

UNIVERZITA PARDUBICE  
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2019

Kristýna Jiroušová

Univerzita Pardubice  
Fakulta zdravotnických studií

Komunikační dovednosti v praxi radiologických asistentů

Kristýna Jiroušová

Bakalářská práce

2019

Univerzita Pardubice  
Fakulta zdravotnických studií  
Akademický rok: 2017/2018

**ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE**  
(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Kristýna Jiroušová**  
Osobní číslo: **Z15276**  
Studijní program: **B5345 Specializace ve zdravotnictví**  
Studijní obor: **Radiologický asistent**  
Název tématu: **Komunikační dovednosti v praxi radiologických asistentů**  
Zadávající katedra: **Katedra klinických oborů**

Z á s a d y p r o v y p r a c o v á n í :

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

Rozsah grafických prací: **dle doporučení vedoucího**

Rozsah pracovní zprávy: **35 stran**

Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná/elektronická**

Seznam odborné literatury:

1. DEVITO, Joseph A. Základy mezilidské komunikace. 6. vyd. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-2018-0.
2. JANÁČKOVÁ, Laura a Petr WEISS. Komunikace ve zdravotnické péči. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-477-9.
3. MILKULAŠTÍK, M. Komunikační dovednosti v praxi. 1.vyd., Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-2339-6.
4. ŠPATENKOVÁ, N. a J. KRÁLOVÁ. Základní otázky komunikace. Praha: Galén, 2008. ISBN 987-80-7367-477-9.
5. VYBÍRAL, Z. Psychologie komunikace. 2.vyd., Praha: Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-387-1.

Vedoucí bakalářské práce: **Mgr. Lucie Chrudimská, DiS.**

Katedra ošetrovatelství

Datum zadání bakalářské práce: **1. prosince 2017**

Termín odevzdání bakalářské práce: **2. května 2019**

prof. MUDr. Josef Fusek, DrSc.  
děkan

L.S.

Mgr. Jan Pospíchal, Ph.D.  
vedoucí katedry

V Pardubicích dne 4. března 2019

## PROHLÁŠENÍ AUTORA

Prohlašuji, že jsem tuto práci vypracovala samostatně. Veškeré literární prameny i informace, které jsem v práci využila, jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

Byla jsem seznámena s tím, že se na moji práci vztahují práva a povinnosti vyplývající ze zákona č. 121/2000 Sb., autorský zákon, zejména se skutečností, že Univerzita Pardubice má právo na uzavření licenční smlouvy o užití této práce jako školního díla podle § 60 odst. 1 autorského zákona, a s tím, že pokud dojde k užití této práce mnou nebo bude poskytnuta licence o užití jinému subjektu, je Univerzita Pardubice oprávněna ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložila, a to podle okolností až do jejich skutečné výše.

Beru na vědomí, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb., o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších předpisů, a směrnicí Univerzity Pardubice č. 9/2012, bude práce zveřejněna v Univerzitní knihovně a prostřednictvím Digitální knihovny Univerzity Pardubice.

V Pardubicích dne 2.5.2019

.....  
Kristýna Jiroušová

## **PODĚKOVÁNÍ**

Tímto bych ráda poděkovala Mgr. Lucii Chrudimské DiS. jakožto vedoucí mé práce za skvělý přístup, bezproblémové konzultace, cenné rady a náměty. Také bych chtěla poděkovat vedoucím pracovišť, kteří mi umožnili u nich provádět průzkum. Poděkování patří též akademickým pracovníkům za teoretickou i praktickou přípravu k úspěšnému ukončení studia. Za dobré zázemí, podporu a trpělivost děkuji také svým nejbližším, rodině, otci a příteli.

## **ANOTACE**

Tato bakalářská práce se zaměřuje na komunikační dovednosti radiologických asistentů v praxi. Cílem bylo zjistit úroveň a povědomí radiologických asistentů o této problematice a pokusit se zvýšit jejich zájem více se v tomto okruhu vzdělávat. Teoretická část zahrnuje témata, jako je vysvětlení pojmu komunikace a profese radiologického asistenta a dále specifika komunikace s různými druhy pacientů. Ve výzkumné části jsou uvedena data a výsledky ze skrytého pozorování prováděného v různých institucích během mé praxe.

## **KLÍČOVÁ SLOVA**

Dovednosti, komunikace, pacient, radiologický asistent

## **TITLE**

The communication skills in practice of radiological assistants

## **ANNOTATION**

This bachelor thesis is focused on communication skills of radiological assistants in practice. The aim of this bachelor thesis was to find out the grade and knowledge of radiological assistants on this issue and to try to increase their interest in this topic. The theoretical part includes themes such as the explanation of the concept of communication and the profession of radiological assistant and the specifics of communication with different types of patients. In the research part, the data and results from hidden observations carried out in different institutions during my practice are presented.

## **KEYWORDS**

Skills, communication, patient, radiological assistant

# OBSAH

Úvod.....	12
1 Cíl práce.....	14
1.1 Podkapitola cíle práce .....	14
2 Teoretická část .....	15
2.1 ÚVOD DO KOMUNIKACE .....	15
2.1.1 Verbální komunikace .....	16
2.1.2 Neverbální komunikace .....	17
2.2 RADIOLOGICKÝ ASISTENT .....	20
2.2.1 Komunikace v povolání radiologického asistenta .....	20
2.3 KOMUNIKACE S PACIENTY SE SPECIFICKÝMI POTŘEBAMI.....	22
2.3.1 Komunikace s agresivním pacientem .....	22
2.3.2 Komunikace s depresivním pacientem .....	23
2.3.3 Komunikace s úzkostným pacientem.....	25
2.3.4 Komunikace s dětmi .....	26
2.3.5 Komunikace se seniory .....	27
2.3.6 Komunikace s pacientem pod vlivem alkoholu či drog.....	28
2.3.7 Komunikace s cizinci.....	28
2.4 KOMUNIKACE SE ZDRAVOTNĚ POSTIŽENÝMI PACIENTY .....	30
2.4.1 Pacient s tělesným postižením .....	30
2.4.2 Pacient se zrakovým postižením.....	31
2.4.3 Pacient se sluchovým postižením .....	33
2.4.4 Pacient s poruchou řeči .....	34
3 Průzkumná část .....	36
3.1 Průzkumné otázky .....	36
3.2 Metodika průzkumu .....	37
3.3 Hodnotící škála při skrytém pozorování .....	38



3.4	Interpretace výsledků průzkumu .....	40
3.6	Výsledky skrytého pozorování.....	45
4	Diskuze .....	48
4.1	Vlastní názor .....	49
5	Závěr .....	51
6	Použitá literatura .....	53
6.1	Bibliografie.....	53
6.2	Vzorové bakalářské práce .....	55
6.3	Webový zdroj .....	55
7	Přílohy.....	56

## SEZNAM OBRÁZKŮ A TABULEK

Obrázek 1 Graf zdrazení pacientů .....	41
Obrázek 2 Graf oslovení pacientů.....	42
Obrázek 3 Graf podání ruky pacientům.....	42
Obrázek 4 Graf představení se pacientům .....	43
Obrázek 5 Graf edukace pacientů .....	44
Tabulka 1 Výsledky skrytého pozorování .....	40

## **SEZNAM ZKRATEK A ZNAČEK**

FZS            Fakulta zdravotnických studií

NL            Návykové látky

RA            Radiologický asistent

WHO          World Health Organization (Světová zdravotnická organizace)

## ÚVOD

Komunikace je neodmyslitelnou součástí každodenního života, každé profese a ve zdravotnickém povolání je takřka nevyhnutelná pro vytvoření vztahu mezi zdravotnickým personálem a pacientem. Navázání správného profesionálního vztahu bývá často velmi náročné, výběrem vhodných komunikačních dovedností jej ale lze úspěšně vybudovat. Zdravotnický personál, radiologické asistenty nevyjímaje, by se proto měl komunikačním dovednostem učit a snažit se je stále zdokonalovat, neboť komunikace v praxi radiologických asistentů je v mnoha ohledech specifická. Kvalitní komunikace má také významný vliv na průběh hospitalizace pacienta, podstatný vliv na rychlejší uzdravení nemocného a především je předpokladem úspěšné léčby.

Během mé praxe v různých zdravotnických institutech jsem ale vyzorovala, že komunikace s pacienty není vždy úplně správná, často až pomíjívá. Radiologičtí asistenti bývají zaměstnáni větším počtem pacientů, akutními případy a kvantem jiných povinností. Případná komunikace s pacienty pak bývá často omezena jen na nejnnutnější instrukce. Nedostačující komunikace však může vést k nespokojení pacientových potřeb zejména pak v psychosociální oblasti. V důsledku takové komunikace proto může dojít k řadě nedorozumění či komplikací v průběhu poskytování zdravotnické péče jako např. nespolupráce či dokonce agresivita. Pomocí vhodných komunikačních dovedností lze mnoha takovým komplikacím předejít. Myslím si, že některým radiologickým asistentům schází určité komunikační obratnosti, které by jim umožnily s pacienty vhodněji a efektivněji komunikovat.

Prostřednictvím bakalářské práce jsem se chtěla dozvědět více o těchto dovednostech a pozorováním zjistit, v jaké míře jsou tyto zručnosti v povolání radiologických asistentů v praxi. Inspirací mi byl mimo jiné výzkum uskutečněný v letech 2000-2012, který se zaměřoval na zlepšení komunikace a vztahů mezi zdravotníky a pacienty, sledoval úroveň komunikace a důvěru pacientů ve zdravotníky. Výzkum probíhal v mnoha zemích např.: v USA, Kanadě, Německu, Velké Británii, Turecku a Nizozemí, byl prováděn na studentech medicíny z různých ročníků a na zdravotnících. Cílem výzkumu bylo poukázat na důležitost vztahu s ošetřovaným pro správnou a úspěšnou léčbu a následně pozitivní vliv na větší spokojenost pacientů. V závislosti na tom výzkum demonstroval důležitost výuky komunikace na středních a vysokých zdravotnických školách. V závěru byl vyzdvihnut zájem pacientů spolupracovat na výzkumu, a tím se snažit zdokonalit vztah mezi nimi a zdravotníky,

nicméně bylo též poukázáno na nedostatek literatury a výuky právě těchto dovedností. (Ross, 2013)

Otázkou způsobu komunikace a přístupu zdravotníka k pacientovi se má práce zabývat také, ale na rozdíl od výzkumu je zaměřena na několik radiologických asistentů (dále už respondentů či RA) z konkrétních institucí, ve kterých jsem absolvovala praxi během studia na FZS v Pardubicích. Touto prací by se mělo docílit podrobnějších a přesnějších informací týkajících se komunikační obratnosti jednoho konkrétního povolání s mnoha specifickými skupinami pacientů.

Teoretická část mé práce je rozdělena do tří úseků. Nejprve je uveden obecný základ a úvod do komunikace, dále je ve zkratce seznámení s povoláním radiologického asistenta, následně se práce věnuje komunikaci s vybranými skupinami pacientů se specifickými potřebami. Třetí část obsahuje informace o komunikaci se zdravotně postiženými pacienty.

Průzkumná část je tvořena pomocí kvalitativního šetření a posouzení úrovně komunikačních dovedností formou skrytého pozorování respondentů na konkrétních pracovištích po dobu mé praxe. Má splnit následující cíle:

- zjištění míry zkušeností a způsobu komunikace v praxi radiologických asistentů ve vybraných institucích s pacienty různých skupin
- zda respondenti disponují komunikačními dovednostmi v každodenní interakci s pacienty
- zda umějí vhodně komunikovat s pacienty se specifickými potřebami a s pacienty se zdravotním postižením
- jakou důležitost přikládají radiologičtí asistenti komunikaci s pacienty
- jakým způsobem své komunikační dovednosti RA získávají

# **1 CÍL PRÁCE**

Hlavním cílem práce je popsat problematiku komunikace radiologických asistentů s pacienty.

## **1.1 Podkapitola cíle práce**

Dílčím cílem teoretické části je popsat a vysvětlit jednotlivé zásady komunikace zdravotnického personálu (radiologických asistentů) s různými skupinami pacientů.

## 2 TEORETICKÁ ČÁST

### 2.1 ÚVOD DO KOMUNIKACE

*„Nelze nekomunikovat. Každé chování je komunikace. A proto, že neexistuje nechování, nemůže neexistovat komunikace. Paul Watzlawick.“ (Mikulaščík, 2010, str. 15)*

Pro pojem komunikace v literatuře existuje mnoho různých vysvětlení. Komunikace tedy ve zkratce znamená poskytování a vyměňování informací na základě myšlenek. Takové informace mohou být verbální či neverbální, mluvené nebo psané. Je však důležité komunikovat tak, aby si účastníci komunikace navzájem porozuměli. (Špatenková, Králová, 2009, str. 9).

Abychom snadno a rychle uzřeli problém s obtížnou či dokonce vážnoucí komunikací, je nutné pochopit jednotlivé součásti komunikačního procesu. Komunikace vzniká díky **komunikátorovi** (osoba s úmyslem komunikovat) který **kóduje** (podává) svá **sdělení** (zprávy, komuniké). Následující součástí tohoto dění je **komunikační kanál**, neboli cesta, kterou dojde k přenosu informací mluveným nebo psaným slovem, dotekem či nějakým aktem. Pokud by byl tímto elementem komunikační proces ukončen, pravděpodobně by nedošlo k uspokojivé komunikaci. Je proto nezbytné, aby se na druhém konci tohoto kanálu vyskytoval tzv. **komunikant** (osoba, které je sdělení určeno). Ten musí obdržené sdělení **dekódovat** (porozumět mu). Pokud jsou zprávy přijaty a dekódovány, komunikant by na ně měl nějakým způsobem reagovat, dochází tak ke zpětné vazbě. **Zpětná vazba** (tzv. feedback) umožňuje další sdělení tím, že původní komunikátor zpětně reaguje a stává se tedy komunikantem. Celá tato komunikace probíhá v určitém **kontextu**, tj. v prostředí. (Špatenková, Králová, 2009, str. 11)

Komunikuje bezvýhradně každý člověk. I handicapovaní jedinci (např. lidé, kteří mají smyslové postižení, nemohou se pohybovat nebo mluvit atd.), mohou komunikovat. Svá omezení mohou kompenzovat a komunikovat např. očima, výrazem v obličeji, pohyby hlavy, stiskem ruky apod. (Špatenková, Králová, 2009, str. 13) Při jakémkoliv typu komunikace a komunikačního prostředku (neboli kanálu) je nutné, aby komunikace byla efektivní. K tomu je potřeba splnění určitých požadavků, mezi které patří zřetelnost, správnost, úplnost, stručnost a zdvořilost. (Vymětal, 2008, str. 27)

Teorie sociální komunikace říká, že jakmile se setkají dva lidé, nemohou spolu nekomunikovat. (Špatenková, Králová, 2009, str. 12)

### 2.1.1 Verbální komunikace

*„Verbální komunikací se rozumí sdělování prostřednictvím slov, řeči. Jde o sdělování obsahu zpráv a informací.“ (Špatenková, Králová, 2009, str. 35)*

Ve verbální části komunikace se zdravotníci nejčastěji dopouštějí běžných chyb, které se posléze promítají ve vztahu mezi nimi a pacienty. Komunikace pak bývá problematičtější a náročnější a často dochází k úplnému nepochopení či ztrátě podstaty sdělení. (Špatenková, Králová, 2009, str. 35-36)

Mezi nejzákladnější chyby tak patří především neuspořádaní myšlenek před zahájením samotné komunikace, čímž dochází k nepřesnému nejasnému vyjadřování. Další problém může vzniknout při snaze sdělit příliš mnoho informací či instrukcí najednou. Jednou z mnoha chyb také je, pokud pacient dostává informace, které pro něho ale nemají vzájemnou logiku, a tím se tyto informace stávají nesrozumitelnými až chaotickými. Někdy RA v nejistotě, zda pacient chápe jeho sdělení, mluví dál a dál, a tím pacienta informačně zcela zahltlouká. Reakce léčeného je většinou taková, že nakonec zapomene všechno. Chybou také je, pokud RA neregistruje pacientovy reakce a zpětnou vazbu, jimiž kontroluje, zda a jak pacient danou informaci ne/pochopil. Pak se konverzace může zcela vyhnout svému prvotnímu poslání. (Špatenková, Králová, 2009, str. 36)

Při verbální komunikaci mohou vznikat nemístně volenými slovy či slovními spojeními různá nedorozumění (tzv. komunikační šum). Jedním z velmi častých problémů je používání odborných termínů, kterým pacienti nerozumí. Vyšetřovaní ale většinou ve stresu zdravotníkovi potvrdí, že všemu rozuměli. Taková komunikace je však bezúčelná. (Špatenková, Králová, 2009, str. 36) RA by také neměl být ironický a používat nevhodný humor, nebo pacienta ponižovat či srovnávat s jinými pacienty. (Špatenková, Králová, 2009, str. 36)

Sorrorigenie je termín pro označení poškození pacienta RA nebo jiným zdravotnickým personálem. Jedním z jejich zdrojů může být i nevhodná komunikace. Slova pak mohou působit jako jed. Mluva totiž dokáže utěšit, ale i urazit, či dokonce ranit. Zdravotnický personál by měl slovům pacienta naslouchat, dávat najevo zájem o pacienta a brát v potaz jeho přání. Je důležité pacienta povzbuzovat a nelitovat času, který věnujeme komunikaci s ním. (Špatenková, Králová, 2009, str. 37)

Je nezbytné, aby si každý zdravotnický pracovník osvojil schopnosti správné a účelné komunikace, jejíž nedílnou součástí je, aby bral ohledy na zvláštnosti stavu, věku a pohlaví



pacienta a druhu jeho onemocnění či zranění. RA by měl umět pacientům naslouchat, projevovat o ně svůj zájem a brát je s vážností a respektem. Pacienta je důležité povzbuzovat a nikdy nelitovat času s ním stráveným. Během jakéhokoliv vyšetření by měl být pro RA pacient z hlediska komunikace na prvním místě. (Zacharová, Šimíčková-Čížková, 2011, str. 208)

### 2.1.2 Neverbální komunikace

Tento pojem lze charakterizovat jako bezeslovné vyjadřování, které gestem či mimikou může zcela nahradit komunikaci verbální, častěji ale slovní část komunikace jen doprovází. Neverbální komunikace zdůrazňuje působení mluveného sdělení. Prostřednictvím neverbální komunikace lze také odhalit, že řečená slova nejsou pravdivá, např. pacient s bolestivou grimasou říká, že ho nic nebolí. (Špatenková, Králová, 2009, str. 28-29) Neverbální komunikace tvoří až 55 % veškeré komunikace, proto by jí všichni zdravotnický personál měl vnímat a rozumět. (Špatenková, Králová, 2009, str. 38)

Prostřednictvím této komunikace si RA i léčený vytváří počáteční dojem, který bývá pro první kontakt a úvodní komunikaci rozhodující. Proto je neverbální komunikace velice významnou součástí celého komunikačního procesu. (Vymětal, 2008, str. 73)

Jednou z částí neverbální komunikace je **mimika** neboli výraz obličeje. Z obličeje lze vyčíst hodně. Například když se člověk přetvařuje nebo předstírá, v obličeji se ale většinou tváří tak, jak to opravdu cítí. Mezi základní lidské emoce, které lze vyčíst z výrazu ve tváři, patří např. rozčilení, nevědomost, radost, smutek, nervozita, strach apod. (Venglářová, Mahrová, 2006, str. 41)

Další ze složek neverbální komunikace je **proxemika**, která je definována jako

*„vzdálenost, kterou mezi sebou lidé mají, když spolu něco dělají nebo spolu jednají.“*

(Venglářová, Mahrová, 2006, s. 43) Každý jedinec si mimovolně chrání své teritorium a jestliže někdo neznámý překročí jeho osobní území, cítí se ohrožen. Podvědomě se pak brání ústupem a snaží se znovu dostat do pro něho přijatelné vzdálenosti. (Janáčková, Weiss, 2008, str. 19)

**Haptika** je komunikace prostřednictvím doteků. (Venglářová, Mahrová, 2006, str. 40). V ošetrovatelské péči může být letmý dotek na rameno pro pacienta velmi uklidňující, zvláště během stresových situací. Je důležité si však uvědomit, že někdy ale může být i zdrojem nepříjemnosti až agresivity nedůtklivých pacientů, nebo u nemocných, kteří si prožili např. domácí násilí. RA však nemůže předpokládat veškeré možné reakce, a proto je lepší být

přátelský a příjemný, nikoliv vlezlý. Fyzickým kontaktem RA projevuje zájem o pacienta, což převážná většina nemocných uvítá. Dotek má schopnost překonat mnohé bariéry, nevyjímaje toho, že po pominutí prvotního strachu a stresu bývají pacienti sdílnější a RA má možnost se toho o nich více dozvědět, což je pro vyšetřování a následně pro určení správné diagnózy důležité. (Špatenková, Králová, 2009, str. 32)

**Posturologie** je označení pro komunikaci fyzickými postoji, držením a polohou těla. (Venglářová, Mahrová, 2006, str. 45). Poloha rukou, nohou nebo hlavy, směr natočení těla k člověku apod.. Například paže v bok značí nepřístupnost až naštvanost.

**Gesta** „naznačují, co by mohlo být řečeno slovem, ale je považováno za srozumitelnější, když se to ukáže. Gesto může i doplnit verbální projev a tím ho zesílit.“ (Venglářová, Mahrová, 2006, str. 48) Lidé používají záměrná gesta (např. při popisování tvaru) a podvědomá gesta, která si ani neuvědomují, že je činí a právě tato gesta mohou mnohé prozradit. Když má pacient založené či překřížené paže, může to znamenat, že je opatrný vůči prozrazení některých osobních informací. Zrovna tak tím může naznačovat, že je zranitelný a potřebuje ochranu, či že je pro okolní prostředí nepřístupný. (Špatenková, Králová, 2009, str. 33)

**Řeč očí a pohledů** je ve zdravotnické péči velmi důležitá. Očima RA zahajuje každý kontakt s pacientem a v mnoha případech lze vyjádřit pohledem mnohem více než slovy. Přímý oční kontakt je v procesu sdělování ošetřovaným zdravotníkovi chápán jako projevení důvěryhodnosti a pravdomluvnosti a v procesu naslouchání je považován za vyjádření zájmu a srozumění s danou věcí. Proto by se RA měl vždy na pacienta při komunikaci dívat. Jestliže zapojí ještě fyzický dotek, jedná se o projevení intimity. Pokud RA komunikuje s pacientem z odlišné kultury, je nutné znát určité kulturní odlišnosti, neboť co může být běžné či přijatelné v jedné kultuře, nemusí být snesitelné v odlišné kultuře. Je nutné si uvědomit že i například zrakově postižený pacient vnímá, zda s ním je nebo není udržován oční kontakt. (Špatenková, Králová, 2009, str. 30)

Na přechodu mezi verbální a neverbální komunikací stojí **paralingvistika**, která zesiluje nebo zeslabuje slovní sdělení. Mezi projevy paralingvistiky patří např. síla hlasu, tón řeči a hlasitost, rychlost verbálního projevu, plynulost a kvalita řeči, pomlky, parafrázování apod. (Špatenková, Králová, 2009, str. 34-35) Paralingvistika zaujímá až 38 % komunikace. (Špatenková, Králová, 2009, str. 38) Touto částí neverbální komunikace je z velké míry ovlivněna například komunikace s nevidomými pacienty, kteří vnímají okolí převážně sluchem, a také hmatem.

### **Aktivní naslouchání**

*„Aktivní naslouchání je definováno jako stav, kdy aktivně posloucháme druhou osobu, snažíme se porozumět tomu, co nám sděluje. Jsme schopni pozorně vnímat informace, držet se hlavního tématu.“ (Pokorná, 2010, str. 37)*

Naslouchání je jednou ze čtyř základních komunikačních dovedností, mezi které dále patří mluvení, čtení a psaní. Naslouchání je zručnost, kterou se lze naučit, ale není to snadné, jelikož ve většině případů zde působí řada jiných vnitřních a vnějších podnětů, které mohou rozptylovat jak zdravotníka, tak i pacienta. (Mikuláščík, 2010, str. 85)

Nejefektivnější cesta, jak s pacientem navázat působivý vztah, je aktivní naslouchání. Tento způsob komunikace může také radiologickému asistentovi usnadnit rychlé získání potřebných důležitých informací, např. při dotazu pacienta co jej bolí. (Špatenková, Králová, 2009, str. 54)

### **Zpětná vazba**

Zpětná vazba je také jedním z důležitých prvků komunikace s pacientem. Zodpovědný zdravotnický personál by si měl vždy ověřit, zda ošetřovaný danému poučení, informacím či sdělení porozuměl a jestli je správně pochopil. Pacienti bývají často vyděšeni samotným nemocničním prostředím, nemají povědomí o tom, co je čeká a ve stresu z toho, že není něco v pořádku s jejich zdravotním stavem, většinou všechno odkývají. Je třeba pokusit se vžít do pacientovy situace a snažit se jí celé jednání a vystupování přizpůsobit. V případě že RA ošetřovanému vše důkladně a trpělivě vysvětlí je na místě se pacienta zeptat, zda a jak danou věc pochopil. V případě úplného nepochopení či drobnějších nesrovnalostí by měl RA vše objasnit nebo znovu vysvětlit jiným, pro pacienta pochopitelnějším způsobem.

## **2.2 RADIOLOGICKÝ ASISTENT**

Radiologický asistent je nelékařský zdravotnický pracovník působící na pracovištích radioterapie, radiodiagnostiky a nukleární medicíny. Bývá též označován jako radiologický nebo rentgenový laborant.

Za výkony v povolání radiologického asistenta se považují zejména provádění radiologických zobrazovacích metod za účelem diagnostiky, aplikace ionizujícího záření za účelem diagnostiky i terapie a specifické ošetrovatelské péče poskytované v souvislosti s radiologickými výkony. Radiologický asistent provádí činnosti související s radiační ochranou a ve spolupráci s lékařem se tedy podílí na diagnostické a terapeutické péči o pacienta. (dostupné z WWW: [https://cs.wikipedia.org/wiki/Radiologick%C3%BD\\_asistent](https://cs.wikipedia.org/wiki/Radiologick%C3%BD_asistent), [cit. 2019-04-18])

### **2.2.1 Komunikace v povolání radiologického asistenta**

Povolání radiologického asistenta vyžaduje specifické komunikační dovednosti, kterým by se měli budoucí RA učit již během studia, neboť komunikace je základem a neodmyslitelnou součástí veškeré zdravotnické péče. (Zacharová, Hermanová, Šrámková, 2007, str. 81)

Komunikace ve zdravotnické péči je ve skutečnosti výměna informací týkajících se zdraví a ošetřování pacienta mezi ním a radiologickým asistentem. Pacient a RA jsou zároveň vysílačem a přijímačem informací, sdílením informací budují vzájemný vztah, který nadále rozvíjejí. Bez prosperující komunikace mezi zdravotníkem a pacientem je kvalitní ošetrovatelská péče naprosto nepředstavitelná. (Špatenková, Králová, 2009, str. 9)

Vztah mezi jakýmkoliv zdravotnickým personálem a pacientem by měl být rovnocenný, neboť spolu komunikují dvě rovnoprávné lidské bytosti. Ve zdravotnické péči bývá ale tento vztah nevyvážený, jelikož RA je z hlediska své pozice pro ošetřovaného autoritou. RA by proto měl komunikaci do určité míry řídit a rozhodovat o její přijatelné formě a obsahu. (Špatenková, Králová, 2009, str. 9-10)

Každý člověk je originál. Lidé se od sebe vzájemně, nehledě na vzhled, liší především chováním a povahou. Stejně tak, jako jsou rozdílní pacienti, jsou odlišní i zdravotničtí pracovníci. RA se od sebe liší druhem osobnosti, pohlavím, věkem, vědomostmi, dovednostmi a zkušenostmi, pracovištěm atd. Jediné, co mohou mít společného pacienti, jsou jejich zdravotní problémy a diagnózy. Kromě toho je ale každý nemocný naprosto osobitý, každý má svůj životní osud a všichni se nachází v jiné životní situaci. Pacient reaguje na

nemoc či poranění svým jedinečným způsobem, každý z nich se s tím vyrovnává po svém. RA by neměl jakkoliv hodnotit a soudit tyto reakce, ale měl by se snažit takového pacienta bezpodmínečně kladně přijmout, měl by ho respektovat a podporovat. RA a pacienti se vyskytují ve zcela odlišných rolích, což může být někdy příčinou mnoha nepochopení mezi nimi. Pacienti od RA očekávají pozornost, laskavost, pochopení a maximální péči. (Špatenková, Králová, 2009, str. 13-14)

**Respekt** je „*schopnost akceptovat (přijímat) názory a reakce jiného člověka i přes vlastní (a to i nesouhlasné) pocity.*“ (Špatenková, Králová, 2009, str. 22) Respekt neznamená souhlas, nýbrž neodsuzující přístup k pacientovi. Výsledkem by mělo být, aby se pacient cítil pohodlně, bezpečně, chápán a podporován. (Špatenková, Králová, 2009, str. 23)

Následujícím principem vztahu mezi RA a pacientem je **autentičnost**. „*Autentičnost je schopnost být sám sebou v rámci profesní role.*“ (Špatenková, Králová, 2009, str. 24) Znamená to tedy, že si je RA vědom svých vlastních reakcí k pacientovi, např. pokud ztrácí s pacientem trpělivost, dokáže tuto netrpělivost objektivně uznat. (Špatenková, Králová, 2009, str. 24)

Do vztahu mezi RA a pacientem patří též **empatie**. „*Empatie je schopnost vcítit se do toho, co pacient v souvislosti s nemocí a svojí změněnou situací prožívá.*“ (Špatenková, Králová, 2009, str. 25) Empatii lze rozumět jako formě spoluúčasti na pacientově situaci. RA, který zkušeně chápe pacientovu obavu z nemoci či následující léčby, jedná s pacientem přiměřeně jeho stavu a přizpůsobuje mu ošetrovatelské intervence, je tzv. RA empatický. (Špatenková, Králová, 2009, str. 25)

Další zásadní vlastností pro vybudování správného a důvěrného vztahu je **důvěra** a **aktivní naslouchání**. Pacient se nachází v psychicky i fyzicky zranitelné pozici, a proto potřebuje věřit, že je RA důvěryhodný a spolehlivý. Rozhodnutí pacienta, zda bude asistentovi důvěřovat, záleží především na jeho chování. (Špatenková, Králová, 2009, str. 26)

S důvěrou velmi úzce souvisí **důvěrnost**. Pro pacienta je důležité vědět, že údaje a informace o něm a sdělení od něho jsou a zůstanou důvěrné. To znamená, že pacient předpokládá, že RA o něm nemluví tam, kde může informace zaslechnout někdo, pro koho nejsou určeny. Důvěrnost, a s ní spojená mlčenlivost, se týká samozřejmě i telefonických a elektronických informací. Mohou ale vzniknout důvody, které mlčenlivost dokonce vylučují. Patří sem tzv. ohlašovací povinnost, která se vztahuje na týrání, zneužívání nebo zanedbávání osob apod.

Veškeré tyto důvody jsou vymezeny zákonem a každý RA by je měl bezpečně znát.  
(Špatenková, Králová, 2009, str. 26)

## **2.3 KOMUNIKACE S PACIENTY SE SPECIFICKÝMI POTŘEBAMI**

Rozdělení pacientů se specifickými potřebami je velmi rozsáhlé. Pacienti mohou být agresivní, depresivní, úzkostní, psychicky labilní, sociálně znevýhodnění, s trvalým poškozením, onkologicky či jinak těžce nemocní atd. Mnohdy se tato specifika kombinují a komunikace je pak o to složitější. RA by proto měl znát specifika komunikace s těmito jednotlivými skupinami pacientů, aby vždy dosáhl spolu s nemocným co nejefektivnější komunikace.

V této bakalářské práci se nezabývám všemi pacienty se specifickými potřebami, jelikož skupin takových pacientů je mnoho, jsou velmi obsáhlé a zasloužily by si samostatné zpracování. Vybrala jsem tyto skupiny pacientů: agresivní, depresivní, úzkostné, pacienty pod vlivem alkoholu či drog, děti a seniory a na konci této kapitoly se letmo zmíním i o komunikaci s cizinci. Domnívám se totiž, že právě tyto skupiny pacientů se v nemocnicích vyskytují nejčastěji.

### **2.3.1 Komunikace s agresivním pacientem**

Skoro denně slyšíme v médiích o případech, kdy pacient fyzicky napadl ošetřujícího. Agrese je jedním z přirozených druhů chování, který nám zůstal už od dob, kdy naši předkové bojovali o území, potravu či o samotné přežití. Takové chování je spjaté s pudem sebezáchovy a je naprosto přirozené, v dnešní době existují různé prostředky, kterým jej lze utlumit ne však zcela odstranit. (Linhartová, 2007, str. 65)

Agresivita bývá projevem nesnášenlivosti psychické zátěže nebo bolesti, touto cestou často dochází až k násilí. Někdy může zaútočit pacient, kterému byla právě sdělena nepříznivá zpráva či přímo diagnóza. Pacient je zklamaný z omezených možností léčby, z málo nadějných prognóz či z doživotního omezení. Agresivita může být také projevem odreagování se od velké bolesti, která pacienta trápí. Dlouhé čekání v čekárně bývá také zdrojem agresivity. (Linhartová, 2007, str. 66) Agresivita může být rovněž pro některé pacienty „normální“ způsob, jak se vyrovnávat se stresem. (Špatenková, Králová, 2009, str. 85)

Zdrojem agrese může být i pocíťovaná obava z předpokládaného bolestivého výkonu. Pacient se může obávat mnohých znevýhodnění a omezení, která s sebou nemoc přináší. Pochopitelně se agresivně mohou chovat pacienti s duševními poruchami, a to jak v psychiatrických ordinacích tak i jinde. V neposlední řadě se agresivně chovají pacienti pod vlivem alkoholu, drog a psychotropních látek. (Linhartová, 2007, str. 66)

Důležité je, zohlednit stupeň a přiměřenost agresivity situaci, aby si RA všiml všech neverbálních projevů komunikace. U agresivního pacienta může RA pozorovat podupávání nohama, nervózní popocházení, ale i kopání do prostoru a předmětů. Pacient může silně gestikulovat celými pažemi a tlouct předměty o stůl. Může nepravidelně a hlasitě dýchat a lze slyšet agresi v řeči, která se projevuje vulgarizmy, urážkami a výhrůzkami. Narušování osobní zóny, nespolečenské naklánění se do obličeje všem přítomným osobám, může být také signálem hrozícího nebezpečí. (Linhartová, 2007, str. 66-67)

Při komunikaci s agresivním pacientem se upřednostňuje jednání, které tlumí agresi, jelikož pacient většinou od zdravotníků očekává také agresivní odpověď. Pokud se jí nedočká, je překvapen a zaskočen a po nějaké době volí přijatelnější způsoby. (Linhartová, 2007, str. 67)

Existují určitá obecná pravidla, jak zvládnout komunikaci s agresivním pacientem. V prvé řadě by RA měl nechat pacienta chvíli mluvit, aby zjistil, čím je emoční jednání způsobeno a čím jej lze vysvětlit, popř. omluvit. To je velmi důležité pro volbu způsobu, jak dále komunikovat. Na místě je, aby RA udržoval od pacienta bezpečnou vzdálenost a respektoval vzájemné osobní prostory. Měl by se snažit silně gestikulujícího pacienta posadit a vyzvat ho ke klidnému dýchání. RA by se určitě neměl nechat vyprovokovat k hrubému a vulgárnímu chování, které se pak může obrátit proti němu. Významnou roli hraje zdravotníkův hlas, proto by měl mluvit klidným a vlídným hlasem. Měl by udržovat oční kontakt a neměl by projevovat výrazné obličejové grimasy jako např. zvedat obočí, měl by sedět nebo stát klidně a snažit se nedělat prudká gesta. Pokud je příčina hněvu oprávněná, je vhodné a důležité se ošetřovanému omluvit. To většinou vede ke zmírnění agrese. Snahou RA by mělo být uklidnění situace a obnovení pacientovy důvěry. (Linhartová, 2007, str. 69)

Nevhodnou volbou pro komunikaci s agresivním pacientem je protiútok, kdy agresivní pacient křičí a RA začne křičet také, protože tím dochází k rostoucí agresivitě pacienta. Nedoporučuje se také omlouvání svého kolegy za jeho nevhodné chování, jelikož pak se z RA může stát v očích pacienta „spolupachatel“. Naprosto nepřijatelné je urážení a zesměšňování pacienta či vulgární vyjadřování a ironizování. (Špatenková, Králová, 2009, str. 89)

### **2.3.2 Komunikace s depresivním pacientem**

V běžné péči se RA může často setkávat s depresivními pacienty. Depresivní prožívání vzniká při zvýšené zátěži, např. při onemocnění, při péči o blízkého nemocného člověka, při obavách o vlastní zdraví či zdraví příbuzné osoby atd. Ne vždy se musí jednat o duševní poruchu. (Venglářová, Mahrová, 2006, str. 89)



Mezi nejnápadnější projevy depresivního pacienta patří smutek, nezáměr, nerozhodnost, zpomalená řeč a hlas, bezmoc, mluvení o odchodu ze života atd. Někdy se dokonce může vyskytnout pokus o sebevraždu. Deprese je nemoc, kterou není snadné diagnostikovat a léčit ani za pomoci nejnovějších léků. (Linhartová, 2007, str. 72)

Depresivní pacient bývá velmi citlivý na okolnosti svého zdraví a často somatizuje své psychické potíže, které ho pak vedou k lékaři. Takový pacient může působit jako „simulant“, není však dobré toto brát na lehkou váhu, jelikož upuštěním od důležitosti jeho případu může depresivní pacient způsobit cokoli. Je také důležité zohlednit rozdíl mezi depresivním a přecitlivělým pacientem. Při komunikaci s depresivním pacientem by RA měl vážit každé slovo, protože pacient je velmi vztahovačný. Neměl by pacienta okřikovat ani nabádat, aby už nebyl smutný, protože to mu skutečně nepomůže. Také apel na pevnou vůli není příliš vhodný, pacient může propadnout pocitům viny a až přílišné sebelítosti. RA by měl vědět, že pro pacienta je nemožné zvládnout depresi vlastní vůlí. (Linhartová, 2007, str. 72)

V počátku ošetřování mívá RA tendenci pomáhat pacientovi, podporovat ho v jeho těžké situaci, ale pokud je výsledkem negativní, nulová či dokonce záporná reakce, RA se většinou stáhne a začne šetřit silami, tímto však nastává nekvalitní péče o pacienta. Pacient dává najevo, že snaha nemá smysl, a proto je péče o něj tak obtížná. Taková péče pak bývá pro RA dvojnásobně vyčerpávající, RA se musí snažit komunikovat s nemocným a rovněž by měl přesvědčit nemocného, aby se sám snažil také. Velkým a nejzávažnějším rizikem u depresivních pacientů je možnost sebevražedného chování. (Venglářová, Mahrová, 2006, str. 89) Proto se mezi lékařem a depresivním pacientem uzavírá tzv. „antisuicidální (protisebevražedná) smlouva“ neboli dohoda, že po určité době nepodnikne pacient žádné pokusy k ukončení života. (Venglářová, Mahrová, 2006, str. 90) Psychologové tvrdí, že tato smlouva bývá dodržována. (Linhartová, 2007, str. 72)

RA velmi často chybují v komunikaci s tímto typem pacientů. Nejčastější chybou je bagatelizování, zlehčování pacientových potíží. Pacient pak propadá dojmu, že mu nikdo nerozumí. Mnohdy se stane, že chování depresivního pacienta vygraduje až v agresivitu bez závažnější příčiny, může to být jen jedním z depresivních projevů takto nemocného pacienta. RA také mohou doporučovat nové aktivity, které ovšem mohou pacienta přetěžovat. Také není vhodné nucení pacienta k rozhodování, jelikož pohled do budoucnosti nepomůže současnosti. Oproti tomu se může vyskytnout přílišná liberálnost, tj. ponechání pacienta sama sobě, jejíž riziko spočívá v tom, že pacient nezvládne ani běžné denní činnosti. (Venglářová, Mahrová, 2006, str. 90)

Komunikace s depresivním pacientem je náročná a zatěžující, vyžaduje hodně trpělivosti a času. Jestliže ale RA s pacientem vhodně nekomunikuje, problém se prohlubuje. (Linhartová, 2007, str. 73)

### **2.3.3 Komunikace s úzkostným pacientem**

Úzkost lze definovat jako „*nepříjemný emoční stav provázený obdobnými psychickými i somatickými znaky jako strach, s tím rozdílem, že příčina úzkosti není známá.*“ (Špatenková, Králová, 2009, str. 90) Může se vyskytovat u většiny nemocí. (Janáčková, Weiss, 2008, str. 78)

Úzkost může být normální nebo patologická. Normální úzkost je projevem strachu v těžkých či stresově (nervově) náročných životních situacích (např. těžko řešitelný vnitřní konflikt). Člověk musí na tuto situaci nějakým způsobem reagovat. Lidé mají řadu zvládacích a obranných mechanismů, které vedou buď k znovuoobnovení psychické rovnováhy, nebo naopak k tvorbě systémové psychické deformace. Oproti tomu patologická úzkost se může projevovat nadměrnou úzkostí, nebo naopak nedostatkem úzkosti. (Vymětal a kol., 2007, str. 65)

Úzkost se projevuje neklidem, pocením, třesem, poruchami koncentrace, poruchami pozornosti, rychlým a povrchním dýcháním. Mezi klinické příznaky úzkosti patří svíravý pocit za hrudní kostí a výraznější bušení srdce. Úzkostný pacient se neustále na něco ptá, některé otázky bývají i často opakovány a radiologickým asistentem nepochopeny, protože z hlediska osoby, která úzkostí netrpí, nejsou ani takové dotazy podstatné a jsou tedy pro RA neočekávané. (Špatenková, Králová, 2009, str. 90) Úzkost může také být povahovým rysem pacienta. (Linhartová, 2007, str. 69)

Úzkostný pacient se chová tak, aby získal potřebnou péči, je rád v blízkosti spolehlivého RA. Ten ale mívá tendenci spíše unikat, jelikož takový pacient budí většinou negativní pocity, a to proto, že jeho potřeba blízkosti a ochrany je neadekvátní situací. (Venglářová, Mahrová, 2006, str. 91)

Při komunikaci s úzkostným pacientem by měl být RA vnímavý vůči všem příznakům úzkosti, měl by se snažit pochopit pacientovy pocity a ukázat mu zájem o něj samotného. Nejsou vhodné prázdné fráze typu: „zítra vám bude líp“, nebo „nejste sám kdo má takové problémy“. RA by se vždy měl snažit identifikovat zdroj úzkosti a pomoci pacientovi vyjádřit či vyslovit jeho pocity. Důležitá je pomalá, krátká, jasná a srozumitelná řeč. Také přiměřené a vhodné informace pomáhají zmírňovat pacientovu úzkost. Pokud pacient trpí silnou úzkostí,

je vhodné, aby lékař zajistil konzultaci s psychologem. Někdy se úzkost může vystupňovat až do takové fáze, že se lékař rozhodne pro medikaci léků, nejčastěji anxiolytik (léky odstraňující psychické napětí). (Špatenková, Králová, 2009, str. 91-92)

Zásadní chybou v komunikaci s úzkostným pacientem je vyhýbání se kontaktu s ním, jelikož důsledkem je jen zvýšení jeho úzkosti. Není také vhodný rodičovský přístup, kdy RA přijímá dominanci nad pacientem, což může podporovat pacientovy nečekané či nezralé reakce. Je třeba, aby si RA uvědomil, že pokud se bude chovat jako rodič, pacient bude reagovat jako dítě. Není též vhodné, aby RA zatěžoval pacienta zbytečnými detaily a nepodstatnými informacemi či otázkami, které jen zvyšují jeho úzkost. (Venglářová, Mahrová, 2006, str. 92) Jednou z možností způsobení úzkosti může být i tzv. „Syndrom bílých plášťů“ (strach pacienta, vyvolaný lékařským prostředím).

### **2.3.4 Komunikace s dětmi**

Jak mluvit, aby děti poslouchaly, jak naslouchat aby děti důvěřovaly?

Komunikace s dětmi není vždy jednoduchá. Nejprve RA musí zohlednit věk a stádium vývoje dítěte, měl by se snažit být přátelský, stručný a jednat s dítětem přiměřeně jeho věku. Nelze komunikovat shodně s předškolákem jako například s adolescentem. V přístupu k dítěti dosti záleží na jeho kooperaci, zda je dítě ochotno spolupracovat samo, nebo jestli je plně závislé na rodičích. V případě, že je dítě v doprovodu rodičů, nejlepším způsobem spolupráce je nejprve se na podstatu problému vyptat rodičů a posléze se zaměřit na komunikaci se samotným malým pacientem. V případě úplné závislosti dítěte na rodičích je vhodné informace vysvětlit jim, nechat je s dítětem pracovat samotné a pouze přihlížet. Děti bývají často ve strachu myslí nepřítomny a někdy nechápou, co je po nich požadováno. Přítomnost zdravotnického personálu jejich strach a úzkost může jen zvětšovat, ve spolupráci s rodiči tak leckdy poslouchají více, jelikož si připadají být v bezpečí. Někdy ale, především v případě rozmazlenějších dětí, platí naopak více jednání RA jakožto cizí autority. Práci s dítětem je vhodné omezit na nejnutnější péči, jelikož děti bývají vystrašené a při prodlužování vyšetření mohou být nevrle či znuděné. S tím pak souvisí následující rozmarnost, otrávenost dítěte, která může vygradovat v pláč nebo v agresi. (Ginott, 2014, str. 112)

Ve spolupráci s dítětem jsou důležité jeho vlastnosti, jako jsou: ostych vs. suverénnost, strach vs. zvědavost, precitlivělost vs. hrdinství. Malým dětem je potřeba plně se věnovat a sledovat jejich reakce popřípadě je možno využít úplatkové metody: „Když to vydržíš, dostaneš obrázek, bonbónek.“

Komunikace s dětmi by měla být stručná, pravdivá a trpělivá. Není vhodné, aby na dítě mluvil najednou více lidí, RA by také měl dítěti naslouchat a nechat jej vždy domluvit. Lepší komunikaci také přispěje dítě za vše pochválit. Opět je však důležité snažit se vžít do pacientovy osobnosti.

### **2.3.5 Komunikace se seniory**

Ukazuje se, že udržení vysokých schopností až do stáří je vždy výrazem silné osobnosti. Skutečností však zůstává, že v průběhu života člověka dochází k zákonitým změnám v poznávacích schopnostech, paměťových schopnostech, vnímání, motorické koordinaci a jiným fyzickým změnám jako například zhoršení sluchu, zraku, nález dalších onemocnění. V případě, že tyto změny vyvrcholí v nesamostatnost seniora v běžných každodenních dovednostech, měl by si RA uvědomit, že tato skutečnost nepůsobí na seniora kladně ani po psychické stránce. Při ošetřování seniorů je nutné zvláště v oblasti sociální komunikace dbát na dodržování základních pravidel, která umožní člověku co nejdelší aktivní účast ve společenském životě a pomohou mu překonat krizové okamžiky života jako například ztrátu blízkých. (Pokorná, 2010, str. 12-15)

Ve spolupráci se seniory musí brát RA ohledy na to, zda je nebo není senior soběstačný, zda plně rozumí a dbát na zpětnou vazbu. RA by si měl uvědomit, že většina seniorů ztrácí smysl života a cítí se nepotřební či odmítnutí. Proto je pro ně komunikace s kýmkoliv velmi často považována za formu terapie, z této příčiny je pochopitelné, že taková komunikace bude pro RA časově dosti náročná. RA by měl pacienta správně oslovit, což přidává jeho sebeúctě, chránit jej před zesměšňováním a pohrdáním, rozhovor vést trpělivě s ohledem na sluchové a zrakové možnosti, vyjadřovat se srozumitelně a vždy se ujistit, zda pacient porozuměl. I v tomto případě je důležité aktivní naslouchání, schopnost a ochota nechat pacienta hovořit a diskutovat s ním o tématech, která ho tíží a kterým se obvykle většina lidí vyhýbá. Při rozhovoru nespěchat, neprojevovat netrpělivost či podrážděnost, uplatnit empatii a sociální cítění. (Pokorná, 2010, str. 96)

I když stáří není považováno za nemoc, ale za přirozený fyziologický proces, je nutno mít na mysli, že jej provázejí nemoci a společně pak dochází k celkové změně osobnosti člověka, zdravotník by měl mít na mysli vždy i psychickou stránku osobnosti. U starších nemocných dochází ke změnám základních adaptačních funkcí. U některých stárnoucích jedinců je možné zhoršení poznávacích procesů, které je dáno především změnami smyslového vnímání. Od těchto změn se následně odvíjejí i změny paměti, představivosti a myšlení.

U nemocných nad 65 let by měl zdravotník počítat i s možnou začínající demencí, která nedovolí trvalejší uchování informací, které RA nebo lékař pacientovi poskytují, i přesto však musí s pacientem jednat s úctou.

### **2.3.6 Komunikace s pacientem pod vlivem alkoholu či drog**

Komunikace s takovým pacientem je velmi specifická a špatně definovatelná. Na některých pacientech je vliv omamných látek vidět na první pohled, na některých pacientech až po delší době, může se také projevit až s výskytem určitého podnětu.

Celkové chování nemocného pod vlivem návykové látky vychází především z jejího typu. Při užití NL se stimulačním efektem je patrná značná aktivita (hypermobilita), rychlé hovoření až drmolání, nadměrná rychlost běžných pohybů, které jsou často nekoordinované a nelogické. U této osoby může být běžné okolí zdrojem nervozity, neklidu až startovním podnětem k neadekvátní reakci. Při užití NL s tlumivým efektem (opiáty, hypnotika, sedativa, a některé halucinogeny) je patrná výrazná ospalost, dechová nedostatečnost, plačtivost. Zrádné jsou u těchto osob nevypočitatelné změny chování a následné reakce, z útlumu procitnutím do bdělého stavu a naopak a to třeba i několikrát za sebou. Komunikace s osobou pod vlivem NL by měla být velmi obezřetná, cílevědomá, výstižná a stručná. Při takové komunikaci je vhodné dodržovat bezpečnou vzdálenost, komunikovat klidně, rozvážně a volit vhodnou hlasovou intonaci. (Burnard, 1992, str. 41)

Pacienti pod vlivem alkoholu bývají často nemotorní až hrubí. S takovými pacienty musí RA komunikovat opatrně a s vhodným přístupem. Je nutné mluvit hlasitěji, vše několikrát opakovat a zdůrazňovat. V případě, že by byl pacient až moc agresivní či nezvladatelný, je RA oprávněn vyšetření neprovést a zavolat potřebnou pomoc.

### **2.3.7 Komunikace s cizinci**

Každý zdravotník, který poskytuje péči pacientům z různých kultur, by měl být vybaven alespoň základními znalostmi z oblasti multikulturního ošetřovatelství. Při komunikaci s cizinci je výhodou jazyková obratnost RA. Multikulturní komunikace ulehčuje sociální interakci a vzájemné porozumění příslušníků různých kultur. RA by se měl snažit dorozumět s cizincem v jeho jazyce, nelze ale umět všechny mluvy světa a v takovém případě je dosti důležitá znalost projevů neverbální komunikace a sledování zpětné vazby pacienta. Takzvaná řeč těla často zprostředkuje pocity člověka lépe než slova, člověk vyjadřuje snáze emoce, povzbuzení i porozumění. Od každého RA je tak očekáváno využití komunikačních vědomostí a schopností se zřetelem na jiné kultury. (Burnard, 1992, str. 12)

Důležité v komunikaci s cizinci je též respektování jejich etnických zvyků, názorů, tradic, kulturní specifikace jedince, rodiny či komunity, zvyklostí, etiky atd. Každý RA by měl pojímat kulturní kompetence, což je způsobilost k poskytování kulturně senzitivní péče.

Každého příslušníka jiné kultury je třeba vnímat jako jedinečnou individualitu, vyčlenit si pro něho dostatek času a klidné prostředí pro komunikaci, zjistit v jakém jazyce je komunikace možná. RA by se měl naučit slova základní komunikace v jazyce příslušníků odlišné kultury. Dále je vhodné používat jednoduchá slova a spojení, kterým příslušník jiné kultury rozumí. RA by měl hovořit pomalu, zřetelně artikulovat, informace i vícekrát opakovat a požádat cizince o opakování sděleného, čímž si ověří správné pochopení sdělené informace. Ponechat příslušníkům jiné kultury dostatek času na vyjádření svých potřeb. Používat úsměv, gesta, mimiku, obrázky pro lepší pochopení vzájemné komunikace. Všimnout si projevů verbální ale i neverbální komunikace. Hledat kompromisní řešení, zabezpečit zprostředkovanou komunikaci pomocí cizojazyčných slovníků anebo tlumočnicka, především by měl být RA trpělivý, ohleduplný a tolerantní ke všem typům projevů příslušníků jiných kultur. (Burnard, 1992, str. 11-14)

## 2.4 KOMUNIKACE SE ZDRAVOTNĚ POSTIŽENÝMI PACIENTY

WHO uvádí, že v jednotlivých zemích je 5 až 19 % celkové populace zdravotně postižených. (dostupné z WWW: <http://www.sons.cz/bariery/>, [cit. 2019-01-13])

U některého pacienta se může vyskytnout chronická nemoc, na základě které může vzniknout zdravotní postižení, např. u roztroušené sklerózy. U jiného pacienta může jít o trvalé postižení, které ale nevyžaduje dlouhodobou péči, a proto by RA neměl chápat takového pacienta jako nemocného. (Ptáček, Bartůněk a kolektiv, 2011, str. 261)

V naší společnosti existují bohužel různé projevy pohrdání, odporu a vyhýbání se kontaktu se zdravotně postiženými. Také různé mýty a stereotypy, které stigmatizují zdravotně postižené pacienty, a tím snižují jejich sociální status. (Kalvach, Čeledová, Holmerová a kol., 2011, str. 35)

Při komunikaci s těmito pacienty by RA měl užívat správnou terminologii. Dříve užívané výrazy, např. mrzák, invalida (výjimkou je jen zachovaný pojem „invalidní důchod“), jsou dnes zcela nepřijatelné. V naší společnosti je asi 10% osob se zdravotním postižením a tento počet se zvyšuje s věkem, výrazně stoupá od 60 let. Mezi hlavní uváděné skupiny se zdravotním postižením patří osoby s tělesným postižením, se zrakovým postižením, se sluchovým postižením, osoby s vnitřním postižením (osoby s „civilizačními chorobami“), s mentálním postižením a osoby s těžší poruchou řeči. Také psychiatričtí pacienti (zejména psychotici) a osoby s demencí patří do skupiny osob se zdravotním postižením. Někdy se RA může setkat s pacientem, u kterého se vyskytuje několik druhů postižení najednou, pak se jedná o kombinované postižení. Kombinovaná postižení mívají často stejnou etiologii, ale nemusí tomu tak být vždy. Nejčastěji se tento pojem používá u osob, které trpí mentálním postižením kombinovaným např. se zrakovým postižením. Bohužel někteří laici se domnívají, že všechny osoby se zdravotním postižením jsou postiženy i mentálně. (Ptáček, Bartůněk a kolektiv, 2011, str. 261-262)

RA by měl umět využívat současných pacientových komunikačních schopností a podporovat jeho nezávislost i v oblasti komunikace. (Špatenková, Králová, 2009, str. 99)

### 2.4.1 Pacient s tělesným postižením

Tělesné postižení vnáší do komunikace mezi zdravotníkem a pacientem určité zvláštnosti. Záleží na tom, jak je pacient smířen a sžit se svým postižením a do jaké míry je soběstačný. Tělesně postižený pacient by měl být smířen s tím, že už nikdy nebude plně zdravý, a tím může

být narušená jeho kvalita života. V případě, kdy je pacient např. čerstvě po úrazu po kterém zůstal invalidní, nemusí být vždy s aktuálním stavem dosud vyrovnán nebo seznámen, a tak je třeba dbát i na pacientovu psychickou stránku. Tělesné postižení se projevuje především různými poruchami hybnosti, které způsobují omezenost při uskutečňování určitých aktivit. (Špatenková, Králová, 2009, str. 106)

Tělesné postižení však nezapřičiňuje vážnou komunikační bariéru. Překážky v komunikaci způsobují spíše RA ve svém myšlení a chování při pohledu na takto handicapovaného pacienta. RA by si proto měl nejdříve ověřit stupeň pacientovy nesamostatnosti/samostatnosti, aby věděl, jakou pomoc bude pacient potřebovat. Měl by vždy respektovat jeho možnosti. Činnosti, které pacient zvládne sám, by RA nikdy neměl vykonávat za něj. V případě, že si pacient sám o podporu nepožádá, je slušností se jej zeptat zda nepotřebuje pomoci. Pokud ale pacient pomoc odmítne nebo o ni nestojí, není vhodné se mu vnučovat. (Špatenková, Králová, 2009, str. 106)

Dále by se RA neměl vyhýbat komunikaci s tělesně postiženým pacientem, protože toto postižení obvykle neznamena komunikační deficit. Velmi důležité je, aby RA vždy předpokládal normální inteligenci pacienta, a to i přes různé atypické projevy, např. spazmy. Měl by bedlivě pozorovat verbální i neverbální komunikaci, oceňovat a chválit pacienta. Vždy by měl odstranit všechny možné překážky, které by mohly pacientovi vadit. Pokud je pacient upoután na vozíčku, je vhodné, aby si RA přidřepł nebo sedl a měl tak s pacientem oči ve stejné výši. RA mívají sklon být vůči tělesně postiženým pacientům nadměrně aktivní, ale je to zbytečné, neboť tito pacienti si velmi cení své sebemenší nezávislosti. (Špatenková, Králová, 2009, str. 107)

#### **2.4.2 Pacient se zrakovým postižením**

Zrak je nedílnou součástí života každého z nás. Přesto se však RA může setkat s jedinci, kteří jsou částečně nebo úplně nevidomí. K těmto pacientům musí RA přistupovat individuálně. Neodmyslitelnou součástí komunikace je mimika tváře a celkové projevy těla, které doprovází slovní neboli verbální projev. Pacient bez zrakového postižení získává cca 70-80 % informací právě prostřednictvím zraku. Pacienti trpící zrakovým postižením jsou však o tyto projevy připraveni, a tak se jim nedostává úplného sdělení informací. Při manipulaci a komunikaci se zrakově postiženým jedincem je důležité udávat jasné pokyny a informace, které vystihují danou situaci. Při chůzi je důležité stát po pacientově boku a doprovázet ho. (Špatenková, Králová, 2009, str. 104)



Jak by tedy měl RA správně komunikovat s pacientem se zrakovým postižením? V první řadě by měl radiologický asistent konfrontovat nevidomého pacienta jako první, jelikož jej pacient nevidí. RA zaklepe na dveře kabinky, po krátkém časovém intervalu kabinku otevírá a pozdraví. Tón a síla hlasu by měli zůstat ve stejném měřítku jako při komunikaci s pacientem bez tohoto postižení. Následuje představení své osoby a sdělení funkce, kterou RA vykonává. U nevidomého pacienta si lze všimnout, že zrak byl nahrazen zbystřením ostatních smyslů jako je například sluch a hmat, proto by radiologický asistent při příchodu do kabinky měl nabídnout rámě se slovním komentářem. Tímto krokem dochází k usnadnění manipulace s pacientem, a také se zvýší pacientova jistota v neznámém prostoru, pacient se bude cítit komfortněji. Veškerou manipulaci by měl doprovázet slovní komentář, který bude nevidomého informovat o následujících krocích, např.: „Teď Vás to bude trochu tlačit...“ Nedílnou součástí komunikace se zrakově postiženým je oční kontakt, ačkoliv se toto tvrzení může zdát absurdní a zbytečné. Nevidomí vycítí, zda jim RA věnuje plnou pozornost, tudíž i oční kontakt. Osobními věcmi pacienta by RA neměl manipulovat, věci by měly zůstat na místě, kam si je pacient uložil. Pokud je nutné pacienta někam odeslat, např. na další vyšetření, je potřeba, aby měl pacient doprovod, nebo jej doprovodit osobně. Projevy lítosti jsou u takového pacienta netaktní a nemístné. (Špatenková, Králová, 2009, str. 104-105)

V žádném případě by RA nikdy neměl pacienta litovat a dělat z něj méněcenného člověka. (Kutnohorská, Cichá, Goldmann, 2011, str. 122)

Pokud je nezbytné, aby RA nevidomého pacienta doprovodil na určité místo, měl by znát jednoduchá doporučení. Důležitou součástí komunikace je zdvořilostní otázka, zda pacient potřebuje naši pomoc, jelikož ne vždy ji tito pacienti vyžadují. Pokud pacient chce, nebo potřebuje pomoc, měl by mu RA nabídnout předloktí a jít o krok před pacientem. Důležité je přizpůsobit rychlost chůze pacientovi. Nevidomí pacienti v neznámém prostředí bývají nejistí, od toho se odvíjí i tempo jejich chůze-je pomalejší. Zásadní chyba, která se objevuje při doprovodu pacienta, je pokud jej RA strká před sebou, nebo ho naopak za sebou vleče, namísto aby jej vedl. Pokud RA potřebuje zahrnout doprava nebo doleva, nemusí to pacientovi říci, neboť to pacient vycítí pohybem jeho těla. Vždy je nezbytné, aby RA hlásil zvláštnosti terénu, např. schody, úzký průchod atd. Při chůzi po schodech je důležité, aby RA nahlásil pacientovi první a poslední schod a také jej upozornil, jaký směr schody mají, zda budou klesat nebo stoupat. Při vstupu do kterékoliv místnosti by dveře měl otvírat RA a pacient by je měl zavírat. Rozhodně by neměl pacienta dveřmi protlačovat. Měl by pacientovi popsat

prostorové rozložení místnosti. Je důležité, aby RA dal pacientovi jasné a stručné instrukce a vyhýbal se slovům typu: „támhle je ...“. (Špatenková, Králová, 2009, str. 105-106)

Pacient se zrakovým postižením mívá velmi dobře vyvinutý čich, hmat a sluch. Prostřednictvím sluchu může proto velmi dobře rozpoznat odvrácenou tvář a může to pak vnímat jako aroganci, nezájem ... (Linhartová, 2007, str. 83)

### **2.4.3 Pacient se sluchovým postižením**

Pacienti se sluchovým postižením mají lepší orientaci než zrakově postižení jedinci. Komunikační přístup k neslyšícím by se měl lišit dle druhu jejich postižení. U tohoto onemocnění rozeznáváme několik stupňů ztráty sluchu: mírná ztráta sluchu, střední, těžká a úplná ztráta sluchu. Jedinci trpící mírnou ztrátou sluchu mají problém sledovat řeč v prostředí, kde je hluk. U střední ztráty sluchu už je potřeba sluchadlo, bez něho mají jedinci problém sledovat tok konverzace v normálním prostředí. Těžká ztráta se prokazuje tím, že jedinec bez sluchadel nebo implantátů vůbec neslyší. Při úplné ztrátě sluchu je jedinec odkázán na odezírání ze rtů či znakovou řeč. Úplná hluchota se dále rozděluje do dvou skupin. Do první skupiny (nelingvální) řadíme ty pacienty, kteří ztratili sluch ještě dříve, než se naučil mluvit. Do druhé skupiny (postlingvální) řadíme ty, kteří přišli o sluch v období, kdy již řeč plně ovládali. Dále se sluchová postižení rozdělují na nedoslýchavost a hluchoslepotu, tj. kombinovanou senzorickou vadu.

Neslyšícího pacienta ne vždy můžeme rozeznat na první pohled. To může v praxi vést k tomu, že se člověk se sluchovým postižením může dostat do nepříjemných situací, kdy je svým postižením limitován. (Linhartová, 2007, str. 88)

WHO klasifikuje sluchové postižení na lehkou nedoslýchavost, při které handicapovaný rozumí slyšené řeči ze vzdálenosti 6-4 m. U středně těžkého postižení sluchu pacient rozumí řeči z 2-4 m, dále sem zařazují úplnou hluchotu, ale také stařeckou nedoslýchavost, kterou zapříčiňuje ztráta sluchových buněk. Další součástí tohoto rozdělení je ušní šelest neboli tinitus, který můžeme popsat jako pískání v uších a jímž trpí až 17% populace a ve věku 60-65 let již každý druhý člověk. Tento zvuk je vytvořený nervovým systémem ucha ve spolupráci s mozkem. (Ptáček, Bartůněk a kolektiv, 2011, str. 297)

U většiny sluchově postižených pacientů se vyskytují zbytky sluchu, které bohužel nestačí k tomu, aby došlo ke spontánnímu rozvoji řeči, a s tím souvisí i jejich mentální rozvoj. Vyskytují se zde jedinci, kteří se naučí mluvit. Jejich řeč se však výrazně liší od té naší. Tento druh řeči můžeme pojmenovat jako huhlání. Pacienti se sluchovým postižením mají odlišné

uvažování a jejich sociální vztahy jsou také jiné. Vnímání okolních jevů a celého prostředí si žádá odlišné chování, tito lidé poznávají okolí zrakem a hmatem. Projevy chování sluchově postižených pacientů připadá slyšící jedincům jako hlučné a příliš nápadně, málo kdy se tak takto postižení pacienti setkají s pochopením. Komunikace a manipulace s neslyšícím bývá mnohdy složitější a náročnější než s nevidomým. (Ptáček, Bartůněk a kolektiv, 2011, str. 296)

Dnešní doba umožňuje pacientům se sluchovým postižením využívat komunikační či kompenzační pomůcky, mezi které můžeme řadit psací telefony, uzpůsobené mobilní telefony, faxy a počítače, světelné a vibrační budíky, sluchadla aj. Měli bychom brát ohledy na to, zda pacient ovládá techniku odezírání z úst, ne všichni hluší pacienti touto schopností disponují. Odezírání z úst ovládají pouze jedinci, kteří se řadí do skupiny postlingválně sluchově postižených, tudíž ti co o sluch přišli v období, kdy už zvládaly mateřskou řeč. (Ptáček, Bartůněk a kolektiv, 2011, str. 297)

Jak je zmíněno výše, sluchově postižení jedinci vnímají hlavně zrakem a hmatem, před zahájením konverzace by tedy měl RA upozornit pacienta lehkým dotykem nebo mávnutím ruky v jeho zorném poli. Tím dá RA pacientovi impulz k zahájení komunikace. Důležité je stát k pacientovi čelem a mluvit rovnou k němu, aby pacient dobře viděl na rty. Za žádných okolností by RA neměl oslovovat pacienta zády k němu. RA by si měl uvědomit, že jej pacient neslyší, proto není potřeba zvyšovat hlas či křičet, spíše se doporučuje řádně artikulovat a mluvit beze zvuku. Doporučuje se též vyhýbat složitým slovním spojením či dlouhým složitým větám, RA by neměl používat cizí termíny či dokonce lékařskou slangovou terminologii. Sluchově postižený pacient tento druh informací nedokáže zpracovat. Důležitá je zpětná vazba, ptát se, zda pacient poučení porozuměl. RA by se také měl vyhýbat ironickým poznámkám. V neposlední řadě je možné využívat přirozených gest. Použití tužky a papíru lze pouze u pacientů, kteří umí psát. RA by neměl zapomínat, že pacient se sluchovým postižením má právo získat dostatek informací, stejně tak jako každý jiný pacient. (Linhartová, 2007, str. 95)

#### **2.4.4 Pacient s poruchou řeči**

RA konverzující s pacientem získává a předává velkou část informací formou verbální. Rizikem, které může nastat při komunikaci s pacientem trpícím poruchou řeči je například nesprávné porozumění. Toto riziko vážně ohrožuje přesně pochopení pacientovi situace či jeho problému. Komunikace s řečově handicapovaným jedincem bývá náročná. RA by měl být velice trpělivý a pozorný. Pokud se RA vyhýbá kontaktu s jedinci trpícími tímto onemocněním, selhává. (Venglářová, Mahrová, 2006, str. 131-132)

U pacienta, který trpí **poruchou receptivní složky řeči**, převládá neschopnost porozumět mluvené řeči, např. u receptivní afázie po mozkové příhodě nebo úrazu (pacient není schopen porozumět mluvené řeči).

**Poruchy expresivní složky řeči** mohou být v oblasti formální a obsahové. Do obsahové složky je zařazena expresivní afázie. **Expresivní afázie** nepatří mezi vrozené poruchy řeči, její vznik je na základě ložiskového poškození mozku v dominantní hemisféře. Příčinou tohoto postižení jsou například tumory nebo traumata. Pacient ztrácí schopnost řeči, nerozumí jí, nedává mu smysl. Do formální oblasti postižení lze zařadit mutismus, dysartrie, poruchy výslovnosti a koktavost. **Mutismus** je další z forem onemocnění. Jedná se o neurotickou nebo psychickou poruchu řeči. Dochází k narušení komunikačních dovedností a to zapříčiní ztrátu artikulované řeči. Vzniká nadměrným stresem, vyčerpáním nebo šokem. Patří tedy k získaným poruchám. **Dysartrie** je motorická porucha mluvidel. Jedinec není schopen mechanicky utvářet artikulovanou řeč. Nedochozí však k narušení systému jazyka, který zahrnuje informaci týkající se gramatiky či významu slov. Pacient plně chápe, co čte, nebo co mu ostatní říkají. (Venglářová, Mahrová, 2006, str. 132)

### **3 PRŮZKUMNÁ ČÁST**

Bakalářská práce na téma „Komunikační dovednosti v praxi radiologických asistentů“ je práce teoreticko-průzkumného charakteru. Zjišťuje, zda radiologičtí asistenti plní běžné etické zásady a jak moc vládnou komunikačním dovednostem při výkonu svého povolání. Výsledky této práce jsou zpracovány formou kvantitativního a především kvalitativního průzkumu. Sběr dat byl proveden pomocí skrytého pozorování.

#### **3.1 Průzkumné otázky**

1. Zdraví radiologičtí asistenti pacienty?
2. Oslovují RA pacienty pane/paní popřípadě příslušným titulem?
3. Podávají RA pacientům při prvním kontaktu ruku?
4. Představují se RA na svém pracovišti pacientům jménem?
5. Edukují RA pacienty o tom, co je čeká?

## 3.2 Metodika průzkumu

Průzkumnou částí bakalářské práce jsou výsledky skrytého pozorování komunikačních dovedností třiceti radiologických asistentů vypořádaných během mé praxe v šesti různých institucích krajského i oblastního charakteru na pracovištích radioterapie, radiodiagnostiky i nukleární medicíny na základě povolení o průzkumu. Pozorování RA vybraných institucí o průzkumu nebyli informováni, informováni byli pouze vedoucí těchto pracovišť.

Samotnému hodnocení předcházelo vytvoření vlastní níže uvedené hodnotící škály, pomocí které byla hodnocena komunikace RA s různými pacienty.

Hodnocení bylo prováděno trojí stupnicí o třech bodech. Bezchybný výsledek byl hodnocen jako výborně, částečný dostatečně a nulový nedostatečně.

Získané výsledky komunikace RA s pacienty byly zaznamenány do pozorovacího archu vlastní výroby (Tabulka 1), v němž jsou uvedeny jednotlivé základní pozorované komunikační dovednosti, které byly hodnoceny. Pro větší přehlednost je arch barevně rozlišen a pro zajímavost jsou z něho vytvořeny grafy (Obrázek 1-5).

### 3.3 Hodnotící škála při skrytém pozorování

Hodnocení:

výborně – dostatečně – nedostatečně

#### 1. Zdravení pacientů

**Výborně** – RA pozdraví hromadně všechny pacienty na chodbě a posléze každého ještě znovu zvlášť ve vyšetřovně a to při příchodu i odchodu pacienta

**Dostatečně** – RA pozdraví hromadně pacienty na chodbě, ve vyšetřovně už jednotlivě ne/RA nepozdraví pacienty hromadně na chodbě, pouze jednotlivě ve vyšetřovně

**Nedostatečně** – RA vůbec pacienty nezdraví

#### 2. Oslovení pacientů

**Výborně** – RA osloví všechny pacienty bez ohledu na věk a stav pane/paní a vhodným titulem (např.:“ Dobrý den paní inženýrko Nováková ...“) i když je pacient například nesoběstačný a přijde s doprovodem

**Dostatečně** – RA osloví téměř každého pacienta, na titul či jinou hodnost již ale nedbá

**Nedostatečně** – RA oslovuje pacienty pouze zvoláním jejich příjmení

#### 3. Podání ruky pacientům

**Výborně** – RA podá ruku každému pacientovi, se kterým komunikuje i třeba poněkoličatě, při příchodu a někdy i při odchodu pacienta

**Dostatečně** – RA podá ruku jen některým pacientům a to pouze při prvním kontaktu s nimi

**Nedostatečně** – RA vůbec pacientům nepodává při komunikaci ruku

#### 4. Představení se pacientům

**Výborně** – RA se při podání ruky představí každému pacientovi celým jménem a pracovní pozicí (asistent či laborant), aby pacient věděl, jak jej má v případě potřeby oslovit a hledí při tom pacientovi do očí

**Dostatečně** – RA se bez podání ruky představí téměř každému pacientovi pouze jménem nebo pouze pracovní pozicí

**Nedostatečně** – RA se pacientům vůbec nepředstavuje

5. Edukace pacientů

**Výborně** - RA pacienty edukuje o celém průběhu vyšetření, během kterého s nimi stále komunikuje

**Dostatečně** – RA pacientům před vyšetřením ve zkratce vysvětlí jeho průběh

**Nedostatečně** – RA pacienty needukuje, pouze je naviguje do vyšetřovací polohy



### 3.4 Interpretace výsledků průzkumu

Tabulka 1 Výsledky skrytého pozorování

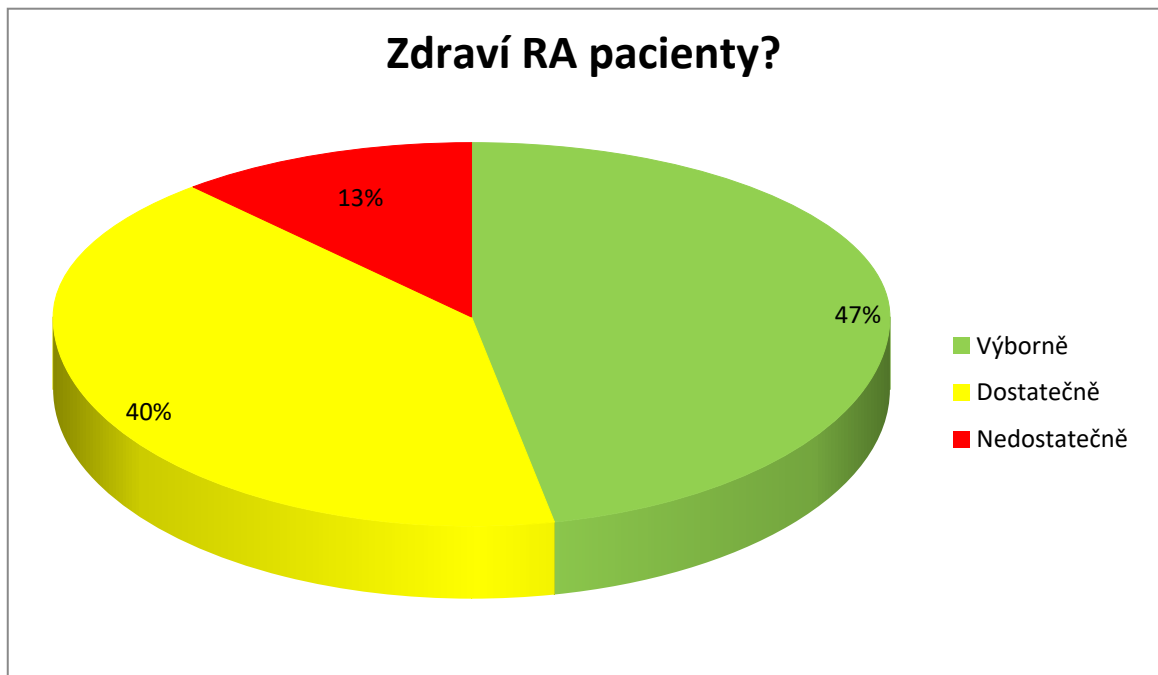
Respondenti	Zdravení pacientů	Oslovení pacientů	Podání ruky pacientům	Představení se pacientům	Edukace pacientů
1.	výborně	dostatečně	nedostatečně	výborně	dostatečně
2.	dostatečně	dostatečně	výborně	výborně	výborně
3.	nedostatečně	nedostatečně	nedostatečně	nedostatečně	nedostatečně
4.	dostatečně	dostatečně	výborně	výborně	výborně
5.	dostatečně	dostatečně	nedostatečně	výborně	výborně
6.	výborně	výborně	dostatečně	nedostatečně	dostatečně
7.	dostatečně	dostatečně	výborně	nedostatečně	výborně
8.	dostatečně	výborně	výborně	dostatečně	dostatečně
9.	výborně	dostatečně	nedostatečně	výborně	výborně
10.	výborně	dostatečně	dostatečně	výborně	dostatečně
11.	výborně	dostatečně	nedostatečně	výborně	výborně
12.	dostatečně	dostatečně	výborně	výborně	dostatečně
13.	dostatečně	výborně	nedostatečně	výborně	nedostatečně
14.	výborně	dostatečně	nedostatečně	nedostatečně	výborně
15.	dostatečně	dostatečně	nedostatečně	dostatečně	dostatečně
16.	nedostatečně	nedostatečně	nedostatečně	dostatečně	dostatečně
17.	nedostatečně	dostatečně	nedostatečně	výborně	nedostatečně
18.	dostatečně	dostatečně	nedostatečně	nedostatečně	výborně
19.	výborně	dostatečně	výborně	výborně	výborně
20.	dostatečně	nedostatečně	výborně	výborně	výborně
21.	dostatečně	dostatečně	dostatečně	dostatečně	dostatečně
22.	dostatečně	výborně	nedostatečně	výborně	výborně
23.	výborně	dostatečně	nedostatečně	výborně	výborně
24.	nedostatečně	dostatečně	dostatečně	výborně	nedostatečně
25.	výborně	výborně	dostatečně	nedostatečně	výborně
26.	dostatečně	výborně	nedostatečně	výborně	dostatečně
27.	výborně	výborně	nedostatečně	výborně	nedostatečně
28.	výborně	výborně	výborně	výborně	výborně
29.	dostatečně	nedostatečně	nedostatečně	výborně	nedostatečně
30.	výborně	dostatečně	nedostatečně	výborně	výborně

Vysvětlivka:

výborně
dostatečně
nedostatečně

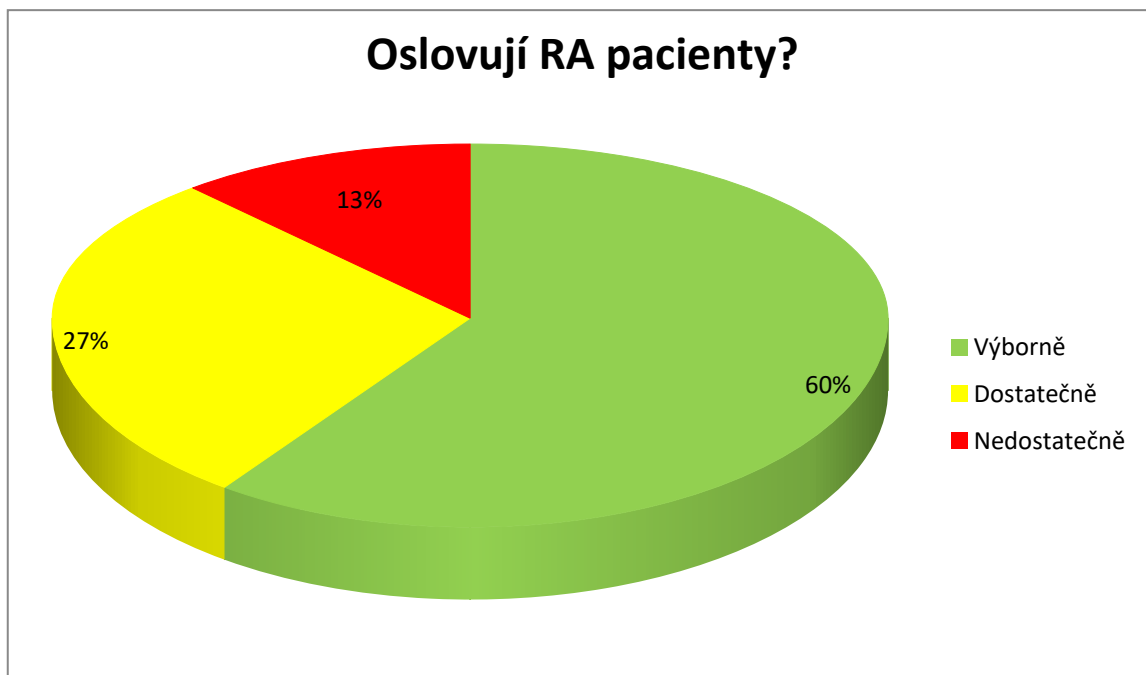
Zdroj: vlastní

Následující grafy jsou tvořeny dle průzkumných otázek a jsou odvozeny z Tabulky 1.



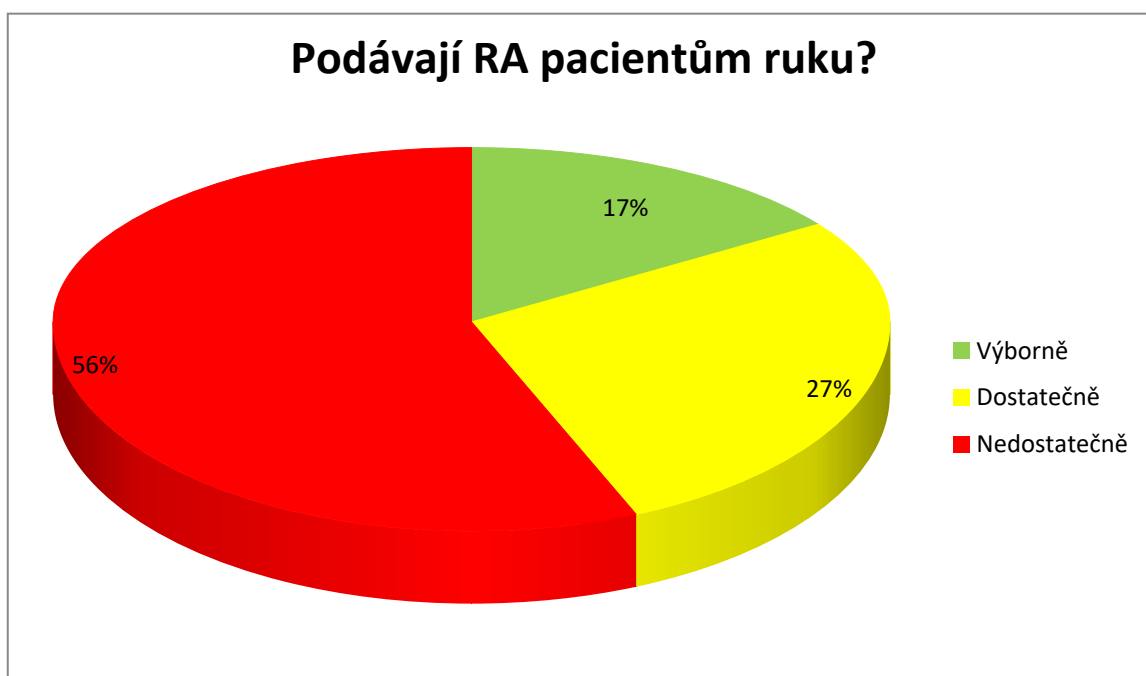
**Obrázek 1 Graf zdravení pacientů**

Tento graf uvádí procentuální odhad, kolik radiologických asistentů zdraví pacienty a popřípadě jakým způsobem, což je hodnoceno výše uvedenou škálou. Z grafu je patrné, že 14 z 30 (47%) RA pozdravilo pacienty nejprve hromadně na chodbě a posléze ještě každého pacienta zvlášť ve vyšetřovně. 12 RA z 30 (40%) pozdravilo pacienty pouze hromadně na chodbě nebo jen osobně, nikoliv však dvakrát. A 4 z 30 (13%) RA nepozdravili pacienty vůbec.



**Obrázek 2 Graf oslovení pacientů**

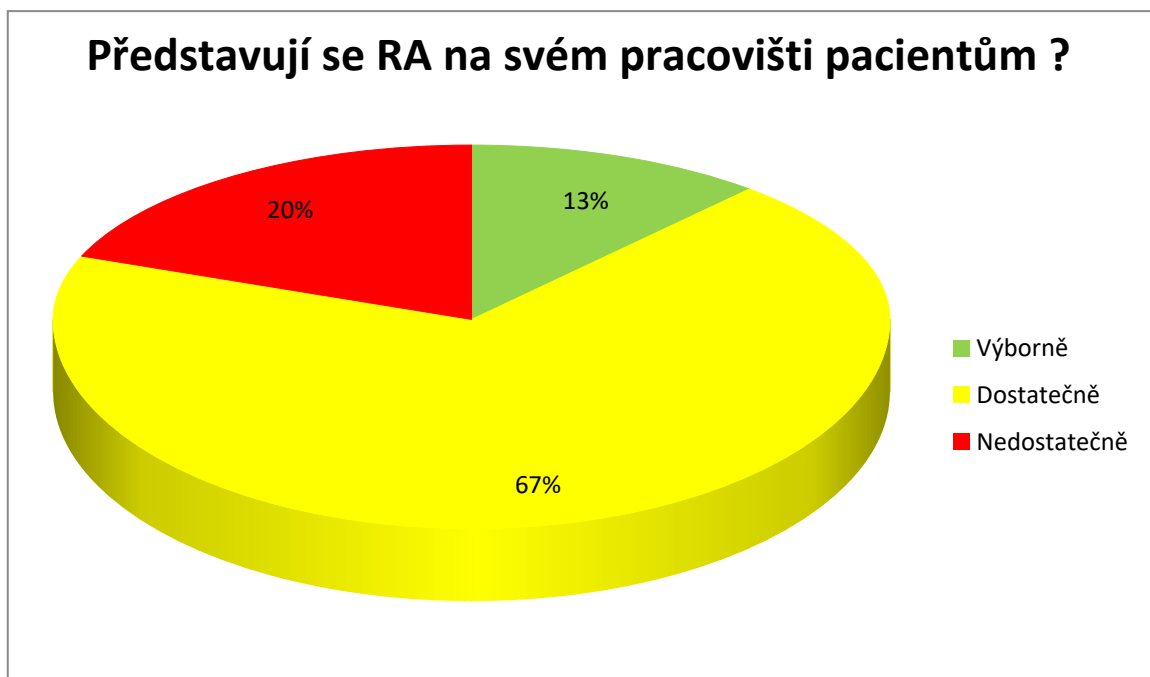
Z tohoto grafu je viditelné, že 18 z 30 (60%) radiologických asistentů vždy oslovilo pacienty pane/paní a také volilo správný titul před či za jeho jménem. (27%) 8 z 30 RA oslovilo většinu pacientů ne však všechny. Zbylí 4 z 30 RA (13%) oslovili pacienty pouze jejich příjmením.



**Obrázek 3 Graf podání ruky pacientům**

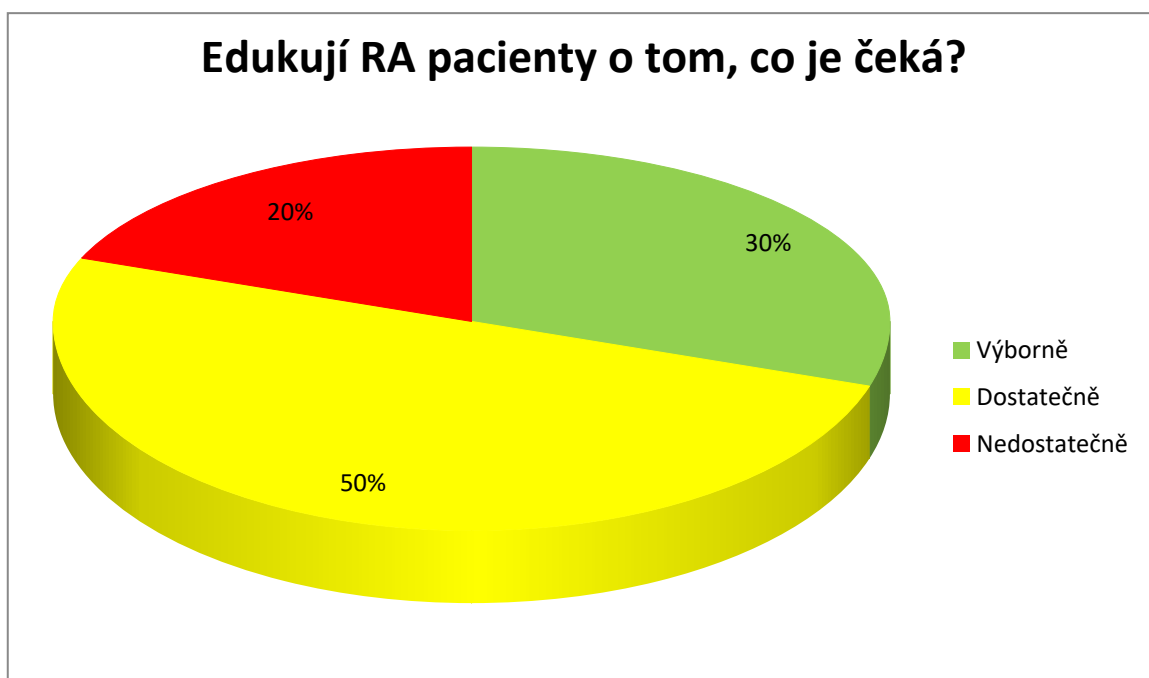
Třetí graf znázorňuje, kolik RA podává pacientům během komunikace s nimi ruku. Pouhých 17% (5 RA z 30) podalo každému pacientovi ruku a to při jeho příchodu i odchodu, nehledě

na to, po kolikáté již pacienta tento den viděli. 27% (8 z 30) RA podalo ruku jen některým pacientům (např. lépe vypadajícím, bezdomovci nikoliv) a to pouze při prvním kontaktu s nimi. A až ohromujících 56% (17 z 30) RA vůbec pacientům ruku nepodalo.



**Obrázek 4 Graf představení se pacientům**

Tento graf zachycuje, zda se RA při komunikaci s pacienty představují. Jak je z grafu patrné, pouze 4 RA z 30 (13%) se pacientům představili celým jménem a titulem popřípadě pracovní pozicí, aby pacienti věděli, jak je mají v případě potřeby oslovit (pane laborante/paní asistentko). Tito 4 RA při představování se podali pacientům ruku a hleděli jim do očí. 20 z 30 (67%) RA se sice představilo, neudržovali však s pacientem oční kontakt, ani nepodali ruku, a tak bylo jejich představování téměř bezúčelné. A zbylých 6 RA z 30 (20%) se pacientům vůbec nepředstavilo.



**Obrázek 5 Graf edukace pacientů**

Poslední graf uvádí, kolik radiologických asistentů poučilo pacienty o průběhu vyšetření. Edukovat každého pacienta je důležité ať je mu 5 nebo 60 let a bez ohledu na to, zda je na daném vyšetření poprvé či poněkoličtější. Z grafu je ale patrné, že pouze 9 z 30 RA (30%) opravdu pořádně a srozumitelně edukovalo pacienty, též sledovali zpětnou vazbu na předešlou edukaci a během celého vyšetření s pacienty komunikovali a neměli problém zodpovědět pacientovy otázky. Dalších 50% (15 z 30) RA sice pacienty edukovalo, ne však srozumitelně a na zpětnou vazbu nedbalo. Zbýlých 20% (6 z 30) RA pacienty needukovalo vůbec, pouze je položili na vyšetřovací stůl a beze slova provedli dané vyšetření.

### 3.6 Výsledky skrytého pozorování

Výsledky jsou odvozeny ze skrytého pozorování během mé praxe, kterou jsem podstoupila při studiu na FZS Pardubice v různých institucích a na různých pracovištích věnujících se oboru radiologického asistenta. Výše jsou výsledky prezentovány pomocí pozorovací archu a z něho vyvozených grafů pro lepší přehlednost.

Pro stručnou charakteristiku výsledků této práce jsem si vybrala tři, z mého pohledu nejdůležitější, respondenty (respondenta číslo 3, 21 a 28).

#### Respondent číslo 3

**Zdravení pacientů:** RA během mého pozorování nepozdravil ani jednoho pacienta.

**Oslovení pacientů:** RA neoslovil žádného z pacientů ani titulem, pouze na chodbu zvolal jejich příjmení a číslo kabinky, do které se mají odebrat.

**Podání ruky pacientům:** RA nepodal žádnému z pacientů ruku.

**Představení se pacientům:** RA se nikomu z pacientů žádným způsobem nepředstavil.

**Edukace pacientů:** RA nijak pacienty needukoval, pouze je stručným popisem navedl do vyšetřovací polohy. Během velmi krátké a heslovité komunikace s pacienty ani neudržoval oční kontakt a nebral ohledy na pacientovy případné otázky či nesrovnalosti.

#### Příklad z praxe pro NEDOSTATEČNĚ

RA pracující na radioterapii zvolala skrz kabinku na chodbu příjmení daného pacienta. Než se pacient zvedl a došel k ní, odešla do vyšetřovací místnosti a nechala kabinku pootevřenou. Vzhledem k tomu, že pacient docházel již na několikátou frakci, věděl, že má jít do pootevřené kabinky, kde se má odstrojit a čekat na další pokyny. Pacienta nikdo nepozdravil, nebyl poučen o tom, co si má svléci ani co jej následně čeká. Po chvíli RA na pacienta vykřikla z vyšetřovací místnosti, ať si jde dál. Pacient přišel a automaticky se položil na stůl. RA bezeslovně s pacientem třikrát posunula a odešla do ovladovny učinit vyšetření. Po vyšetření RA na pacienta opět z velké vzdálenosti křikla, že si může slézt a odcházet domů. Během vyšetření neproběhl žádný pozdrav, oslovení, představení, edukace ani sebemenší náznak profesionální komunikace. Ve chvílích přítomnosti RA stála k pacientovi zády a absolutně se nezajímala o pacientův stav, zpětnou vazbu ani, zda vůbec má na stole správného pacienta.

### Respondent číslo 21:

**Zdravení pacientů:** RA pozdravil všechny pacienty na chodbě a poté znovu pozdravil a s úsměvem přivítal každého pacienta zvlášť a to při jeho příchodu i odchodu z vyšetřovací místnosti.

**Oslovení pacientů:** RA s úctou oslovil každého pacienta pane/ paní případně náležitým titulem a komunikoval přímo s ním, i když pacient přišel s doprovodem.

**Podání ruky pacientům:** RA při představování se podal ruku každému z pacientů neohledně na to, po kolikáté už pacienta tento den potkal, některým pacientům podal ruku i při jejich odchodu.

**Představení se pacientům:** RA se představil každému pacientovi celým jménem a pracovním postavením pro zjednodušení následující komunikace. Při představování se podal každému pacientovi ruku a hleděl jim do očí.

**Edukace pacientů:** RA edukoval před zahájením vyšetření všechny pacienty o tom, co je během vyšetření čeká, po celou dobu vyšetření s pacienty komunikoval, zodpovídal případné dotazy a po vyšetření pacienta poučil o následujícím postupu (co se dále provádí s rtg snímkem z pohledu RA a jak má dále postupovat pacient).

### Příklad z praxe pro VÝBORNĚ

RA pracující na rentgenu při příchodu na chodbu pozdravil celou frontu pacientů, dále od nich vybral žádanky a dle pořadí či akutnosti si je rozdělil slušným oslovením a se stále udržovaným očním kontaktem do kabiněk (“Paní Nováková poprosím Vás, běžte si do kabinky číslo 1“). Poté otevřel z vnitřku vyšetřovny dveře kabinky a každého pacienta v soukromí poučil o tom, co si má odstrojit. Posléze si připravil vyšetřovací stůl a nastavil pacienta v počítači. Po chvíli otevřel kabinku číslo 1, pacienta s úsměvem pozval do vyšetřovny, znovu jej pozdravil, podal mu ruku a představil se. Následně pacienta identifikoval podle rodného čísla. Dále vyšetřovanému vysvětlil, co jej bude během vyšetření čekat a postupně začal vyšetření realizovat. Během celého vyšetření na pacienta mluvil, ptal se na případnou bolestivost, komunikoval s ním z očí do očí a pozorně vyslechl a zodpověděl všechny pacientovy dotazy. Po vyšetření pacienta odvedl zpět do kabinky, kde mu s ohledem na věk a zdravotní stav pomohl s oblékáním. RA se zajímal, zda pacient potřebuje pomoc nebo jestli má doprovod. Nakonec mu poradil, jak má dále postupovat, ujistil se, jestli pacient

všemu porozuměl a opět jej s přáním hezkého dne pozdravil. Podobně postupoval se všemi pacienty, jediné změny shledávám se zřetelem na věk a poranění (onemocnění) pacientů.

#### Respondent číslo 28

**Zdravení pacientů:** RA pozdravil vždy jen pacienty na chodbě, v soukromí už ale znovu ne.

**Oslovení pacientů:** RA oslovil téměř každého pacienta, s případným titulem si ale nelámал hlavu.

**Podání ruky pacientům:** RA podal ruku jen některým pacientům a to jen při prvním kontaktu s nimi.

**Představení se pacientům:** RA se bez podání ruky představil téměř každému pacientovi a to pouze příjmením.

**Edukace pacientů:** RA pacientům před vyšetřením ve zkratce vysvětlil, co je čeká, více se jim však nevěnoval.

#### Příklad z praxe pro DOSTATEČNĚ

RA pracující na CT vyšel na chodbu, kde vyhledával pacientku zvoláním: “Je tu někde paní Nováková?“, ostatní pacienty nepozdravil. Dotyčné dal na chodbě plně čekajících pacientů vyplnit informovaný souhlas o podání kontrastní látky. Následně si pacientku zavolal do kabinky, kde jí poučil o tom, co si má vysvléci. Pacientku pozdravil, ale již znovu neidentifikoval, pravděpodobně spoléhal na správnost informací ve vyplněném informovaném souhlasu, pouze se zeptal, zda pacientka není těhotná. Poté ji uložil na lůžko a ve zkratce ji edukoval o tom, co ji čeká. Během vyšetření se zajímal, jestli nemá vyšetřovaná reakci na kontrastní látku. Po vyšetření pacientce pomohl slézt z vyšetřovacího stolu a poslal jí na chirurgii, kde následně obdrží veškeré podstatné informace.



## 4 DISKUZE

### **Průzkumná otázka č. 1:**

#### Zdraví radiologičtí asistenti pacienty?

Průzkum potvrdil, že ač je zdavení pro normálního člověka běžné, ne všichni RA jím disponují během svého denního pracovního nasazení. Procentuálně nejvíce (47%) RA bylo díky hodnotící škále skrytého pozorování zařazeno do kategorie zvané VÝBORNĚ. Tito RA zdraví každého pacienta a to při každém kontaktu. Jejich komunikace se tak od samého začátku ubírá správným směrem. Dalších 40% RA zdraví už jen některé pacienty a jen v určitých situacích. Zbýlých 13% RA nezdraví pacienty vůbec, což je dle mého názoru nepřípustné. Snažila jsem se v práci zohlednit, zda se jedná o menší městskou nemocnici, kde je logiky menší návštěvnost, nebo o velkou krajskou nemocnici, kde bývá zpravidla pacientů více. Nicméně pozdravení by mělo být z hlediska lidského běžné v jakékoliv instituci a při jakékoliv práci s lidmi, natož v nemocnicích.

### **Průzkumná otázka č. 2:**

#### Oslovují RA pacienty pane/paní popřípadě příslušným titulem?

Další běžný postup v komunikaci s pacienty je jejich oslovení. Je překvapivé, že 60% radiologických asistentů pacienty vždy osloví. Oslovení tedy dle skrytého pozorování probíhá častěji než zdavení pacientů. Komunikace RA s pacienty totiž dost často začíná frází: „Paní Nováková běžte si do kabinky číslo 1“, ve které obyčejné pozdravení zcela absentuje. 27% RA pak oslovuje většinu pacientů, ne však všechny. Zbýlých 13% RA oslovuje pacienty pouze zvoláním jejich příjmení. Ani zde nelze výsledky zaštitit tím, že právě 13% RA bylo sledováno v institucích s větší návštěvností. Každý pacient má nárok na slušné pozdravení a, oslovení a zacházení.

### **Průzkumná otázka č. 3:**

#### Podávají RA pacientům při prvním kontaktu ruku?

Je mrzuté, že pouhých 17% RA podává ruku každému pacientovi a to při jeho příchodu i odchodu, nehledě na to, po kolikáté se již stejný den setkali. 27% RA podalo ruku jen některým pacientům (např. lépe vypadajícím, upraveným) a to pouze při prvním kontaktu s nimi. A až neuvěřitelných 56% RA vůbec pacientům ruku nepodalo.

### **Průzkumná otázka č. 4:**

### Představují se RA na svém pracovišti pacientům jménem?

Pouze 13% RA se pacientům představilo celým jménem a pracovním zařazením, aby pacienti věděli, jak je mají v případě potřeby oslovit (pane laborante/paní asistentko). Tito 4 RA z 30 při představování se podali pacientům ruku a hleděli jim do očí. 20 z 30 (67%) RA se sice pacientům představilo, neudržovali však s pacientem oční kontakt ani nepodali ruku, a tak bylo jejich představování téměř bezúčelné. A zbylých 20% z RA se pacientům vůbec nepředstavilo.

### **Průzkumná otázka č. 5:**

#### Edukují RA pacienty o tom, co je čeká?

Edukovat každého pacienta je důležité ať je mu 5 nebo 60 let a bez ohledu na to, zda je na daném vyšetření poprvé či poněkoličtější. Z průzkumu je ale patrné, že pouze 30% RA opravdu řádně a srozumitelně poučilo pacienty, také sledovali zpětnou vazbu na předešlou edukaci a během celého vyšetření s pacienty komunikovali a neměli problém zodpovědět veškeré pacientovy otázky. Dalších 50% RA sice pacienty edukovalo, ne však srozumitelně a na zpětnou vazbu nedbalo., taková edukace se dle mého názoru míjí účinkem. Zbylých 20% RA pacienty needukovalo vůbec, pouze je položili na vyšetřovací stůl a beze slova provedli konkrétní vyšetření.

Jak je patrné z výše uvedené Tabulky 1, největším problémem komunikace s pacienty je podání ruky. Během mého pozorování více jak  $\frac{3}{4}$  RA pacientům vůbec ruku nepodalo. Dle jejich následujícího chování však ani netušili, že podání ruky patří mezi základní etické kodexy, nebo k problému přistupovali s názorem, že jim měl pacient podat ruku jako první.

Dalším velice překvapivým výsledkem je, že RA více pacienty oslovují nežli zdraví! Komunikace RA s pacientem totiž často začíná frází „Paní Nováková pojd'te si do kabinky číslo 1.“

## **4.1 Vlastní názor**

Komunikačním dovednostem ve své praxi radiologičtí asistenti přikládají velkou či středně velkou důležitost. Odhadem tak 50% z nich však neví, co je to SPRÁVNÁ komunikace s pacienty. Je pochopitelné, že každý z nás je originál, proto také každý komunikujeme maličko odlišněji. Znat základní pravidla komunikace je ale z mého pohledu povinností každého zdravotníka. Radiologičtí asistenti tvrdí, že jediným zdrojem kde takové informace čerpat je zanedbatelná výuka komunikace na školách a případné nepovinné školení

v zaměstnání. Většina zdravotníků se zabývá především zdravotními komplikacemi a zdravotním stavem nemocného. Avšak to, že komunikace ve zdravotnictví je velice podstatná pro celkový postoj k nemoci, (záleží, zda má pacient vůči zdravotníkovi důvěru – poté bývá vyšetření vždy jednodušší a účinnější, a také se nemocný cítí lépe již jen díky přístupu zdravotnického personálu) už většina zdravotníků pomíjí a zabývat se něčím jako je přístup a komunikace s pacienty jim přijde zbytečné.

Během praxe jsem vyzorovala rozdíly v přístupu k pacientům mezi menšími nemocnicemi, kde bývá pacientů zpravidla méně a mezi většími krajskými nemocnicemi, kde bývá pacientů početněji. Pravdou je, že čím je více pacientů, tím méně je prostoru pro komunikaci s nimi. Ve velkých nemocnicích je však komunikace s pacienty leckdy tak mizivá, že pacienti přikládají veškeré zásluhy úspěšné léčby lékařským přístrojům, nikoliv však zdravotnickému personálu. Často vyšetřovaní ani nedovedou hodnotit provedenou práci či komunikaci zdravotníků, jelikož téměř žádná konverzace ani neproběhla a pacienti si z celého vyšetření pamatují pouze to, jak leželi na vyšetřovacím stole. V malých nemocnicích zdravotnický personál nekomunikuje na odborné ani spisovné úrovni. Avšak právě díky tomu, že je komunikace v menších nemocnicích vedena na lidové úrovni, je pro pacienty přijatelnější.

Další neodmyslitelnou součástí komunikace je neverbální vyjadřování, RA si tedy musí dávat pozor na gesta, která doprovází jeho verbální projev. V průběhu praxe jsem se setkala s odlišnými přístupy RA k pacientům. V případě, kdy RA s pacientem téměř nekomunikoval a choval se celkově k pacientovi laxe, jeho neverbální komunikace byla především prostřednictvím zvednutých ramen pro vyjádření nezájmu či otočení se k pacientovi zády. Naopak RA se zájmem o pacienty vystupoval s úsměvem, podával pacientům pomocnou ruku a po celou dobu edukace vše názorně ukazoval. Už jen díky takovému zacházení bylo poznat, že z pacientů „opadává“ strach z neznámého.

Protiklady vyzorované v praxi bych zde mohla popisovat do nekonečna, ať už se jedná o rozdíly v chování, mluvení či vystupování. Dalším možným tématem pro diskuzi by mohl být také vzhled a úprava radiologického asistenta, která taktéž působí na komunikaci s pacientem, což je ale samo o sobě velice obsáhlé téma. Musím poznamenat, že během mé praxe jsem se setkala s mnohými jedinci, kdy na některých bylo patrné nadšení z práce s lidmi a potěšení pomáhat jim a někteří naopak vypadali, že se takřka „minuli povoláním“. Vykonávat povolání zdravotníka a přitom mít odpor nejen k nemocem ale i k lidem, je stejné jako vykonávat povolání učitele základní školy a nemít rád děti. Stále bychom měli myslet na to, že ač jsme zdravotníci neznamená to, že se kdykoliv nemůžeme stát i pacienty.

## 5 ZÁVĚR

Téma komunikace jsem si vybrala, protože si myslím, že jakákoliv práce s lidmi, a nemusí být ani ve zdravotnictví, s sebou nese mezilidskou komunikaci, která je nedílnou součástí každodenního života a závisí na ní 95% dalšího postupování a odvíjení se. Skupinu respondentů (RA) jsem si vybrala z důvodu toho, že sama právě tento obor studuji, a tak jsem během své praxe měla možnost se právě s touto skupinou respondentů setkat, a také tuto studii beru jako poučení pro sebe do budoucího povolání.

V této bakalářské práci jsem se snažila objasnit úroveň komunikačních dovedností radiologických asistentů v běžné zdravotnické péči. Hlavním cílem bakalářské práce bylo zjistit úroveň komunikační obratnosti radiologických asistentů. Dílčím cílem bylo stanovit, zda respondenti disponují komunikačními dovednostmi v každodenní interakci s pacienty a zda umějí vhodně komunikovat s pacienty se specifickými potřebami a s pacienty se zdravotním postižením. Cílem mé práce také bylo, prozkoumat jakou důležitost přikládají radiologičtí asistenti běžné komunikaci s pacienty.

Bakalářská práce je rozdělena do dvou základních částí. Teoretická část je rozdělena na 3 oddíly, zabývající se úvodem do komunikace, komunikací s pacienty se specifickými potřebami a komunikací s pacienty se zdravotním postižením. Ke zpracování praktické části jsem použila výsledky skrytého pozorování na pracovištích radioterapie, radiodiagnostiky i nukleární medicíny, na kterých jsem absolvovala praxi během studia.

Komunikace má několik složek, některé z nich (verbální) se dají dobře naučit, jiné (neverbální) je velmi těžké alespoň usměrnit. Komunikační dovednosti tedy shrnují „umění“ skloubit tyto složky a umožňují použít efektivní přístup k pacientovi. Ke každému pacientovi je třeba přistupovat individuálně, nicméně existují skupiny pacientů (s určitým druhem diagnózy nebo problémem), u kterých lze aplikovat určitý sjednocený přístup v komunikaci, kde existuje „návod“ na to, jak s nimi komunikovat. Spolu s provedenými technickými výkony je pak výsledkem profesionálně ošetřený pacient, který je spokojený s péčí i přístupem, ať už byl jeho důvod vyhledání zdravotnické péče jakýkoli a také spokojený zdravotník, který mohl spolupracujícího pacienta bez problémů ošetřit a zjistil od něj veškeré potřebné informace přispívající ke správné diagnostice i následné terapii.

Teoretická část práce se opírá o již zjištěná fakta o komunikaci, komunikačních dovednostech a dovednostech komunikovat s vybranými pacienty.

Tato práce má poměrně úzký okruh zaměření a stejně tak i omezený rozsah průzkumu. Zkušenosti a dovednosti respondentů byly zkoumány pouze v rovině subjektivního názoru na ně. Další krok, potažmo nový průzkum by se mohl věnovat objektivnímu posouzení komunikačních dovedností, pokud by byl vytvořen standardizovaný postup komunikace s jednotlivými pacienty, nebo rozvinutí již zjištěných informací a posouzení komunikačních dovedností ve větším měřítku.

Zaměřila jsem se spíše na základní etické kodexy, které by dle mého mínění měly být na denním pořádku při jakékoliv práci s lidmi, tím spíše ve zdravotnictví. Během praxe v různých institucích jsem ale zjistila, že komunikace je dosti náležitým problémem z hlediska nedostatečnosti informovanosti či špatného přístupu k pacientům, což s sebou nese možnost vzniku mnohých komplikací.

Na oddělení terapie většinou pacient dochází na několik sezení za sebou tudíž má delší dobu na to, udělat si tzv. obrázek na RA pracující na daném pracovišti. V případě diagnostiky či nukleární medicíny chodí pacienti opakovaně jen výjimečně, takže často „soudí“ RA již od prvního kontaktu. Dále je důležité zohlednit rozdíl mezi menší městskou nemocnicí, kde je méně pacientů ale o to větší čas RA mají se jednotlivým pacientům, oproti velkým krajským nemocnicím, kde je denně o několik desítek pacientů víc, a přes veškerou modernější techniku a dražší vybavení však RA v takových institucích nemá čas se pacientovi věnovat, tudíž se často stává, že bývají pacienti bráni „jako na běžícím páse“ a proto se často cítí v menších „zaostalejších“ nemocnicích lépe díky rodinnému přístupu RA.

Na závěr bych ráda uvedla, že jsem výsledky částečně porovnávala s výsledky prací: Komunikační dovednosti v praxi zdravotnického záchranáře - Anastázie Hořínková a s výsledky práce Komunikační dovednosti v ošetrovatelské péči – Nikola Gašperíková. Tyto práce se sice nevztahují na obor radiologického asistenta, nicméně v nich probíhá výzkum/průzkum se zaměřením na komunikaci ve zdravotnictví. Vzhledem k tomu, že jsou v těchto pracích hodnocené výsledky odlišnými způsoby, porovnávám je jen okrajově. Z obou prací je ale patrné, že v komunikačních dovednostech zdravotníků je stále co vylepšovat.

## 6 POUŽITÁ LITERATURA

### 6.1 Bibliografie

1. ROSS, S., & Heath, N. (2002). A study of the frequency of self-mutilation in a community sample of adolescents. *Journal of Youth and Adolescence*, 31, 67-77. DOI: 10.1023/A:101408911741
2. MIKULÁŠTÍK, Milan. *Komunikační dovednosti v praxi - 2., doplněné a přepracované vydání*. 1. vyd. 2010. 328 s. ISBN 978-80-247-2339-6.
3. ŠPATENKOVÁ, Naděžda a Jaroslava KRÁLOVÁ. *Základní otázky komunikace: Komunikace (nejen) pro sestry*. 135 str. Praha: Galén, 2009. ISBN 978-80-7262-599-4.
4. VYMĚTAL, Jan a kol. *Speciální psychoterapie: 2., přepracované a doplněné vydání*. 400 str. Praha: Grada Publishing a.s., 2007. ISBN 978-80-247-1315-
5. JANÁČKOVÁ, Laura a Petr WEISS. *Komunikace ve zdravotnické péči*. 136 str. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-477-9.
6. ZACHAROVÁ, Eva, ŠIMÍČKOVÁ-ČÍŽKOVÁ, Jitka. *Základy psychologie pro zdravotnické obory*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011. 288 s. ISBN 978-80-247-4062-1.
7. VENGLÁŘOVÁ, Martina a Gabriela MAHROVÁ. *Komunikace pro zdravotní sestry*. 144 str. Praha: Grada Publishing a.s., 2006. ISBN 978-80-247-1262-8.
8. POKORNÁ, Andrea. *Efektivní komunikační techniky v ošetrovatelství*. 3. vyd. Brno: NCONZO, 2010. 104 s. ISBN 978-80-7013-524-2.

9. LINHARTOVÁ, Věra. Praktická komunikace v medicíně: pro mediky, lékaře a ošetřující personál. 152 str. Praha: Grada Publishing a.s., 2007. ISBN 978-80-247-1784-5.
10. GINOTT, Haim G. Umění komunikace s dětmi: Láska a selský rozum nestačí. Praha: PORTÁL, 2014. ISBN 978-80-262-0926-3.
11. POKORNÁ, Andrea. Komunikace se seniory. Praha: Grada Publishing, 2010. ISBN 978-80-247-3271-8.
12. BURNARD, P. Effective communication skills for health Professionals. Springer; Softcover reprint of the original 1st ed. 1992. edition (1 Jan. 1992). ISBN 978-0-412-40870-0
13. KALVACH, Zdeněk, ČELEDOVÁ, Libuše, HOLMEROVÁ, Iva, JIRÁK, Roman, ZAVÁZALOVÁ, Helena, WIJA, Petr a kol. Křehký pacient a primární péče. 1. vyd. Praha: Grada, 2011. 400 s. ISBN 978-80-247-4026-3.
14. PTÁČEK, Radek, BARTŮNĚK, Petr a kol. Etika a komunikace v medicíně. Praha: Grada, 2011. 528 s. ISBN 978-80-247-3976-2.
15. KUTNOHORSKÁ, Jana, CICHÁ, Martina, GOLDMANN, Radoslav. Etika pro zdravotně sociální pracovníky. 1. vyd. Praha: Grada, 2011. 192 s. ISBN 978-80-247-3843-7.
16. KELNAROVÁ, Jarmila a Eva MATĚJKOVÁ. *Psychologie 2. díl: Pro studenty zdravotnických oborů*. 120 str. Praha: Grada Publishing a.s., 2014. ISBN 978-80-247-3600-6.

## 6.2 Vzorové bakalářské práce

17. HOŘÍNKOVÁ, Anastázie. *Komunikační dovednosti v praxi zdravotnického záchranáře*. Univerzita Pardubice, 2017. Bakalářská práce. Fakulta zdravotnických studií. Vedoucí práce PhDr. Zdeněk Hrstka, Ph.D.

18. GAŠPERÍKOVÁ, Nikola. *Komunikační dovednosti v ošetrovatelské péči*. Západočeská Univerzita v Plzni, 2014. Bakalářská práce. Fakulta zdravotnických studií. Vedoucí práce Mgr. Lenka Kroupová.

## 6.3 Webový zdroj

19. Radiologický asistent – Wikipedie. [online]. Dostupné z:  
[https://cs.wikipedia.org/wiki/Radiologick%C3%BD\\_asistent](https://cs.wikipedia.org/wiki/Radiologick%C3%BD_asistent)

20. SONS ČR - Metodické centrum odstraňování bariér. SONS ČR - O nás [online]. Copyright © 2012 [cit. 02.05.2019]. Dostupné z:  
<https://www.sons.cz/bariery>

21. American Association of Colleges of Nursing [online]. Washington DC: AACN, 2016 [cit. 2019-04-24]. Dostupné z: <https://www.aacnursing.org/>



## 7 PŘÍLOHY

Příloha 1 „10P“ pro kvalitnější komunikaci s pacientem

### „10 P“ pro kvalitnější komunikaci s pacientem



1. **P**ozdrav
2. **P**odej ruku
3. **P**ředstav se
4. **P**acienta oslov Pane/Paní/titulem
5. **P**ouč pacienta o tom, co ho čeká
6. **P**ozoruj zpětnou vazbu
7. **P**oslouchej, co pacient říká
8. **P**omoz pacientovi, když je potřeba
9. **P**okus se vžít do pacientovy situace
10. **P**ostupuj vždy s úsměvem 😊

Autor: Jiroušová Kristýna

Zdroj: vlastní

Brožurka vznikla v rámci Bakalářské práce psané na téma:  
„Komunikační dovednosti v praxi radiologických asistentů“.