

Univerzita Karlova v Praze

1. lékařská fakulta

Studijní program: Specializace ve zdravotnictví

Studijní obor: Ošetrovatelská péče v anesteziologii, resuscitaci a intenzivní péči



Bc. Lenka Cvrkalová

Problematika komunikace sester s pacienty se zajištěnými dýchacími cestami na
resuscitačním oddělení

Issues of communication between nurses and patients with secured airways at
Resuscitation Department

Diplomová práce

Vedoucí diplomové práce: PhDr. Jana Hocková, PhD.

Praha, 2014

PROHLÁŠENÍ:

Prohlašuji, že jsem závěrečnou práci zpracoval/a samostatně a že jsem řádně uvedl/a a citoval/a všechny použité prameny a literaturu. Současně prohlašuji, že práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

Souhlasím s trvalým uložením elektronické verze mé práce v databázi systému meziuniverzitního projektu Theses.cz za účelem soustavné kontroly podobnosti kvalifikačních prací.

V Praze, 22. 04. 2014

LENKA CVRKALOVÁ

Podpis

PODĚKOVÁNÍ

Na tomto místě bych ráda poděkovala své vedoucí práce, PhDr. Janě Hockové, PhD., za vstřícnost, užitečnou pomoc, cenné rady a připomínky, které mi poskytla při zpracování mé diplomové práce. Současně bych chtěla také poděkovat všem respondentům za jejich spolupráci, ochotu a cenný čas.

Mé srdečné díky patří rovněž všem, kteří mi při psaní diplomové práce byli nápomocni.

IDENTIFIKAČNÍ ZÁZNAM

CVRKALOVÁ, Lenka. *Problematika komunikace sester s pacienty se zajištěnými dýchacími cestami na resuscitačním oddělení. [Issues of communication between nurses and patients with secured airways at Resuscitation Department]*. Praha, 2014. 106 stran, 15 příloh. Magisterská práce (Mgr.). Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta, Ústav teorie a praxe ošetrovatelství. Vedoucí práce Hocková, Jana.

ABSTRAKT

Úvod: Komunikace je jednou z nejvýznamnějších lidských schopností a potřeb v životě člověka. Ovšem pokud vznikne komunikační omezení z důvodu zavedení endotracheální roury či tracheostomické kanyly, postižený, který původně verbálně komunikoval, se ocitá v situaci, kdy není schopen sdělit své pocity, potřeby a přání. Obecným záměrem této práce je napomoci rozvíjení a zlepšování komunikačních dovedností sester v oblasti komunikace s pacienty se zajištěnými dýchacími cestami při vědomí, v bezvědomí či analgosedaci.

Metoda: Výzkumné šetření má charakter kvantitativního výzkumu, v němž byla použita metoda dotazníku. Výzkumná data byla celkově získána od 144 zdravotních sester pracujících na resuscitačních odděleních čtyř pražských nemocnic.

Výsledky: Řešením dané problematiky bylo zjištěno, že sestřám činí problém komunikovat s pacienty se zajištěnými dýchacími cestami. Přičemž nejobtížnější je komunikovat s pacienty při vědomí zajištěnými endotracheální rourkou. Palčivou oblastí je taktéž komunikace s pacienty s poruchou vědomí.

Závěr: Navzdory obtížnosti komunikace s pacienty, kteří mají zajištěné dýchací cesty, více jak polovina respondentů nikdy nezískala informace o možnostech komunikace s těmito pacienty. Nejen proto je výstupem tohoto šetření informační brožura a doporučení, jak s těmito pacienty efektivně komunikovat.

KLÍČOVÁ SLOVA

problematika komunikace, komunikační dovednosti sester, ventilovaný pacient, zajištěné dýchací cesty, resuscitační oddělení

ABSTRACT

Purpose: Interpersonal communication is one of the most important abilities and skills in everyday life. But when patient's communication ability is limited due to endotracheal or tracheostomy tube insertion, the patient, who had communicated verbally, is not able to convey their feelings, needs and wishes anymore. The purpose of this thesis is to help improve communication skills of nurses in the area of communication with conscious, unconscious and analgosedated patients whose airways are intubated.

Methods: The survey has form of quantitative research, the questionnaire method was used. Research data was obtained from a total of 144 nurses working at resuscitation departments at four hospitals in Prague.

Results: By studying this issue, it has been found nurses have trouble communicating with intubated patients. The most difficult communication is with conscious patients, who are intubated by endotracheal tube. Communicating with patients with impaired consciousness is also very problematic.

Conclusion: Despite the fact, that communication with intubated patients is inherently difficult, more than half of the respondents have never been educated about how to communicate with these patients. Not only but also to address this issue, the outcome of this thesis is information brochure with recommendations about how to communicate effectively with these patients.

KEYWORDS

issues of communication, communication skills of nurses, ventilated patients, secured airways, Resuscitation Department

OBSAH

1	ÚVOD.....	1
2	TEORETICKÁ ČÁST.....	3
2.1	KOMUNIKACE V OŠETŘOVATELSTVÍ	3
2.1.1	Definice komunikace	3
2.1.2	Funkce komunikace	3
2.1.3	Formy komunikace	4
2.1.4	Speciální komunikační dovednosti	10
2.1.5	Kontraproduktivní komunikace	10
2.1.6	Zásady správné komunikace	11
2.1.7	Komunikační role sestry	12
2.2	SPECIFIKA KOMUNIKACE NA RESUSCITAČNÍCH ODDĚLENÍCH	14
2.3	KOMUNIKACE S PACIENTY SE ZAJIŠTĚNÝMI DÝCHACÍMI CESTAMI NA RESUSCITAČNÍCH ODDĚLENÍCH	16
2.3.1	Stav vědomí a komunikace	16
2.3.2	Zajištěné dýchací cesty	17
2.3.3	Potřeby ventilovaných pacientů	19
2.3.4	Specifika komunikace s pacientem se zajištěnými dýchacími cestami	20
2.3.5	Komunikace s rodinou pacienta.....	22
2.4	MOŽNOSTI KOMUNIKACE S PACIENTY SE ZAJIŠTĚNÝMI DÝCHACÍMI CESTAMI	23
2.4.1	Substituční hlasové mechanismy	23
2.4.2	Odezírání ze rtů.....	24
2.4.3	Psané slovo.....	24
2.4.4	Komunikační tabulky.....	25
2.4.5	Nonverbální signály	25
2.4.6	Komunikační karty.....	26
2.4.7	Prstová abeceda.....	26
2.4.8	Počítač a elektronické komunikační pomůcky	27
2.4.9	Bazální stimulace	28
3	EMPIRICKÁ ČÁST.....	35
3.1	CÍLE A HYPOTÉZY DIPLOMOVÉ PRÁCE	35
3.2	METODA TVORBY DAT	36
3.3	CHARAKTERISTIKA ZKOUMANÉHO VZORKU.....	36
3.4	PRŮBĚH VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ	37
3.5	METODOLOGICKÉ ZPRACOVÁNÍ	38
3.6	VÝSLEDKY VÝZKUMU A JEJICH ANALÝZA	38
3.7	DISKUZE	76
3.7.1	Ověření stanovených hypotéz	88
3.8	DOPORUČENÍ PRO KOMUNIKACI S PACIENTY SE ZAJIŠTĚNÝMI DÝCHACÍMI CESTAMI	90
3.8.1	Pacienti při vědomí	90
3.8.2	Pacienti v bezvědomí, v analgosedaci	92

4 ZÁVĚR	93
REFERENČNÍ SEZNAM.....	96
SEZNAM ZKRATEK	1
SEZNAM TABULEK.....	2
SEZNAM GRAFŮ	4
SEZNAM PŘÍLOH.....	6
PŘÍLOHY	7

1 ÚVOD

„ To nejdůležitější v komunikaci je slyšet to, co nebylo řečeno.“

P. F. Drucker

Komunikace je všeobecně definována jako proces, během kterého probíhá sdělování a přijímání údajů pomocí nejrůznějších signálů a prostředků. Jedná se o sociální proces charakterizovaný vzájemnou výměnou informací, slov, významů, ale také pocitů a myšlenek mezi dvěma a více lidmi. Komunikace ve zdravotnictví obnáší sdělování a získávání informací na kterých závisí pacientovo zdraví (Pokorná, 2010).

Kvalitní ošetrovatelská péče je nemyslitelná bez komunikace mezi sestrou a pacientem. Samotný ošetrovatelský proces je postaven na partnerském vztahu mezi sestrou a nemocným. Tohoto partnerského vztahu lze právě dosáhnout prostřednictvím efektivní komunikace, která nám pomůže navázat kontakt s nemocným a vytvořit atmosféru důvěry a bezpečí. Problém ovšem nastává tehdy, když sestry s pacienty komunikovat neumí anebo dokonce nechtějí. Nevhodnou komunikací lze snadno pacientům ublížit, zvláště těm, kteří nemohou verbálně komunikovat. Opakem jazykových ublížení je hojivá funkce slov a doteků. Je to terapeutikum, které lze dávkovat po kapkách, i jako vydatnou laváž, v pevné či éterické formě, ráno, v poledne i večer.

Komunikace je také jednou z nejvýznamnějších lidských schopností a potřeb v životě člověka. Pokud ovšem vznikne akutní omezení těchto komunikačních schopností a potřeb, nastává závažná stresová zátěž. Postižený, který původně verbálně komunikoval, se neočekávaně ocitá v situaci, kdy není schopen sdělit své pocity, potřeby, přání či požadavky. Toto komunikační omezení, které brání v komunikaci prostřednictvím mluveného slova, může nastat z nejrůznějších důvodů. Jedním z nich je zajištění dýchacích cest pomocí endotracheální rourky či tracheostomické kanyly. V tomto případě může být narušení komunikačních schopností v rozdílném časovém horizontu od několika málo hodin až po celý zbytek života.

Pacienti se zajištěnými dýchacími cestami jsou kompletně odkázáni na péči sestry, která musí být schopna identifikovat individuální potřeby a pocity nemocného navzdory značnému technickému vybavení v prostředí resuscitační péče, které klade na sestru nemalé požadavky a přináší do komunikace bariéry. Komunikace sester s těmito pacienty je charakterizována časovou náročností a vyžaduje značnou dávku trpělivosti, empatie a obzvláště přesvědčení, že efektivní komunikace je smysluplná a přínosná.

Cílem ošetrovatelské péče je, aby se pacient dokázal adaptovat na tuto nově vzniklou situaci a aby především sestra společně s pacientem našla vhodný způsob komunikace. Při komunikačním deficitu by měla být dána možnost se adekvátně dorozumět jiným, náhradním způsobem anebo podporovat již existující, ale pro běžné dorozumívání nedostatečné komunikační schopnosti. Jako klíčové se v tomto případě jeví užití augmentativních a alternativních systémů komunikace u pacientů při vědomí a Bazální stimulace pro pacienty v bezvědomí či hluboké analgosedaci.

Při rozhodování o volbě tématu mé diplomové práce jsem byla ovlivněna odbornými stážemi na resuscitačních odděleních, kde jsem se stala svědkem nejrůznějších situací při komunikaci sester s pacienty se zajištěnými dýchacími cestami. Téma diplomové práce jsem si tedy zvolila zcela cíleně, protože tyto negativní i pozitivní situace mě přivedly k myšlence, jak zlepšit komunikaci mezi sestrou a těmito pacienty.

Obecným záměrem této práce je napomoci rozvíjení a zlepšování komunikačních dovedností sester v oblasti komunikace s pacientem se zajištěnými dýchacími cestami při vědomí, v bezvědomí či analgosedaci. Cílem diplomové práce je zmapovat komunikaci sester s pacienty se zajištěnými dýchacími cestami a zjistit, zda sestram činí problém dorozumět se s těmito pacienty. Taktéž zkoumám, které formy komunikace jsou nejčastěji užívané sestrami při péči o tyto pacienty při vědomí, v bezvědomí či v analgosedaci. Dále diplomová práce prezentuje srovnání názorů sester a pacientů na problematiku komunikace při zajištěných dýchacích cestách

Diplomová práce je rozdělena do dvou částí, a sice teoretické a empirické. Teoretická část objasňuje nejdůležitější pojmy, které jsou stěžejní pro vlastní výzkumný projekt. První kapitola zahrnuje obecné poznatky o komunikaci v ošetrovatelství. V další kapitole se zaměřuji na specifika komunikace na resuscitačních odděleních. Třetí kapitola seznamuje čtenáře s problematikou komunikace s pacientem se zajištěnými dýchacími cestami na resuscitačním oddělení a poslední kapitola se zabývá možnostmi komunikace s těmito pacienty. Vlastní empirická část má charakter kvantitativního výzkumu, v němž byla použita metoda dotazníku. Na výzkumném šetření se celkově podílelo 144 sester pracujících na resuscitačních odděleních v pražských nemocnicích.

Výstupem této práce je informační brožura o uceleném přehledu možných metod komunikace s pacienty se zajištěnými dýchacími cestami a doporučeními, jak efektivně komunikovat.

2 TEORETICKÁ ČÁST

2.1 Komunikace v ošetrovatelství

2.1.1 Definice komunikace

Komunikace je pojem, který má velmi široké použití. Samotné slovo komunikace vychází z latinského *communicare*, tedy činit něco společným, společně něco sdílet (Vybíral, 2005, p. 25). V naučném pedagogickém slovníku je komunikace chápána jako sdělování a dorozumívání mezi lidmi – sociální komunikace (Průcha, Walterová & Mareš, 1995, p. 101).

Pokorná (2010, p. 11) vysvětluje komplikovanost a složitost definování fenoménu komunikace. Existují desítky různých definic komunikace s nejrůznějším vymezením. Sama autorka ve své knize (p. 12) dále uvádí následující: „*komunikace se vytváří jako vztah mezi minimálně dvěma subjekty, kteří o sobě vědí a společně subjektivně sdílejí, prožívají a reagují na určitou objektivní situaci.*“

Komunikací dle Špatenkové & Králové rozumíme poskytování zpráv, sdílení informací, výměnu myšlenek a vyjadřování takovým způsobem, aby si účastníci komunikace vzájemně porozuměli (2009, p. 9).

Další definice komunikace od Beckera, Heimberga & Bellacka (1987, p. 8) tvrdí, že šikovný komunikátor musí být schopen identifikovat emoce nebo záměr vyjádřený druhou osobou a sofisticky rozhodne o podobě a načasování vhodné odpovědi.

V ošetrovatelství je dle Sheldon (2009, p. 5) komunikace chápána jako sdílení informací souvisejících se zdravím mezi pacientem a sestrou, kdy oba účastníci jsou považováni za zdroj a příjemce informací. Mezi sestrou a pacientem se rozvíjí vztah nejen ke sdílení informací, ale také pro usnadnění vývoje léčby. Autorka Webbová (2011, p. 3) dále doplňuje, že komunikační a interpersonální dovednosti jsou základní součástí kvalitně poskytované ošetrovatelské péče.

2.1.2 Funkce komunikace

Jak uvádí Vybíral (2005, p. 31), komunikace má svůj účel, smysl neboli funkci, kterou chce splnit nebo kterou plní. Prostřednictvím funkce (účelu) dostává komunikace smysl. Autor Mikuláščík (2003, p. 32) dále zmiňuje, že hranice mezi jednotlivými funkcemi komunikace jsou nejednoznačné, často se překrývají.

Bednářová (2010, p. 16) klasifikuje čtyři hlavní funkce komunikování:

- **informativní fáze** (dát či doplnit informaci),
- **instruktážní fáze** (naučit, zasvětit, předat manuál),
- **persuasivní fáze** (ovlivnit, získat druhé na svou stranu),
- **zábavná fáze** (rozveselit, rozptýlit, pobavit sebe i druhé).

2.1.3 Formy komunikace

Jak uvádí autor Mikuláščík (2003, p. 32), komunikace má velmi pestrou škálu možností a velmi proměnlivou podobu, proto komunikátor může užívat a měnit různých způsobů komunikace. Záleží především na komunikačních dovednostech každého uživatele.

Dle různých kritérií lze komunikaci dělit na:

- **záměrnou** – komunikátor prezentuje to, co odpovídá jeho záměru,
- **nezáměrnou** – komunikátor se prezentuje jiným způsobem, než plánoval,
- **vědomou** – komunikátor si uvědomuje, jakým způsobem komunikuje,
- **nevědomou** – komunikující nemá pod vědomou kontrolou svoji komunikaci,
- **kognitivní** – logická, racionální, smysluplná,
- **afektivní** – komunikace zprostředkována emočními projevy,
- **asertivní** – neboli sebezprosazující a respektující shodné právo i pro jiné,
- **agresivní, manipulativní, pozitivní, negativní, shodnou, neshodnou, intropersonální, interpersonální, skupinovou** ... apod. (Mikuláščík, 2003, pp. 33–35).

Všechno naše chování, ať už verbální nebo neverbální, úmyslné či neúmyslné, je forma komunikace, včetně toho, jak se pohybujeme, oblékáme, chodíme nebo užíváme doteků. Zdravotníci si musí být vědomi svých vlastních úmyslných i neúmyslných sdělení a také by měli být natolik zkušení, aby správně interpretovali sdělení ostatních (Webb, 2011, p. 5).

Lidská komunikace probíhá na dvou úrovních – verbální (pomocí slov) a neverbální (mimoslovní – mluvou těla). Neverbální komunikace představuje především řeč těla, paraverbální projevy, které znamenají způsob, jak je verbální informace řečena (Minibergerová & Dušek, 2006, p. 41). Beran (2000, p. 29) dodává, že paraverbální projev tvoří především intonace řeči, rychlost a hlasitost mluvy, přestávky v řeči a tón hlasu. Špatenková & Králová (2009, p. 29) ovšem poukazují na vzájemné doplňování jednotlivých druhů komunikace - jdou si ruku v ruce (slova jsou doprovázena gesty, výrazem obličeje apod.).

Autorky Minibergerová & Jičínská poukazují na zjištění, že na celkovém účinku komunikace se z více než 50 % podílí mimika a pohyby těla a téměř 40 % hlasové projevy řeči (tedy opět nonverbální složka komunikace). A přibližně jen 7 % výsledného efektu komunikace připadá verbálnímu sdělení (2010, pp. 46–47).

2.1.3.1 Neverbální komunikace

Neverbální komunikace je definována jako řeč těla, která je považována za upřímnější než slovní projev. Pomocí neverbální komunikace můžeme tlumočit pocity a postoje i beze slov (Venglářová & Mahrová, 2006, p. 39). Autorka Pokorná (2006, p. 13) se dále zmiňuje, že se dá jen velmi obtížně ovládat vůlí, těžce skrývat.

Neverbálním chováním můžeme dle Čechové, Mellanové & Rozsypalové vyjádřit vztah k pacientovi, skutečný zájem o něj a jeho problémy, zda si ho vážíme nebo nikoliv. Prostřednictvím neverbálních prvků daleko snadněji než slovy vyjádříme své emoce, povzbuzení, porozumění druhému a jeho situaci (2004, p. 28).

Pacienti velmi citlivě vnímají neverbální komunikaci zdravotnického personálu. Všimají si o mnoho více toho, co např. sestra dělá a jak se chová než toho, co říká. Pro sestru, která chce úspěšně komunikovat s pacientem, je tudíž důležité, aby ovládala neverbální jazyk komunikace (Špatenková & Králová, 2009, p. 30).

I naše mlčení poskytuje velké množství informací, mlčení má vždy svůj nezastupitelný význam, kterým prozrazujeme mimoslovními výrazovými prostředky – např. výrazem očí, dechovou frekvencí, hlasitým či tichým dýcháním. Vysvětluje to, že naše tělo mluví, i když neotevřeme ústa (Linhartová, 2007, p. 16).

Vizika

Vizika definuje řeč očí. Prostřednictvím očí jsou dekodovány mnohé nonverbální informace – gesta, pohyby či polohy těla apod. – a stávají se „čitelnými“. Při pohledu rozlišujeme jeho nasměrování a zaměření, čas upření na cíl, četnost, sled pohledů, velikost zornic, počet mrknutí, mžourání a jiné (Gulášová, Hruška, Bačíková & Breza, 2012, p. 26)

Mimika

Výrazy obličeje (mimika) mají pro komunikaci zásadní význam, protože právě tvář je výrazově nejbohatší část těla, která odráží mnoho důležitých informací. Horní polovina obličeje vyjadřuje informace především o negativních emocích, zatímco dolní polovina poskytuje prostor pro emoce pozitivní a štěstí. Pro sestru je nejdůležitějším a nejlevnějším lékem úsměv, který dokáže odzbrojit nepříjemného či agresivního pacienta. Díky úsměvu

lze velice rychle navázat kontakt či získat důvěru pacienta (Čechová, Mellanová & Kučerová, 2004, p. 114).

Obličej může prostřednictvím mimiky vyjádřit tzv. sedm primárních emocí: štěstí – neštěstí, neočekávané překvapení – splněná očekávání, strach – pocit jistoty, radost – smutek, klid – rozčílení, spokojenost – nespokojenost, zájem – nezájem (Gulášová et al., 2012, p. 26). Vedle nich doplňují autorky Venglářová & Mahrová (2006, p. 41) tzv. sekundární neboli odvozené emocionální výrazy tváře. Jedná se např. o splynutí výrazů či střídání výrazů.

Kinetika

Kinetika zahrnuje dle Venglářové & Mahrové (2006, p. 47) veškeré pohyby těla a jeho jednotlivých částí. Analyzuje dynamiku, trvání, ohraničení, akceleraci, kongruenci (soulad) pohybů a napětí či uvolnění. Pokorná (2010, p. 29) dále dodává, že významný je zejména celkový pohyb těla s ohledem na hodnocení současného fyzického a psychického stavu jedince během poskytování péče – např. poruchy lokomoce, mimovolní pohyby.

Posturologie

Posturologie neboli posturika je charakterizována jako řeč našich fyzických postojů, držení těla a polohových konfigurací. Rozlišujeme tři základní polohy – vestoje, vsedě, vleže. Díky sladění poloh můžeme získat prostor pro spolupráci. Jako nejvhodnější poloha pro rozhovor je poloha rovnocenná – vsedě (Venglářová & Mahrová, 2006, p. 46).

V posturologii rozlišujeme dle Kristové (2004, p. 46) dva dominantní jevy – kongruenci a inkongruenci. Pojem kongruence vyjadřuje komunikační harmonii (shodu) mezi sestrou a pacientem. Zaujetím stejné polohy vysílají souhlasné emoční naladění a ochotu komunikovat. Naopak inkongruence představuje neshodu mezi komunikujícími. Tato situace např. nastává, když pacient chce sestře ještě něco říci, ale ona mu již polohou svého těla naznačuje, že chce odejít.

Pokorná (2010, p. 30) ve své publikaci dále upozorňuje, že posturologie je opět v úzké vazbě na kinetiku a v některých odborných zdrojích jsou tyto pojmy uváděny jako synonyma.

Gestika

Gestika je součástí kinetiky. Gesta představují záměrné pohyby některé části těla, nejčastěji rukou (gestikulace), hlavy, někdy i nohou. Gesta mají výrazný sdělovací účel a doplňují slovní, mimoslovní projevy nebo je přímo zastupují. Ovšem mají výraznou specifikum v kulturních odlišnostech (Pokorná, 2006, p. 17). V článku o Prostředcích neverbální komunikace zdůraznili autoři Gulášová et al. (2012, p. 26), že vzdělaná,

zkušená a především vnímavá zdravotní sestra dokáže díky gestikulaci rozpoznat u pacienta nespočetné množství pocitů, problémů a identifikovat také jeho potřeby.

Haptika

Haptikou rozumíme komunikaci prostřednictvím dotyků. Doteky jsou nejstarší formou lidské komunikace vůbec. Ještě dříve, než se naši předkové naučili mluvit, užívali doteky jako formu vyjádření vzájemných vztahů (Václavíková, 2006, p. 37). Džumelová, Malíková & Hudáková (2008, p. 25) dále doplňují, že haptika je pravděpodobně nejprimitivnější formou neverbální komunikace.

Haptický kontakt je zprostředkovaný tlakem na kůži, působením tepla, chladu, vibrací nebo také bolesti. Dotyková komunikace vyžaduje od sestry schopnost empatie a dotykové kultury. Dále Kristová (2004, p. 45) zdůrazňuje problematiku haptiky – sebehaptiku (dotýkání se vlastního těla). Jedná se o projevy jako tření rukou, držení se za ramena nebo schoulená poloha. Sebehaptika může reprezentovat u pacienta široký repertoár záporných emocí – nepohodu, úzkost, strach, nedůvěru či také stydlivost při obnažení.

Autorky Špatenková & Králová vyzdvihují ve své publikaci význam doteků v ošetrovatelské péči:

- dotekem mohou zdravotničtí pracovníci upoutat pozornost pacientů, kteří jsou nesoustředění nebo příliš ponoření do sebe,
- ve stresových situacích může dotek zmírňovat úzkost pacientů,
- dotekem můžeme vyjádřit zájem o pacienta,
- dotek se stává projevem péče,
- dotek je důležitou součástí ošetrovatelské péče (2009, p. 32).

Proxemika

Termín proxemika vyjadřuje prostorovou vzdálenost, kterou k sobě komunikující osoby zaujímají. Proxemika je hodnocena jak z hlediska vertikálního tak horizontálního.

Vertikální rovina představuje výškovou úroveň mezi komunikujícími. Vyjadřuje, o kolik má jeden z komunikujících oči výše než druhý. Např. sestra, která má oči výše, může být v jednání považována za dominantní. Vyvážená komunikace nastává tehdy, když jsou oči sestry a pacienta na přibližně stejné úrovni (Kristová, 2004, p. 25).

Horizontální rovina je vzdálenost mezi jednotlivými komunikujícími prostřednictvím přiblížení a oddálení se od sebe. Podle vzdálenosti při kontaktu s jinými lidmi můžeme rozlišovat čtyři následující zóny:

- **intimní zóna** (0 – 30 cm) – jedná se o vztah mezi matkou a dítětem, manželi a blízkými přáteli. Když je intimní zóna narušena člověkem, který do této zóny nepatří, vyvolá to vždy nepříjemné pocity,
- **osobní zóna** (30 – 120 cm) – tato zóna se považuje za nejideálnější pro rozhovor mezi sestrou a pacientem. Limitem osobní zóny je možnost fyzického dosahu, možnost sledování mimiky a možnost vnímat pach toho s kým komunikujeme,
- **společenská zóna** (120 – 360 cm) – někdy nazývána také jako sociální. Zde již není možná komunikace dotykem. V této vzdálenosti komunikuje např. sestra s více pacienty naráz,
- **veřejná zóna** (360 – 760 cm) – v této vzdálenosti ztrácí sestra osobní kontakt s pacientem. Tato zóna se využívá např. při veřejných shromážděních (Janáčková & Weiss, pp. 20–21; Kristová, 2004, pp. 26–27).

Kristová (2004, p. 27) dále popisuje, že sestra v přístupu k pacientovi variabilně uplatňuje rozličné proxemické zóny v závislosti od situace i výkonu ošetrovatelské péče. Sestra si musí být vědoma, že v rámci ošetrovatelského procesu narušuje intimní zónu pacienta. Takovéto narušení je často bez předchozího upozornění a u pacientů může vyvolávat pocit ohrožení (Minibergerová & Dušek, 2006, p. 42).

Chronemika

Chronemika je charakterizována způsobem, jak užívat, strukturovat a vyjadřovat čas vůči jiným lidem. Především zdravotníci by měli být schopni efektivně využívat času jako spojence pro zlepšení vztahu s pacienty. Dále autorka Pokorná (2006) vyzdvihuje především dochvilnost, trpělivost v komunikaci, rovnoměrné rozložení času pro vyjádření postojů a názorů či určení priorit s rozlišováním úkolů nezbytně aktuálních a těch, u nichž nehrozí nebezpečí z odložení (p. 21).

Paralingvistika

Paralingvistika neboli paraverbální projevy znamenají způsob, jak je verbální informace řečena (Minibergerová & Dušek, 2006, p. 41). Beran (2000, p. 29) dodává, že paraverbální projev tvoří především intonace řeči, tempo a hlasitost mluvy, přestávky v řeči a tón hlasu. Heilmann (2013, p. 9) dále doplňuje také způsob, jak jsou hlásky vyslovovány – artikulaci, objem, kvalitu řeči, kadenci neboli pohyb melodie na konci myšlenky a skutečnost, jaké svalové napětí se při řeči vyvine.

„Paralingvistika představuje přechod od neverbální komunikace ke komunikaci verbální. Zesiluje, nebo naopak zeslabuje obsah sdělení, zpochybňuje ho nebo naopak

potvrzuje, dává najevo postoj řečníka k dané věci, jeho zaujetí, vřelost, sympatii nebo zlobu (Špatenková & Králová, 2009, s. 34).“

Jiné znaky

Pokorná (2010, p. 30) do této kategorie zahrnuje především vzhled a úpravu zevnějšku, oděv, čichovou komunikaci např. prostřednictvím vůně, jednání či skutky dokreslující celkový kontext sociální interakce.

2.1.3.2 Verbální komunikace

Vybíral (2000, p. 87) vysvětluje verbální komunikaci jako dorozumívání se pomocí slov popřípadě jinými znakovými symboly. Dle Špatenkové & Králové (2009, p. 35) jde o sdělování informací, kdy především pro srozumitelnost verbálního sdělení je důležité kontrolovat, co chceme povědět a jak to říci.

„Chybná nebo nezvládnutá verbální komunikace může být intenzivním zdrojem sororigenie, tedy poškození pacienta sestrou, resp. jiným zdravotnickým pracovníkem. Slovo pak nepůsobí jako lék, ale jako jed. Slova, ač se nezdá, mají obrovskou moc. Slova dokážou utěšit, urazit, nebo dokonce ranit (Špatenková & Králová, 2009, s. 37).“

Jak uvádí Kapounová (2007, p. 170), verbální komunikace může mezi sestrou a pacientem začít, probíhat a plnit svůj smysl oboustranné výměny informací pouze pokud obě strany:

- **chtějí komunikovat** – téměř všichni pacienti touží komunikovat. Pouze výjimečně je možné se setkat s pacientem, který komunikovat odmítá. Překážka bývá většinou na straně sestry, která si neví rady, jak nakládat s informacemi, které jí pacient během komunikace poskytne a na základě této zkušenosti příště omezí komunikaci na nejkratší možný čas (tzv. když se nic nedozví, nemusí nic řešit),
- **umějí komunikovat** – opět bývá překážka především na straně sestry. Sestra se musí naučit komunikovat s různými typy pacientů, např. zmatenými, agresivními, podezřívými, odmítavými pacienty nebo s pacienty s fatickými poruchami,
- **mají možnost komunikovat** – zde bývá většinou více překážek na straně pacienta. K tomu, aby pacient mohl přijímat a zpracovávat informace je potřebné, aby vnímal a po určitý čas uchoval tyto informace v paměti. Mnoho pacientů v intenzivní a resuscitační péči má např. problémy s orientací v čase a prostoru či mají zhoršenou paměť. Dále mezi často vyskytované překážky patří zajištění dýchacích cest pomocí tracheální rourky nebo tracheostomické kanyly, které pacientovi znemožňují verbální komunikaci.

2.1.4 Speciální komunikační dovednosti

Jednou z nejdůležitějších komunikačních dovedností je využití technik aktivního naslouchání. U **aktivního naslouchání** jde nejen o to, že slyšíme, ale také o to, že chápeme a rozumíme tomu, co nám pacient sděluje. Aktivně naslouchající sestra poskytne na sdělení odezvu, dává najevo, že soustředěně pacienta vnímá a rozumí obsahu předávaných informací. Naslouchající sestra reaguje, poskytuje zpětnou vazbu, podporuje. Také je zaměřena na nemocného, ne na to, co si sama myslí. Zájem je možné vyjádřit verbálně, paraverbálně či neverbálně, např. postojem – posturologické echo, stiskem ruky, objetím apod. (Pokorná, 2006, p. 31).

Jak popisují ve své knize Venglářová & Mahrová, naslouchat lze pomocí:

- **uší** – slyšíme slova a uvědomujeme si jejich význam, slyšíme tón řeči, její tempo a pauzy,
- **očí** – vidíme výraz obličeje, pohled komunikujícího, jeho postoj a pohyby,
- **srdce** – schopnost zapojit emoce (2006, p. 25).

Empatické naslouchání je vyšším stupněm naslouchání, užívá empatického ztotožnění, kdy nejde o to cítit totéž co pacient, ale stát při něm a vidět svět z jeho perspektivy. Empatické naslouchání zmírňuje napětí, pomáhá odbourat předsudky a zbavit se strachu z partnera (Basu & Faust, 2013, p. 65; Pokorná, 2006, p. 31).

2.1.4.1 Techniky aktivního naslouchání

Jednotlivé techniky je možné během komunikace použít všechny nebo jen některé. Mohou být užívány během všech fází naslouchání, tj. identifikaci emocí, vyslechnutí faktu a nalezení řešení. Níže uvedené techniky bychom měli využívat dle uvedené posloupnosti, ale nemusí být užity všechny. Mezi techniky aktivního naslouchání Pokorná řadí (2006, pp. 32–34):

- **povzbuzení** – co mi o tom můžete ještě povědět..., jak to vidíte vy...,
- **objasnění** – kdy se to odehrálo..., jak často to probíhá...,
- **zrcadlení** – vidím, že vás to trápí..., je vám to líto...,
- **parafrázování** – jestli tomu dobře rozumím, tak vy říkáte...,
- **shrnutí** – pojďme shrnout, co jsme probrali...,
- **ocenění** – těší mě, že..., jsem potěšena, že jste mi to pověděl....

2.1.5 Kontraproduktivní komunikace

Kontraproduktivní komunikace neboli nezdravá komunikace popisuje typ komunikace, kterým nedosáhneme vzájemného porozumění, naopak může nastat

miskoncepce, manipulace či jiné pochybení. Takovýto typ komunikace klasifikuje styl výhra/prohra. Může nastávat úmyslně, např. použitím manipulativních technik či neúmyslně při nepochopení obsahu slov nebo nesprávné interpretaci denotativní a konotativní úrovně pojmu (Pokorná, 2006, p. 37).

2.1.5.1 Komunikační bariéry

Během komunikace mohou vzniknout nejrůznější komunikační překážky. Obecně můžeme bariéry v komunikaci rozdělit na interní a externí. Jednotlivé **interní bariéry** vyplývají ze schopností a dovedností jedince, jeho prožívání a zdravotního stavu. Mezi další interní bariéry řadíme obavy z neúspěchu, negativní emoce, bariéry postoje (xenofobie), nepřipravenost nebo fyzické napětí a nemoc. Naopak **externí bariéry** jsou dány zevním prostředím, jeho uspořádáním aj. Dále nastávají během vyrušení další osobou, při hluku, šumu, vizuálním rozptylování nebo při neschopnosti naslouchat a komunikačním zahlcení (Pokorná, 2006, p. 37).

Další skupinu komunikačních bariér tvoří tzv. **speciální bariéry**, které mohou nastat u sestry či pacienta. U sester se nejčastěji setkáváme s překážkami typu časového deficitu, změny tématu, neochoty vyslechnout nemocného, vnucování vlastních názorů, nadměrného přikyvování, zatěžování pacienta vlastními problémy nebo používání odborné terminologie. Ze strany pacienta nejčastěji nastávají situace, ve kterých pacient komunikovat:

- **neumí** – cizinec, který nerozumí jazyku nebo pacient s nízkou mírou komunikačních schopností,
- **nechce** – strach, úzkost, únava, nedůvěra k sestře, hospitalismus, bolest,
- **nemůže** – při intubaci dýchacích cest, bezvědomí či afázii (Kristová, 2004, pp. 102–103).

2.1.6 Zásady správné komunikace

Ani ta nejlepší a nejšikovnější sestra nedosáhne během ošetřování pacientů takového úspěchu, jakého by chtěla, pokud neumí správně a efektivně komunikovat. Mezi doporučení a zásady, které sestře umožní získat si důvěru a sympatii pacienta, patří:

- začít komunikaci pozdravem a přivítáním,
- neoslovovat pacienty familiárně, pokud o to sami pacienti (potažmo rodina) nepožádají,
- pozorně naslouchat pacientovým slovům,
- osvojit si umění empatie,
- vyhýbat se intruzi (skákání do řeči),
- slova volit vždy obezřetně,

- naučit se trpělivosti,
- mluvit s pacientem o tom, co potřebuje a co ho trápí,
- pomáhat pacientovi formulovat obsah jeho sdělení,
- přání pacienta berete s vážností a respektem,
- naučit se povzbudit pacienta k rozhovoru vhodnými otázkami,
- všítat si u pacienta jakýchkoliv změn a dávat najevo, že jste je registrovali,
- mluvit spíše méně a více naslouchat,
- zachovat mlčenlivost,
- komunikaci přizpůsobit pacientovy (jasně formulovat otázky, informace opakovat a ověřit si, zda pacient rozuměl, nechat dostatek času na odpověď),
- neužívat odbornou terminologii a slangové výrazy,
- při jednání s pacientem se sestra musí chovat tak, aby měl nemocný dojem, že je tam jen a jen pro něj,
- poskytnout psychickou podporu,
- udržovat co nejvíce oční kontakt, díky kterému dává sestra ujištění, že se pacientovi věnuje,
- dopřát pacientovi alespoň částečně pocit, že může okolnosti svého ošetření ovlivnit a kontrolovat (řekněte mi, co je pro vás snesitelnější...),
- vyčlenit si dostatek času na rozhovor, nedávat najevo spěch a nelitovat času stráveného komunikací s pacientem,
- do zaměstnání nenosit své starosti a nepřenášet pracovní problémy do svého soukromí; pokud není možné se usmívat, je třeba si zachovat alespoň neutrální výraz (Kapounová, 2007, pp. 171–172; Kristová, 2004, pp. 97–98; Špatenková & Králová, 2009, p. 37).

2.1.7 Komunikační role sestry

Sestry reprezentují nejpočetnější profesní skupinu působící v ošetrovatelství, stojí po boku lékařům, pacientům, ale i jejich nejbližším těsněji než kterýkoliv jiný zdravotnický pracovník. Nejen z tohoto postavení sester plyne mimořádnost a také složitost jejich role, zejména v komunikaci (Ptáček et al., 2011, p. 239).

Autoři Ptáček et al. (2011) uvádějí, že sestra tráví s pacientem 70 % své pracovní doby a právě tento těsný denní kontakt s pacientem přináší sestře obrovské množství informací. Jejím úkolem je tyto informace správně hodnotit, zaznamenávat a případně sdělovat dalším zdravotnickým pracovníkům (p. 241). Špatenková & Králová (2009) doplňují, že právě komunikace sestry s dalšími členy zdravotnického týmu vede k adekvátní týmové spolupráci a kvalitní péči o pacienta (p. 7).

Dovednost komunikace užívá sestra jako součást profesionálního vybavení. Schopnost komunikovat je součástí její odborné kompetence a slouží především k navázání a rozvíjení kontaktu s pacientem (potažmo s jeho rodinou). Je důležité, aby sestra dokázala vytvářet atmosféru důvěry a bezpečí a tím navázala vztah založený na úctě a respektu. Jedině takový vztah umožňuje, aby se pacient uklidnil a v rámci možností se cítil relativně dobře. Prostřednictvím vhodné a efektivní komunikace může sestra získat pacientovu spolupráci na jeho léčbě. Naopak nevhodné jednání sestry může komplikovat ošetrovatelskou i léčebnou péči (Špatenková & Králová, 2009, p. 7; Venglářová & Mahrová, 2006, p. 11).

2.2 Specifika komunikace na resuscitačních odděleních

Na resuscitačním lůžkovém oddělení je poskytována specializovaná péče kriticky nemocným pacientům, u kterých došlo k selhávání či již selhání životně důležitých funkcí (Vondráček & Dvořáková, 2009, p. 14). Ve své publikaci autorka Kapounová vysvětluje, že resuscitační péče a léčba je pacientům poskytována v závislosti na diagnóze (2007, p. 19). Práce sester je na těchto pracovištích specifická, velmi náročná psychicky i fyzicky. Vyžaduje reakční vlastnosti, preciznost, odolnost vůči stresu a specializační vzdělání (Hůsková, 2000, p. 31).

Na oddělení resuscitační medicíny, kde je škála onemocnění kriticky nemocných pacientů velmi různorodá, je považováno za velmi důležité maximální skloubení a vzájemný soulad všech komunikačních prostředků (Gulášová et al., 2012, pp. 26–27). Podobný názor sdílí Kapounová, ale doplňuje, že vždy je třeba mít na paměti, že každý pacient komunikuje jinak. Základním postupem je naučit se komunikovat s ním a naučit komunikovat jeho (2007, p. 172).

Komunikace na resuscitačním oddělení se dle Hůskové (2000, p. 31) liší svou technikou a přístupem od komunikace na standardním oddělení. Je to dáno především závažností stavu pacientů a technickými vymoženostmi moderní resuscitační péče. Špatenková & Králová (2009, p. 108) doplňují, že zdravotnický personál se může nechat snadno strhnout touto „přetechnizovaností“ a následkem může být minimalizace komunikace s pacientem, kdy sestra pouze kontroluje a obsluhuje přístroje.

Pacient vyžaduje během 24 hodinové péče maximální pozornost, která je podle Hůskové doposud upřednostňována somaticky. To obnáší zajistit správný chod přístrojové techniky, plnit ordinace lékaře a co nejdříve diagnostikovat patologické odchylky. Sestra dále vykonává řadu činností, které nevyplývají z ordinace lékaře, obstarává ošetrovatelskou péči v oblasti hygieny, věnuje pozornost výživě, vyprazdňování apod. I zde by především sestra měla uplatňovat své komunikační dovednosti. Sestra je vedena k tomu, aby fakticky informovala, co právě provádí, ale z důvodu chybění zpětné vazby od pacienta, probíhá většinou komunikace špatně, případně vůbec. Mezi nejčastější chyby patří:

- nadměrné zvyšování hlasu (v domnění, že nás pacient se změnou vědomí uslyší),
- vynášení soudů nad pacientem o jeho zdravotním stavu,
- komunikace nad pacientem, která se ale netýká jeho osoby,
- devalvující, infantilní výrazy,
- stereotypní vedení ošetrovatelské intervence,

- nepředstavování se pacientovi,
- provozem resuscitačního oddělení se zapomíná na rozdělení dne a noci,
- a řada dalších negativních jevů (2000, pp. 31–32).

Komunikace může být dále komplikována tím, že pacient nerozumí vážnosti své situace, pociťuje nedostatek kontroly nad tím, co se s ním a kolem něj děje, pomalu ztrácí kontakt s okolním světem, včetně pojetí o dni a čase. Proto, jakmile je pacient stabilizován, je důležité mu pomoci nalézt náhled na jeho onemocnění a poskytovanou péči (Špatenková & Králová, 2009, p. 108).

2.3 Komunikace s pacienty se zajištěnými dýchacími cestami na resuscitačních odděleních

2.3.1 Stav vědomí a komunikace

Vědomí je stav, kdy si člověk uvědomuje sebe sama a orientuje se v prostředí. V resuscitační péči má většina pacientů změněné či farmakologicky ovlivněné vědomí.

Vědomí může být změněno dvojím způsobem. První variantou je, že nemocní mají **kvantitativní poruchu** vědomí, která je charakterizována somnolencí (pacient krátce reaguje na podněty, zdánlivě spí), soporem (reaguje pouze na bolestivé podněty) a komatem, kdy pacient postupně ztrácí reaktivitu na zevní podněty. V **kvalitativní stránce** dochází ke změně vnímání světa a je zastoupena např. psychomotorickým neklidem, zmateností či deliriem (Šamánková, Lebedová, Víchová, Koláčná & Jirků, 2011, pp. 68–69; Ševčík et al., 2003, p. 272).

Kriticky nemocný pacient je vystaven stresu nejen ze závažnosti konkrétního zdravotního stavu, ale navíc je péče na resuscitačním oddělení spojena s celou řadou obecně nepříjemných a stresujících aspektů, jako např. umělá plicní ventilace, rušivé zvuky, světelné a taktilní podněty, monitoring, termomanagement, bolest, invazivní procedury, narušení schématu noc/den, polohování, které mohou vést k úzkosti, strachu, neklidu a panice. Pomocí vhodné farmakologicky navozené analgezie a sedace (tzv. **analgo-sedace**) můžeme předejít a otupit tuto mocnou stresovou odpověď organismu. Ovšem nalézt vhodnou míru a způsob intervence není jednoduché (Cvachovec, n. d., para. 5, 6). Šamánková et al. vysvětlují, že se jedná o vyřazení bolestivého vnímání, které je spojené s větším či menším útlumem vědomí, od naprostého nevnímání, až po nemocného, který je schopen vnímat, vykonávat úkony a komunikovat. Dle stupně zachovaného vědomí rozlišujeme:

- **monitorovanou anesteziologickou péčí** – říditelný stav útlumu vědomí, z nějž není pacient silným podnětem probuditelný,
- **sedaci při vědomí** – řízený stav útlumu vědomí, ze kterého je pacient snadno probuditelný a je schopen případné spolupráce (2011, p. 72).

Kriticky nemocný pacient může být stále schopen slyšet rozhovor i přes sedaci nebo bezvědomí. Během komunikace u pacientova lůžka bychom měli brát tyto aspekty v úvahu a všechny postupy by měly být pacientovi v jednoduchých termínech vysvětleny již před zahájením (Kellum & Gunn, 2008, p. 564). Šamánková et al. podotýkají, že tito nemocní si mohou pamatovat překvapivé detaily – poznají např. sestru podle způsobu

ošetřování nebo po hlase a občas si dokonce pamatují celé situace, a proto je důležité ke všem pacientům přistupovat jako k vnímajícím (2011, pp. 72–73).

2.3.2 Zajištěné dýchací cesty

Volné a průchodné dýchací cesty jsou důležitým předpokladem pro zajištění jedné ze základních životních funkcí, dýchání. Dnešní medicína užívá nejrůznějších postupů a přístupů k udržení průchodnosti dýchacích cest, jako je např. tracheální intubace či chirurgické vytvoření otvoru do dýchacích cest – tracheostomie (Chrobok et al., 2004, p. 14). Autoři Ševčík et al. doplňují, že zajištění průchodnosti dýchacích cest představuje základní prvky každého léčebného postupu u nemocných v kritickém stavu jakékoli etiologie (2003, p. 10).

Autoři Ševčík et al. (2003, p. 10) rozdělují zajištění dýchacích cest pomocí pomůcek a bez pomůcek. V rámci tématu komunikace sester s pacientem se zajištěnými dýchacími cestami budou dále uvedeny pouze způsoby zajištění dýchacích cest týkající se dané problematiky.

2.3.2.1 Vybrané způsoby zajištění dýchacích cest

Tracheální intubace

Tracheální intubace je dle Ševčíka et al. výkon, kdy se zavádí endotracheální rourka do průdušnice buď ústy (orotracheální intubace) nebo nosem (nazotracheální intubace). V intenzivní medicíně je tracheální intubace nejpoužívanější způsob zajištění dýchacích cest. Výhodou tracheální intubace je dosažení spolehlivé a dokonalé průchodnosti dýchacích cest umožňující ventilaci a odsávání sekretů z dýchacích cest a také významně zabraňující aspiraci žaludečního obsahu, slin nebo krve (2003, pp. 10–11).

Tracheostomie

„Tracheostomie je chirurgický výkon nebo stav po chirurgickém výkonu, kdy je průdušnice uměle vyústěna na kůži povrchu těla. Cílem je zajištění průchodnosti dýchacích cest, nejčastěji s cílem umožnění ventilace spontánní nebo pomocí přístroje (Chrobok et al., 2004, p. 18).“

Dýchací cesty jsou tímto způsobem zajištěny u nemocného, který vyžaduje dlouhodobou ventilační podporu (týdny až měsíce). Nevyužívá se při krátkodobé potřebě zajištění dýchacích cest a v případě infekce v místě výkonu. Z praktického hlediska se tracheostomie rozlišuje na trvalou (permanentní) a dočasnou. Do dýchacích cest se zavede speciální kanyla, nejčastěji chirurgickou cestou. Druhou možností zavedení

tracheostomické kanyly je punkční dilatační perkutánní tracheostomie. Tracheostomické kanyly jsou vyobrazeny v příloze č. 1.

Hlavní předností je permanentní přístup do dýchacích cest, usnadnění toalety dýchacích cest, snazší manipulace s nemocným, větší komfort pro pacienta, zmenšení mrtvého dechového prostoru, možnost příjmu per os a usnadnění odpojování od ventilátoru (Chrobok et al., 2004, p. 18; Kapounová, 2007, p. 220).

2.3.2.2 Umělá plicní ventilace

Umělá plicní ventilace (UPV) představuje soubor opatření umožňujících podpořit nebo do určité míry nahradit činnost některých selhávajících složek respiračního systému (plic, hrudní stěny a dýchacího svalstva). Vhodně zvolená UPV snižuje dechovou práci, snižuje spotřebu kyslíku dýchacími svaly a tím i nároků kladených na kardiovaskulární systém (Ševčík et al., 2003, p. 52). Jak doplňuje autorka Kapounová, většina pacientů, kteří potřebují umělou plicní ventilaci, má zajištěny dýchací cesty pomocí tracheální rourky či tracheostomické kanyly (2009, p. 223).

Z hlediska mechanismu zajišťujícího výměnu plynů v respiračním systému je možné rozdělit možné metody UPV do čtyř skupin:

- **ventilace pozitivním přetlakem** – konvenční ventilace, která je nejrozšířenější,
- **ventilace negativním tlakem** – příkladem mohou být tzv. železné plíce vyvíjející podtlak na hrudní a břišní stěnu, které ovšem nejsou využívány pro kriticky nemocné,
- **trysková ventilace** – se využívá při některých chirurgických výkonech v oblasti hrtanu a průdušnice,
- **oscilační ventilace** – nachází uplatnění ve formě vysokofrekvenční oscilační ventilace převážně v neonatologii a pediatrické intenzivní medicíně (Ševčík et al., 2003, p. 52).

Autorka Kapounová doplňuje dělení ventilačních režimů dle způsobu řízení ventilace na objemově řízenou a tlakově řízenou ventilaci. Dále dle stupně podpory dýchání na režimy s částečnou či s plnou ventilační náhradou a podle synchronizace s inspirem pacienta na synchronní a asynchronní ventilační režim (2007, p. 231).

Šamánková et al. vysvětlují, že pacient nemusí být nutně po celou dobu UPV analgosedovaný, a proto si může být vědom toho, že za něj ventilátor dýchá, a může tak vznikat tzv. závislost na ventilátoru (2011, p. 79). Samotné odpojování, odvykání (weaning) od ventilátoru je důležitou problematikou umělé plicní ventilace. Zbytečné prodlužování doby UPV pacienta ohrožuje pneumonií, traumatem dýchacích cest a

prodloužení doby hospitalizace na resuscitačním oddělení (Kapounová, 2007, p. 234). Autoři Bersten & Soni vyzdvihují právě důležitost komunikace při weaningu, neboť efektivní komunikace může snížit délku mechanické ventilace a pobytu na resuscitačním oddělení (2014, p. 104).

2.3.3 Potřeby ventilovaných pacientů

Podle Zedkové se zdravotnický personál a příbuzní často domnívají, že ventilovaní pacienti, kteří jsou takto upoutáni na lůžko, mají pouze potřebu výživy a udržování tělesné čistoty. Opak je však pravdou. Lidé s takovou komunikační bariérou mají stejné potřeby jako ostatní (2013, p. 26). U pacientů se zajištěnými dýchacími cestami pomocí umělé plicní ventilace se dle Ledererové potřeby zpočátku většinou zúží na základní fyziologické, tzn. na dýchání, vyprazdňování, hygienu a výživu. Téměř současně se ovšem potřeby také rozšiřují o pocit bezpečí, který vyhledávají pacienti právě u sester, protože setra je s pacientem jako první, když se zrovna případně probouzí (2013, p. 28).

Dále se přidává potřeba sounáležitosti, potřeba někam patřit. Zde je velmi důležité, jak bude sestra jednat, zda bude schopna ventilovanému pacientovi pomoci v přijetí jeho nové role (Ledererová, 2013, p. 28). Podpora pacienta při přijetí omezení uvedeným zabezpečením dýchacích cest je dle Šamánkové et al. taktéž neméně důležitá. Je třeba s pacientem na toto téma opakovaně komunikovat, vysvětlit mu všechny výhody a nevýhody a maximálně ventilovaného pacienta podporovat (2011, p. 77).

Potřeba seberealizace je u ventilovaných pacientů velmi choulostivým tématem. Zde opět vstupuje do hry jednání sestry, zda bude pacientovi poskytovat empatii, bude respektovat jeho důstojnost, podporovat jej v následujících krocích a přispívat k jeho vyléčení. Součástí seberealizace ventilovaného pacienta může být např. nácvik sebepěče (Ledererová, 2013, p. 28).

Ve výše zmíněných situacích se pacient může cítit bezmocný. V publikaci Základy lékařské etiky (Vácha, Königová & Mauer, 2012, p. 63) se uvádí, že *„jádreem prožitku trpícího člověka je často bezmoc, tj. subjektivní ztráta moci nad sebou samým a bezprostředním okolím“*. Během péče o ventilovaného pacienta se má dle Ledererové (2013, p. 28) postupovat preventivně tak, aby u nemocného pocit bezmoci vůbec nenastal. Toho lze docílit např. posilňováním kladného sebepojetí pacienta, aktivním nasloucháním, poskytnutím vhodné motivace ke spolupráci nebo vyvarováním se nevhodných verbálních i neverbálních projevů, které by mohli být škodlivé.

Úroveň vědomí ovlivňuje potřeby pacientů. Přitom nelze tvrdit, že potřeby pacientů se zajištěnými dýchacími cestami jsou v bezvědomí redukovány jen na fyziologické. U pacienta v bezvědomí či analgosedaci je třeba se řídit principem, že má

stejné potřeby jako pacient při vědomí, jen je není schopen vyjádřit (Šamánková et al., 2011, p. 70).

Žebříčky hodnot těchto pacientů se mohou dočasně nebo i trvale změnit a záleží i na sestrách, jakým způsobem budou pacientům na umělé plicní ventilaci pomáhat naplňovat jejich potřeby a měnit jejich postoje (Ledererová, 2013, p. 28).

2.3.4 Specifika komunikace s pacientem se zajištěnými dýchacími cestami na resuscitačním oddělení

Podporu dýchání zprostředkovanou pomocí umělé plicní ventilace mohou potřebovat všechny věkové kategorie nemocných, a to v nejrůznějším časovém horizontu od několika hodin až po celý zbytek života (Ledererová, 2013, p. 28).

Při řízené plicní ventilaci prostřednictvím endotracheální rourky či tracheostomické kanyly dochází k vyřazení dvou základních elementů pro vznik hlasu. Vzdušný proud neprostupuje volně průdušnicí, ale zavedenou speciální kanylou. Tím nedochází k rozkmitání řasinek hlasivek, je vyřazen orgán vibrace. Problém způsobuje také nafukovací manžeta, která je součástí endotracheální rourky či tracheostomické kanyly. Tato nafouknutá manžeta může způsobit při velkém nafouknutí otlak průdušnice. I přesto, že se na našem trhu vyskytuje množství tzv. mluvících kanyl, jen velmi malé procento pacientů se během akutní péče naučí s těmito speciálními kanylymi komunikovat (Hájková, 2011, p. 14).

Jelikož ventilovaní pacienti nejsou většinou schopni verbálního projevu, o to více se vyplatí pozorovat jejich neverbální komunikaci, ze které lze rozpoznat mnohé informace. Namísto je zdůraznit mnohovýznamovost neverbálního signálu. To, co vnímáme, nemusí být vždy totožné s tím, co ve skutečnosti prožívá ventilovaný pacient. Pozorovat a vyhodnocovat je tedy možné pouze to, co je vidět a nikoliv to, co pozorovatel tuší nebo odhaduje. Při snaze dekódovat sdělení ventilovaného pacienta může dojít ke zkreslení, způsobeného změnami výrazu tváře a gest, které souvisejí s aktuálním onemocněním. Je důležité, aby si toto pozorovatel uvědomil.

Ve výrazu v tváři u pacientů se zajištěnými dýchacími cestami lze většinou nejdříve vyčíst některé z negativních emocí, jako je např. strach či úzkost. Ve výrazu tváře a gestech lze ovšem také vyčíst i emoce kladné, ale pouze tehdy, je-li ventilovaný pacient řádně edukován a bylo mu vysvětleno, kde se nachází, z jakého důvodu a proč není schopen komunikovat. Typickým neverbálním projevem pacientů, kteří mají zajištěné dýchací cesty pomocí umělé plicní ventilace je shodná mimika obličeje, kdy např. přes

zavedenou orotracheální kanylu mají pacienti vždy otevřená ústa a nemohou se verbálně vyjadřovat (Ledererová, 2013, pp. 28–29).

Způsob komunikace závisí především na stavu vědomí. Analgosedace nebývá u nemocných s tracheostomickým zajištěním dýchacích cest nutnou podmínkou. Pacient tak může být při vědomí a spolupracovat se zdravotnickým personálem. Pro pacienty při vědomí i s kvalitativně a kvantitativně změněným vědomím je důležité umožnění komunikace. Problémem se stává výběr efektivní komunikace vzhledem ke zdravotnímu stavu pacienta. Optimistická a efektivní komunikace snižuje nejen stres pacienta na resuscitačním oddělení, ale také přispívá ke zlepšení fyzického a psychického zdravotního stavu. Ačkoliv je dle Hájkové doporučována logopedická intervence na jednotkách resuscitační péče, jedná se většinou o výjimečný jev. Častěji bývá spíše součástí chronické resuscitační péče (2011, p. 16).

Jak uvádí ve svém článku Chmelíková, komunikace s pacienty při vědomí, kteří mají zajištěné dýchací cesty endotracheální rourkou nebo tracheostomickou kanylou je vždy obtížnou speciální defektologií. Tyto pacienty často frustruje narušená komunikace s okolím, která může vést k psychickému stresu (2005, p. 45).

U ventilovaných pacientů při zachovalém vědomí jsou taktéž využívány alternativní a augmentativní systémy komunikace, složené z verbálních a neverbálních forem. Tyto systémy jsou tvořeny různými předměty, fotografiemi, obrázky či komunikačními tabulkami apod. (2005, p. 45). O alternativních a augmentativních technikách komunikace pojednává samostatná kapitola 2.4.

U pacientů v bezvědomí se užívá forma tzv. pasivní komunikace, kdy komunikace vychází pouze ze strany sestry, která pacienta oslovuje, se vším ho seznamuje a během ošetrovatelských výkonů na něj hovoří (Kapounová, 2007, p. 172). Friedlová, ve svém článku uvádí, že pro sestry jsou tyto situace nesnadné a náročné, pacient nevykazuje žádné akce a reakce, přičemž tento stav „nereagování“ a „nečinnosti“ může znamenat druh chování (2003, para. 8). Autorka Hůsková, (2000, p. 31) upozorňuje na problematiku této pasivní komunikace. Tvrdí, že pacient od sestry nevyžaduje mnoho pozornosti – pozornosti týkající se komunikace. Pacient nemluví, verbálně od sester nic nepotřebuje. Může tak vznikat dojem, že sestry nemusí mluvit také. U těchto pacientů v bezvědomí či analgosedaci je vhodným komunikačním prostředkem koncept Bazální stimulace, který je uveden dále v kapitole 2.4.9.

Pokud nastane probouzení z dlouhodobého bezvědomí, vnímání je kvalitativně změněno, mozek může být částečně poškozen úrazem, hypoxií či dlouhodobou analgosedací. Během péče o pacienta je potřebné dodat velké množství stimulujících

podmětů, jako např. fotografie příbuzných či využíváme pacientových oblíbených věcí. Problém ovšem nastává s komunikací. Pacienti většinou nerozumí povelům zdravotnického personálu, neví, co se s nimi děje a nedokážou vyjádřit své potřeby a pocity. Tyto situace mohou vést k agresivnímu nebo naopak apatickému chování nemocného. Cílem této situace je docílit spolupráce pacienta např. pomocí využití systému alternativní a augmentativní komunikace, který je uveden v kapitole 2.4 (Hájková, 2011, p. 16).

2.3.5 Komunikace s rodinou pacienta

Příbuzní pacienta jsou taktéž důležitými aktéry komunikace. Zdravotnický personál by s příbuznými měl pravidelně komunikovat (pochopitelně s ohledem na informovaný souhlas pacienta) a být jim oporou (Špatenková & Králová, 2009, p. 109). Podle Vokurky (2013, p. 22), je dobrá informovanost pacienta a jeho příbuzných často klíčová pro zajištění úspěšného průběhu léčby. Taktéž autorka Kapounová vyzdvihuje nenahraditelnou funkci rodiny. Rodina pacienta poskytuje cenné informace zdravotnickému týmu a může se přímo podílet na péči o pacienta psychickou a fyzickou podporou, ochranou pacienta aj. (2007, p. 175).

Důležité je, aby zdravotnický personál vybízel příbuzné a podporoval je v komunikaci s ventilovaným pacientem. Je zapotřebí vysvětlit, jakou metodou mohou s pacientem, který má zajištěné dýchací cesty, nejvhodněji komunikovat (Špatenková & Králová, 2009, p. 109). Taktéž je zapotřebí zdůraznit rodině možnost a význam fyzického kontaktu a pasivní komunikace u nemocných v bezvědomí, kdy si mnoho lidí při verbální komunikaci připadá hloupě nebo se bojí vzít pacienta za ruku. Sestra by měla být rodině vždy oporou a být jí nablízku. Měla by pacienta a rodinu pozitivně motivovat, ale nikdy by neměla slibovat nesplnitelné (Kapounová, 2007, pp. 175–176).

2.4 Možnosti komunikace s pacienty se zajištěnými dýchacími cestami

Pacienti se zajištěnými dýchacími cestami mají znemožněny verbální komunikační schopnosti. Je tedy nutné umožnit, aby se stali aktivními účastníky komunikace. K tomu slouží nejrůznější systémy augmentativní a alternativní komunikace, které se pokouší po určitou dobu či trvale kompenzovat projevy poruchy a postižení u jedinců se závažnými komunikačními poruchami (Janovcová, 2010, p. 3; Škodová et al., 2007, p. 565).

Systémy augmentativní komunikace (z latinského *augmentare*, tj. zvětšovat, rozšiřovat) mají podporovat již existující komunikační možnosti a schopnosti. Jejich cílem je zvýšit kvalitu porozumění a usnadnit vyjadřování.

Naopak **systémy alternativní komunikace** jsou ty, které se používají jako náhrada mluvené řeči (Janovcová, 2010, p 16).

Výběr komunikačního systému nebo jejich kombinace je nutné vždy posuzovat individuálně vzhledem k druhu základního onemocnění, možnostem a schopnostem pacienta. Pacienti se zajištěnými dýchacími cestami mohou profitovat z nejrůznějších systémů alternativní a augmentativní komunikace. Janovcová (2010, p. 18) dále vysvětluje, že je vhodnější používat více komunikačních systémů, kombinací metod, pomůcek, symbolů, které se vzájemně doplňují.

2.4.1 Substituční hlasové mechanismy

Způsob komunikace volíme také i s ohledem na prognózu nemocného. Pokud bude komunikační deficit u nemocného přetrvávat i nadále, je nutné po odeznění akutního stádia onemocnění zajistit vhodný náhradní způsob komunikace. U nemocných, u kterých nelze provést extubaci a musí se provést tracheostomie, lze využít speciálních mluvicích tracheostomických kanyl, případně naučit nemocného osvojit si jícnový hlas. Taktéž je možné užití speciálního přístroje elektrolarynxu (Hájková, 2011, p. 16). Tyto substituční hlasové mechanismy jsou využívány spíše hospitalizovanými pacienty na chronických resuscitačních jednotkách.

Perforovanou čili tzv. mluvicí kanylu lze k fonaci užít v případě, pokud je zachován hrtan a nehrozí-li riziko aspirace. Před aspirací zajišťuje ochranu dýchacích cest těsnící manžeta. Tato perforovaná kanyla umožňuje při výdechu přirozenými dýchacími cestami redukovat dechový odpor (Vymazal & Seďová, n. d., para. 11). Mluvicí kanylu vyobrazuje obrázek v příloze č. 1.

Jícnový hlas vzniká, když pacient speciálně naučenými pohyby hltanu, kořene jazyka a dolní čelisti nabírá vzduch do jícnu. Záleží především na obratnosti pacienta a síle jícnového svěrače. Po úspěšné edukaci je řeč dobře srozumitelná i přesto, že hlas se stává hlubším a hrubým (Čtvrtníčková, 2009, p. 22). Dle autorů Dršaty et al. je jícnový hlas především uplatňován u pacientů po totální laryngektomii (2008, p. 91).

Elektrolarynx je přístroj, který vytváří zvuk předaný měkkým tkáním orofaryngu po zevním přiložení do oblasti hlasivek. Nedílnou součástí je pacientova artikulace s využitím zvukové energie elektrolaryngu. Tento strojek však zaměstnává ruku pacienta a musí jej mít pro komunikaci stále při sobě (Dršata et al., 2008, p. 92). Jako největší nevýhoda se jeví strojový zvuk, který připomíná dle Kapounové hlas robota (2007, p. 174). Příkládání elektrolarynxu je uvedeno v příloze č. 2.

2.4.2 Odezírání ze rtů

Podle autorky Kapounové je odezírání ze rtů nejrozšířenější technikou. Tato technika vyžaduje ze strany pacienta dobrou artikulaci a ze strany sestry určitou praktickou zkušenost s odezíráním. Předpokladem je velká trpělivost obou stran. Stává se, že se pacient začne rozčilovat, když mu zdravotnický personál či příbuzní nerozumí a přitom nechce slova opakovat či mluví rychle v celých větách bez rozeznatelné artikulace. Zde je vhodné najít jiný způsob komunikace (2007, p. 173).

Při této metodě může nastat nesprávná interpretace slov, zvláště pokud pacient artikuluje „chabě“ či „mluví“ rychle. Důležité je stále během artikulace udržovat oční kontakt a povzbuzovat pacienta, aby během artikulování mluvil pomalu, užíval rty, zuby a jazyk. Pokud nastane nedorozumění, je možné využít kombinace abecední tabulky s pacientovou artikulací. Pacient určí první písmeno slova na abecední tabulce a potom pomalu artikuluje slovo. Více o abecední tabulce je uvedeno dále (Tate, Seaman & Happ, 2012, para. 6–7).

2.4.3 Psané slovo

Pacienti, kteří udrží tužku nebo fix a desky s papírem, mohou komunikovat psaním nebo kreslením (Kapounová, 2007, p. 174). Autorka Elisek dodává, že tato technika vyžaduje dostatečnou svalovou sílu a koordinaci pohybů horních končetin. U pacientů s dlouhodobě zajištěnými dýchacími cestami je možné se setkat s psaním anebo kreslením pomocí dolní končetiny, případně ústy (2008, p. 21). V příloze č. 3 jsou přiloženy obrázky malované ústy, se kterými je možné se seznámit na internetových stránkách Sdružení malířů malujících ústy a nohama.

2.4.4 Komunikační tabulky

Jak ve své knize uvádí Kapounová (2007, p. 173), abecední tabulka se užívá z důvodu časové náročnosti spíše tehdy, když sestra nemůže ani po opakovaných pokusech porozumět artikulovanému sdělení pacienta. Užití abecední tabulky je vhodné také pro příbuzné, kteří nemají určitou trénovanost v odezírání ze rtů. Pacient ukazuje na vytisknuté abecední tabulce písmena, ze kterých sestra či příbuzný skládá jednotlivá slova. Možné je na tabulku umístit taktéž i číslice. Tento systém je rychlejší, ale vyžaduje poměrně velkou zručnost nemocného.

Modernější modifikací je magnetická anebo plastová abecední tabulka nejrůznějších tvarů a velikostí, kde pacient rukou skládá písmena do slov, případně vět (Kapounová, 2007, p. 173; Tate et al., 2012, para. 5). Abecední tabulky jsou uvedeny v příloze č. 4.

2.4.5 Nonverbální signály

Na resuscitačních odděleních je možné využít kombinace různých abecedních tabulek s nonverbálními signály pacienta. Sestra prstem či tužkou ukazuje na jednotlivá písmena a pacient např. delším mrknutím určí písmeno. Tato technika vyžaduje opět značnou dávku trpělivosti sestry ale i pacienta. Lze sice zdlouhavě, ale s jistotou získat od pacienta se zajištěnými dýchacími cestami informace anebo jeho přání (Elisek, 2008, p. 26).

Autorka Elisek (2008, p. 27) dále uvádí, že pro snadné a rychlé zjištění nejzákladnějších potřeb ventilovaného pacienta lze vypracovat speciální tabulku, kde jsou vyznačeny jednotlivé číslice ve sloupci. Po dohodě s pacientem se sestaví seznam nejčastěji užívaných úkonů a přání. Jednotlivým číslům tedy odpovídá stanovený úkon. Sestra či jiná pečující osoba poté jmenuje pouze jednotlivá čísla a pacient svojí potřebu odsouhlasí delším mrknutím či jiným dohodnutým signálem. Množství jednotlivých bodů v seznamu závisí na stavu a individuálních potřebách pacienta.

Komunikace může být taktéž zjednodušená v případě, že jedinec dokáže vyjádřit svůj souhlas, popřípadě nesouhlas pomocí ano/ne signálů. Snahou sestry je nalézt signál, kterým je nemocný schopen dát najevo svojí odpověď ano/ne (Johnson & Jacobson, 2006, p. 227). Při této formě komunikace je třeba užívat pouze uzavřené otázky, kdy sestra může např. postupně nabízet možnosti a pacient má možnost se sám rozhodnout. Signálem může být např. kývání hlavy (ano) a vrtění (ne), zavření očí (ano) a vypláznutí jazyka (ne) nebo stisknutí ruky (ano), vysmeknutí ruky (ne) či souhlas pomocí flexe horní končetiny a nesouhlas projevený extenzí (Kapounová, 2007, pp. 172–173; Zedková, 2013, s. 26).

Jako další možnost nonverbální komunikace je možné naučit pacienta jednoduchým pohybům, které vyjadřují jeho nejčastější potřeby. Příkladem může být podle Kapounové (2007, p. 174) ruce zkřížené přes hrudník vyjadřující „je mi zima“, ruka utírající čelo, která obvykle znamená „je mi horko“, anebo poklep pravé ruky na levé zápěstí značící „kolik je hodin?“ apod.

2.4.6 Komunikační karty

Komunikační karty jsou obrázky, fotografie či piktogramy vystihující časté potřeby a přání pacienta. Piktogramy jsou jednoduché komunikační obrázky srozumitelného prakticky pro každého. Mohou být dokonce použity i k vyjadřování celých jednoduchých vět. Komunikační piktogramy se nejčastěji tisknou jako bílé obrázky na černém pozadí nebo mohou mít rovněž inverzní podobu (Slowík, 2007, p. 92). V knize Klinická logopedie autoři dodávají, že je důležité, aby i grafická podoba byla jednoznačným kódem, kterému shodně rozumí obě strany. Proto se symboly často doplňují nápisy (Škodová et al., 2007, p. 571). Kapounová dále doplňuje, že v některých nemocnicích je možné se setkat také i s komunikačními kartami, které jsou doplněny o překlad do cizích jazyků. Tyto karty ulehčují komunikaci s cizinci (2007, p. 174).

Barevné anebo černobílé fotografie mohou znázornit předměty, činnosti, osoby či místa. Fotografie jsou srozumitelnější a čitelnější nežli obrázek nebo grafický symbol a mohou být taktéž velmi motivující. Pacient vidí „své“ osoby, jsou vyobrazeny jeho vlastní zážitky a ty v jeho paměti mohou vyvolat určité vzpomínky (Škodová et al., 2007, p. 570).

Pacient může komunikační karty vybírat z balíčku jako hrací karty nebo na ně může ukazovat prstem, pokud jsou znázorněny na jednom archu papíru. Taktéž mohou být seřazeny v sešitech, složkách anebo albech s lepivým povrchem, kdy je nutné zajistit snadné otáčení listů. Další možností je upevnit komunikační karty na kroužek. Volba formy komunikace pomocí komunikačních karet záleží především na schopnostech pacienta (Janovcová, 2010, p. 22; Kapounová, 2007, p. 174). Různé formy komunikačních karet jsou vyobrazeny v příloze č. 5.

2.4.7 Prstová abeceda

Pokud má pacient neporušené pohyby horních končetin, může k dorozumívání také užívat prstovou abecedu, případně znakovou řeč. Prstová abeceda se používá při komunikaci s podporou manuálních znaků. Znázorňuje jednotlivá písmena abecedy prostřednictvím poloh prstů jedné či obou rukou. Znaková řeč se užívá v komunitě neslyšících. Podmínkou užívání prstové abecedy či znakové řeči je, že ji ovládá také

zdravotnický personál s rodinou (Elisek, 2008, p. 22; Škodová et al., 2007, pp. 568–569). Technika jednoruční a dvouruční prstové abecedy je přiložena v příloze č. 6.

2.4.8 Počítač a elektronické komunikační pomůcky

Využití počítačů a elektronických komunikačních pomůcek v komunikaci poskytuje řadu nových možností. S těmito komunikačními pomůckami je možné se setkat spíše na odděleních chronické resuscitační péče. Používány mohou být nejenom pro komunikaci, ale taktéž ke vzdělávání, procvičování paměti a zábavné formě trávení volného času (Elisek, 2008, p. 23).

Aplikace těchto systémů je zcela individuální záležitostí dle možností a schopností daného pacienta. Jestliže pacient není schopen ovládat klávesnici a myš počítače, je možné užití alternativních pomůcek pro jednotlivé typy postižení.

Počítačovou myš je možné nahradit zařízením Trackball (princip rotace jedné koule na jednom místě) nebo Easyball, eventuelně lze využít joystick či touchpad (kurzor je ovládán pomocí prstu na podložce). Pohyb myši lze také nahradit prostřednictvím čtyř spínačů pro pohyb do všech stran. Dále existuje celá řada speciálních spínačů, a to v nejrůznějších tvarech, velikostech a s různou citlivostí. Tyto spínače je možné připevnit na libovolné místo v okolí pacienta se zajištěnými dýchacími cestami tak, aby ovládání bylo co nejméně fyzicky náročné a aby bylo pohodlné (Janovcová, 2010, p. 38).

Výrobci počítačových technologií vyvinuli další možnost ovládání počítače, a to pomocí pouhých očních pohybů. Základem systému je připevňovaná kamera na brýlových obrubách, která snímá pohyby očí. Zajímavou pomůckou je rovněž tzv. inteligentní hlavou ovládaná myš, kdy kamera odečítá pohyby bodu přilepeného na čele a převádí je na pohyb myši. Absolutní špičkou v oblasti komunikační techniky je tzv. Tobii PC Eye, pomocí kterého lze obrazovku tabletu nebo počítače ovládat pouze pohledem a pohybem očí. Akce se provede prostřednictvím setrvání pohledu na jedno místo, zavřením očí nebo spínačem. U této metody není již třeba mít nasazené žádné brýle, kamera je přímo naproti uživateli (Janovcová, 2010, p. 39; Společnost pro augmentativní a alternativní komunikaci [SAAK], 2011).

Jestliže pacientovi nevyhovuje běžná klávesnice, lze ji nahradit klávesnicí alternativní, různých velikostí, stupňů citlivosti, technik ovládání, tvarových a prostorových členění. Klávesnici může ovládat nejenom končetina, ale také např. tyčinka připevňovaná na čelence nebo stisknutá v ústech. Těmito tyčinkami lze ovládat klávesnice, ale i eventuální dotykové obrazovky (Janovcová, 2010, pp. 38–39). Některé ze jmenovaných elektronických pomůcek se nachází v příloze č. 7.

Společnost pro augmentativní a alternativní komunikaci ([SAAK], 2011) umožňuje zapůjčení některých výše jmenovaných pomůcek. Smyslem je, aby si jedinci s komunikačními poruchami vyzkoušeli mnohdy nákladné pomůcky předtím, než si je zakoupí. Zapůjčení je ovšem možné na zpravidla 2 měsíce.

2.4.9 Bazální stimulace

Jako součást ošetrovatelské péče se na odděleních akutní péče aplikuje koncept Bazální stimulace, který byl vyvinut německým profesorem Andreasem Fröhlichem roku 1975 (Gulášová et al., 2012, p. 26). Bazální stimulace je v současné době osvědčená metoda, která snižuje závislost pacienta na ošetrovatelské péči a vede ke komunikaci, lokomoci a vnímání (Friedlová, 2000, p. 24).

Friedlová dále uvádí, že Bazální stimulace je komunikační, interakční a vývoj podporující stimulační koncept, jenž se orientuje na lidské potřeby. Bazálně stimulující ošetrovatelská péče se přizpůsobuje stavu a věku pacienta. Zaměřuje se především na nemocné v bezvědomí, v somnolentních stavech, na umělé plicní ventilaci, na pacienty dezorientované či na pacienty s apalickým syndromem. Prostřednictvím Bazální stimulace mohou tito nemocní cítit své vlastní tělo a vnímat své okolí. Pomocí cílené stimulace uložených vzpomínek lze znovu aktivovat mozkovou aktivitu a tím podporovat vnímání, komunikaci a hybnost nemocných (2007, p. 19). Autoři Plevová & Sowík doplňují, že koncept vychází z toho, že každý pacient s těžkou formou změny vnímání je schopen vnímat v každé situaci alespoň něco pomocí některých svých smyslů (2010, p. 174).

2.4.9.1 Komunikace v konceptu Bazální stimulace

Jak již bylo dříve uvedeno, Friedlová (2007, p. 32) tvrdí, že komunikace, pohyb a vnímání se dle konceptu Bazální stimulace vzájemně ovlivňují. Vnímání umožňuje pohyb a naopak komunikace je umožněna prostřednictvím lokomoce a vnímání.

Vnímání nemůže probíhat bez smyslových orgánů, které přijímají a zpracovávají podněty z okolního prostředí. Všechny smyslové orgány mohou být v komunikačním procesu komunikačními kanály. V konceptu Bazální stimulace hovoříme tedy o možnosti užití dle zdravotního a psychického stavu a schopností pacienta komunikačním kanálem somatického, vestibulárního, vibračního, auditivního, optického, olfaktorického a taktilně-haptického. Někteří pacienti nacházející se v těžké situaci nejsou schopni vzhledem ke svému mentálnímu a zdravotnímu stavu užívat ke komunikaci auditivní a optický komunikační kanál. Zde nastává možnost komunikace pomocí vůně, doteků, chuťových vjemů, změn polohy těla a jiných fyzikálních a chemických podnětů, které mohou působit na smyslové orgány pacienta (Friedlová, 2007, pp. 32–33).

Zdravotní sestra by měla být schopna profesionálně využívat všech prvků komunikačních kanálů, umět rozpoznat pacientovi reakce na zvolený typ komunikace a adekvátně reagovat. Především při komunikaci s pacienty v komatózních stavech je velmi podstatné zaznamenávat možné reakce těchto pacientů, které mohou být jen velmi nepatrné. Tito pacienti mohou komunikovat pomocí **tzv. individuálních komunikačních forem** neboli např. změn ve frekvenci dýchání, změn v sekreci potu, mrknutí aj. Tato neverbální komunikace může nastat následkem vyvolání libých či nelibých pocitů (Friedlová, 2007, pp. 34, 46). Jednotlivé individuální komunikační formy podrobněji uvádí tabulka č. 1.

Tabulka 1: Individuální formy komunikace (zdroj: Friedlová, 2007, p. 46)

Komunikační prostředek	Komunikační forma
Dýchání	změna rytmu dechu změna hloubky rytmu pauzy během dýchání zívání vzdechy kašel chrchlání zvýšená či snížená sekrece z dýchacích cest
Svalový tonus	uvolnění mimiky v obličeji, na čele, v okolí úst pootevření nebo sevření úst změny na nosních křídlech povolení nebo stažení ramen uvolnění svalstva v oblasti zátylku uvolněná nebo napjatá břišní stěna uvolnění nebo zvýšení napětí končetin uvolnění spastických částí těla
Pohyb	lehké pootevření dlaně sevření dlaně pohyby dolními končetinami pohyby hlavou pohyby očí zvedání obočí polykání
Hemodynamika	změna srdeční frekvence změna hodnot krevního tlaku změny periferního prokrvení
Sekrece	zvýšená salivace při uvolnění zvuky žaludeční a střevní peristaltiky pocení při pocitu strachu nebo při námaze

2.4.9.2 Biografická anamnéza

Předpokladem integrace prvků konceptu Bazální stimulace do ošetrovatelské péče o pacienty je znalost jejich životních návyků, zvyků a prožitků. Biografické údaje by se měly stát výchozím bodem pro individuální péči a mohou výrazně pomoci nejen zdravotním sestřám poskytovat profesionální péči. K získání biografických dat je důležitá spolupráce pacienta či jeho nejbližšího sociálního okolí, tedy rodiny a přátel (Friedlová, 2007, p. 131).

Do bibliografické anamnézy lze např. integrovat otázky typu: profese pacienta, kdo může a nemůže pacienta navštěvovat, zda potřebuje brýle či naslouchátko, denní rytmus pacienta, zda je pacient pravák nebo levák, které doteky má rád a naopak, jak se pacient holí, oblíbený nápoj a jídlo, jakou hudbu upřednostňuje či oblíbené vůně a předměty aj. (Friedlová, 2007, pp. 133–134).

V příloze č. 8 je uváděn vzor informačního letáku určeného příbuzným pacienta, který se snaží vysvětlit, proč zdravotnický personál potřebuje biografické údaje nemocného a spolupráci příbuzných.

2.4.9.3 Prvky Bazální stimulace

Prvky konceptu Bazální stimulace lze dle Friedlové rozdělit na **základní** a **nadstavbové**. Základní prvky tvoří stimulace somatická, vestibulární a vibrační. Do nadstavbových prvků patří stimulace vizuální, auditivní, orální, taktilně-haptická a olfaktorická (2000, p. 24).

Somatické

Somatické vnímání nám poskytuje vjemy z povrchu těla zprostředkované kožními percepčními orgány. Umožňuje zprostředkovat pacientovi vjemy ze svého těla a stimulovat vnímání tělesného schématu a následně okolního světa. Vnímání vlastního těla se stává tedy předpokladem k uvědomění si okolního světa a schopnosti s ním komunikovat. U imobilních pacientů s nedostatečnou aktivitou se ztrácí vzpomínky na pohyb a nastávají změny ve vnímání tělesného schématu (Friedlová, 2007, pp. 64, 68).

Do somatické stimulace jsou integrovány prvky paměťových pohybových schémat tak, aby prostřednictvím opakovaných činností byla podporována plasticita mozku, kdy nejpodstatnějším faktorem se jeví včasná rehabilitace. Během stimulace tělesného schématu má být stimulace nabízena současně oběma stranám těla a bylo tak podporováno symetrické vnímání těla a rovněž tělesné osy (Friedlová, 2007, p. 69).

Kvalita somatické stimulace je závislá na kvalitě, lokalitě a intenzitě doteku. Doteky ošetřujícího musí být zřetelné a promyšlené tak, aby jejich případná nedostatečná kvalita

nevyvolávala v pacientovi pocity nejistoty, neschopnosti orientovat se v dané situaci a strachu. Proto bychom měli dát pacientovi vždy zřetelně najevo, že se s ním bude něco dít, kdy začíná a kdy končí naše přítomnost a činnost u něho. Tuto informaci mu můžeme poskytnout pomocí cíleného znamení tzv. **iniciálního doteku**. Na podkladě biografické anamnézy zvolíme nejvhodnější místo na pacientově těle a pevným, zřetelným dotekem ho vždy informujeme o začátku a ukončení naší přítomnosti či činnosti s jeho tělem. Iniciální dotek má být vždy doprovázen verbálně. Nejvhodnější místa pro zvolení iniciálního doteku jsou rameno, paže či ruka. Je žádoucí, aby byl celý ošetrovatelský tým obeznámen s místem iniciálního doteku vhodnou informační cedulí, která bývá umístěna v bezprostřední blízkosti pacientova lůžka (Friedlová, 2007, pp. 73–74; Gulášová et al., 2012, p. 27). Cedula s informací o iniciálním doteku je umístěna v příloze č. 9.

Somatická stimulace má v porovnání s ostatními prvky Bazální stimulace nejširší možnost uplatnění. Koncept využívá možnosti komunikovat a terapeuticky působit pomocí polohování, somatické stimulace tělesného schématu, podpory a stimulaci dýchání a korekcí polohy. Jedná se konkrétně např. o zklidňující či povzbuzující koupel, neurofyzilogickou, symetrickou, rozvíjející a diametrální stimulaci, poloha „hnízdo“ či „mumie“ a v neposlední řadě také kontaktní dýchání a masáž stimuluující dýchání. (Friedlová, 2007, pp. 71, 74–75; Gulášová et al., 2012, p. 27). Téma somatické stimulace je velmi rozsáhlé a popis konkrétních výše jmenovaných technik převyšuje rámec této práce. Více informací k problematice somatické stimulace naleznete v knize Bazální stimulace v základní ošetrovatelské péči od autorky Friedlové (2007).

Vibrační

Vibrační stimulace je založena na principu hloubkové citlivosti. Vibrace mohou být vytvářeny různými speciálními přístroji, zubními elektrickými kartáčky, holicími strojky nebo rukama sestry (Gulášov et al., 2012, p. 27). Vibrující předměty se přikládají do okolí kloubů na horních a dolních končetinách a mohou se také vkládat do dlaně pacienta. Tyto předměty lze také využít k celotělové vibrační stimulaci, a to tak, že vibrující předmět necháme vibrovat na matraci, na které pacient leží. Celotělové vibrace taktéž umožňují speciální vibrační lehátka a křesla (Friedlová, 2007, p. 107).

Vestibulární

Vestibulární stimulace je zaměřená dle Gulášové et al. na podporu rovnováhy, prostorové orientace, mobility a udržení primárního svalového tonu. U dlouhodobě imobilních pacientů dochází k útlumu orientačního smyslu a vytrácí se schopnost rychle reagovat na změnu polohy. Jestliže jsou na odděleních vhodné podmínky (vertikální postele, speciální polohovatelná lůžka), má vestibulární stimulace rozsáhlé možnosti uplatnění (2012, p. 27). Friedlová dále dodává, že vestibulární stimulaci je možné

provádět také u pacienta ležícího na lůžku pomocí zcela nepatrných pohybů do stran jeho hlavou. Tento pohyb postačuje provádět 3–5x (2007, p. 106).

Optická stimulace

Autorka Friedlová ve své knize vysvětluje, že zrakový vjem je společně se sluchovým smyslovým aparátem nejčastěji využívaným smyslem k rozeznávání okolního světa a k navázání komunikace. Popisuje, že destimulující, vizuálně prosté prostředí, může být pro probouzejícího se pacienta z bezvědomí velmi stresující. Integrace něčeho známého do tohoto neznámého prostředí, co má pacient uložené v paměťové stopě, může navodit zklidnění. Pacienti probouzející se po delší době z kómatu mohou mít poruchu optického vjemu a nejsou schopni hned rozeznat detaily ve viděných předmětech či rozeznat odstíny jednotlivých barev. Jako nejvhodnější pro vyzdobu pokoje se jeví jednoduché obrázky, které malují děti (2007, pp. 111–112).

Vizuální stimulace umožňuje pacientovi zřetelně posuzovat situaci, prostorově se orientovat, sledovat probíhající aktivity, rozeznávat barvy, světlo a tmou či poznávat osoby okolo sebe. V podmínkách nemocničního oddělení lze např. nasměrovat lůžko k oknu, přinést televizor, respektovat denní rytmus a noční klid či vyzdobit strop a stěny obrázky, fotografiemi, kalendářem, hodinami aj. (Gulášová et al., 2012, p. 27).

Auditivní stimulace

Cílem auditivní stimulace je nejen navázat kontakt s pacientem, ale i zprostředkovat pacientovi informace o jeho osobě či jeho těle, stimulovat vnímání pacienta aktivizací vzpomínek uložených v paměťových stopách, budovat u pacienta pocit jistoty či umožnit pacientovi orientaci. K auditivní stimulaci lze využít např. nahrávky známých zvuků, hlasů příbuzných, čtení z oblíbené knížky a přehrávání oblíbených skladeb. Ovšem, aby byla sluchová stimulace efektivní, je nezbytné zohlednit biografickou anamnézu pacienta (Friedlová, 2007, p. 114).

Většina pacientů hospitalizovaných na resuscitačních jednotkách trpí různým stupněm poruchy vědomí. Tito pacienti mohou však slyšitelné okolní zvuky často zaměňovat, a tak se z alarmu umělé plicní ventilace může stát zvonek v bytě nebo z hlasu sestry hlas příbuzného (Gulášová et al., 2012, p. 27).

Orální stimulace

Podle Friedlové (2007, pp. 117, 120) jsou receptory v dutině ústní schopné rozeznávat horké, kyselé, sladké i slané. Ústa představují nejcitlivější a pro vnímání nejaktivnější tělesnou zónu. Jedním z pozitivních účinků v oblasti dutiny ústní je chuťový prožitek, např. z pacientova oblíbeného nápoje či jídla.

Orální stimulaci je také možné kombinovat s péčí o dutinu ústní. K péči o dutinu ústní je vhodné používání vatových či molitanových štětiček, které nasají množství chuťového média. Chuťové médium je voleno dle biografické anamnézy pacienta (Friedlová, 2007, p. 120–121). Válková (2013, p. 41) nedoporučuje pro orální stimulaci užívat pomerančové či citrónové šťávy, které mohou vzhledem k mikrotraumatům v dutině ústní vyvolat nepříjemné prožitky.

Olfaktorická stimulace

Vůně a pachy jsou výraznými provokatéry vzpomínek, některé mohou např. asociovat roční období (vůně perníku – Vánoce) či lidi (parfém...). Orální a olfaktorická stimulace spolu velmi úzce souvisí – čuch a chuť, oba dva smysly nám mohou sloužit ke stejnému cíli, např. k výběru potravy.

Pro výběr médií k olfaktorické stimulaci opět pracujeme s biografií pacienta. Integrovat do péče je možné kromě vůní spojených s osobními toaletními potřebami či jídlem také vůně z pracovního prostředí nebo ze vztahu k pacientovým koníčkům a zájmům. Např. pacient, který byl zaměstnán jako automechanik, může inhalovat vůni motorových olejů, které v práci běžně užíval (Friedlová, 2007, pp. 125–126).

Taktilně-haptická stimulace

Pomocí taktilně-haptické stimulace je možné poznávat předměty dotykem. Pacient vnímá jejich tvar, povrch, teplotu, konzistenci, vibrace aj. Nejcitlivějším a nejvhodnějším místem jsou dlaně, chodidla a ústa (Gulášová et al., 2012, p. 27). Předměty používané k této stimulaci mohou být předměty z osobního nebo pracovního života a z oblasti hobby či zájmů. Jsou to např. hračky u dětí, talismany, předměty užívané k výkonu povolání, předměty spojené s hobby (tenisová raketa), předměty užívané k osobní hygieně a předměty denního života (mobilní telefon, klíče). Když není schopen pacient pohybovat prsty sám, taktilně-haptickou stimulaci lze provádět asistovaně. Lze ji také kombinovat s optickou, auditivní a olfaktorickou stimulací.

Neklidní, hyperaktivní pacienti, kteří např. neustále tahají a ohmatávají zavedené močové cévky, invazivní vstupy či drény, stahují deku, rozepínají si košili a svlékají se, většinou potřebují za pomoci sestry identifikovat taktilně-haptickou stimulací předmět, který nahmatali (Friedlová, 2007, pp. 128–129).

2.4.9.4 Zásady realizace Bazální stimulace na resuscitačních odděleních

1. Přivítejte a rozlučte se s pacientem, pokud možno vždy shodnými slovy.
2. Během oslovení se pacienta vždy dotkněte na stejném místě těla.
3. Hovořte jasně, zřetelně a přiměřeným tempem.
4. Hlas nezvyšujte, mluvte přirozeným tónem.
5. Dávejte pozor, aby tón vašeho hlasu, vaše mimika a gestikulace odpovídaly významu vašeho verbálního projevu.
6. Během rozhovoru s pacientem užívejte takovou formu komunikace, na kterou byl zvyklý dříve.
7. Zdrobněliny v řeči neužívejte.
8. Nehovořte s více osobami současně.
9. Pokuste se během komunikace s pacientem minimalizovat rušivý hluk z okolního prostředí.
10. Umožněte pacientům prostor pro reakci na vaše slova (Gulášová et al., 2012, p. 27).

3 EMPIRICKÁ ČÁST

3.1 Cíle a hypotézy diplomové práce

Za účelem prozkoumání problematiky komunikace sester s pacienty se zajištěnými dýchacími cestami bylo celkově stanoveno pět cílů. K těmto cílům se vztahují níže uvedené pracovní hypotézy, které byly na podkladě dotazníkového výzkumu potvrzeny anebo vyvráceny.

Cíl č. 1: zjistit, zda sestřím činí problém dorozumět se s pacienty se zajištěnými dýchacími cestami.

H1: domnívám se, že komunikace je pro sestry snadnější s pacienty se zajištěnými dýchacími cestami v bezvědomí či hluboké analgosedaci než s pacienty při vědomí.

H2: předpokládám, že s pacienty při vědomí se zavedenou endotracheální rourkou je komunikace obtížnější než s pacienty, kteří mají zajištěné dýchací cesty pomocí tracheostomické kanyly.

Cíl č. 2: zjistit, jaké formy komunikace jsou nejčastěji užívané sestrami při péči o pacienty se zajištěnými dýchacími cestami při vědomí.

H3: předpokládám, že více jak 80 % sester komunikuje verbálně, sleduje neverbální projevy pacienta a umožňuje využití alternativních pomůcek.

H4: předpokládám, že nejvíce užívanou alternativní technikou komunikace je odezírání ze rtů.

Cíl č. 3: zjistit, které formy komunikace jsou sestrami nejčastěji užívané při péči o pacienty se zajištěnými dýchacími cestami v bezvědomí a v hluboké analgosedaci na odděleních resuscitační péče.

H5: domnívám se, že více jak polovina respondentů (51 a více %) uvede, že s pacientem komunikuje verbálně.

H6: předpokládám, že více než 75 % sester na resuscitačních odděleních komunikuje s pacientem se zajištěnými dýchacími cestami v bezvědomí a v hluboké analgosedaci prostřednictvím prvků konceptu Bazální stimulace.

Cíl č. 4: zmapovat srovnání názorů sester a pacientů na problematiku komunikace při zajištěných dýchacích cestách.

H7: domnívám se, že hodnocení obtížnosti komunikace pro pacienty se zajištěnými dýchacími cestami bude u sester a pacientů odlišné.

Cíl č. 5: zjistit, zda dotazovaní respondenti mají na svých odděleních informační brožuru, metodický pokyn či jiné dokumenty týkající se komunikace s pacientem se zajištěnými dýchacími cestami.

H8: předpokládám, že více jak 75 % sester nemá na svém oddělení k dispozici žádný z výše jmenovaných dokumentů o komunikaci s pacientem se zajištěnými dýchacími cestami.

3.2 Metoda tvorby dat

Pro empirickou část práce byl zvolen kvantitativní výzkum realizovaný pomocí anonymních dotazníků. Vytvoření dotazníku se správnou formulací otázek probíhalo za spolupráce s paní PhDr. Janou Hockovou, PhD.

Vlastní dotazník obsahuje dvě části. V první části oslovuje respondenty, ujišťuje je o anonymitě, obsahuje instrukce k vyplnění a v neposlední řadě žádá respondenty o vyplnění dotazníku podle reálných a pravdivých skutečností. Druhá část dotazníku obsahuje již konkrétní výzkumné otázky. Samotný dotazník obsahuje celkově 28 otázek, z toho 18 uzavřených s výběrem konkrétní odpovědi a 2 otázky otevřené. Dále dotazník zahrnuje 7 otázek polootevřených a 1 otázku výčtovou. V některých případech bylo možné zvolit více odpovědí. Znění dotazníku je uvedeno v příloze č. 10.

3.3 Charakteristika zkoumaného vzorku

Skupinu dotazovaných respondentů tvořily všeobecné sestry pracující na resuscitačních odděleních v pražských nemocnicích. Výzkumného šetření se zúčastnili rovněž zdravotní bratři, přičemž všichni respondenti jsou v této studii souhrnně nazýváni zdravotní sestry. Základním atributem výzkumného souboru byla pracovní pozice a typ oddělení, na kterém respondenti pracují. Na dosaženém vzdělání a délce praxe ovšem nezáleželo.

Výzkumné šetření bylo celkově realizováno ve čtyřech pražských nemocnicích. Jedná se o Thomayerovu nemocnici a tři fakultní nemocnice, a sice Všeobecnou fakultní nemocnici v Praze, Ústřední vojenskou nemocnici – Vojenskou fakultní nemocnici v Praze a Fakultní nemocnici Motol. Ve všech těchto uvedených zdravotnických zařízeních byly

dotazníky adresovány pouze na resuscitační oddělení. Fakultní nemocnicí Královské Vinohrady v Praze a Institutem klinické a experimentální medicíny byly oficiální písemné žádosti o výzkumné šetření zamítnuty s odůvodněním umožnění výzkumu pouze pro zaměstnance těchto uvedených nemocnic.

Z důvodu zachování anonymity výše jmenovaných zdravotnických zařízení nebudou jednotlivé nemocnice během následující analýzy dat konkrétně jmenované. Dle náhodného pořadí byla tato zařízení pojmenována: Nemocnice A, Nemocnice B, Nemocnice C a Nemocnice D.

3.4 Průběh výzkumného šetření

Před samotným začátkem dotazníkového šetření bylo zapotřebí oficiálně písemně požádat zdravotnická zařízení o souhlas s provedením výzkumu. Potvrzené kopie žádostí k umožnění sběru dat jsou součástí příloh práce.

Poté před vlastní distribucí dotazníků vybraným respondentům předcházelo rozdání dotazníků skupině studentek ze studijního programu Ošetrovatelství v anestezií, resuscitaci a intenzivní péči z důvodu odstranění případné nesrozumitelnosti a nepřesnosti. Následně byl dotazník na základě jejich poznámek upraven do konečné podoby.

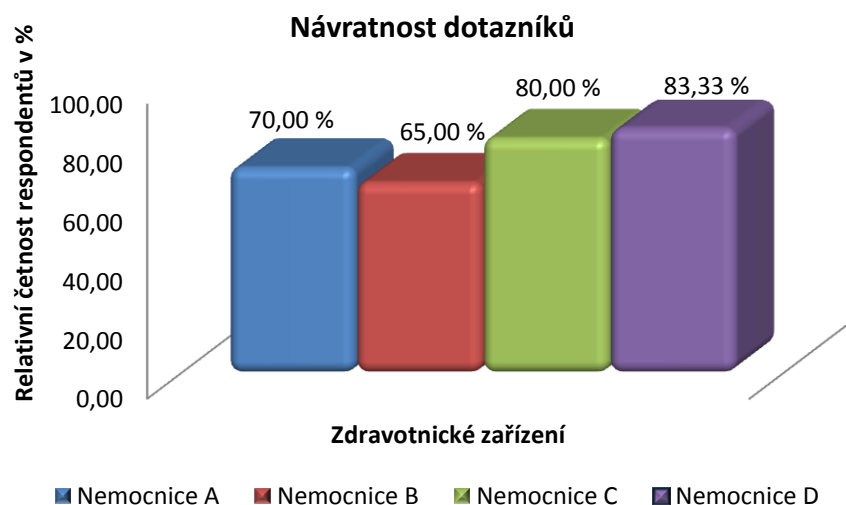
Vlastní výzkumné šetření probíhalo v průběhu měsíce února 2014. Celkově bylo prostřednictvím staničních či vrchních sester rozdáno 200 dotazníků. Množství distribuovaných dotazníků bylo stanoveno na základě předchozí domluvy s vrchními či staničními sestrami jednotlivých resuscitačních oddělení.

Celková návratnost ze všech zdravotnických zařízení činí 147 vyplněných dotazníků z celkového množství 200 distribuovaných dotazníků. Ovšem z důvodu většího množství nezodpovězených otázek byly 3 dotazníky vyřazeny. Celková návratnost se tím snížila na 144 výsledných dotazníků čili 72 %. Počet distribuovaných dotazníků a návratnost je uvedena v tabulce č. 2 a grafu č. 1.

Tabulka 2: Celkový počet vydaných dotazníků a návratnost dotazníků ve zdravotnických zařízeních

Zdravotnické zařízení	Počet rozdaných dotazníků (n)	Návratnost (n)	Návratnost (%)
Nemocnice A	80	56	70,00
Nemocnice B	60	39	65,00
Nemocnice C	30	24	80,00
Nemocnice D	30	25	83,33
Celkem	200	144	72,00

Graf 1: Návratnost dotazníků z jednotlivých zdravotnických zařízení



3.5 Metodologické zpracování

Zpracování získaných dat bylo provedeno pomocí počítačového programu Microsoft Office Word 2007 pro psaný text a Microsoft Office Excel 2007 ke zpracování tabulek a grafů.

K interpretaci výsledků jsou získaná data zpracována ve formě absolutní (n) a relativní četnosti (%) s výsledky zaokrouhlenými na dvě desetinná místa. Výsledná data jsou prezentována formou tabulek a grafů.

3.6 Výsledky výzkumu a jejich analýza

V následující části diplomové práce jsou prezentovány samotné výsledky dotazníkového šetření.

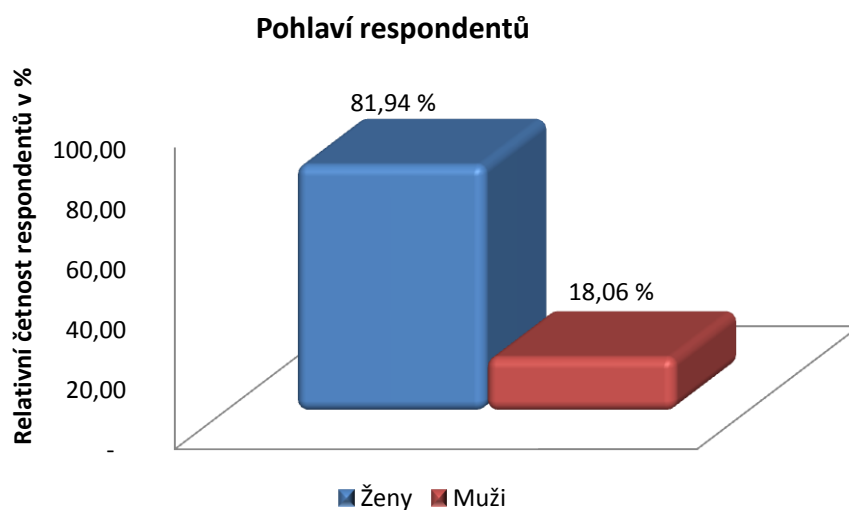
OTÁZKA 1: JAKÉ JE VAŠE POHLAVÍ?

Z celkového souboru 144 respondentů (100 %) je v našem výzkumném vzorku převažující zastoupení ženského pohlaví s počtem 118 (81,94 %) oproti pohlaví mužskému s počtem 26 respondentů (18,05 %).

Tabulka 3: Pohlaví respondentů

Pohlaví	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Ženy	118	81,94
Muži	26	18,06
Celkem	144	100,00

Graf 2: Grafické porovnání pohlaví respondentů



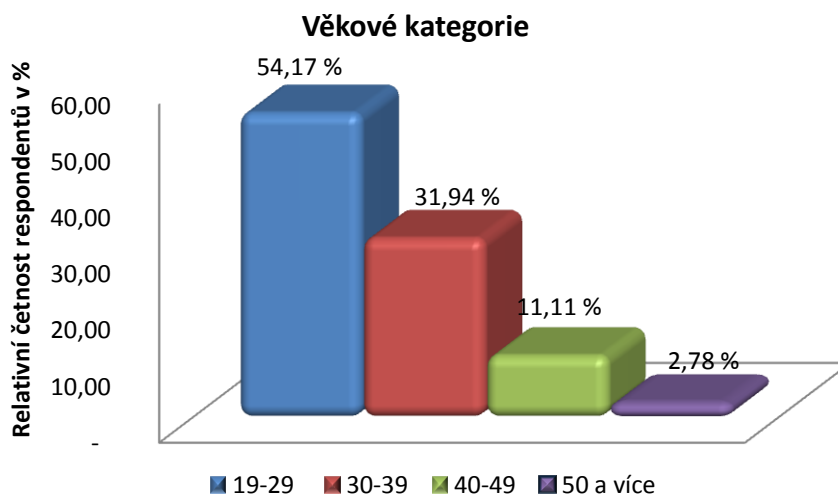
OTÁZKA 2: KOLIK VÁM JE LET?

Nejpočetnější skupinu respondentů představují zdravotní sestry ve věku 19–29 let (78 respondentů, 54,17 %). Naopak nejméně početně zastoupenou skupinou jsou zdravotní sestry ve věku 50 a více let. Zbývající zastoupení jednotlivých věkových kategorií prezentuje následující tabulka a graf.

Tabulka 4: Věkové kategorie respondentů

Věková kategorie	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
19–29	78	54,17
30–39	46	31,94
40–49	16	11,11
50 a více	4	2,78
Celkem	144	100,00

Graf 3: Grafické znázornění věkových kategorií respondentů



OTÁZKA 3: JAKÉ JE VAŠE NEJVYŠŠÍ DOSAŽENÉ VZDĚLÁNÍ?

Obecně nejpočetnější skupinu tvořili respondenti s vyšším odborným vzděláním (62 respondentů, 43,05 %). Respondenti se středoškolským vzděláním zaujímali 34,72 % (50 respondentů) a s vysokoškolským vzděláním 22,23 % (32 respondentů).

Ovšem celkově nejčastěji zastoupené (v 31 případech, 21,53 %) jsou Všeobecné sestry se středoškolským vzděláním a specializací ARIP (Ošetrovatelská péče v anesteziologii, resuscitaci a intenzivní péči) nebo SIP (Sestra pro intenzivní péči). Hned poté následují Diplomovaní zdravotničtí záchranáři (25 respondentů, 17,36 %) a středoškolsky vzdělané Všeobecné sestry (19 respondentů, 13,19 %).

Ženy mají nejčastěji vystudovanou střední zdravotnickou školu se specializačním vzděláním ARIP nebo SIP (30 respondentů). Naopak muži nejčastěji získali své vzdělání v oboru Diplomovaný zdravotnický záchranář na vyšší odborné škole (8 respondentů).

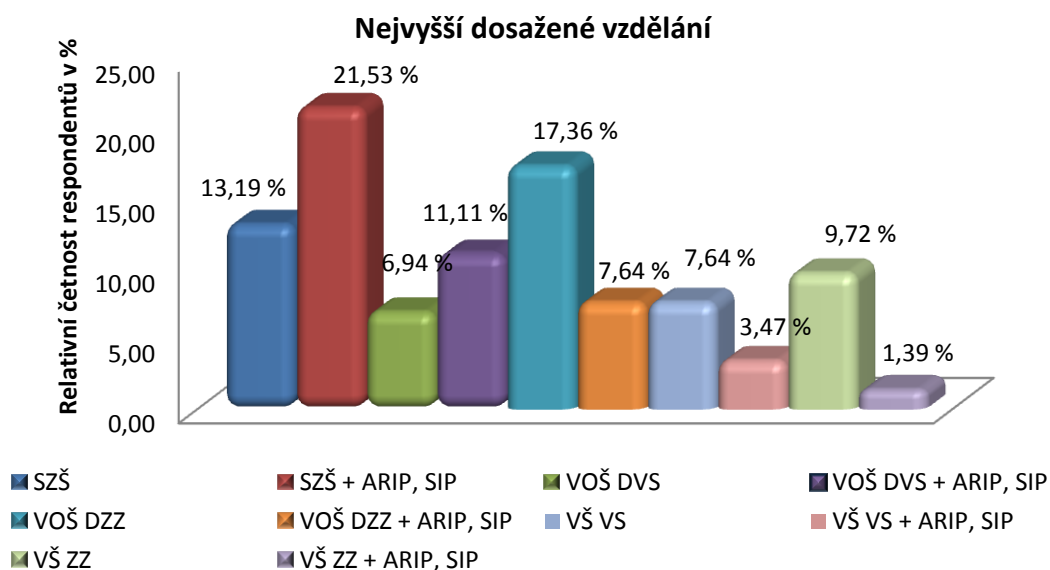
Následující tabulka a graf zobrazují nejvyšší dosažené vzdělání s případnou specializací ARIP a SIP. Legenda ke zkratkám dosaženého vzdělání je uvedena pod následující tabulkou.

Tabulka 5: Nejvyšší dosažené vzdělání

Vzdělání	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
SZŠ Všeobecná sestra	19	13,19
SZŠ Všeobecná sestra + ARIP, SIP	31	21,53
VOŠ Diplomovaná všeobecná sestra	10	6,94
VOŠ Diplomovaná všeobecná sestra + ARIP, SIP	16	11,11
VOŠ Diplomovaný zdravotnický záchranář	25	17,36
VOŠ Diplomovaný zdravotnický záchranář + ARIP, SIP	11	7,64
VŠ Všeobecná sestra	11	7,64
VŠ Všeobecná sestra + ARIP, SIP	5	3,47
VŠ Zdravotnický záchranář	14	9,73
VŠ Zdravotnický záchranář + ARIP, SIP	2	1,39
Celkem	144	100,00

Vysvětlivky: SZŠ – Střední zdravotní škola; VOŠ – Vyšší odborná škola; VŠ – Vysoká škola; ARIP – Ošetrovatelská péče v anesteziologii, resuscitaci a intenzivní péči; SIP – Sestra pro intenzivní péči.

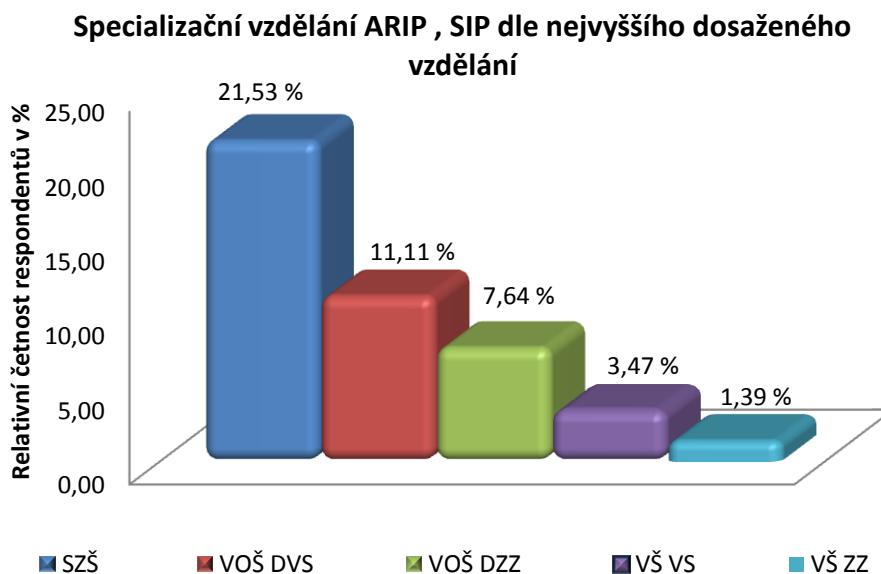
Graf 4: Grafické znázornění nejvyššího dosaženého vzdělání respondentů



Vysvětlivky: SZŠ – Střední zdravotní škola; VOŠ DVS – Diplomovaná všeobecná sestra; VOŠ DZZ – Diplomovaný zdravotnický záchranář; VŠ VS – Všeobecná sestra, VŠ ZZ – Zdravotnický záchranář; ARIP – specializační vzdělání v oboru Ošetrovatelská péče v anestezií, resuscitaci a intenzivní péči; SIP – Sestra pro intenzivní péči.

Celkově 45,14 % respondentů získalo specializační vzdělání ARIP nebo SIP. Naproti tomu 54,86 % respondentů toto vzdělání nemá. Nejpočetnější skupinou se vzděláním ARIP a SIP jsou zdravotní sestry se středoškolským vzděláním v oboru Všeobecná sestra. Grafické znázornění specializačního vzdělání ARIP a SIP vztaheného k nejvyššímu dosaženému vzdělání prezentuje graf č. 5.

Graf 5: Grafické znázornění specializačního vzdělání ARIP a SIP vztaheného k nejvyššímu dosaženému vzdělání



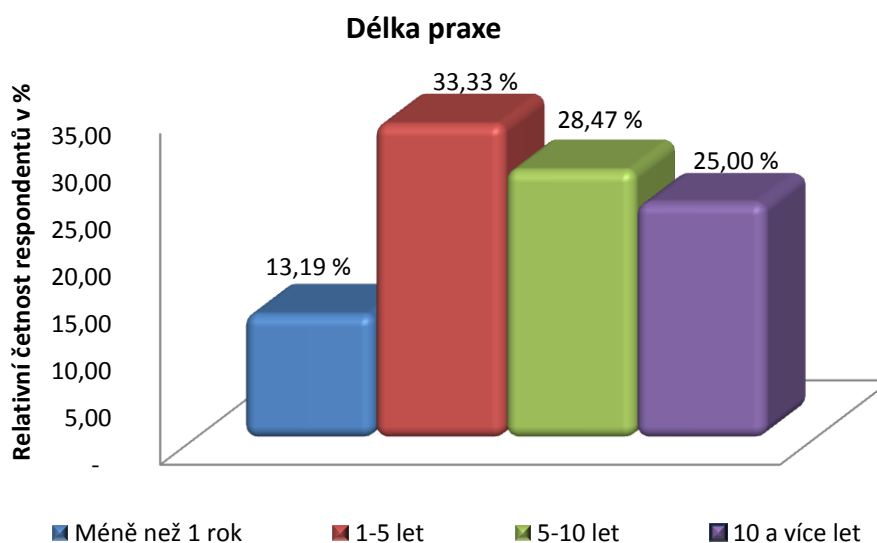
OTÁZKA 4: JAK DLOUHO PRACUJETE NA RUSUSCITAČNÍM ODDĚLENÍ?

U této otázky byla zjišťována délka praxe zdravotních sester na resuscitačních odděleních. Jak vyplývá z výsledků, nejpočetnější skupinu tvoří sestry pracující 1–5 let (33,33 %). Hned poté jsou sestry s 5–10letou praxí (41 respondentů, 28,47 %) a 10 a více letou praxí (36 respondentů, 25,00 %). Nejmenší zastoupení mají sestry s praxí méně než rok a to v 19 případech (13,19 %).

Tabulka 6: Délka praxe na resuscitačním oddělení

Délka praxe	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Méně než 1 rok	19	13,19
1–5 let	48	33,33
5–10 let	41	28,47
10 a více let	36	25,00
Celkem	144	100,00

Graf 6: Grafické znázornění délky praxe respondentů



OTÁZKA 5: JSTE SPOKOJENÝ/Á S VYKONÁVANÝM POVOLÁNÍM?

V otázce č. 5 byli respondenti dotazováni, zda jsou spokojeni se svým povoláním všeobecné sestry. Téměř většina dotazovaných uvedla, že jsou spíše spokojeni (65 respondentů, 45,14 %) a spokojení (62 respondentů, 43,06 %) se svým vykonávaným zaměstnáním ve zdravotnictví.

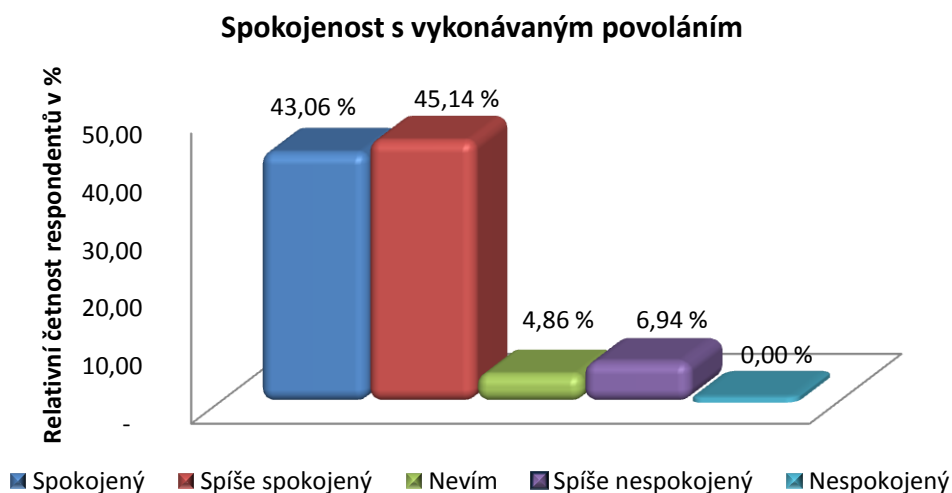
Naproti tomu 10 respondentů (6,4 %) uvedlo spíše nespokojenost se svým povoláním. Dále vyplývá, že spíše nespokojení jsou pouze respondenti ženského pohlaví a z 90 % těchto žen se nachází ve věkové kategorii 19–29 let.

V 4,86 % respondenti uvedli, že odpověď na tuto otázku neví. Možnost „nespokojený/á“ ne zvolil žádný z respondentů. Nejvíce spokojené zaměstnance má Nemocnice B, kde pouze 1 respondent uvedl možnost „nevím“. Ostatní zdravotnická zařízení mají výsledky vyrovnané.

Tabulka 7: Spokojnost s vykonávaným povoláním

Spokojenost se zaměstnáním	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Spokojený/á	62	43,06
Spíše spokojený/á	65	45,14
Nevím	7	4,86
Spíše nespokojený/á	10	6,94
Nespokojený/á	0	-
Celkem	144	100,00

Graf 7: Grafické znázornění spokojnosti s vykonávaným povoláním



OTÁZKA 6: POVAŽUJETE KOMUNIKACI S PACIENTEM, KTERÝ MÁ ZAJIŠTĚNÉ DÝCHACÍ CESTY ZA DŮLEŽITOU?

V této otázce odpověděli všichni respondenti shodně. Všichni respondenti hodnotí komunikaci s pacientem se zajištěnými dýchacími cestami za důležitou. Z důvodu jednoznačnosti odpovědí je tato otázka doplněna pouze tabulkou.

Tabulka 8: Důležitost komunikace

Důležitost komunikace	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Ano	144	100,00
Ne	0	-
Celkem	144	100,00

OTÁZKA 7: PEČUJETE RADĚJI O PACIENA NA UPV V ANALGOSEDACI ČI V BEZVĚDOMÍ NEŽ O PACIENTA PŘI VĚDOMÍ?

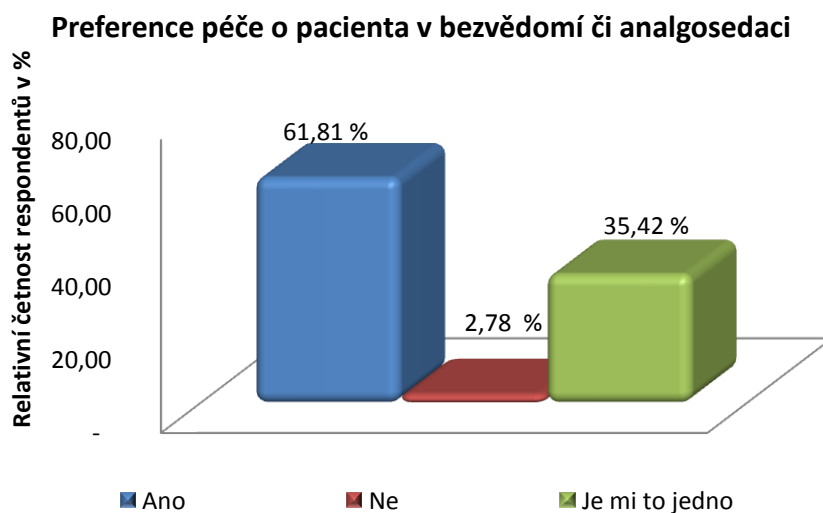
Celkově 89 respondentů (61,81 %) preferuje péči o pacienty na umělé plicní ventilaci v bezvědomí či analgosedaci před pacienty při vědomí. V 51 případech (35,42 %) je respondentům jedno, zda pečují o pacienty v bezvědomí anebo při vědomí. Pouze 4 respondenti (2,78 %) uvedli, že péči o tyto pacienty nepreferují.

Při porovnání celkového souboru 118 žen (100 %) a 26 mužů (100 %) vyplývá, že muži s mírnou převahou (18 respondentů, 69,23 %) upřednostňují péči o pacienty v bezvědomí či analgosedaci než ženy (71 respondentů, 60,17 %).

Tabulka 9: Upřednostnění péče o pacienta v bezvědomí či analgosedaci před péčí o pacienta při vědomí

Preference péče o pacienta v bezvědomí	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Ano	89	61,81
Ne	4	2,78
Je mi to jedno	51	35,42
Celkem	144	100,00

Graf 8: Grafické znázornění upřednostňované péče o pacienta v bezvědomí či analgosedaci před pacientem při vědomí



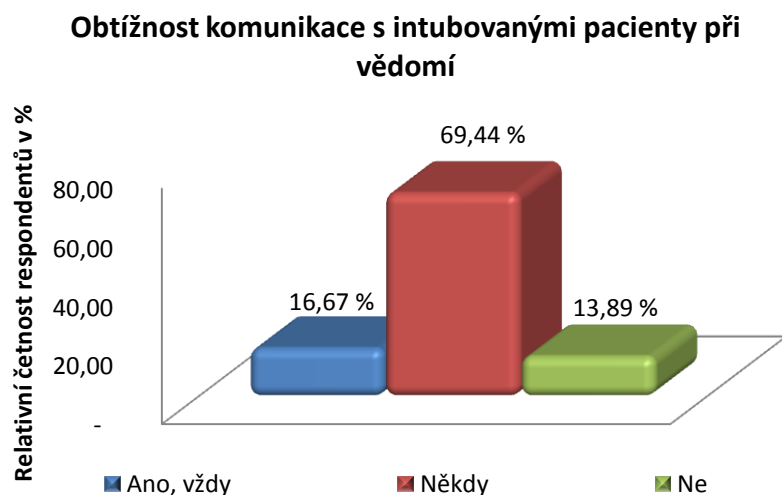
OTÁZKA 8: DĚLÁ VÁM PROBLÉM SE DOROZUMĚT S INTUBOVANÝMI PACIENTY NA UPV PŘI VĚDOMÍ?

Otázkou č. 8 bylo zjišťováno, zda je pro zdravotní sestry pracující na resuscitačních odděleních obtížné komunikovat s pacienty při vědomí, kteří mají zajištěné dýchací cesty pomocí endotracheální rourky. Jak vyplývá z výsledků, celkově pro 124 respondentů (86,11 %) je tato komunikace vždy nebo někdy obtížná. Pouze 20 respondentů (13,89 %) uvedlo, že tuto komunikaci nehodnotí za obtížnou.

Tabulka 10: Obtížnost komunikace s intubovanými pacienty na UPV při vědomí

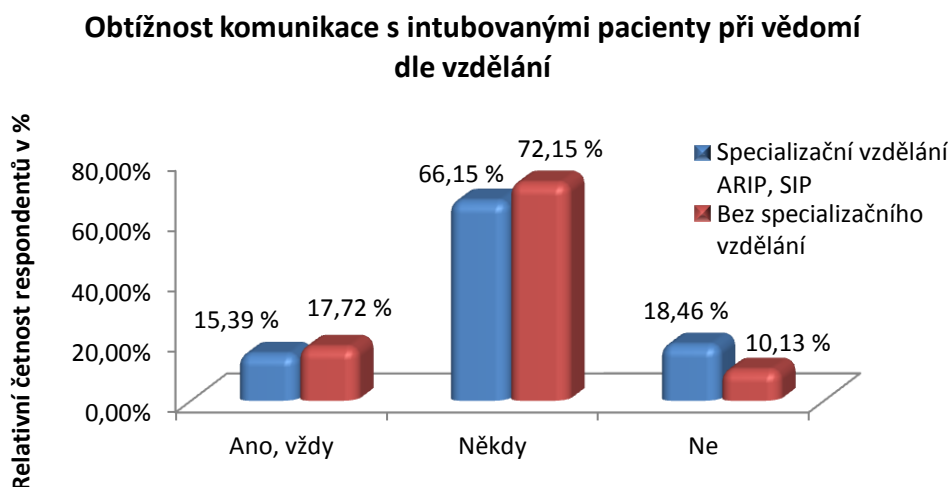
Obtížnost komunikace s intubovanými pacienty při vědomí	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Ano, vždy	24	16,67
Někdy	100	69,44
Ne	20	13,89
Celkem	144	100,00

Graf 9: Grafické znázornění obtížnosti komunikace s intubovanými pacienty na UPV při vědomí



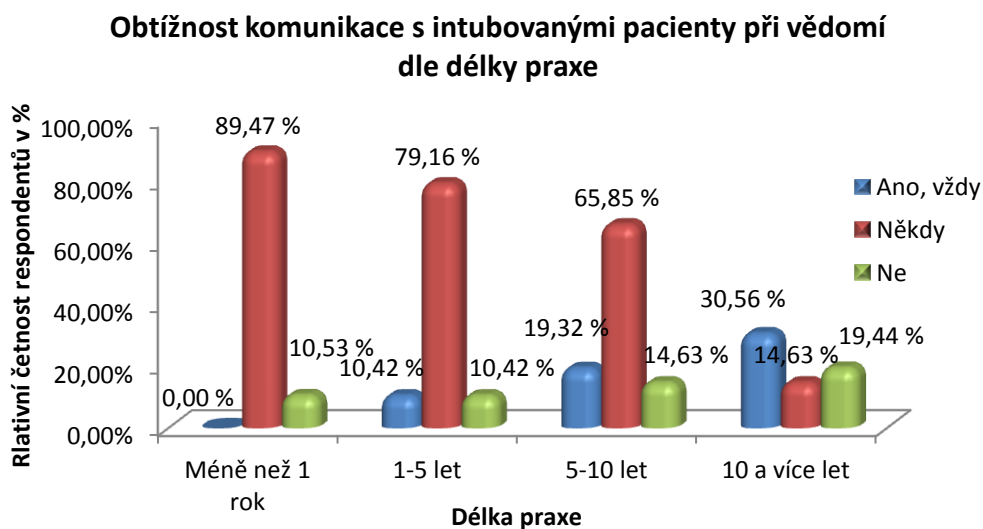
Porovnáním 65 respondentů se specializačním vzděláním ARIP a SIP (100,00 %) se 79 respondenty (100,00 %) bez této specializace vyplývá, že pro zdravotní sestry bez specializace ARIP a SIP je komunikace s intubovaným pacientem při vědomí obtížná vždy v 14 případech (17,72 %), někdy obtížná v 57 případech (72,15 %) a 8 zdravotních sester (10,13 %) udává, že tato komunikace obtížná vůbec není. Ve srovnání s respondenty, kteří mají specializační vzdělání ARIP, SIP a uvedli možnosti „vždy“ a „někdy“ (53 respondentů, 81,54 %), je komunikace s těmito pacienty obtížnější pro sestry bez této specializace (71 respondentů, 89,87 %).

Graf 10: Grafické znázornění srovnání obtížnosti komunikace s intubovanými pacienty na UPV při vědomí dle specializačního vzdělání ARIP, SIP



V následujícím grafu č. 11 je znázorněno srovnání obtížnosti komunikace s intubovanými pacienty při vědomí dle délky praxe na resuscitačních odděleních. Celkově bylo porovnáno 19 zdravotních sester pracujících méně než 1 rok (100 %), 48 sester pracujících 1–5 let (100 %), 41 sester s praxí 5–10 let (100 %) a 36 sester zaměstnaných na resuscitačních odděleních více než 10 let (taktéž 100 %). Jak vyplývá z grafu, obtíže při komunikaci mají sestry s nejrůznější délkou praxe. Nejčastěji mají problémy při komunikaci sestry pracující 1–5 let (89,58 %; součet možností „vždy“ a „někdy“). Ovšem těsně za nimi jsou sestry s praxí méně než 1 rok (89,47 %). Sestry pracující 5–10 let uvádějí obtížnost komunikace v 85,17 % a sestry s praxí 10 a více let v 45,19 %. Lze tedy říci, že s rostoucí praxí ustupuje obtížnost komunikace s intubovanými pacienty. Zajímavé je, že s rostoucí délkou praxe se sestry více rozdělují do skupin, které mají obtíže při komunikaci vždy či vůbec.

Graf 11: Grafické znázornění srovnání obtížnosti komunikace s intubovaným pacientem na UPV při vědomí dle délky praxe



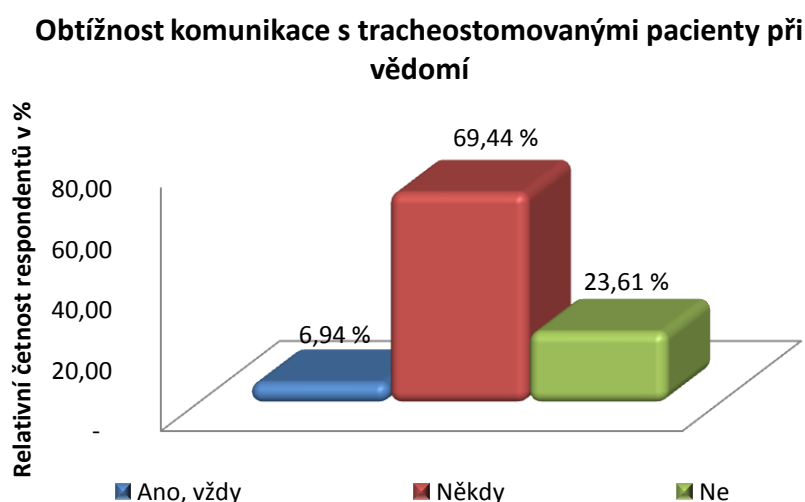
OTÁZKA 9: DĚLÁ VÁM PROBLÉM SE DOROZUMĚT S TRACHEOSTOMOVANÝMI PACIENTY NA UPV PŘI VĚDOMÍ?

Celkově 110 respondentů (76,38 %) udává, že je pro ně obtížné (vždy nebo někdy) komunikovat s pacienty, kteří jsou při vědomí a mají zajištěné dýchací cesty pomocí tracheostomické kanyly. Naproti tomu pro 34 respondentů (23,61 %) není obtížné s těmito specifickými pacienty komunikovat.

Tabulka 11: Obtížnost komunikace s tracheostomovaným pacientem na UPV při vědomí

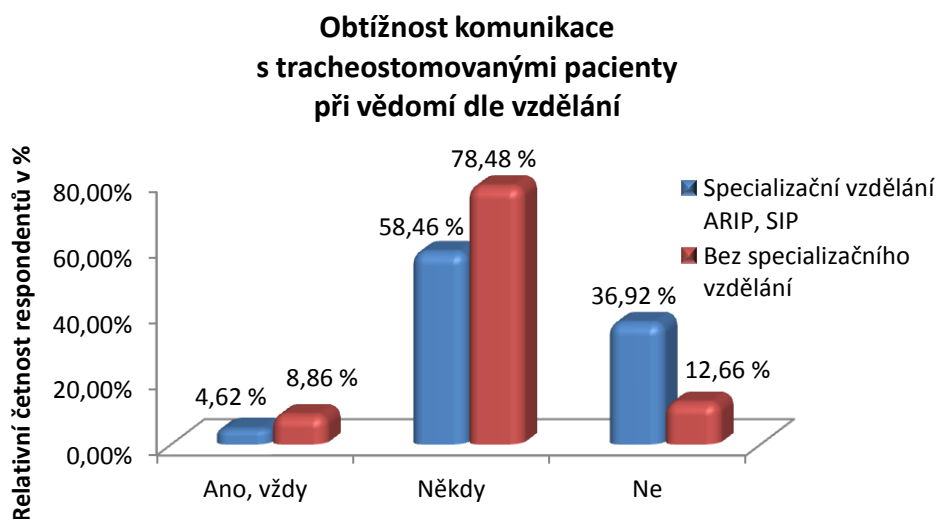
Obtížnost komunikace s tracheostomovanými pacienty při vědomí	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Ano, vždy	10	6,94
Někdy	100	69,44
Ne	34	23,61
Celkem	144	100,00

Graf 12: Grafické znázornění obtížnosti komunikace s tracheostomovanými pacienty na UPV při vědomí



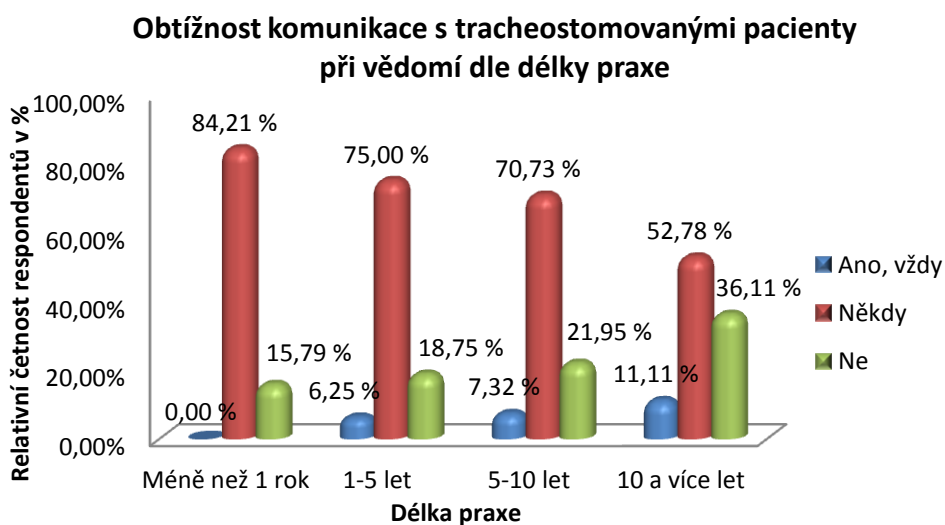
V souvislosti s touto otázkou dále uvádím porovnání respondentů podle specializačním vzdělání ARIP a vzdělání SIP. Pro zdravotní sestry bez specializace ARIP a SIP je komunikace s tracheostomovaným pacientem při vědomí obtížnější než pro sestry, které tuto specializaci mají. Celkově 87,34 % sester (69 respondentů) bez této specializace hodnotí komunikaci s tracheostomovaným pacientem jako obtížnou vždy nebo někdy ve srovnání s 63,08 % sester (41 respondentů) se specializací ARIP a SIP uvádějících možnosti „vždy“ a „někdy“.

Graf 13: Grafické znázornění srovnání obtížnosti komunikace s tracheostomovanými pacienty na UPV při vědomí dle specializačního vzdělání ARIP, SIP



Jak vyplývá z následujícího grafu č. 14, obtížnost komunikace s pacienty při vědomí, kteří mají zajištěné dýchací cesty prostřednictvím tracheostomické kanyly, je ovlivněna délkou praxe na resuscitačních odděleních. Obtíže při komunikaci mají nejčastěji zdravotní sestry s praxí méně než 1 rok (84,21 %). Dále následují sestry pracující 1–5 let (81,25 %). Sestry s praxí 5–10 let uvádějí obtížnost komunikace v 78,05 % a sestry pracující 10 a více let v 63,89 %. Lze tedy říci, že s rostoucí délkou praxe ustupuje obtížnost komunikace s tracheostomovanými pacienty při vědomí. Taktéž jako u grafu č. 10 lze zpozorovat, že s rostoucí délkou praxe se sestry více rozdělují do skupin, které mají obtíže při komunikaci vždy či vůbec a tím se snižuje počet sester udávajících možnost „někdy“.

Graf 14: Grafické znázornění srovnání obtížnosti komunikace s tracheostomovanými pacienty na umělé plicní ventilaci při vědomí dle délky praxe



OTÁZKA 10: JAKÝM ZPŮSOBEM KOMUNIKUJETE S PACIENTY PŘI VĚDOMÍ, KTEŘÍ JSOU NAPOJENI NA UPV?

Otázkou č. 10 dotazující se na způsob komunikace s pacienty při vědomí napojenými na UPV bylo zjištěno, že 124 respondentů (86,11 %) komunikuje s ventilovanými pacienty verbálně, sledují neverbální projevy a umožňují těmto pacientům využití komunikačních pomůcek. Ve 20 případech (13,89 %) respondenti komunikují s ventilovanými pacienty verbálně, taktéž sledují neverbální projevy, ale již neumožňují využití komunikačních pomůcek. Pro jednoznačnost odpovědí jsou výsledná data demonstrována pouze ve formě tabulky.

Tabulka 12: Způsob komunikace s pacienty při vědomí, kteří jsou napojeni na UPV

Způsob komunikace s pacienty při vědomí napojenými na UPV	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Verbálně, sleduji neverbální projevy	20	13,89
Verbálně, sleduji neverbální projevy a pacient má možnost využití komunikačních pomůcek	124	86,11
Verbálně komunikuji jen v nutných případech, občas sleduji neverbální projevy	0	-
Nekomunikuji	0	-
Celkem	144	100,00

OTÁZKA 11: JAKÉ Z ALTERNATIVNÍCH A AUGMENTATIVNÍCH METOD KOMUNIKACE NEJČASTĚJI UŽÍVÁTE U PACIENTŮ SE ZAJIŠTĚNÝMI DÝCHACÍMI CESTAMI PŘI VĚDOMÍ?

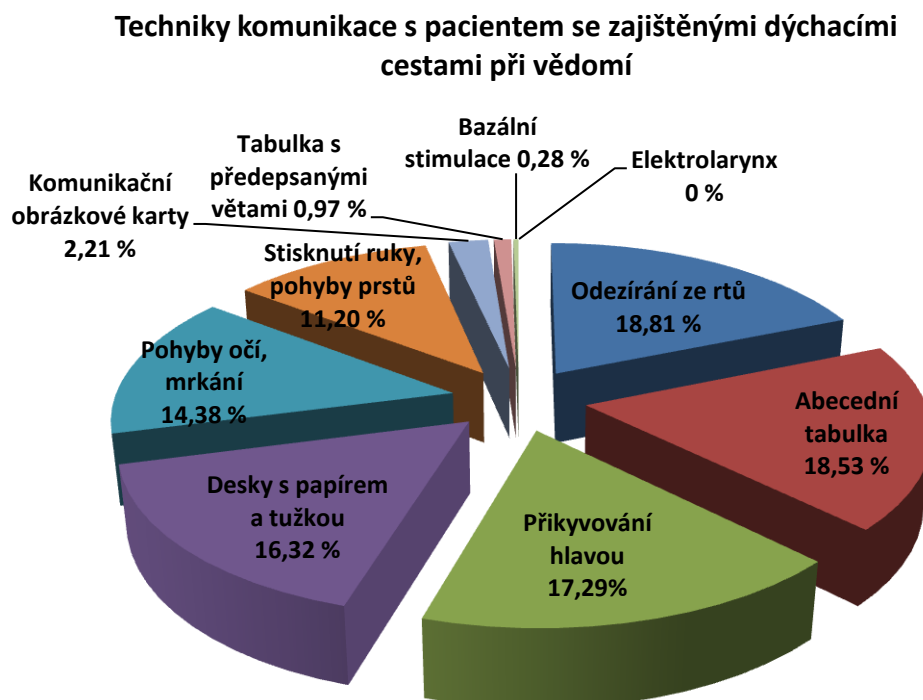
U této otázky mohli respondenti zaškrtnout více možných odpovědí. Taktéž bylo umožněno dopsat další techniku komunikace do kolonky „jiné“. Tuto možnost celkově využili dva respondenti (0,28 %), kteří uvedli, že se zmatenými pacienty při vědomí se zajištěnými dýchacími cestami komunikují prostřednictvím prvků Bazální stimulace. Téměř většina z dotazovaných užívá při komunikaci s těmito pacienty techniku odezírání ze rtů (136 respondentů, 18,81 %), abecední tabulku (134 respondentů, 18,53 %) a přikyvování hlavou (125 respondentů, 19,29 %). Nadpoloviční většina dále komunikuje prostřednictvím desek s papírem a tužkou (118 respondentů, 16,32 %) a očních pohybů či mrkání (104 respondentů, 14,38 %). V 81 případech (11,20 %) využívají respondenti ke komunikaci pohyby prstů a stisknutí ruky. Pouze 16 respondentů (2,21 %) uvedlo komunikaci pomocí komunikačních karet a 7 respondentů (0,97 %) prostřednictvím tabulky s předepsanými větami. V možnost „jiné“ uvedli 2 respondenti (0,28 %) Bazální stimulaci u zmatených pacientů a možnost „elektrolarynx“ nevedl žádný z respondentů (0 %). Z důvodu vhodnější grafické přehlednosti byl u této otázky zvolen graf výšečový.

Celkový počet odpovědí u této otázky činí 723. Z toho vyplývá, že průměrně respondenti využívají ke komunikaci s pacienty se zajištěnými dýchacími cestami při vědomí 5 způsobů komunikačních technik.

Tabulka 13: Četnost užívání alternativních a augmentativních komunikačních technik při komunikaci s pacienty se zajištěnými dýchacími cestami při vědomí

Techniky komunikace	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Odezírání ze rtů	136	18,81
Abecední tabulka	134	18,53
Přikyvování hlavou	125	17,29
Desky s papírem a tužkou	118	16,32
Pohyby očí, mrkání	104	14,38
Stisknutí ruky, pohyby prstů	81	11,20
Komunikační obrázkové karty	16	2,21
Tabulka s předepsanými větami	7	0,97
Jiné (Bazální stimulace)	2	0,28
Elektrolarynx	0	0,00
Celkový počet odpovědí	723	100,00

Graf 15: Grafické znázornění četnosti užívání alternativních a augmentativních komunikačních technik při komunikaci s pacientem se zajištěnými dýchacími cestami při vědomí



OTÁZKA 12: KTERÉ Z ALTERNATIVNÍCH A AUGMENTATIVNÍCH KOMUNIKAČNÍCH METOD UŽÍVÁTE PŘI KOMUNIKACI S PACIENTY SE ZAJIŠTĚNÝMI DÝCHACÍMI CESTAMI PŘI VĚDOMÍ NEJČASTĚJI?

Zde měli respondenti seřadit 3 nejčastěji užívané komunikační techniky dle pořadí od nejužívanější po nejméně používanější. Na 1. místě je celkově nejvíce užívanou komunikační technikou odezírání ze rtů, a to až 93krát. Dále respondenti uvedli techniku přikyvování 28krát, abecední tabulku 13krát, komunikaci prostřednictvím nonverbálních signálů 3krát, desky s papírem a tužkou 2krát, stisknutí ruky 2krát a pohyby očí taktéž 2krát. Jeden respondent uvedl možnost Bazální stimulace.

Na 2. místě se nejčastěji umístila komunikace prostřednictvím abecední tabulky s 57 respondenty. Dále bylo uvedeno 29krát odezírání ze rtů, 25krát kývání hlavou, 22krát desky s papírem a tužkou, 6krát stisknutí ruky a 3krát pohyby očí. Po jednom respondentovi byla uvedena komunikace pomocí piktogramů a Bazální stimulace.

Na 3. místě respondenti nejčastěji uváděli komunikaci pomocí desek s papírem a tužkou, a to celkově 60krát. V těsné blízkosti se umístila komunikace prostřednictvím abecední tabulky s počtem 58 respondentů. Přikyvování hlavou zvolilo 16 respondentů a odezírání ze rtů 6 respondentů. Po dvou respondentech byla uvedena komunikace prostřednictvím Bazální stimulace, nonverbálních projevů. Celkový přehled umístění jednotlivých technik s procentuálním vyjádřením prezentují následující tabulky.

Tabulka 14: Umístění jednotlivých komunikačních technik na 1. místě

1. místo	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Odezírání ze rtů	93	64,58
Přikyvování hlavou	28	19,44
Abecední tabulka	13	9,03
Nonverbální signály	3	2,08
Desky s papírem a tužkou	2	1,39
Stisknutí ruky	2	1,39
Pohyby očí	2	1,39
Bazální stimulace	1	0,69
Celkem	144	100,00

Tabulka 15: Umístění jednotlivých komunikačních technik na 2. místě

2. místo	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Abecední tabulka	57	39,58
Odezírání ze rtů	29	20,14
Přikyvování hlavou	25	17,36
Desky s papírem a tužkou	22	15,28
Stisknutí ruky	6	4,17
Pohyby očí	3	2,08
Piktogramy	1	0,69
Bazální stimulace	1	0,69
Celkem	144	100,00

Tabulka 16: Umístění jednotlivých komunikačních technik na 3. místě

3. místo	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Desky s papírem a tužkou	60	41,67
Abecední tabulka	58	40,28
Přikyvování hlavou	16	11,11
Odezírání ze rtů	6	4,17
Nonverbální projevy	2	1,39
Bazální stimulace	2	1,39
Celkem	144	100,00

Zajímavé je porovnání odlišujících se výsledků dle pohlaví. Ženy nejčastěji volily odezírání ze rtů následované komunikací prostřednictvím abecední tabulky. Na 3. místo zvolily desky s papírem a psacím prostředkem. Muži shodně jako ženy nejčastěji využívají k dorozumění se odezírání ze rtů. Avšak na 2. příčku umístili komunikaci prostřednictvím kýváním hlavy a až na 3. místo zvolili abecední tabulku. Z důvodu přehlednosti je srovnání užívání komunikačních technik dle pohlaví uvedeno v následující tabulce.

Tabulka 17: Porovnání užívání komunikačních technik dle pohlaví

Komunikační techniky	Počet odpovědí
ŽENY	
Odezírání ze rtů	73
Abecední tabulka	69
Desky s papírem a tužkou	52
MUŽI	
Odezírání ze rtů	20
Kývání hlavou	15
Abecední tabulka	14

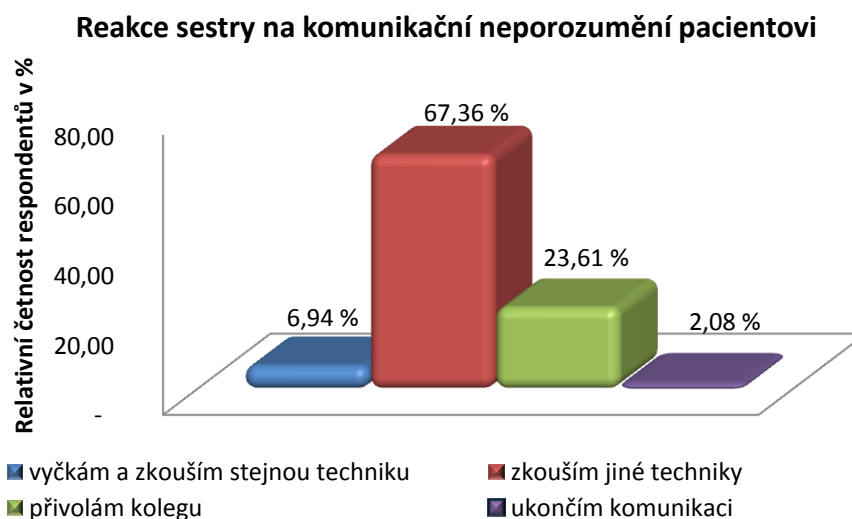
OTÁZKA 13: JAK REAGUJETE, KDYŽ NEROZUMÍTE PACIENTOVI, CO CHCE VYJÁDŘIT?

V otázce č. 13 byli respondenti dotázáni, jak reagují na situace, když pacientům se zajištěnými dýchacími cestami nerozumí, co chtějí vyjádřit. Nadpoloviční většina dotazovaných zkouší jiné techniky komunikace (97 respondentů, 67,36 %) a 34 respondentů (23,61 %) raději přivolá svého kolegu. Stejnou komunikační techniku opakovaně zkouší 10 respondentů (6,94 %) a 3 respondenti (2,08 %) rovnou komunikaci ukončí.

Tabulka 18: Reakce respondentů, když nerozumí pacientům, co chtějí vyjádřit

Reakce na komunikační nepochopení pacientovi	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Vyčkám a zkouším stejnou komunikační techniku	10	6,94
Zkouším jiné techniky komunikace	97	67,36
Přivolám kolegu	34	23,61
Ukončím komunikaci	3	2,08
Celkem	144	100,00

Graf 16: Grafické znázornění reakcí respondentů, když nerozumí pacientům, co chtějí vyjádřit



OTÁZKA 14: JAKÉ METODY KOMUNIKACE NEJČASTĚJI UŽÍVÁTE S PACIENTEM SE ZAJIŠTĚNÝMI DÝCHACÍMI CESTAMI V ANALGOSEDACI ČI BEZVĚDOMÍ?

Tato otázka byla otevřenou formou, kdy respondenti mohli volně vyjádřit, jaké metody komunikace užívají u pacientů se zajištěnými dýchacími cestami v bezvědomí či analgosedaci. Otázku však zodpovědělo pouze 115 respondentů (79,86 %), v ostatních 29 případech (20,14 %) nechali respondenti otázku nezodpovězenou. Z důvodu více různorodých odpovědí bylo zapotřebí jednotlivé odpovědi roztřídit a kategorizovat.

Na základě získaných odpovědí byly odpovědi rozděleny do dvou kategorií, a to komunikace ze strany sester a komunikace ze strany pacientů v bezvědomí či analgosedaci. V rámci komunikace ze strany sester nejvíce respondentů uvedlo, že s pacienty v bezvědomí či hluboké analgosedaci se zajištěnými dýchacími cestami komunikují prostřednictvím mluveného slova, tedy verbálně (93 respondentů, 36,76 %). Bazální stimulaci využívá ke komunikaci 76 respondentů (30,04 %) a nonverbálně komunikuje 36 respondentů (14,23 %). Ve 3 případech (1,19 %) respondenti s těmito pacienty nekomunikují. Z pohledu komunikace pacientů v bezvědomí nebo analgosedaci 29 zdravotních sester (11,46 %) sleduje nonverbální reakce pacientů na zvolenou techniku komunikace a ve 12 případech (4,74 %) sledují sestry vegetativní reakce pacientů jako odpověď na zvolenou komunikaci. Ve 4 případech (1,58 %) se zdravotní sestry domnívají, že pacienti v bezvědomí či hluboké analgosedaci vůbec nekomunikují.

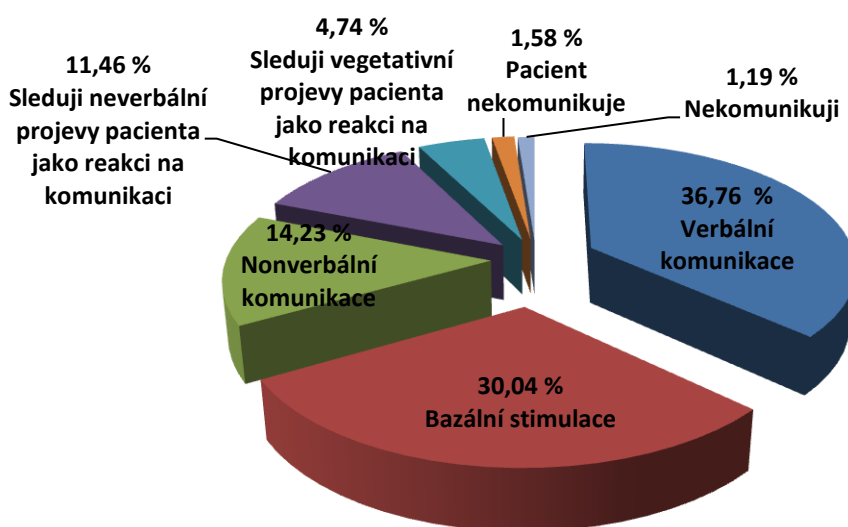
Tabulka 19: Možnosti komunikace s pacienty se zajištěnými dýchacími cestami v bezvědomí či hluboké analgosedaci

Možnosti komunikace s pacienty v bezvědomí či hluboké analgosedaci	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Verbální komunikace	93	36,76
Bazální stimulace	76	30,04
Nonverbální komunikace	36	14,23
Nekomunikují	3	1,19
Sledují vegetativní projevy pacienta jako reakci na komunikaci	12	4,74
Sledují neverbální projevy pacienta jako reakci na komunikaci	29	11,46
Pacient nekomunikuje	4	1,58
Celkový počet odpovědí	253	100,00

Poznámka: Červené zvýraznění odpovědí značí komunikaci ze strany sester a modré zvýraznění odpovědí představuje komunikaci ze strany pacientů

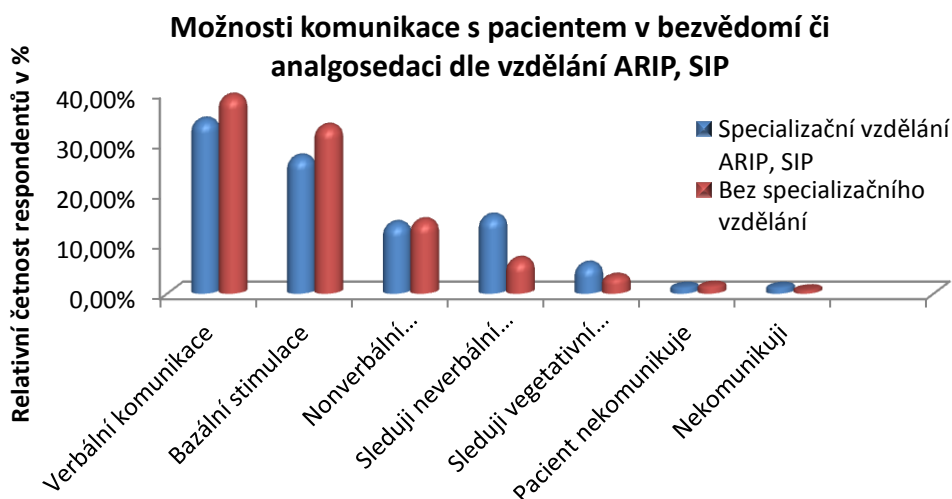
Graf 17: Grafické znázornění možností komunikace s pacienty se zajištěnými dýchacími cestami v bezvědomí či hluboké analgosedaci

Možnosti komunikace s pacienty v bezvědomí či analgosedaci



V následujícím grafu je uvedeno srovnání komunikačních dovedností s pacienty se zajištěnými dýchacími cestami v bezvědomí či analgosedaci dle vzdělání ARIP a SIP. Po odečtení respondentů, kteří nevedli žádnou odpověď, na tuto otázku odpovědělo 50 respondentů se vzděláním ARIP a SIP, kteří celkově uvedli 136 odpovědí (100 %) a soubor 65 respondentů bez těchto specializací, kdy bylo celkově získáno odpovědí 117 (100%). Z výsledků srovnání vyplývá, že zdravotní sestry se specializací ARIP a SIP (23 respondentů, 21,32 %) čteněji sledují reakce pacientů na zvolenou komunikaci oproti sestrám bez tohoto vzdělání (12 respondentů, 10,26 %), které se spíše zaměřují na komunikaci prostřednictvím mluveného slova (46 respondentů, 39,32 %) a Bazální stimulaci (39 respondentů, 33,33 %).

Graf 18: Grafické znázornění srovnání možností komunikace s pacienty se zajištěnými dýchacími cestami v bezvědomí či hluboké analgosedaci dle specializačního vzdělání ARIP, SIP



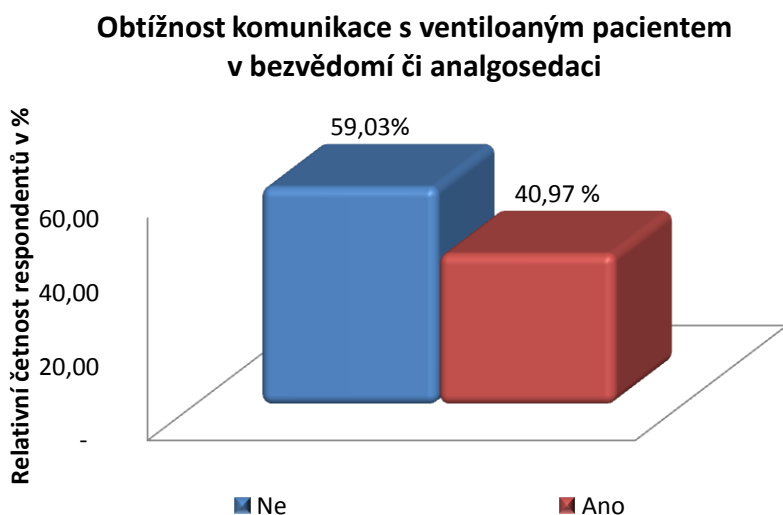
OTÁZKA 15: JE PRO VÁS KOMUNIKACE S VENTILOVANÝM PACIENTEM V BEZVĚDOMÍ ČI HLUBOKÉ ANALGOSEDACI OBTÍŽNÁ?

Z celkového počtu 144 respondentů není komunikace s pacientem v bezvědomí anebo v analgosedaci obtížná pro 85 zdravotních sester (59,03 %). Naopak, jak dále vyplývá z výsledků, tato komunikace je obtížná pro 59 zdravotních sester (40,97 %).

Tabulka 20: Obtížnost komunikace s ventilovaným pacientem v bezvědomí či v hluboké analgosedaci

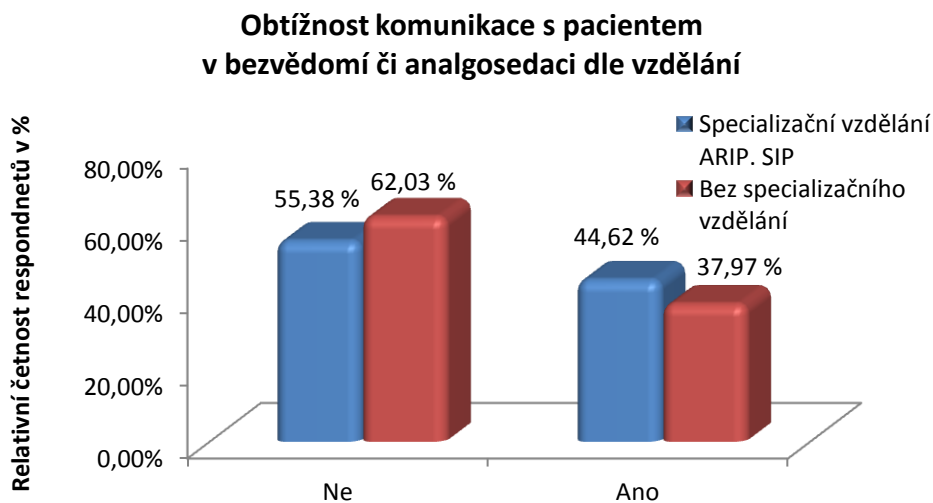
Obtížnost komunikace s pacientem v bezvědomí či analgosedaci	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Ne	85	59,03
Ano	59	40,97
Celkem	144	100,00

Graf 19: Grafické znázornění obtížnosti komunikace s ventilovaným pacientem v bezvědomí anebo v analgosedaci



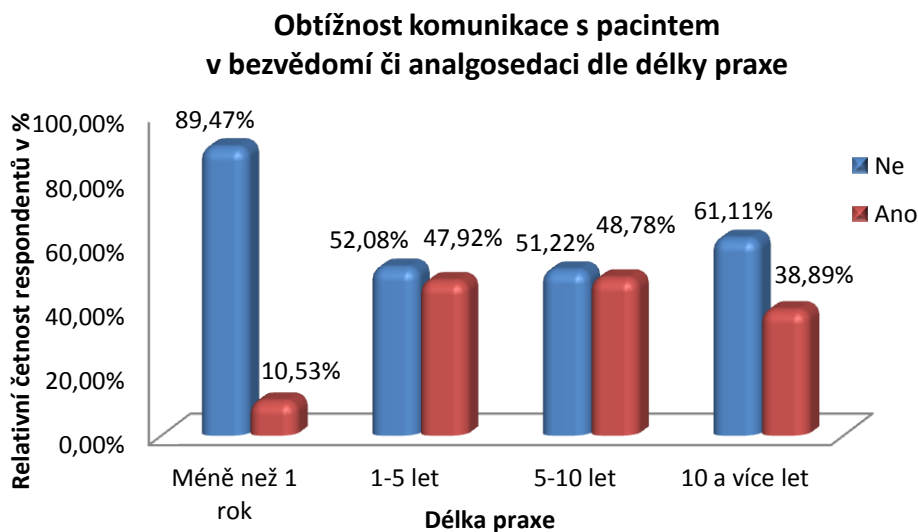
Při porovnání 65 respondentů se vzděláním ARIP a SIP (100,00 %) se souborem 79 respondentů (100,00 %) bez tohoto vzdělání bylo zjištěno, že pro zdravotní sestry se specializací ARIP či SIP (44,62 %) je o trochu obtížnější komunikovat s pacientem v bezvědomí či analgosedaci než pro sestry bez specializačního vzdělání (37,97 %).

Graf 20: Grafické znázornění srovnání obtížnosti komunikace s pacientem v bezvědomí či analgosedaci na UPV dle specializačního vzdělání ARIP



V následujícím grafu č. 21 je uvedeno srovnání obtížnosti komunikace s pacientem v bezvědomí anebo v analgosedaci dle délky praxe respondentů. Nejobtížnější je tato komunikace pro respondenty pracující 5–10 let (48,78 %). Těsně poté se umístili respondenti s délkou praxe 1–5 let (47,92 %). Naopak pro sestry s nejkratší praxí (1 rok a méně) je komunikace nejsnadnější (10,53 %).

Graf 21: Grafické znázornění srovnání obtížnosti komunikace s pacientem v bezvědomí či analgosedaci na UPV dle délky praxe



OTÁZKA 16: Z JAKÉ PŘÍČINY VÁM ČINÍ PROBLÉM KOMUNIKOVAT S VENTILOVANÝM PACIENTEM V ANALGOSEDACI ČI BEZVĚDOMÍ?

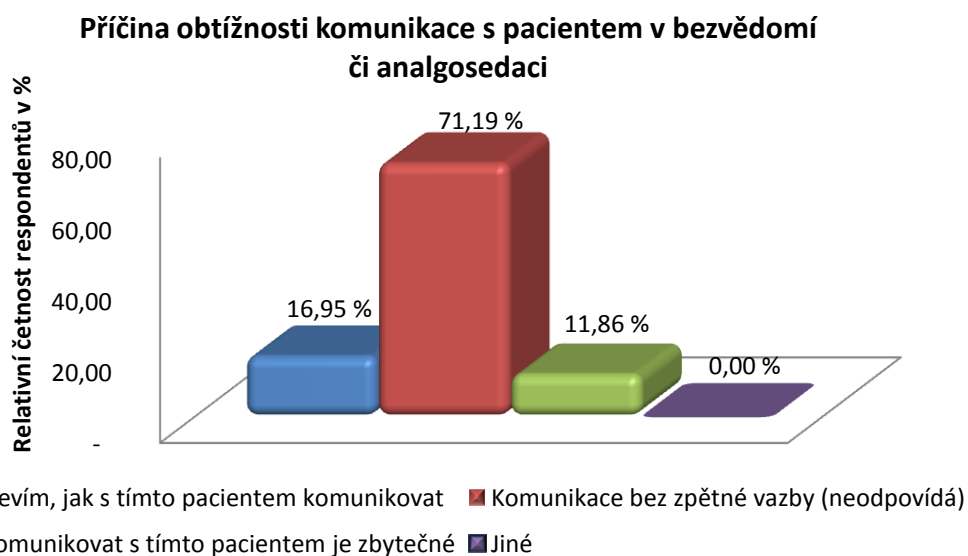
Otázka č. 16 byla vymezena pouze pro respondenty, kteří uvedli v předešlé otázce informaci, že komunikace s pacienty s poruchou vědomí je pro ně obtížná. Tuto otázku zodpovědělo pouze 59 respondentů, protože v ostatních 85 případech se respondenti cíleně zdrželi odpovědi dle uvedených instrukcí u otázky č. 15.

Jak vyplývá z výsledků, nejčastějším důvodem obtížnosti komunikace s pacientem v bezvědomí či analgoedaci je komunikace bez zpětné vazby, pacient neodpovídá (42 respondentů, 71,19 %). V 10 případech (16,95 %) respondenti nevědí, jak mohou komunikovat a 7 respondentům (11,86 %) přijde zbytečné s těmito pacienty komunikovat.

Tabulka 21: Možné příčiny obtížné komunikace s pacientem v bezvědomí či analgoedaci

Příčina obtížnosti komunikace s pacientem v bezvědomí či analgoedaci	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Nevím, jak s tímto pacientem komunikovat	10	16,95
Komunikace bez zpětné vazby (neodpovídá)	42	71,19
Komunikovat s tímto pacientem je zbytečné	7	11,86
Jiné	0	-
Celkem	59	100,00

Graf 22: Grafické znázornění možných příčin obtížnosti komunikace s pacientem v bezvědomí či analgoedaci



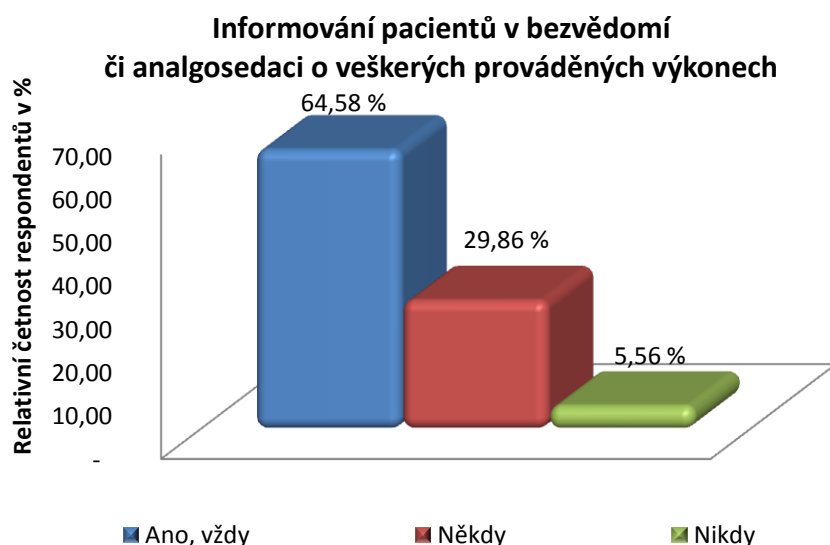
OTÁZKA 17: INFORMUJETE VENTILOVANÉ PACIENTY V BEZVĚDOMÍ ČI ANALGOSEDACI O VŠECH OŠETŘOVATELSKÝCH VÝKONECH, KTERÉ U NICH PROVÁDÍTE?

V 64,58 % respondenti uvedli, že pacienty v bezvědomí či analgosedaci vždy informují o prováděných ošetrovatelských výkonech (93 respondentů). V 43 případech (29,86 %) zvolili respondenti možnost „někdy“ a 8 respondentů (5,56 %) neinformuje své pacienty o prováděných výkonech nikdy. Možnost „nikdy“ uvedly pouze ženy.

Tabulka 22: Informování pacientů v bezvědomí či analgosedaci o všech prováděných ošetrovatelských výkonech

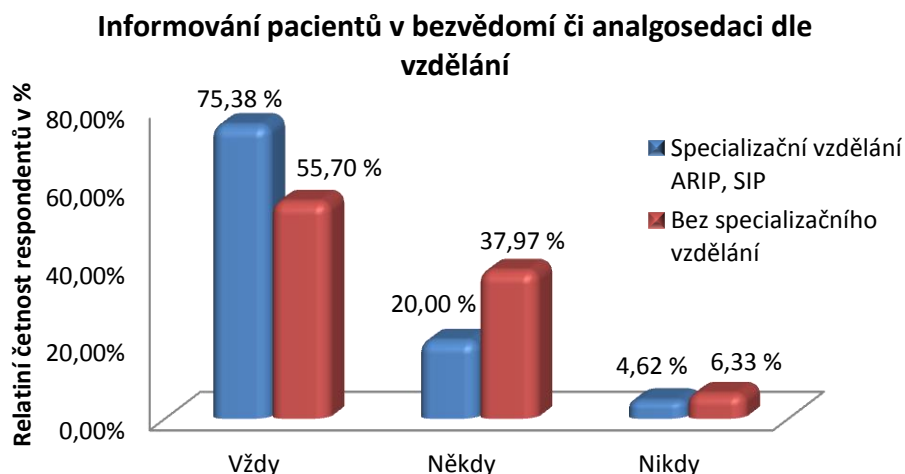
Informování pacientů v bezvědomí či analgosedaci o všech prováděných výkonech	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Vždy	93	64,58
Někdy	43	29,86
Nikdy	8	5,56
Celkem	144	100,00

Graf 23: Grafické znázornění informovanosti pacientů v bezvědomí či analgosedaci o všech prováděných ošetrovatelských výkonech



Porovnáním 65 respondentů se vzděláním ARIP, SIP (100,00 %) se souborem 79 respondentů (100,00 %) bez tohoto vzdělání bylo zjištěno, že sestry se specializací ARIP či SIP nejčastěji (vždy) informují pacienty v bezvědomí anebo v analgosedaci o všech prováděných ošetrovatelských výkonech (49 respondentů, 75,38 %). Více informací k této problematice prezentuje následující graf.

Graf 24: Grafické znázornění srovnání četnosti informování pacientů v bezvědomí anebo v analgosedaci o prováděných ošetrovatelských výkonech dle vzdělání



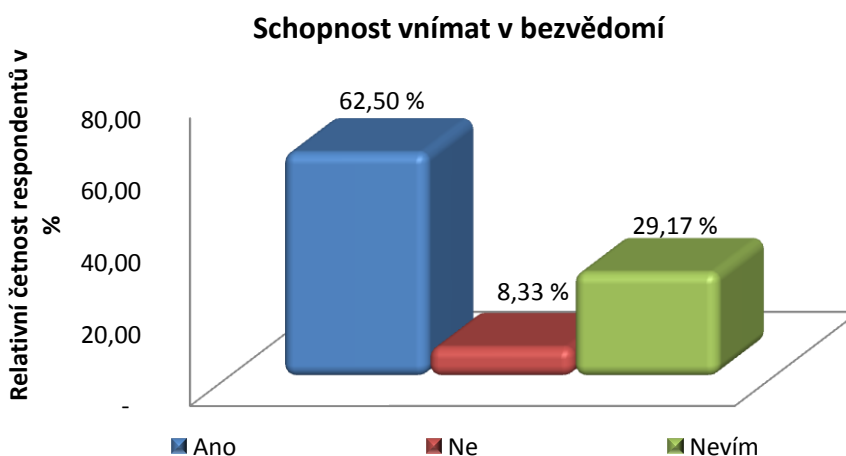
OTÁZKA 18: MYSLÍTE SI, ŽE VÁS PACIENTI V BEZVĚDOMÍ SLYŠÍ A VNÍMAJÍ?

Touto otázkou byli respondenti dotázáni na názor k problematice vnímání pacientů v bezvědomí. Většina respondentů se domnívá, že je pacienti v bezvědomí slyší a vnímají (90 respondentů, 62,50 %). V 42 případech (29,17 %) respondenti uvedli, že odpověď na tuto otázku nevědí. Nejméně respondentů se domnívá, že je pacienti v bezvědomí nejsou schopni vnímat a slyšet (12 respondentů, 8,33 %).

Tabulka 23: Názor respondentů na otázku, zda se domnívají, že je pacienti v bezvědomí slyší a vnímají

Myslíte si, že Vás pacienti v bezvědomí slyší a vnímají?	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Ano	90	62,50
Ne	12	8,33
Nevím	42	29,17
Celkem	144	100,00

Graf 25: Grafické znázornění názoru respondentů na otázku, zda se domnívají, že je pacienti v bezvědomí slyší a vnímají



Následující tabulka prezentuje vliv vzdělání respondentů na mínění, že pacient v bezvědomí není schopen vnímat. Toto mínění nejčastěji mají respondenti se středoškolským vzděláním a taktéž respondenti bez specializačního vzdělání ARIP či SIP.

Tabulka 24: Vliv vzdělání na mínění respondentů, že pacient v bezvědomí nevnímá

Vliv vzdělání na mínění, že pacient v bezvědomí nevnímá	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
SZŠ Všeobecná sestra	5	41,67
SZŠ Všeobecná sestra + ARIP, SIP	2	16,67
VOŠ Diplomovaná všeobecná sestra	1	8,33
VOŠ Diplomovaná všeobecná sestra + ARIP, SIP	0	0,00
VOŠ Diplomovaný zdravotnický záchranář	2	16,67
VOŠ Diplomovaný zdravotnický záchranář + ARIP, SIP	0	0,00
VŠ Všeobecná sestra	1	8,33
VŠ Všeobecná sestra + ARIP, SIP	0	0,00
VŠ Zdravotnický záchranář	1	8,33
VŠ Zdravotnický záchranář + ARIP, SIP	0	0,00
Celkem	12	100,00

OTÁZKA 19: VYUŽÍVÁTE PŘI PÉČI O VENTILOVANÉ PACIENTY V BEZVĚDOMÍ ČI ANALGOSEDACI KONCEPT BAZÁLNÍ STIMULACE?

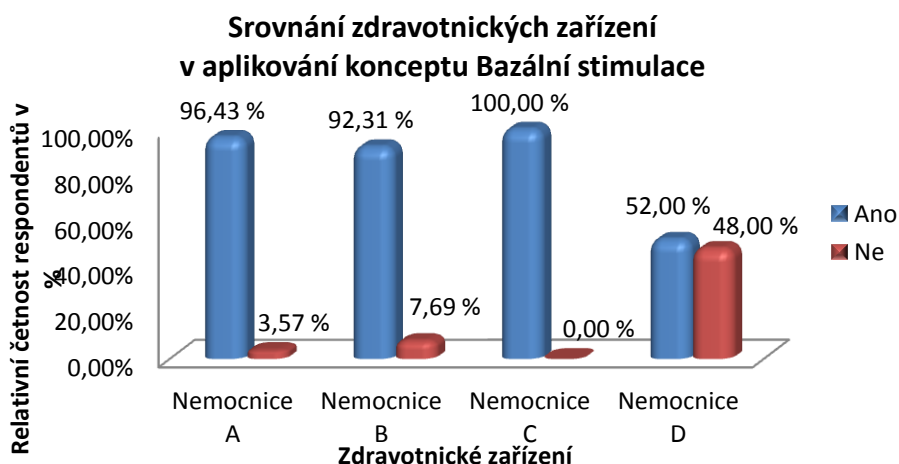
Celkem 127 respondentů (88,19 %) při péči o ventilované pacienty v bezvědomí či analgo sedaci užívá koncept Bazální stimulace. Naopak 17 respondentů (11,81 %) koncept nevyužívá.

Tabulka 25: Užívání konceptu Bazální stimulace při péči o ventilované pacienty v bezvědomí či analgo sedaci

Užívání konceptu Bazální stimulace	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Ano	127	88,19
Ne	17	11,81
Celkem	144	100,00

Při porovnání odpovědí z jednotlivých zdravotnických zařízení vyplývá, že 12 respondentů z Nemocnice D, 3 respondenti z Nemocnice B a 2 respondenti z Nemocnice A koncept Bazální stimulace neuplatňují. Srovnání jednotlivých zdravotnických zařízení je uvedeno v následujícím grafu.

Graf 26: Grafické znázornění srovnání zdravotnických zařízení v uplatňování konceptu Bazální stimulace



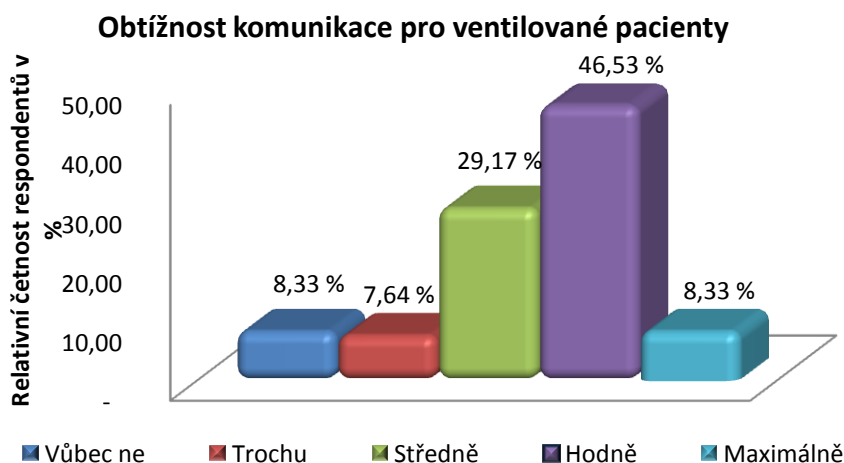
OTÁZKA 20: ZA JAK OBTÍŽNOU POVAŽUJETE KOMUNIKACI PRO PACIENTY NA UPV?

Mírně převažující nadpoloviční většina zdravotních sester se domnívá, že komunikace pro ventilované pacienty je hodně až maximálně obtížná (79 respondentů, 54,86 %), zatímco 65 sester (45,14 %) hodnotí obtížnost komunikace jako vůbec ne, trochu a středně obtížnou.

Tabulka 26: Obtížnost komunikace pro pacienty, kteří jsou napojení na UPV

Obtížnost komunikace pro ventilované pacienty	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Vůbec ne	12	8,33
Trochu	11	7,64
Středně	42	29,17
Hodně	67	46,53
Maximálně	12	8,33
Celkem	144	100,00

Graf 27: Grafické znázornění obtížnost komunikace pro pacienty, kteří jsou napojení na UPV



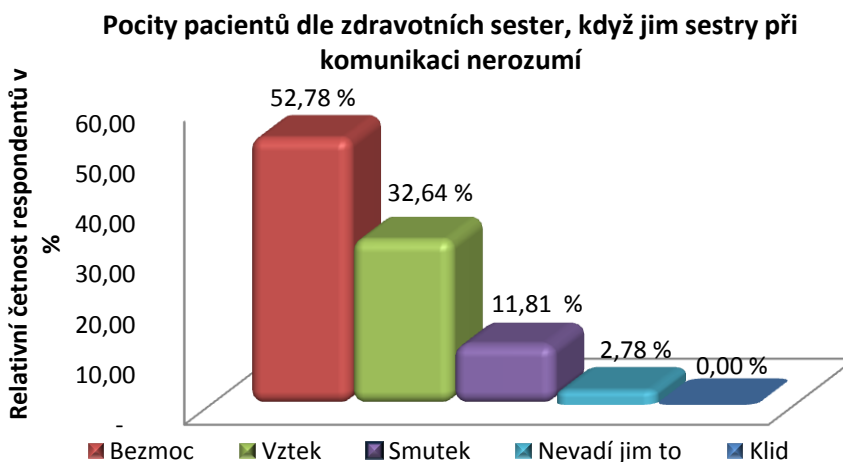
OTÁZKA 21: JAKÝ POCIT, DLE VAŠICH ZKUŠENOSTÍ, PROŽÍVÁ PACIENT SE ZAJIŠTĚNÝMI DÝCHACÍMI CESTAMI PŘI ZJIŠTĚNÍ, ŽE MU NEROZUMÍTE?

Celkově 76 zdravotních sester (52,78 %) se domnívá, že pacient se zajištěnými dýchacími cestami prožívá při neporozumění během komunikace bezmoc. Naproti tomu 47 sester (32,64 %) uvádí vztek a 17 sester (11,81 %) smutek. Ve 4 případech (2,78 %) sestry uvádí, že komunikační neporozumění pacientům nevadí.

Tabulka 27: Názor zdravotních sester na pocity pacientů, když jim sestry při komunikaci nerozumí

Pocity pacientů	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Bezmoc	76	52,78
Vztek	47	32,64
Smutek	17	11,81
Nevadí jim to	4	2,78
Klid	0	-
Celkem	144	100,00

Graf 28: Grafické znázornění názorů zdravotních sester na pocity pacientů, když jim sestry při komunikaci nerozumí



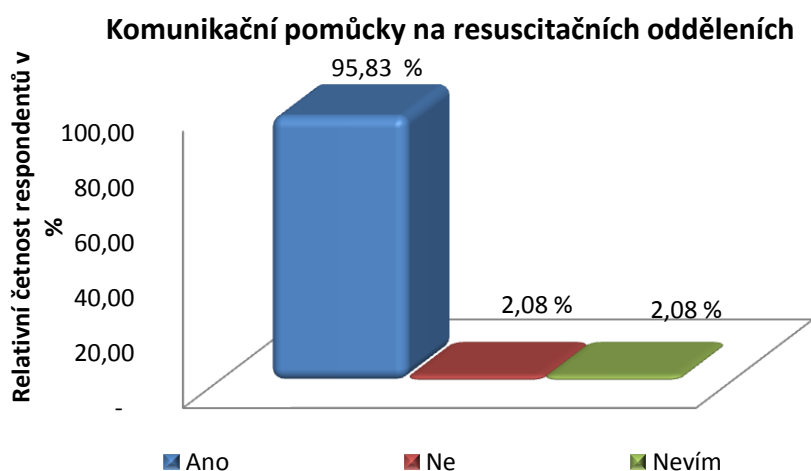
OTÁZKA 22: MÁTE NA VAŠEM ODDĚLENÍ POMŮCKU, KTERÁ BY USNADŇOVALA KOMUNIKACI S PACIENTY SE ZAJIŠTĚNÝMI DÝCHACÍMI CESTAMI?

Celkově 138 dotazovaných uvedlo, že na svých pracovištích mají dostupné ke komunikaci s pacienty se zajištěnými dýchacími cestami komunikační pomůcky (95,83 %). Možnost „nevím“ zvolili 3 dotazovaní (2,08 %). Taktéž ve 3 případech (2,08 %) dotazovaní udávají, že na svých odděleních nemají žádné komunikační pomůcky k dispozici. Tito 3 respondenti (2,08 %), kteří uvedli, že nemají na svých odděleních k dispozici žádné komunikační pomůcky, jsou zaměstnanci Nemocnice A, Nemocnice B a Nemocnice C.

Tabulka 28: Dostupnost komunikačních pomůcek určených pro komunikaci s pacienty se zajištěnými dýchacími cestami na resuscitačních odděleních

Komunikační pomůcky na oddělení	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Ano	138	95,83
Ne	3	2,08
Nevím	3	2,08
Celkem	144	100,00

Graf 29: Grafické znázornění dostupnosti komunikačních pomůcek určených pro komunikaci s pacienty se zajištěnými dýchacími cestami na resuscitačních odděleních

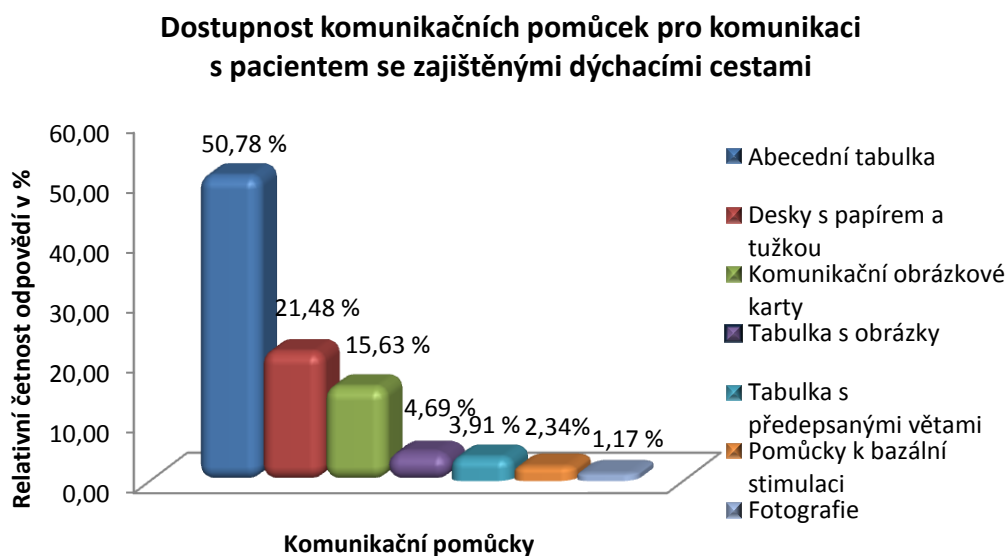


Jestliže respondenti odpověděli možnost „ano“, byli dále instruováni pro uvedení konkrétní komunikační pomůcky, které mají na odděleních k dispozici. Protože respondenti mohli uvést více komunikačních pomůcek současně, celkový počet odpovědí činí 256. Nejrozšířenější komunikační pomůckou je abecední tabulka, kterou má k dispozici na odděleních 130 respondentů. Překvapivý je nízký počet respondentů, kteří mají k dispozici desky s papírem a tužkou (55 respondentů) a komunikační obrázkové karty (40 respondentů).

Tabulka 29: Typy komunikačních pomůcek na resuscitačních odděleních

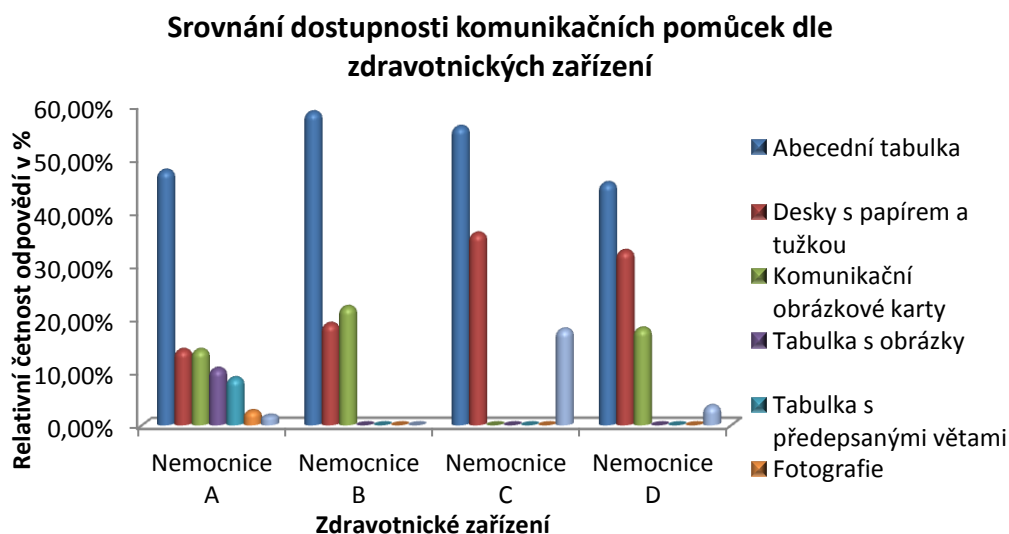
Typy komunikačních pomůcek	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Abecední tabulka	130	50,78
Desky s papírem a tužkou	55	21,48
Komunikační obrázkové karty	40	15,63
Tabulka s obrázky	12	4,69
Tabulka s předepsanými větami	10	3,91
Pomůcky k Bazální stimulaci	6	2,34
Fotografie	3	1,17
Celkový počet odpovědí	256	100,00

Graf 30: Grafické znázornění dostupnosti komunikačních pomůcek k usnadnění komunikace s pacientem se zajištěnými dýchacími cestami při na resuscitačních odděleních



Porovnáním získaných odpovědí z jednotlivých zdravotnických zařízení vyplývá, že všechna zdravotnická zařízení mají shodně k dispozici pro komunikaci pouze abecední tabulky a desky s papírem a tužkou. Největší rozmanitost a dostupnost komunikačních pomůcek má Nemocnice A. V tomto zdravotnickém zařízení mají zdravotní sestry k dispozici abecední tabulku, desky s papírem a tužkou, komunikační obrázkové karty, tabulku s obrázky, tabulku s předepsanými větami, komunikační fotografie a někteří z respondentů nezapomněli také uvést, že mezi komunikační pomůcky patří pomůcky určené k Bazální stimulaci. Dále např. v Nemocnici C naprosto chybí k ulehčení komunikace mezi sestrou a pacientem komunikační obrázkové karty. Z důvodu přehlednosti grafu č. 32 nejsou u jednotlivých položek zobrazeny jednotlivé popisky v %.

Graf 31: Grafické znázornění srovnání dostupnosti komunikačních pomůcek určených pro komunikaci s pacienty se zajištěnými dýchacími cestami na resuscitačních odděleních dle zdravotnických zařízení



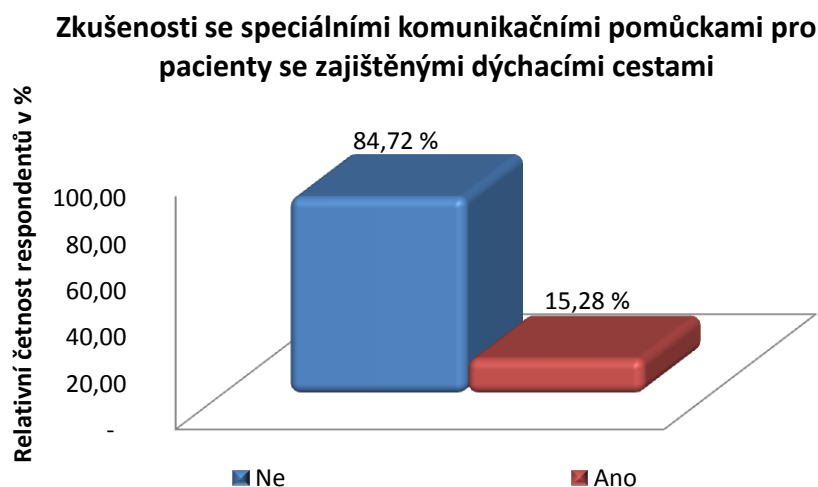
OTÁZKA 23: SETKAL/A JSTE SE NĚKDY, BĚHEM SVÉ PÉČE O PACIENTY NA UPV, SE SPECIÁLNÍ KOMUNIKAČNÍ POMŮCKOU, NAPŘ. VYROBENOU PŘÍMO PRO PACIENTA?

Na dotaz, zda mají zdravotní sestry zkušenosti se speciálními komunikačními pomůckami pro pacienty se zajištěnými dýchacími cestami, odpovědělo celkově 122 sester (84,72 %), že se speciálními komunikačními pomůckami nemají žádné zkušenosti, zatímco 22 sester (15,28 %) tuto zkušenost již má.

Tabulka 30: Zkušenosti sester se speciálními komunikačními pomůckami pro pacienty se zajištěnými dýchacími cestami

Zkušenosti se speciálními komunikačními pomůckami	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Ne	122	84,72
Ano	22	15,28
Celkem	144	100,00

Graf 32: Grafické znázornění zkušeností sester se speciálními komunikačními pomůckami pro pacienty se zajištěnými dýchacími cestami



V případě, že respondenti odpověděli možnost „ano“, byli dále instruováni, aby uvedli konkrétní příklady komunikačních pomůcek, se kterými se setkali. Z výsledků vyplývá, že dotazovaní nejčastěji uvedli elektronickou psací destičku (4 respondenti, 18,18 %), kterou lze dle dotazovaných zakoupit kdekoliv v obchodě s elektronikou. Mezi speciální komunikační pomůcky dotazovaní zařadili také tracheostomickou „mluvící“ kanylu, abecední tabulku v azbuce (ruské abecedě), komunikační karty pro cizince, ale také i např. tablet a mobilní telefon. Taktéž dle výsledků se mohou zapojit do usnadnění komunikace samotné rodiny pacientů, které mohou vytvořit speciální obrázkové či textové tabulky dle individuálních potřeb nemocného. Jednotlivé speciální komunikační pomůcky demonstruje tabulka č. 31.

Tabulka 31: Druhy komunikačních pomůcek pro pacienty se zajištěnými dýchacími cestami, se kterými se respondenti setkali

Druhy speciální komunikačních pomůcek	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Elektronická psací destička	4	18,18
Mluvící tracheostomická kanyla	3	13,64
Abecední tabulka v azbuce	3	13,64
Komunikační karty s obrázky a popisky pro cizince	3	13,64
Tablet	2	9,09
Mobilní telefon	2	9,09
Tabulka s křídou	1	4,55
Tabulka s obrázky vytvořená rodinou	1	4,55
Tabulka s běžně používanými činnostmi vytvořená rodinou	1	4,55
Počítač ovládaný ústy	1	4,55
Počítač ovládaný hlavou pomocí tyčinky na čelence	1	4,55
Celkem	22	100,00

OTÁZKA 24: V JAKÉ MÍŘE OMEZUJÍ NÍŽE UVEDENÉ FAKTORY VAŠI SCHOPNOST KOMUNIKACE S PACIENTEM SE ZAJIŠTĚNÝMI DÝCHACÍMI CESTAMI?

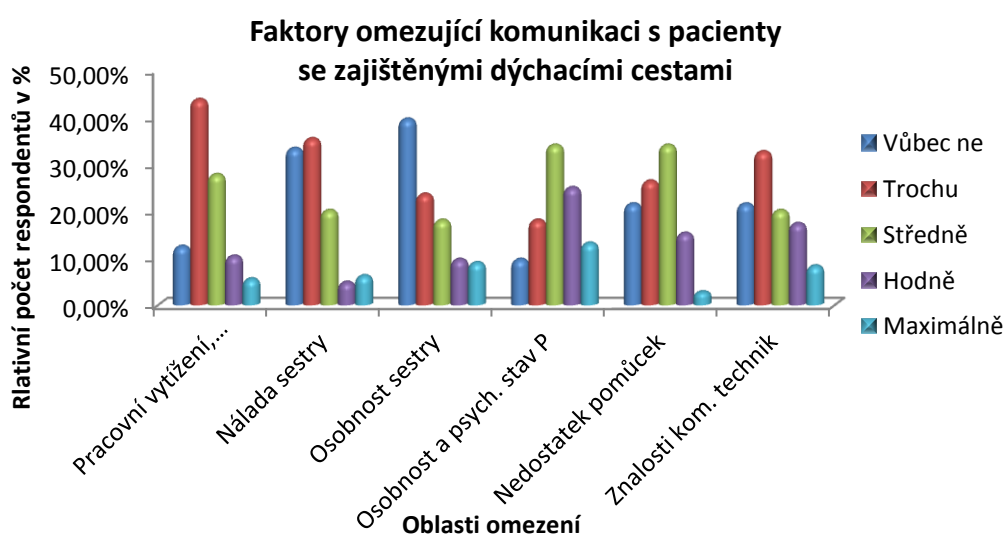
V této otázce respondenti hodnotili, v jaké míře omezují komunikaci s pacienty se zajištěnými dýchacími cestami jednotlivé uvedené faktory. Dané hodnoty respondenti ohodnotili zakroužkováním číselných hodnot 1–5, přičemž hodnota 1 představovala možnost omezení vůbec ne, 2 trochu, 3 středně, 4 hodně a poslední hodnota 5 označovala omezení maximální.

Ze získaných výsledků vyplývá, že respondenti nejčastěji ohodnotili střední komunikační omezení v oblasti osobnosti a psychického stavu pacienta (49 respondentů, 34,03 %) a taktéž nedostatek komunikačních pomůcek získal omezení střední (49 respondentů, 34,03 %). Za mírné komunikační omezení (možnost „trochu“) označili respondenti nejčastěji oblasti pracovního vytížení s nedostatkem času (40 respondentů, 43,75 %), náladu sestry (51 respondentů, 35,42 %) a znalosti komunikačních technik (47 respondentů, 32,64 %). U možnosti „osobnost sestry“ se nejvíce respondentů shodlo, že samotná osobnost sestry komunikaci s pacientem se zajištěnými dýchacími cestami neomezuje vůbec (57 respondentů, 39,58 %). Podrobnější výsledky zkoumané otázky prezentuje následující tabulka s grafem.

Tabulka 32: Faktory omezující komunikaci s pacienty se zajištěnými dýchacími cestami

Omezující faktory	Vůbec ne		Trochu		Středně		Hodně		Maximálně		Celkem	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Pracovní vytížení, nedostatek času	18	12,50	40	43,75	63	27,78	15	10,42	8	5,56	144	100,00
Nálada sestry	48	33,33	51	35,42	29	20,14	7	4,86	9	6,25	144	100,00
Osobnost sestry	57	39,58	34	23,61	26	18,06	14	9,72	13	9,03	144	100,00
Osobnost a psychický stav pacienta	14	9,72	26	18,06	49	34,03	36	25,00	19	13,19	144	100,00
Nedostatek komunikačních pomůcek	31	21,53	38	26,39	49	34,03	22	15,28	4	2,78	144	100,00
Znalosti komunikačních technik	31	21,53	47	32,64	29	20,14	25	17,36	12	8,33	144	100,00

Graf 33: Grafické znázornění faktorů omezujících komunikaci s pacienty se zajištěnými dýchacími cestami



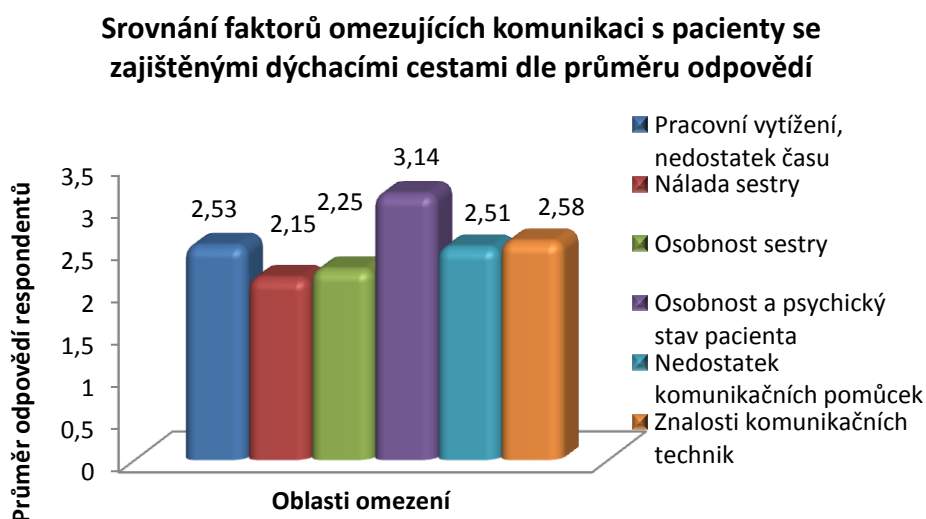
Vysvětlivky: psych –psychický; P – pacient; kom. – komunikačních.

Z důvodu názornějšího porovnání jednotlivých oblastí byla získaná data zprůměrována. Dle nejvyššího průměru dat (3,14) je osobnost pacienta a jeho psychický stav nejvíce omezující ze všech uvedených možností. Dále z výsledků vyplývá, že druhou nejvíce omezující oblastí je znalost komunikačních technik (2,58) a třetí pracovní vytížení s nedostatkem času (2,53). Nejmenší průměr a tím i nejmenší míru omezení má nálada sestry (2,15)

Tabulka 33: Srovnání faktorů omezujících komunikaci s pacienty se zajištěnými dýchacími cestami dle průměru odpovědí

Oblasti omezení	Ø
Pracovní vytížení, nedostatek času	2,53
Nálada sestry	2,15
Osobnost sestry	2,25
Osobnost a psychický stav pacienta	3,14
Nedostatek komunikačních pomůcek	2,51
Znalosti komunikačních technik	2,58

Graf 34: Grafické znázornění srovnání faktorů omezujících komunikaci s pacienty se zajištěnými dýchacími cestami dle průměru odpovědí



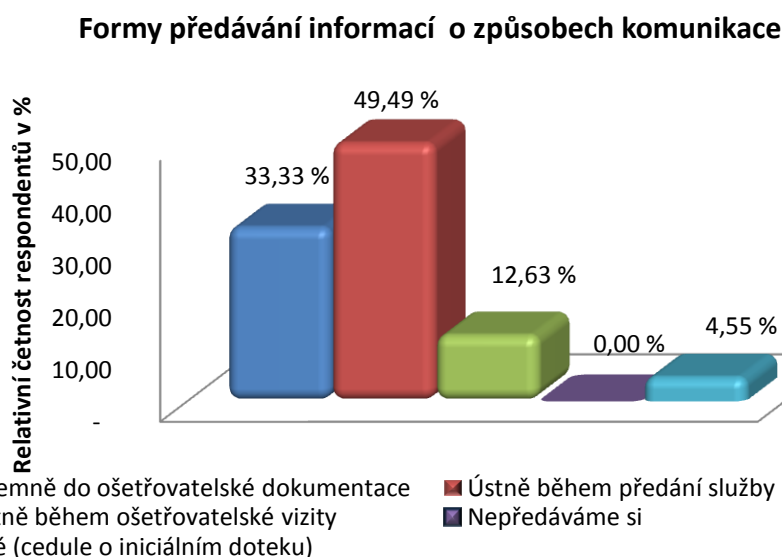
OTÁZKA 25: JAKOU FORMOU SI PŘEDÁVÁTE INFORMACE O ZPŮSOBU KOMUNIKACE S PACIENTEM SE ZAJIŠTĚNÝMI DÝCHACÍMI CESTAMI?

U této otázky mohli respondenti zaškrtnout více možných odpovědí. Celkově respondenti uvedli 198 odpovědí (100 %). Nejčastěji si mezi sebou informace o způsobech komunikace zaměstnanci předávají ústně během předání služby (98 respondentů, 49,49 %). V 66 případech (33,33 %) respondenti informace o možnostech komunikace zapisují do ošetřovatelské dokumentace a 25 respondentů (12,63 %) si předává informace ústně během ošetřovatelské vizity. Respondenti měli také možnost se písemně k této otázce vyjádřit (možnost „jiné“). Celkově 9 respondentů (4,55 %) shodně uvedlo, že u lůžek pacientů, v rámci konceptu Bazální stimulace, mají cedulky informující o iniciálním doteku.

Tabulka 34: Formy předávání informací o způsobech komunikace s pacienty se zajištěnými dýchacími cestami

Formy předávání informací o způsobech komunikace	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Písemně do ošetřovatelské dokumentace	66	33,33
Ústně během předání služby	98	49,49
Ústně během ošetřovatelské vizity	25	12,63
Nepředáváme si	0	-
Jiné (cedule u lůžka o iniciálním doteku)	9	4,55
Celkem	198	100,00

Graf 35: Grafické znázornění předávání informací o způsobech komunikace s pacienty se zajištěnými dýchacími cestami



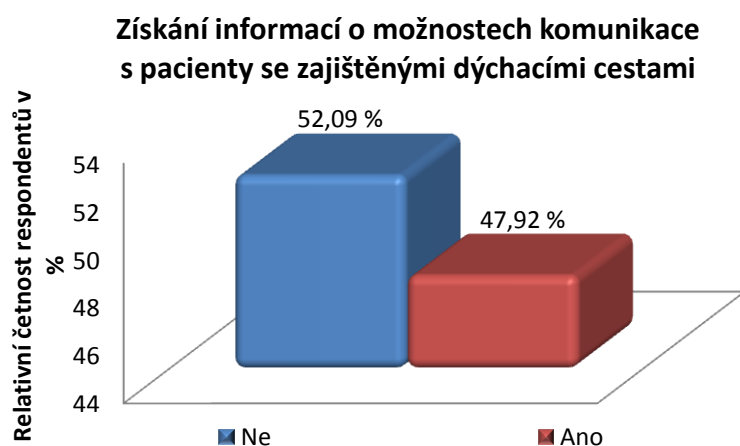
OTÁZKA 26: ZÍSKAL/A JSTE V MINULOSTI INFORMACE, JAKÝM ZPŮSOBEM LZE KOMUNIKOVAT S PACIENTEM, KTERÝ MÁ ZAJIŠTĚNÉ DÝCHACÍ CESTY?

Z celkového počtu 144 respondentů informace o možnostech komunikace s pacienty se zajištěnými dýchacími cestami získalo 69 respondentů (47,92 %), zatímco 75 respondentů (52,09 %) nikoli. Ze 75 respondentů (52,09 %), kteří nikdy nezískali informace o možnostech komunikace s pacienty se zajištěnými dýchacími cestami, má 62 respondentů (43,06 %) o tyto informace zájem. Naproti tomu 13 respondentů (9,03 %) o tyto informace zájem nemá. Tato uvedená data demonstrují tabulka č. 35 a grafy č. 37 a č. 38. V grafu č. 38 je prezentován zájem či nezájem respondentů v oblasti získání informací o možnostech komunikace s pacienty se zajištěnými dýchacími cestami od respondentů, kteří nikdy nezískali žádné informace (75 respondentů, 100 %).

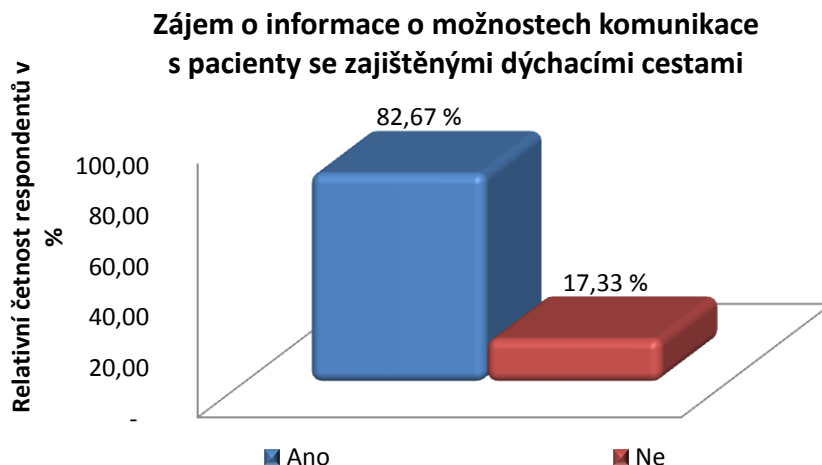
Tabulka 35: Získání informací o možnostech komunikace s pacienty se zajištěnými dýchacími cestami

Získání informací o možnostech komunikace	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Ano	69	47,92
Ne, ale měl/a bych zájem	62	43,06
Ne a nemám zájem	13	9,03
Celkem	144	100,00

Graf 36: Grafické zobrazení získání informací o možnostech komunikace s pacienty se zajištěnými dýchacími cestami



Graf 37: Grafické znázornění zájmu o informace o možnostech komunikace s pacienty se zajištěnými dýchacími cestami



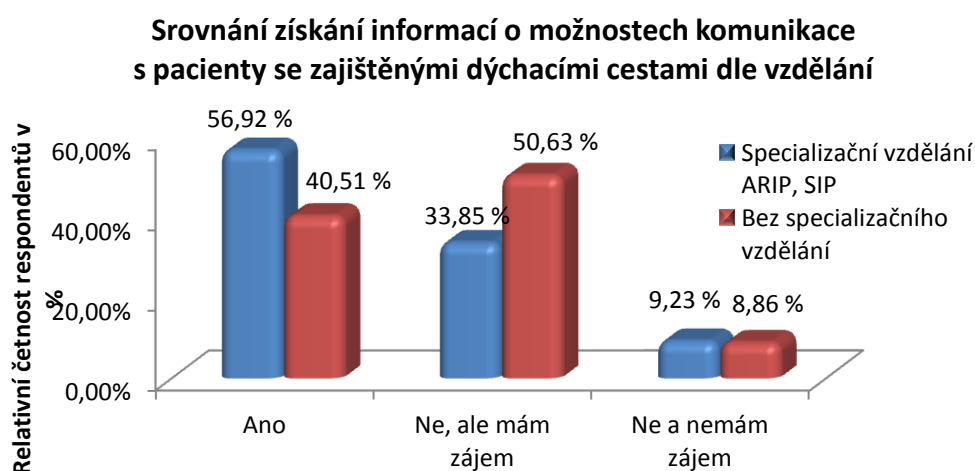
V případě, že respondenti odpověděli, že informace o komunikaci s pacienty se zajištěnými dýchacími cestami již získali, byli dále instruováni, aby uvedli, kde tyto informace získali. I přes tyto instrukce o uvedení bližších informací 12 respondentů nevedlo žádnou odpověď. Celkově bylo tedy od 57 respondentů získáno 75 odpovědí (100 %). Jak vyplývá z výsledků, nejvíce respondentů bylo informováno o této problematice během studia (33 respondentů, 44,00 %).

Tabulka 36: Situace, při kterých respondenti získali informace o možnostech komunikace

Získání informací o možnostech komunikace	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Při studiu	33	44,00
Na pracovišti	18	24,00
Na semináři o Bazální stimulaci	10	13,33
Na semináři o komunikaci	7	9,33
Na stážích při studiu	4	5,33
Z odborné literatury	2	2,67
Od logopeda - konzultanta	1	1,33
Celkový počet odpovědí	75	100,00

Srovnáním 65 respondentů se specializačním vzděláním ARIP či SIP (100,00 %) se souborem 79 respondentů (100,00 %) bez tohoto vzdělání bylo zjištěno, že respondenti se specializací ARIP či SIP (37 respondentů, 59,92 %) získali častěji informace o možnostech komunikace s pacienty se zajištěnými dýchacími cestami oproti respondentům bez těchto specializací (32 respondentů, 40,51 %).

Graf 38: Srovnání informovanosti o možnostech komunikace s pacienty se zajištěnými dýchacími cestami dle specializačního vzdělání ARIP, SIP



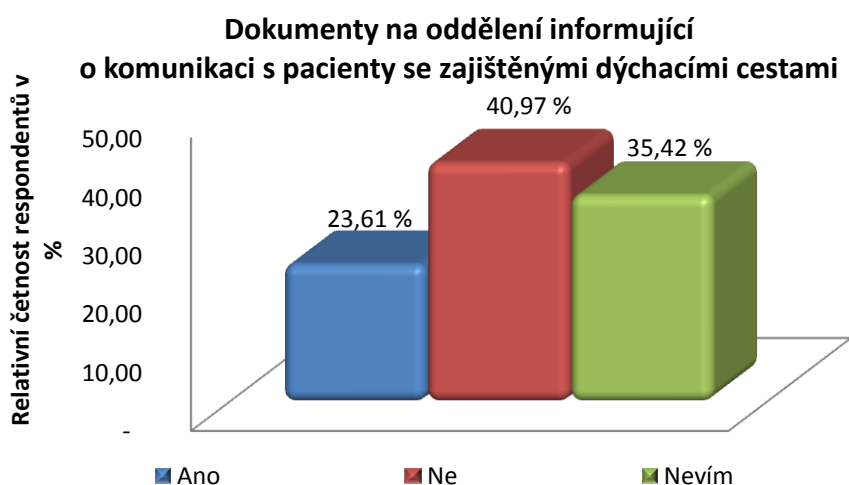
OTÁZKA 27: MÁTE NA VAŠEM ODDĚLENÍ INFOMAČNÍ BROŽURU, METODICKÝ POKYN ČI JINÉ DOKUMENTY TÝKAJÍCÍ SE KOMUNIKACE S PACIENTEM SE ZAJIŠTĚNÝMI DÝCHACÍMI CESTAMI?

Na otázku zjišťující dostupnost dokumentů týkajících se komunikace s pacienty se zajištěnými dýchacími cestami nejvíce respondentů odpovědělo, že tyto dokumenty k dispozici nemají (59 respondentů, 40,97%). V 51 případech (35,42 %) respondenti na tuto otázku nevědí odpověď. Pouze 34 respondentů (23,61 %) si je vědomo, že tyto dokumenty na svých odděleních k dispozici mají.

Tabulka 37: Dostupnost dokumentů na resuscitačních odděleních týkající se komunikace s pacienty se zajištěnými dýchacími cestami

Dokumenty na oddělení o komunikaci	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Ano	34	23,61
Ne	59	40,97
Nevím	51	35,42
Celkem	144	100,00

Graf 39: Grafické znázornění dostupnosti dokumentů na resuscitačních odděleních týkající se komunikace s pacienty se zajištěnými dýchacími cestami



Pokud respondenti odpověděli, že dokumenty o komunikaci s pacienty se zajištěnými dýchacími cestami na svých odděleních mají, byli dále instruováni o uvedení konkrétních dokumentů. Nejčastěji, ve 12 případech (35,29 %), se jedná o metodický pokyn, v 7 případech (20,59 %) o brožuru o komunikaci a v 5 případech o brožuru o Bazální stimulaci. Shodně byl 5krát (14,71 %) uveden taktéž standart. Celkový přehled odpovědí prezentuje následující tabulka.

Tabulka 38: Druhy dokumentů na resuscitačních odděleních týkající se komunikace s pacienty se zajištěnými dýchacími cestami

Druh dokumentu	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Metodický pokyn	12	35,29
Brožura o komunikaci	7	20,59
Brožura o Bazální stimulaci	5	14,71
Standard	5	14,71
Informační leták na nástěnce	3	8,82
Intranet	2	5,88
Celkový počet odpovědí	34	100,00

OTÁZKA 28: MÁTE SVOJI „FINTU“ ČI RADU PRO OSTATNÍ ZDRAVOTNÍKY, KTERÁ VÁM ULEHČUJE KOMUNIKACI S PACIENTY SE ZAJIŠTĚNÝMI DÝCHACÍMI CESTAMI?

Poslední z otázek byla typem otevřené otázky, na kterou odpovědělo 63 respondentů (43,75 %), zatímco v ostatních 81 případech (56,25 %) nechali respondenti otázku nezodpovězenou. Z důvodu různorodosti odpovědí bylo zapotřebí jednotlivé odpovědi roztřídit a kategorizovat (viz tabulka č. 40). Vybrané autentické odpovědi zdravotních sester jsou uvedeny níže.

Tabulka 39: Uvedení rady či „finty“ ulehčující komunikaci s ventilovanými pacienty

Uvedení rady pro ulehčení komunikace s ventilovanými pacienty	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Odpověděli	63	43,75
Neodpověděli	81	56,25
Celkem	144	100,00

Tabulka 40: Rady od zdravotních sester, jak si ulehčit komunikaci s ventilovanými pacienty

Rady, jak si lze ulehčit komunikaci s ventilovanými pacienty	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Trpělivost	28	22,95
Individuální přístup	14	11,48
Dostatek času	11	9,02
Empatie	8	4,10
Úsměv	8	4,10
Opakovat sdělovanou informaci	5	6,56
Podpora a motivace pacienta ke komunikaci	5	6,56
Sledovat zpětnou vazbu	7	5,74
Informovat pacienta o všem co se bude dít	7	5,74
Mluvit klidným hlasem	5	4,10
Využívat více variant komunikace	4	3,28
Užívat jednoduché, krátké věty a neměnit slovosled	4	3,28
Získat si pacientovu důvěru	4	3,28
Nabízet ano/ne možnosti	4	3,28
Oční kontakt	3	2,46
Antidepresiva	2	1,64
Poučit pacienta jak správně artikulovat	1	0,82
Na pacienta by měl mluvit jeden člověk	1	0,82
Představit si, že místo pacienta jsem ve stejné situaci já, nebo můj blízký	1	0,82
Celkový počet odpovědí	122	100,00

Vybrané odpovědi zdravotních sester:

- trpělivost, trpělivost a trpělivost,
- trpělivost, ochota, empatie a především dostatek času,
- informovat pacienta o všem, co se bude dít
- vždy se jedná o individuální přístup k pacientovi
- každý pacient je jiný a komunikace u každého jiná, sestra si musí zvolit, která komunikace jednotlivci vyhovuje,
- trpělivost, empatie, oční kontakt, úsměv, dostatek času a nespěchat na pacienta, podpora a motivace pacienta,
- empatický přístup, udělat si čas a nespíchat, trpělivý přístup, snažit se motivovat, někdy stačí jen úsměv, být s pacientem v očním kontaktu,
- nemluvit celou dlouhou větou, ale říct jedno hlavní slovo, dále trpělivost,
- trpělivost, jednoduchost otázek, opakovat a ujistit se, zda pacient chápe a rozumí,
- na pacienta by měl mluvit jeden člověk (nestřídat se), užívat jednoduché, krátké věty a neměnit slovosled (opakovat),
- mluvit pomalu, klidně a sledovat zpětnou vazbu (pokud je), informovat o všech plánovaných pohybech – aby se pacient nebál, získat si důvěru pacienta,
- představit si, že místo pacienta jsem ve stejné situaci já sama, popřípadě někdo z blízkých.

3.7 Diskuze

Obecným cílem této předkládané práce bylo zmapovat problematiku komunikace sester s pacienty se zajištěnými dýchacími cestami na resuscitačních odděleních. Pro tento záměr bylo celkově získáno 144 dotazníků z celkového množství 200 rozdaných. Návratnost se tedy rovná 72,00 %. Všechny dotazované zdravotní sestry a bratři byli zaměstnaní na resuscitačních odděleních ve čtyřech různých pražských nemocnicích.

První otázkou začíná úsek otázek věnující se charakteristice zkoumaného vzorku. Na zkoumaných odděleních pracují s převahou respondenti ženského pohlaví (118 respondentů, 81,94 %) nad pohlavím mužským (26 respondentů, 18,06 %). Z výsledků je patrné, že povolání zdravotní sestry je stále dominantou žen, i přestože na pracovištích intenzivní medicíny je velký prostor také pro pohlaví mužské.

Nejpočetnější skupinu na základě věku tvořilo 78 respondentů ve věku 19–29 let (54,17 %) s 34 respondenty s věkovým rozpětím 30–39 let (31,94 %). Tím se opět potvrdil známý jev, že na pracovištích intenzivní medicíny pracují spíše sestry nižšího věku. Sester ve věku 40 a více se zúčastnilo pouze 20 (13,89 %). Domnívám se, že tento fakt může být způsoben psychickou a fyzickou náročností práce na resuscitačních odděleních. Tato práce vyžaduje reakční vlastnosti, neustálou vnímavost, preciznost, odolnost ke stresu, specifické znalosti a vzdělání. Proto pravděpodobně starší sestry touží po klidnější pracovní atmosféře.

Obecně nejpočetnější skupinou dotazovaných byli respondenti s vyšším odborným vzděláním (62 respondentů, 43,05 %). Respondenti se středoškolským vzděláním zaujímali 34,72 % (50 respondentů) a v nejmenším zastoupení se šetření účastnilo 32 sester s vysokoškolským vzděláním (22,23 %). Vzhledem k neustále se zvyšujícím nárokům na vzdělávání zdravotních sester lze předpokládat stoupající tendenci vzdělávání ve prospěch vysokých škol. Celkově 45,14 % respondentů získalo specializační vzdělání ARIP či SIP, přičemž 54,86 % respondentů tuto specializaci nemá. Toto specializační vzdělání mají nejčastěji vystudované sestry se středoškolským vzděláním (32 respondentů, 21,53 %). Ve výzkumném souboru je 13 zdravotnických záchranářů, kteří mají také vystudováno specializační vzdělání ARIP. Tito zdravotničtí záchranáři ovšem museli již před studiem ARIP vystudovat všeobecnou sestru, jelikož specializační vzdělání ARIP je určeno pouze pro všeobecné sestry. Muži absolvovali nejčastěji obor Diplomovaný zdravotnický záchranář na vyšší odborné škole (8 respondentů) oproti ženám, které mají nejčastěji vystudovanou střední zdravotnickou školu se specializačním vzděláním ARIP nebo SIP (30 respondentů).

Co se týče délky praxe respondentů na resuscitačních odděleních, nejpočetnější zastoupení mají sestry zaměstnané 1–5 let (33,33 %) se sestrami pracujícími 5–10 let (28,47 %) a 10 a více let (25,00 %). Nejmenší zastoupení mají sestry s praxí méně než rok (13,19 %). Na základě těchto výsledků lze tedy předpokládat, že většina sester má několikaleté zkušenosti s péčí o pacienty se zajištěnými dýchacími cestami.

Následující otázkou č. 5 byli respondenti dotazováni, zda jsou spokojeni se svým povoláním. Téměř většina dotazovaných je spíše spokojená (65 respondentů, 45,14 %) a spokojená (62 respondentů, 43,06 %). V 10 případech (6,4 %) respondenti uvedli spíše nespokojenost, přičemž spíše nespokojené jsou pouze ženy a 90 % z nich se nachází ve věkové kategorii 19–29 let. Příčin spíše nespokojenosti může být hned několik. Hlavní příčinou může být syndrom vyhoření, který se také často popisuje u mladých zdravotních sester a bratrů začínajících pracovat na resuscitačních odděleních, kteří postupně ztrácejí veškeré ideály, se kterými do zaměstnání nastoupili. Případně se může jednat o nenaplnění představ o pozici zdravotní sestry a bratra na resuscitačních odděleních. Taktéž ženské pohlaví je více negativně vnímavější k zátěžovým situacím. Tato otázka byla do dotazníku zařazena se záměrem prokázání vlivu spokojenosti v zaměstnání na komunikační dovednosti. Tato domněnka se ovšem nepotvrdila. I přesto, když sestry byly se svým vykonávaným povoláním spokojeny, vyskytoval se u nich pasivní postoj ke komunikaci s ventilovanými pacienty a naopak.

Otázkou, zjišťující důležitost komunikace s pacienty se zajištěnými dýchacími cestami, pokračuje série otázek věnující se již problematice komunikace s pacienty se zajištěnými dýchacími cestami. Je mile překvapující a potěšující, že komunikaci s těmito pacienty považuje za důležitou 100 % respondentů. V roce 2008 bylo uskutečněno výzkumné šetření na resuscitačních odděleních v Oblastních nemocnicích Kolín, a. s. a Mladá Boleslav, a. s., a bylo zjištěno, že 21,00 % zdravotních sester nepovažuje komunikaci s těmito pacienty za důležitou. V porovnání s tímto výzkumným šetřením v roce 2008 došlo k výraznému zlepšení situace. Autorka tohoto prováděného výzkumu, Stanislava Elisek, dále popisuje, že sestry považující tuto komunikaci za nedůležitou jsou sestry na všech úrovních vzdělání a tento stav si pravděpodobně vysvětluje chybným obsahem vzdělávání. Jaké důvody tedy vedly k výraznému zlepšení této situace, že všechny sestry považují komunikaci za důležitou součást péče o ventilovaného pacienta? Je to pouze zlepšením informovanosti o této problematice, upravením systému vzdělávání či se jedná jen o zlepšení přístupu zdravotníků? Sama si tuto situaci vysvětlují také tím, že stoupla osvěta informací o vnímajících pacientech v bezvědomí a nárůstem počtu vysokoškolsky vzdělaných sester. V potaz je nutné brát také zřetel na velikost a možnosti resuscitačních oddělení, ve kterých bylo šetření prováděno.

Předmětem další otázky byla preference péče o pacienta se zajištěnými dýchacími cestami v bezvědomí než o pacienta při vědomí. Celkově 89 respondentů (61,81 %) preferuje péči o tyto pacienty v bezvědomí či analgosedaci. V 51 případech (35,42 %) je to respondentům jedno a pouze 4 respondenti (2,78 %) péči o pacienty v bezvědomí či analgosedaci nepreferují. Upřednostňování péče o pacienty s poruchou vědomí si vysvětlují především tím, že pacienti v bezvědomí či navozeném farmakologickém útlumu nevyžadují od sester mnoho pozornosti týkající se komunikace, pacienti nemluví a nic po sestře nepotřebují na rozdíl od pacientů při vědomí. To však neznamená, že sestřám odpadá nutnost komunikace s pacienty v bezvědomí či analgosedaci. Řada sester si právě tento obor intenzivní medicíny vybrala, aby mohly především pečovat o tyto pacienty v těžkém, kritickém stavu, v bezvědomí či farmakologickém útlumu. Z výzkumného souboru také vyplývá, že muži s mírnou převahou (69,23 %) upřednostňují péči o pacienty v bezvědomí či analgosedaci více než ženy (60,17 %).

Další otázkou začíná série otázek týkající se komunikace s pacienty se zajištěnými dýchacími cestami při vědomí. V otázkách č. 8 a 9 bylo zjišťováno, zda je pro respondenty problematické se dorozumět s intubovanými a tracheostomovanými pacienty. Dorozumět se s pacienty, kteří mají zajištěné dýchací cesty pomocí endotracheální rourky a jsou napojeni na umělou plicní ventilaci je obtížné vždy nebo někdy pro 124 respondentů (86,11 %). Pouze 20 respondentů (13,89 %) uvedlo opak. Ve srovnání s respondenty, kteří mají specializační vzdělání ARIP nebo SIP a uvedli možnosti „vždy“ a „někdy“ (81,54 %), je komunikace s těmito pacienty mírně obtížnější pro sestry bez tohoto vzdělání (89,87 %). V případě dorozumění se s tracheostomovanými pacienty při vědomí 110 respondentů (76,38 %) udává obtížnost dorozumění vždy anebo někdy. Naproti tomu pro 34 respondentů (23,61 %) není obtížné s těmito pacienty se dorozumět. Porovnáním respondentů dle vzdělání ARIP nebo SIP vyplývá, že pro zdravotní sestry bez těchto specializací (87,34 %) je komunikace s tracheostomovaným pacientem při vědomí obtížnější než pro sestry, které tuto specializaci mají (63,08 %).

Analýzou dat dvou výše zmíněných otázek vyplývá, že komunikace je obtížnější pro sestry s intubovanými pacienty při vědomí (86,11 %) než s pacienty tracheostomovanými (76,38 %) a také, že komunikace s pacienty se zajištěnými dýchacími cestami při vědomí je obtížnější pro sestry bez specializačního vzdělání ARIP, SIP. Předpokládám, že obtížnější komunikace s intubovanými pacienty může být zapříčiněna obtížnější artikulací u odezírání ze rtů z důvodu zavedené orotracheální rourky. Dále z výsledků vyplývá, že s rostoucí délkou praxe ustupuje obtížnost komunikace s intubovanými a tracheostomovanými pacienty při vědomí. Taktéž bylo zpozorováno, že s rostoucí délkou praxe se sestry více rozdělují do skupin, které mají obtíže při komunikaci vždy či vůbec a tím se snížil počet sester udávajících možnost „někdy“.

V roce 2009 proběhlo výzkumné šetření zabývající se komunikačními dovednostmi sester pracujících na ARO/JIP a ze zjištěných výsledků vyplývá, že komunikace s pacienty se zajištěnými dýchacími cestami byla problematická pouze pro 25,6 % sester (Schánilcová, p. 66). Aby bylo možné výsledky s touto prací porovnat, byly zprůměrovány odpovědi o obtížnosti komunikace s pacienty intubovanými a tracheostomovanými. Z výsledků je patrné, že komunikace s pacienty se zajištěným dýchacími cestami je celkově obtížná pro 81,25 % respondentů. Z jakých důvodů jsou výsledky těchto studií tak odlišné? O možných příčinách je pravděpodobně možné se pouze dohadovat. Studie v roce 2009 probíhala také na odděleních JIP, nikoliv pouze na resuscitačních odděleních, jako v mém případě. Výzkum byl realizován také ve čtyřech nemocnicích, přičemž ve dvou totožných, jako v této studii (dále ve Fakultní nemocnici Olomouc a v Institutu klinické a experimentální medicíny v Praze). Celkový počet dotazníků činil v případě starší studie 125 oproti 144 v současné studii. Bohužel si sama nedovedu vysvětlit, z jaké příčiny se komunikace s těmito pacienty během pěti let stala pro sestry o tolik komplikovanější? Je možné, že pro sestry pracující na JIP komunikace s pacienty se zajištěnými dýchacími cestami není obtížná? Mají sestry na JIP např. více času na komunikaci? Nebo je to spíše zapříčiněné odlišnou závažností zdravotních stavů pacientů na JIP? Je pravdou, že sestry v této studii v otázce č. 24 uvedly, že komunikaci nejvíce negativně ovlivňuje osobnost a psychický stav pacienta. V tomto případě, by bylo vhodné provést aktuální komparační studii věnující se komunikačním dovednostem sester s pacienty se zajištěnými dýchacími cestami na pracovištích ARO/JIP.

Téměř většina dotazovaných (124 respondentů, 86,11 %) komunikuje s ventilovanými pacienty verbálně, sleduje neverbální projevy a umožňuje těmto pacientům využití komunikačních pomůcek. Ovšem ve 20 případech (13,89 %) respondenti neumožňují využití komunikačních pomůcek. Jak vyplývá dále z otázky č. 22, komunikační pomůcky na svých odděleních nemají 3 respondenti a shodně také 3 respondenti nevědí, zda komunikační pomůcky na odděleních k dispozici mají. Ve zbylých 14 případech se může např. jednat o zkušené sestry, které si při komunikaci vystačí s technikou odezíráním ze rtů či ano/ne signály.

Otázky č. 11 a 12 zjišťovaly nejčastější metody komunikace užívané u pacientů se zajištěnými dýchacími cestami při vědomí. Téměř většina z dotazovaných sester užívá při komunikaci s těmito pacienty techniku odezírání ze rtů (136 respondentů, 18,81 %), abecední tabulku (134 respondentů, 18,53 %) a přikyvování hlavou (125 respondentů, 19,29 %). Nadpoloviční většina komunikuje pomocí písma (118 respondentů, 16,32 %) a očních pohybů či mrkání (104 respondentů, 14,38 %). V 81 případech (11,20 %) využívají respondenti ke komunikaci pohyby prstů a stisknutí ruky. Je zajímavé, že pouze 16 respondentů (2,21 %) uvedlo využívání komunikačních karet. Předpokládám, že tento stav

je zapříčiněn především nízkou dostupností komunikačních obrázkových karet a tabulek s obrázky na resuscitačních odděleních. Pouze 20,32 % respondentů má tyto pomůcky na odděleních k dispozici. V potaz je nutné brát také časovou náročnost této techniky a problematiku srozumitelnosti grafické podobě karet. Vhodným řešením jsou komunikační karty doplněné textem. Porovnáním užívání komunikačních technik dle pohlaví bylo dále zjištěno, že muži na rozdíl od žen častěji komunikují prostřednictvím ano/ne signálů. Sestry ke komunikaci s pacienty se zajištěnými dýchacími cestami při vědomí průměrně využívají a kombinují 5 způsobů komunikačních technik. Tato informace svědčí o možnosti volby z nejrůznějších komunikačních technik.

Zajímavý a přínosný je především pohled pacientů na tyto metody komunikace. Autorka Ledererová (2013, p. 84), která se zaměřuje na pohled ventilovaného pacienta na komunikaci, ve své studii uvádí, že alternativní metody komunikace pacientům sice nabízené pacientům jsou, ale ne vždy ve správný čas a ne vždy vhodnou technikou. Všichni dotazovaní pacienti dále uváděli, že se snažili dorozumět pomocí gestikulace rukou. Komunikaci prostřednictvím písemného projevu a tabulek s abecedou hodnotí jako obtížnou a zdlouhavou a také při těchto metodách nemohli zcela dobře vyjádřit své potřeby tak, aby byly správně pochopeny.

V *American Journal of Critical Care* byla v roce 2011 publikována studie věnující se komunikačním obtížnostem u pacientů na umělé plicní ventilaci, která proběhla v Izraeli v letech 2008–2009 na jednotkách intenzivní péče. Celkově se výzkumu zúčastnilo 65 kriticky nemocných pacientů, kteří byli nejméně 24 hodin intubováni. Tito pacienti nejčastěji komunikovali pomocí stisknutí rukou a to v 92 %. Přikyvování hlavou bylo užito u 86 % pacientů, odezírání ze rtů u 83 % a taktéž 83 % pacientů komunikovalo prostřednictvím výrazů v obličeji. Pomocí psaného projevu se dorozumívalo 57 % pacientů, slovních a obrázkových tabulek 17 % a tabulky s abecedou mělo možnost vyzkoušet pouze 6 % respondentů. Ve výzkumném zahraničním vzorku na rozdíl od tohoto předkládaného výzkumu převládá komunikace pomocí ano/ne signálů. Odezírání ze rtů je až na 3. místě (Khalaila et al., pp. 1,5). Velmi překvapivé je, že pouze 6 % respondentů komunikovalo prostřednictvím abecední tabulky. V další zahraniční studii prováděné ve Spojených státech amerických v roce 2004 bylo naopak zjištěno, že na jednotkách intenzivní péče jsou nejčastěji ke komunikaci s ventilovanými pacienty využívány pohyby hlavou, artiklace, gestikulace a psané slovo (seřazeno od nejpoužívanější metody). Kdežto abecední tabulka nebyla použita ani v jednom případě (Happ, Tuite, Dobbin, DiVirgilio-Thomas & Kitutu, 2004). To jsou naprosto odlišné výsledky od prováděných studií v České republice. Autorka Elisek (2008) na základě své studie uvádí techniky odezírání ze rtů, tabulky s písmenky a písmo jako nejčastěji užívané komunikační metody. Naopak Autorka Schánilcová (2009) udává techniky odezírání ze rtů,

psaní na papír a abecední tabulky za nejužívanější. S těmito dostupnými informacemi si troufám tvrdit, že volba komunikační metody záleží nejen na pacientových možnostech a zdravotním stavu, ale taktéž na zvyku pracoviště a na státu.

Kdybych měla možnost zpracovat výzkumné šetření na totožné téma znovu, jistě bych udělala změny v otázce týkající se na nejčastěji užívané komunikační techniky u pacientů se zajištěnými dýchacími cestami při vědomí. Tuto otázku bych rozdělila do dvou okruhů, a to na nejužívanější techniky u intubovaných a tracheostomovaných pacientů. Domnívám se, že by výsledky byly odlišné, především z důvodu obtížnější artikulace u pacientů s endotracheální rourkou při metodě odezírání ze rtů.

V otázce č. 13 byly zjišťovány reakce zdravotních sester a bratrů na situace, když pacientům se zajištěnými dýchacími cestami nerozumí, co chtějí vyjádřit. Nejpočetnější skupina dotazovaných zkouší jiné techniky komunikace (97 respondentů, 67,36 %) a 34 respondentů (23,61 %) raději přivolá na pomoc svého kolegu. Stejnou komunikační techniku opakovaně zkouší 10 sester (6,94 %) a 3 sestry (2,08 %) rovnou komunikaci ukončí. Jak uvádí ve své studii autorka Ledererová, pacienti nevidí jako chybu, když sestra přizná, že nerozumí a přivolá si na pomoc svého kolegu. Pacienti upřednostňují vyřešení svého problému jakýmkoliv způsobem (2013, p. 80). Vhodným řešením při nedorozumění se s pacientem je kombinace různých komunikačních technik, nikoliv zkoušet se dorozumět pouze stejnou technikou, která se již předtím neosvědčila. Každý pacient je individuální a potřebuje nalézt svůj nejhodnější komunikační náhradní systém. Naprosto nepřipustné je při nedorozumění rovnou komunikaci ukončit. Souhlasný názor má také autorka Ledererová, která u pacientů popisuje strach, úzkost a nejistotu při absenci a ukončení komunikace ze strany sester (2013, p. 80). Ukončení komunikace při nedorozumění může taktéž vést u pacienta ke hněvu, zlosti až agresi.

Otázkou č. 14 začínají otázky zabývající se problematikou komunikace s pacienty se zajištěnými dýchacími cestami s poruchou vědomí. První otázkou bylo zjišťováno, které metody komunikace sestry nejčastěji užívají u pacientů v bezvědomí či analgosedaci. Tato otázka byla otevřenou formou. Otevřenou formu jsem zvolila zcela záměrně, abych zjistila, zda si jsou dotazovaní vůbec vědomi, jakými způsoby a technikami s pacienty s poruchou vědomí komunikují. Otázku však zodpovědělo pouze 115 respondentů. Je paradoxní, že ze 115 dotazovaných uvedlo pouze 80,86 % respondentů verbální komunikaci, přičemž v otázce č. 17 uvedlo ze 144 dotazovaných v 94,44 % komunikaci prostřednictvím mluveného slova u pacientů s poruchou vědomí. Stejně tak je tomu v případě Bazální stimulace. U této otázky uvedlo užívání konceptu Bazální stimulace pouze 66,09 % respondentů, zatímco dle otázky č. 19 využívá ze 144 respondentů 88,19 % z nich na svých odděleních Bazální stimulaci. Domnívám se, že to může být např.

způsobené tím, že si část sester není vůbec vědoma toho, že koncept Bazální stimulace slouží především ke komunikaci s pacientem. Zarážejícím je také fakt, že 3 respondenti (2,61 %) uvedli, že s takovými pacienty nekomunikují. Možná se v těchto případech jedná o přežitky domněnky, že s farmakologicky tlumenými pacienty odpadá nutnost komunikace, která byla uvedena v časopise *Sestra* roku 2000 (Ledererová, 2013, p. 80). Nebo se tyto sestry mohou domnívat, že pacienti s poruchou vědomí nejsou schopni vnímat, a proto komunikaci hodnotí za zbytečnou. Příčin chování těchto sester může být hned několik.

Nonverbální reakce pacientů na zvolenou techniku komunikace sleduje z celkového počtu 115 respondentů pouze 25,21 % sester a ještě méně sester (10,43 %) sleduje vegetativní reakce pacientů jako odpověď na zvolenou komunikaci. Ve 3,47 % se zdravotní sestry domnívají, že pacienti v bezvědomí či hluboké analgosedaci vůbec nekomunikují. Dále vyplývá, že zdravotní sestry se specializací ARIP či SIP (23 respondentů, 21,32 %) čteněji sledují reakce pacientů na zvolenou komunikaci oproti sestrám bez tohoto vzdělání (12 respondentů, 10,26 %). Dle mého názoru je zapotřebí výrazného zlepšení systému vzdělávání v oblasti komunikace s pacienty s poruchou vědomí. Považuji za velmi důležité a opodstatněné sledovat zpětnou odpověď pacienta s poruchou vědomí na zvolené komunikační techniky. Je zapotřebí brát v potaz, že se jednalo o otevřenou otázku a respondenty nemuseli v danou chvíli napadnout všechny prováděné techniky. Předpokládám, že kdyby byla tato otázka uzavřená, výsledky by byly jistě odlišné. I přes tento fakt, jsou závěry této otázky o to cennější, protože jsem získala informace, které respondenty automaticky napadly. Tím mohu považovat uvedené techniky za často prováděné.

Následující otázka zjišťovala obtížnost komunikace s pacientem v bezvědomí či analgosedaci. Jak vyplývá z výsledků, pro nadpoloviční většinu sester (85 respondentů, 59,03 %) tato komunikace obtížná není. Při podrobnější analýze výsledků bylo zjištěno, že pro sestry se specializací ARIP, SIP (44,62 %) je mírně obtížnější komunikovat s pacientem v bezvědomí či analgosedaci než pro sestry bez těchto specializací (37,97 %). Je zajímavé, že při zkoumání vlivu délky praxe na obtížnost této komunikace vyšlo najevo, že pro sestry s delší praxí je obtížnější komunikovat s pacienty s poruchou vědomí než pro sestry s kratší praxí. Čím může být zapříčiněné, že pro sestry se specializací a delší praxí je komunikace obtížnější? Myslím, že o možných důvodech se lze jen dohadovat. Nabízí se např. možnost, že dříve nebyla taková osvěta o nutnosti komunikace s pacientem s poruchou vědomí a tyto sestry s delší praxí nejsou zvyklé automaticky na tyto pacienty hovořit. Také to může být tím, že s rostoucí délkou praxe sestry nemusí pracovat v určitých oblastech tak zodpovědně, jako když začínaly pracovat. Taktéž syndrom vyhoření není žádnou novinkou u déle zaměstnaných sester na resuscitačních odděleních.

Při porovnání výsledků se studií z roku 2009 od autorky Schánilcové se opět vyskytuje rozdílnost zjištěných dat. Autorka udává, že komunikace s pacienty s poruchou vědomí je problematická pouze pro 15,2 % sester (p. 74). V této studii také byla zjištěna obtížnost komunikace pro 40,97 % sester. Možné příčiny odlišnosti výsledků jsou uvedeny již u vyhodnocení otázek č. 8 a 9.

Nejčastější příčinou obtížnosti komunikace s pacientem v bezvědomí či analgosedaci je komunikace bez zpětné vazby (42 respondentů, 71,19 %). V 10 případech (16,95 %) respondenti nevědí, jak s těmito pacienty mohou komunikovat a 7 respondentům (11,86 %) přijde zbytečné s těmito pacienty komunikovat. Je paradoxem, že 100,00 % respondentů uvedlo na úvodu dotazníku, že považují komunikaci s pacienty se zajištěnými dýchacími cestami za důležitou a poté 7 respondentů uvedlo, že považují komunikaci s pacienty s poruchou vědomí za zbytečnou. Předpokládám, že těchto 7 respondentů se domnívá, že pacienti s poruchou vědomí nejsou schopni vnímat, protože v otázce č. 18 uvedlo 12 respondentů, že tito pacienti nevnímají.

V otázce zjišťující informování pacientů se zajištěnými dýchacími cestami v bezvědomí či analgosedaci o všech prováděných výkonech bylo zjištěno, že pacienty informuje vždy 64,58 % sester, někdy 29,86 % a 8 sester (5,56 %) neinformuje své pacienty o prováděných výkonech nikdy. Je zajímavé, že možnost „nikdy“ uvedly pouze ženy. Dále vyplývá, že sestry se specializací ARIP, SIP nejčastěji informují pacienty v bezvědomí anebo v analgosedaci o všech prováděných výkonech (75,38 %). Považuji za velmi důležité pacienty s poruchou vědomí oslovovat a seznamovat je se všemi prováděnými výkony a pohyby. Je zapotřebí, aby se sestry chovaly k těmto pacientům jako k ostatním pacientům při vědomí. Jsem mile překvapena, že celkově 94,44 % sester informuje své pacienty o všech prováděných výkonech. Dle mých zkušeností jsem očekávala větší počet respondentů uvádějících možnosti „někdy“ a „nikdy“. Domnívám se, že skutečný počet sester informující své pacienty s poruchou vědomí především někdy a také nikdy je mnohem vyšší.

Další otázkou byli respondenti dotázáni na názor k problematice vnímání pacientů v bezvědomí. Nejpočetnější skupina respondentů se domnívá, že tito pacienti vnímají (62,50 %). V dalších 29,17 % respondenti odpověď na tuto otázku nevědí a zbylých 8,33 % respondentů udává neschopnost vnímání. Mínění, že pacienti v bezvědomí nejsou schopni vnímat, mají nejčastěji respondenti se středoškolským vzděláním a taktéž respondenti bez specializačního vzdělání ARIP, SIP. Na základě těchto informací se mohou domnívat, že vzdělání má vliv na informovanost o poznacích týkajících se vnímání pacientů v bezvědomí. Řada vědeckých studií se zabývá otázkou, zda jsou pacienti v bezvědomí schopni vnímat. Dle konceptu Bazální stimulace jsou pacienti v bezvědomí

schopni vnímat a lze u nich vyvolat, ač nepatrné, reakce na námi zvolenou komunikaci. Dle obecně známých informací jsou pacienti, kteří si z doby, kdy byli v bezvědomí, nepamatují nic. Naopak jiní pacienti si vybavují pouze libé či nelibé zážitky. Také jsou ovšem pacienti, kteří si z doby bezvědomí pamatují vše. Nejen proto je velmi podstatné, aby všichni přistupovali k pacientům v bezvědomí jako k pacientům vnímajícím.

V otázce č. 19 jsem zkoumala, zda sestry využívají při péči o pacienty se zajištěnými dýchacími cestami koncept Bazální stimulace. Téměř většina sester (88,19 %) při péči o ventilované pacienty užívá koncept Bazální stimulace. Při porovnání zdravotnických zařízení vyplývá, že 12 respondentů z Nemocnice D, 3 respondenti z Nemocnice B a 2 respondenti z Nemocnice A koncept Bazální stimulace neuplatňují. Je k zamyšlení, z jakého důvodu tito zaměstnanci uvedli protikladnou odpověď ve srovnání s jejich kolegy, obzvláště v případě Nemocnice D, kde výzkumné šetření probíhalo pouze na jednom resuscitačním oddělení, přičemž 52,00 % respondentů uvedlo užívání konceptu a 48 % respondentů užívání konceptu vyvrátilo. Je možné, že na zmiňovaném pracovišti nejsou jasně dané instrukce o aplikaci konceptu Bazální stimulace a integrace konceptu do ošetrovatelské péče není natolik úspěšná. Bylo by vhodné, aby koncept Bazální stimulace integrovalo do základní ošetrovatelské péče i zbylých 11,81 % sester. Koncept nevyžaduje pro pracoviště téměř žádné finanční náklady, péče není náročná. Klade ovšem nároky na erudovaný personál a spolupráci celého týmu.

Další otázka se zabývá názorem sester, za jak obtížnou považují komunikaci pro pacienty na UPV. Mírně převažující nadpoloviční většina sester se domnívá, že komunikace pro ventilované pacienty je hodně až maximálně obtížná (54,86 %), zatímco 45,14 % sester hodnotí obtížnost komunikace jako vůbec až středně obtížnou. Při srovnání s názorem pacientů na tuto otázku dle prováděné studie v Izraeli bylo zjištěno odlišné hodnocení této problematiky. Pacienti považují komunikaci při zajištěných dýchacích cestách za maximálně a hodně obtížnou (82 %), přičemž pouze 18 % pacientů uvádí žádné až mírné komunikační obtížnosti. Na rozdíl od dotazovaných respondentů, kteří zvolili možnost maximálně v 8,33 %, pacienti tyto zkušenosti hodnotí za maximálně obtížné v 43,54 % (Khalaila et al., pp. 1, 5). Jak vyplývá z porovnání, dotazovaní si nejsou ve všech případech vědomi závažnosti obtížné komunikace pro pacienty se zajištěnými cestami. Ovšem je nutné brát také v potaz, že srovnávám výsledky z odlišných zemí, kde úroveň komunikace může a nemusí být odlišná. Autorka Ledererová dále dodává dle výsledků své studie, že pacienti hodnotí komunikaci za obtížnou z důvodu nemožnosti utvoření krátké a výstižné věty, která by vystihovala jejich aktuální potřeby (2013, p. 79).

Celkově 52,78 % zdravotních sester se domnívá, že pacient se zajištěnými dýchacími cestami prožívá při neporozumění během komunikace bezmoc. Naproti tomu

32,64 % sester uvádí vztek a 11,81 % smutek. Ve 4 případech (2,78 %) sestry uvádí, že komunikační nepochopení pacientům nevádí. V porovnání s výsledky autorky Ledererové, která naopak zkoumá pohled pacientů na totožnou otázku, bylo zjištěno, že 90 % pacientů prožívá při nedorozumění bezmoc a 10 % vztek. Naopak žádný z pacientů nepociťoval smutek či jim nedorozumění nevádílo (2013, p. 46). Odpovědi sester a zkušenosti pacientů nejsou přímo totožné, ale přesto se obě strany nejpočetněji shodly na pocitu bezmoci.

Na svých pracovištích má 95,83 % dotazovaných dostupné komunikační pomůcky k usnadnění komunikace s ventilovanými pacienty. Nejrozšířenější pomůckou je abecední tabulka (130 respondentů). Překvapivý je nízký počet respondentů, kteří mají dle uvedených odpovědí k dispozici desky s papírem a tužkou (55 respondentů) a komunikační obrázkové karty (40 respondentů). Jelikož komunikaci pomocí písma lze provést kdekoliv, domnívám se, že respondenti spíše zapomněli tuto variantu uvést či ji nepovažovali za komunikační pomůcku.

Porovnáním jednotlivých zdravotnických zařízení vyplývá, že dostupnost pomůcek ve zkoumaných zařízeních je velmi různorodá. Největší rozmanitost a dostupnost komunikačních pomůcek má Nemocnice A, kde sestry mají k dispozici abecední tabulku, desky s papírem a tužkou, komunikační obrázkové karty, tabulku s obrázky, tabulku s předepsanými větami, komunikační fotografie a pomůcky určené k Bazální stimulaci. V Nemocnici C např. naprosto chybí k ulehčení komunikace mezi sestrou a pacientem komunikační obrázkové karty. Bylo by vhodné, aby si i ostatní zdravotnická zařízení obstarala a zavedla do provozu komunikační pomůcky jako ve výše zmiňované nemocnici a tím umožnila svým zaměstnancům větší možnost výběru komunikační techniky.

Otázkou č. 23 byli respondenti dotazováni, zda mají zkušenosti se speciálními komunikačními pomůckami pro pacienty se zajištěnými dýchacími cestami. Pouze ve 22 případech (15,28 %) se respondenti během své praxe setkali s těmito speciálními komunikačními pomůckami. Nejčastěji se jednalo o elektronickou psací destičku, tracheostomickou „mluvící“ kanylu, abecední tabulku v azbuce, komunikační karty pro cizince či např. tablet a mobilní telefon. Vzhledem k vysokým pořizovacím nákladům počítačové techniky není prozatím využití těchto pomůcek na resuscitačních odděleních téměř dostupné. Do budoucna vše závisí na přístupu managementu nemocnic, pojištění a samotných rodin pacientů.

V následující položce respondenti hodnotili, které z faktorů nejvíce omezují komunikaci s pacienty se zajištěnými dýchacími cestami. Dle respondentů je nejvíce omezující osobnost pacienta a jeho psychický stav. Druhou nejvíce omezující oblastí je znalost komunikačních technik a třetí pracovní vytížení s nedostatkem času. Nejmenší

míru omezení získala osobnost a nálada sestry. Kriticky nemocný pacient vyžaduje od sestry maximální péči 24 hodin denně. Sestra obstarává celou řadu činností a někdy se stará i o dva ventilované pacienty společně. Sestra komunikující v časové tísní, zvláště pokud nemá dostatek zkušeností a znalostí v oblasti komunikace s ventilovanými pacienty, není dle mého názoru schopna umožnit pacientovi dostatek prostoru k formulaci svých potřeb a přání.

V otázce č. 25 jsem se sester dotazovala na způsoby předávání informací o možnostech komunikace s ventilovanými pacienty. Nejčastěji si mezi sebou tyto informace zaměstnanci předávají ústně během předání služby (49,49 %). V 33,33 % jsou informace zapisovány do ošetrovatelské dokumentace a 12,63 % respondentů si předává informace ústně během ošetrovatelské vizity. Uvítala bych nárůst počtu pracovišť, kde se informace o zvolených komunikačních technikách zapisují do ošetrovatelské dokumentace, protože při ústním předání služby nemusí vždy zaznít informace týkající se komunikace.

Následující otázka zjišťovala informovanost respondentů. Informace o možnostech komunikace s pacienty se zajištěnými dýchacími cestami získalo 69 respondentů (47,92 %), zatímco 75 respondentů (52,09 %) nikoli. Nejčastěji byli zdravotní sestry a bratři o této problematice informováni během studia (33 respondentů) a na svých pracovištích (18 respondentů). Dále vyplývá, že respondenti se vzděláním ARIP či SIP získali častěji informace o možnostech komunikace s pacienty se zajištěnými dýchacími cestami oproti sestrám bez této specializace. Velikou výhradu mám ovšem k 13 zdravotníkům (9,03 %), které tyto informace nikdy nezískali a nemají o ně ani zájem. Považuji za nutné a potřebné, aby se zdravotní sestry a bratři na resuscitačních odděleních vzdělávali a obohacovali celý život.

Pouze 23,61 % respondentů si je vědomo, že na svých odděleních mají k dispozici informační brožury, metodický pokyn či jiné dokumenty týkající se komunikace s pacienty se zajištěnými dýchacími cestami. Nejčastěji se jednalo o metodické pokyny a brožury věnující se komunikaci či Bazální stimulaci.

Je nepřínosné, že navzdory obtížnosti komunikace s pacienty se zajištěnými dýchacími cestami více jak polovina respondentů (52,09 %) nikdy nezískala informace o možnostech komunikace s těmito pacienty. Nejen proto je výstupem tohoto šetření informační brožura o uceleném přehledu možných metod komunikace s pacienty se zajištěnými dýchacími cestami a taktéž doporučeními, jak s těmito pacienty vhodně a efektivně komunikovat. Věřím, že tato brožura pomůže se lépe zorientovat v této problematice jak nově do zaměstnání nastupujícím sestrám, tak prohloubí či obnoví vědomosti stávajícím zaměstnancům. Tato brožura je prezentována v příloze č. 15 a bude

také s výsledky práce poskytnuta pracovištím, ve kterých probíhalo výzkumné šetření. Dále, v následující kapitole, jsou také uvedena doporučení, jak komunikovat s pacienty se zajištěnými dýchacími cestami při vědomí, v bezvědomí a v analgosedaci.

Poslední otázkou bylo sestřám umožněno se vyjádřit k této problematické komunikaci a podělit se s ostatními se svými zkušenostmi. Některé z odpovědí byly již uvedeny v rámci jiných otázek a posloužily při vytváření doporučení o komunikaci. Nejvíce sester se shodlo, že trpělivost, individuální přístup a dostatek času jsou klíčem k úspěšné komunikaci. Avšak velmi důležitá je také empatie, podpora nemocného a v neposlední řadě samotný úsměv. Dále bych chtěla zdůraznit důležitost sledování zpětné reakce pacienta na námi zvolenou komunikaci. Za zmínku stojí také myšlenka sestry, které v komunikaci pomáhá představa, že místo pacienta je ve stejné situaci ona sama, případně někdo z jejich blízkých. Pro každou z nás, sester, jsou motivující nejrůznější podněty a je pouze na nás, jak je budeme ve své práci využívat.

3.7.1 Ověření stanovených hypotéz

Cíl č. 1: zjistit, zda sestřám činí problém dorozumět se s pacienty se zajištěnými dýchacími cestami, **byl splněn.**

H1: domnívám se, že komunikace je pro sestry snadnější s pacienty se zajištěnými dýchacími cestami v bezvědomí či hluboké analgosedaci než s pacienty při vědomí. Hypotéza H1 **se potvrdila.**

Odůvodnění H1: z výsledků je patrné, že komunikace s pacienty se zajištěným dýchacími cestami při vědomí je obtížná pro 81,25 % respondentů, zatímco komunikace s pacienty v bezvědomí či analgosedaci je obtížná pro 40,97 % respondentů.

H2: předpokládám, že s pacienty při vědomí se zavedenou endotracheální rourkou je komunikace obtížnější než s pacienty, kteří mají zajištěné dýchací cesty pomocí tracheostomické kanyly. Hypotéza H2 **se potvrdila.**

Odůvodnění H2: komunikace je pro sestry obtížnější s intubovanými pacienty při vědomí (86,11 %) než s pacienty tracheostomovanými (76,38 %).

Cíl č. 2: zjistit, jaké formy komunikace jsou nejčastěji užívané sestrami při péči o pacienty se zajištěnými dýchacími cestami při vědomí, **byl splněn.**

H3: předpokládám, že více jak 80 % sester komunikuje verbálně, sleduje neverbální projevy pacienta a umožňuje využití alternativních pomůcek. Hypotéza H3 **se potvrdila.**

Odůvodnění H3: více jak 2/3 respondentů (86,11 %) komunikuje s pacienty při vědomí se zajištěnými dýchacími cestami verbálně, sleduje neverbální projevy a umožňuje těmto pacientům využití komunikačních pomůcek.

H4: předpokládám, že nejvíce užívanou alternativní technikou komunikace je odezírání ze rtů. Hypotéza H4 **se potvrdila.**

Odůvodnění H4: téměř většina z dotazovaných sester (136 respondentů) užívá při komunikaci s pacienty se zajištěnými dýchacími cestami při vědomí techniku odezírání ze rtů, přičemž tuto techniku respondenti uvedli také jako nejčastěji užívanou.

Cíl č. 3: zjistit, které formy komunikace jsou sestrami nejčastěji užívané při péči o pacienty se zajištěnými dýchacími cestami v bezvědomí a v hluboké analgosedaci na odděleních resuscitační péče, **byl splněn.**

H5: domnívám se, že více jak polovina respondentů (51 a více %) uvede, že s pacientem v bezvědomí či analgosedaci komunikuje verbálně. Hypotéza H5 **se potvrdila.**

Odůvodnění H5: v otevřené otázce, zjišťující užívané formy komunikace s pacienty s poruchou vědomí uvedlo 80,86 % respondentů, že s těmito pacienty komunikují verbálně. Taktéž v otázce č. 17, zjišťující informování pacientů s poruchou vědomí

o prováděných výkonech bylo zjištěno, že 94,44 % respondentů informuje své pacienty prostřednictvím mluveného slova.

H6: předpokládám, že více než 75 % sester na resuscitačních odděleních komunikuje s pacientem se zajištěnými dýchacími cestami v bezvědomí a v hluboké analgosedaci prostřednictvím prvků konceptu Bazální stimulace. Hypotéza H6 se **částečně potvrdila**.

Odůvodnění H6: v otevřené otázce č. 14, zjišťující užívané formy komunikace s pacienty s poruchou vědomí uvedlo užívání konceptu Bazální stimulace pouze 66,09 % respondentů, kdežto dle otázky č. 19 využívá 88,19 % respondentů na svých resuscitačních odděleních koncept Bazální stimulace.

Cíl č. 4: *zmapovat srovnání názorů sester a pacientů na problematiku komunikace při zajištěných dýchacích cestách, **byl splněn**.*

H7: domnívám se, že hodnocení obtížnosti komunikace pro pacienty se zajištěnými dýchacími cestami bude u sester a pacientů odlišné. Hypotéza H7 **se potvrdila**.

Odůvodnění H7: mírně převažující nadpoloviční většina sester se domnívá, že komunikace pro ventilované pacienty je hodně až maximálně obtížná (54,86 %), zatímco 45,14 % sester hodnotí obtížnost komunikace jako vůbec ne, trochu a středně obtížnou. Pacienti, kteří mají zkušenosti s komunikací při zajištěných dýchacích cestách, považují komunikaci za maximálně a hodně obtížnou (82 %), přičemž pouze 18 % pacientů uvádí žádné až mírné komunikační obtížnosti. Na rozdíl od sester, které zvolily možnost maximálně v 8,33 %, pacienti tyto zkušenosti hodnotí za maximálně obtížné v 43,54 %.

Cíl č. 5: *zjistit, zda respondenti mají na svých odděleních informační brožuru, metodický pokyn či jiné dokumenty týkající se komunikace s pacientem se zajištěnými dýchacími cestami, **byl splněn**.*

H8: předpokládám, že více jak 75 % sester nemá na svém oddělení k dispozici žádný z výše jmenovaných dokumentů o komunikaci s pacientem se zajištěnými dýchacími cestami. Hypotéza H8 se **částečně potvrdila**.

Odůvodnění H8: pouze 34 respondentů (23,61 %) si je vědomo, že tyto dokumenty na svých resuscitačních odděleních k dispozici mají. Ovšem v 51 případech (35,42 %) respondenti na tuto otázku odpověď nevěděli.

3.8 Doporučení pro komunikaci s pacienty se zajištěnými dýchacími cestami

Na základě dostupných zdrojů o komunikaci s pacienty se zajištěnými dýchacími cestami, informací získaných z výzkumného šetření této práce a vlastních zkušeností byl vytvořen souhrnný přehled doporučení, jak nejlépe a nejefektivněji komunikovat s pacienty se zajištěnými dýchacími cestami při vědomí, v bezvědomí či analgosedaci.

3.8.1 Pacienti při vědomí

- Pacientům věnujte maximální pozornost,
- vysvětlete příčiny zhoršené komunikace,
- po celou dobu komunikace udržujte s pacienty zrakový kontakt,
- v komunikaci buďte kreativní a pacientům nabídněte alternativní a augmentativní metody komunikace,
- vhodné je metody komunikace různě kombinovat
- nezapomínejte, že každý pacient je individuální, a proto každému pacientovi vyhovují jiné metody komunikace,
- objasněte pacientům, že při metodě z odezírání ze rtů je vhodné užívat pouze slova nebo kratší věty a viditelně artikulovat,
- komunikačním piktogramům bez popisu zobrazeného mohou pacienti nerozumět, nebo je mohou interpretovat odlišně než vy, proto se jeví v některých případech jako vhodné řešení užívání fotografií s vyfocenými předměty a osobami, které jsou pro pacienta známé a tím i motivující,
- pacientům trpělivě naslouchejte a během rozhovoru dávejte neverbálně najevo porozumění a zájem,
- sledujte veškeré neverbální projevy pacientů,
- taktéž sledujte zpětnou vazbu pacientů a ujišťujte se, zda pacienty porozuměli sdělovaným informacím,
- při komunikaci buďte struční, jasní a srozumitelní,
- připravte se na to, že svá sdělení budete i několikrát opakovat,
- komunikace s pacienty se zajištěnými dýchacími cestami vyžaduje značnou dávku trpělivosti,
- vyvarujte se nevhodných verbálních a neverbálních projevů, které by mohly pacienty poškodit,
- zjistěte, z čeho mají pacienti obavy, co je tíží,
- zjistěte jejich přání a potřeby,

- během rozhovoru s pacienty, kteří mají zajištěné dýchací cesty, byste měli najít cíl, o který může ventilovaný pacient usilovat a tím u něj vzbudit naději a zlepšení situace,
- rozhovor by se měl dále dotknout současné situace nemocných a výhledu do budoucnosti,
- někteří pacienti, kteří jsou napojeni na umělou plicní ventilaci, mohou být neklidní a zmatení; u těchto nemocných je doporučována opakovaná snaha o jejich orientaci v místě (vysvětlujte mu nejrůznější zvuky a světla) a čase (umístěte na viditelné místo hodiny a kalendář) a poskytněte především průběžně informace o průběhu ošetrovatelské péče,
- dlouhodobě ventilovaní pacienti uvítají zcela normální komunikaci na běžná témata jako např. počasí, příhoda na autobusové zastávce, recepty apod.; čas strávený v nemocnici je dlouhý, stereotypní a nudný,
- je vhodné posilovat lidskou důstojnost a kladné sebepojetí, aby si ventilovaní pacienti sami sebe nepřestali vážit,
- snažte se pacienty co nejvíce povzbuzovat, motivovat a pozitivně naladit,
- v případě, že se Vám nedaří s pacientem dorozumět, je vhodné zainteresovat odborníka, např. logopeda,
- vhodnou a efektivní komunikací nejenom zpříjemníte pobyt a uspokojíte potřeby pacientů, ale taktéž zvyšujete kvalitu poskytovaných služeb a předcházíte konfliktním situacím plynoucích z dlouhodobého nepochopení
- nezapomínejte, že základem vztahu pacient – sestra je získání si pacientovi důvěry (Kapounová, 2007, p. 173; Ledererová, 2013, p. 29; Špatenková & Králová, 2009, pp. 108–109; Zedková, 2013, p. 27).

3.8.2 Pacienti v bezvědomí, v analgosedaci

- Pamatujte, že nelze nekomunikovat; i když pacienti nemohou mluvit z příčiny bezvědomí či analgosedace, předpokládejte, že vás vnímají a chovejte se naprosto stejně, jako kdybyste ošetřovali pacienty při vědomí,
- iniciálním dotekem pacienty vždy informujte o začátku a ukončení Vaší přítomnosti či činnosti s jejich tělem,
- pozdravte, představte se a mluvejte na pacienty tak, jako by mohli vše slyšet,
- nezapomínejte komentovat vše, co u pacientů právě děláte, případně upozorňujte na to, co se chystáte udělat,
- dalším vhodným komunikačním prostředkem jsou prvky konceptu Bazální stimulace; komunikujte pomocí doteků, vůně, chuťových vjemů, změn polohy těla a jiných fyzikálních a chemických podnětů působících na smysly pacienta,
- významnou a nenahraditelnou součástí komunikace u těchto pacientů je dotek, kterým vyjadřujete zájem, zmírňujete napětí, redukujete úzkost a vzbuzujete důvěru,
- při výběru vhodných prvků Bazální stimulace vycházejte z biografických anamnéz pacientů,
- důležité je umět rozpoznat reakce pacientů na zvolený typ komunikace a adekvátně reagovat,
- tito pacienti mohou reagovat a tedy komunikovat pomocí tzv. individuálních komunikačních forem čili změn ve frekvenci dýchání, změn v sekreci potu, zvýšenou salivací, mrknutím, sevřením dlaně aj.,
- tyto změny nejsou většinou zcela zřetelné a jasné,
- vybízejte rodinu ke komunikaci s pacientem a vysvětlete jim, jak s ním mohou komunikovat,
- aktivním zapojením rodiny do léčebného procesu můžete získat těžko rozpoznatelné informace o pokrocích pacientů, které nejste schopni sami v danou chvíli ještě zaznamenat (Friedlová, 2007, pp. 33–35; Špatenková & Králová, 2009, p. 109, Václavíčková, 2014, pp. 25–26).

4 ZÁVĚR

Komunikace s pacienty se zajištěnými dýchacími cestami na resuscitačních odděleních je velmi odlišná od komunikace, kterou jsme si během svého života osvojili. Pacienti se nachází v kritickém stavu, mohou být v bezvědomí či v navozeném farmakologickém útlumu. Když vezmeme v úvahu tyto jmenované faktory, vytváří se mezi zdravotníky a nemocnými specifické komunikační bariéry, které my sestry, komunikátorky, musíme překonávat.

Obecným záměrem této práce je napomoci rozvíjení a zlepšování komunikačních dovedností sester v oblasti komunikace s pacienty se zajištěnými dýchacími cestami při vědomí, v bezvědomí či analgosedaci. Výzkumné šetření potvrdilo většinu pracovních hypotéz a všech stanovených cílů bylo dosaženo. Výsledky studie demonstrují pouze vzorek zdravotních sester ze čtyř nemocnic v Praze, a proto se domnívám, že není vhodné zobecnění výsledků šetření.

Řešením dané problematiky bylo zjištěno, že sestrám činí problém komunikovat s pacienty se zajištěnými dýchacími cestami, přičemž nejobtížnější je komunikovat s pacienty při vědomí zajištěnými endotracheální rourkou. Sestry nejčastěji komunikují s pacienty při vědomí prostřednictvím metody odezírání ze rtů. Naopak na pacienty v bezvědomí či analgosedaci sestry nejčastěji uplatňují verbální komunikaci s prvky konceptu Bazální stimulace, přičemž ne všechny sestry si pravděpodobně uvědomují, že právě Bazální stimulace je jedna z metod komunikace s pacientem. Nejčastěji využívanou pomůckou k usnadnění komunikace je abecední tabulka, kterou mají k dispozici na všech čtyřech pracovištích. I přes dostupnost mnohých komunikačních technik je ovšem zapotřebí vždy individualizovat komunikaci pro konkrétní pacienty.

Chtěla bych zdůraznit fakt, že komunikace je důležitou součástí kvalitní ošetrovatelské péče nejen u pacientů se zajištěnými dýchacími cestami při vědomí, ale stejně tak u pacientů v bezvědomí anebo v analgosedaci. S tímto faktem souvisí informace, že část sester neinformuje vždy své pacienty o prováděných výkonech. Taktéž sledování zpětné reakce pacientů na zvolenou komunikační techniku není prozatím standardně součástí péče. Je zapotřebí se k pacientům s poruchou vědomí chovat jako k pacientům vnímajícím.

Měli bychom si být vědomi, že u pacientů se zajištěnými dýchacími cestami je komunikace důležitější více než kdy jindy. Vhodnou a efektivní komunikací se zdravotnický personál podílí nejen na zlepšení psychického a fyzického zdravotního stavu pacientů, ale rovněž ovlivňuje proces uzdravování, délku hospitalizace a v neposlední řadě přispívá k získání tolik potřebné důvěry pacientů a jejich příbuzných. Vlídnu a vstřícnou

komunikací zdravotního personálu lze rovněž dosáhnout lepší spokojenosti s poskytovanou zdravotní péčí a to se může v neposlední řadě pozitivně odrazit v obecném veřejném mínění o zdravotním systému. V tomto případě souhlasím s myšlenkou autorů Fendrychové et al. (2005, p. 51), že pacienti a jeho příbuzní nám ochotně odpustí naše odborné nedostatky, ale vždy si budou pamatovat, že jsme k nim nebyli laskaví, soucitní nebo jsme se chovali nevhodně.

Komunikace je dovednost, kterou je možné rozvíjet a prohlubovat kdykoliv v životě sestry, pokud je ovšem splněna základní podmínka – chtít. Komunikaci se lze naučit a každý ze zdravotnického personálu by ji měl bravurně ovládat. V případě specifické komunikace s pacienty se zajištěnými dýchacími cestami by bylo vhodné, aby zdravotní sestry a bratři měli možnost navštívit kurz, seminář či školení o možnostech komunikace s pacienty se zajištěnými dýchacími cestami, kde by např. měli možnost získat nezbytné informace o technikách alternativní a augmentativní komunikace a vyzkoušet si s těmito systémy dorozumět se. Taktéž lze komunikační dovednosti rozvíjet dalšími cestami celoživotního vzdělávání, především četbou odborných knih a internetových příspěvků věnující se komunikaci. Za obrovskou nevýhodu považuji fakt, že prozatím jsou zmínky v české literatuře o možnostech augmentativní a alternativní komunikace s ventilovanými pacienty minimální či žádné. Přitom věřím, že kdyby tato problematika vyšla v ucelené knižní podobě, mohlo by se jednat o nejdostupnější zdroj této problematiky.

Je nezbytné, aby zdravotní sestry a bratři i nadále prohlubovali a obnovovali své znalosti a dovednosti v oblasti komunikace. Pozornost je nutné věnovat osnovám výuky na postgraduální, specializační formě vzdělávání, vyšších odborných školách a vysokých školách. Poukazuji nejenom na získání teoretických poznatků z oborů ošetřovatelství, psychologie, pedagogiky, sociologie a etiky, ale především na praktickou část výuky, kde by studenti měli možnost získat praktické dovednosti v komunikaci s pacienty se zajištěnými dýchacími cestami formou prožitků. Studenti by měli mít možnost se vžít do pocitů ventilovaných pacientů, vyzkoušet si komunikaci beze slov a díky prožití jednotlivých nelehkých situací se snad do budoucna zamyslí nad vykonáváním své práce.

Navzdory obtížnosti komunikace s pacienty, kteří mají zajištěné dýchací cesty, téměř polovina respondentů nikdy nezískala informace o možnostech komunikace s těmito pacienty. Nejen proto je výstupem této diplomové práce informační brožura o uceleném přehledu možných komunikačních technik s pacienty se zajištěnými dýchacími cestami při vědomí, v bezvědomí či analgosedaci a doporučeními, jak správně a efektivně s těmito pacienty komunikovat.

Získané výsledky diplomové práce budou poskytnuty zdravotnickým zařízením, ve kterých probíhalo výzkumné šetření. Závěry této studie budou také prezentovány na IX. Celostátní studentské vědecké konferenci bakalářských a magisterských nelékařských zdravotnických oborů v Pardubicích dne 23. 4. 2014 a 15. Studentské vědecké konferenci pořádanou 1. lékařskou fakultou Univerzity Karlovy v Praze dne 21. 5. 2014.

Závěrem bych chtěla už jen zmínit ideu odborníka na komunikaci pana Vymětala: „*komunikace není všechno, ale je za vším*“ (2008, p. 9).

REFERENČNÍ SEZNAM

Akademie alternativa: Co náš zaujalo. (2011). Retrieved 24 February, 2014 from http://akademiealternativa.cz/index.php?seo_url=co-nas-zaujalo-2011

ATM sport: Lena dřevěná magnetická tabulka 65822. (n.d.). Retrieved February 23, 2014 from <http://www.atmsport.cz/lena-drevena-magneticka-tabulka-65822/>

Basu, A., & Faust, L. (2013). *Umění úspěšné komunikace.* Praha: Grada.

Becker, R., Heimberg, R., & Bellack, A. (1987). *Social skills training treatment for depression.* New York: Pergamon Press.

Bednářová, J. (2010). Umění komunikace. *Sestra*, 20(04), 16-17.

Beil, V. (2002a). Šifrování: *Prstová abeceda jednoruční.* Retrieved February 23, 2014 from http://sifry.sourceforge.net/sff_prst_m.html

Beil, V. (2002b). Šifrování: *Prstová abeceda dvouruční.* Retrieved February 23, 2014 from http://sifry.sourceforge.net/sff_prst.html

Beran, J. (2000). *Základy psychoterapie pro lékaře.* Praha: Grada.

Bersten, A., & Soni, N. (2014). *Oh's intensive care manual.* (7 th ed.). Amsterdam: Butterworth Heinemann Elsevier.

Bostlová, M., Jarošová, J. & Lencová, M. (2011). Komunikace s pacientem po laryngektomii. *Sestra*, 21(3), Retrieved February 22, 2014 from <http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/komunikace-s-pacientem-po-laryngektomii-458789>

Cvachovec, K. (no date). Webové stránky 2. LF UK: *Analgosedace v resuscitační péči.* Retrieved February 13, 2014 from <http://www.lf2.cuni.cz/projekty/mua/3a0.htm>

Čechová, V., Mellanová, A., & Kučerová, H. (2004). *Psychologie a komunikace II.* Praha: Informatorium.

Čechová, V., Mellanová, A., & Rozsypalová, M. (2004). *Speciální psychologie.* Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů.

Čtvrtníčková, E. (2009). *Komunikační kompetence u dětí s tracheostomií.* (Master's thesis). Masaryk University, Brno, Czech Republic.

Dršata, J., Vokurka, J., Čelakovský, P., Hudíková, M., Růžička, J. & Kordač, P. (2008). Přehled foniatrických možností úpravy hlasu po onkologické léčbě nádorů oblasti hlavy a krku. *Onkologie*, 2(2), 91-93.

- Džumelová, M., Malíková, K., & Hudáková, Z. (2008). *Základy ošetrovateľskej komunikácie*. Ružomberok: Katolícka univerzita v Ružomberku.
- Elisek, S. (2008). *Komunikace u pacientů s umělou plicní ventilací*. (Bachelor's thesis). Charles University, Hradec Králové, Czech Republic.
- Fendrychová, J., Klimovič, M., Bartl, V., Brož, L., Dominik, P., Černá, O., & Zerhau, L. (2005). *Péče o kriticky nemocné dítě*. Brno: Národní centrum ošetrovateľství a nelékařských zdravotnických oborů.
- Friedlová, K. (2000). Bazální stimulace. In J. Marečková & V. Vránová (Eds.), *Ošetrovateľství na prahu 3. tisíciletí: sborník příspěvků II. konference ošetrovateľství s mezinárodní účastí* (pp. 24–26). Velká Bystřice: Galén.
- Friedlová, K. (2003). *Institut Bazální stimulace: Bazální stimulace u pacientů na ARO a JIP*. Retrieved February 13, 2014 from http://www.bazalni-stimulace.cz/cl_bs_aro.php
- Friedlová, K. (2007). *Bazální stimulace v základní ošetrovateľské péči*. Praha: Grada.
- Gulášová, I., Hruška, J., Bačíková, Z. & Breza, J. (2012). Prostředky neverbální komunikace. *Sestra*, 22(05), 26-27.
- Hájková, M. (2011). *Možnosti alternativní a augmentativní komunikace na jednotkách intenzivní a resuscitační péče*. (Bachelor's thesis). Masaryk University, Brno, Czech Republic.
- Happ, M. B., Tuite, P., Dobbin, K., DiVirgilio-Thomas, D., & Kitutu, J. (2004). Communication ability, method, and content among nonspeaking nonsurviving patients treated with mechanical ventilation in the intensive care unit. *American Journal of Critical Care*, 13(3), 210-218. Retrieved from <http://ajcc.aacnjournals.org/content/13/3/210.long>
- Heilmann, C. M. (2013). *Řeč těla*. Praha: Grada.
- Hůsková, J. (2000). Komunikace na ARO a JIP – poskytování informací o ošetrovateľské péči. In J. Marečková & V. Vránová (Eds.), *Ošetrovateľství na prahu 3. tisíciletí: sborník příspěvků II. konference ošetrovateľství s mezinárodní účastí* (pp. 31–33). Velká Bystřice: Galén.
- Chmelíková, R. (2005). Ošetrovateľská péče o pacienta s tracheostomií. *Sestra*, 15(5), 44-45.
- Chrobok, V., Astl, J., Komínek, P., Černý, V., Marková, M., Matyáš, J., ... & Vodička, J. (2004). *Tracheostomie a koniotomie*. Praha: MAXDORF.
- Janáčková, L., & Weiss, P. (2008). *Komunikace ve zdravotnické péči*. Praha: Portál.

Janovcová, Z. (2010). *Alternativní a augmentativní komunikace*. (2nd ed.). Brno: Masarykova univerzita.

Johnson, A. F., & Jacobson, B. H. (2006). *Medical speech-language pathology: A practitioner's guide*. (2nd ed.). New York: Thieme Medical Publishers.

Kapounová, G. (2007). *Ošetřovatelství v intenzivní péči*. Praha: Grada.

Kellum, J. A., & Gunn, S. R. (2008). *Oxford american handbook of critical care*. New York: Oxford University Press.

Khalaila, R., Zbidat, W., Anwar, K., Bayya, A., Linton, D., & Svirin, S. (2011). Communication difficulties and psychoemotional distress in patients receiving mechanical ventilation. *American Journal of Critical Care*, 20(6), 470-479. Retrieved from <http://ajcc.aacnjournals.org/content/20/6/470.long>

Kristová, J. (2004). *Komunikácia v ošetrovatelstve*. Martin: Osveta.

Ledererová, K. (2013). Komunikace s pacientem na UPV. *Sestra*, 23(10), 28-29.

Linhartová, V. (2007). *Praktická komunikace v medicíně. Pro mediky, lékaře a ošetřující personál*. Praha: Grada.

Mikuláščík, M. (2003). *Komunikační dovednosti v praxi*. Praha: Grada.

Minibergerová, L., & Dušek, J. (2006). *Vybrané kapitoly z psychologie a medicíny pro zdravotníky pracující se seniory*. Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů.

Minibergerová, L., & Jičínská, K. (2010). *Vybrané kapitoly z psychologie pro zdravotnické pracovníky*. Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů.

Nakladatelství UMÚN: Tomáš Janoušek (n.d.). Retrieved February 23, 2014 from <http://www.umun.cz/?tomas-janousek,22>

Němcová, B. (2010). *iDNES: Obrázkové karty pomohou cizincům, nemocnicím ušetří desetisíce*. Retrieved February 24, 2014 from http://zpravy.idnes.cz/obrazkove-karty-pomohou-cizincum-nemocnicim-usetri-desetisice-pwk-/domaci.aspx?c=A100316_163329_domaci_ban

Plevová, I., & Slowik, R. (2010). *Komunikace s dětským pacientem*. Praha: Grada.

Plzák, J., Kraus, J., & Kastner, J. (2005). *Česká onkologická společnost České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně: Databáze tuzemských onkologických konferenčních abstrakt*. Retrieved February 22, 2014 from <http://www.linkos.cz/po-kongresu/databaze-tuzemskych-onkologickych-konferencnich-abstrakt/abstrakta/cislo/456/>

- Pokorná, A. (2006). *Efektivní komunikační techniky v ošetrovatelství*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů.
- Pokorná, A. (2010). *Komunikace se seniory*. Praha: Grada.
- Průcha, J., Walterová, E., & Mareš, J. (1995). *Pedagogický slovník*. Praha: Portál.
- Ptáček, R., Bartůněk, P., Bojar, M., Býma, S., Čeledová, L., Dostál, J., ... Zlatohlávková, B. (2011). *Etika a komunikace v medicíně*. Praha: Grada.
- SAAK: *Další pomůcky*. (2011). Retrieved February 24, 2014 from <http://www.saak-os.cz/stranka-dalsi-pomucky-32>
- SAAK: *Půjčovna pomůcek*. (2011). Retrieved February 24, 2014 from <http://www.saak-os.cz/stranka-pujcovna-pomucek-4>
- Sheldon, L. K. (2009). *Communication for nurses: talking with patients*. (2 nd ed.). Ontario: Jones and Bartlett.
- Schánilcová, Z. (2009). *Komunikační dovednosti sester pracujících na aro/jip*. (Master's thesis). Charles University, Prague, Czech Republic.
- Slowík, J. (2007). *Speciální pedagogika*. Praha: Grada.
- Šamánková, M., Lebedová, Z., Víchová, J., Koláčná, T., & Jirků, H. (2011). *Lidské potřeby ve zdraví a nemoci aplikované v ošetrovatelském procesu*. Praha: Grada.
- Ševčík, P., Černý, V., Vítovec, J., Brázdil, M., Brychta, P., Bulíková, A, & Žáčková, V. (2003). *Intenzivní medicína*. (2 nd ed.). Praha: Galén.
- Škodová, J., Jedlička, I., Fukanová, V., Holmanová, J., Lechta, V., Laudová, Z.,... & Vymlátilová, E. (2007). *Klinická logopedie*. (2 nd ed.). Praha: Portál.
- Špatenková, N., & Králová, J. (2009). *Základní otázky komunikace*. Praha: Galén.
- Tate, J. A., Seaman, J. B. & Happ, M. B. (2012). Overcoming barriers to pain assessment: Communicating pain information with intubated older adults. *Geriatric Nursing*, 33(4), 310-313. Retrieved March 3, 2014 from <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0197457212002066>
- Václavíčková, L. (2014). Komunikace jako součást bazální stimulace. *Sestra*, 24(3), 25-26.
- Václavíková, M. (2006). Dotek jako forma komunikace. *Florence*, 2(4), 37.
- Vácha, M., Königová, R., & Mauer, M. (2012). *Základy moderní lékařské etiky*. Praha: Portál.

- Válková, L. (2013). Bazální stimulace pacienta v bezvědomí. *Sestra*, 23(3-4), 40-41.
Retrieved February 21, 2014 from http://bazalni-stimulace.cz/pdf/cl_bs_bezvedomi.pdf
- Venglářová, M., & Mahrová, G. (2006). *Komunikace pro zdravotní sestry*. Praha: Grada.
- Vokurka, S. (2013). Komunikace s pacienty a jejich rodinami. *Sestra*, 23(7), 22-23.
- Vondráček, J., Dvořáková, V., & Vondráček, L. (2009). *Medicínsko-právní terminologie: příručka pro právní praxi*. Praha: Grada.
- Vybíral, Z. (2000). *Psychologie lidské komunikace*. Praha: Portál.
- Vymazal, J. & Sedřová, J. (n. d.). *Nemocnice Kyjov: Péče o pacienta s tracheostomií*.
Retrieved February 22, 2014 from <http://www.nemkyj.cz/pece-o-pacienta-s-tracheostomii>
- Vymětal, J. (2008). *Průvodce úspěšnou komunikací: Efektivní komunikace v praxi*. Praha: Grada.
- Webb, L. (2011). *Nursing: Communication skills in practice*. New York: Oxford University Press.
- Základní škola a mateřská škola Tachov: Alternativní a augmentativní komunikace*. (2013).
Retrieved February 24, 2014 from <http://skolatachov.cz/node/1007/sites/default/files>
- Zedková, V. (2013). Komunikace s „nekomunikujícím". *Sestra*, 23(12), 26-27.

SEZNAM ZKRATEK

ARO	Anesteziologicko-resuscitační oddělení
ARIP	Specializační vzdělání v oboru Ošetrovatelská péče v anestezií, resuscitaci a intenzivní péči
JIP	Jednotka intenzivní péče
LF	Lékařská fakulta
SAAK	Společnost pro augmentativní a alternativní komunikaci
SIP	Sestra pro intenzivní péči
SZŠ	Střední zdravotní škola
UK	Univerzita Karlova
UPV	Umělá plicní ventilace
VOŠ DVS	Diplomovaná všeobecná sestra
VOŠ DZZ	Diplomovaný zdravotnický záchranář
VŠ VS	Všeobecná sestra
VŠ ZZ	Zdravotnický záchranář

SEZNAM TABULEK

TABULKA 1: INDIVIDUÁLNÍ FORMY KOMUNIKACE (ZDROJ: FRIEDLOVÁ, 2007, P. 46).....	29
TABULKA 2: CELKOVÝ POČET VYDANÝCH DOTAZNÍKŮ A NÁVRATNOST DOTAZNÍKŮ VE ZDRAVOTNICKÝCH ZAŘÍZENÍCH	37
TABULKA 3: POHLAVÍ RESPONDENTŮ	38
TABULKA 4: VĚKOVÉ KATEGORIE RESPONDENTŮ	39
TABULKA 5: NEJVYŠŠÍ DOSAŽENÉ VZDĚLÁNÍ	40
TABULKA 6: DÉLKA PRAXE NA RESUSCITAČNÍM ODDĚLENÍ.....	42
TABULKA 7: SPOKOJNOST S VYKONÁVANÝM POVOLÁNÍM.....	43
TABULKA 8: DŮLEŽITOST KOMUNIKACE	43
TABULKA 9: UPŘEDNOSTNĚNÍ PÉČE O PACIENTA V BEZVĚDOMÍ ČI ANALGOSEDACI PŘED PÉČÍ O PACIENTA PŘI VĚDOMÍ.....	44
TABULKA 10: OBTÍŽNOST KOMUNIKACE S INTUBOVANÝMI PACIENTY NA UPV PŘI VĚDOMÍ.....	45
TABULKA 11: OBTÍŽNOST KOMUNIKACE S TRACHEOSTOMOVANÝM PACIENTEM NA UPV PŘI VĚDOMÍ	47
TABULKA 12: ZPŮSOB KOMUNIKACE S PACIENTY PŘI VĚDOMÍ, KTEŘÍ JSOU NAPOJENI NA UPV	49
TABULKA 13: ČETNOST UŽÍVÁNÍ ALTERNATIVNÍCH A AUGMENTATIVNÍCH KOMUNIKAČNÍCH TECHNIK PŘI KOMUNIKACI S PACIENTY SE ZAJIŠTĚNÝMI DÝCHACÍMI CESTAMI PŘI VĚDOMÍ	50
TABULKA 14: UMÍSTĚNÍ JEDNOTLIVÝCH KOMUNIKAČNÍCH TECHNIK NA 1. MÍSTĚ.....	51
TABULKA 15: UMÍSTĚNÍ JEDNOTLIVÝCH KOMUNIKAČNÍCH TECHNIK NA 2. MÍSTĚ.....	52
TABULKA 16: UMÍSTĚNÍ JEDNOTLIVÝCH KOMUNIKAČNÍCH TECHNIK NA 3. MÍSTĚ.....	52
TABULKA 17: POROVNÁNÍ UŽÍVÁNÍ KOMUNIKAČNÍCH TECHNIK DLE POHLAVÍ.....	52
TABULKA 18: REAKCE RESPONDENTŮ, KDYŽ NEROZUMÍ PACIENTŮM, CO CHTĚJÍ VYJÁDŘIT	53
TABULKA 19: MOŽNOSTI KOMUNIKACE S PACIENTY SE ZAJIŠTĚNÝMI DÝCHACÍMI CESTAMI V BEZVĚDOMÍ ČI HLUBOKÉ ANALGOSEDACI.....	54
TABULKA 20: OBTÍŽNOST KOMUNIKACE S VENTILOVANÝM PACIENTEM V BEZVĚDOMÍ ČI V HLUBOKÉ ANALGOSEDACI	56
TABULKA 21: MOŽNÉ PŘÍČINY OBTÍŽNÉ KOMUNIKACE S PACIENTEM V BEZVĚDOMÍ ČI ANALGOSEDACI.....	58
TABULKA 22: INFORMOVÁNÍ PACIENTŮ V BEZVĚDOMÍ ČI ANALGOSEDACI O VŠECH PROVÁDĚNÝCH OŠETŘOVATELSKÝCH VÝKONECH	59
TABULKA 23: NÁZOR RESPONDENTŮ NA OTÁZKU, ZDA SE DOMNÍVAJÍ, ŽE JE PACIENTI V BEZVĚDOMÍ SLYŠÍ A VNÍMAJÍ.....	60
TABULKA 24: VLIV VZDĚLÁNÍ NA MÍNĚNÍ RESPONDENTŮ, ŽE PACIENT V BEZVĚDOMÍ NEVNÍMÁ.....	61
TABULKA 25: UŽÍVÁNÍ KONCEPTU BAZÁLNÍ STIMULACE PŘI PÉČI O VENTILOVANÉ PACIENTY V BEZVĚDOMÍ ČI ANALGOSEDACI	61
TABULKA 26: OBTÍŽNOST KOMUNIKACE PRO PACIENTY, KTEŘÍ JSOU NAPOJENÍ NA UPV.....	62
TABULKA 27: NÁZOR ZDRAVOTNÍCH SESTER NA POCITY PACIENTŮ, KDYŽ JIM SESTRY PŘI KOMUNIKACI NEROZUMÍ.....	63
TABULKA 28: DOSTUPNOST KOMUNIKAČNÍCH POMŮCEK URČENÝCH PRO KOMUNIKACI S PACIENTY SE ZAJIŠTĚNÝMI DÝCHACÍMI CESTAMI NA RESUSCITAČNÍCH ODDĚLENÍCH.....	64
TABULKA 29: TYPY KOMUNIKAČNÍCH POMŮCEK NA RESUSCITAČNÍCH ODDĚLENÍCH	64
TABULKA 30: ZKUŠENOSTI SESTER SE SPECIÁLNÍMI KOMUNIKAČNÍMI POMŮCKAMI PRO PACIENTY SE ZAJIŠTĚNÝMI DÝCHACÍMI CESTAMI.....	66
TABULKA 31: DRUHY KOMUNIKAČNÍCH POMŮCEK PRO PACIENTY SE ZAJIŠTĚNÝMI DÝCHACÍMI CESTAMI, SE KTERÝMI SE RESPONDENTI SETKALI	67
TABULKA 32: FAKTORY OMEZUJÍCÍ KOMUNIKACI S PACIENTY SE ZAJIŠTĚNÝMI DÝCHACÍMI CESTAMI	68
TABULKA 33: SROVNÁNÍ FAKTORŮ OMEZUJÍCÍCH KOMUNIKACI S PACIENTY SE ZAJIŠTĚNÝMI DÝCHACÍMI CESTAMI DLE PRŮMĚRU ODPOVĚDÍ	69
TABULKA 34: FORMY PŘEDÁVÁNÍ INFORMACÍ O ZPŮSOBECH KOMUNIKACE S PACIENTY SE ZAJIŠTĚNÝMI DÝCHACÍMI CESTAMI	70
TABULKA 35: ZÍSKÁNÍ INFORMACÍ O MOŽNOSTECH KOMUNIKACE S PACIENTY SE ZAJIŠTĚNÝMI DÝCHACÍMI CESTAMI	71
TABULKA 36: SITUACE, PŘI KTERÝCH RESPONDENTI ZÍSKALI INFORMACE O MOŽNOSTECH KOMUNIKACE ..	72
TABULKA 37: DOSTUPNOST DOKUMENTŮ NA RESUSCITAČNÍCH ODDĚLENÍCH TÝKAJÍCÍ SE KOMUNIKACE S PACIENTY SE ZAJIŠTĚNÝMI DÝCHACÍMI CESTAMI	73

TABULKA 38: DRUHY DOKUMENTŮ NA RESUSCITAČNÍCH ODDĚLENÍCH TÝKAJÍCÍ SE KOMUNIKACE S PACIENTY SE ZAJIŠTĚNÝMI DÝCHACÍMI CESTAMI	73
TABULKA 39: UVEDENÍ RADY ČI „FINTY“ ULEHČUJÍCÍ KOMUNIKACI S VENTILOVANÝMI PACIENTY.....	74
TABULKA 40: RADY OD ZDRAVOTNÍCH SESTER, JAK SI ULEHČIT KOMUNIKACI S VENTILOVANÝMI PACIENTY	74

SEZNAM GRAFŮ

GRAF 1: NÁVRATNOST DOTAZNÍKŮ Z JEDNOTLIVÝCH ZDRAVOTNICKÝCH ZAŘÍZENÍ.....	38
GRAF 2: GRAFICKÉ POROVNÁNÍ POHLAVÍ RESPONDENTŮ	39
GRAF 3: GRAFICKÉ ZNÁZORNĚNÍ VĚKOVÝCH KATEGORIÍ RESPONDENTŮ	39
GRAF 4: GRAFICKÉ ZNÁZORNĚNÍ NEJVYŠŠÍHO DOSAŽENÉHO VZDĚLÁNÍ RESPONDENTŮ	41
GRAF 5: GRAFICKÉ ZNÁZORNĚNÍ SPECIALIZAČNÍHO VZDĚLÁNÍ ARIP A SIP VZTAŽENÉHO K NEJVYŠŠÍMU DOSAZENÉMU VZDĚLÁNÍ	41
GRAF 6: GRAFICKÉ ZNÁZORNĚNÍ DÉLKY PRAXE RESPONDENTŮ	42
GRAF 7: GRAFICKÉ ZNÁZORNĚNÍ SPOKOJENOSTI S VYKONÁVANÝM POVOLÁNÍM	43
GRAF 8: GRAFICKÉ ZNÁZORNĚNÍ UPŘEDNOSTŇOVANÉ PÉČE O PACIENTA V BEZVĚDOMÍ ČI ANALGOSEDACI PŘED PACIENTEM PŘI VĚDOMÍ	44
GRAF 9: GRAFICKÉ ZNÁZORNĚNÍ OBTÍŽNOSTI KOMUNIKACE S INTUBOVANÝMI PACIENTY NA UPV PŘI VĚDOMÍ.....	45
GRAF 10: GRAFICKÉ ZNÁZORNĚNÍ SROVNÁNÍ OBTÍŽNOSTI KOMUNIKACE S INTUBOVANÝMI PACIENTY NA UPV PŘI VĚDOMÍ DLE SPECIALIZAČNÍHO VZDĚLÁNÍ ARIP, SIP	46
GRAF 11: GRAFICKÉ ZNÁZORNĚNÍ SROVNÁNÍ OBTÍŽNOSTI KOMUNIKACE S INTUBOVANÝM PACIENTEM NA UPV PŘI VĚDOMÍ DLE DÉLKY PRAXE	46
GRAF 12: GRAFICKÉ ZNÁZORNĚNÍ OBTÍŽNOSTI KOMUNIKACE S TRACHEOSTOMOVANÝMI PACIENTY NA UPV PŘI VĚDOMÍ.....	47
GRAF 13: GRAFICKÉ ZNÁZORNĚNÍ SROVNÁNÍ OBTÍŽNOSTI KOMUNIKACE S TRACHEOSTOMOVANÝMI PACIENTY NA UPV PŘI VĚDOMÍ DLE SPECIALIZAČNÍHO VZDĚLÁNÍ ARIP, SIP	48
GRAF 14: GRAFICKÉ ZNÁZORNĚNÍ SROVNÁNÍ OBTÍŽNOSTI KOMUNIKACE S TRACHEOSTOMOVANÝMI PACIENTY NA UMĚLÉ PLICNÍ VENTILACI PŘI VĚDOMÍ DLE DÉLKY PRAXE.....	48
GRAF 15: GRAFICKÉ ZNÁZORNĚNÍ ČETNOSTI UŽÍVÁNÍ ALTERNATIVNÍCH A AUGMENTATIVNÍCH KOMUNIKAČNÍCH TECHNIK PŘI KOMUNIKACI S PACIENTEM SE ZAJIŠTĚNÝMI DÝCHACÍMI CESTAMI PŘI VĚDOMÍ.....	50
GRAF 16: GRAFICKÉ ZNÁZORNĚNÍ REAKCÍ RESPONDENTŮ, KDYŽ NEROZUMÍ PACIENTŮM, CO CHTĚJÍ VYJÁDŘIT	53
GRAF 17: GRAFICKÉ ZNÁZORNĚNÍ MOŽNOSTÍ KOMUNIKACE S PACIENTY SE ZAJIŠTĚNÝMI DÝCHACÍMI CESTAMI V BEZVĚDOMÍ ČI HLUBOKÉ ANALGOSEDACI.....	55
GRAF 18: GRAFICKÉ ZNÁZORNĚNÍ SROVNÁNÍ MOŽNOSTÍ KOMUNIKACE S PACIENTY SE ZAJIŠTĚNÝMI DÝCHACÍMI CESTAMI V BEZVĚDOMÍ ČI HLUBOKÉ ANALGOSEDACI DLE SPECIALIZAČNÍHO VZDĚLÁNÍ ARIP, SIP	55
GRAF 19: GRAFICKÉ ZNÁZORNĚNÍ OBTÍŽNOSTI KOMUNIKACE S VENTILOVANÝM PACIENTEM V BEZVĚDOMÍ ANEBO V ANALGOSEDACI	56
GRAF 20: GRAFICKÉ ZNÁZORNĚNÍ SROVNÁNÍ OBTÍŽNOSTI KOMUNIKACE S PACIENTEM V BEZVĚDOMÍ ČI ANALGOSEDACI NA UPV DLE SPECIALIZAČNÍHO VZDĚLÁNÍ ARIP.....	57
GRAF 21: GRAFICKÉ ZNÁZORNĚNÍ SROVNÁNÍ OBTÍŽNOSTI KOMUNIKACE S PACIENTEM V BEZVĚDOMÍ ČI ANALGOSEDACI NA UPV DLE DÉLKY PRAXE	57
GRAF 22: GRAFICKÉ ZNÁZORNĚNÍ MOŽNÝCH PŘÍČIN OBTÍŽNOSTI KOMUNIKACE S PACIENTEM V BEZVĚDOMÍ ČI ANALGOSEDACI	58
GRAF 23: GRAFICKÉ ZNÁZORNĚNÍ INFORMOVANOSTI PACIENTŮ V BEZVĚDOMÍ ČI ANALGOSEDACI O VŠECH PROVÁDĚNÝCH OŠETŘOVATELSKÝCH VÝKONECH	59
GRAF 24: GRAFICKÉ ZNÁZORNĚNÍ SROVNÁNÍ ČETNOSTI INFORMOVÁNÍ PACIENTŮ V BEZVĚDOMÍ ANEBO V ANALGOSEDACI O PROVÁDĚNÝCH OŠETŘOVATELSKÝCH VÝKONECH DLE VZDĚLÁNÍ.....	60
GRAF 25: GRAFICKÉ ZNÁZORNĚNÍ NÁZORU RESPONDENTŮ NA OTÁZKU, ZDA SE DOMNÍVAJÍ, ŽE JE PACIENTI V BEZVĚDOMÍ SLYŠÍ A VNÍMAJÍ	60
GRAF 27: GRAFICKÉ ZNÁZORNĚNÍ SROVNÁNÍ ZDRAVOTNICKÝCH ZAŘÍZENÍ V UPLATŇOVÁNÍ KONCEPTU BAZÁLNÍ STIMULACE	62
GRAF 28: GRAFICKÉ ZNÁZORNĚNÍ OBTÍŽNOST KOMUNIKACE PRO PACIENTY, KTEŘÍ JSOU NAPOJENÍ NA UPV	62
GRAF 29: GRAFICKÉ ZNÁZORNĚNÍ NÁZORŮ ZDRAVOTNÍCH SESTER NA POCITY PACIENTŮ, KDYŽ JIM SESTRY PŘI KOMUNIKACI NEROZUMÍ.....	63

GRAF 30: GRAFICKÉ ZNÁZORNĚNÍ DOSTUPNOSTI KOMUNIKAČNÍCH POMŮCEK URČENÝCH PRO KOMUNIKACI S PACIENTY SE ZAJIŠTĚNÝMI DÝCHACÍMI CESTAMI NA RESUSCITAČNÍCH ODDĚLENÍCH	64
GRAF 31: GRAFICKÉ ZNÁZORNĚNÍ DOSTUPNOSTI KOMUNIKAČNÍCH POMŮCEK K USNADNĚNÍ KOMUNIKACE S PACIENTEM SE ZAJIŠTĚNÝMI DÝCHACÍMI CESTAMI PŘI NA RESUSCITAČNÍCH ODDĚLENÍCH	65
GRAF 32: GRAFICKÉ ZNÁZORNĚNÍ SROVNÁNÍ DOSTUPNOSTI KOMUNIKAČNÍCH POMŮCEK URČENÝCH PRO KOMUNIKACI S PACIENTY SE ZAJIŠTĚNÝMI DÝCHACÍMI CESTAMI NA RESUSCITAČNÍCH ODDĚLENÍCH DLE ZDRAVOTNICKÝCH ZAŘÍZENÍ	65
GRAF 33: GRAFICKÉ ZNÁZORNĚNÍ ZKUŠENOSTÍ SESTER SE SPECIÁLNÍMI KOMUNIKAČNÍMI POMŮCKAMI PRO PACIENTY SE ZAJIŠTĚNÝMI DÝCHACÍMI CESTAMI	66
GRAF 34: GRAFICKÉ ZNÁZORNĚNÍ FAKTORŮ OMEZUJÍCÍCH KOMUNIKACI S PACIENTY SE ZAJIŠTĚNÝMI DÝCHACÍMI CESTAMI	68
GRAF 35: GRAFICKÉ ZNÁZORNĚNÍ SROVNÁNÍ FAKTORŮ OMEZUJÍCÍCH KOMUNIKACI S PACIENTY SE ZAJIŠTĚNÝMI DÝCHACÍMI CESTAMI DLE PRŮMĚRU ODPOVĚDÍ	69
GRAF 36: GRAFICKÉ ZNÁZORNĚNÍ PŘEDÁVÁNÍ INFORMACÍ O ZPŮSOBECH KOMUNIKACE S PACIENTY SE ZAJIŠTĚNÝMI DÝCHACÍMI CESTAMI	70
GRAF 37: GRAFICKÉ ZOBRAZENÍ ZÍSKÁNÍ INFORMACÍ O MOŽNOSTECH KOMUNIKACE S PACIENTY SE ZAJIŠTĚNÝMI DÝCHACÍMI CESTAMI	71
GRAF 38: GRAFICKÉ ZNÁZORNĚNÍ ZÁJMU O INFORMACE O MOŽNOSTECH KOMUNIKACE S PACIENTY SE ZAJIŠTĚNÝMI DÝCHACÍMI CESTAMI	71
GRAF 39: SROVNÁNÍ INFORMOVANOSTI O MOŽNOSTECH KOMUNIKACE S PACIENTY SE ZAJIŠTĚNÝMI DÝCHACÍMI CESTAMI DLE SPECIALIZAČNÍHO VZDĚLÁNÍ ARIP, SIP	72
GRAF 40: GRAFICKÉ ZNÁZORNĚNÍ DOSTUPNOSTI DOKUMENTŮ NA RESUSCITAČNÍCH ODDĚLENÍCH TÝKAJÍCÍ SE KOMUNIKACE S PACIENTY SE ZAJIŠTĚNÝMI DÝCHACÍMI CESTAMI	73

SEZNAM PŘÍLOH

PŘÍLOHA 1: TRACHEOSTOMICKÉ UMĚLOHMOTNÉ KANYLY	115
PŘÍLOHA 2: ELEKTROLARYNX	39
PŘÍLOHA 3: OBRÁZKY MALOVANÉ ÚSTY	39
PŘÍLOHA 4: ABECEDNÍ TABULKY	41
PŘÍLOHA 5: KOMUNIKAČNÍ KARTY.....	41
PŘÍLOHA 6: PRSTOVÁ ABECEDA.....	42
PŘÍLOHA 7: POČÍTAČOVÉ A ELEKTRONICKÉ KOMUNIKAČNÍ POMŮCKY	43
PŘÍLOHA 8: VZOR LETÁKU K INTEGRACI BIOGRAFICKÉ ANAMNÉZY DO OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE	44
PŘÍLOHA 9: CEDULE PRO INICIÁLNÍ DOTEK.....	38
PŘÍLOHA 10: DOTAZNÍK K VÝZKUMNÉMU ŠETŘENÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE	39
PŘÍLOHA 11: ŽÁDOST O DOTAZNÍKOVÉ ŠETŘENÍ – VŠEOBECNÁ FAKULTNÍ NEMOCNICE V PRAZE	39
PŘÍLOHA 12: ŽÁDOST O DOTAZNÍKOVÉ ŠETŘENÍ – THOMAYEROVA NEMOCNICE	41
PŘÍLOHA 13: ŽÁDOST O DOTAZNÍKOVÉ ŠETŘENÍ – FAKULTNÍ NEMOCNICE MOTOL	41
PŘÍLOHA 14: ŽÁDOST O DOTAZNÍKOVÉ ŠETŘENÍ – ÚSTŘEDNÍ VOJENSKÁ NEMOCNICE – VOJENSKÁ FAKULTNÍ NEMOCNICE	42
PŘÍLOHA 15: INFORMAČNÍ BROŽURA – KOMUNIKACE S PACIENTEM SE ZAJIŠTĚNÝMI DÝCHACÍMI CESTAMI.....	43

PŘÍLOHY

Příloha 1: Tracheostomické umělohmotné kanyly

Obrázek 1: Tracheostomické umělohmotné kanyly

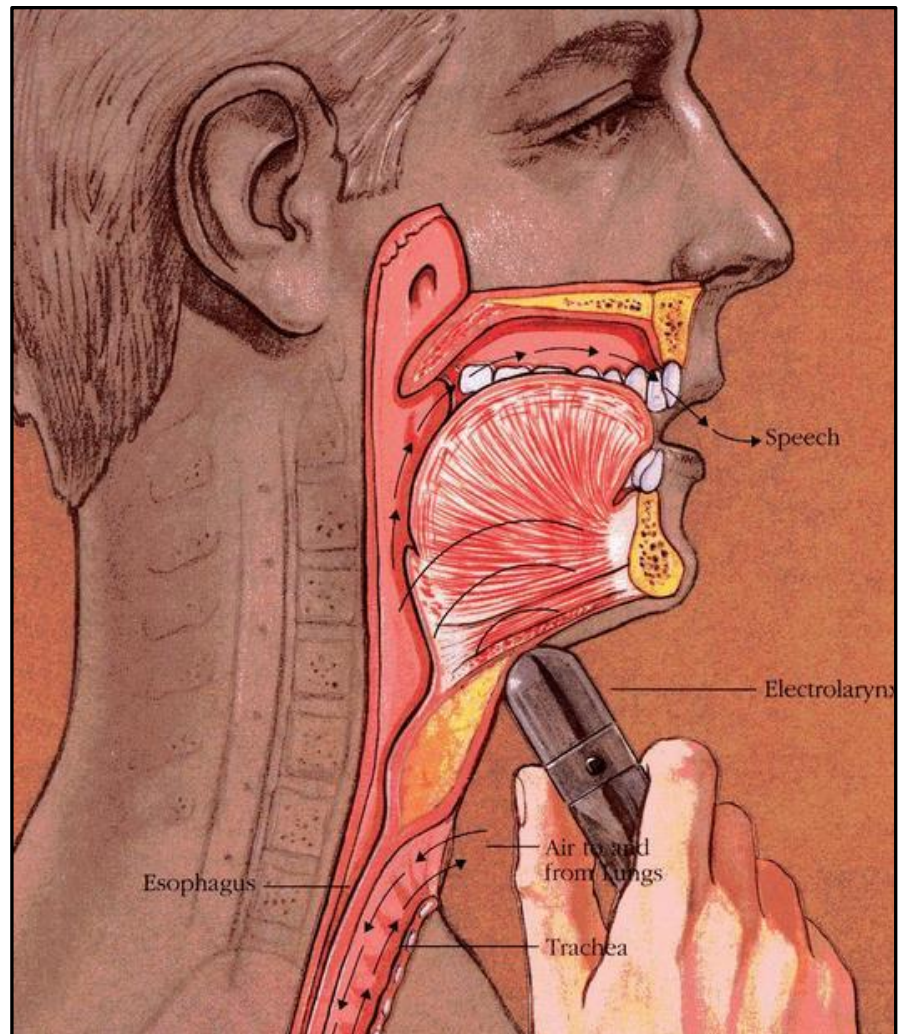


Poznámka: kanyly s balónkem slouží k prevenci aspirace, perforované kanyly neboli tzv. mluvící kanyly umožňují fonaci.

Zdroj: Plzák, Kraus & Kastner, 2005

Příloha 2: Elektrolarynx

Obrázek 2: Přikládání elektrolarynxu



Zdroj: Bostlová, Jarošová & Lencová, 2011

Příloha 3: Obrázky malované ústy

Obrázek 3: Růžové probuzení



Obrázek 4: Bílý tygr



Poznámka: autorem je T. J., který je zcela ochrnutý a závislý na dýchacím přístroji. Dnes mu malování zaplňuje celý jeho volný čas a především přináší seberealizaci.

Zdroj: Nakladatelství UMÚN: Tomáš Janoušek, n.d.

Příloha 4: Abecední tabulka

Obrázek 5: Abecední tabulka

A	B	C	D	E	F	G	H	CH
I	J	K	L	M	N	O	P	Q
R	S	T	U	V	W	X	Y	Z

Zdroj: vlastní tvorba, 2014

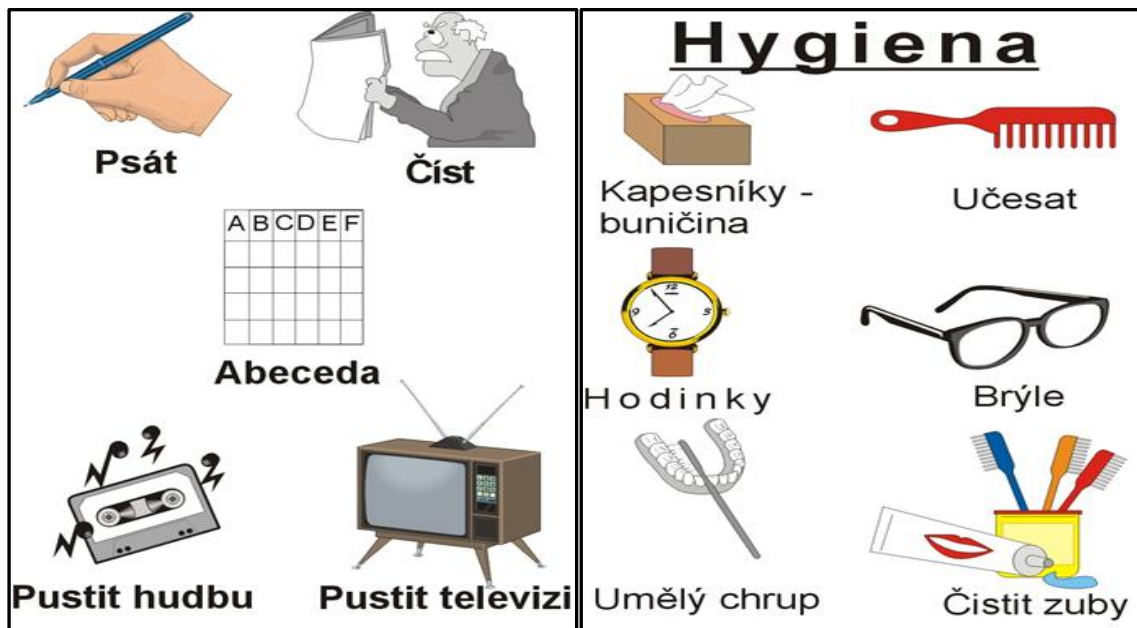
Obrázek 6: Magnetická tabulka s čísly a písmeny



Zdroj: ATM sport: Lena dřevěná magnetická tabulka 65822, n.d.

Příloha 5: Komunikační karty

Obrázek 7: Komunikační karty



Zdroj: vlastníkem je PhDr. Jana Hocková, PhD.

Obrázek 7: Piktogramy znázorněny na archu papíru



Zdroj: Akademie alternativa: Co náš zaujalo ..., 2011

Obrázek 8: Komunikační karta pro cizince



Zdroj: Němcová, 2010

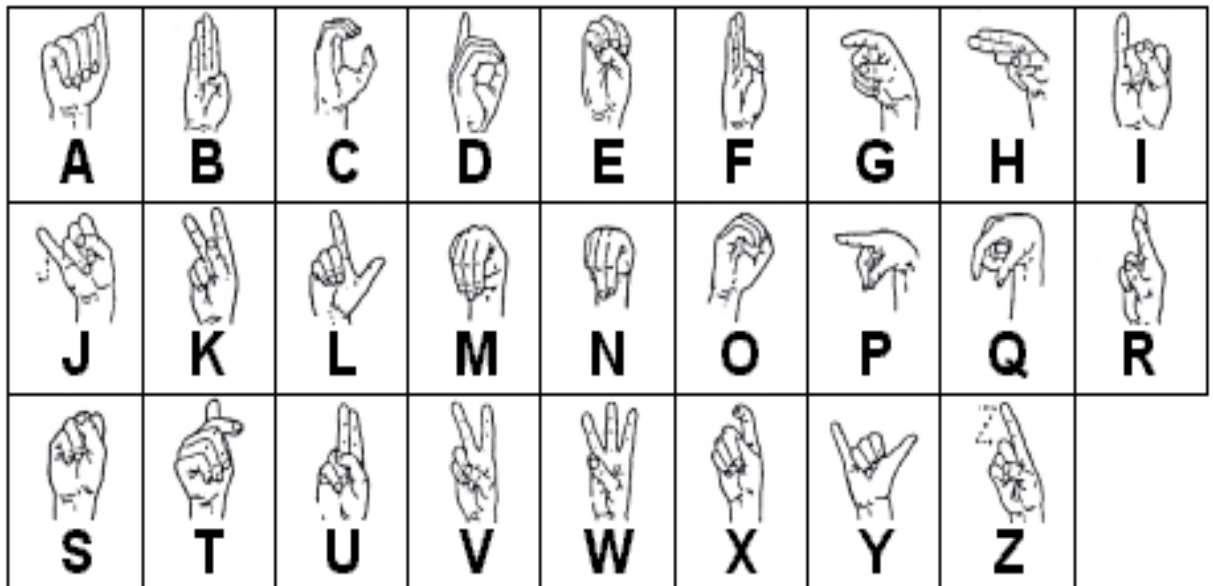
Obrázek 9: Fotografie určené ke komunikaci s pacientem



Zdroj: Základní škola a mateřská škola Tachov: Alternativní a augmentativní komunikace, 2013

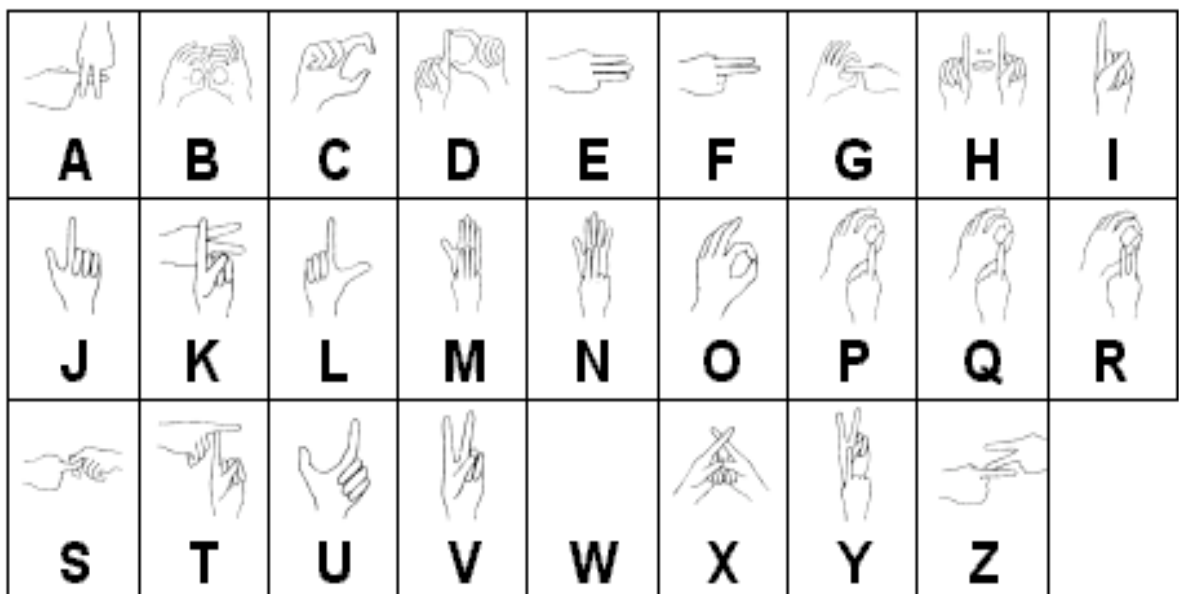
Příloha 6: Prstová abeceda

Obrázek 10: Prstová abeceda jednoruční



Zdroj: Beil, 2002a

Obrázek 11: Prstová abeceda dvouruční



Zdroj: Beil, 2002b

Příloha 7.: Počítačové a elektronické komunikační pomůcky

Obrázek 12: klávesnice větších rozměrů se zvětšenými klávesami



Zdroj: SAAK: půjčovna pomůcek, 2011

Obrázek 13: Trackball neboli myš s velkým rotačním kolečkem nahoře



Zdroj: SAAK: půjčovna pomůcek, 2011

Obrázek 14: Adaptéry pro ovládání počítače jedním spínačem, které mají různou velikost, tvar a dají se ovládat prstem, hlavou či nohou



Zdroj: SAAK: půjčovna pomůcek, 2011

Obrázek 15: Zařízení pro ovládání počítače hlavou, kdy kamera odečítá pohyby reflexního bodu na čele a převádí je na pohyb myši



Zdroj: SAAK: půjčovna pomůcek, 2011

Obrázek 16: Zařízení pro ovládání počítače očima



Zdroj: SAAK: další pomůcky, 2011

Obrázek 17: zařízení k ovládání PC očima, přičemž kamera je umístěna přímo v zařízení naproti uživateli a není třeba již žádných brýlí



Zdroj: SAAK: další pomůcky, 2011

Příloha 8: Vzor letáku k integraci biografické anamnézy do ošetrovatelské péče

Vážení příbuzní,

Do naší péče jste nyní svěřili svého partnera, příbuzného nebo přítele. V jeho/její nemoci, po kterou se stává závislý na naší péči, bychom mu/jí chtěli umožnit zachovat jeho/její potřeby a zvyky. Proto se snažíme provádět co nejsobitější ošetrovatelskou péči. K tomu ale od Vás potřebujeme některé údaje, abychom vašeho příbuzného mohli podporovat v jeho návycích. V odborné terminologii se naše péče jmenuje Bazální stimulace. Zcela konkrétně to pro vás znamená, že nám sdělíte některé zvyky vašeho příbuzného. Díky těmto zvykům se vynasnažíme zmírnit mu tuto extrémní situaci a spřátelit ho s jeho novým okolím, neboť vše zde na intenzivní péči je nové, a ne vždy příjemné. Například směsice různých zvuků, rytmus spánku a bdění, postel, na kterou není zvyklý, mnoho kabelů a hadic, které jsou ale momentálně důležité pro léčbu a sledování stavu vědomí, také cizí hlasy, neznámé prostředí, atd.

Koncept Bazální stimulace nabízí možnost do tohoto nového, neznámého prostředí integrovat návyky pacienta. Proto jsme nyní závislí na vašich údajích a pokládáme vám následující otázky. Ty můžete v klidu zodpovědět a potom nás zavolat. My i náš pacient – váš příbuzný – vám budeme za ně vděční.

- 1. Která jídla a nápoje váš příbuzný upřednostňuje, popřípadě která nesnáší?*
- 2. Které spánkové zvyky má váš příbuzný (poloha na boku, na břicho, zvýšená horní polovina těla, polštáře, deky, zda mívá problémy s usínáním a co mu pomáhá usnout)?*
- 3. Kterou hudbu, hudební směr nebo rozhlasovou stanici váš příbuzný upřednostňuje?*
- 4. Abychom vašemu příbuznému mohli, co nejvíce zpříjemnit péči o tělo, prosíme vás o přinesení jeho osobních oblíbených toaletních potřeb (voda po holení, mýdlo, sprchový gel, parfém, zubní pasta atd.)?*
- 5. Aby si mohl váš příbuzný lépe uvědomovat své tělo a na svém těle se znovu orientovat, přineste mu prosím jeho osobní pyžamo, popřípadě spodní prádlo nebo od jeho nejbližší osoby bavlněné tričko.*
- 6. Abychom mohli probudit vašeho příbuzného v znovuprobuzení jeho vizuálních vzpomínek a napomohli tak k vizuálnímu vnímání okolí, prosíme vás, abyste přinesli fotografii jeho nejbližšího příbuzného, popřípadě malby jeho dětí nebo fotografie z dovolených, oblíbený obraz atd.*

Předem vám děkujeme za vaši spolupráci a jsme vám kdykoli k dispozici, abychom zodpověděli vaše dotazy.

Ošetrující personál JIP

Příloha 9: Cedule pro iniciální dotek

Obrázek 18: Cedule pro iniciální dotek

INICIÁLNÍ DOTEK

Prosím před a po každé činnosti uchopit klienta za

Dotek provádějí všichni členové týmu (ošetřující, terapeuti, lékaři ...).

Zdroj: Friedlová, 2007, p. 73

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE

1. lékařská fakulta

Dotazník k výzkumnému šetření diplomové práce



Vážené kolegyně a kolegové,

jmenuji se Lenka Cvrkalová a jsem studentkou 1.LF UK navazujícího magisterského studia Ošetrovatelská péče v anesteziologii, resuscitaci a intenzivní péči. Ráda bych Vás požádala o vyplnění následujícího dotazníku, který slouží ke sběru dat do empirické části diplomové práce na téma „**Problematiku komunikace sester s pacienty se zajištěnými dýchacími cestami na resuscitačním oddělení.**“ Dotazník je anonymní. Tento dotazník je určen pouze pro ty, kteří pracují na resuscitačním oddělení a ráda bych Vás touto cestou požádala o **vyplnění dotazníku podle reálných a pravdivých skutečností.**

Při vyplňování dotazníku zaškrtněte, prosím, pouze **jednu Vámi vybranou odpověď**, pokud nebude u dané otázky tučně uvedeno jinak. V případě odpovědi „jiné“ uveďte Vámi míněnou odpověď.

Předem děkuji za ochotu a Váš drahocenný čas
Bc. Lenka Cvrkalová

1. Vaše pohlaví:

- žena muž

2. Váš věk:

- 19–29 let 30–39 let 40–49 let 50 a více let

3. Vaše vzdělání:

(zde zaškrtněte Vaše veškeré vzdělání)

- SZŠ Všeobecná sestra
 VOŠ Diplomovaná všeobecná sestra
 VOŠ Diplomovaný zdravotnický záchranář
 VŠ Všeobecná sestra
 VŠ Zdravotnický záchranář
 ARIP, Sestra pro intenzivní péči

4. Jak dlouho pracujete na resuscitačním oddělení?

- méně než 1 rok 1–5 let 5–10 let 10 a více let

5. Jste spokojený/á s vykonávaným povoláním?

- ano, jsem se svým povoláním spokojen/a, své povolání bych neměnil/a
 spíše ano
 nevím
 spíše ne
 ne, dnes bych si vybral/a jiné povolání

6. Považujete komunikaci s pacientem, který má zajištěné dýchací cesty za důležitou?

- ano
 ne

7. Pečujete raději o pacienta na umělé plicní ventilaci v analgosedaci (či v bezvědomí) než o pacienta při vědomí?

- ano
 ne
 je mi to jedno

8. Dělá Vám problém se dorozumět s intubovaným pacientem na UPV při vědomí?

- ano, vždy
 někdy
 ne

9. Dělá Vám problém se dorozumět s tracheostomovaným pacientem na UPV při vědomí?

- ano, vždy
 někdy
 ne

10. Jakým způsobem komunikujete s pacienty při vědomí, kteří jsou napojeni na UPV?

- verbálně, sleduji neverbální projevy
 verbálně, sleduji neverbální projevy a pacient má možnost využití alternativních pomůcek
 verbálně komunikuji jen v nutných případech, občas sleduji neverbální projevy
 nekomunikuji

11. Jaké z alternativních a augmentativních metod komunikace nejčastěji užíváte u pacientů se zajištěnými dýchacími cestami při vědomí?

(zde můžete zaškrtnout více odpovědí)

- odezírání ze rtů
- pohyby očí, mrkání
- stisknutí ruky, pohyb prstů
- přikyvování
- tabulka s abecedou
- tabulka s předepsanými slovy a větami
- papír a tužka
- komunikační obrázkové karty (piktogramy)
- elektrolarynx
- jiné *(prosím, doplňte)*.....

12. Které z alternativních metod užíváte při komunikaci nejčastěji?

(prosím, seřad'te metody od nejčastěji po nejméně používané)

- 1)
- 2)
- 3)

13. Jak reagujete, když nerozumíte pacientovi, co chce vyjádřit?

- vyčkám a zkouším **stejnou** komunikační techniku
- zkouším **jiné** techniky komunikace
- přivolám kolegu
- ukončím komunikaci

14. Jaké metody komunikace nejčastěji užíváte s ventilovaným pacientem v bezvědomí či hluboké analgosedaci?

- 1)
- 2)
- 3)

15. Je pro Vás komunikace s ventilovaným pacientem v bezvědomí či hluboké analgosedaci obtížná?

- ano
- ne *(pokračujte otázkou č. 17)*

16. Z jaké příčiny Vám činí problém komunikovat s ventilovaným pacientem v analgosedaci či bezvědomí?

- nevím, jak s tímto pacientem komunikovat
- komunikace bez zpětné vazby (neodpovídá)
- komunikovat s tímto pacientem je zbytečné
- jiné (*prosím, uveďte*).....

17. Informujete ventilované pacienty v analgosedaci či v bezvědomí o všech ošetrovatelských výkonech, které u nich provádíte?

- ano, vždy
- někdy
- nikdy

18. Myslíte si, že vás pacient v analgosedaci či bezvědomí vnímá a slyší Vás?

- ano
- ne
- nevím

19. Využíváte při péči o ventilované pacienty koncept Bazální stimulace?

- ano
- ne

20. Za jak obtížnou obecně považujete komunikaci pro pacienty na UPV?

- vůbec ne
- trochu
- středně
- hodně
- maximálně

21. Jaký pocit, dle Vaší zkušenosti, prožívá pacient při zjištění, že mu nerozumíte?

- smutek
- vztek
- bezmoc
- klid
- nevadí jim to

22. Máte na Vašem oddělení pomůcku, která by usnadňovala komunikaci s pacienty se zajištěnými dýchacími cestami?

- ano (*prosím, uveďte jakou/jaké*)
.....
.....
- ne

nevím

23. Setkal/a jste se někdy, během své praxe o pacienty na UPV, se speciální komunikační pomůckou, např. vyrobenou přímo pro pacienta?

ano (*prosím, specifikujte pomůcku*)

.....
.....
.....
.....

ne

24. V jaké míře omezují níže uvedené faktory Vaši schopnost komunikace s pacientem se zajištěnými dýchacími cestami?

(zakroužkujte míru omezení u každé položky)

	vůbec ne	trochu	středně	hodně	maximálně
pracovní vytížení, nedostatek času	1	2	3	4	5
nálada	1	2	3	4	5
osobnost sestry	1	2	3	4	5
osobnost a psychický stav pacienta	1	2	3	4	5
nedostatek vhodných pomůcek	1	2	3	4	5
znalosti komunikačních technik	1	2	3	4	5

25. Jakou formou si předáváte informace o způsobu komunikace s pacientem se zajištěnými dýchacími cestami? (*zde můžete zaškrtnout více odpovědí*)

- písemně do ošetrovatelské dokumentace
- ústně během ošetrovatelské vizity
- ústně během předání služby
- informace o způsobech komunikace si nepředáváme
- jiné

.....

26. Získal/a jste v minulosti informace, jakým způsobem lze komunikovat s pacientem, který má zajištěné dýchací cesty?

ano (*prosím, uveďte kde*)

.....
.....

ne, ale měl/a bych zájem

ne a nemám zájem o tyto informace

27. Máte na Vašem oddělení informační brožuru, metodický pokyn či jiné dokumenty týkající se komunikace s pacientem se zajištěnými dýchacími cestami?

ano (*prosím, uveďte které*).....

ne

nevím


28. Máte svoji „fintu“ či radu pro ostatní zdravotníky, která Vám ulehčuje komunikaci s pacienty se zajištěnými dýchacími cestami? (*prosím, uveďte*)




.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

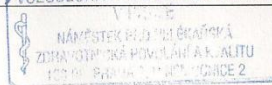
Děkuji Vám za spolupráci, ochotu a Váš cenný čas

*Bc. Lenka Cvrkalová
e-mail: cvrkalda.l@seznam.cz*

Příloha č. 11: Žádost o dotazníkové šetření – Všeobecná fakultní nemocnice v Praze

	Všeobecná fakultní nemocnice v Praze U nemocnice 2, 128 00 Praha 2 Žádost o dotazníkovou akci	F-VFN-075 Strana 1 z 2 Verze číslo: 2

Žádost o umožnění dotazníkové akce v souvislosti s odbornou prací			
Příjmení a jméno žadatele	Bc.Lenka Cvrkalová		
Kontaktní adresa	Vřesice 31, 679 61 Letovice		
Telefon	+420731706842	e-mailová adresa	cvrkalda.l@seznam.cz
Škola / fakulta	Univerzita Karlova v Praze, 1. LF UK		
Obor studia	Ošetrovatelská péče v anestezií, resuscitaci a intenzivní péči		
Téma závěrečné práce	Problematika komunikace sester s pacienty se zajištěnými dýchacími cestami na resuscitačním oddělení		
Termín sběru dat	Únor 2014		
Pracoviště, kde bude sběr probíhat	Klinika anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny VFN a 1. LF UK		
Zjišťované informace	Cílem diplomové práce je zmapovat problematiku komunikace sester s ventilovanými pacienty na resuscitačních odděleních. Snahou výzkumného šetření je zjistit, zda sestřím činí problém dorozumět se s ventilovanými pacienty a které formy komunikace jsou nejčastěji užívané sestrami při péči o tyto pacienty při vědomí a v analgosedaci.		
Forma prezentace dat:	Prezentace výsledků kvantitativního výzkumu formou tabulek a grafů v diplomové práci.		
Poučení žadatele:	1. Žadatel se zavazuje, že zachová mlčenlivost o skutečnostech, o nichž se dozví v souvislosti s prováděným výzkumem a sběrem dat. 2. Dotazníky použité při sběru dat musí být anonymní. 3. Po zpracování výsledků je žadatel povinen je předložit příslušnému náměstkovi, který dotazníkové šetření povolil. 4. Prezentace výsledků s uvedením jména Všeobecné fakultní nemocnice v Praze je možná pouze se souhlasem ředitele VFN.		
Datum:	27. 1. 2014	Podpis žadatele	
Vyjádření vedení pracoviště			
Vyjádření vrchní sestry / primáře / přednosta	<input checked="" type="checkbox"/> Souhlasím <input type="checkbox"/> Nesouhlasím		
Datum	3/2 2014	Podpis	 Mgr. Gregorovičová Milada
Vyjádření vedení Všeobecné fakultní nemocnice v Praze			
Odpovědný náměstek / ředitele			
Vyjádření příslušného náměstka / ředitele	<input checked="" type="checkbox"/> Souhlasím <input type="checkbox"/> Nesouhlasím		
Bude za šetření vyžadována úhrada	<input type="checkbox"/> Ano <input checked="" type="checkbox"/> Ne Částka		
Datum		Podpis	



Příloha č. 12: Žádost o dotazníkové šetření – Thomayerova nemocnice



THOMAYEROVA NEMOCNICE
140 59 PRAHA 4 - KRČ, VÍDEŇSKÁ 800

ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ SBĚRU DAT V TN

Dobrý den,

jsem studentkou 2. ročníku navazujícího magisterského studia oboru Ošetrovatelská péče v anesteziologii, resuscitaci a intenzivní péči na 1. LF UK a obracím se na Vás s žádostí o povolení výzkumného dotazníkového šetření k diplomové práci na téma „ *Problematika komunikace sester s pacienty se zajištěnými dýchacími cestami na resuscitačním oddělení*“.

Cílem diplomové práce je zmapovat problematiku komunikace sester s ventilovanými pacienty na resuscitačních odděleních. Dále je snahou výzkumného šetření zjistit, zda sestřám činí problém dorozumět se s ventilovanými pacienty a které formy komunikace jsou nejčastěji užívané sestrami při péči o tyto pacienty při vědomí a v analgosedaci.

Ráda bych dotazníkové šetření provedla u všeobecných sester pracujících na resuscitačních odděleních A i B, anesteziologicko - resuscitační kliniky. Dotazník je zcela anonymní a je součástí této žádosti. Výzkumné šetření bude probíhat během měsíce únor 2014. Získané informace slouží pouze pro účel této diplomové práce.

V případě Vašeho zájmu Vám velmi ráda poskytnu výsledky výzkumného šetření.

Za spolupráci a kladné vyřízení mé žádosti Vám předem děkuji.

Bc. Lenka Cvrkalová
Studentka 1. LF UK
Vřesice 31
679 62 Křetín
Tel.: +420 731 706 842
E-mail: cvrkalda.l@seznam.cz

Poučení

Žadatel se zavazuje, že zachová mlčenlivost o skutečnostech, o nichž se dozví v souvislosti s prováděným sběrem dat. Použitá data budou anonymní. Dokumentace je přílohou žádosti (např. dotazník).

Po zpracování žadatel předloží výsledky Centru pro vzdělávání a vědu, budou dále předány příslušnému náměstkovi, který sběr dat povolil.

Prezentace výsledků s uvedením jména Thomayerovy nemocnice je možná pouze s jejím souhlasem.

Datum 6.2. 2014 Podpis:

Vyplňuje Thomayerova nemocnice

Vyjádření vedoucího kliniky / oddělení TN

Souhlasím se sběrem dat

ANO

Požaduji vyjádření etické komise

ANO

Stvrzuji, že budou ochráněna osobní data pacientů

Datum: 6/2 2014

NE

ČP	THOMAYEROVA NEMOCNICE
04	PRAHA 4 - KRČ, VÍDEŇSKÁ 800
005	Neurologická klinika
285	Neurologická klinika

Bc. Martina Bradová

Podpis vedoucího kliniky / oddělení

Vyjádření odpovědného náměstka:

Souhlasím se sběrem dat

ANO
10. 02. 2014

Datum:

NE

Thomayerova nemocnice
Videňská 800, P.O. 59, Praha 4 - Krč
Náměstek pro nelékařskou zdravotnická povolání

Podpis odpovědného náměstka

Mgr. Jaroslava Mrkvíčková, MBA

Vážená paní
Mgr. Jana Nováková, MBA
Náměstkyně pro ošetrovatelskou péči
Fakultní nemocnice v Motole
V Úvalu 84
150 06, Praha 5

Bc. Lenka Cvrkalová
Studentka 1. LF UK
Vřesice 31
679 62 Křetín
Tel.: +420 731 706 842
E-mail: cvrkalda.l@seznam.cz

V Praze dne 28. 1. 2014

Věc: Žádost o výzkumné šetření k diplomové práci

Vážená paní náměstkyně,

jsm studentkou navazujícího magisterského studia oboru Ošetrovatelská péče v anesteziologii, resuscitaci a intenzivní péči na 1. LF UK a obracím se na Vás s žádostí o povolení výzkumného dotazníkového šetření k diplomové práci na téma „ *Problematika komunikace sester s pacienty se zajištěnými dýchacími cestami na resuscitačním oddělení*“.

Cílem diplomové práce je zmapovat problematiku komunikace sester s ventilovanými pacienty na resuscitačních odděleních. Dále je snahou výzkumného šetření zjistit, zda sestřám činí problém dorozumět se s ventilovanými pacienty a které formy komunikace jsou nejčastěji užívané sestrami při péči o tyto pacienty při vědomí a v analgosedaci.

Ráda bych dotazníkové šetření provedla u všeobecných sester pracujících na resuscitačním oddělení pro dospělé. Dotazník je zcela anonymní a je součástí této žádosti.

V případě Vašeho zájmu Vám velmi ráda poskytnu výsledky výzkumného šetření.

Za spolupráci a kladné vyřízení mé žádosti Vám předem děkuji.

S pozdravem a úctou



Bc. Lenka Cvrkalová
Studentka 1. LF UK

PhDr. Jana Hocková, PhD.
Vedoucí diplomové práce

Vyjádření vedení instituce:

Žádost povolena

Žádost zamítnuta

Odůvodnění:

.....
.....
.....
.....

Mgr. Jana Nováková, MBA
náměstí pro os. péči FN Motol

**Příloha č. 14: Žádost o dotazníkové šetření – Ústřední vojenská nemocnice –
Vojenská fakultní nemocnice**

Vážená paní
Mgr. Lenka Gutová, MBA
Náměstkyně ředitele pro nelékařské zdravotnické profese a řízení kvality zdravotní péče
Ústřední vojenská nemocnice – Vojenská fakultní nemocnice
U vojenské nemocnice 1200
169 02, Praha 6

Bc. Lenka Cvrkalová
Studentka 1. LF UK
Vřesice 31
679 62 Křetín
Tel.: +420 731 706 842
E-mail: cvrkalda.l@seznam.cz

V Praze dne 28. 1. 2014

Věc: Žádost o výzkumné šetření k diplomové práci

Vážená paní náměstkyně,

Jsem studentkou navazujícího magisterského studia oboru Ošetrovatelská péče v anesteziologii, resuscitaci a intenzivní péči na 1. LF UK a obracím se na Vás s žádostí o povolení výzkumného dotazníkového šetření k diplomové práci na téma „*Problematika komunikace sester s pacienty se zajištěnými dýchacími cestami na resuscitačním oddělení*“.

Cílem diplomové práce je zmapovat problematiku komunikace sester s ventilovanými pacienty na resuscitačních odděleních. Dále je snahou výzkumného šetření zjistit, zda sestřím činí problém dorozumět se s ventilovanými pacienty a které formy komunikace jsou nejčastěji užívané sestrami při péči o tyto pacienty při vědomí a v analgosedaci.

Ráda bych dotazníkové šetření provedla u všeobecných sester pracujících na oddělení RES na klinice anestezie, resuscitace a intenzivní medicíny. Dotazník je zcela anonymní a je součástí této žádosti.

V případě Vašeho zájmu Vám velmi ráda poskytnu výsledky výzkumného šetření.

Za spolupráci a kladné vyřízení mé žádosti Vám předem děkuji.

S pozdravem a úctou



Bc. Lenka Cvrkalová
Studentka 1. LF UK

Vyjádření vedení instituce:

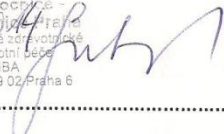
Žádost povolena

Žádost zamítnuta

Odůvodnění:

.....
.....
.....
.....

Ústřední vojenská nemocnice -
Vojenská fakultní nemocnice v Praze
náměstkové ředitele pro lékařskou a zdravotnické
profese a řízení kvality zdravotní péče
Mgr. Lenka GUTOVÁ, MBA
I/ Vojenská nemocnice 1200, 169 02 Praha 6



Příloha č. 15: Informační brožura – Komunikace s pacientem se zajištěnými dýchacími cestami


Doporučení pro komunikaci s pacientem se zajištěnými dýchacími cestami

PACIENT PŘÍ VĚDOMÍ

- Pacientovi věnujte maximální pozornost a trpělivost,
- vysvětlíte příčiny zhoršené komunikace,
- po celou dobu komunikace udržujte zrakový kontakt,
- buďte struční a srozumitelní,
- svá sdělení opakujte,
- zjistěte pacientovi přání a potřeby,
- nabídněte pacientovi alternativní a augmentativní metody komunikace,
- vysvětlíte, že při metodě odezírání ze rtů je vhodné užívat pouze slova či kratší věty a viditelně artikulovat,
- sledujte veškeré neverbální projevy pacienta,
- pacientovi naslouchejte a během rozhovoru dávejte neverbálně najevo porozumění a zájem,
- rozhovor by se měl dotknout současné situace pacienta a výhledu do budoucnosti,
- vysvětlíte rodině a blízkým pacienta možnosti komunikace a vybízejte je ke komunikaci s pacientem.^{4,5}

Doporučení pro komunikaci s pacientem se zajištěnými dýchacími cestami


PACIENT V BEZVĚDOMÍ, V ANALGOSEDACI

- Předpokládejte, že vás pacient vnímá,
- pacienta pozdravte, představte se a mluvíte na něj,
- vhodným komunikačním prostředkem jsou prvky konceptu bazální stimulace, především iniciální dotek,
- komentujte vše, co u pacienta právě děláte anebo co se chystáte udělat, následkem vyvolání libých či nelibých pocitů u pacienta lze zaznamenat reakce ve formě změn v dechové frekvenci, slinění, mrkání, svalovém tonu a aj.,

- důležité je umět rozpoznat tyto formy komunikace.^{1,3}

Komunikace s pacientem se zajištěnými dýchacími cestami

Informační brožura (nejen) pro sestry

■ ■ ■



■ ■ ■

Bc. Lenka Cvrkalová

LITERATURA

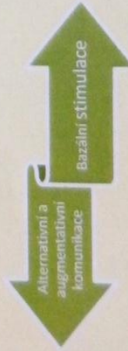
1. Kapounová, G. (2007). *Ošetrovatelství v Intenzivní péči*. Praha: Grada.
2. Škodová, J., & Jedlička, I. (2007). *Klinická logopedie*. (2. nd ed.). Praha: Portál.
3. Friedlová, K. (2007). *Bazální stimulace v základní ošetrovatelské péči*. Praha: Grada
4. Ledererová, K. (2013). *Komunikace s pacientem na UPV. Sestra*, 23(10), 28-29.
5. Spatenková, N., & Králová, J. (2009). *Základní otázky komunikace*. Praha: Galén.

ÚVOD DO PROBLEMATIKY

Pacienti se zajištěnými dýchacími cestami pomocí endotracheální roury či tracheostomické kanyly jsou kompletně odkázáni na péči sestry, která musí být schopna identifikovat individuální potřeby, pocity a přání nemocného.

Tato komunikace je charakterizována časovou náročností a vyžaduje značnou dávku trpělivosti, empatie a obzvláště přesvědčení, že komunikace je smysluplná a přínosná.

Cílem je, aby sestra společně s pacientem našla vhodný způsob komunikace. Měla by být poskytnuta možnost se adekvátně dorozumět jiným, náhradním způsobem anebo podporovat již existující, ale pro běžné dorozumívání nedostatečné komunikační schopnosti. Jako klíčové se jeví užití augmentativních a alternativních systémů komunikace u pacientů při vědomí a koncept bazální stimulace pro pacienty v bezvědomí a v analgosedaci.



MOŽNOSTI KOMUNIKACE

Odezírání ze rtů

Jedná se o nejrozsáhlejší techniku, která ovšem vyžaduje ze strany sestry zkušenosti a dobrou artikulaci ze strany pacienta.¹

Psané slovo

Pacienti, kteří udrží tužku a desky s papírem, mohou komunikovat psaním nebo kreslením.¹

Komunikační tabulky

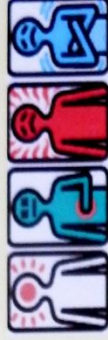
Abečední tabulka se užívá spíše tehdy, když sestra neporozumí artikulovanému sdělení pacienta. Při této metodě pacient či sestra ukazují na jednotlivá písmena, které se skládají do slov. Pacient svoji volbu písmene potvrzuje předem domluveným nonverbálním signálem (např. stisknutím ruky, delším mrknutím, aj.). Lze užít takéž modernějších plastových či magnetických tabulek.¹

Ano x ne signály

U této metody je snahou sestry nelézt signál, kterým je pacient schopen dát najevo svůj souhlas/nesouhlas. Signálem může např. být zavření očí (ano) a vypláznutí jazyka (ne) či kývání hlavou (ano) a vrtění (ne). Je nutné užívat uzavřené otázky, na které lze odpovědět ano/ne.¹

Komunikační karty

Jedná se o obrázky, fotografie či piktoqramy vystihující časté potřeby a přání pacienta. Vhodné je doplnění symbolů nadpisy. Mohou být vyobrazeny na jednotlivých kartách, na archu pevného papíru či ve speciálních složkách. Fotografie předmětů, činností nebo osob se jeví pro pacienty srozumitelnější a čitelnější.^{1,2}



Bazální stimulace

Bazální stimulace je komunikační, interakční a vývoj podporující stimulační koncept, jenž se orientuje na pacienty v bezvědomí a v analgosedaci. Prostřednictvím prvků bazální stimulace mohou pacienti cítit své vlastní tělo a vnímat své okolí.

Komunikace probíhá pomocí mluveného slova, doteků, vůně, chuťových vjemů, změn polohy těla a jiných fyzikálních a chemických podnětů.

Mezi nejdůležitější prvky patří iniciální dotek doprovázený mluveným slovem.³

Chcete-li získat více informací o této problematice, kontaktujte mne na adrese: cvrkalda.i@seznam.cz

