kniha obsahující věroučné texty a texty právní povahy a zasahuje do každodenního života věřícího. Liberální a konzervativní židé dodržují jen některé příkazy nebo žijí běžným životem. Mnoho z nich své zvyklosti dodržuje pouze doma. Ortodoxní a konzervativní židé dodržují židovské svátky, jedním z nejdůležitějších je šabat, což je den odpočinku (od pátečního západu slunce do sobotního západu). V této době mohou odmítnout hospitalizaci nebo lékařský výkon, pokud nejsou nutné pro záchranu života.

Židovské způsoby života se nijak zvlášť neliší od běžných evropských norem, ale je nutno dodržovat určitá pravidla kontaktu s židovským pacientem. Žena je ve společnosti brána jako druhořadá, její hlavní úkol je starat se o rodinu a děti. Je nepřístupné, aby se muž při rozhovoru dotýkal ženy. Dotýkat se mohou pouze ženy mezi sebou. Taktilní dotek iniciovaný cizím mužem a směřovaný na ženu může vyvolat nepřiměřené reakce hlavně mužských příbuzných. Je nutné však dodat, že zde mluvíme hlavně o ortodoxních židech popřípadě o židech v jejich domovině.

Největším problémem v komunikaci s židem bývá jazyková bariéra. Ovšem Židé jsou velice vzdělaný národ a převážná většina perfektně ovládá anglický jazyk, který se v dnešní době stává nedílnou součástí každé profese. I nelékařští zdravotničtí pracovníci by měli ovládat minimálně její základní znalosti.

Židovský zákon vyžaduje vyhledávání kvalifikované zdravotnické péče, podstupování důležitých výkonů, užívání léků popřípadě, je-li to nezbytné, podání transfuze. Zajímavostí je, že židé považují tělo za dar od Boha. Musí se však celé vrátit do země. Dojde-li k amputaci končetiny, židovská rodina si ji vyžádá a postará se o její uložení.

Židé se vyznačují svou pracovitostí a svědomitostí. Zdravotnický personál respektují a spolupracují s ním. Dodržují jejich rady a lékařské ordinace. Pro zdravotnickou a ošetrovatelskou praxi má veliký význam zásada, že veškerá pravidla

je možné porušit v případě ohrožení života. (Průcha J., 2010; Ivanová K., 2005; Špidurová L., 2006; Kousalová R., 2011 DP)

1.6.3 Specifika pacienta islámské víry

Islám, nejmladší monoteistické náboženství, uznávající jediného boha a to Alláha. Svatou knihou je Korán, který je považován za slovo boží. Islámská kultura se promítá do každodenního života muslima. Má řadu specifík v oblékání, hygieně a stravování. Je třeba se v naší ošetrovatelské péči těmto zvykům přizpůsobit, jelikož při jejich nerespektování může dojít k velice nepříjemným a vyostřeným konfliktům. Zásadním problémem při komunikaci s muslimským pacientem je jazyková bariéra. Některá témata jsou absolutní tabu, což se týká hlavně rodinných a intimních problémů, rodinného stavu, počtu dětí a fyziologických funkcí.

Cizí muž by neměl navazovat oční kontakt s muslimskou ženou a cizí žena s muslimem. Dlouhodobější oční kontakt je chápán jako výzva k seznámení. Cizí muž se ženy může dotknout pouze v případě záchrany jejího života. Lékař nebo nelékařský zdravotnický pracovník by se k ženě muslimce měl chovat velice rezervovaně. Žena by správně měla být ošetřována ženou a muž mužem. Co se týče lékařské péče, muslimové darují i přijímají krev. Je velice nutné dbát na intimitu a cudnost především u žen. Příbuzní se mohou dožadovat být přítomni během vyšetření a léčby, případně mohou natáčet lůžko nemocného směrem k Mekce. Vyšetření u ženy povoluje manžel nebo otec. Muslimové intenzivněji prožívají bolest a dávají to najevo.

K provádění běžných úkonů, jako je podávání věcí či jídla muslimové preferují pravou ruku, jelikož levá je nečistá. Z jídelníčku mají vyškrtnuté vepřové maso, alkohol a drogy. Dalším specifikem je nutnost modlit se několikrát denně.

Dále je důležité znát největší muslimský svátek zvaný Ramadán, trvající 28 – 30 dnů. Ramadán jako takový nemá pevné datum. Je to čas půstu, kdy se má tělo a duše očistit. Při Ramadánu muslimové nesmí od východu slunce do západu slunce jíst, pít a souložit. Od toho jsou oproštěni nemocní, těhotné, kojící a menstrující ženy, staří a oslabení jedinci a ti co cestují. (Vymětal Š., 2009 Ivanová K., 2005; Špidurová L., 2006; Kousalová R., 2011 DP)

1.6.4 Specifika péče pacienta ze severní Ameriky a západní Evropy

V Severní Americe je zvykem při pozdravu podat ruku a pohlédnout druhému do očí. Oční kontakt má veliký význam při společenských událostech. Pokud není

udržován, Severoameričany to můžou vést k nezájmu a znudění. Přijatelný osobní prostor je na délku paže, podobně jako v Evropě. Zvláštností Američanů je, že neradi zůstávají při konverzaci potichu.

Evropané si jsou, se Severoameričany dosti podobní, co se týče chování. Existují však velké odlišnosti v chování jednotlivých evropských zemí. Země na jihu Evropy upřednostňují osobnější kontakt, používají více gest a volí volnější způsob výchovy mládeže než země na severu. Obecně se pak ale uplatňuje adekvátní způsob vyjádření špatných zpráv k výši věku daných osob. (Alhoff D., 2008; Vymětal Š., 2009)

1.6.5 Specifika u pacienta Romské národnosti

Původem pocházejí z Indie a první státy, které osídlili, byly Arábie a Egypt. V dnešní době žijí po celém světě a osidlují všech pět kontinentů. Minulost jejich etnika je velice pestrá a sami Romové často nevědí, do jakých skupin se jejich etnikum řadí a jakým mluví dialektem. Termín Rom je souborné označení několika etnických skupin mající společný původ, společné kulturní rysy a osobnostní charakteristiky. Typická je jejich barva pleti, ale i řada morfologických a fyziologických vlastností. (Špidurová L., 2006)

Mezi životním způsobem Čechů a Romů existují značné rozdíly. Život má pro Romy nejvyšší hodnotou. Vše co vede k zachování, zmnožení a pokračování života má vysokou cenu. Naopak to co život omezuje, je vnímáno velice negativně. Rodina je tedy důležitější než například práce. Není výjimkou, když Rom nepřijde do práce bez omluvení. Později to odůvodní tím, že někdo z jeho příbuzných je v nemocnici nebo ho potřeboval. Rodina má funkci vzdělávací, ochrannou a je zdrojem obživy. Tradiční rodina je velice patriarchální, tří nebo vícegenerační a sociálně závislá na příbuzných. Neexistuje snad jiný národ, který by měl tak silné rodinné vazby. Úkolem ženy je poslouchat muže, zajistit chod rodiny a obstarat potravu a to jakýmkoliv způsobem. Muž je hlava rodiny a nositel prestiže. Děti jsou největším rodinným bohatstvím. Dříve byly porody prováděny doma, za přítomnosti celé rodiny, dnes se preferují porody v porodnicích, leč stále za účasti široké rodiny. Což v praxi představuje, že se příbuzenstvo zdržuje v prostorách porodnice a s rodičkou komunikují například skrz okno. Českými občany toto chování může být bráno jako neurvalé a nepatřičné a často si stěžují na hluk. To samé jednání se dá očekávat v nemocnici. Soukromí své ani někoho cizího Romové neznají. Nejsou zvyklí děkovat a prosit. Za důležitější než přesné informace považují celkový dojem z hovoru.

Chovají značnou úctu k rodičům a starším. Romští starci jsou jen velice zřídka kdy vidáni v domovech důchodců. „Pro Romy je samozřejmostí se o své staré a nemocné rodiče postarat a nejsou bráni jako přítěž.“ (Hájková, 2001; Špidurová L., str. 126, 2006)

Komunikační styl Romů je zcela odlišný od stylu Středoevropanů. Mají velice dobře vyvinutý smysl pro poznání člověka pouhým pohledem a intuicí. Dokáží „přečíst“ podtext, každé věty. Jejich schopnost empatie je v jednání s druhými mnohem vyšší, než je tomu v našich kulturách. V jejich komunikaci je obsažen vysoký podíl emocí při jednání. Jeli Rom zoufalý je to vidět na dálku. Bohužel nejsou schopni určitého nadhledu a vše vidí takřkajíc černobíle.

Co se týče jejich zdraví a nemoci, k psychickým zvláštnostem, hlavně v době nemoci patří, že mají slabší vůli, vytrvalost a trpělivost. Bez rodiny jsou nesamostatní, mají strach, což může vést až k agresi a neochotě spolupracovat s nelékařskými zdravotnickými pracovníky. Obecně jsou velice spontánní, mají živý temperament a velkou citlivost vůči nespravedlnosti. Ošetření romského pacienta bývá psychicky náročné i pro ošetřující personál, hlavně z důvodů jejich nedůvěry vůči zdravotníkům a jejich nepřesné orientaci mezi zdravotnickým personálem. Komunikace může být pro obě strany nesrozumitelná. Dalším úskalím může být komunikace s pacientovou rodinou. Ve většině případů hovoří s lékařem či nelékařským zdravotnickým pracovníkem otec či manžel, ale může to být i matka rodiny. Romové mají veliký strach z bolesti a smrti, i když jejich zdravotní stav není tak vážný. Bývají velice emotivní, často a nahlas sténají. Rady mohou vnímat jako nespravedlnost a cítit se dotčeni. Ženy mohou být při hospitalizaci úzkostné. Je nutné počítat s tím, že pacient bude dodržovat předepsané ordinace pouze do doby, než ustoupí příznaky choroby. Základem je získat si jejich důvěru, což je ale zdlouhavý proces dlouho nepřinášející výsledky. (Špidurová L., 2006)

1.6.6 Specifika u pacienta Ruské a Ukrajinské národnosti

Ukrajinci jsou tradiční českou menšinou. Oficiálním jazykem je ukrajinština. Jejich znalost cizího jazyka nejen českého, ale i západního je velice malá, čímž vzniká největší problém v komunikaci a to jazyková bariéra. Ukrajinský pacient je charakterizován svou přizpůsobivostí, neorganizovaností, nenáročností, ukázněností, spokojeností a vděčností za péči. V nemocnici se ochotně přizpůsobí, emocionálně se neprojevuje a chápe režimové požadavky oddělení. Co se týče zdravotní péče v České

republice a na Ukrajině, je mezi nimi propastný rozdíl a pacient neskrývá své překvapení, co vše jim nemocnice poskytne.

Rodina v životě Ukrajinců zastává velice důležitou pozici. Založení vlastní rodiny je samozřejmostí. Vzhledem k vysoké nezaměstnanosti nosí domů často výdělek pouze žena. Taková žena má v rodině pevně určenou roli matky a pečovatelky. Ukrajinci jsou pracovití a často opouští svou zemi právě kvůli práci. Snaží se vydělat co nejvíce peněz, které neradi utrácí a raději je pošlou své rodině na Ukrajinu. Než do velké společnosti za zábavou, se raději drží ve své malé komunitě. Při seznamování nepodávají ruku, jelikož by to mohlo být vnímáno jako neúcta. (Ivanová K., 2005)

Rusové pocházejí z Ruské federace, států východní Evropy a severní Asie. Patří k obvyklé české menšině. Stejně jako čeština i ruština má dva typy oslovení, a to vykání a tykání. Užití je obdobné jako u nás. Při seznamování se ujasní způsob oslovení buď příjmení a křestní jméno nebo křestní jméno a druhé jméno po otci. Dětem se stejně jako u nás tyká. V Rusku zdraví nejdříve muži ženy nebo mladší staršího. Tituly se během hovoru nepoužívají. Muži si podávají ruce, ženám stačí lehce pokynout hlavou.

Rusové nepovažují za nutné se při setkání usmívat a to ani jedná-li se o jejich blízkého přítele, a proto nesmíme chybějící úsměv brát jako náznak antipatií. Nemají ve zvyku mluvit hlasitě, ale pokud někde čekají, rádi oslovují svého souseda a navazují nezávazný rozhovor. Udržují oční kontakt a hodně gestikulují. Přípustný je i fyzický kontakt. Co se týče dodržování časů a termínů mají k tomu hodně specifický a svérázný přístup. Většinou si nedomlouvají přesný čas schůzky, ale přibližnou dobu. Ve vztahu k zákonům jsou jak malé děti, které „zlobí“. Očekávají od zákona, že bude na jejich straně, přestože se pravidly neřídí. Stejný postoj mají k různým nařízením, pravidlům a instrukcím včetně těch od lékařů nebo nelékařských zdravotnických pracovníků. Nedodržují pravidla silničního provozu ani bezpečnosti práce.

Rusové velice rádi nadávají na své zákony, vládu a stát, ale velice nelibě snášejí kritiku Ruska ze strany cizinců. Rusové jsou velice štedří a rádi obdarovávají své příbuzné a přátele a to při sebemenší příležitosti. (Špidurová L., 2006; Ivanová K., 2005)

2 ÚSKALÍ KOMUNIKACE V NEODKLADNÉ PÉČI

Zdravotnický záchranář působí po příjezdu na místo jako spasitel v nepříznivé situaci, ale také jako „hromosvod“. Všechny nahromaděné emoce mohou dopadnout na bedra zdravotnického záchranáře. Je nutné, abychom jakožto zdravotníci záchranáři používali vysokou dávku empatie, trpělivosti a komunikační dovednosti. Komunikace s pacienty v neodkladné péči má svá specifika. Většinou bývá značně náročná. Základním pravidlem je zachovat respekt k lidské důstojnosti a jedinečnosti. Ve standardních podmínkách ošetrovatelství používáme přístup partnerský, v neodkladné péči je možné použít přístup paternalistický, nesmí se to ovšem stát samozřejmostí a normou, jedná se pouze o situace ohrožující život pacienta. Zásadním mottem, kterým by se všichni zdravotníci záchranáři, a ne jen ti, měli řídit je: „Chovejte se k pacientům, tak jak chcete, aby bylo zacházeno s vámi či vašimi blízkými.“ (Andršová A., 2012)

2.1 Druhy komunikace v neodkladné péči

2.1.1 Komunikace mezi dispečinkem a volajícím

Pro většinu lidí je volání zdravotnické záchranné služby nevšedním zážitkem spojeným se stresovou situací. Volající mohou být při telefonování zmatení, rozčilení nebo nervózní. Často nejsou schopni přesně popsat, co se stalo a kde se nacházejí. Faktory komplikující hovor mohou být povětrnostní podmínky, hluk z okolí apod.

Dispečerka má za úkol, uklidnit volajícího a správně vyhodnotit situaci. Musí zvážit, zda stačí poslat posádku RZP nebo je nutná výzva i posádce RLP. Dalším komplikujícím faktorem je, zda si pomoc volá pacient sám nebo volá-li pomoc osoba, která byla svědkem události. Případně jedná-li se o zprostředkované volání, kde dochází k největšímu zkreslení informací. (Andršová A., 2012)

2.1.2 Komunikace mezi záchranářem a pacientem

Jak již bylo zmíněno, k základním evalvačním mechanismům patří v každé komunikaci respekt, empatie, zájem a aktivní naslouchání. K dalším bodům efektivní komunikace určitě platí stručnost, jasnost a srozumitelnost. Základy slušného chování jsou samozřejmostí. Měly bychom se řídit, tzv. pravidlem 4P což znamená, pozdravit, představit se, poprosit a poděkovat. Je nezbytné si uvědomit, že pacient je před námi zcela „nahý“ a to jak fyzicky, tak duševně. Svěřuje se nám s intimitetami. To může vyvolat nedůvěru, nezná-li pacient ani naše jméno. Nezřídka se stává, že je

zdravotnický záchranář/ka oslovován „pane doktore“. Musíme mít na paměti, že pacient musí cítit, že máme zájem o jeho problém a o něj samotného a jsme tam proto, abychom mu pomohli. (Andršová A., 2012)

2.1.3 Komunikace s rodinnými příslušníky

Komunikace s rodinnými příslušníky může být mnohdy velice složitá. Má své výhody například při odběru anamnézy, ale i značné nevýhody jelikož se příbuzní nacházejí v emočně vypjaté situaci. Mohou být agresivní a pokoušet se zasahovat zdravotnickým záchranářům do práce. Nejhůře jsou nepochybně vnímány situace jako náhlá zástava oběhu, bezvědomí a jiné stavy ohrožující život. Nelehkým, ale důležitým úkolem je vymezení vzájemných kompetencí a pokusit se o optimální spolupráci.

Wollersheim (2005) si kladla eticko-psychologickou otázku týkající se „vhodnosti“ prezenze příslušníků rodiny v tísňové situaci popř. resuscitaci jejich blízké osoby. Na toto neexistuje jednotný postoj a rozhodně záleží na individuálních postojích a vlastnostech jak zdravotnického záchranáře, tak blízkých osob. Někdy, přestože je smrt nevyvratitelná, se zahajuje resuscitace. Jde pouze o utvrzení příbuzných, že bylo učiněno vše, co bylo možné. Říká se tomu sociální resuscitace. Ať už ale příbuzní v místnosti zůstanou nebo ne, musíme je informovat o všem, co se děje a proč se to děje. Pro lepší spolupráci je dobré u nich vyvolat pocit, že na danou situaci nejsou sami, a že se před nimi nic neskrývá. (Andršová A., 2012)

2.1.4 Komunikace se svědkem události

Nejčastěji se se svědkem události setkáme u nehody. Můžeme se setkat s pojmem „bystander“ neboli „kolemjdoucí“. Zdravotničtí záchranáři by si měli umět u nich vytvořit respekt, využít je v případě potřeby nebo je udržet v dostatečné vzdálenosti, aby zdravotnickým záchranářům nepřekáželi v práci nebo je dokonce neohrožovali. Musíme se připravit na to, že jsou to lidé zvědaví, pro které je výjezd ZZS zpestřením všedního dne, ale nesmíme, zapomenou, že mohou být poměrně důležitým zdrojem informací o tom, co se vlastně stalo.

V souvislosti s „bystander fenoménem“ se hovoří také o „rozptýlené zodpovědnosti“. Jde o situace, kdy nejčastěji laik, který se na místě zranění objeví jako první, musí rozhodnout co, se bude dít dál. Osobní zodpovědnost bývá tím nižší, čím víc lidí se v okolí nachází. Je nutné, aby se někdo ujal „vedení“ a rozdal úkoly. Například pokud někdo na skupinu lidí křikne, zavolejte záchranku, budou všichni

postávat a chvíli potrvá, než se někdo odváží a ZZS zavolá, proto je nutné určit dotyčného konkrétně. (Andršová A., 2012)

2.1.5 Komunikace v záchranářském týmu

„Základními předpoklady pro týmovou spolupráci jsou společný cíl, jasná komunikace mezi členy týmu, pozitivní ladění, pozitivní komunikace směrem ven.“ (Venglářová, 2011, Andršová A., str. 49, 2012)

Pro práci zdravotnického záchranáře je nutné, mít jasně určené algoritmy co kdo dělá, například při resuscitaci. Při hromadných neštěstích je nutná komunikace složek IZS. Přesto a právě proto je spolupráce nedocenitelnou pro efektivní fungování a podávání nejlepší zdravotnické péče. (Andršová A., 2012)

2.1.6 Komunikace při předávání pacienta do zdravotnického zařízení

Ideální situací by bylo, kdyby na obou stranách panoval vzájemný respekt a slušnost, bohužel ne vždy tomu tak je. My jakožto zdravotničtí záchranáři si musíme uvědomit, že nesmíme „zapomínat“ na pacienta, ležícího na nosítkách vedle nás. Tedy nemluvíme o „něm“ bez něj“. Na místě je vysoká profesionalita, nejen s ohledem na pacienta, ale i spolupracující tým „na druhé straně“. (Andršová A., 2012)

2.2 Specifické typy komunikace v neodkladné péči

Jak jsme si výše uvedli, lidé volající nebo potřebující zdravotnickou záchrannou službu se nacházejí v situaci, kterou neznají, obávají se jí a neumí si s ní poradit. Proto my, jakožto profesionálové, musíme vědět, jak zvládat různé reakce pacientů a přihlížejících. (Andršová A., 2012)

2.2.1 Komunikace s agresivním pacientem

Agresivní jednání pacienta může mít různé stupně od afektu, provázeného fyzickým napadáním osob nebo destrukcí předmětů přes, slovní napadání a vyhrožování až po hostilitu maskovanou ledovou zdvořilostí. Agresivní pacient signalizuje nejen nespolečností, ale také ohrožení. (Honzák R., 1999)

Nejčastějšími chybami při kontaktu s agresivním pacientem nebo příbuznými je reagovat protiútokem. Musíme zhodnotit míru nebezpečí. Pokud by nás agresor ohrožoval na životě, je na místě zavolat si na pomoc policii. Abychom sami nevyvolali pacienta k agresi, měli bychom se vyvarovat dlouhým upřeným pohledům do očí, musíme si všimnout nervozity a rozrušenosti, či motorického neklidu a v neposlední řadě si hlídat předměty, které má agresor u sebe nebo které by mohl použít

jako zbraně. Je nutné mít vždy možnost útěku, nesmíme se nechat zahrnout do kouta. Z toho, ale vyplývá, že do kouta by neměl být zahrnut ani sám agresor, jelikož to jeho agresi akorát zvýší. Pozor na to aby, jste se sami nenechali vyprovokovat k agresi, byť pouze slovní.

Komunikujeme stručně a srozumitelně, nedirektivním tónem a bez emocí. Nebagatelizujeme a nezesměšňujeme pacientovy problémy. Pozor na úroveň očí, měly by být v rovině. Neměli bychom také zapomínat na zdokumentování veškerých náznaků či vyhrožování násilím do dokumentace. Dojde-li přesto k napadení, je vhodné, aby si zdravotnický záchranář po výjezdu vyhledal psychologickou pomoc. (Andršová A., 2012)

2.2.2 Komunikace s úzkostným pacientem

Strach a úzkost patří k silným emocionálním prožitkům. Jsou vyvolány pocity ohrožení. U pacientů v neodkladné péči může být předmětem strachu bolest, odloučení od rodiny a přátel, strach z léčení, ale i strach ze smrti. Úkolem zdravotnického záchranáře je co nejvíce pacienta uklidnit, odstranit příčiny strachu či úzkosti, přivést ho na jiné myšlenky a rozptýlit ho. Musíme jednat se zvýšenou trpělivostí, být mu oporou a projevovat stálý zájem o psychický stav pacienta. (Andršová A., 2012)

2.2.3 Komunikace s dětským pacientem

Komunikace s dítětem a jeho rodiči vyžaduje velkou dávku trpělivosti, důslednosti, upřímnosti, lidskosti a schopnosti naslouchat nejen sluchem, ale i zrakem. (Matějček in Plevová, Slowik, 2010, str. 54; Andršová A., 2012)

Dětský pacient klade zvýšené nároky na pozornost zdravotnických záchranářů. Zároveň však musíme adekvátně komunikovat s rodinou. Je důležité být připraven na různé reakce rodičů, kteří se nacházejí pod velkým tlakem. Pokud je to možné, doporučuje se při přepravě a při hospitalizaci ponechat matku/otce s dítětem. Je nutné nezapomínat při výjezdu na možnosti týrání a zneužívání dětí.

Mezi základní pravidla pro komunikaci s dětmi patří: snažíme se dítě zaujmout, ať už hrou, hračkou nebo knížkou. Měli bychom vyzorovat, jak upoutáme pozornost dítěte. Můžeme na převoz například vzít oblíbenou hračku z domova.

V ČR byl zahájen projekt „Křišťálek záchranář dětem“. Jedná se o plyšovou postavičku, kterou děti dostanou v sanitce, abychom zmírnili jejich strach, úzkost,

nechť spolupracovat a aby se cítily více v bezpečí. Dítě je nutné chválit a odměňovat v normálním životě, v situacích kdy je třeba záchranné služby, to platí dvojnásob. Rozhodně není třeba šetřit úsměvy, povzbudivých pohledů a pohlazení. Nesmíme však být na děti moc rychlí a musíme jim dát čas, si na naši přítomnost trochu zvyknout, jinak hrozí, že se dítě uzavře do sebe. Je vhodné se horizontálně snížit na jeho úroveň, abychom s ním komunikovali z očí do očí. Vše bychom dítěti měli vysvětlovat popřípadě ukázat na panence. Můžeme je aktivně zapojit do léčby tím, že nám přidrží nebo pomohou připravit pomůcky. Bolest by měla být minimalizována, bohužel ne vše, lze provést bezbolestně. Je tedy nezbytné dítě na bolest připravit. Není vhodné ho uklidňovat stylem: „Neboj, to nebude bolet“, mohla by pak vzniknout averze a strach vůči nelékařským zdravotnickým pracovníkům nebo lékařům.

Je nutné hovořit s rodiči, informovat je o všem co je potřebné, například proč je nutné dítě zakanylovat, proč a z jakého důvodu je odváženo do konkrétního zdravotnického zařízení apod. Musíme dát najevo, že při řešení krizového stavu dítěte bude nutná spolupráce celé rodiny. Dítěti nelžeme, mluvíme přiměřeně jeho úrovni a průběžně si ověřujeme, že nám opravdu rozumí. Rodiče, kteří jsou ve velkém stresu, je vhodné zaúkolovat a komunikovat s nimi vysoce empaticky. (Andršová A., 2012; Plevová I., 2010; Slowik J., 2010)

2.2.4 Komunikace se znevýhodněným pacientem

Potíže v interpersonální komunikaci se mohou týkat každého z nás, ovšem mezi mimořádně rizikové skupiny patří lidé s různými druhy postižení či znevýhodnění. Problém nemusí být jen v omezené komunikační schopnosti jedince s postižením, ale i prostředky, které k dorozumívání dotyčný používá a které naopak okolí nezná. Krásným příkladem je znakový jazyk. Komunikační potíže pochopitelně nejsou u všech stejné, záleží na druhu, míře a hloubce postižení. „Důležitou součástí komunikace je vždy sebeprojev, jak verbální tak neverbální.“ (Schulz von Thun, 2005; str. 14 Slowik J., 2010)

Krom potíží s komunikací způsobených vlastní vadou, bývá jedním z problémů strach ze sebeprojevu. „Ten je vyvolán obavami z neúspěchu při posuzování jejich normality, úrovně a kvality projevu většinovou společností. Někdy jsou obavy neopodstatněné, jindy jsou způsobeny negativní zkušeností. Okolí je z různých důvodů nepřijímá takové, jací jsou.“ (Hartley 1999; Slowik J., str. 14, 2010)

Vhodná komunikace je předpoklad pro získání pacientovi důvěry, která je nutná pro spolupráci. Podmínkou dobře vedeného rozhovoru je rozumět typu postižení z čehož vyplývají pacientovi specifické potřeby. Měli bychom se řídit čtyřmi hlavními zásadami, které platí pro všechny znevýhodněné osoby bez rozdílu. Tou nejpodstatnější je profesionální přístup. K pacientovi přistupujeme bez předpojatostí, předsudků a štitivosti. Poslední bod by se mohl zdát jako naprostá samozřejmost, bohužel ne vždy tomu tak je v praxi. S pacientem komunikujeme dle jeho věku, úrovně, ale hlavně bez projevů lítosti. Pokud má pacient doprovod, mluvíme k pacientovi, ne k jeho asistentovi, udržujeme s ním oční kontakt. Mluvíme srozumitelně a přecházíme jejich náladovost, netaktnost nebo hrubost s ohledem na zvýšenou psychickou citlivost těchto lidí. (Slowik J., 2010)

2.2.4.1 Komunikace s člověkem s tělesným postižením a dlouhodobým onemocněním

Velice důležité je nenechat se ovlivnit tzv. „haló-efektem“, tedy prvním dojmem. Překonáním počátečního ostychu, strachu a zbytečných předsudků nás přivede k poznání, že mluvíme se zcela normálním jedincem, který pouze neobvykle vypadá, ačkoliv hodnocení vzhledu je relativní pojem. Je nutné ubránit se potřebě spojovat fyzickou vizáž případně řečové vady jedince s jeho mentální úrovní. Problémy s artikulací vyžadují při komunikaci čas a trpělivost. Není na místě rozhovor urychlovat tím, že za dotyčného budeme dokončovat věty nebo mu budeme napovídat správná slova. Naopak je důležité maximálně pozorné naslouchání. Náš přístup k lidem s těžkým postižením nebo závažným onemocněním, by měl být citlivý, empatický nikdy však litující. To mnozí považují jako velice ponižující. Například hovoříme-li s člověkem na vozíčku, je vhodné se k němu snížit, tak aby pozice očí byla v rovině. Chceme-li znevýhodněnému člověku nabídnout pomoc, stačí se zcela otevřeně zeptat, zda a jakým způsobem mu můžeme pomoci. Vyvarujeme se tím zbytečných pochybením a škod. (Slowik J., 2010)

2.2.4.2 Komunikace s člověkem s dysartrií

Nejčastěji se setkáme s tímto handicapem u osob s DMO či po prodělané CMP. Tempo řeči je výrazně zpomaleno. Srozumitelnost řeči je zhoršena, je tedy opravdu nutné pozorně naslouchat, případně požádat o zopakování. Pokud i přesto dorozumívání vážně, můžeme dotyčnému nabídnout, aby část svého sdělení nakreslil nebo ukázal na obrázku. Tito lidé velice dobře rozumí běžné řeči, obsah i forma rozhovoru s nimi může být naprosto standardní. Pokud člověk zcela ztratí schopnost

řeči, měly by být k dispozici piktogramy, digitální obrázky nebo obrázkové slovníky pro afatiky. V krajní nouzi můžeme využít uzavřených otázek, kdy nám pacient odpoví kývnutím hlavy nebo stiskem ruky. (Slowik J., 2010)

2.2.4.3 *Komunikace s mentálně postiženým pacientem a pacientem s psychickými poruchami*

Na úvod je nutné si ujasnit, že mentální retardace a psychické poruchy nejsou jedno a to samé. Mentální retardace je vrozené mentální postižení, způsobené poškozením mozku dítěte před narozením, během porodu nebo do dvou let života. Dle MKH-10 (WHO 2006) je to stav související s opožděným nebo omezeným vývojem myšlení, charakteristický zejména sníženými schopnostmi, které vytvářejí celkovou úroveň inteligence. Jde o postižení vývojové a trvalé.

Demence se liší tím, že se jedná o stav vzniklý úrazem, popřípadě vzniká degenerativní chorobou mozku například Alzheimerova choroba nebo následky CMP.

Psychické poruchy jsou charakteristické tím, že při nich zpravidla není výrazně narušena inteligence. Nápadné jsou hlavně projevy v chování, komunikaci a sociálních vztazích. Většina těchto poruch se dá léčit farmakou či psychoterapeuticky. Zvláštností v komunikaci jsou emocionální projevy, jako jsou afektované projevy, teatrální jednání či silná uzavřenost. Typická je nápadná podezíravost a vztahovačnost.

Mentální postižení nepostihuje pouze intelekt, ale zasahuje celou osobnost jedince. U těchto osob se setkáme s omezenou slovní zásobou, sníženou schopností porozumět složitějšímu sdělení a typický je pro ně agramatismus. Při rozhovoru je zásadní volba tématu. Obvykle můžeme rozhovor vyvíjet s ohledem na fyzický věk jedince. Musíme se přizpůsobit omezené slovní zásobě a užívat výrazy, které dotyčný zná. Vše se snažíme vysvětlit jednoduše, přijatelně a pochopitelně. Neverbální vyjadřování by mělo být v souladu s verbálním. Neužíváme ironii, pozorně nasloucháme a průběžně si ověřujeme faktickou úroveň pochopení našich sdělení. A to jak přímými, tak i nepřímými dotazy.

U osob s demencí záleží na vzniku, průběhu a závažnosti postižení. Lze využít test mini mental state examination, který mapuje komunikační schopnosti jedince. Komunikaci těchto osob ovlivňuje hlavně časová a místní dezorientace, zhoršování paměti, zhoršení racionálního úsudku, problém s abstraktním myšlením, celkové zhoršení vyjadřovací potřeby, změny nálad a upadání do pasivity. Komunikace s tímto pacientem se odvíjí dle toho, v jakém stádiu choroby se pacient nachází.

Důležitý je tedy především dostatek času na vyjádření, v případě potřeby můžeme nabídnout vhodné slovo a společně si vyjasníme význam jeho sdělení. Musíme také počítat s nepříjemnými excesy v podobě osobních poznámek, slovního napadání a nesmyslné vyhrožování.

Osoby s psychickými poruchami se vyznačují při komunikaci afektovanou řečí, kterou provázejí výraznou gestikulací a mimikou. Někteří jsou velice dobří vypravěči, užívající v řeči hodně nadsázky až tzv. „prášilovské pohádkaření“. Typická je nelogická až nesmyslná argumentace. Především paranoidní chování je charakteristické obviňováním, podezříváním a vztahovačností s dokazováním bludů, které nelze dotyčnému vyvrátit. (Slowik J., 2010)

2.2.4.4 Komunikace s nevidomými

Potkat na ulici nevidomého člověka není pro většinu z nás již nic překvapivého. Dokonce těch co nejsou zcela nevidomí, ale „pouze“ zrakově postižení, si kolikrát ani nevšimneme, protože se ve známém prostředí dobře orientují a pohybují. Většina veřejnosti je dnes již seznámena s opatřeními, která pomáhají vytvářet bezbariérové prostředí pro nevidomé. Mluvíme o zvukové signalizaci semaforů, o speciálních reliéfech na dlážděných chodnících a někde jsou dokonce zastávky označeny Braillovým písmem. Paradoxně tyto pomůcky mohou přispívat k omezení příležitostí ke komunikaci s okolím, jelikož se všichni mylně domnívají, že je o nevidomé již „postaráno“ a málokdo jim nabídne na ulici pomoc. Což pro ně může být velice nesnadné v neznámém prostředí.

Při setkání se zrakově postiženým člověkem je vhodné iniciovat kontakt. On sám nás těžko osloví, když nás nevidí. Při komunikaci se zrakově postiženými je důležité neustále zohledňovat absenci nebo nedostatečnost jejich zrakových vjemů. Což znamená brát v úvahu jejich obtížnou prostorovou orientaci v neznámém prostředí a pokud možno omezit rizika, která by je mohla ohrozit. Pro zrakově postižené se můžeme stát jakousi náhradou jejich zraku, stačí jim popsat a představit scény, situace a děje odehrávající se v bezprostředním okolí.

Slabozrací mohou při komunikaci využívat svůj zrak alespoň z části. Používají u toho různé pomůcky, jako jsou silné brýle, čtecí lupy apod. i tak musíme počítat s tím, že nedokážou vizuálně zachytit vše, co vidí ostatní. Při setkání s lidmi s těžkou slabozrakostí je vhodné na sebe při pozdravu upozornit lehkým dotykem nejlépe na předloktí, aby dotyčnému bylo jasné, že hovoříme s ním, a aby nás dokázal lépe lokalizovat. Během hovoru bychom měli stát čelem k dotyčnému, přestože nás nevidí,

mají tito lidé poměrně dobře vycvičený sluch a poznají, když se při rozhovoru otáčíme jinam. Můžeme se setkat i s tím, velmi přesně z hlasu vyčtou další neverbální prvky, jako je úsměv, nervozita, nezáměr, nesoustředěnost apod. Vše je třeba přesně detailně popisovat. Je vhodné také omezit veškerý hluk z okolí. Musíme počítat s tím, že při čtení a orientaci potřebuje slabozraký člověk více času. Komunikace může být jinak naprosto přirozená, bez jakýchkoliv dalších zvláštností. Nabídnutou pomoc zajisté vždy nevidomý ocení, ale vždy se musíme zeptat, případně ujistit, jak máme pomoci, jinak uděláme víc škody než užítku. (Slowik J., 2010)

2.2.4.5 *Komunikace s pacientem se sluchovým postižením*

Nejvíce zasaženou oblastí v životě člověka se sluchovým postižením je právě komunikace. Komunikační bariéry osob se sluchovým handicapem závisejí na hloubce a typu sluchové vady, ale neméně na jejich osobnosti a ochotě. U těžce nedoslýchavých a neslyšících osob je situace komplikovanější, mohou používat znakový jazyk, který jim komunikaci značně ulehčí, ale izolují se tím od většinové společnosti, která znakový jazyk bohužel neovládá. Sluchově postižení se mohou také naučit odezírat ze rtů komunikačního partnera, což je velice náročné a komplikované. Je tedy nutné zajistit co nejlepší podmínky pro případné odezírání.

Komunikace s člověkem se sluchovým postižením bude záviset především na formě dorozumívání, kterou ovládá. (Slowik J., 2010)

Komunikace s pacientem, který odezírá

Běžnou řečí komunikují obvykle lidé s různým stupněm nedoslýchavosti. Ovšem čím těžší vada, tím složitější je pro dotyčného používat běžné řeči jako formy komunikace. Řada z nich používá sluchadla a odezírání užívají jako podpůrnou metodu, která zlepšuje jejich porozumění. Mezi pravidla efektivního odezírání platí na začátku komunikace, upozorníme dotyčného, že mu chceme něco sdělit, například tím, že se ho dotkneme na předloktí. Je důležité, aby dotyčný viděl dobře do naší tváře. Je vhodné, aby byly ve stejné výškové rovině. Dbáme na dostatečné osvětlení. Měli bychom trošku zpomalit rychlost naší řeči a sdělení podat jasným a srozumitelným způsobem. Je doporučeno artikulovat o něco zřetelněji, což neznamena, že se budeme na dotyčné pitvořit, jelikož by to pro něj mohlo být ponižující. Je důležité trochu korigovat svou mimiku a gestiku. Nešklebíme se, nešermujeme divoce rukama před obličejem.

Odezírání není věc jednoduchá a je třeba k němu určitá dávka talentu. Je na nás, abychom si uvědomili, že odezírání je velmi náročné a dotyčný se může cítit být unaven již po dvaceti minutách hovoru. (Slowik J., 2010)

Komunikace s pacientem, který používá znakový jazyk

Jestliže chceme komunikovat s člověkem, který užívá pouze znakový jazyk, nezbyvá nám nic jiného než se jej také naučit. Bohužel naučit se znakový jazyk, je jako učit se zcela nový jazyk. Pokud se ovšem potřebujeme s dotyčným domluvit, je možné užít běžná, obecně srozumitelná gesta. Další možností je užít písemnou formu, je nutné si uvědomit, že neslyšící mají ale omezenou slovní zásobu a gramaticky nejsou schopni psát zcela správně. Ideálním leč málokdy dostupným řešením je využití tlumočnicka. Můžeme využít i prstovou abecedu (viz příloha 2). (Slowik J., 2010)

2.2.4.6 Komunikace s pacientem s autismem

Autismus je v podvědomí veřejnosti poněkud záhadným postižením, které si spojujeme se zvláštním chováním a extrémní uzavřeností. Jedním ze zásadních projevů poruch autistického spektra je právě narušená komunikační schopnost. Autismus neznamena pouze poruchu řeči, ale postižení celé osobnosti. Avšak primárním deficitem autismu je právě postižení řeči. Typický je nezáměr o komunikaci s okolím a to i s blízkými osobami. Řeč zůstává nerozvinutá hlavně u lidí s tzv. *nízkofunkčním autismem*, tito lidé bývají současně i závažně mentálně postiženi. Pak máme tzv. *vysokofunkční autismus*, u těchto osob pozorujeme komunikační zvláštnosti, jako jsou například echolalie (doslovné opakování reklam). Řeč je arytmiická a nekoordinovaná, mají výrazně omezené neverbální projevy, trpí nedostatkem recipacity. Dlouhodobě setrvávají u jednoho tématu, jsou schopni mluvit o tom, co je zajímavá až do vyčerpání, ale ne formou dialogu. Nejsou schopni pochopit ironii nebo symboliku významů, jsou hyperrealističtí, což znamená, že význam sdělení chápou doslovně. Nepřiměřeně reagují na podněty.

Tito lidé potřebují zcela specifický přístup a pomoc při komunikaci. Velkou pomocí pro ně je vizuální podpora, ukazujeme jim reálné předměty, využíváme řeči těla doplňující jednoznačné výroky. Pro autisty byl vytvořen systém VOKS, což je *výměnný obrázkový komunikační systém*, je založen na vzájemném předávání obrázků jako významových prvků sdělení. Oblíbené jsou i piktogramy (viz příloha 2), které jsou jasné svou výstižnou symbolikou. Forma přímé komunikace s autistou je vysoce individuální a je třeba se přizpůsobit úrovni jeho myšlení. Vyhýbáme se přílišné

abstrakci, složitým a neznámým slovům. Vyjadřujeme se zřetelně, dostatečně hlasitě a s výraznou intonací. Je lepší používat kratší věty a mluvit pomaleji. Je možné se setkat s osobou s autismem, která si vytvoří svůj originálně vytvořený jazyk. (Slowik J., 2010)

Komunikace se znevýhodněnými lidmi, je náročnější a vyžaduje naší snahu a úsilí. Někdy je nezbytná odborná znalost. Přesto všechno základy úspěšné komunikace tkví v naší empatii, citlivosti, trpělivosti a především v ochotě někomu pomoci a sami sebe učit novým věcem.

2.2.5 Komunikace se seniory

Stáří není nemoc ani postižení! Přesto tento pohled na seniory a jejich situaci v naší společnosti převažuje. Specifika komunikace se staršími osobami jsou vyvolány přirozenými fyziologickými změnami organismu. „Obvyklé komunikační zvláštnosti související s vyšším věkem jsou například změna síly a výšky hlasu, jeho kvality a flexibility.“ (Krahulcová, 2002; str. 147 Slowik J., 2010)

Časem se vyvíjí i postupná ztráta sluchu. Mnoho lidí se mylně domnívá, že postupné ubývání mentální kapacity je přirozený fyziologický proces, není tomu tak, je to vždy projev degenerativního onemocnění CNS. Nejčastěji touto nemocí bývá Alzheimerova choroba. K vážnému narušení komunikačních dovedností dochází vlivem přímého poškození řečových center v mozku následkem CMP nebo úrazů. Narušení komunikační schopnosti často vede ke zhoršování kvality života. Reakce starších lidí se zpomalují a je potřeba přizpůsobit tempo řeči. Důležité je mluvit dostatečně nahlas a jasně artikulovat. Pokud senior trpí jakýmkoliv znevýhodněním, je nutné se mu přizpůsobit. Slovník seniorů může být o něco odlišnější než náš. Jazyk se postupně vyvíjí a senioři nemusí rozumět mluvě mladých lidí. Zcela zásadní a snad i nejdůležitější strategií smysluplné komunikace se staršími lidmi je, trpělivě naslouchání. Staří lidé mají potřebu předávat mladší generaci své rady a zkušenosti.

Pravdou je, že mladší generace dnes žije velice uspěchaný život a naslouchání jejich příběhům, mnohdy i opakovaně, je časově náročné a ne každý má tu trpělivost. Na druhou stranu se připravujeme o často zajímavá vyprávění a seniora tak připravuje o příležitost saturovat potřebu sociálního kontaktu, stejně tak o příležitost dlouhodobě udržovat stabilní úroveň komunikačních dovedností. (Slowik J., 2010)

Na závěr teoretické kapitoly bych se ráda zmínila o tématu velice závažném a důležitém. Syndrom vyhoření je závažným stavem, který může mít zásadní vliv na naši práci a může vést k chybám s nedozírnými následky jak pro zdravotníka, tak pro pacienta. Vzhledem k tomu, že jsme zdravotničtí pracovníci, jsme rizikovou skupinou, která je ohrožena vyhořením nejvíce. Ovlivní náš přístup k práci, naši komunikaci s pacienty, ale i nás samotné, a proto je, dle mého úsudku, nutné se této kapitole věnovat.

2.3 Syndrom vyhoření

Neustále přibývá lidí, kteří mají pocit, že už dál nedokážou zvládat nesnadné situace v běžném životě, ani náročné podmínky svého povolání, jenž navíc v některých situacích umocňuje strach. Mezi nejčastější následky patří únava, snížená výkonost a celkové vyčerpání.

Vyhoření není totéž co stres. Dochází k němu v důsledku chronického stresu. Tento syndrom se objevuje v profesích s vysokou pracovní náročností, intenzivním kontaktem s lidmi a neadekvátním ohodnocením. Patří sem kromě nelékařských zdravotnických pracovníků, sociální pracovníci, soudci, učitelé, policisté a mnohé další.

Syndrom vyhoření neboli burnout syndrom vzniká, pokud se dlouhodobě zabýváme situacemi, které jsou emočně náročné. Nejčastěji je najdeme právě při práci s lidmi v tzv. „pomáhajících profesích“. Při vzniku burnout syndromu se kombinují velká očekávání pracovníka a zátěže, které plynou z vysokých nároků. Opakovaný zážitek pracovníka, že už nemůže těmto nárokům dostat plus přesvědčení, že úsilí vkládané do práce, je naprosto neadekvátní nízkému efektu nebo ohodnocení, vede k vyhoření. (Bartošíková I., 2006; Stock Ch., 2010)

2.3.1 Rozdíly mezi vyhořením a depresí

Symptomy vyhoření a depresivních stavů jsou si velmi často podobné a částečně se překrývají. Faktem také je, že syndrom vyhoření v pokročilejším stavu lze od deprese odlišit jen velice obtížně. Přesto se jedná o dva rozdílné stavy už jen z toho důvodu, že deprese lze klasifikovat jako nemoc, kdežto syndrom ne. Burnout syndrom představuje v porovnání s depresemi daleko složitější problém, projevující se zejména vyčerpáním v několika rovinách. Charakteristické vyhasnutí, je třeba odlišit od stavů sklíčenosti, které jsou typické pro depresivní epizody. (Bartošíková I., 2006; Stock Ch., 2010)

2.3.2 Hlavní příznaky syndromu vyhoření

Vyčerpání

Postižený se cítí emočně i fyzicky vysílený. Mluvíme zde o ztrátě energie, slabosti a chronické únavě. Fyzické vysílení se může projevit dalšími symptomy jako je bolest zad, nespavost, zažívací problémy a další. Co se týče emočního vysílení, jedná se hlavně o pocity sklíčenosti, bezmoce a beznaděje. Postižený se nedovede ovládat. Ztrácí sebekontrolu a sebeovládání. To se může projevit nekontrolovatelným pláčem nebo podrážděností, kterou provází výbuchy vzteku.

Odcizení

Člověk trpící syndromem vyhoření má ke své práci a svému okolí neosobní až lhostejný přístup. Postižený se odcizuje jak vůči pacientům, tak vůči svým kolegům a nadřízeným. Pod pojmem odcizení se skrývá postupná ztráta idealismu, cílevědomosti a zájmu. Počáteční pracovní nadšení pomalu slábne a na jeho místo nastupují cynismus. Pacienti jsou vnímáni jako přítěž, nadřízení jako hrozba a spolupracovníci jako „obtížný hmyz“. Zvláštním projevem odcizení je přezíravost. Ta může přerůst až v pohrdavé, sarkastické a agresivní chování.

Pracovní nasazení, jedince, který jindy býval snaživý, se snižuje na minimum. Snížení pracovního nasazení se dá vysvětlit, tak že dotyčný pociťuje zklamání a frustraci, ale zároveň je tak fyzicky vyčerpán, že dál už nemůže. Mezi typické projevy odcizení by se dal zařadit negativní postoj k sobě samému a ke svému životu. Ztrácíme schopnost navazovat a udržovat společenské vztahy, přicházíme o vlastní sebeúctu a převládá nad námi pocit méněcennosti a vlastní nedostatečnosti.

Pokles výkonosti

Nízká efektivita spočívá v tom, že jedinec ztratil důvěru ve vlastní schopnosti a považuje se z profesionálního hlediska za neschopného. Dotyčný potřebuje k provedení úkonů, které dříve zvládal bez sebemenších problémů, mnohonásobně více času i energie. Projevy při poklesu výkonosti tedy bývají nespokojenost s vlastním výkonem, nižší produktivita, vyšší spotřeba času a energie. (Bartošíková I., 2006; Stock Ch., 2010)

2.3.3 Burnout syndrom ve zdravotnictví

Druhy zátěží ve zdravotnictví

Práce nelékařských zdravotnických pracovníků je spojena s vyšší mírou stresu, než je tomu u většiny profesí. Nadměrná zátěž zvyšuje riziko chybných výkonů a rozhodnutí, pracovních úrazů, psychosomatických onemocnění a je častým důvodem, proč lékaři, sestry a nelékařští zdravotničtí pracovníci opouštějí zdravotnictví. Nadměrný stres se podepisuje na zdraví nelékařských zdravotnických pracovníků, zhoršuje produktivitu práce a přenáší se do jejich rodin.(Nešpor, 1995).

Zátěže fyzické, chemické a fyzikální jsou zátěže fyzicky působící na náš organismus. Řadíme sem statické stání a dynamické zatížení (tzv. pobíhání po oddělení). Dále je to zatížení páteře, svalů a kloubního systému při zvedání a polohování pacientů nebo při úpravě lůžka. Setkáváme se s nepříjemnými podněty, jako jsou exkrementy, zvratky, deformity, otevřené rány a jiné. Jsme vystaveni riziku infekce. Směnným provozem narušujeme naše cirkadiální rytmy a nemáme dostatek času na pravidelnou stravu a pitný režim. Pracujeme v hlučném prostředí, kde je nesprávné osvětlení, radiační záření a mnoho dalších.

Zátěže emocionální, psychické a sociální jsou mnohem hůře snesitelné. Denně se potýkáme s pohnutými osudy a součástí naší práce je i smrt. Musíme věnovat neustálou pozornost pacientovi. Pečlivě sledujeme jeho stav, přístroje a instrukce od lékaře. Je pro nás nutné umět pružně reagovat na různé požadavky a změny, případně se nebát improvizovat. Naše práce klade nároky na paměť. Máme velkou zodpovědnost za výsledky a následky naší práce. Opakovaně se setkáváme s lidmi v těžkých emočních stavech, jsme vystaveni konfrontaci s utrpením, bolestí, smrtí a musíme se umět vyrovnat s pocity bezmoci. Zacházíme s intimitou druhého člověka včetně překračování hranic při provádění výkonů. Provádíme řady činností, které vzbuzují odpor. Časem u nás může dojít ke konfliktu rolí. Nejsme dostatečně ohodnoceni za naši práci a nároky na naše schopnosti se neustále zvyšují. (Bartošíková I., 2006; Stock Ch., 2010)

„Zdravotník bývá, vnímám svým okolím přes svoji profesi. Se žádostí o radu se na nás obrací lidé i v situacích, kdy bychom se měli věnovat úplně jiným věcem. I ve svém osobním životě zůstáváme zdravotníky.“(Nešpor, 1995)

2.3.4 Podmínky vzniku vyhoření u nelékařských zdravotnických pracovníků

Na vzniku syndromu vyhoření se podílí mnoho faktorů. Mezi ty hlavní patří zejména přetíženost, špatné vztahy na pracovišti, nedostatek podpory a nevhodné chování nadřízených popřípadě necitlivý přístup. Nelékařští zdravotničtí pracovníci nejsou zvyklí, ventilovat své skutečné pocity a to ani v kruhu svých blízkých, čímž vyvstává veliký problémem. Vyžaduje se po nás stále větší zodpovědnost, respektive se na nás přenáší zodpovědnost mimo naše kompetence. Energetická bilance je dlouhodobě negativní, máme nedostatek radosti, respektive jejích zdrojů. Po čase ztratíme ideály a uvědomíme si naše nereálná očekávání. (Bartošíková I., 2006; Stock Ch., 2010)

„Pomineme-li že výdej energie převažuje nad „zisky“, může se stát, že zbývající energii vynaložíme na svou obranu. Skrýváme svou vyčerpanost a na venek své problémy bagatelizujeme nebo si snažíme pomoci si sami. Výsledkem může být i zhroucení, ale častější je zřetelný psychický diskomfort.“(Haškovcová, 2000, Bartošíková I., 2006)

Svou roli hraje i *podíl osobnosti na vzniku vyhoření*. Syndrom vyhoření postihuje motivované lidi. Vyhořet může ten kdo „hořel“. Nadšení a zápal však může dlouhodobě vydržet jen tehdy, pokud jsou naplňována očekávání. Oběťmi vyhoření se stávají lidé s nespelnitelnými ideály a nadměrným očekáváním, které neobstojí při konfrontaci s realitou. Dále jsou to lidé mající na sebe moc vysoké nároky a nesplnění svých cílů považují za neúspěch. Osoby nadměrně úzkostlivé, zodpovědné s rysy perfekcionalismu jsou také více ohroženy. Je třeba si uvědomit, že touha po uznání a ocenění patří k přirozené a zdravé psychice, ale touha po dokonalosti je nespelnitelnou fikcí.

Uvádí se, že někteří nelékařští zdravotničtí pracovníci mají tzv. „spasitelský komplex“.

Dopady vyhoření na práci s lidmi vede k dehumanizaci postojů k pacientům. Nelékařský zdravotnický pracovník není ochoten a schopen spoluprožívat s pacienty. Pacienty kritizuje a hovoří o nich s despektem, ironicky nebo dokonce nelichotivě. Pacient najednou není člověkem, který má svou duši, potřeby a bolest, ale pouhý předmět péče. Vyhořelý se k pacientům chová chladně, odtažitě a reakce na pacientova přání jsou odmítavé nebo agresivní. Negativní postoje k pacientům se pak

postupně promítají i do vztahů ke spolupracovníkům a nakonec i do jeho osobního života.

Kromě osobních dopadů bývá vyhoření příčinou pracovních problémů na pracovišti, absence, fluktuace a odchodů ze zaměstnání. (Bartošíková I., 2006; Stock Ch., 2010)

Prevence syndromu vyhoření

Burnout syndrom by se dal zhodnotit jako důsledek nerovnováhy mezi profesním očekáváním a profesní realitou. Jedinec by si měl osvojit základní postupy hodnocení stresogenních situací a strategie zvládnání stresu. Velice důležitá je sociální opora, která má hlavní zdroj v rodině. Patří sem, ale i spoluzaměstnanci, přátelé a známí, se kterými trávíme volný čas. Nedostatek opory koreluje s vyhaslostí.

Prevence na úrovni osobní představuje vytváření si zdravého systému sebedopory. To znamená, že se postaráme o vlastní smysluplný, příjemný a fyzicky aktivní život mimo roli nelékařského zdravotnického pracovníka. Je pro nás nelékařské zdravotnické pracovníky nutné se trvale zajímat o rovnováhu mezi stresory a salutory.

Musíme být připraveni na to, že může být třeba začít s důležitými změnami v životním stylu. Jindy je důležité realistické nastavení požadavků na sebe i na ostatní. (Bartošíková I., 2006; Stock Ch., 2010)

Jak z předchozích kapitol vyplynulo, komunikace je zcela nedílnou součástí našich životů. Ať už soukromých nebo pracovních. Pro nelékařské zdravotnické pracovníky, je komunikace naprosto nepostradatelnou součástí jejich práce, která jim může pomoci jak s diagnostikou, tak s utěšením pacienta. Když si uvědomíme, jakou moc řečené slovo může mít, je na místě, komunikaci samotnou nepodceňovat a učit se jí stejně důkladně jako například anatomii nebo fyziologii.

PRAKTICKÁ ČÁST

3 VÝZKUMNÁ ČÁST

3.1 Metodika

V praktické části této bakalářské práce jsme se zabývaly znalostmi zdravotnických záchranářů v oblasti vzájemné komunikace s pacienty. Jednalo se především o komunikaci s neslyšícími a nevidomými pacienty. Další část výzkumu se zaměřovala na znalost cizích jazyků mezi zdravotnickými záchranáři, respektive na znalost základní zdravotnické terminologie a schopnosti domluvit se s pacientem cizincem. Výzkumné šetření probíhalo formou kvantitativního výzkumu. Byla použita metoda dotazování prostřednictvím dotazníku. Dotazník byl anonymní, byl sestaven pouze pro účely této práce. Obsahuje dvacet otázek. Jedna otázka se skládá z překladů vět a slovíček, jedna otázka je otevřená, tři otázky jsou polouzavřené a patnáct otázek uzavřených. Překlad se skládal ze základních slovíček a vět z oblasti zdravotnické terminologie a to do jazyka, který si respondenti zvolili sami.

Dotazník byl originálně sestavený pro potřeby a účely tohoto výzkumu (příloha 1). V záhlaví dotazníku je uvedeno, že se jedná o anonymní dotazník, jehož výsledky budou sloužit jenom a pouze k vypracování této bakalářské práce. První otázka rozdělila respondenty dle pohlaví. Otázky č. 2 a 3 respondenty rozdělila dle délky praxe na ZZS a věku. Otázka č. 4 a 6 rozdělovala respondenty dle dosaženého vzdělání a z jakého jazyka maturovali. U otázek č. 5, 7 a 9 jsme se zajímaly o to, co považují zdravotničtí záchranáři za největší problém v komunikaci s pacientem, zda si myslí, že ovládají cizí jazyk na tolik, aby se orientovali v základní komunikaci s pacientem a zda by uvítali jazykové kurzy ve svém povolání. Prostřední část dotazníku byla věnována překladu vět a slovíček a zbylá část se věnovala znalostem komunikace s nevidomými a neslyšícími pacienty.

Získaná data byla zpracována pomocí programu Excel, Word a SmartArt.

3.1.1 Charakteristika výzkumného souboru

Do výzkumné skupiny byli zařazeni zaměstnanci zdravotnické záchranné služby. Výzkum probíhal mezi zdravotnickými záchranáři, kteří pracují na ZZS Plzeňského kraje a na ZZS hlavního města Prahy.

Celkem bylo rozdáno 70 dotazníků. Z toho 50 mezi zdravotnické záchranáře pracující na ZZS Plzeňského kraje a 20 mezi zdravotnické záchranáře pracující na ZZS hlavního města Prahy. Zpět se nám vrátilo 49 dotazníků z toho 40 plně

vyplněných. Sběr dat probíhal od 23. 1. 2013 do 28. 2. 2013. U otázek byla vždy jen jedna správná odpověď. U otázek č. 4, 5 a 6 měli respondenti možnost vypsát jinou odpověď, nevyhovovala-li jim ani jedna z nabízených možností. Otázka č. 12 byla jediná s možností vícero odpovědí. Otázka č. 19 a č. 8 byly otevřené a odpověď byla zcela na úsudku respondentů.

Z provedeného výzkumu vyplývá potvrzení či vyvrácení stanovených hypotéz.

3.2 Cíle práce a hypotézy

3.2.1 Cíle práce

Předpokládané cíle bakalářské práce byly stanoveny:

- Cíl 1: Zjistit, co považují zdravotničtí záchranáři za největší problém při komunikaci s pacientem.
- Cíl 2: Zjistit, zda se zdravotničtí záchranáři orientují ve zdravotnické terminologii v cizím jazyce dle vlastního výběru.
- Cíl 3: Zjistit, zda se zdravotničtí záchranáři orientují v obecných pravidlech při komunikaci s nevidomými.
- Cíl 4: Zjistit, zda se zdravotničtí záchranáři orientují v obecných pravidlech při komunikaci s neslyšícími.

3.2.2 Hypotézy

Předpokládané hypotézy bakalářské práce byly stanoveny:

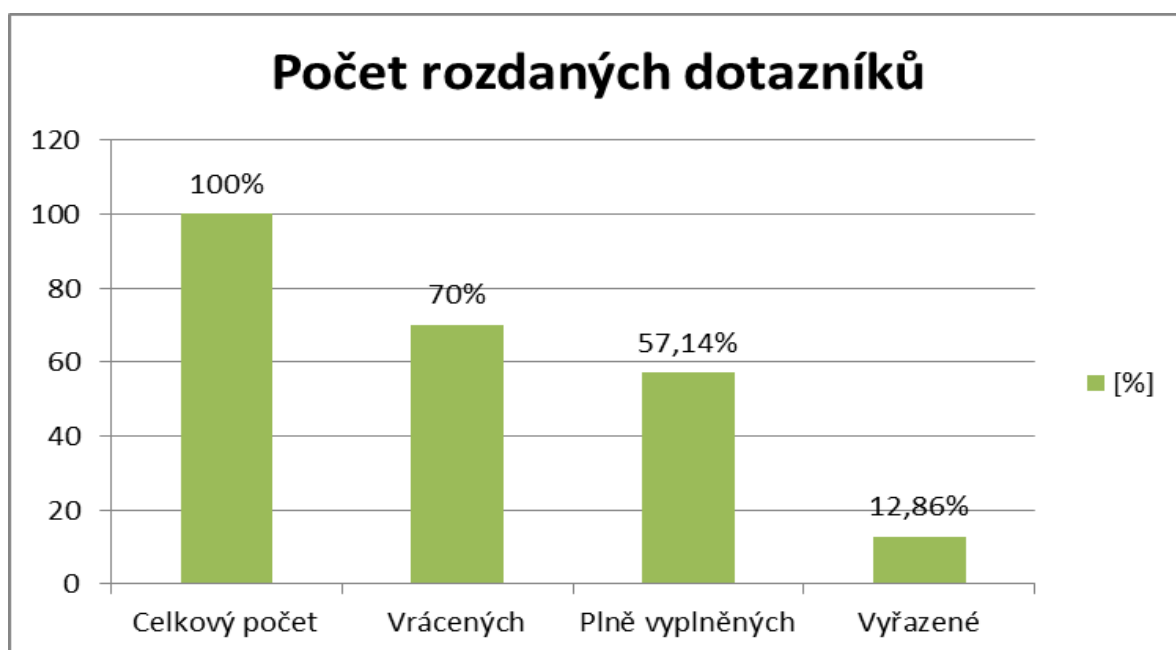
- H1: Za největší problém považují zdravotničtí záchranáři při komunikaci s pacientem stresovou situaci, ve které se pacient nachází.
- H2: Více jak padesát procent dotazovaných bude mít problémy s překladem vět a slovíček.
- H3: Více, jak pětadesát procent zdravotnických záchranářů bude znát obecná pravidla komunikace s nevidomým pacientem.
- H4: Více, jak padesát procent zdravotnických záchranářů nebude znát obecná pravidla komunikace s neslyšícím pacientem.

3.3 Výsledky dotazníkového šetření

Tabulka č. 1 Počet rozdaných dotazníků mezi zdravotnické záchranáře

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Celkový počet	70	100
Vrácených	49	70
Plně vyplněných	40	57,14
Vyřazené	9	12,86

Graf č. 1 Počet rozdaných dotazníků mezi zdravotnické záchranáře



Celkem bylo rozdáno 70 dotazníků. Z celkového počtu 70 (100%) dotazníků se ze ZZS Plzeňského kraje i ZZS hl.m. Prahy vrátilo 49 (70%) dotazníků, z nichž bylo 9 (12,85%) vyřazeno, z důvodů nesprávného vyplnění. Správně vyplněno a tedy i použito bylo 40 (57,14%) dotazníků.

VYHODNOCENÍ DOTAZNÍKU

Otázka č. 1

Jsem

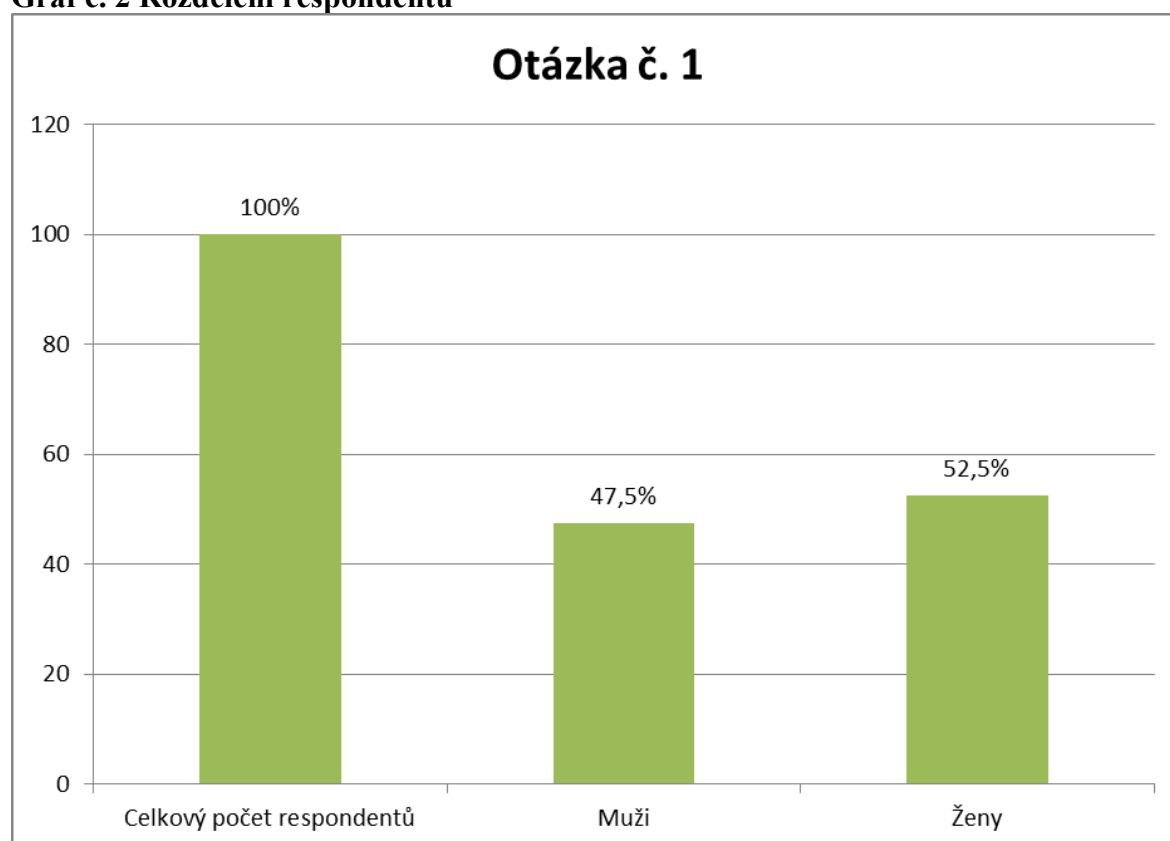
a) Muž

b) Žena

Tabulka č. 2 Hodnocení otázky č. 1

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Celkový počet respondentů	40	100
Muži	19	47,5
Ženy	21	52,5

Graf č. 2 Rozdělení respondentů



Z celkového počtu respondentů ZZS Plzeňského kraje a ZZS hl.m. Prahy 40 (100%) dotazovaných bylo 19 (47%) mužů a 21 (52%) žen.

Otázka č. 2

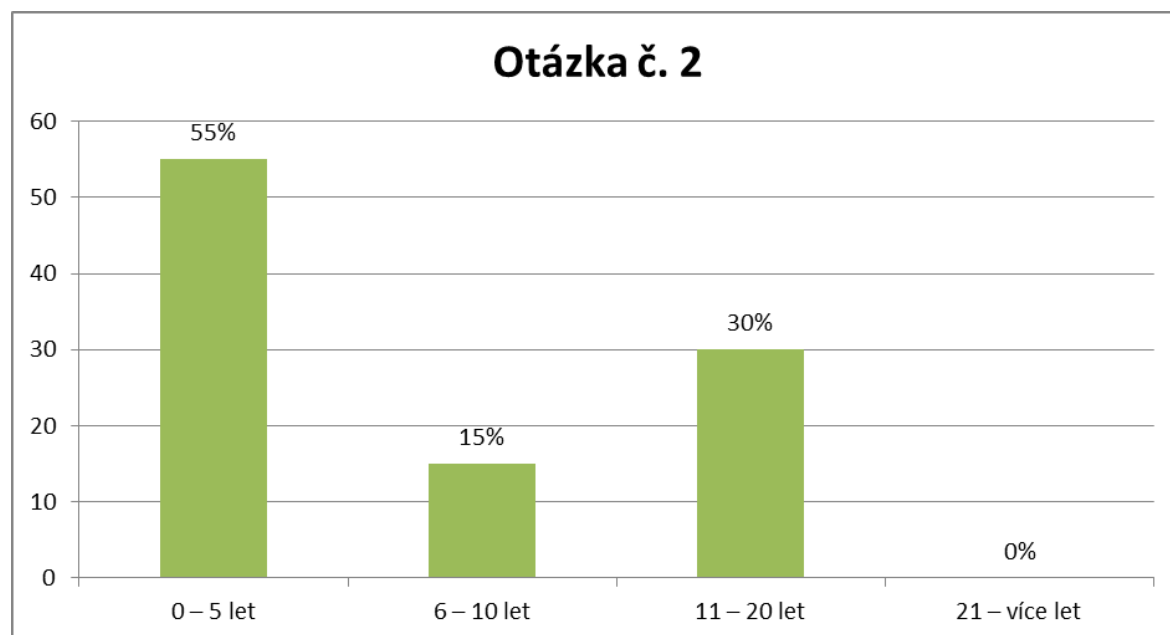
Na ZZS pracuji

- a) 0 – 5 let
- b) 6 – 10 let
- c) 11 – 20 let
- d) 21 – více let

Tabulka č. 3 Hodnocení otázky č. 2

	Absolutní četnost	Relativní četnost
0 – 5 let	22	55
6 – 10 let	6	15
11 – 20 let	12	30
21 – více let	0	0

Graf č. 3 Hodnocení otázky č. 2



Z výše uvedené tabulky a grafu vyplývá, že nejvíce respondentů pracuje na ZZS mezi 0 – 5 let a to 22 (55%) respondentů. Dále 12 (30%) respondentů je zaměstnáno u ZZS mezi 11 – 20 lety a 6 (15%) respondentů uvedlo, že u ZZS pracuje mezi 6 – 10 lety. Žádný z respondentů neuvedl, že by pracoval u ZZS déle než 21 let nebo více.

Otázka č. 3

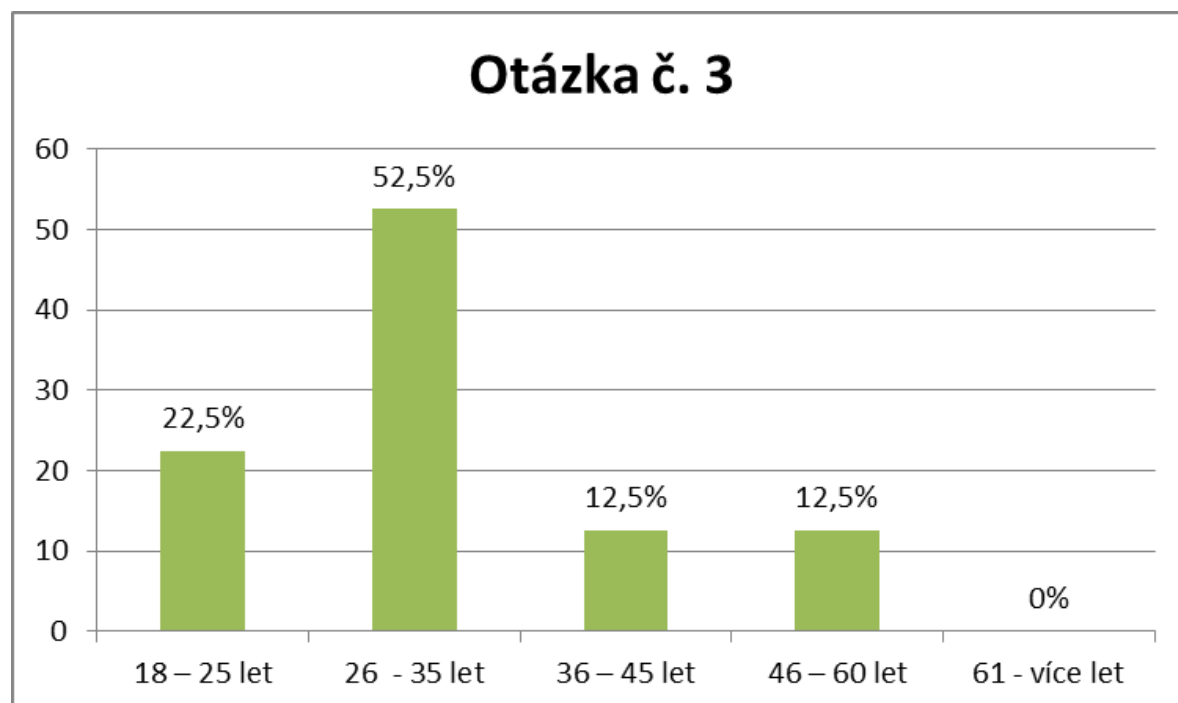
Kolik je vám let?

- a) 18 – 25 let
- b) 26 – 35 let
- c) 36 – 45 let
- d) 46 – 60 let
- e) 61 – více let

Tabulka č. 4 Hodnocení otázky č. 3

	Absolutní četnost	Relativní četnost
18 – 25 let	9	22,5
26 - 35 let	21	52,5
36 – 45 let	5	12,5
46 – 60 let	5	12,5
61 - více let	0	0

Graf č. 4 Hodnocení otázky č. 3



Z grafu č. 4 vyplývá, že nejvíce respondentů bylo z věkové skupiny 26 – 35 let a to 21 (52,5%) respondentů. Dále 9 (22,5%) respondentů bylo z věkové skupiny 18 – 25 let. Ze skupin 36 – 45 let a 46 – 60 let bylo po 5 (12,5%) respondentech. Nikdo z respondentů nebyl starší 61 let a tedy odpověď e) nebyla nikým označena.

Otázka č. 4

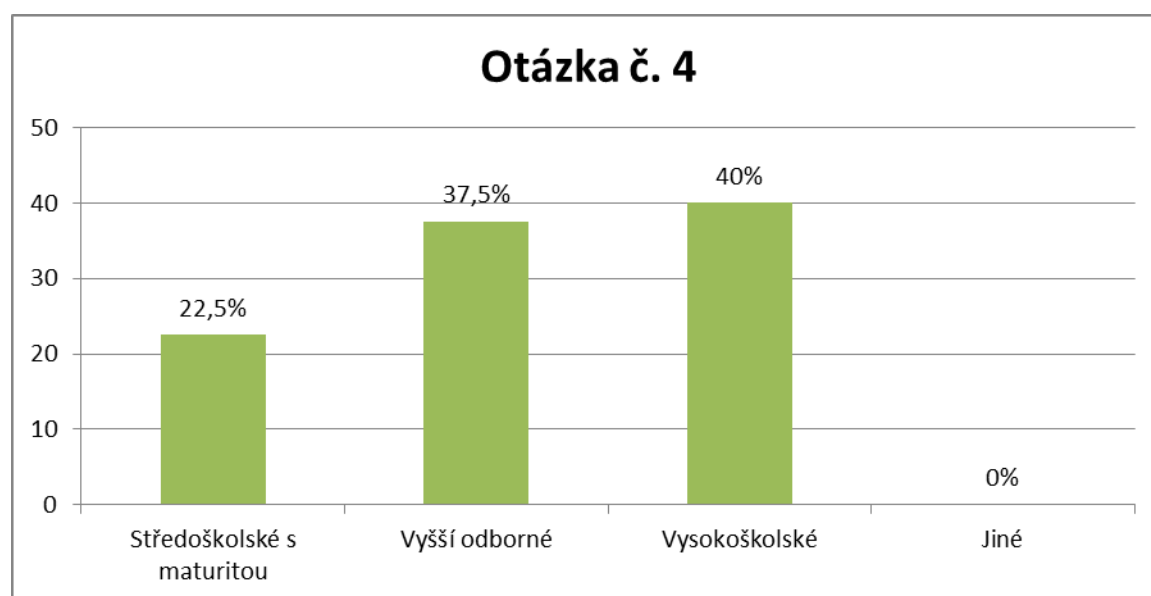
Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

- a) Středoškolské s maturitou
- b) Vyšší odborné
- c) Vysokoškolské
- d) Jiné

Tabulka č. 5 Hodnocení otázky č. 4

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Středoškolské s maturitou	9	22,5
Vyšší odborné	15	37,5
Vysokoškolské	16	40
Jiné	0	0

Graf č. 5 Hodnocení otázky č. 4



Z grafu č. 5 vyplývá, že nejčastějším dosaženým vzděláním mezi zdravotnickými záchranáři je vzdělání vysokoškolské, které uvedlo 16 (40%) respondentů. 15 (37,5%) respondentů uvedlo, že mají vyšší odborné vzdělání a 9 (22,5%) respondentů uvedlo, že mají vzdělání ukončené maturitou.

Otázka č. 5

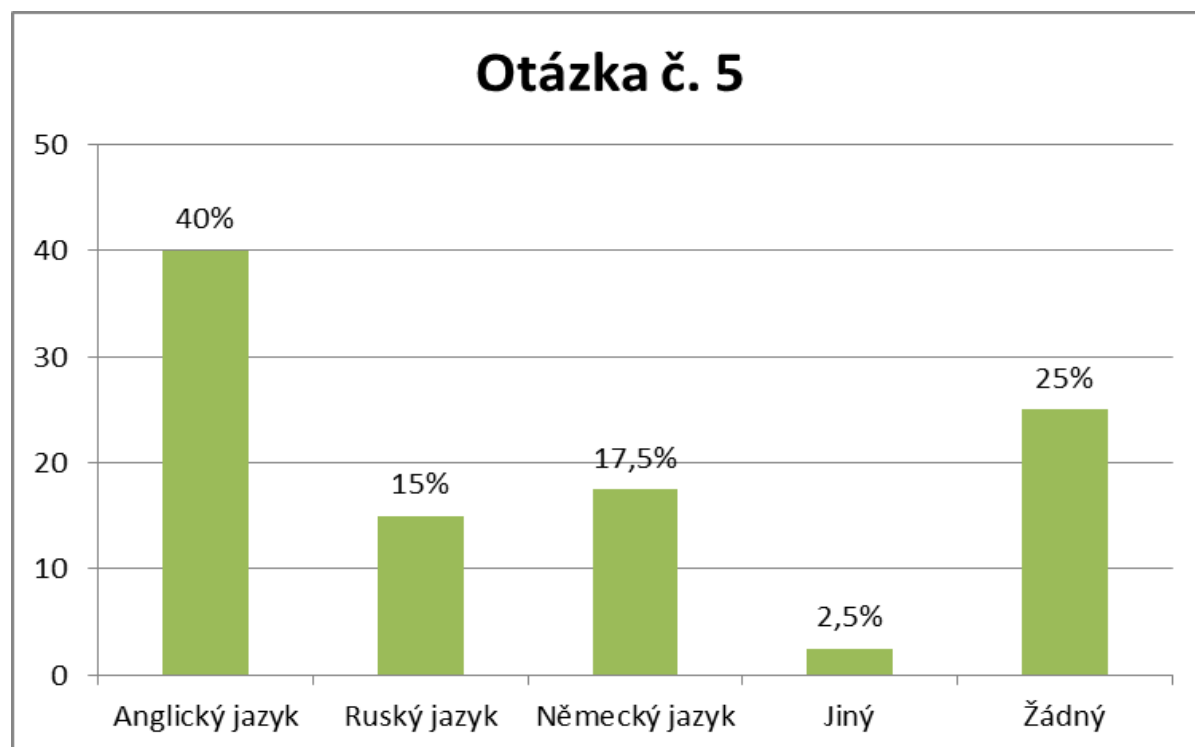
Z jakého cizího jazyka jste na střední škole maturoval?

- a) Anglický jazyk
- b) Ruský jazyk
- c) Německý jazyk
- d) Jiný
- e) Žádný

Tabulka č. 6 Hodnocení otázky č. 5

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Anglický jazyk	16	40
Ruský jazyk	6	15
Německý jazyk	7	17,5
Jiný	1	2,5
Žádný	10	25

Graf č. 6 Hodnocení otázky č. 5



U této otázky jsme se zajímaly, zda respondenti mají maturitu z cizího jazyka, případně z jakého cizího jazyka. Z grafu č. 6 vyplývá, že 16 (40%) respondentů maturovalo z anglického jazyka, dále 6 (15%) respondentů maturovalo z ruského

jazyka, 7 (17,5%) respondentů maturovalo z německého jazyka, pouze 1 (2,5%) respondent uvedl jiný jazyk (francouzský) a 10 (25%) respondentů uvedlo že nematurovali z žádného jazyka.

Otázka č. 6

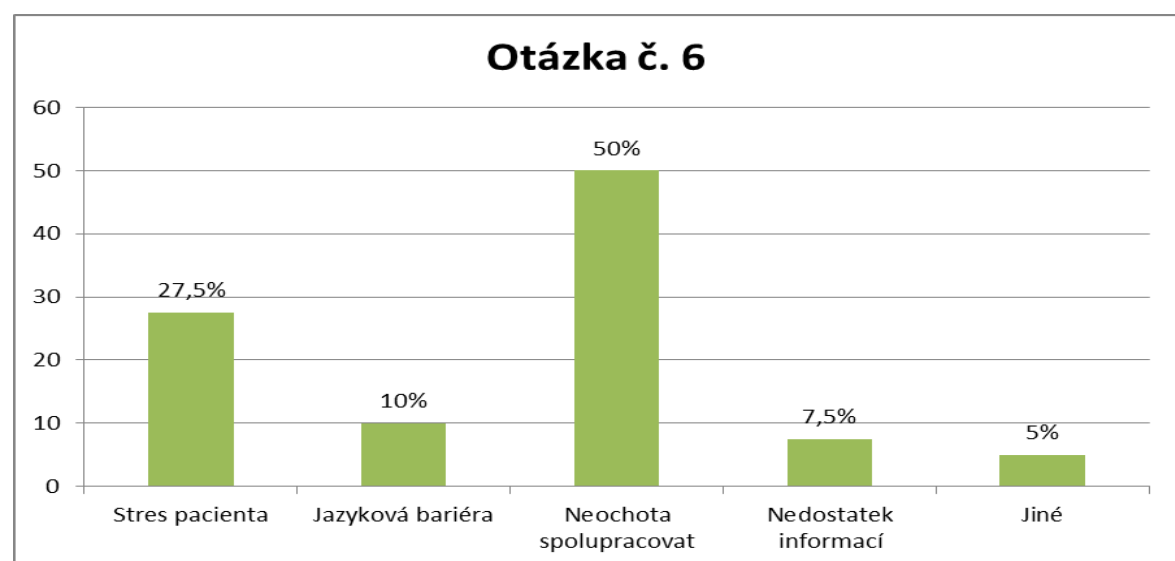
Co považujete za největší problém v komunikaci mezi pacientem a zdravotnickým záchranářem?

- a) Stres pacienta
- b) Jazyková bariéra
- c) Neochota spolupracovat
- d) Nedostatek informací
- e) Jiné

Tabulka č. 7 Hodnocení otázky č. 6

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Stres pacienta	11	27,5
Jazyková bariéra	4	10
Neochota spolupracovat	20	50
Nedostatek informací	3	7,5
Jiné	2	5

Graf č. 7 Hodnocení otázky č. 6



Graf č. 7 znázorňuje, co považují zdravotničtí záchranáři za největší problém při komunikaci mezi pacientem a zdravotnickým záchranářem. 20 (50%) dotazovaných uvedlo, že největším problémem je pacientova neochota spolupracovat. 11 (27,5%) dotazovaných uvedlo stres pacienta. 4 (10%) respondenti uvedli jazykovou bariéru, 3 (7,5%) respondenti považují za největší problém nedostatek informací a 2 (5%) respondenti uvedli jiné, v obou případech napsali ebrietu.

Otázka č. 7

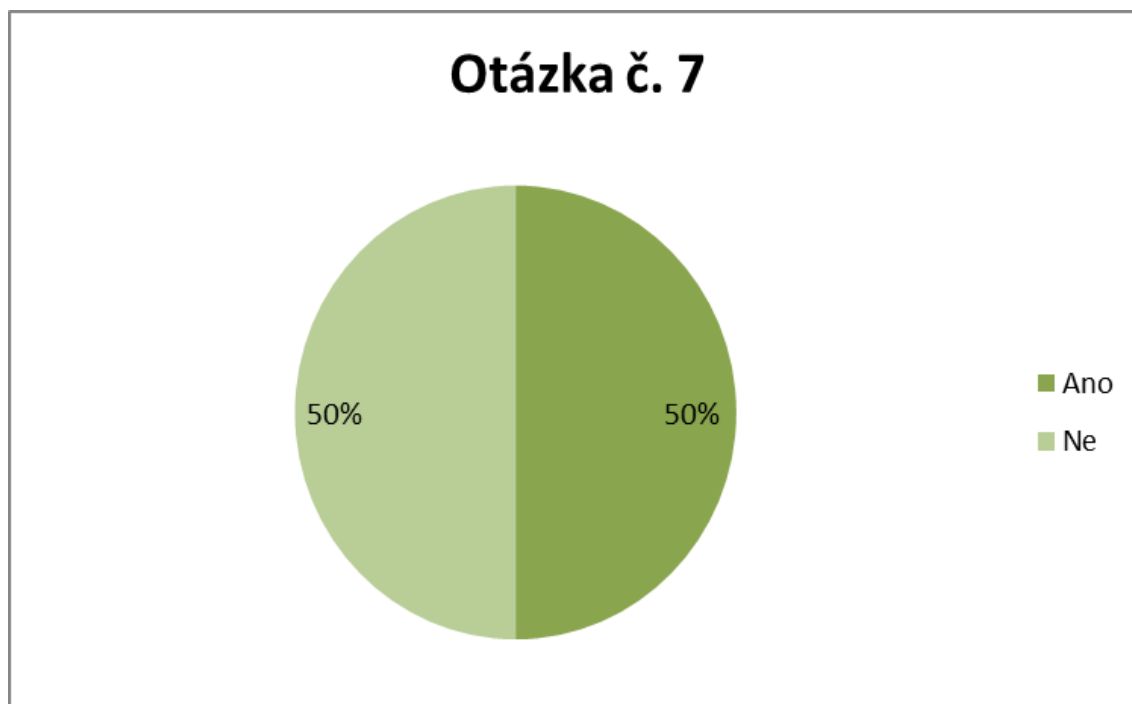
Myslíte si, že ovládáte jazyk, ze kterého jste maturoval dostatečně na to, aby jste se v daném jazyce orientovali ve zdravotnické terminologii?

- a) Ano
- b) Ne

Tabulka č. 8 Hodnocení otázky č. 7

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	20	50
Ne	20	50

Graf č. 8 Hodnocení otázky č. 7



Tato otázka byla založena zcela na úsudku respondentů. Z grafu jasně vyplývá, že 20 (50%) respondentů si myslí, že ovládá jazyk natolik, aby se orientovali

ve zdravotnické terminologii a 20 (50%) respondentů si myslí, že nemá dostatečné znalosti.

Otázka č. 9

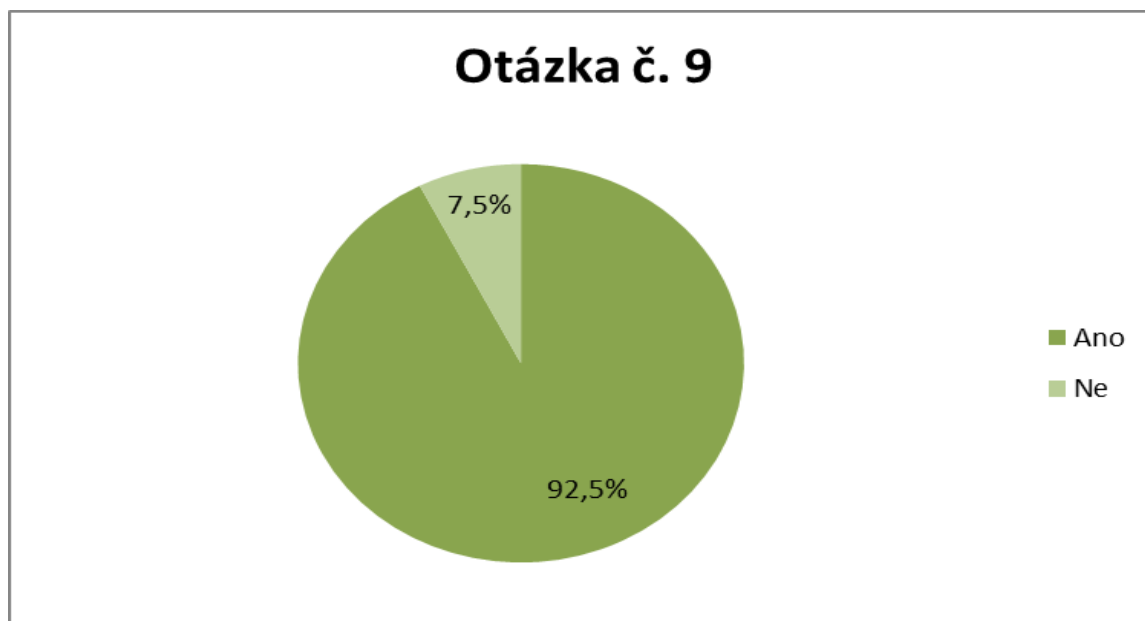
Uvítal byste proplacené jazykové kurzy v rámci Vaší pracovní profese?

- a) Ano
- b) Ne

Tabulka č. 9 Hodnocení otázky č. 9

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	37	92,5
Ne	3	7,5

Graf č. 9 Hodnocení otázky č. 9



Zde jsme zjišťovaly, zda by zdravotničtí záchranáři měli zájem, se jazykově vzdělávat v rámci jejich zdravotní profese. 37 (92,5%) respondentů uvedlo, že by měli zájem o jazykové kurzy. Pouze 3 (7,5%) dotazovaní uvedli, že by zájem neměli.

Otázka č. 10

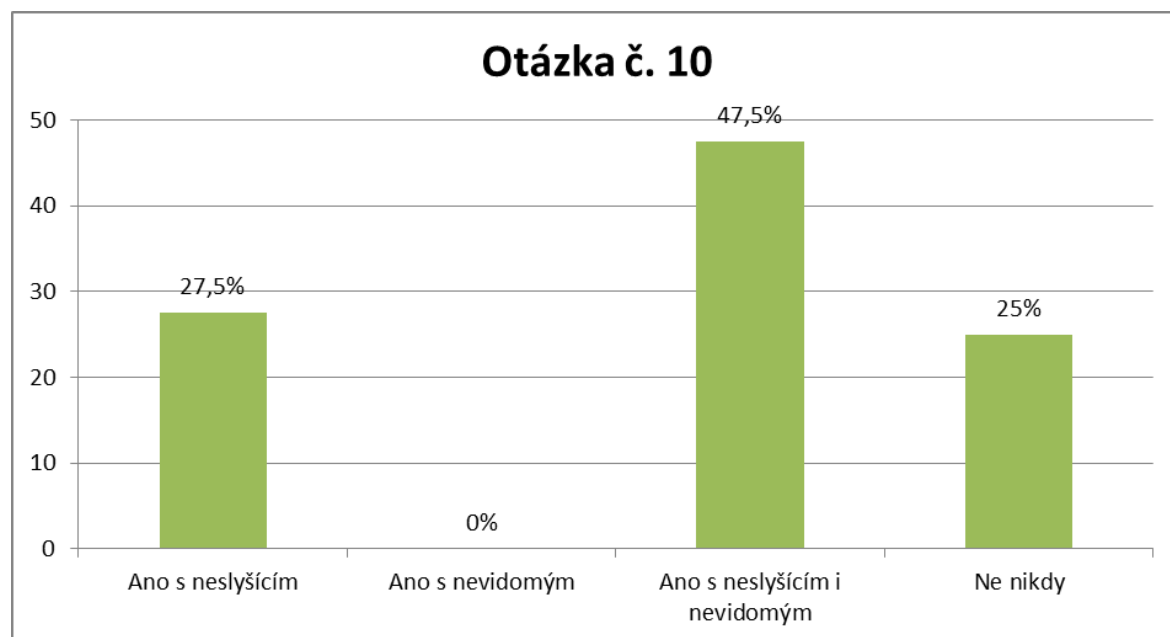
Setkal jste se ve své profesi s nevidomým nebo neslyšícím pacientem?

- a) Ano s neslyšícím
- b) Ano s nevidomým
- c) Ano s neslyšícím i nevidomým
- d) Ne nikdy

Tabulka č. 10 Hodnocení otázky č. 10

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano s neslyšícím	11	27,5
Ano s nevidomým	0	0
Ano s neslyšícím i nevidomým	19	47,5
Ne nikdy	10	25

Graf č. 10 Hodnocení otázky č. 10



Graf č. 10 vyhodnocuje, kolik zdravotnických záchranářů se již ve své profesi setkalo s nevidomým či neslyšícím pacientem. 19 (47,5%) dotazovaných uvedlo, že se již setkalo s nevidomým i neslyšícím pacientem. Pouze s neslyšícím se setkalo 11 (27,5%) respondentů, žádný z respondentů se nesetkal pouze s nevidomým a 10 (25%) dotazovaných se zatím nesetkalo ani s nevidomým ani s neslyšícím pacientem.

Otázka č. 11

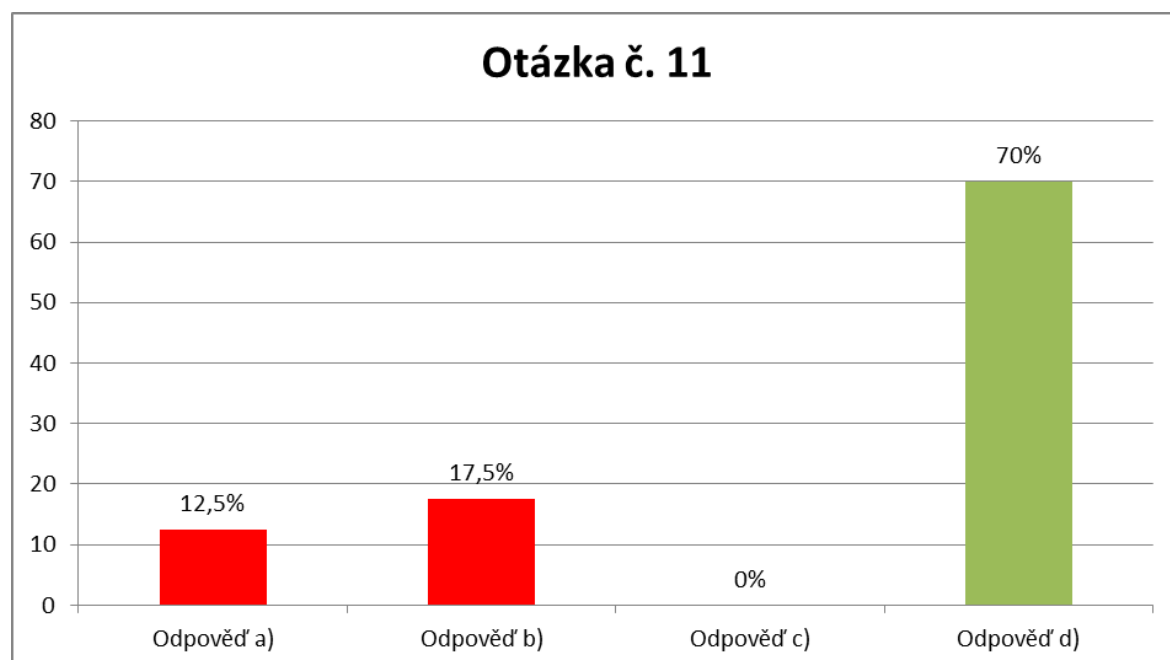
Při kontaktu s nevidomým

- a) Dotyčného uchopíme za paži, až poté ho oslovíme, aby věděl, že komunikujeme právě s ním
- b) Dotyčného nejprve oslovíme co nejbližší u jeho ucha, aby věděl, že komunikujeme právě s ním
- c) Komunikujeme hlavně s jeho doprovodem
- d) **Dotyčného oslovíme z dálky nejlépe jeho jménem, poté se dotknem jeho předloktí, aby mohl lépe určit, kde se nacházíme**

Tabulka č. 11 Hodnocení otázky č. 11

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Odpověď a)	5	12,5
Odpověď b)	7	17,5
Odpověď c)	0	0
Odpověď d)	28	70

Graf č. 11 Hodnocení otázky č. 11



Zde se dostáváme do fáze, kde jsme zjišťovaly, zda zdravotníci záchranáři znají obecná pravidla komunikace s nevidomým nebo neslyšícím. U tohoto a následujících grafů byla vždy jedna správná odpověď. V grafu je zobrazena četnost

správné odpovědi zeleným sloupcem a četnost špatných odpovědí červeným sloupcem. Z grafu č. 11 tedy vyplývá, že na otázku č. 11 odpovědělo správně 28 (70%) respondentů. 7 (17,5%) respondentů označilo špatnou odpověď b). 5 (12,5%) respondentů označilo špatnou odpověď a). Odpověď c) neoznačil nikdo z dotazovaných.

Otázka č. 12

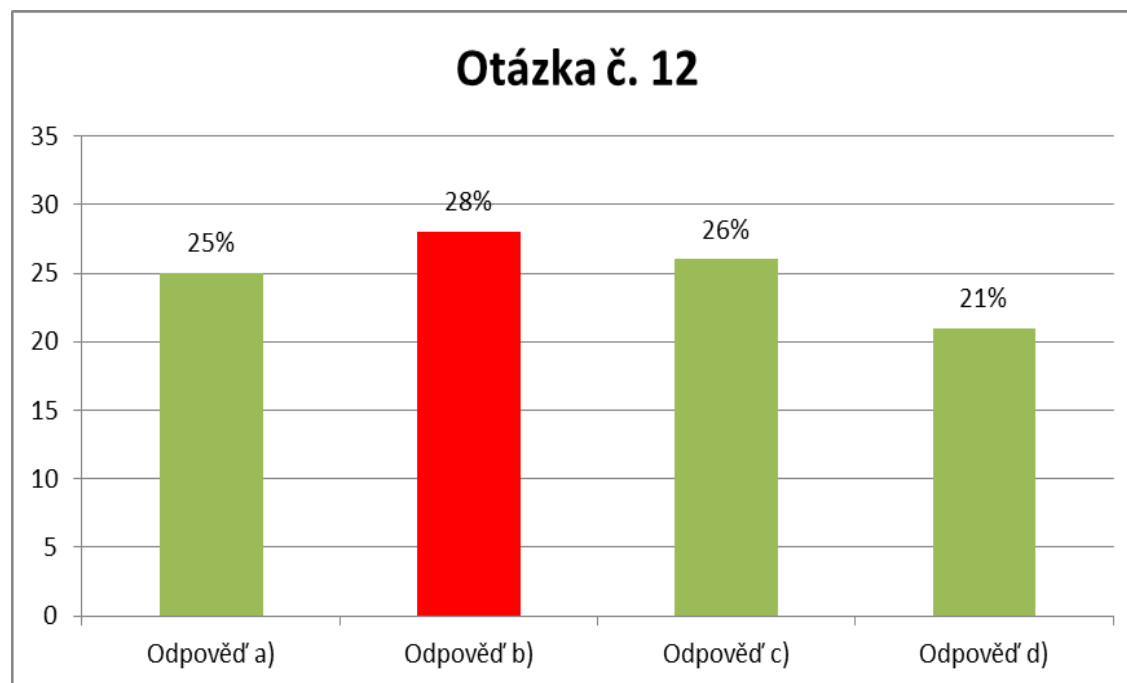
Pokud jsme s nevidomým v ordinace (možno zakroužkovat více odpovědí)

- a) **Oznámíme mu, když musíme na moment opustit místnost**
- b) Oznámíme mu, kam si může sednout („po vaší levici je židle“)
- c) **Sedí-li pacient u stolu, oznámíme mu pomocí hodinového systému, co kde leží**
- d) **Řekneme pacientovi, že musíme na moment pryč a až se vrátíme, budeme se mu plně věnovat**

Tabulka č. 12 Hodnocení otázky č. 12

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Odpověď a)	18	25
Odpověď b)	20	28
Odpověď c)	19	26
Odpověď d)	15	21

Graf č. 12 Hodnocení otázky č. 12



Tato otázka byla jediná, kde respondenti mohli označit více odpovědí. Správně byly odpovědi a), c) a d). Celkový počet označených odpovědí činil 72 (100%). Odpověď a) označilo 18 (25%) respondentů, špatnou odpověď b) označilo 20 (28%)

respondentů, odpověď c) označilo 19 (26%) a odpověď d) označilo 15 (21%) dotazovaných.

Otázka č. 13

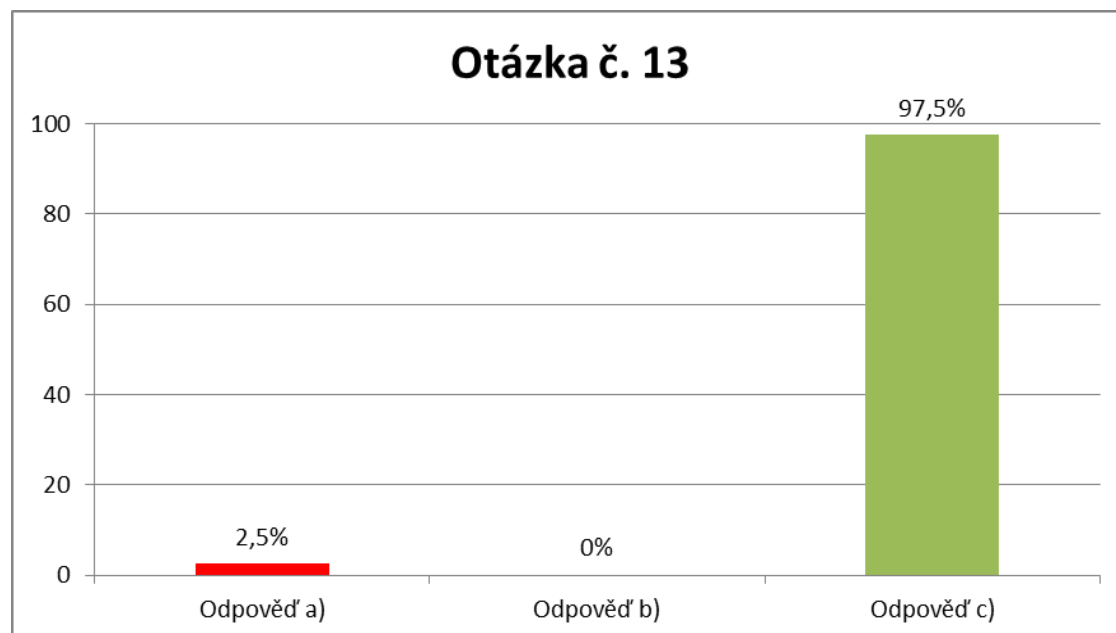
Co je to hodinový systém?

- a) Pacient má určeno co v jakou hodinu má dělat, má zajištěný určitý systém, který mu pomáhá v orientaci
- b) Nic takového neexistuje
- c) **Jde o systém, díky kterému můžeme nevidomému oznámit, kde se přibližně vyskytují věci před ním. Často se vyskytují u rozložení jídla na talíři**

Tabulka č. 13 Hodnocení otázky č. 13

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Odpověď a)	1	2,5
Odpověď b)	0	0
Odpověď c)	39	97,5

Graf č. 13 Hodnocení otázky č. 13



Z grafu č. 13 vyplývá, že pouhý jeden respondent (2,5%) špatně označil co to je hodinový systém. Zbýlých 39 (97,5%) respondentů označilo správnou odpověď.

Otázka č. 14

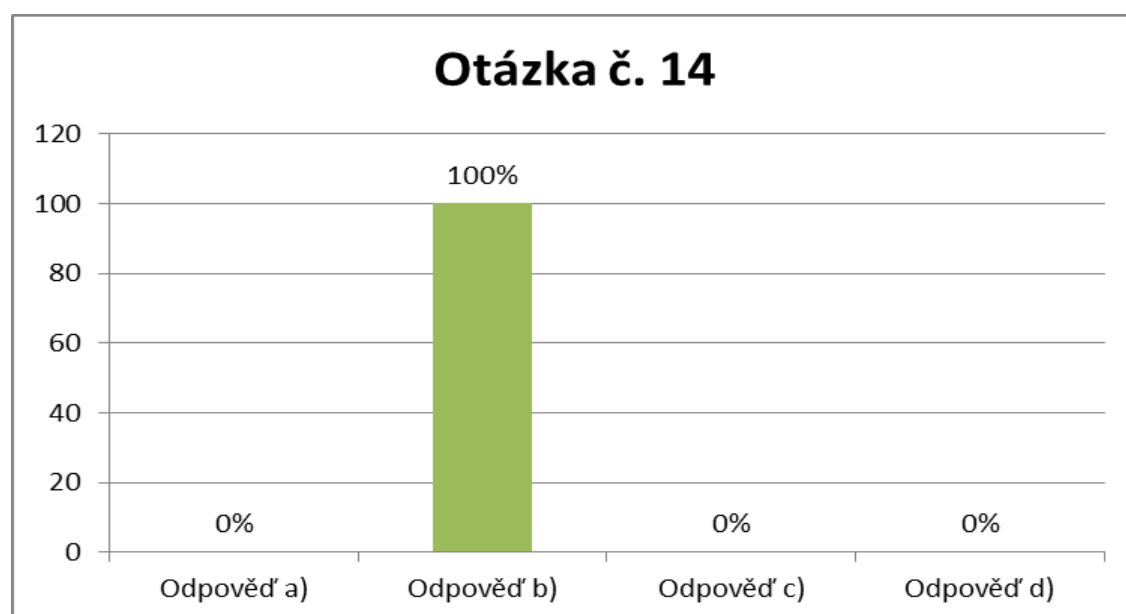
Jak správně se má nevidomý vodit v neznámém prostředí?

- a) Nevidomý jde půl kroku před námi, držíme ho za pas a vedeme
- b) Nevidomého se zeptáme, zda-li potřebuje pomoc, pokud ano nabídneme mu rámě a chytne se nás za loket a jdeme tak půl kroku před nevidomým**
- c) Nevidomého tlačíme před sebou
- d) Nevidomého chytáme za ruku a „táhneme“ za sebou

Tabulka č. 14 Hodnocení otázky č. 14

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Odpověď a)	0	0
Odpověď b)	40	100
Odpověď c)	0	0
Odpověď d)	0	0

Graf č. 14 Hodnocení otázky č. 14



Graf č. 14 vyhodnocuje odpovědi na dotaz, jak se správně vodí nevidomý. Správná odpověď byla odpověď b) a byla zaškrtnuta ve 100% případů, všemi 40 respondenty.

Otázka č. 15

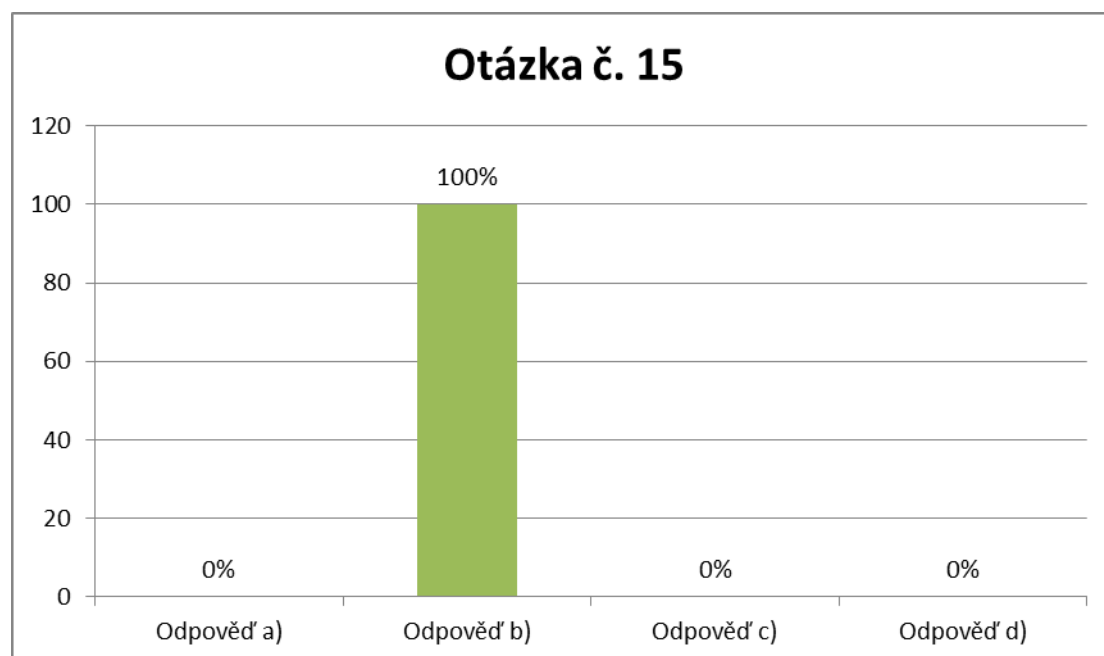
Jak správně usadit nevidomého na židli?

- a) Nevidomého přivedeme před židli, posadíme ho a přisuneme
- b) Nevidomého dovedeme k židli, položíme jeho ruku na opěradlo židle a oznámíme mu, zde je židle, toto je opěradlo**
- c) Nevidomého přivedeme k židli, podsuneme mu židli ke kolenům a tlakem na ramena posadíme
- d) Nevidomý si poradí sám

Tabulka č. 15 Hodnocení otázky č. 15

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Odpověď a)	0	0
Odpověď b)	40	100
Odpověď c)	0	0
Odpověď d)	0	0

Graf č. 15 Hodnocení otázky č. 15



Graf č. 15 vyhodnocuje odpovědi na dotaz, jak správně usadit nevidomého na židli. I zde byla 100% úspěšnost a všech 40 respondentů označilo správnou odpověď b).

Otázka č. 16

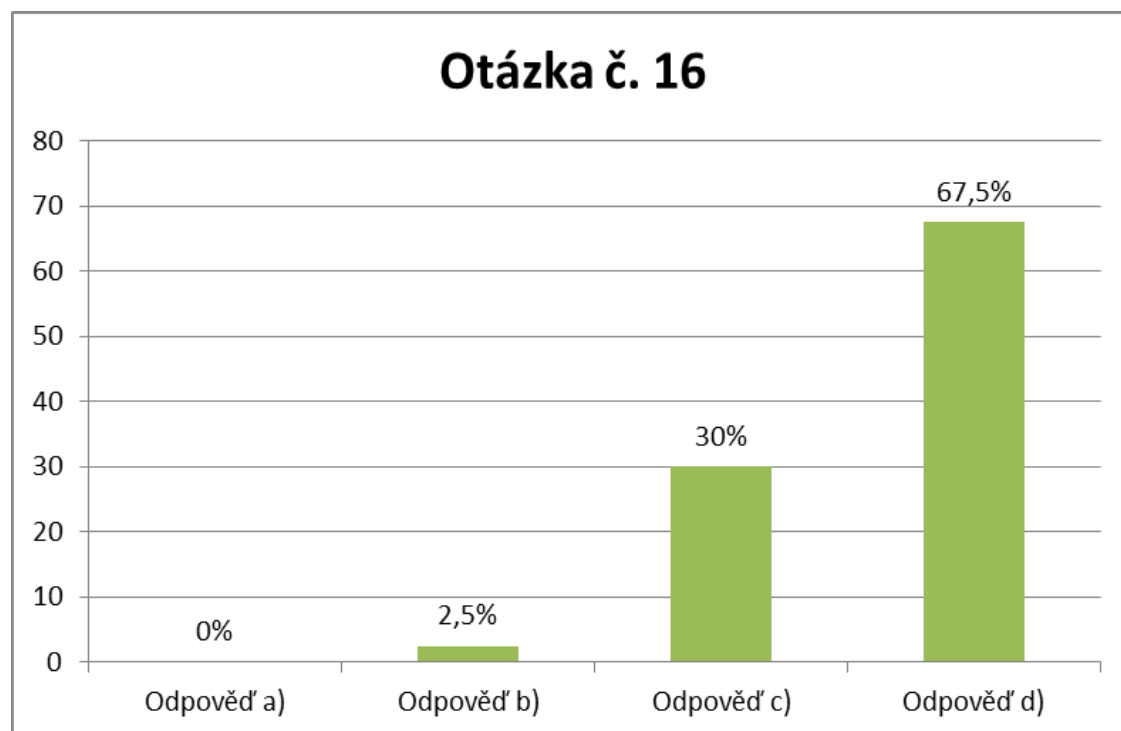
Ovládáte znakový jazyk?

- a) Ano velmi dobře
- b) Ano základní znaky
- c) Ne jen pár znaků
- d) Vůbec znaků

Tabulka č. 16 Hodnocení otázky č. 16

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Odpověď a)	0	0
Odpověď b)	1	2,5
Odpověď c)	12	30
Odpověď d)	27	67,5

Graf č. 16 Hodnocení otázky č. 16



Graf č. 16 vyhodnocuje dotaz, zda zdravotničtví záchranáři ovládají znakový jazyk. 27 (67,5%) dotazovaných uvedlo, že neovládá vůbec nic. 12 (30%) dotazovaných ovládá pouze pár znaků a pouze 1 (2,5%) ovládá základní znaky.

Otázka č. 17

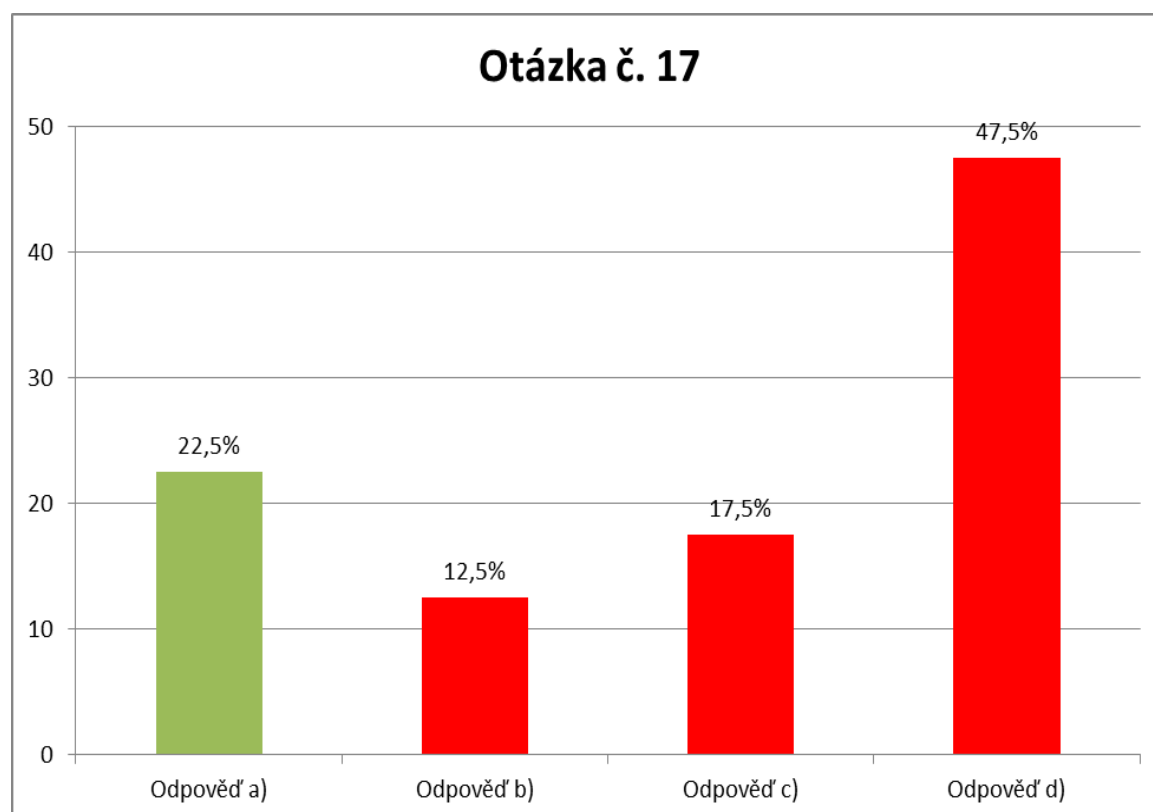
Největší problém neslyšících při komunikaci

- a) Nesprávná výslovnost hlásek a nesprávná gramatika
- b) Stydlivost za vlastní handicap
- c) Neochota komunikovat s okolím a uzavírání se ve vlastní subkultuře
- d) Snížená schopnost porozumět

Tabulka č. 17 Hodnocení otázky č. 17

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Odpověď a)	9	22,5
Odpověď b)	5	12,5
Odpověď c)	7	17,5
Odpověď d)	19	47,5

Graf č. 17 Hodnocení otázky č. 17



Z grafu č. 17 vyplývá, že si 19 (47,5%) respondentů myslí, že největším problémem neslyšících pacientů je snížená schopnost porozumět. Není tomu tak, správnou odpovědí je odpověď a), kterou označilo 9 (22,5%) dotazovaných. Odpověď b) označilo 5 (12,5%) respondentů a odpověď c) 7 (17,5%) respondentů.

Otázka č. 18

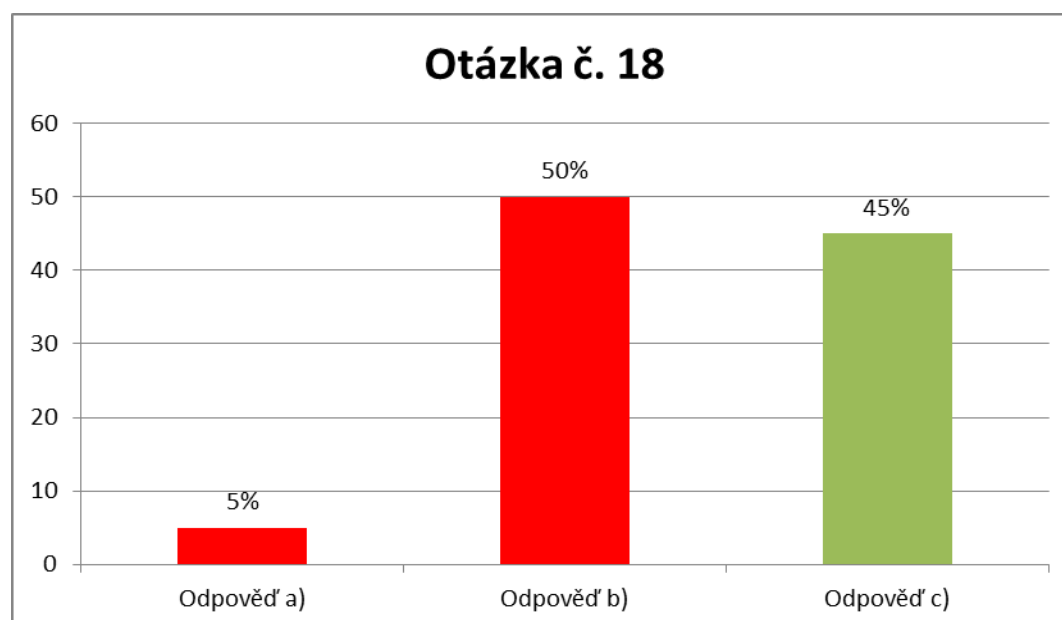
Při komunikaci s neslyšícím, který odezírá

- a) Mluvíme čelem k neslyšícímu, snažíme se zajistit dostatečné světlo, mluvíme pomalu a artikuluje více než při běžné řeči
- b) Mluvíme čelem k neslyšícímu, zajistíme dostatek světla, mluvíme pomaleji, artikuluje normálně, snažíme se omezit šumy z okolí (otáčení hlavy, mluvení s více osobami najednou)
- c) **Mluvíme čelem k neslyšícímu na vzdálenost maximálně 4 – 0,5 metru, zajistíme dostatek světla, mluvíme pomaleji, artikuluje zřetelněji, ale nepřeháníme artikulaci, snažíme se omezit šumy z okolí (otáčení hlavy, mluvení k více osobám najednou), užíváme jednoduché věty**

Tabulka č. 18 Hodnocení otázky č. 18

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Odpověď a)	2	5
Odpověď b)	20	50
Odpověď c)	18	45

Graf č. 18 Hodnocení otázky č. 18



Z grafu č. 18 vyplývá, že správnou odpověď c) označilo 19 (47,5%) dotazovaných. Odpověď b) označilo 20 (50%) respondentů a odpověď a) byla označena 2 (5%) respondenty.

Otázka č. 19

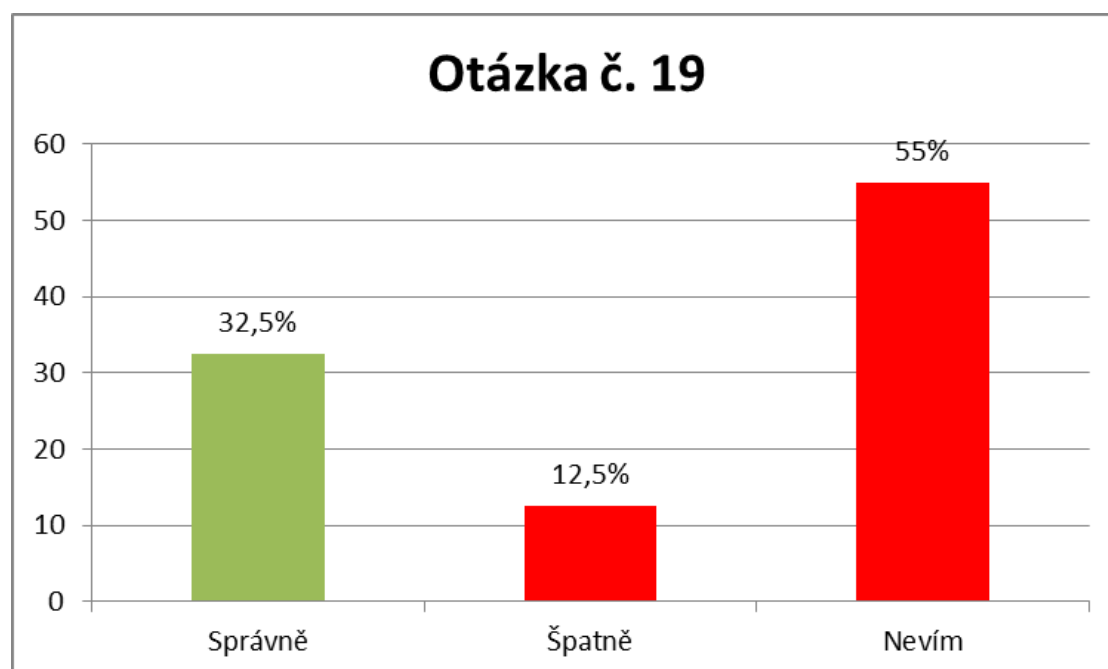
Co je to daktylní abeceda?

Prstová abeceda

Tabulka č. 19 Hodnocení otázky č. 19

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Správně	13	32,5
Špatně	5	12,5
Nevím	22	55

Graf č. 19 Hodnocení otázky č. 19



Tento graf byl sestaven na základě otevřené otázky, kdy respondenti měli možnost dopsat odpověď. Správnou odpovědí byla „prstová abeceda pro neslyšící“. Správně odpovědělo 13 (32,5%) respondentů, 5 (12,5%) respondentů uvedlo špatnou odpověď a 22 (55%) dotazovaných nevědělo.

Otázka č. 20

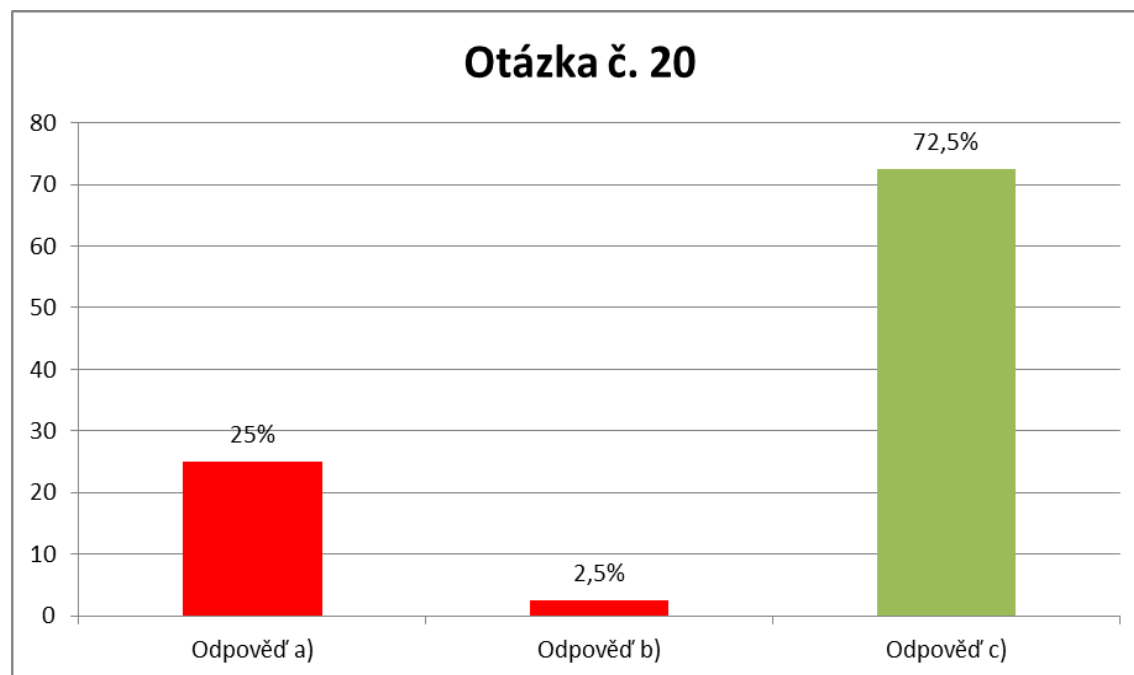
Při komunikaci s neslyšícím či nedoslýchavým pacientem je důležité

- a) Zvýšit hlas
- b) Není překážkou když u rozhovoru kouříme, žvýkáme nebo jíme
- c) **Stručně objasnit téma hovoru, odstranit vše co by mohlo narušovat nebo zkreslovat odezírání, nezvyšujeme hlas, mluvíme pomalu, zřetelně a nejlépe bezhlasně**

Tabulka č. 20 Hodnocení otázky č. 20

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Odpověď a)	10	25
Odpověď b)	1	2,5
Odpověď c)	29	72,5

Graf č. 20 Hodnocení otázky č. 20



Graf č. 20 vyhodnocuje poslední otázku z dotazníku. Správnou odpověď c) označilo 29 (72,5%) respondentů. Odpověď a) byla označena 10 (25%) respondenty a odpověď b) 1 (2,5%) respondentem.

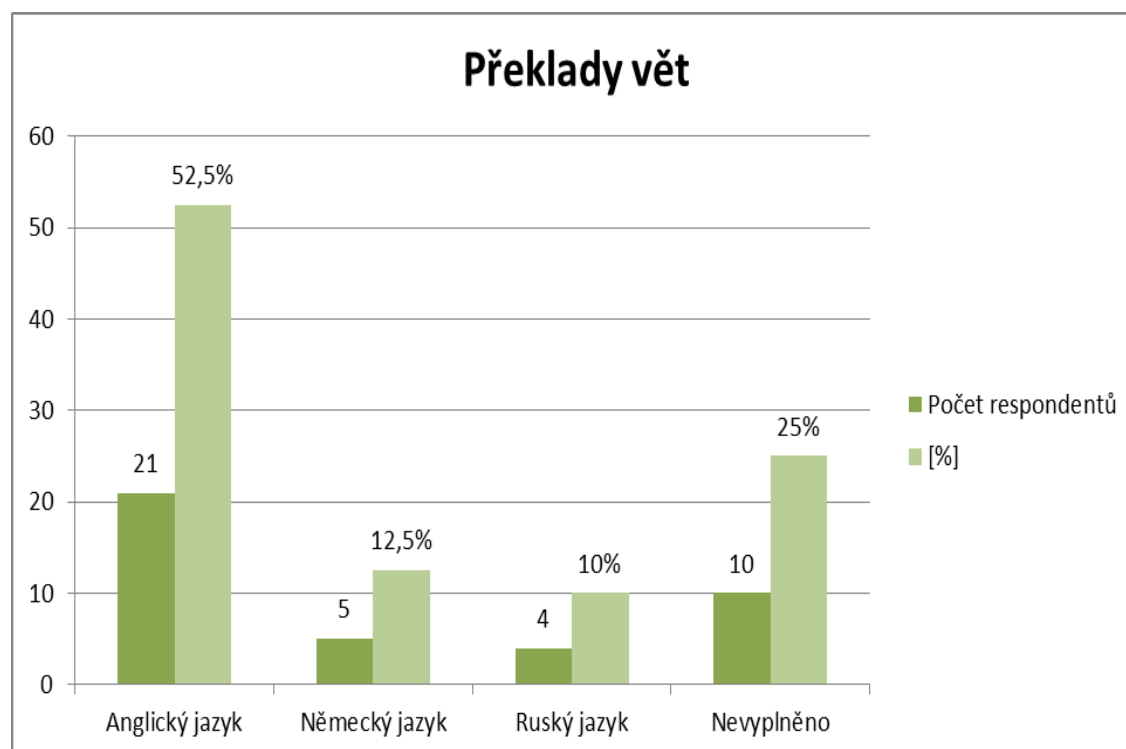
VYHODNOCENÍ PŘEKLADŮ VĚT A SLOVÍČEK

K vyhodnocení překladu vět byly použity tzv. myšlenkové mapy, kdy v prvním diagramu je uvedena věta z dotazníku, na ně navazují diagramy se správnou odpovědí v jazyce anglickém, německém a ruském a na tyto diagramy navazují schémata, která nám říkají kolikrát se v daném jazyce vyskytla správná odpověď.

Tabulka č. 21 Počet vyplněných překladů

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Anglický jazyk	21	52,5
Německý jazyk	5	12,5
Ruský jazyk	4	10
Nevyplněno	10	25

Graf č. 21 Překlad vět



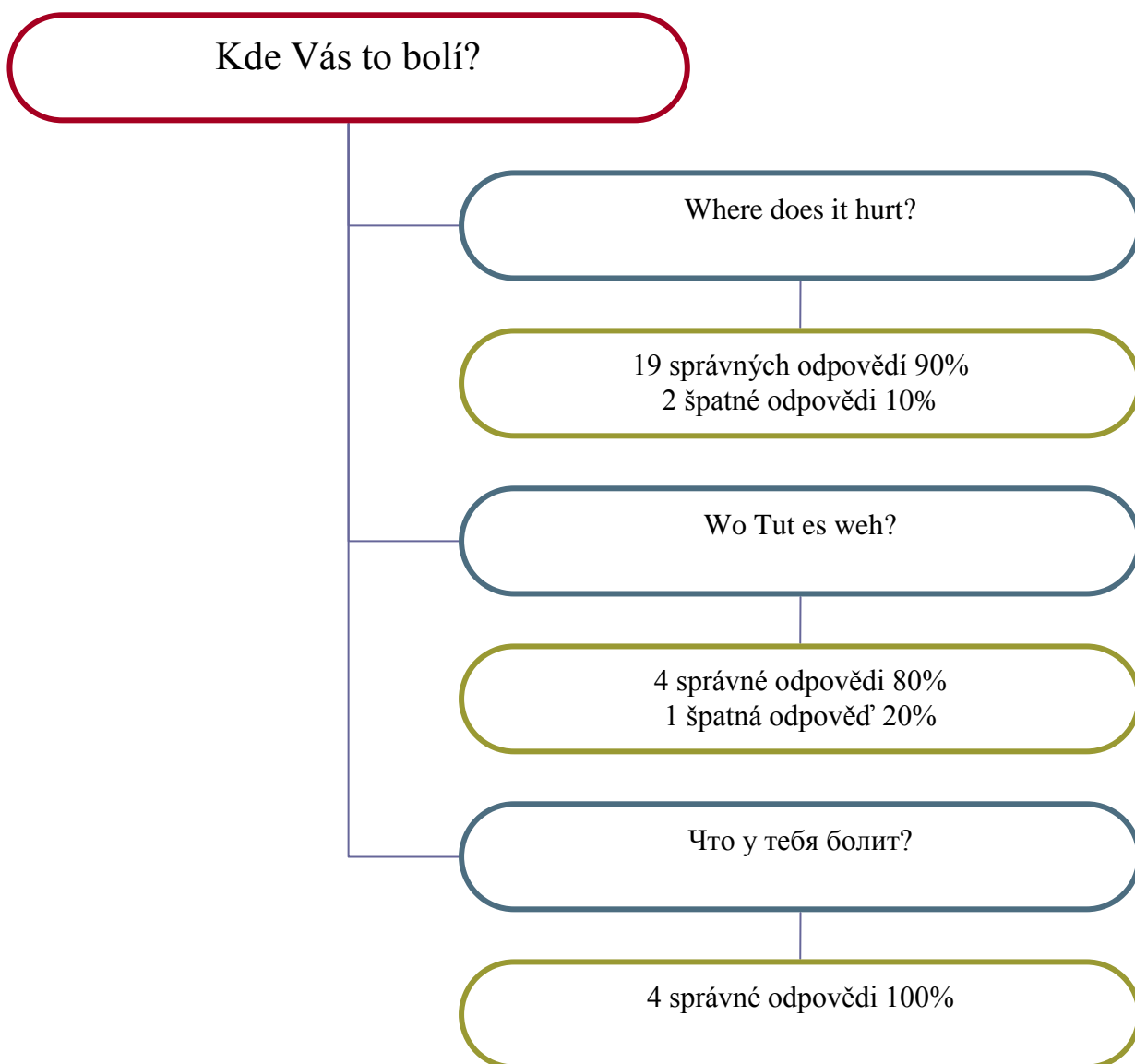
Z celkového počtu 40 (100%) respondentů vyplnilo překlad 30 (75%) respondentů. U 10 (25%) dotazníků překlad nebyl vyplněn. 21 (52,2%) uvedlo překlad v anglickém jazyce, 5 (12,5%) respondentů v německém jazyce a 4 (10%) respondentů v jazyce ruském.

Schéma č. 1 znázorňuje překlad věty č. 1



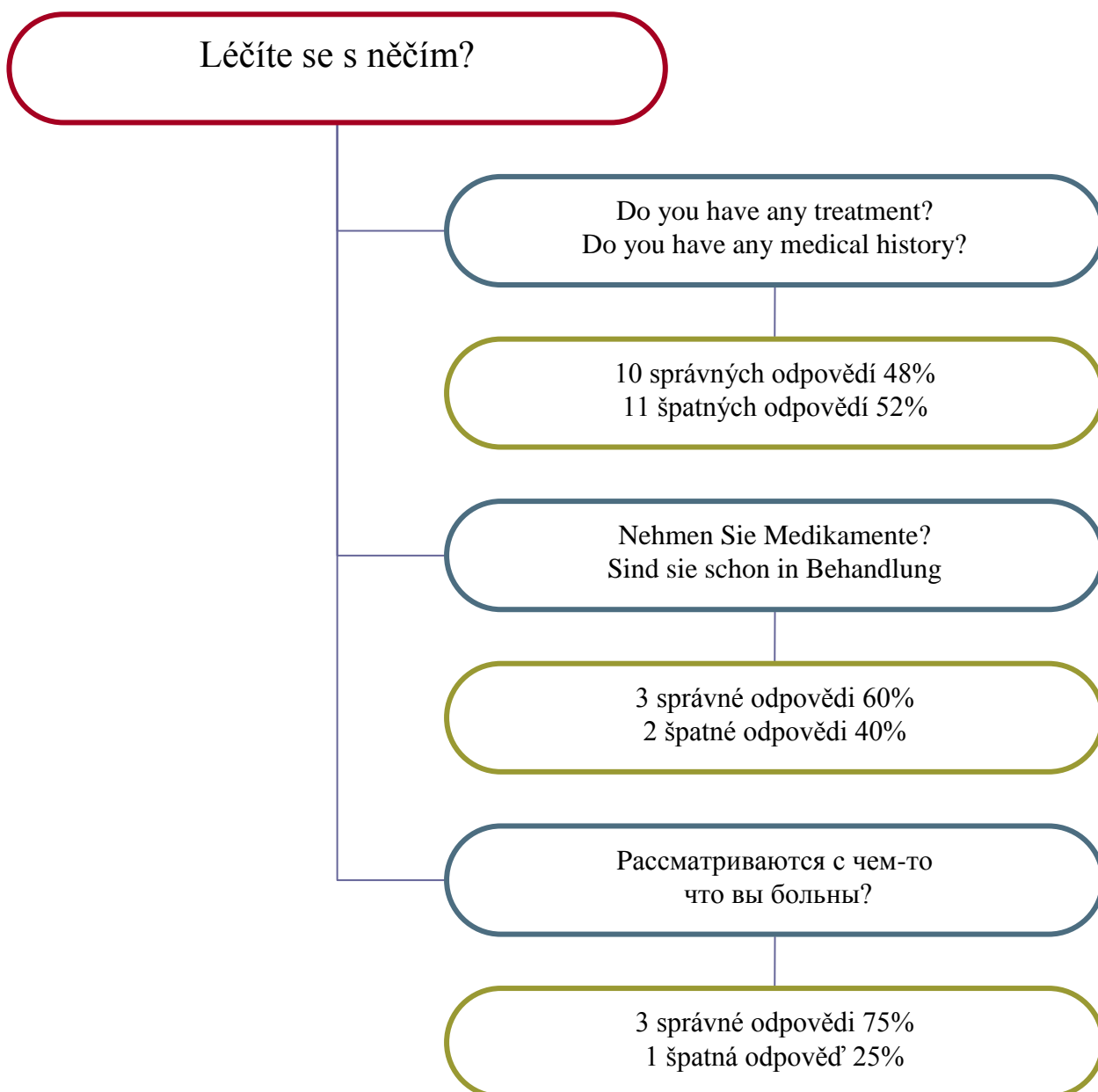
U první věty byla 100% úspěšnost překladu ve všech jazycích. U anglického jazyka 21 (100%) správných odpovědí. U německého jazyka 5 (100%) správných odpovědí a u ruského jazyka 4 (100%) správných odpovědí.

Schéma č. 2 znázorňuje překlad věty č. 2



Z celkového počtu 21 (100%) anglických překladů bylo 19 (90%) správných odpovědí. 2 (10%) odpovědi nebyly uvedeny správně. Z celkového počtu 5 (100%) německých překladů byly 4 (80%) správné odpovědi a 1 (20%) odpověď nebyla uvedena správně. Z celkového počtu 4 (100%) ruských překladů byly 4 (100%) správné odpovědi a žádná špatná.

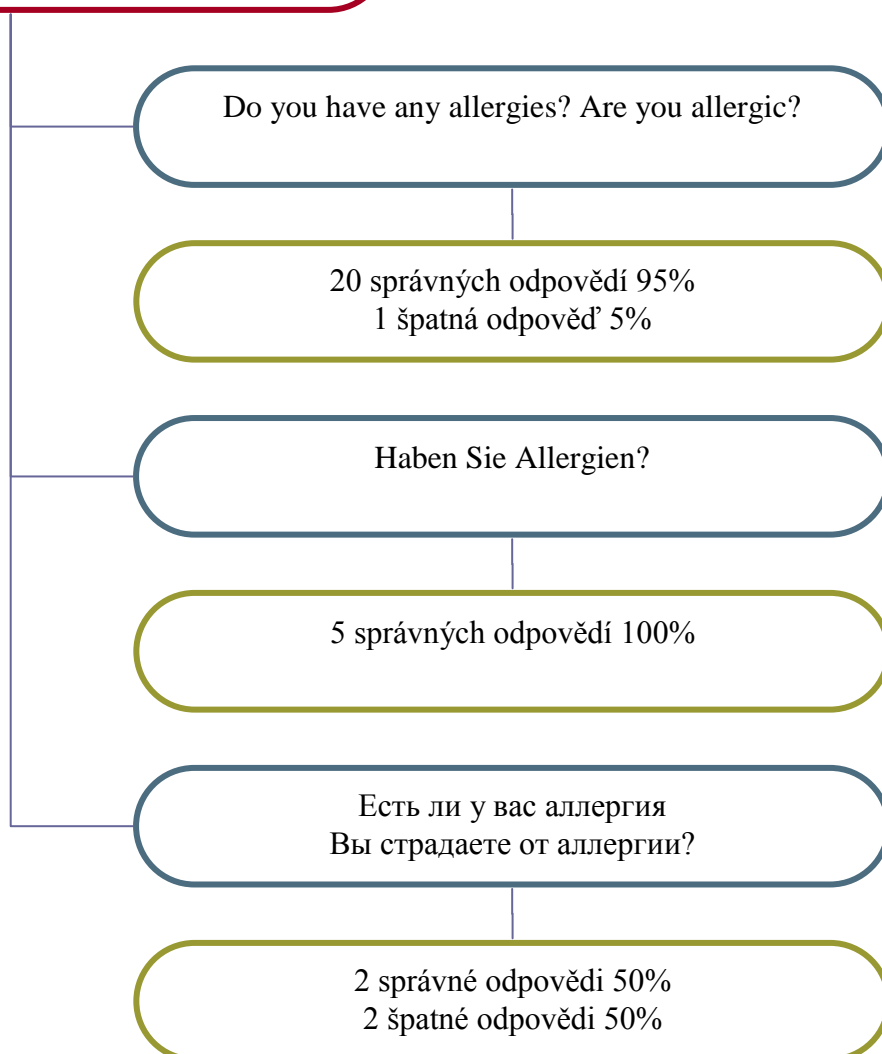
Schéma č. 3 znázorňuje překlad věty č. 3



Z celkového počtu 21 (100%) anglických překladů bylo 10 (48%) správných odpovědí a 11 (52%) odpovědí nebylo uvedeno správně. Z celkového počtu 5 (100%) německých překladů byly 3 (60%) správné odpovědi a 2 (40%) odpovědi nebyly uvedeny správně. Z celkového počtu 4 (100%) ruských překladů byly 3 (75%) správné odpovědi a 1 (25%) špatná odpověď.

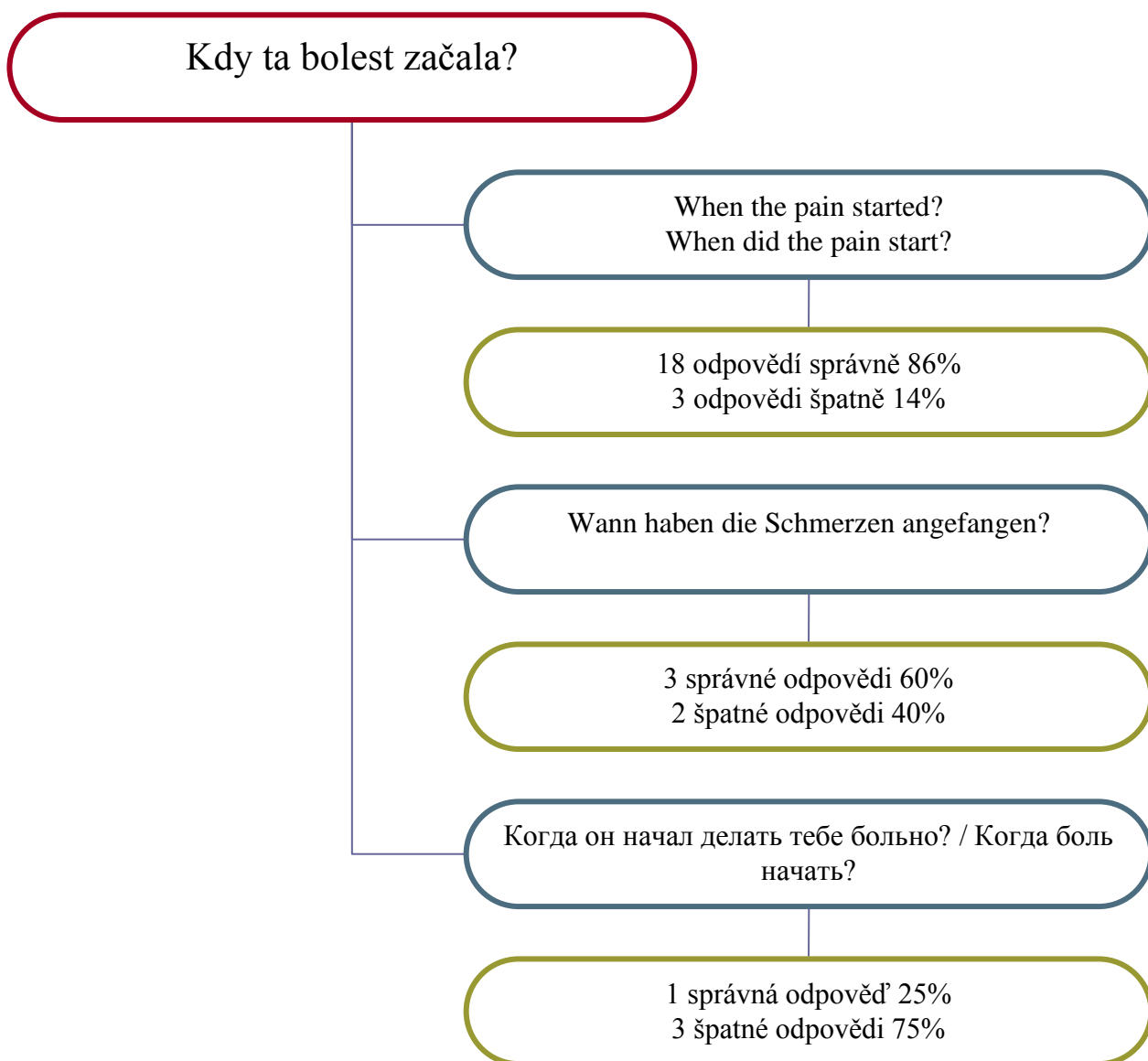
Schéma č. 4 znázorňuje překlad věty č. 4

Máte nějaké alergie? / Trpíte alergiemi?



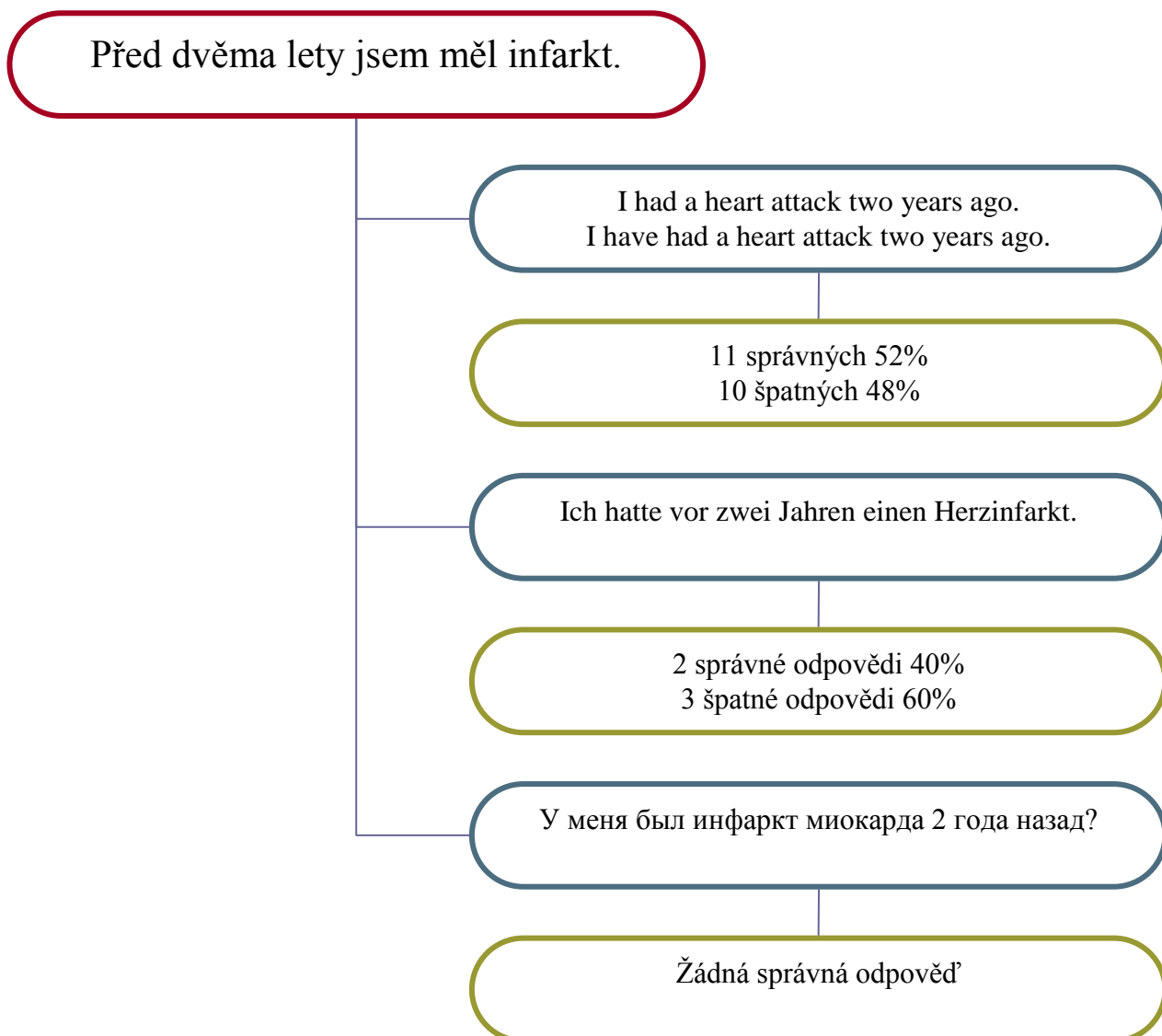
Z celkového počtu 21 (100%) anglických překladů bylo 20 (95%) správných odpovědí a 1 (5%) odpovědí nebylo uvedeno správně. Z celkového počtu 5 (100%) německých překladů bylo 5 (100%) správných odpovědí a žádná věta nebyla uvedena nesprávně. Z celkového počtu 4 (100%) ruských překladů byly 2 (50%) správné odpovědi a 2 (50%) špatné odpovědi.

Schéma č. 5 znázorňuje překlad věty č. 5



Z celkového počtu 21 (100%) anglických překladů bylo 18 (86%) správných odpovědí a 3 (14%) odpovědi nebyly uvedeny správně. Z celkového počtu 5 (100%) německých překladů byly 3 (60%) správné odpovědi a 2 (40%) odpovědi nebyly uvedeny správně. Z celkového počtu 4 (100%) ruských překladů byla 1 (25%) správná odpověď a 3 (75%) nesprávně přeložené.

Schéma č. 6 znázorňuje překlad věty č. 6



Z celkového počtu 21 (100%) anglických překladů bylo 11 (52%) správných odpovědí a 10 (48%) odpovědi nebylo uvedeno správně. Z celkového počtu 5 (100%) německých překladů byly 2 (40%) správné odpovědi a 3 (60%) odpovědi nebyly uvedeny správně. Z celkového počtu 4 (100%) ruských překladů bylo 0 (0%) správných odpovědí a 4 (100%) špatně přeložené odpovědi.

Schéma č. 7 znázorňuje překlad věty č. 7

Motá se mi hlava a je mi na omdlení.

My head is spinning and I feel dizzy.

11 správných odpovědí 52%
10 špatných odpovědí 48%

Mein Kopf tut weh und mir ist schwindelig.

1 správná odpověď 20%
4 špatné odpovědi 80%

У меня кружится голова я слабый.

Žádná správná odpověď

Z celkového počtu 21 (100%) anglických překladů bylo 11 (52%) správných odpovědí a 10 (48%) odpovědí nebylo uvedeno správně. Z celkového počtu 5 (100%) německých překladů byly 1 (20%) správná odpověď a 4 (80%) odpovědi nebyly uvedeny správně. Z celkového počtu 4 (100%) ruských překladů bylo 0 (0%) správných odpovědí a 4 (100%) špatně přeložené odpovědi.

Schéma č. 8 znázorňuje překlad věty č. 8

Můj manžel celou noc zvrací a má průjem.

My husband has been vomitting and has had diarrhea all night.
My husband has suffered from nausea and diarrhea all night.

14 správných odpovědí 67%
7 špatných odpovědí 33%

Mein Mann hat sich die ganze Nacht übergeben und hat auch an Durchfall gelitten.

1 správná odpověď 20%
4 špatné odpovědi 80%

Мой муж всю ночь рвота и понос.

Žádná správná odpověď

Z celkového počtu 21 (100%) anglických překladů bylo 14 (67%) správných odpovědí a 7 (33%) odpovědí nebylo uvedeno správně. Z celkového počtu 5 (100%) německých překladů byla 1 (20%) správná odpověď a 4 (80%) odpovědi nebyly uvedeny správně. Z celkového počtu 4 (100%) ruských překladů bylo 0 (0%) správných odpovědí a 4 (100%) špatně přeložené odpovědi

Překlad slovíček

Tabulka č. 22 Překlad slovíček do anglického jazyka

Slovíčka	Anglický překlad	Absolutní četnost správných odpovědí	Relativní četnost	Absolutní četnost špatných odpovědí	Relativní četnost
Otok	Swelling / edema	19	90	2	10
Popáleniny	Burns	21	100	0	0
Zlomená noha	Broken leg	20	95	1	5
Rakovina	Cancer	21	100	0	0
Bolest hlavy	Headache	19	90	2	10
Diabetes mellitus	Diabetes mellitus	15	71	6	29
Srdeční selhání	Heart failure	14	67	7	33
Ztuhlost kloubů	Joint stiffness	7	33	14	67
Krevní tlak	Blood pressure	20	95	1	5
Kašel	Cough	18	86	3	14
Puls	Pulse	17	81	4	19
Rýma	Cold/ runny nose	13	62	8	38
Horečka	Fever	21	100	0	0
Podchlazení	Hypothermia	20	95	1	5

Z této tabulky vyplývá, že z celkového počtu 21 (100%) respondentů byla všechna slovíčka kromě „ztuhlosti kloubů“ vždy správně přeložena více jak 50% respondentů. Což poukazuje na určité povědomí těchto slovíček v anglickém jazyce

Tabulka č. 23 Překlad slovíček do německého jazyka

Slovíčka	Německý překlad	Absolutní četnost správných odpovědí	Relativní četnost	Absolutní četnost špatných odpovědí	Relativní četnost
Otok	Ödem	5	100	0	0
Popáleniny	Verbrennungen	3	60	2	40
Zlomená noha	Gebrochenes Bein	3	60	2	40
Rakovina	Krebs	4	80	1	20
Bolest hlavy	Kopfschmerzen	5	100	0	0
Diabetes mellitus	Diabetes	1	20	4	80
Srdeční selhání	Herzfehler	2	40	3	60
Ztuhlost kloubů	Steife Gelenke	0	0	5	100
Krevní tlak	Blutdruck	5	100	0	0
Kašel	Husten	5	100	0	0
Puls	Puls	5	100	0	0
Rýma	Schnupfen	4	80	1	20
Horečka	Fieber	5	100	0	0
Podchlazení	Unterkühlung	1	20	4	80

Z tabulky vyplývá, že z celkového počtu 5 (100%) respondentů ani v německém jazyce nebyl s většinou slovíček vážnější problém. 6 slovíček bylo přeloženo se 100% úspěšností, u 2 slovíček chyboval pouze 1 respondent tedy úspěšnost byla 80% a u dalších 2 překladů chybovali pouze 2 respondenti a úspěšnost byla tedy 60%. Jen u 4 slovíček byla úspěšnost nižší než 50%.

Tabulka č. 24 Překlad slovíček do ruského jazyka

Slovíčka	Ruský překlad	Absolutní četnost správných odpovědí	Relativní četnost	Absolutní četnost špatných odpovědí	Relativní četnost
Otok	Отек / припухлость	4	100	0	0
Popáleniny	гореть	2	50	2	50
Zlomená noha	сломанной ногой / ноги переломов	2	50	2	50
Rakovina	Опухоль / злокачественные заболевания	4	100	0	0
Bolest hlavy	головная боль	3	75	1	25
Diabetes mellitus	сахарный диабет	1	25	3	75
Srdeční selhání	сердечная недостаточность	1	25	3	75
Ztuhlost kloubů	неподвижность суставов / скованность в суставах	0	0	4	100
Krevní tlak	кровяное давление	3	75	1	25
Kašel	кашлять	4	100	0	0
Puls	сердцебиение	4	100	0	0
Rýma	холодный	3	75	1	25
Horečka	высокая температура / лихорадка	2	50	2	50
Podchlazení	низкая температура / холодный	0	0	4	100

Z tabulky vyplývá, že z celkového počtu 4 (100%) respondentů u ruského jazyka byla znalost odborné terminologie půl na půl. U 7 slovíček byla úspěšnost 75% až 100% a u zbývajících 7 byla úspěšnost nižší jak 50%.

4 DISKUZE

Pomocí dotazníkového šetření jsme byly schopny zmapovat povědomí zdravotnických záchranářů o různých úskalích komunikace, která mohou nastat při jakémkoliv výjezdu zdravotnické záchranné služby. Díky výsledkům dotazníkového šetření, jsme byly způsobilé potvrdit nebo vyvrátit stanovené hypotézy.

Hypotéza č. 1: Za největší problém považují zdravotničtí záchranáři při komunikaci s pacientem stresovou situaci, ve které se pacient nachází.

Na základě dotazníkového šetření byla tato hypotéza vyvrácena. Možnost a) tedy stres zvolilo pouze 11 (28%) respondentů. Za největší problém při komunikaci s pacientem považují zdravotničtí záchranáři v 50% pacientovu neochotu, spolupracovat. Tuto možnost volilo 20 respondentů. Uvážím-li fakt, že tuto možnost volilo 50 % dotazovaných a porovnám s mými dosavadními zkušenostmi při výjezdech ZZS, musím souhlasit, že bohužel většina pacientů a to i těch, kteří si ZZS volají sami, není ochotná spolupracovat, ba co víc někdy se i brání různým nezbytným vyšetřením a následnému převozu do nemocnice. Lze to přičítat strachu z neznámého prostředí, strachu z bolesti a nevědomosti pacienta, co ho čeká, jak uvádí například Zacharová E. nebo Andršová A..

Hypotéza č. 2: Více jak padesát procent dotazovaných bude mít problémy s překladem vět a slovíček

Tato hypotéza byla potvrzena. Je nutné vzít v potaz fakt, že ze 40 respondentů jich 10 tedy 25% nepřeložilo žádnou větu ani slovíčko. Zbýlých 75% sice věty přeložili, ale ne vždy s 100% úspěšností. Nejlépe si vedli respondenti, kteří zvolili anglický jazyk. Tento jazyk zvolilo 21 (52,5%) respondentů. Kde u většiny překládaných vět a slovíček byla více jak 70% úspěšnost a pouze u jedné věty a jednoho slovíčka byla úspěšnost menší než 50%. Německý jazyk volilo 5 (12,5%) dotazovaných. Zde byla úspěšnost překladů vět pouze u 2 případů 100% u 1 věty 80% a u 2 vět 60%. Zbýlé 3 věty byly přeloženy v méně jak 40% úspěšnosti. Úspěšnost přeložení slovíček byla o něco vyšší, což lze přičíst faktu, že mnoho slovíček se používá v běžné mluvě, aniž by člověk znal odbornou terminologii. Tato slovíčka jsou v povědomí i laiků. Jako poslední volený jazyk, byl jazyk ruský. Překlady do ruštiny si zvolili 4 (10%) respondenti. Zde byla u překladu vět 100% úspěšnost pouze u

prvních dvou vět. Třetí větu správně přeložily 3 (75%) dotazovaní. Čtvrtou větu zvládli přeložit 2 (50%) respondenti a pátou větu pouze 1 (25%) respondent. Poslední tři věty nepřeložil správně bohužel nikdo. Překlad slovíček dopadl značně lépe, ale i zde byly 4 slovíčka, která nepřeložil správně buď nikdo, nebo pouze jeden dotazovaný.

Jak je vidět, znalost cizích jazyků se dnes nebere na lehkou váhu, především mladší generací. Je však nutné si uvědomit, že obecná znalost cizího jazyka nemusí být v naší profesi vždy dostačující, a proto je nutné se v něm zdokonalovat v rámci své profese. Dalším faktem je, že člověk by měl přemýšlet i nad tím, jaké jazyky by mu mohli být užitečné. Angličtina je dnes tzv. univerzálním jazykem pro celý svět a znalost tohoto jazyka se dnes považuje takřka za samozřejmost. Vezmeme-li však v úvahu například Plzeňský kraj, hlavně pohraničí, šance, že se setkáme s německy mluvícím pacientem, je mnohem vyšší než například ve Slezském kraji. Nebo Karlovarský kraj, zde by byla více než užitečná znalost jazyka ruského. Je důležité si uvědomit, že hranice v celém světě jsou otevřeny, čímž se dostáváme k celosvětové migraci obyvatel a tedy zvyšující se potřebě znát, alespoň jeden světový jazyk. Od migrace obyvatel je to nepatrný krok ke komunikaci s různými etniky a lidmi různých kulturních zvyků a tradic.

Komunikace s japonským pacientem bude jiná než se španělským pacientem. Musíme si uvědomovat variabilitu kultur a umět s ní pracovat. Nehledě na to, že každá osoba, každý pacient má svou osobnost, svůj charakter a potřebuje i svůj individuální přístup

Stejně tak, jak se dbá na neustálé vzdělávání se v odborných znalostech v neodkladné péči, mělo by se dbát i na udržování si jazykových znalostí.

Hypotéza č. 3: Více, jak pětadesát procent zdravotnických záchranářů bude znát obecná pravidla komunikace s nevidomým pacientem.

Tato hypotéza byla potvrzena. Ačkoliv v otázce č. 10. zdali se již respondenti ve své praxi setkali s nevidomým či neslyšícím pacientem, odpovědělo pouze 19 respondentů, že se setkali jak s nevidomým, tak s neslyšícím. Pouze s nevidomým se nesetkal nikdo. Úspěšnost při zodpovídání otázek, které byly zaměřené na komunikaci s nevidomými, byla vždy více jak 70%. Jediné zaváhání nastalo, u otázky č. 12 kde bylo možné označit více odpovědí a v 50% byla označena i špatná odpověď. Možnou příčinou bylo nedostatečné pochopení dotazu a odpovědi. Nepředpokládáme, že by

tolik zdravotnických záchranářů uvedlo pacienta do ordinace, oznámili mu, kde se nachází židle a odešli. Ovšem u otázek č. 14 a 15 byla 100% úspěšnost. U otázky č. 13 to bylo 20 (97,5%) správných odpovědí, tedy jedna špatná odpověď a u otázky č. 11 to bylo 28 (70%) správných odpovědí.

Hypotéza č. 4: Více, jak padesát procent zdravotnických záchranářů nebude znát obecná pravidla komunikace s neslyšícím pacientem.

Tato hypotéza byla také potvrzena. Z výsledků šetření vyplývá, že se 30 (75%) respondentů se již setkalo s neslyšícím pacientem. U otázky č. 16 jsme zjistili, že znalost znakového jazyka, je pro zdravotnické záchranáře velkou neznámou. 12 (30%) respondentů uvedlo, že znají pár znaků, to je však pro praxi při výjezdu ZZS k neslyšícímu pacientovi, zcela irelevantní. 27 (67,5%) respondentů uvedlo, že znakový jazyk neovládají vůbec. U otázky č. 17 uvedlo 19 (47,5%) respondentů, že největší problém při komunikaci s neslyšícím je, že mají sníženou schopnost porozumět, což není zcela správně, mnoho z nich umí alespoň částečně odezírat a používá-li se přiměřená a správná gestikulace je komunikace značně usnadněná pro obě strany. Mnoho neslyšících se při znakové řeči snaží i mluvit, zde však nastává jejich největší potíž a to ta, že nesprávně vyslovují a používají nesprávnou gramatiku. Ať už jsou to neslyšící od narození nebo po úraze, nemají možnost sluchové kontroly své vlastní výslovnosti. Navíc mnoho hlásek a samohlásek má při výslovnosti podobný tvar rtů a liší se drobnými niancemi v postavení či položení jazyka. Což neslyšící nemá možnost se naučit, jelikož to neodposlouchá. Jak nám uvádí J. Slowik ve své knize *Komunikace s lidmi s postižením*. Z toho plyne i to, že potkáme-li se s neslyšícím, neměli bychom být zaskočení, když se bude snažit mluvit a bude u toho mluvit moc nahlas, případně mu nebude moc rozumět. U této otázky označilo správnou odpověď pouze 9 (22,5%) respondentů. U otázky č. 18 označilo správnou odpověď 18 (45%) respondentů. Při komunikaci s neslyšícím, který odezírá, je nutné mluvit pomalu, zřetelně artikulovat, omezit šumy z okolí, ale hlavně užívat jednoduché věty. U otázky č. 19, co je to daktylní abeceda odpovědělo správně pouze 13 (32,5%) dotazovaných. Myslím si, že by bylo velice přínosné, kdyby zdravotničtí záchranáři znali alespoň prstovou abecedu. Chápu, že učit se znakový jazyk by bylo pro mnohé nesnadné, časově i finančně náročné, ale naučit se prstovou abecedu není tak obtížné. Jsem přesvědčená, že by mělo značně uklidňující efekt na pacienta, kdyby zdravotnický záchranář, který přijede na místo události, uměl vyznakovat

alespoň „dobrý den“ a své jméno. U poslední otázky č. 20 byla úspěšnost o něco vyšší. Správnou odpověď označilo 29 (72,5%) respondentů, ale překvapilo nás, že 10 (25%) respondentů označilo možnost „Zvýšit hlas“. To opravdu nebude mít efekt ani u nedoslýchavých natož u neslyšících. Opět je nutné objasnit jednoduše téma hovoru, zřetelně artikulovat, přiměřeně gestikulovat, a ačkoliv to zní jako nesmysl, mluvit nejlépe bezhlesně. To z toho důvodu, že člověk, pak lépe a jednodušeji artikuluje.

Aktuálnost této bakalářské práce spočívá v každodenní komunikaci v naší profesi, tedy mezi zdravotnickým záchranářem a pacientem. Vzhledem k zvyšujícímu se průměrnému věku obyvatel, bude práce zdravotnických záchranářů čím dál víc potřebnější. Nejde však jen o zvyšující se průměrný věk, ale i časté zalíbení mladší generace v adrenalinových sportech, zvyšující se počet dopravních nehod a mnoha dalších faktorů.

ZÁVĚR

Jak již název této bakalářské práce napovídá, věnovali jsme se problematice komunikace v neodkladné péči. Toto téma je velice široké a objemné, jelikož se pod tento název dá schovat mnoho podtémat a na většinu z nich by se dala napsat samostatná práce. Snažily jsme se především upozornit na většinu z nich a ukázat jak by se situace dala řešit.

V dnešní době již každý vzdělaný člověk ví, že správná komunikace je ve většině případů základ úspěšného dosažení cíle, ať už je cíl jakýkoliv. Musíme si však uvědomit, že správně komunikovat, není vždy tak jednoduché, jak se může na první pohled zdát. Jinak budeme komunikovat s pěti letým dítětem a jinak s padesátiletým dospělým. Stejně nebudeme komunikovat s neslyšícím pacientem a s nevidomým pacientem. V neposlední řadě je pro nás, zdravotnické záchranáře, nutné uvědomovat si a rozlišovat komunikaci s různými etniky lidí. Turistika je dnes velice populární a naše země má co nabídnout, takže počet turistů z celého světa, kteří k nám jezdí na dovolené, rok od roku stoupá.

Podstatou práce zdravotnických záchranářů je zachraňování a pomoc lidem. Tedy setkávání se s rozdílnými lidmi v nelehké životní situaci. Už jen to, v jaké situaci se ať už pacienti sami nebo jejich příbuzní nacházejí, značně komunikaci samotnou komplikuje. Ovšem my, zdravotničtí záchranáři, jsme profesionálové, tudíž si se všemi těmito okolnostmi musíme umět poradit. Proto, je dle mého názoru zcela nezbytné klást velký důraz při výuce zdravotnických záchranářů na komunikaci jako takovou, ale i na výuku cizích jazyků. Výukou cizích jazyků mám na mysli především prohlubování si znalostí z oblasti odborné terminologie.

V teoretické části se věnujeme komunikaci samotné. Jaké máme druhy komunikace, co je to komunikační proces, rozdílly verbální a neverbální komunikace a na jaké složky či podsložky se komunikace dělí. V druhé části teoretické práce, jsme se věnovaly právě úskalím, která mohou ovlivňovat komunikaci s pacientem. Jsou zde popsány nejružnější kulturní a etnické různorodosti, také rozdíl komunikace s dětským pacientem nebo dospělým pacientem. Věnujeme se zde komunikaci s agresivním nebo úzkostným pacientem. Dále popisuje komunikace se seniorem, znevýhodněným případně s nevidomým nebo neslyšícím pacientem, na které je zaměřená i praktická část práce. Na závěr teoretické části je popsán burn-out

syndrom, který postihuje mnoho zdravotnických pracovníků a má nezanedbatelný vliv na komunikaci i samotnou práci pracovníka.

Praktická část této bakalářské práce byla založena na rozboru dotazníkového šetření, které proběhlo mezi zdravotnickými záchranáři ZZS Plzeňského kraje a ZZS hl. m. Prahy. Tímto bych velice ráda vyzdvihla ochotu spolupracovat při dotazníkovém šetření na ZZS Plzeňského kraje a udělení oficiálního povolení k výzkumu. Naopak při pokusu požádat o povolení k výzkumu na ZZS hl. m. Prahy, jsem se setkala s velice odmítavým a neochotným přístupem a tedy i negativní odezvou při žádosti k oficiálnímu povolení výzkumu. Musím však poděkovat respondentům z Prahy, kteří přes odmítavý postoj pana ředitele ZZS hl. m. Prahy byli ochotní a dotazník přesto vyplnili. Dotazník se skládal z dvaceti otázek, včetně překladu osmi vět a čtrnácti slovíček. Zaměřily jsme se na znalost odborné terminologie a frázi v jazyce, který si respondent zvolil sám. Dále se dotazník skládal z otázek zaměřených na komunikaci s nevidomými pacienty a neslyšícími pacienty. Na základě odpovědí respondentů jsme byly schopny potvrdit nebo vyvrátit hypotézy. Pro účely této bakalářské práce byly stanoveny čtyři cíle. První z nich měl definovat, co považují zdravotničtí záchranáři za největší problém při komunikaci s pacientem. Zjistily jsme, že za největší problém při komunikaci s pacientem považují zdravotničtí záchranáři neochotu spolupracovat. To je rozhodně možné alespoň částečně eliminovat správnou komunikací s pacientem, ale samozřejmě snaha musí být i na straně pacienta, což v mnohých případech není. Existuje nepřeberné množství literatury, která nás učí nebo nám radí jak komunikovat s jakým typem lidí, za jakýchkoliv situací. Nejnovější a pro nás zdravotnické záchranáře nejlepší je *Psychologie a komunikace pro záchranáře* od Aleny Andršové, kde jsou přesně popsány situace, do kterých se záchranáři často dostávají a jak by si s nimi měli poradit. Druhý cíl si kladl za úkol, zjistit, jaké je povědomí zdravotnických záchranářů z odborné terminologie v cizím jazyce. Z šetření vyplynulo, že znalost cizích jazyků se zvyšuje a je tomu přikládána větší váha. Ovšem i přesto, nám přijdou znalosti nedostatečné a minimálně na školách ať už vysokých, vyšších odborných nebo středních by se výuce cizího jazyka měla přikládat větší váha, co se týče odborné mluvy. Velice mile jsme byly překvapeny, při mapování znalostí obecných pravidel komunikace s nevidomými což byl náš třetí cíl. Je vidět, že mezi zdravotnickými záchranáři je značné povědomí o tom, jak s těmito pacienty zacházet. Horší povědomí však už panuje o znalostech obecných pravidel komunikace

s neslyšícím pacientem. Zmapovat tyto znalosti byl náš čtvrtý a poslední cíl. Hlavní chybou bylo to, že mnoho zdravotnických záchranářů si neuvědomuje, že neslyšící pacienti dovedou alespoň částečně odezírat. Tedy s pacientem se dá nějak domluvit, ale musí se k tomu vytvořit určité podmínky. Jako je osvětlení, nebudeme žvýkat žvýkačku, nebudeme se otáčet pro různé pomůcky aj. Stejně tak nebudeme na dotyčné zvyšovat hlas, protože to opravdu ničemu nepomůže, ba naopak člověk pak hůře artikuluje, a tedy jen znesnadní samotné odezíraní. Všechny tyto komunikační rady se dozvíme z nejrůznější literatury například *Komunikace s lidmi s postižením* od J. Slowika.

Tato bakalářská práce má sloužit zájemcům o hlubší znalosti správné komunikace. Snažily jsme se, aby byla přínosná jak pro odbornou veřejnost, tak pro veřejnost laickou. Hlavním cílem této práce je, upozornění na důležitost a podstatu komunikace jako součásti naší práce. Myslím, že by tato práce mohla dobře posloužit jako doplňkový materiál při výuce a studiu komunikace. Dle mého názoru by bylo přínosné, kdyby například hodiny komunikace byly směřovány především na praktické procvičování komunikace v různých modelových situacích. A co se týče cizích jazyků, bylo hlavním cílem, vypíchnout jejich důležitost v dnešní době.

Toto téma je mi velice blízké a znalost komunikace je pro mě zajímavou disciplínou a sama se v ní ráda zdokonaluji, jelikož styl jakým komunikujeme ať už při přijímacím pohovoru, v rodině, s přáteli či v práci nebo u zkoušky nás může dovést k zcela nepředpokládaným cílům.

ZDROJE

1. ANDRŠOVÁ, Alena. *Psychologie a komunikace pro záchranáře*. 1. vyd. Praha: Grada, 2012, 120 s. ISBN 978-802-4741-192.
2. BARTOŠÍKOVÁ, Ivana. *O syndromu vyhoření pro zdravotní sestry*. Vyd. 1. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2006, 86 s. ISBN 80-701-3439-9.
3. BRINDZA, J. *Sociálna komunikácia*. Banská Bystrica: Univerzita Mateja Bela, 1996. ISBN 80-88825-95-4.
4. DIETER-W. ALLHOFF, Dieter-W. Waltraud Allhoff a [z německého originálu, přeložila Jana BÍLKOVÁ]. *Rétorika a komunikace: 14. vydání*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-802-4722-832.
5. DYCK, Herman van. *Ne tak, ale tak: příručka správného kontaktu s nevidomými a slabozrakými*. 3. české vyd. Praha: Tyfloservis, 2004, 33 s. Iris (Tyfloservis). ISBN 80-239-3969-6.
6. ELLIS, Janice Rider a Elizabeth Ann NOWLIS. *Nursing, a human needs approach*. 4th ed. Boston: Houghton Mifflin Co., c1989, xxviii, 1001 p. ISBN 03-954-3304-5.
7. HONZÁK, Radkin. *Komunikační pasti v medicíně: praktický manuál komunikace lékaře s pacientem*. 2. dopl. vyd. Praha: Galén, 1999, 165 s. ISBN 80-726-2032-0.
8. HORŇÁKOVÁ, A. *Multikulturní komunikace při ošetřování klienta jiné kultury*. Sestra. Praha: Mladá fronta, 2008, roč. 18, č. 9, s. 23-24. ISSN 1210-0404.
9. IVANOVÁ, Kateřina, Lenka ŠPIRUDOVÁ a Jana KUTNOHORSKÁ. *Multikulturní ošetrovatelství I*. 1. vyd. Praha: Grada, 2005, 248 s. ISBN 80-247-1212-1.

10. KOUSALOVÁ, Bc. Renata. *Role sestry při poskytování péče pacientům - cizincům*. České Budějovice, 2011. Diplomová práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Vedoucí práce Mgr. Dita Nováková, Ph.D.
11. LINHARTOVÁ, Věra. *Praktická komunikace v medicíně: pro mediky, lékaře a ošetrující personál*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007, 152 s. ISBN 978-802-4717-845.
12. MIKULÁŠTÍK, Milan. *Komunikační dovednosti v praxi*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2003, 361 s. ISBN 80-247-0650-4.
13. MIKULÁŠTÍK, Milan. *Komunikační dovednosti v praxi*. 2., dopl. a přeprac. vyd. Praha: Grada Publishing, 2010, 325 s. Manažer. ISBN 978-80-247-2339-6.
14. PLEVOVÁ, Ilona a Regina SLOWIK. *Komunikace s dětským pacientem*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010, 247 s. ISBN 978-802-4729-688.
15. POKORNÁ, Andrea. *Efektivní komunikační techniky v ošetrovatelství*. Vyd. 1. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2006, 86 s. ISBN 80-701-3440-2.
16. POKORNÁ, Andrea. *Komunikace se seniory*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010, 158 s.; Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3271-8.
17. PRŮCHA, J. *Interkulturní komunikace*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010. 200 s. ISBN 978-80-247-3069-1.
18. SLOWÍK, Josef. *Komunikace s lidmi s postižením: syndrom vyhoření, mobbing, bossing*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2010, 155 s. Sestra. ISBN 978-807-3676-919.
19. STOCK, Christian. *Syndrom vyhoření a jak jej zvládnout*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010, 103 s. Poradce pro praxi. ISBN 978-80-247-3553-5.
20. ŠPIDUROVÁ, L. et al. *Multikulturní ošetrovatelství II*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006. 248 s. ISBN 80-247-1213-X.
21. VENGLÁŘOVÁ, Martina. *Sestry v nouzi: syndrom vyhoření, mobbing, bossing*. 1. vyd. Praha: Grada, c2011, 184 s. Sestra. ISBN 978-802-4731-742.

22. VYBÍRAL, Zbyněk. *Psychologie komunikace*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2005, 319 s. ISBN 80-717-8998-4.
23. VYMĚTAL, Š. *Krizová komunikace a komunikace rizika*. 1. vyd. Praha: Grada, 2009. 176 s. ISBN 978-80-247-2510-9.
24. WIENER, Pavel. *Základy komunikace se zrakově postiženými*. 3., upr. vyd. Praha: Novartis, 2009, [12] s. ISBN 978-80-254-5823-5.
25. ZACHAROVÁ, Eva, ŠIMÍČKOVÁ-ČÍŽKOVÁ Jitka. *Základy psychologie pro zdravotnické obory*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011, 278 s. Sestra (Grada). ISBN 978-802-4740-621.

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1 Počet rozdaných dotazníků mezi zdravotnické záchranáře

Tabulka 2 Hodnocení otázky č. 1

Tabulka 3 Hodnocení otázky č. 2

Tabulka 4 Hodnocení otázky č. 3

Tabulka 5 Hodnocení otázky č. 4

Tabulka 6 Hodnocení otázky č. 5

Tabulka 7 Hodnocení otázky č. 6

Tabulka 8 Hodnocení otázky č. 7

Tabulka 9 Hodnocení otázky č. 9

Tabulka 10 Hodnocení otázky č. 10

Tabulka 11 Hodnocení otázky č. 11

Tabulka 12 Hodnocení otázky č. 12

Tabulka 13 Hodnocení otázky č. 13

Tabulka 14 Hodnocení otázky č. 14

Tabulka 15 Hodnocení otázky č. 15

Tabulka 16 Hodnocení otázky č. 16

Tabulka 17 Hodnocení otázky č. 17

Tabulka 18 Hodnocení otázky č. 18

Tabulka 19 Hodnocení otázky č. 19

Tabulka 20 Hodnocení otázky č. 20

Tabulka 21 Počet vyplněných překladů

Tabulka 22 Překlad slovíček do anglického jazyka

Tabulka 23 Překlad slovíček do německého jazyka

Tabulka 24 Překlad slovíček do ruského jazyka

SEZNAM GRAFŮ

Graf 1 Počet rozdaných dotazníků mezi zdravotnické záchranáře

Graf 2 Rozdělení respondentů

Graf 3 Hodnocení otázky č. 2

Graf 4 Hodnocení otázky č. 3

Graf 5 Hodnocení otázky č. 4

Graf 6 Hodnocení otázky č. 5

Graf 7 Hodnocení otázky č. 6

Graf 8 Hodnocení otázky č. 7

Graf 9 Hodnocení otázky č. 9

Graf 10 Hodnocení otázky č. 10

Graf 11 Hodnocení otázky č. 11

Graf 12 Hodnocení otázky č. 12

Graf 13 Hodnocení otázky č. 13

Graf 14 Hodnocení otázky č. 14

Graf 15 Hodnocení otázky č. 15

Graf 16 Hodnocení otázky č. 16

Graf 17 Hodnocení otázky č. 17

Graf 18 Hodnocení otázky č. 18

Graf 19 Hodnocení otázky č. 19

Graf 20 Hodnocení otázky č. 20

Graf 21 Překlad vět

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

RZP – Rychlá záchranná pomoc

RLP – Rychlá lékařská pomoc

DMO – Dětská mozková obrna

CMP – Cévní mozková příhoda

ZZS – Zdravotnická záchranná služba

NP – Neodkladná péče

VOKS – Výměnný obrázkový komunikační systém

SEZNAM SCHÉMAT

Věta č. 1: Jak se cítíte?

Věta č. 2: Kde Vás to bolí?

Věta č. 3: Léčíte se s něčím?

Věta č. 4: Trpíte alergiemi?

Věta č. 5: Kdy ta bolest začala?

Věta č. 6: Před 2 lety jsem měl infarkt.

Věta č. 7 Motá se mi hlava a je mi na omdlení.

Věta č. 8 Můj manžel celou noc zvrací a má průjem.

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha 1 Dotazník pro zdravotnické záchranáře pracující na ZZS

Příloha 2 Souhlas k výzkumu na ZZS plzeňského kraje

Příloha 3 Obrázky

Příloha 1 Dotazník pro zdravotnické záchranáře

Vážená paní, vážený pane.

Jmenuji se Zlata Škábová a jsem studentkou Západočeské univerzity, oboru Zdravotnický záchranář. Ve své bakalářské práci zpracovávám údaje o komunikačních úskalích, které se mohou objevit v neodkladné péči. Chtěla bych Vás poprosit o vyplnění tohoto dotazníku, který by mi velmi pomohl ve výzkumné části práce.

Dotazník je anonymní a nasbíraná data budou použita, pouze a výhradně pro účely a vypracování této bakalářské práce. Vyplnění dotazníku by Vám nemělo zabrat více než 10min, obsahuje 20 otázek.

V případě jakýchkoliv otázek mne neváhejte kontaktovat na e-mail zskabova@gmail.com případně po vzájemné domluvě mou vedoucí práce Mgr. Stanislavu Reichertovou

Velice Vám děkuji za Vaši účast, s přáním krásného dne

Zlata Škábová ZDZ3

1. Jsem

- A) Muž
- B) Žena

2. Na ZZS pracuji

- A) 0 - 5 let
- B) 6 – 10 let
- C) 11 – 20 let
- D) 21 – více let

3. Kolik je Vám let?

- A) 18 – 25 let
- B) 26 – 35 let
- C) 36 – 45 let
- D) 46 – 60 let
- E) 61 – více let

4. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

- A) Středoškolské s maturitou
- B) Vyšší odborné
- C) Vysokoškolské
- D) Jiné

5. Co považujete za největší problém v komunikaci mezi pacientem a zdravotnickým záchranářem?

- A) Stres pacienta
- B) Jazyková bariéra
- C) Neochotu spolupracovat
- D) Nedostatek informací
- E) Jiné

6. Z jakého cizího jazyka jste na střední škole povinně maturovali?

- A) Anglický jazyk
- B) Ruský jazyk
- C) Německý jazyk
- D) Jiný
- E) Žádný

7. Myslíte si, že ovládáte jazyk, ze kterého jste maturovali dostatečně na to, aby jste se, v daném jazyce orientovali ve zdravotnické terminologii?

- A) Ano
- B) Ne

8. Prosím přeložte do cizího jazyka, ze kterého jste maturovali. Pokud nevíte, proškrtněte nebo vynechte.

- | | |
|----------------------------------|---|
| 1) Jak se cítíte? | 7) Motá se mi hlava a je mi na omdlení. |
| 2) Kde Vás to bolí? | 8) Můj manžel celou noc zvrací a má průjem. |
| 3) Léčíte se s něčím? | |
| 4) Trpíte alergiemi? | |
| 5) Kdy ta bolest začala? | |
| 6) Před 2 lety jsem měl infarkt. | |

Otok

Popáleniny

Zlomená noha

Rakovina

Bolest hlavy

Diabetes mellitus

Srdeční selhání

Ztuhlost kloubů

Krevní tlak

Kašel

Puls

Rýma

Horečka

Podchlazení

9. Uvítali byste proplácené jazykové kurzy v rámci Vaší pracovní profese?

- A) Ano
- B) Ne

10. Setkali jste se ve své profesi s nevidomým nebo neslyšícím pacientem?

- A) Ano s neslyšícím
- B) Ano s nevidomým
- C) Ano s nevidomým i neslyšícím
- D) Ne nikdy

11. Při kontaktu s nevidomým nejprve

- A) Dotyčného uchopíme za paži, až poté ho oslovíme, aby věděl, že komunikujeme právě s ním.
- B) Dotyčného nejprve oslovíme co nejbližší u jeho ucha, aby věděl, že komunikujeme právě s ním.
- C) Komunikujeme hlavně s jeho doprovodem

- D) Dotyčného oslovíme z dálky nejlépe jeho jménem, poté se dotykem jeho předloktí, aby mohl lépe určit, kde se nacházíme.
- 12. Pokud jsme s nevidomým v ordinaci (možno zakroužkovat více odpovědí)**
- A) Oznámíme mu, když musíme na moment opustit místnost
- B) Oznámíme mu, kam si může sednout (po vaší levici je židle)
- C) Sedí-li pacient u stolu, oznámíme mu pomocí hodinového systému, co kde leží.
- D) Řekneme pacientovi, že musíme na moment pryč a až se vrátíme, budeme se mu plně věnovat.
- 13. Co je to hodinový systém?**
- A) Pacient má určeno co v jakou hodinu má dělat, má zajištěný určitý systém, který mu pomáhá v orientaci
- B) Nic takového neexistuje
- C) Jde o systém, díky kterému můžeme nevidomému oznámit, kde se přibližně vyskytují věci před ním. Často se využívá u rozložení jídla na talíři.
- 14. Jak správně se má nevidomý vodit v neznámém prostředí?**
- A) Nevidomý jde půl kroku před námi, držíme ho za pas a vedeme ho.
- B) Nevidomému se zeptáme, zdali potřebuje pomoci, pokud ano nabídneme nevidomému ruku a chytne se nás za loket a jdeme tak půl kroku před nevidomým.
- C) Nevidomému tlačíme před sebou
- D) Nevidomému chytíme za ruku a „táhneme“ za sebou
- 15. Jak správně usadit nevidomého na židli?**
- A) Nevidomému přivedeme před židli, posadíme ho a přisuneme
- B) Nevidomému dovedeme k židli, položíme jeho ruku na opěradlo židle a oznámíme mu zde je židle, toto je opěradlo.
- C) Nevidomému přivedeme k židli, podsuneme mu židli ke kolenům a tlakem na ramena ho posadíme.
- D) Nevidomý si poradí sám
- 16. Ovládáte znakový jazyk?**
- A) Ano velmi dobře
- B) Ano základní znaky
- C) Ne jen pár znaků
- D) Vůbec neovládám
- 17. Největší problém neslyšících při komunikaci**
- A) Nesprávná výslovnost hlásek a nesprávná gramatika
- B) Stydlivost za vlastní handicap

- C) Neochota komunikovat s okolím a uzavírání se ve vlastní subkultuře
- D) Snížená schopnost porozumět

18. Při komunikaci s neslyšícím, který odezírá

- A) Mluvíme čelem k neslyšícímu, snažíme se zajistit dostatečné světlo, mluvíme pomalu a artikulujeme více než při běžné řeči.
- B) Mluvíme čelem k neslyšícímu, zajistíme dostatek světla, mluvíme pomaleji, artikulujeme normálně, nepřeháníme artikulaci, snažíme se omezit šumy z okolí (otáčení hlavy mluvení k více osobám najednou)
- C) Mluvíme čelem k neslyšícímu na vzdálenost max. 4-0,5m zajistíme dostatek světla, mluvíme pomaleji, artikulujeme zřetelněji, ale nepřeháníme artikulaci, snažíme se omezit šumy z okolí (otáčení hlavy mluvení k více osobám najednou) užíváme jednoduché věty

19. Co je to daktylní abeceda? (napíšte)

20. Při komunikaci s neslyšícím či nedoslýchavým pacientem je důležité

- A) Zvýšit hlas
- B) Není překážkou, když u rozhovoru kouříme, žvýkáme nebo jíme
- C) Stručně objasnit téma hovoru, odstranit vše co by mohlo narušovat nebo zkreslovat odezírání, nezvyšujeme hlas, mluvíme pomalu a zřetelně a nejlépe bezhlasně.

**Velice děkuji za ochotu a vyplnění dotazníku, s přáním krásného dne
Zlatka Škábová**

Příloha 2 Souhlas k výzkumu na ZZS plzeňského kraje

ŽÁDOST

Ředitel ZZS Plzeňského kraje

MUDr. Roman Sviták

Věc: Žádost o souhlas k provedení dotazníkového šetření mezi zdravotnickými záchranáři, kteří pracují na ZZPK.

Vážený pane řediteli,

Jmenuji se Zlata Škábová a jsem studentkou třetího ročníku bakalářského studijního oboru Zdravotnický záchranář fakulty Zdravotnických studií, na Západočeské univerzitě v Plzni.

Obracím se na Vás, s žádostí o povolení k provedení dotazníkového šetření mezi zdravotnickými záchranáři, kteří pracují na zdravotnické záchranné službě v Plzni (Plzeň město, Plzeň Lidická), v rámci mé bakalářské práce na téma „Úskalí komunikace v neodkladné péči.“

Cílem mé práce je zjistit, jak dobře se zdravotničtí záchranáři orientují v problematice komunikace s nevidomými a neslyšícími pacienty. Dále se ve své práci věnuji tomu, jsou-li zdravotničtí záchranáři schopni komunikovat s pacientem, v cizím jazyce (buď ruský jazyk nebo anglický jazyk). Tyto jazyky jsou vybrány z mého předpokladu, že z jednoho z uvedených jazyků dotazovaní maturovali. A poslední cíl mé práce je zjistit, co považují zdravotničtí záchranáři za největší komunikační problém s pacientem obecně.

Výsledky zpracovaných dotazníků jsou samozřejmě anonymní a budou použity pouze a výhradně pro účely mé bakalářské práce.

Ráda bych Vás touto formou požádala o souhlas k provedení tohoto výzkumu mezi členy ZZS na území Plzeňského kraje.

Děkuji.

S pozdravem Zlata Škábová

V Praze dne 20.1.2012

S provedením dotazníkového šetření:

Souhlasím
 Nesouhlasím






































Odůvodnění:

Plzeň 29.1.2013
V Praze dne

ZDRAVOTNICKÁ ZÁCHRANNÁ
SLUŽBA
PLZEŇSKÉHO KRAJE
301 00, třída Nr. E. Beneše 19
ŘEDITEL
IČO: 453 33 009
Podpis
MUDr. Roman Sviták

Příloha 3 Obrázky

Prstová abeceda pro jednu ruku

	a		k		t		2
	b		l		u		3
	c		m		v		4
	d		n		w		5
	e		o		x		6
	f		p		y		7
	g		q		z		8
	h		r		0		9
	i		s		1		10
	j						

Zdroj: <http://www.nasarodina.sk/article.php?sid=1434>

Prstová abeceda pro dvě ruce

Myslím - rozvoj myslenia nielen pre sluchovo postihnutých



Prstová abeceda - dvojručná



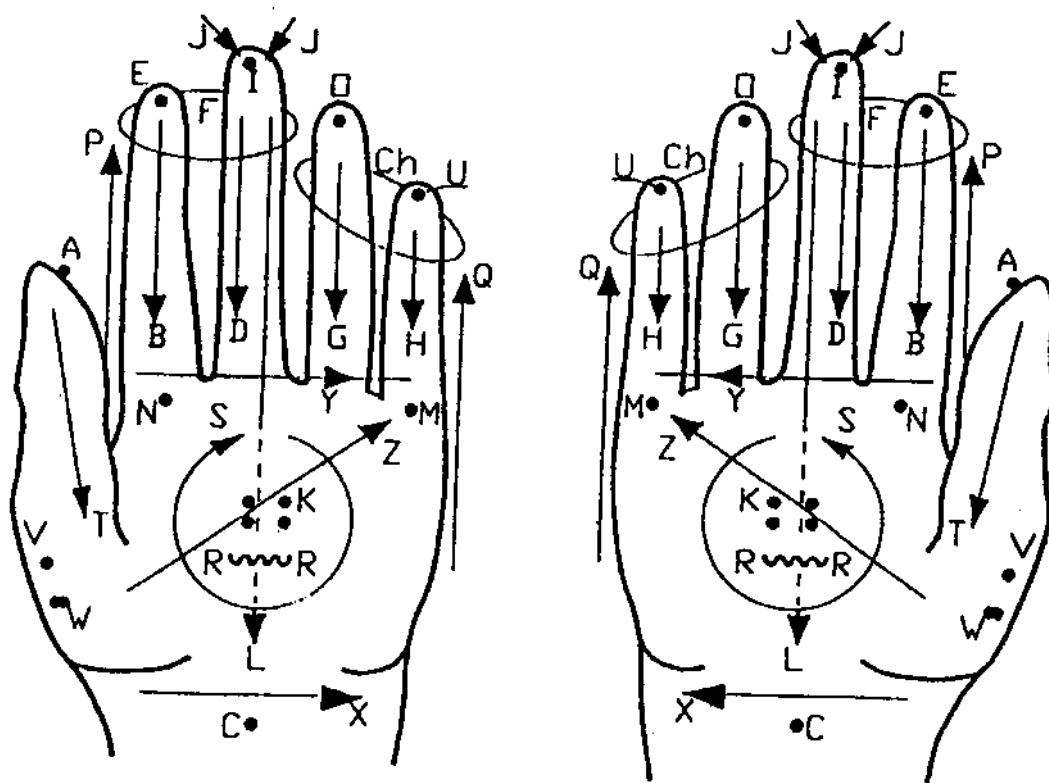
Autor: Michal Hefty, Angela Hefty, Roman Vojtechovský

Foto a dizajn: Matej Kováč

www.myslím.sk

Zdroj: http://www.zzz.sk/userfiles/zzz.sk/image/Clanky/7284/dvojrucna_original.jpg

Lormova abeceda pro komunikaci s hluchoslepými osobami



Zdroj: <http://www.lorm.cz/download/HMN/obsahCD/brozura/img/lormova-abeceda.png>

Příklad piktogramů pro autisty



Zdroj:

http://4.bp.blogspot.com/_1r2Ql6FPSF0/TQIIKYF7OYI/AAAAAAAAAxQ/KaKyViR5SgY/s640/%C4%8CINNOSTI1.jpg

POVOLÁNÍ



Zdroj:

http://2.bp.blogspot.com/_1r2Ql6FPSF0/TQHH4NGPz2I/AAAAAAAAAxA/ICoYpk eYdlQ/s640/POVOL%C3%81N%C3%8D1.jpg