

UNIVERZITA PARDUBICE  
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2020

Kristýna Rejchrt

Univerzita Pardubice  
Fakulta zdravotnických studií

Komunikační dovednosti v praxi radiologických asistentů

Kristýna Rejchrt

Bakalářská práce

2020

Univerzita Pardubice  
Fakulta zdravotnických studií  
Akademický rok: 2017/2018

## ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE (projektu, uměleckého díla, uměleckého výkonu)

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

### Zásady pro vypracování

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 pracovní zprávy: **35 stran**  
Rozsah grafických prací: **dle doporučení vedoucího**  
Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná/elektronická**

Seznam doporučené 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. MIKULAŠTÍK, 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 ošetřovatelství

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

Termín odevzdání bakalářské práce: **7. května 2020**

L.S.

---

**doc. Ing. Jana Holá, Ph.D.**  
děkanka

---

**Mgr. Jan Pospíchal, Ph.D.**  
vedoucí katedry

V Pardubicích dne 13. března 2020

## 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 21.8.2020

.....

Kristýna Rejchrt

## **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 manželovi.

## **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
2.1.3 Aktivní naslouchání .....	19
2.1.4 Zpětná vazba.....	19
2.2 RADIOLOGICKÝ ASISTENT .....	20
2.2.1 Komunikace v povolání radiologického asistenta .....	20
2.3 KOMUNIKACE S PACIENTY SE SPECIFICKÝMI POTŘEBAMI.....	23
2.3.1 Agresivní pacient .....	23
2.3.2 Depresivní pacient .....	24
2.3.3 Úzkostný pacient.....	25
2.3.4 Komunikace s dětmi .....	26
2.3.5 Komunikace se seniory.....	27
2.3.6 Komunikace s cizinci.....	28
2.3.7 Pacientem pod vlivem alkoholu či drog .....	29
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 .....	32
2.4.4 Pacient s poruchou řeči .....	34
2.4.5 Pacient s mentálním postižením .....	35
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
4.1.1	Motto.....	51
5	Závěr .....	52
6	Použitá literatura .....	54
6.1	Bibliografie .....	54
6.2	Vzorové bakalářské práce .....	56
6.3	Webový zdroj .....	56
7	Přílohy.....	57

## **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 neméně důležitá pro utvoření vztahu mezi zdravotnickým personálem a pacientem. Zdravotnický personál, radiologické asistenty nevyjímaje, by se měl komunikačním dovednostem učit a snažit se je stále vylepšovat, neboť navázání správného profesionálního vztahu bývá velmi často náročné už jen vzhledem k tomu, že komunikace v praxi radiologických asistentů je v mnoha ohledech specifická. Proto je důležité správným dorozumíváním navázat komunikaci tak, aby byla srozumitelná a ve výsledku produktivní. Pozitivní komunikace má také významný vliv na průběh onemocnění pacienta, kladný vliv na rychlejší uzdravení nemocného a především je základem úspěšné léčby.

V průběhu mé praxe v různých zdravotnických institucích jsem ale vyzorovala, že komunikace mezi pacienty a RA není vždy úplně správná, často až pomíjívá ať už ze strany nemocného či ze strany zdravotníka. Radiologičtí asistenti bývají zaměstnáni větším počtem pacientů, akutními případy a kvantem jiných povinností. Komunikace s pacienty pak bývá často omezená a velmi stručná. Nesprávná komunikace však může vést k nedostatečnému uspokojení pacientových potřeb zejména pak po psychické stránce. V důsledku takové komunikace proto může dojít k řadě nedorozumění či komplikací v průběhu poskytování zdravotnické péče jako např. nespolupráce či dokonce agresivita. Pomocí vhodnějších a efektivnějších komunikačních dovedností lze mnoha takovým komplikacím předcházet.

Toto téma mne zaujalo natolik, že jsem se prostřednictvím bakalářské práce chtěla dozvědět více o těchto (ne)dovednostech a pozorováním zjistit, v jaké míře jsou tyto zručnosti využívány u oboru, který studuji (tedy RA) v praxi. Inspirací mi byl mimo jiné výzkum uskutečněný v letech 2000-2012, který se zaměřil na vylepšení komunikace ve zdravotnických zařízeních, sledoval úroveň komunikace a důvěru pacientů ve zdravotníky. Výzkum byl prováděn na zdravotnících i studentech medicíny a probíhal v mnoha zemích např.: v USA, Kanadě, Německu, Velké Británii, Turecku a Nizozemí. Cílem výzkumu bylo poukázat na důležitost pozitivního vztahu s ošetřovaným pro jeho větší spokojenost a následný kladný vliv na úspěšnou léčbu. V závislosti na tom výzkum demonstroval důležitost výuky komunikace na středních a vysokých zdravotnických školách. V závěru byl zmíněn zájem pacientů spolupracovat na tomto výzkumu, tedy snaha tímto zdokonalit vztah mezi nimi a zdravotníky, nicméně bylo též poukázáno na nedostatek literatury a výuky právě těchto dovedností. (Ross, 2013)

Různými způsoby komunikace a odlišnými přístupy zdravotníků k pacientům se má práce zabývat také, s výjimkou od výše zmíněného výzkumu je ale zaměřena pouze 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 bych chtěla docílit podrobnější informovanosti týkající se komunikační obratnosti jednoho konkrétního zdravotnického povolání s několika specifickými skupinami pacientů.

Teoretická část mé práce je rozdělena do tří úseků. Nejprve je uveden obecný základ a úvod do komunikace a ve zkratce seznámení s povoláním radiologického asistenta, následně se práce věnuje komunikaci s vybranými skupinami pacientů s různě specifickými potřebami. Třetí část naopak 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 různých způsobů komunikace v praxi radiologických asistentů ve vybraných institucích s pacienty různých druhů a skupin
- zjištění, do jaké míry respondenti disponují komunikačními dovednostmi v každodenní interakci s pacienty
- zjištění, 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. Jedno z nich ve zkratce říká, že komunikace znamená poskytování a vyměňování informací na základě myšlenek. Tyto informace mohou být verbální či neverbální, mluvené nebo psané. Nejdůležitější ale je, dorozumívat se takovým způsobem, aby si účastníci komunikace navzájem rozuměli a výsledek komunikace tak byl přínosný pro všechny zúčastněné strany. (Špatenková, Králová, 2009, str. 9).

Pro rychlou a snadnou dedukci problému s obtížnou či dokonce vážnoucí komunikací, je vhodné lépe se informovat o jednotlivých součástech komunikačního procesu. Komunikace jako taková vzniká díky **komunikátorovi** (osoba se záměrem vést komunikaci), který **zakóduje** (podá) svá **sdělení** (zprávy, komuniké). Následující částí tohoto dění je **komunikační kanál**, neboli cesta, kterou dojde k přenosu údajů (mluvením, psaním, dotekem nebo jiným činem). V případě, že by byl tímto prvkem komunikační proces ukončen, nedošlo by k úplné a pravděpodobně ani k uspokojivé komunikaci. Proto je nezbytné, aby se na druhém konci této dráhy vyskytoval tzv. **komunikant** (osoba, které je informace určena). Ten musí obdržený údaj **dekódovat** (porozumět mu) a v případě, že jsou data přijata a úspěšně dešifrována, měl by na ně nějakým způsobem zareagovat, čímž nastává zpětná vazba. **Zpětná vazba** (tzv. feedback) je další nedílnou součástí správné komunikace. K její aktivaci v celém procesu komunikace dochází tím, že původní komunikant zpětně reaguje směrem ke komunikátorovi, a tím se stává též komunikátorem. Celý tento děj probíhá v určitém **kontextu** tj. v konkrétním prostředí. (Špatenková, Králová, 2009, str. 11)

Komunikuje bezvýhradně každý tvor avšak odlišnými způsoby. Například handicapovaní jedinci, kteří mají různá omezení a nemají možnost se projevat všemi potřebnými způsoby (např. lidé, kteří se nemohou pohybovat nebo mluvit atd.), též komunikují. Svá omezení mohou kompenzovat a komunikovat například očima, výrazem v obličeji, pohyby hlavy, stiskem ruky apod. (Špatenková, Králová, 2009, str. 13) Při jakémkoliv příkladu komunikace a komunikačního prostředku (neboli kanálu) je nezbytné, aby komunikace nebyla bezvýsledná. K tomuto je nutné využít několik požadavků, mezi které patří například zřetelnost, správnost, úplnost, ale i 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)*

Při verbální části komunikace se zdravotníci dopouštějí několika běžných chyb, které se posléze promítají ve vztahu mezi nimi a pacienty. Komunikace pak bývá obtížná a problematická, a často dochází k neúplnému porozumění či k úplné ztrátě podstaty oznámení. (Špatenková, Králová, 2009, str.35-36)

Mezi nejzákladnější chyby tak patří především neutřídění myšlenek před počítím samotné komunikace, tím dochází k nepřesnému nejasnému projevození. Další problém může vzniknout při snaze poskytnout více informací či instrukcí současně. Jednou z mnoha chyb také je, pokud pacient obdrží informace, které pro něho ale nemají vzájemnou logiku, a tím se stávají nesrozumitelnými až chaotickými. Někdy RA v nejistotě, zda pacient chápe jemu sdělené informace, vysvětluje dál a dál, a tím pacienta informačně zcela přesytlí. Odezva ze strany léčeného je většinou taková, že nakonec zapomene celé sdělení. Chybou také je, pokud RA přehlídí pacientovy reakce a zpětnou vazbu, jimiž by měl kontrolovat, zda a jak pacient danou informaci ne/pochopil. Pak je celá konverzace zbytečná a může se zcela vyhnout svému prvotnímu záměru.(Špatenková, Králová, 2009, str. 36)

Ve verbální komunikaci mohou nevhodně zvolenými slovy či slovními spojeními vznikat nedorozumění (tzv. komunikační šum). Jedním z velmi častých problémů je používání odborných výrazů, které jsou pacientům cizí. Vyšetřovaní ale většinou ve stresu zdravotníkovi odsouhlasí, že všemu rozuměli. Taková komunikace ovšem též není produktivní. (Špatenková, Králová, 2009, str. 36) RA by z profesionálního hlediska neměl používat nevhodný humor, neměl by být ironický, nebo pacienta ponižovat, podceňovat či srovnávat s jinými pacienty, ani pacientovi cokoli rozkazovat. Slova totiž v některých případech mohou působit jako jed. (Špatenková, Králová, 2009, str. 36)

Sorrorigenie je odborné pojmenování vyjadřující poškození pacienta radiologickým asistentem či jiným zdravotnickým personálem. Jednou z jejich příčin může být právě i nevhodná komunikace. Mluvená řeč totiž dokáže utěšit, ale také urazit, dokonce i ranit. (Špatenková, Králová, 2009, str. 37)



Každý zdravotnický pracovník by se měl naučit vhodně a účelně komunikovat s ohledem na stav, věk, pohlaví pacienta a druhu jeho onemocnění či zranění. Měl by pacientům naslouchat, dávat najevo svůj zájem o ně a brát v zřetel jejich přání, brát je s vážností a respektem. Je též důležité pacienty povzbuzovat a nikdy nelitovat času s nimi stráveným. Během jakéhokoliv vyšetření by měl být pacient z hlediska komunikace na prvním místě. (Zacharová, Šimíčková-Čížková, 2011, str. 208)

### 2.1.2 Neverbální komunikace

Tento pojem je možno vysvětlit jako dorozumívání se beze slov, které například gestem či mimikou může zcela nahradit verbální komunikaci. V mnoha případech ale spíše mluvenou komunikaci doprovází, čímž zdůrazňuje její sdělení. Prostřednictvím neverbální komunikace lze také odhalit lživá slovní vyjádření, 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 ji všichni zdravotnický personál měl vnímat, rozumět a přihlížet k ní. (Špatenková, Králová, 2009, str. 38) Často si prostřednictvím této komunikace RA i léčený vytváří počáteční dojem, který bývá rozhodující pro následující jednání. (Vymětal, 2008, str. 73)

Jednou z několika částí neverbální komunikace je **mimika** neboli výraz v obličeji, ze kterého lze vypožorovat například emoce, které člověk má v průběhu svého projevu či naopak při naslouchání projevu jiné osoby. I mimikou lze často odhalit vyřčenou lež, např. když se člověk přetvaruje nebo předstírá, v obličeji se většinou tváří tak, jak to opravdu cítí. Mezi základní lidské emoce, které lze vyčíst z výrazu ve tváři, patří např. rozčilení, nevědomost, radost, smutek, překvapení, 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 nejbližší okolí a ví, kdo do něho může a kdo nemůže vstoupit. Jestliže někdo neznámý či nechtěný překročí jeho osobní teritorium, cítí se ohrožen. Podvědomě se pak brání ústupem a snaží se znovu dostat do pro něho přijatelné vzdálenosti. (Janáčková, Weiss, 2008, str. 19) Proxemika a její zóny jsou v literatuře udávány v přesných měřítkách, která jsou ale s odlišnými druhy osobností různá. Jednotlivé úseky proxemiky tedy jsou: **Intimní zóna** (těsný dotek až cca 15-30 cm od těla), **osobní zóna** (cca 45-75cm až 1,2m) a nejbližší **společenská zóna** (2,1 – 3,6 m). (Venglářová, Mahrová, 2006, s. 50-51)

**Haptika** vyjadřuje komunikaci pomocí doteků. (Venglářová, Mahrová, 2006, str. 40). Fyzickým kontaktem RA projevuje přátelský přístup a zájem o pacienta, což převážná většina nemocných uvítá. Pro některé pacienty může být letmý dotek i uklidňující, zvláště během stresových situací. Je důležité si však uvědomit, že někdy naopak 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. Dotek má schopnost překonat mnohé bariéry, nevyjímaje toho, že po pominutí prvotního strachu bývají pacienti sdílnější a RA má možnost lépe určit centrum problému, což je pro vyšetřování a následně pro určení správné diagnózy důležité. (Špatenková, Králová, 2009, str. 32)

**Posturologie** je označení pro komunikaci postojem, držením a polohou těla. (Venglářová, Mahrová, 2006, str. 45). Důležitými ač málo hlídanými faktory jsou např.: poloha rukou, hlavy, směr natočení těla k člověku apod.. Paže v bok třeba 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 gesta záměrně (např. při popisování velikosti) a podvědomě. Mimovolná gesta mohou prozradit aktuální náladu či postoj pacienta. Napřažená ruka vyjadřuje výhrůžku či nesouhlas. Natažený prst zase na něco poukazuje. Když má pacient např. založené či překřížené paže, může to znamenat, že je opatrný vůči prozrazení některých intimních informací, nebo je pro okolí úplně nepřístupný. Také tímto může naznačovat, že je zranitelný a potřebuje ochranu, pro diagnostiku správného postoje je zapotřebí sledovat více příznaků, které pacient vysílá. (Špatenková, Králová, 2009, str. 33)

**Řeč očí a pohledů.** Ve zdravotnictví jeden z nejdůležitějších komunikačních prostředků. Pohledem RA zahajuje veškerý kontakt s každým pacientem. Přímý oční kontakt je v procesu sdělování chápán jako projevení důvěryhodnosti a pravdomluvnosti a v procesu naslouchání je považován za vyjádření zájmu a srozumění s danou věcí. RA by měl vždy hledět na pacienta ať už při sdělování či při naslouchání zpětné vazby. V mnoha případech lze vyjádřit pohledem více než slovy a jestliže pacient zapojí i fyzický dotek, jedná se o projev sdílené intimity a důvěry. 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)

Rozhraní mezi verbální a neverbální komunikací tvoří **paralingvistika**, která zesiluje nebo zeslabuje podmět sdělení. Mezi její projevy patří např. síla a tón hlasu, rychlost, hlasitost

verbálního projevu, plynulost řeči atd. (Špatenková, Králová, 2009, str. 34-35) Tato složka komunikaci ovlivňuje až z 38 %. (Špatenková, Králová, 2009, str. 38) Paralingvistikou je z velké míry ovlivněna například komunikace s nevidomými pacienty, kteří vnímají okolí převážně sluchem, a také hmatem.

### **2.1.3 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 (dále mluvení, čtení a psaní). Tuto zručnost je možno se naučit, i když to není zrovna snadné. Při naslouchání v okolí působí řada jiných vnitřních (zamyšlení se nad něčím jiným, vnímání něčeho jiného v průběhu naslouchání) a vnějších faktorů, které mohou zúčastněné osoby rozptylovat. Předstírání pozornosti a letmé přikyvování hlavou ať už ze strany zdravotníka, tak pacienta jim nikdy nepomůže v utvoření produktivního profesionálního vztahu. (Mikuláščík, 2010, str. 85)

Naslouchání je nejefektivnější cesta, jak radiologickému asistentovi usnadnit rychlé získání důležitých informací, např. při potřebě zjistit, co přesně se pacientovi stalo a co jej nejvíc bolí. (Špatenková, Králová, 2009, str. 54)

### **2.1.4 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, informaci či sdělení porozuměl, jestli jej správně pochopil a zda vůbec poslouchal. Pacienti bývají často vyděšeni už jen samotným nemocničním prostředím, nemají povědomí o tom, co je čeká a strachem o svůj neuspokojivý zdravotní stav většinou všechno odkývají. Je třeba pokusit se vžít do pacientovy situace a snažit se jí celé jednání a vystupování přizpůsobit. Když RA ošetřovanému vše důkladně a trpělivě vysvětlí je na místě se pacienta zeptat, zda a jak danou věc pochopil. V případě drobnějších nesrovnalostí či v případě úplného nepochopení 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

Komunikace v profesi RA je ve skutečnosti výměna informací mezi ním a pacientem, které se týkají především zdravotního stavu pacienta a následně poskytnutí správného odborného vyšetření. Oba by v tomto případě měli být komunikátory i komunikanty. Sdílením informací vytváří vzájemný vztah, který se nadále rozvíjí dle konkrétní situace. Bez prosperující komunikace mezi RA a pacientem je poskytovaná péče méně kvalitní. (Špatenková, Králová, 2009, str. 9)

Povolání radiologického asistenta vyžaduje specifické komunikační dovednosti, kterým by se měli budoucí RA učit již v rámci studia. Komunikace je základem a neodmyslitelnou součástí veškeré zdravotnické péče, obzvláště pak v tomto oboru, jehož podstata není známa každému. Pacienti mají spoustu otázek, jsou vyděšeni, někteří se záření dokonce bojí, jelikož nevědí co to je a co jim může způsobit. RA by tak měl být připraven srozumitelně osvětlit veškeré pacientovi obavy a zodpovědět jeho dotazy. (Zacharová, Hermanová, Šrámková, 2007, str. 81)

Vztah mezi zdravotníkem a pacientem by měl být vždy rovnocenný, neboť spolu komunikují dvě ekvivalentní osoby. RA a pacienti se však vyskytují ve zcela odlišných rolích, což může být leckdy příčinou mnoha nedorozumění. Ve zdravotnické péči bývá vztah mezi personálem a pacientem často dosti nevyvážený, vzhledem k tomu, že RA je z hlediska svého postavení pro ošetřovaného autoritou. RA by proto měl komunikaci vést v pro pacienta přijatelné formě a s pochopitelným obsahem. (Špatenková, Králová, 2009, str. 9-10)

Každý člověk je originál. Lidé se od sebe vzájemně liší především chováním, povahou a vzhledem, který by neměl ovlivnit přístup RA k pacientovi. Stejně tak, jako jsou rozdílní pacienti, jsou odlišní i zdravotničtí pracovníci. I 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, i tak je ale potřeba ke každému z nich přistupovat individuálně. Pro RA je taková diagnóza běžnou součástí každodenní profese, pro pacienta je to ale nežádoucí osobní problém, nehledě na to, že kterýkoliv zdravotník se též může stát pacientem. Takový pacient, pro něhož onemocnění bylo v profesi na denním pořádku, na něj rychle změní názor nově z pohledu nemocného. Bez ohledu na shodu diagnóz je kterýkoliv nemocný naprosto osobitý, každý reaguje na nemoc či zranění svým jedinečným způsobem, každý z nich se s problémy vyrovnává po svém. RA by neměl jakkoliv hodnotit a soudit tyto reakce, ale měl by se snažit takového pacienta bezpodmínečně přijmout, respektovat a podporovat. Pacienti od RA stejně jako od veškerého zdravotnického personálu očekávají pozornost, laskavost, pochopení a maximální péči. Nevýhodou je, že kontakt mezi RA a zraněným často trvá jen několik minut, proto je důležité vytvořit dobrý první dojem a hlavně během této krátké doby uspokojit to co od RA pacient očekává. (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 znamená neodsuzující přístup k pacientovi, nikoliv souhlas. Výsledkem by měl být pacientův pocit pohodlí, bezpečí, pochopení a podpory. (Špatenková, Králová, 2009, str. 23)

Následující možný přístup vztahu mezi RA a pacientem je **autentičnost**. „*Autentičnost je schopnost být sám sebou v rámci profesní role.*“ (Špatenková, Králová, 2009, str. 24) RA si je vědom svých nepřiměřených reakcí k pacientovi, např. pokud ztrácí s pacientem trpělivost, dokáže tuto netrpělivost pacientovi objektivně přiznat a nadále zachovat klidnou hlavu. Přiznáním získá pacient pocit, že i RA je „pouze“ chybující osoba s lidským přístupem, čímž RA pravděpodobně získá pacientovy sympatie. (Špatenková, Králová, 2009, str. 24)

Do vztahu mezi RA s 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 pojmout jako spoluúčast na pacientově situaci. Empatický RA zkušeně chápe pacientovu obavu ze zranění, nemoci či následující léčby, proto jedná s pacientem přiměřeně jeho stavu a přizpůsobuje mu veškerý ošetrovatelský přístup. (Špatenková, Králová, 2009, str. 25)

Další zásadou pro vybudování správného vztahu je **důvěra** a také samozřejmě výše zmíněné **aktivní naslouchání**. Pacient spočívá v psychicky i fyzicky zranitelném stavu, a proto potřebuje mít jistotu, že se na RA může spolehnout. Rozhodnutí pacienta, zda bude asistentovi vůbec důvěřovat, záleží především na způsobu přístupu a chování ze strany RA. (Špatenková, Králová, 2009, str. 26)

S důvěrou hodně úzce souvisí **důvěrnost**. Pacient potřebuje mít jistotu, že soukromé údaje a informace, které radiologickému asistentovi prozradí, jsou a nadále setrvají důvěrné. Důvěrnost, a s ní spjatá mlčenlivost, se vztahuje nepochybně i na telefonické a elektronické údaje. Existuje ale důvod, který mlčenlivost dokonce zakazuje! Je jím tzv. ohlašovací povinnost, která se vztahuje na týrání, zneužívání nebo zanedbávání osob. Přesné znění těchto podmínek je vymezeno zákonem, který by každý RA měl znát a brát v povědomí. (Špatenková, Králová, 2009, str. 26)

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

Rozdělení pacientů do jednotlivých kategorií je velice náročné. Pacienti mohou být agresivní, depresivní, úzkostní, psychicky nemocní atd. Svá specifika má i komunikace např. s dětmi, se seniory, s cizinci, s pacienty pod vlivem drog či alkoholu. Někteří pacienti mohou spadat i do více skupinek najednou (např. psychicky nemocný pacient, který je momentálně pod vlivem alkoholu), jednotlivá kritéria přístupu se v takových případech prolínají a komunikace je pak mnohem složitější. RA by proto měl znát alespoň základní specifika komunikace s těmito jednotlivými skupinami pacientů, aby vždy dosáhl spolu s nemocným co nejproduktivnější komunikace.

Pacientů se specifickými potřebami je samozřejmě mnohem více druhů, mohou to být mimo jiné i onkologicky nemocní pacienti, sociálně znevýhodnění pacienti či pacienti s trvalými poškozeními. V této bakalářské práci jsem vybrala a popsala pouze výše zmíněné kategorie pacientů, protože se domnívám, že právě tyto skupiny pacientů se v nemocnicích a zejména na RTG, RDG a NM pracovištích vyskytují nejčastěji.

### **2.3.1 Agresivní pacient**

Agresivita je jedním z mnoha přirozených druhů chování. Toto chování je spjaté s pudem sebezáchovy a je předpokladatelné u pacientů s nově zjištěnými zdravotními problémy. V některých případech se RA s agresivitou může setkat u pacienta, kterému byla právě sdělena nepříznivá zpráva či přímo diagnóza. Agresivita též může vzniknout nadměrnou psychickou zátěží nebo může být vyjádřením přílišné bolesti. Někteří pacienti v obavě o svůj osud, nebo špatně informovaní pacienti o dalším postupu jejich léčby mohou zareagovat agresivně, protože je to jejich způsob s vyrovnáním se náhlé neočekávané negativní situace. Pochopitelně se pak takový pacient chová agresivně ke zdravotníkovi, který mu zdravotní problém diagnostikoval nebo potřebnou manipulací způsobil bolest, v tuto chvíli jej považuje za zdroj svého problému a vytváří si z něho tzv. filtr své aktuálně špatné nálady. Pro jiné pacienty je agresivita „normální“ způsob, jak se vyrovnávat se stresem (Linhartová, 2007, str. 65) Zdrojem agresivity rovněž může být dlouhé čekání v čekárně, nebo narušení osobní zóny pacienta zdravotníkem. (Špatenková, Králová, 2009, str. 85) Dalším ukázkovým zdrojem agrese může být obava z nadcházejícího bolestivého výkonu. Pacient se může obávat čtených omezení, která s sebou nemoc nebo její následná léčba přináší. V neposlední řadě se agresivně mohou chovat pacienti s psychickými poruchami, či pacienti pod vlivem alkoholu, drog, nebo psychotropních látek. (Linhartová, 2007, str. 66)

Důležité je, aby RA zohlednil přiměřenost agresivity situaci a všiml si i všech neverbálních projevů pacienta, mezi které se u agresivity řadí např.: podupávání nohama, nervózní popocházení, kopání do prostoru ale i do předmětů. Takový pacient je schopen hrubě gestikulovat pažemi či tlouct předměty o stůl. Agresivita se může projevit i v řeči nejčastěji vulgarizmy, urážkami případně i výhrůzkami. (Linhartová, 2007, str. 66-67)

Při komunikaci s pacientem s výše zmíněnými příznaky chování se upřednostňuje jednání, které agresii tlumí. Agresivní pacient většinou od zdravotníků očekává zpětnou agresivní odpověď, pokud se jí ale nedočká, je zaskočen a po nějaké době volí přijatelnější způsob komunikace. (Linhartová, 2007, str. 67)

Existují obecné příručky, které říkají jak úspěšně zvládnout komunikaci s agresivním pacientem. Nejprve by RA měl nechat pacienta se vypovídat a nepochybně mu neskákat do řeči. V některých případech RA už podle slov pacienta zjistí, čím je agresivní chování způsobeno, což je důležité pro nastávající jednání. RA by měl udržovat od pacienta bezpečnou vzdálenost a respektovat vzájemné osobní zóny. Dále by se měl snažit znepokojeného pacienta posadit a vyzvat ho ke klidnému pravidelnému dýchání. RA se nesmí ani v případě sebeobrany nechat vyprovokovat k hrubému nebo dokonce vulgárnímu chování, které může situaci jen zhoršit. Zásadní roli hraje zdravotníkův postoj a tón hlasu s jakým k pacientovi přistupuje. Dále by měl udržovat oční kontakt jako s každým jiným pacientem. Nevhodné je projevovat se prudkými gesty nebo výraznými obličejovými grimasami, jako např. zvednutí obočí, nebo "oči v sloup". Pokud je hněv oprávněný, je na místě se ošetřovanému omluvit. Omluva většinou vede ke zmírnění agrese. Snahou RA by vždy mělo být uklidnění situace a znovu získání pacientovy důvěry. (Linhartová, 2007, str. 69)

Zcela nevhodnou volbou pro komunikaci s agresivním pacientem je protiútok. Např. agresivní pacient křičí a RA začne křičet také, tím může docházet jediné k rostoucí agresivitě pacienta. Naprosto nepřijatelné je urážení, zesměšňování či ironizování pacienta. (Špatenková, Králová, 2009, str. 89)

### **2.3.2 Depresivní pacient**

Depresivním pacientem se může stát osoba se zvýšenou psychickou zátěží, například při obavách o vlastní zdraví nebo dokonce život. Ne vždy se zpravidla musí jednat o duševní poruchu. V případě, že se ale o poruchu jedná, není snadné tuto nemoc diagnostikovat a posléze léčit. Důležité je uvážit rozdíl mezi depresivním a přecitlivělým pacientem. (Venglářová, Mahrová, 2006, str. 89)



Mezi základní projevy depresivního pacienta patří smutek, nezáměr, nerozhodnost, bezmoc, mluvení o sebevraždě atd. Někdy se dokonce může vyskytnout i pokus o sebevraždu. (Linhartová, 2007, str. 72)

Depresivní pacient je obvykle nadměrně opatrný a citlivý na okolnosti svého zdraví, často somatizuje (namlouvá si) své psychické i fyzické potíže, které ho pak vedou často i zbytečně k lékaři. Takový pacient může působit jako „simulant“, není však dobré toto brát na lehkou váhu, jelikož upuštění od důležitosti jeho potíží může depresivnímu pacientovi zhoršit jeho duševní stav. Při komunikaci s depresivním pacientem by RA měl vážít každé slovo, protože takoví pacienti bývají většinou velmi vztahovační. Utišovat pacienta či se ho pokoušet rozveselovat je v některých případech také nemístné, jelikož pacient sám depresi neumí ovládat. (Linhartová, 2007, str. 72)

Nejzávažnějším rizikem u depresivních pacientů je možnost sebevražedného chování. (Venglářová, Mahrová, 2006, str. 89) Proto se mezi lékařem a depresivním pacientem uzavírá tzv. „antisuicidiální (proti sebevražedná) smlouva“ neboli dohoda, že po určitou dobu nepodnikne pacient žádné pokusy k ukončení života. (Venglářová, Mahrová, 2006, str. 90) Psychologové tvrdí, že tato smlouva bývá dodržována. (Linhartová, 2007, str. 72)

Nejčastější chybou v komunikaci s depresivním pacientem je zlehčování pacientových potíží. Pacient pak nabývá dojmu, že mu nikdo nerozumí a může propadnout ještě větším pocitům viny. Mnohdy se stane, že chování depresivního pacienta vygraduje až v agresi bez jakékoliv závažnější příčiny, může to být jen jedním z depresivních projevů takto nemocného pacienta. (Venglářová, Mahrová, 2006, str. 90)

U depresivních pacientů je zvolení správné komunikace velmi důležité. Dorozumívání se s nimi je velice náročné a pro RA dosti zatěžující, vyžaduje hodně trpělivosti a času. (Linhartová, 2007, str. 73)

### **2.3.3 Úzkostný pacient**

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)

Úzkost se může vyskytnout u přítomnosti jakékoliv nemoci či poranění, může být normální nebo patologická. Normální úzkost je projevem strachu v těžkých či stresově (nervově) náročných životních situacích. Člověk musí na tuto situaci nějakým způsobem reagovat,

vyrovnat se s ní. Na rozdíl od patologické úzkosti, která se projevuje nadměrnou úzkostí, nebo naopak až nepřirozeným nedostatkem úzkosti. (Vymětal a kol., 2007, str. 65)

Úzkost je většinou projevna neklidem, pocením, třesem, poruchami soustředění a poruchami pozornosti, rychlým a povrchním dýcháním. Mezi klinické příznaky úzkosti patří svíravý pocit za hrudní kostí či „knedlík“ v krku, dále výraznější tepová frekvence a s ní spjaté bušení srdce. Úzkostný pacient se neustále na něco ptá, některé otázky bývají i často opakovány a radiologickým asistentem leckdy nepochopeny. Pro osoby, které úzkostí netrpí, nejsou ani takové dotazy podstatné a jsou tedy pro RA neočekávané. (Špatenková, Králová, 2009, str. 90) Úzkost může také být pouze povahovým rysem pacienta. (Linhartová, 2007, str. 69)

Při komunikaci s úzkostným pacientem by měl být RA vnímavý, snažit se pochopit pacientovy pocity a projevit o něho zájem. V komunikaci s takovým pacientem nejsou vhodné suché fráze typu: „zítra vám bude líp“, nebo „nejste sám kdo má takové problémy“. RA by se měl vždy snažit pomoci pacientovi vyjádřit jeho pocity, čímž identifikuje zdroj úzkosti. Důležitá je pomalá a srozumitelná řeč obsahující přiměřené a vhodné informace, jejich pochopení napomáhá zmírňovat pacientovu úzkost. Pokud pacient trpí silnou úzkostí, je na místě, aby mu lékař zajistil konzultaci s psychologem. (Špatenková, Králová, 2009, str. 91-92)

Jednou z hlavních chyb v komunikaci s úzkostným pacientem je vyhýbání se kontaktu s ním, důsledkem toho je jen zvýšení jeho úzkosti. Dále není vhodný rodičovský přístup dominujícího RA nad pacientem, což může podporovat neočekávané, nezralé reakce ze strany pacienta. Je třeba uvědomit si, že pokud se bude RA chovat jako rodič, pacient bude reagovat jako dítě. (Venglářová, Mahrová, 2006, str. 92)

Jednou z možností způsobení úzkosti může být i tzv. „Syndrom bílých plášťů“ (strach pacienta, vyvolaný lékařským prostředím). V některých případech může být pacient úzkostný v rámci svého duševního onemocnění, kterých je veliké množství, a každé tak vyžaduje specifický přístup v komunikaci.

### **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 totožně s předškolákem jako například s adolescentem. U přístupu k dítěti velmi

záleží na jeho kooperaci, zda je dítě ochotno spolupracovat samo, nebo jestli je plně závislé na rodičích. Děti bývají často ve strachu či rozptýlenosti myslí nepřítomny a někdy nechápou, co je po nich požadováno. 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. Přítomnost zdravotnického personálu strach a úzkost dítěte může jen zvětšovat, děti pak bývají neklidné a celé vyšetření se zkomplikuje, ve spolupráci s rodiči tak leckdy poslouchají více, neboť 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, přecitlivělost 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 mluvilo 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 plných schopností až do stáří je vždy výrazem silné osobnosti. Skutečností však zůstává, že v průběhu života člověka dochází k zákonitým změnám v paměťových schopnostech, vnímání, motorické koordinaci a jiným fyzickým změnám jako například zhoršení sluchu, zraku, případnému nálezů dalších onemocnění. V případě, že tyto změny vyvrcholí v nesamostatnost seniora v běžných každodenních dovednostech, měl by si RA uvědomit, že tato skutečnost nepůsobí kladně ani na psychickou stránku samotného seniora, který se sám svou nesoběstačností trápí. (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 být nepotřební či odmítnutí a jsou často smutní ze ztrát blízkých. 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 by měl RA vést trpělivě s ohledem na sluchové a zrakové možnosti pacienta, vyjadřovat se srozumitelně a vždy se ujistit, zda pacient slyšel a porozuměl. I v tomto případě je důležité aktivní naslouchání a ochota nechat pacienta hovořit a diskutovat s ním o tématech, která ho tíží, a kterým se obvykle většina lidí vyhýbá. Při rozhovoru je vhodné nespěchat, neprojevat netrpělivost či podrážděnost, uplatnit empatii a sociální citění. (Pokorná, 2010, str. 96)

I když stáří není považováno za nemoc, ale za přirozený fyziologický proces, je nutno mít na mysli, že jej provázejí různá onemocnění a finálně pak dochází k celkové změně osobnosti. Zdravotník by měl brát na vědomí 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 RA počítat i s možnou začínající demencí, která nedovolí trvalejší uchování informací, jež pacientovi RA poskytuje, i přesto však musí s pacientem jednat s úctou.

### **2.3.6 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. Multikulturní komunikace ulehčuje sociální citění a vzájemné porozumění příslušníků různých kultur. RA by se měl snažit dorozumět s cizincem v jeho jazyce, nelze ale znát všechny řeči světa, v takovém případě je dosti důležitá znalost projevů neverbální komunikace a sledování zpětné vazby pacienta. Takzvaná řeč těla často vyjádří pocity pacienta lépe než slova. Od každého RA je tak očekáváno využití komunikačních vědomostí a dovedností se zřetelem na odlišnou kulturu. (Burnard, 1992, str. 12)

Důležité v komunikaci s cizinci je též respektování jejich etnických zvyků, názorů, tradic, zvyklostí, etiky atd.

Každého pacienta jiné kultury je třeba vnímat jako jedinečného. RA by měl zjistit v jakém jazyce je komunikace s nemocným možná. Dále by se měl naučit základní slova v jazyce příslušníků odlišné kultury. Vhodné je používat jednoduchá slova a spojení, kterým pacient 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 oznámené informace. Důležité je ponechat takovým pacientům dostatek času na vyjádření svých potřeb. RA by si měl všimnout projevu neverbální komunikace, používat úsměv a vřelá gesta. V případě jazykové bariéry je možnost komunikovat pomocí cizojazyčných slovníků, tlumočnicka, případně i pomocí obrázků pro lepší vzájemné pochopení. (Burnard, 1992, str. 11-14)

### **2.3.7 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 jiných 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 nepřiměřené 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. 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 přítomnosti pacienta pod vlivem není prospěšné zůstat v jeho přítomnosti jediný, vždy je lepší mít svědka pro případ jakéhokoliv nežádoucího problému. V případě, že by byl pacient až moc agresivní či nezvladatelný, je RA oprávněn vyšetření neprovést a zavolat potřebnou pomoc, ochranu.

## 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 některých pacientů je zdravotní postižení zapříčiněno chronickým onemocněním, např. roztroušená skleróza. U jiných pacientů může jít o postižení trvalé. (Ptáček, Bartůněk a kolektiv, 2011, str. 261)

V dnešní společnosti se můžeme bohužel setkat s různými projevy pohrdání, odporu a vyhýbání se kontaktu s takto postiženými pacienty, čímž se snižuje jejich sociální status. (Kalvach, Čeledová, Holmerová a kol., 2011, str. 35)

Při komunikaci s fyzicky postiženými pacienty by RA měl uplatňovat příslušnou terminologii. Mluvnické výrazy typu: mrzák či invalida jsou dnes již zcela nepřijatelné! Společnost obsahuje cca 10% osob se zdravotním postižením, počet se úměrně zvyšuje s věkovou hranicí. Mezi nejuváděnější skupiny se zdravotním postižením patří osoby tělesně postižené, osoby s vnitřním postižením (např. „civilizační choroby“), s mentálním postižením, osoby zrakově postižené, sluchově postižené a osoby s poruchou řeči. Někdy se RA může setkat s pacientem, u kterého se vyskytuje několik druhů postižení najednou, pak se jedná o tzv. kombinované postižení. Nejčastěji se pojem „kombinované postižení“ používá u osob, které trpí mentálním postižením společně např. se zrakovým postižením. Bohužel někteří lidé špatně míní, že všechny osoby se zdravotním postižením jsou postižené i mentálně. (Ptáček, Bartůněk a kolektiv, 2011, str. 261-262)

RA by měl co nejvíce využívat pacientových komunikačních schopností a podporovat jeho nezávislost. (Špatenková, Králová, 2009, str. 99)

### 2.4.1 Pacient s tělesným postižením

Tělesné postižení se projevuje zejména různými omezeními nebo poruchami hybnosti. Komunikace s pacienty s tělesným postižením přináší určité zvláštnosti. Záleží na tom, jak je pacient konfrontován a sžít se svým postižením a do jaké míry je soběstačný. Takto postižený pacient by měl být alespoň částečně smířen s tím, že už se nikdy nebude těšit plnému zdraví, čímž může být narušena kvalita jeho osobního života. V případě, kdy je pacient např. čerstvě po úrazu po kterém zůstal invalidní, nemusí být ještě s aktuálním stavem dosud vyrovnán nebo seznámen, a tak je třeba dbát i na psychickou stránku pacienta. (Špatenková, Králová, 2009, str. 106)

Tělesné postižení jako takové však nezapříčiňuje vážnou komunikační bariéru. RA by si měl nejprve ověřit stupeň pacientovy ne/soběstačnosti, aby věděl, jakou pomoc bude pacient pravděpodobně potřebovat. Vždy je třeba respektovat pacientovy možnosti a nechat ho snažit se co nejvíce samotného. Činnosti, které pacient zvládne sám, by RA nikdy neměl činit za něho. V případě, že si pacient sám nepožádá, je slušností se jej zeptat zda potřebuje pomoci. Pokud ale pacient nabízenou pomoc odmítne nebo o ni nestojí, není vhodné se mu vnucovat. (Špatenková, Králová, 2009, str. 106)

Velmi důležité je, aby RA vždy předpokládal normální inteligenci pacienta, a to i přes různé handicapem vyvolané projevy, jako třeba křeče, tiky, mimovolné pohyby těla. RA by měl pozorně sledovat jak verbální, tak i neverbální komunikaci, pacienta patřičně oceňovat a chválit. RA by vždy měl z pracoviště odstranit všechny možné překážky, které by mohly pacientovi bránit. Pokud je pacient upoután na vozíček, je vhodné, aby si RA přidřepł nebo sedl a měl tak s pacientem při očním kontaktu hlavu ve stejné výšce a nehleděl na něho shora. Zdravotníci mívají tendenci být vůči tělesně postiženým pacientům nadměrně nápomocní což je přehnané, neboť tito pacienti si velmi cení sebemenší možnosti prokázat svou nezávislost. Správné ale také není se těmito pacientům vyhýbat, jelikož jsou to rovnocenní lidé jako zdraví jedinci. (Špatenková, Králová, 2009, str. 107)

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

K takto postiženým pacientům musí RA přistupovat individuálně. Neodmyslitelnou součástí komunikace je gestikulace, 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 neverbální 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)

Úvodem by měl konfrontovat (oslovit) radiologický asistent nevidomého pacienta jako první, jelikož jej pacient nevidí. RA zaklepe na dveře kabinky, po krátkém časovém intervalu kabinku otevírá, pozdraví, představí se a podá pacientovi ruku, čímž mu částečně nahradí vizuální kontakt. Podání ruky a veškeré další pohybové aktivity by RA měl pacientovi slovně komentovat. Tón, síla a tempo hlasu by měly zůstat ve stejném měřítku jako při komunikaci s každým jiným pacientem. U nevidomého pacienta si lze všimnout, že zrak byl nahrazen zbystřením ostatních smyslů, jako je čich, hmat a sluch. Prostřednictvím sluchu může pacient

velmi dobře rozpoznat odvrácenou tvář, což může vnímat jako aroganci, nebo nezájem. (Linhartová, 2007, str. 83)

Podáním ruky 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 je za Vámi stůl, na který se prosím posaďte.“ Nepostradatelnou součástí komunikace se zrakově postiženým je oční kontakt, ačkoliv se zdá být v tomto případě absurdní a zbytečný. Nevidomí pacient cítí, zda mu RA věnuje plnou pozornost, tudíž i oční kontakt. Osobními věcmi pacienta by RA neměl manipulovat, měly by zůstat tam, kde si je pacient uložil. (Špatenková, Králová, 2009, str. 104-105)

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

Důležitou součástí komunikace je zdvořilostní otázka, zda pacient potřebuje od RA 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 ním. Důležité je přizpůsobit rychlost chůze pacientovi. Nevidomí pacienti v neznámém prostředí bývají nejistí, od toho se odvíjí i tempo jejich chůze-je pomalejší. Zásadní chybou, která se objevuje při doprovodu pacienta, je pokud jej RA strká před sebou, neboho naopak za sebou vleče, na místo, 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 nahlásit pacientovi první a poslední schod a také jej upozornit, jaký směr schody mají, zda budou klesat nebo stoupat. Při vstupu do kterékoliv místnosti by dveře měl otvírat RA a pacient by je měl za nimi zavírat. Je důležité, aby RA dával pacientovi jasné a stručné instrukce a vyhýbal se slovům typu: „támhle je ...“. (Špatenková, Králová, 2009, str. 105-106)

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

Pacienti se sluchovým postižením mají lepší prostorovou orientaci než zrakově postižení jedinci. Komunikační přístup k neslyšícím by se měl lišit dle stupně jejich postižení. U tohoto onemocnění rozeznáváme několik etap 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 naučili 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 omezován. (Linhartová, 2007, str. 88)

WHO klasifikuje sluchové postižení na lehkou nedoslýchavost, při které handicapovaný rozumí řeči ze vzdálenosti 6-4 m. U středně těžkého postižení sluchu pacient rozumí řeči z 4 - 2m, dále sem zařazují úplnou hluchotu, ale také stařeckou nedoslýchavost, kterou zapříčiňuje ztráta sluchových buněk a kterou doprovází tzv. ušní šelest neboli tinitus, který můžeme popsat jako pískání v uších. 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 připadají slyšícím jedincům jako hlučné a příliš nápadně, málo kdy se tak takto postižení pacienti setkají s pochopením. Komunikace a manipulace s neslyšícím tak 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. RA by měl brát ohledy na to, zda pacient ovládá techniku odezírání z úst, ne všichni hluší pacienti totiž 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 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 a číst. RA by neměl zapomínat, že pacient se sluchovým postižením má právo získat dostatek informací, stejně tak jako ostatní pacienti. (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 přesné 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)

**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 jedna z forem onemocnění. Jedná se o neurotickou nebo psychickou poruchu řeči. Dochází k narušení komunikačních dovedností a to způsobí 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)

#### **2.4.5 Pacient s mentálním postižením**

Jednání s mentálně postiženými pacienty samozřejmě také vyžaduje velice speciální přístup. Předpokladem pro komunikaci s takovým pacientem je přítomnost informovaného doprovodu, který radiologickému asistentovi vysvětlí, jakým druhem postižení nemocný trpí a jak se přímo u něho projevuje. Na základě těchto informací by měl RA upravit svůj přístup k nemocnému. Mentálních postižení existuje nespočet druhů a každé z nich má svá specifika pro komunikaci mezi zdravotníkem a konkrétně nemocným pacientem. Proto bych se tohoto tématu ráda dotkla jen takto okrajově, neboť téma „Komunikace s mentálně postiženými pacienty“ by si zasloužilo rozepsat v další samostatné práci.

### **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 poněkolkáté, 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

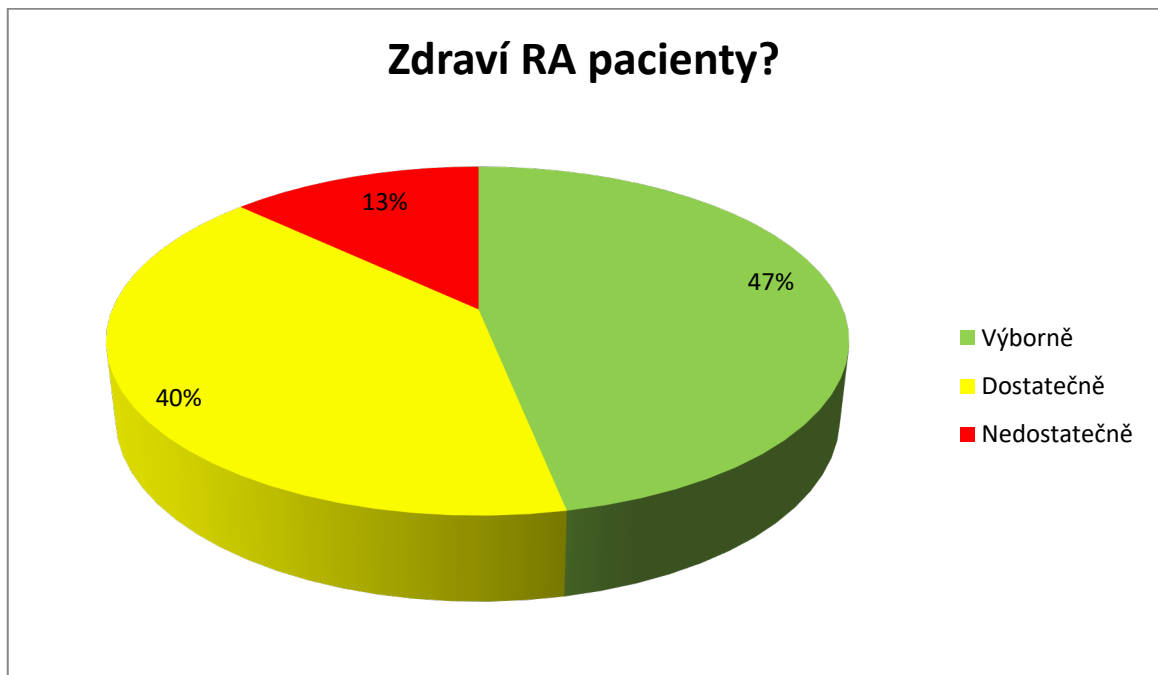
Vysvětlivka:

výborně
dostatečně
nedostatečně

Zdroj: vlastní

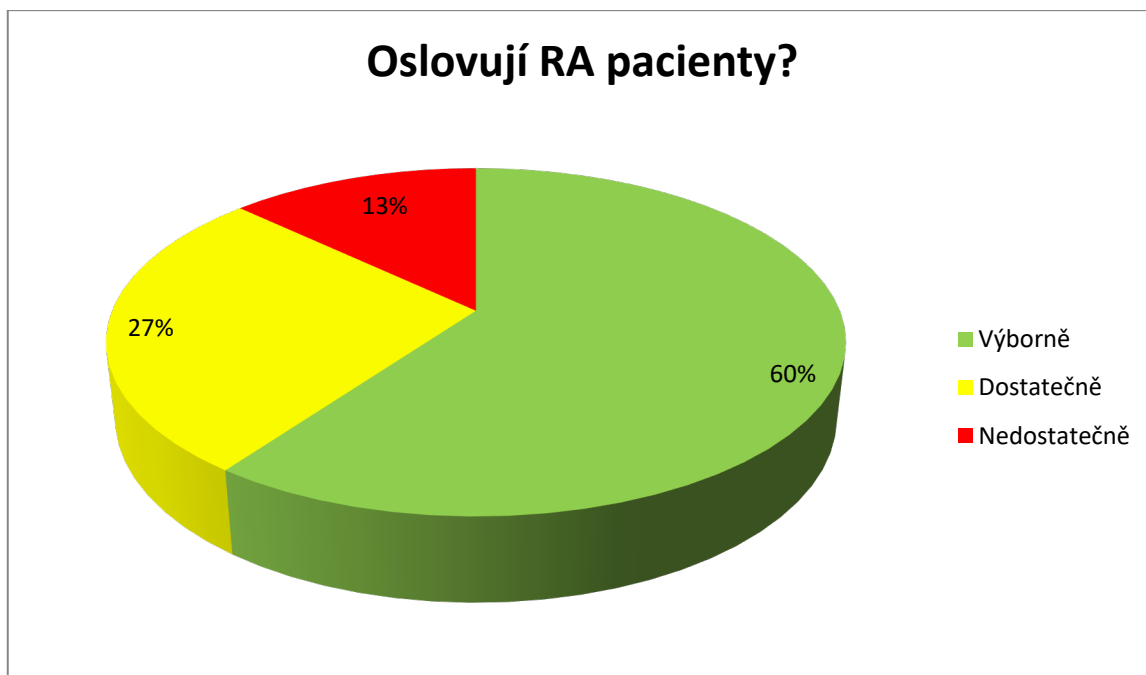


Následující grafy jsou tvořeny dle průzkumných otázek a jsou odvozeny z Tabulky 1.



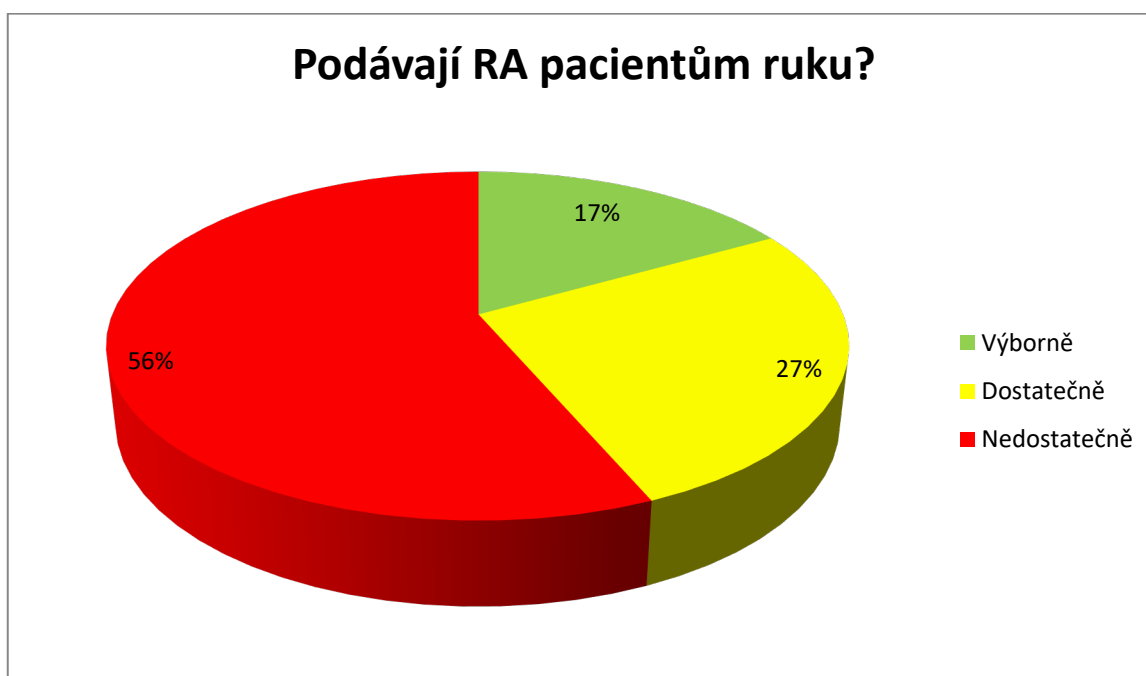
**Obrázek 1 Graf zdravení pacientů**

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

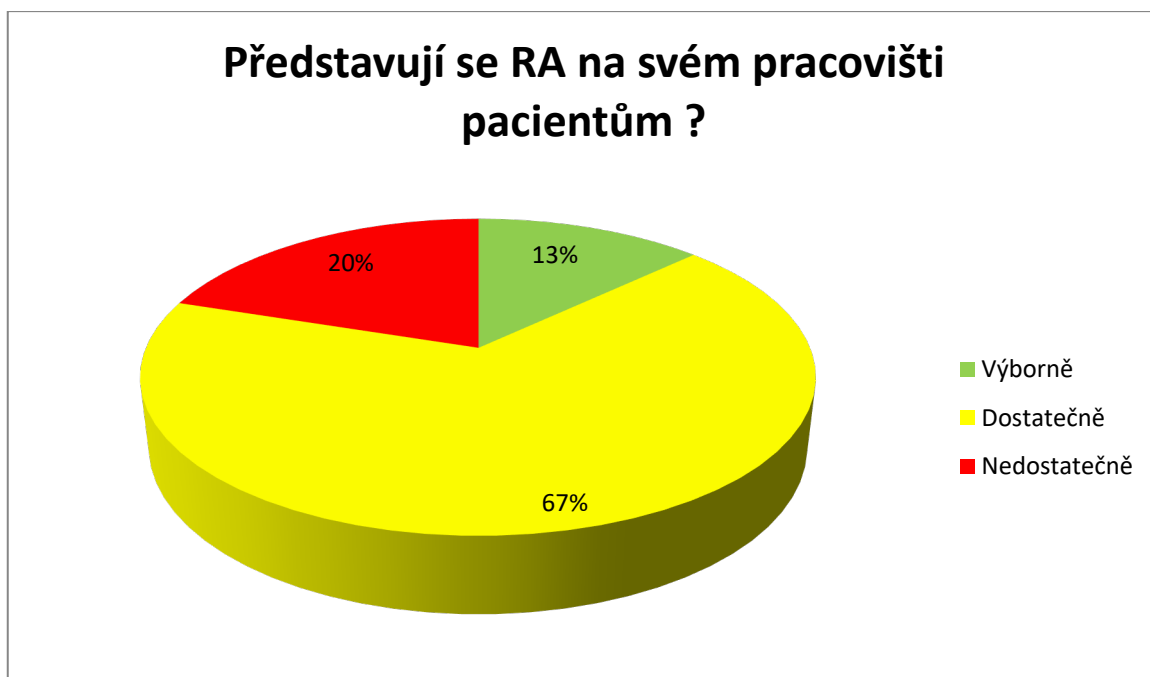
Z tohoto grafu je viditelné, že 18 z 30 (60%) radiologických asistentů vždy oslovilo pacienty pane/paní a také volilo správný titul před či za jeho jménem. (27%) 8 z 30 RA oslovilo většinu pacientů ne však všechny. Zbylí 4 z 30 RA (13%) oslovili pacienty pouze jejich příjmením.



**Obrázek 3** Graf podání ruky pacientům

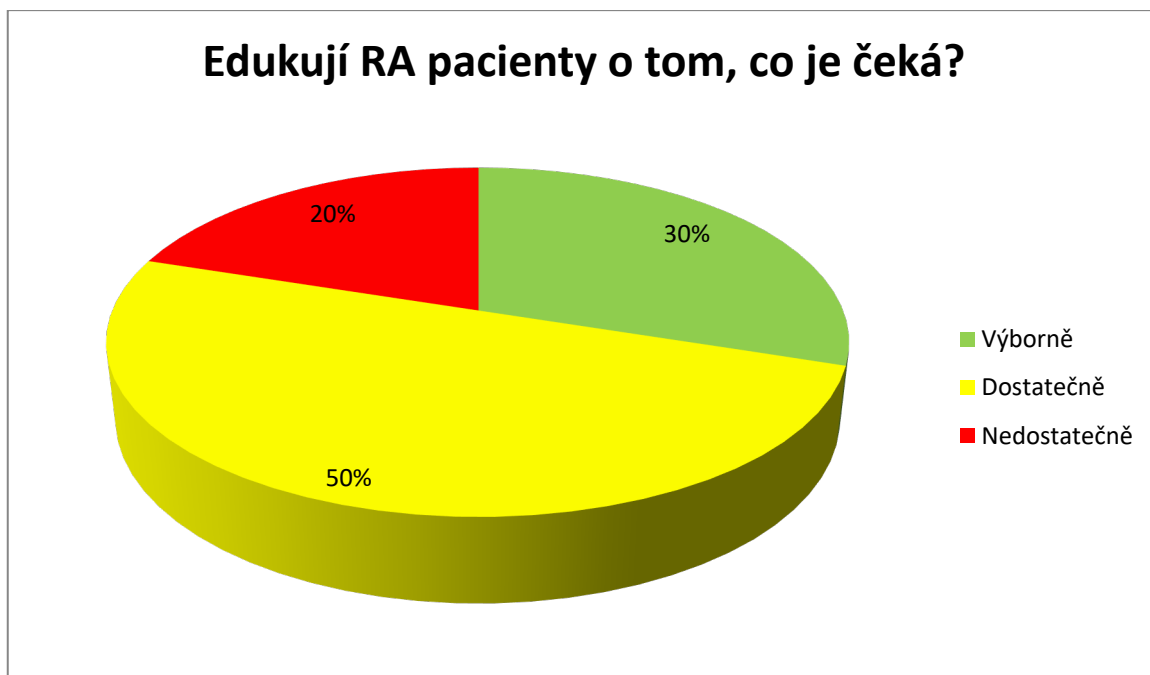
Třetí graf znázorňuje, kolik RA podává pacientům během komunikace s nimi ruku. Pouhých 17% (5 RA z 30) podalo každému pacientovi ruku a to při jeho příchodu i odchodu, nehledě

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 snímky 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 kabinek (“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 odlišně. 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 vyšetřování 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 zase zdravotnický personál nekomunikuje na odborné leckdy 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 hodně 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 neznamena to, že se kdykoliv nemůžeme stát i pacienti. Je důležité si uvědomit, že vhodná a správná komunikace není vrozená nýbrž je potřeba se jí neustále učit a zdokonalovat.

A jen na okraj podotýkám, že momentální epidemiologická situace v roce 2020 mě ve výsledcích této práce jen utvrzuje.

#### **4.1.1 Motto**

*„ Naivní je myslet si, že můžeme pokračovat ve stejném způsobu života jako doted'. Naivní je myslet si, že lidstvo může přežít následující problémy bez lásky, porozumění a starosti jeden o druhého, aniž bychom sami sebe zničili“*

## 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 náročným 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 ošetrující 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.aacnnursing.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: Rejchrt Kristýna

Zdroj: vlastní

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