

**UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE
LÉKAŘSKÁ FAKULTA V HRADCI KRÁLOVÉ**

ÚSTAV SOCIÁLNÍHO LÉKAŘSTVÍ

ODDĚLENÍ OŠETŘOVATELSTVÍ

**KOMUNIKACE U PACIENTŮ S UMĚLOU
PLICNÍ VENTILACÍ**

Bakalářská práce

Autor práce: **Stanislava Elisek**

Vedoucí práce: **Mgr. Michaela Schneiderová**

2008

**CHARLES UNIVERSITY IN PRAGUE
MEDICAL FACULTY OF HRADEC KRÁLOVÉ**

INSTITUTE OF SOCIAL MEDICINE

DEPARTMENT OF NURSING

**COMMUNICATION OF PATIENTS WITH
ARTIFICIAL LUNG VENTILATION**

Bachelor's thesis

Author: **Stanislava Elisek**

Supervisor: **Mgr. Michaela Schneiderová**

2008

Prohlašuji, že předložená práce je mým původním autorským dílem, které jsem vypracovala samostatně. Veškerou literaturu a další zdroje, z nichž jsem při zpracování čerpala, v práci řádně cituji a jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

V Hradci Králové: 5.7.2008

.....
(podpis)

PODĚKOVÁNÍ:

Děkuji paní Mgr. Michaele Schneiderové za odborné vedení bakalářské práce. Dále také děkuji rodině za podporu během celého studia.



Ne ruka, to duše maluje

OBSAH

1. ÚVOD	8
2. KOMUNIKACE	9
2.1. Definice komunikace	9
2.2. Druhy komunikace	10
2.2.1. Verbální komunikace	10
2.2.2. Neverbální komunikace	10
2.3. Překážky a bariéry při komunikaci	11
2.4. Komunikace s nemocným člověkem	12
2.4.1. Vliv nemoci na jednotlivé složky komunikace	13
2.5. Role sestry jako součást komunikace	14
2.5.1. Komunikace s rodinou pacienta	15
3. UMĚLÁ PLICNÍ VENTILACE (UPV)	16
3.1. Příčiny vedoucí k UPV	16
3.2. Zajištění průchodnosti dýchacích cest u ventilovaných pacientů	16
3.3. Indikace ventilační podpory	17
3.4. Typy umělé plicní ventilace	17
3.5. Ventilační režimy	17
3.6. Dýchací přístroje	18
3.7. Pacient na umělé plicní ventilaci	19
3.7.1. Péče o pacienta na umělé plicní ventilaci	19
4. MOŽNOSTI KOMUNIKACE U PACIENTŮ NA UPV	20
4.1. Mluvená řeč, artikulace	20
4.2. Psané slovo	21
4.3. Komunikace pomocí obrázků, karet a fotografií.....	22
4.4. Komunikace pomocí počítače	23
4.5. Komunikace pomocí mimiky	26
4.6. Bazální stimulace	28
4.7. Komunikace pomocí pomůcek typu: chůvička, dětská hračka	29
5. EMPIRICKÁ ČÁST	31
5.1. Cíle práce	31
5.2. Metodika práce	31

5.2.1. Zdroje odborných poznatků	31
5.2.2. Charakteristika souboru respondentů	31
5.2.3. Užití metody šetření	32
5.2.4. Realizace šetření	34
5.2.5. Zpracování získaných dat	35
5.3. Interpretace dat	35
5.3.1. Dotazník pro respondenty	35
5.3.2. Rozhovory s pacienty	47
6. DISKUZE	65
Závěr	72
Anotace	74
Literatura	75
Seznam grafů	80
Seznam tabulek	81
Seznam zkratk	82
Seznam příloh	83
Přílohy	84

1. ÚVOD

Komunikace je širokou veřejností považovaná za důležitý článek interakce mezi lidmi. Hovořit, předávat informace a zkušenosti považujeme za součást života. Komunikace je dána každému jedinci a lze ji považovat za nástroj anebo „klíč“ ke vztahům i k okolnímu prostředí.

To, jak důležitá je komunikace a potřeba kontaktu s lidmi, je možno přiblížit na zdánlivě vzdáleném příkladu. Odloučení, ztráta svobody a volnosti jsou ve společnosti vnímány jako odplata za spáchaný čin. Vykonavatelé trestů už dávno pochopili, že umístění odsouzeného do cely, která je určená pouze pro jednoho vězně, je trestem ještě vyšším. Tímto způsobem je zamezen kontakt s jinými lidmi, je zamezena komunikace. Již netypický příklad může být v něčem podobný pro pacienty, kteří jsou na umělé plicní ventilaci. I oni se někdy mohou cítit ve svém těle jako vězni. I oni jsou obvykle omezeni v pohybu a v komunikaci.

K napsání bakalářské práce o formách komunikace u ventilovaných pacientů mne vedla vlastní zkušenost. Při své práci sestry v domácí péči jsem se setkala s nemocným, který je napojen na plně řízenou plicní ventilaci. Se svým okolím komunikuje netradičním — jedinečným způsobem, pouze pomocí mimiky. V průběhu psaní jsem měla možnost poznat také dalšího ventilovaného pacienta, který preferuje odlišný způsob sdělování. Oba nemocní jsou však i přes svá těžká postižení schopni a ochotni se svým okolím komunikovat. A díky jejich ochotě bylo i možno v rozhovorech zmapovat jak prožívali pobyt v nemocnici, jakým způsobem komunikují se svým okolím a jak vnímají své postižení. Jednou ze známek plnohodnotného života je, že je člověk schopný milovat a pracovat. Už na první pohled je jasné, že z obou pacientů vyzařuje láska a tudíž jsou schopni milovat. A jak může tvořit pacient na umělé plicní ventilaci, je možno se přesvědčit na začátku anebo také v závěru této práce.

Tak jako má mince svůj rub a líc, tak se na péči podílí nejen samotný pacient, ale i řada pracovníků ve zdravotnictví. Proto jsem se snažila zjistit, jak vnímají komunikaci sestry, které pracují v nemocnicích na lůžkových odděleních resuscitační péče.

Zmíněné komunikační metody mohou sloužit jako návod pro zdravotníky, rodiny pacientů i samotné nemocné. To proto, aby se nemocní mohli svobodně vyjádřit, necítili se osamoceni, aby se necítili jako vězni na samotce...

2. KOMUNIKACE

2.1. Definice komunikace

Člověk se učí komunikovat od útlého věku. Už novorozenec dokáže vyjádřit pocity libosti a nelibosti. Svou nespokojenost dá najevo pláčem, upoutá pozornost a tím přivolá matku. Ze spokojeného výrazu lze rozpoznat, že je nemluvně nasycené a bez obtíží. Některé teorie hovoří o tom, že jisté komunikace je schopen už lidský plod. Postupem času dítě komunikační signály nejen vysílá, ale i přijímá. V úzkém rodinném kruhu si zvyká na jistý druh a způsob komunikace. Během života je lidská komunikace ovlivněna mnoha faktory.

„Lidská komunikace je složitý a mnohvrstevný proces závislý na individuální psychice, inteligenci, na vzdělání a na individuálních i sociálních zkušenostech... Patří tedy k základní bio-sociální výbavě člověka, ale individuálně se liší svou vyvinutostí, vycvičeností, dědičnými dispozicemi, rozvojem komunikačních dovedností, výchovou v rodině i způsobem, jímž je realizována“ (Linhartová, 2007, s. 9).

Akademický slovník cizích slov vysvětluje termín komunikace takto: „Přenos nejrůznějších informačních obsahů v rámci různých komunikačních systémů za použití různých komunikačních médií, zejména prostřednictvím jazyka, sdělování.“ (Petráčková, Kraus, 1995, s. 406)

Komunikace nás doprovází celým životem. Je běžnou součástí rodinného, společenského i kulturního žití. Je způsobem projevu, kterým se člověk prezentuje, navazuje i udržuje společenské kontakty a může také vyjadřovat své názory, pocity. Komunikace se dá také vnímat jako interakce lidí.

Komunikační proces je složen z pěti základních složek:

- komunikátor (mluvčí)
- komunikant (příjemce)
- komuniké – zpráva která je vysílána
- zpětná vazba – reakce, odpověď
- situační kontext – situace a prostředí, ve kterém komunikace probíhá

(Zacharová, Hermanová, Šrámková, 2007, s. 83)

2.2. Druhy komunikace

Dorozumívání mezi lidmi prošlo jistým vývojem. Dříve rozšířená forma písemné korespondence je v současné době nahrazena moderní a velmi rychlou formou dorozumívání pomocí mobilní sítě, internetu ale i satelitu. Jak je všeobecně známo, tato všude přítomná „dosažitelnost“ nepřináší pouze pozitiva.

Členění a terminologie v oblasti komunikace nejsou jednotné. Jednotlivá odvětví lidské činnosti si během svého vývoje utvořili specifická označení a způsoby přístupu. Nejzákladnější členění je na verbální a neverbální složku komunikace. Tyto dvě formy nelze od sebe oddělovat. Za jistý způsob projevu lze také považovat mlčení. I tímto způsobem lze „říci“ mnoho věcí.

2.2.1. Verbální komunikace

Při verbální komunikaci dochází ke sdělování informací pomocí slov. Tato komunikace je ovlivněná situací ve které dorozumívání probíhá, vnitřní dispozicí jedince a motivací ke komunikaci. (Venglářová, Mahrová, 2006)

Verbální komunikace může mít formu mluvenou anebo psanou. U mluvené formy - řeči lze rozlišit obsahovou a neobsahovou stránku řeči. Nejrozšířenější podobou slovní komunikace je rozhovor. Kdy účastníci v průběhu rozhovoru sehrávají určité role. Psaná forma komunikace může mít různé podoby a to od jednotlivých vzkazů, hesel až po obsáhle svazky a romány. Liší se také od sebe nejen zaměřením, ale i obsahem či odborností.

2.2.2. Neverbální komunikace

Neverbální komunikace dotváří verbální sdělení. Mimoslovní komunikace tvoří opticko – kinetický systém znaků. Přenos se děje především optickým a taktilním kanálem. Význam neverbálních znaků je podmíněn kulturou, dobou, sociální skupinou a prostředím. (Ivanová, 2005, s. 66)

Udává se, že neverbální složka komunikace tvoří asi 70 – 80 % sdělení. Jedná se o nejpoužívanější a nejúpřímější složku komunikace.

Složky neverbální komunikace

Vizika — je řečí očí. Oči jsou schopny mluvit díky zaměřením pohledu, dobou výdrže, četností a sledem pohledů. Dále také počtem mrknutí a rozšiřováním zornic a pohybem

do stran. Z pouhého pohledu dokážeme často identifikovat duševní rozpoložení člověka (přemýšlení, nejistotu, radost ale i smutek). Lidský zrak považujeme za jeden z hlavních neverbálních komunikačních prostředků. Ne náhodou je oko opředeno množstvím úsloví, přísloví a přirovnání. Např.: oko je okno do duše.

Mimika — pohyby tváře, především úst, očí a nosu. Z celkového výrazu tváře lze za nejvýraznější považovat úsměv. Užívání mimiky v projevu má své kulturní a národnostní specifika.

Kinetika — celkový pohyb těla, chůze. Ve velké míře je ovlivněna vrozenými dispozicemi.

I na velkou dálku a ve tmě je možné poznat známou osobu pouze podle způsobu chůze, aniž bychom ji viděli do tváře.

Gestika — zahrnuje zaměřené pohyby rukou, hlavy, někdy i nohou. Posuňky jsou pohyby, které mají významný sdělovací účel a doprovázejí slovní či mimoslovní projevy. Smyslem gest je vyjádření emocí.

Haptika — dorozumívání doteky a podáváním rukou. Doteky mohou mít různý význam: formální, neformální, přátelský a intimní.

Chronemika — je charakterizovaná způsobem, jakým vyjadřujeme, užíváme a strukturujeme čas.

Proxemika — sdělování přiblížením a oddálením. V souvislosti s proxemikou, neboli vzdálenosti „partnerů“ v komunikaci, jsou vymezeny zóny osobního prostoru: intimní, osobní, společenská a veřejná.

Posturologie — je řeč pomocí fyzických postojů (držení těla, napětím či uvolněním postavením všech částí těla jako celku, chůzí atd.).

Paralingvistika — souvisí s paralingvistickými aspekty: přízvuk, slovosled, hlasitost řeči, rychlost řeči, plynulost řeči, intonace, chyby v řeči, kvalita řeči, vokalizace.

Komunikace prostřednictvím předmětů — je komunikace pomocí oblečení, ozdob, vůní či barev. (Pokorná, 2006)

2.3. Překážky a bariéry při komunikaci

Obecně lze říci, že se způsob komunikace liší u různých věkových skupin. O úrovni komunikace rozhoduje také mentální stav, inteligence, nálada, prostředí a podmínky pro komunikaci.

V interpersonální komunikaci se mohou objevit interní i externí bariéry.

Interní bariéry:

- obava z neúspěchu, která působí na jedince svazujícím pocitem
- problémy osobního rázu
- neochota respektovat odlišnou úroveň komunikačního partnera nebo jiné odlišnosti
- bariéry v podobě xenofobie, neúcty, nesympatie, vůči komunikačnímu partnerovi
- skákání do řeči, čtení myšlenek
- fyzické nepohodlí
- nesoustředěnost na komunikaci
- stereotypizace – zařazování komunikačního partnera do jisté kategorie

Externí bariéry:

- nezvyklé prostředí
- vyrušování někým třetím
- hluk, vizuální rozptylování

(Pedagogická komunikace jako prostředek sociální interakce, 2008, online)

2.4. Komunikace s nemocným člověkem

Úroveň a způsob komunikace jsou u nemocných značně rozdílné. Důvodem jsou jednak individuální zvláštnosti, ale také momentální zdravotní stav pacienta. Dalo by se říci, že komunikační schopnost člověka se během každé nemoci mění. Do verbálního i neverbálního projevu se může promítat celé prožívání nemocného.

Bariéru v komunikaci představuje porucha řeči. Vzhledem k tomu, že je řeč považovaná za nejdokonalejší a nejpoužívanější prostředek komunikace, jsou poruchy fonetiky zásadním problémem v oblasti vzájemné interakce lidí.

Poruchu vývoje řeči reprezentují dyslálie a vývojová dysfázie. Z organických příčin poruch řeči se jedná o anatomické odchylky mluvidel a poruchy inervace. Změna v komunikaci postihuje i nemocné po úrazech hlasivek a hrtanu, dále také při zánětech a tumorech hlasového aparátu.

Ztráta již vyvinuté řeči je afázie. Dysartrie je narušení artikulace, při úplné neschopnosti artikulovat se používá termín anartrie. Poruchy plynulosti řeči označujeme jako koktavost – balbuties.

Potíže v komunikaci nesouvisí pouze s poruchou hlasu a řečové schopnosti. Mění se také u stavů a onemocnění které postihují i jiné orgány a systémy.

Velká pozornost v odborných ale i laických kruzích je věnována poruchám zraku a sluchu. Z dalších překážek v komunikaci to jsou poruchy řeči z psychogenních a psychiatrických příčin, agrese, apatie, deprese a demence. Jisté obtíže jsou zaznamenány i v komunikaci s cizincem.

Všeobecně lze říci, že se úroveň a způsob komunikace mění i během prožívání bolesti, odloučení, příchodem do cizího nevlídného prostředí a také při ztrátě schopnosti pracovat.

Za výraznou změnu v komunikaci lze považovat stav pacienta při porušeném vědomí. Při zajištění dýchacích cest pomocí endotracheální intubace anebo tracheostomické kanyly je komunikace značně ztížena. I farmakoterapie (analgetika, opiáty a preparáty určené k sedaci a relaxaci) během ošetřování nemocných v kritickém stavu mají také vliv na stav vědomí, orientace a tím pádem i na komunikaci.

2.4.1. Vliv nemoci na jednotlivé složky komunikace

Verbální projev - změna v komunikaci se týká obsahu ale i způsobu sdělení. Nemocný se dotazuje na způsob léčby, délku hospitalizace a rehabilitace, na přítomnost bolesti při jednotlivých úkonech atd.

Vizika - během léčení a ošetřování potřebuje nemocný především důvěru. Pomocí kontaktu očí lze důvěru navodit a udržet.

Kinetika - celkový pohyb těla, schopnost anebo neschopnost stoje anebo sedu nás informují o celkovém zdravotním stavu nemocného. Aktivní vyhledávání určité polohy bývá příznakem specifických onemocnění.

Gestika - pohybem ruky lze určit lokalizaci obtíží.

Haptika - význam doteků a hlazení je velmi významný. Nepříznivě na nemocného působí kontakt pokožky s některými zdravotnickými materiály a pomůckami. Jako jsou například tvrdé, chladné vyšetřovací a operační stoly, kontakt s desinfekčními roztoky anebo vlastními tělními tekutinami. Smysl taktilní stimulace by měl být znám všem zdravotníkům.

Proxemika - každé narušení intimní zóny člověka cizí osobou přináší jistou změnu pocitů. Při nejrůznějších lékařských zákrocích a ošetřovatelských úkonech

je intimní zóna pacienta téměř vždy porušena. Je proto nutné ho před každým úkonem upozornit a informovat o prováděných činnostech.

Z jednotlivých verbálních ale i neverbálních projevů nemocného je vnímavá sestra schopna rozpoznat řadu příznaků. Některé i bez použití verbálních prostředků a různých přístrojů anebo pomůcek. Jako jednoduchý příklad lze uvést febrilní stav. Lesklé oči (vizika), teplá kůže (haptika), unavený výraz tváře (mimika) a celého těla (kinezika).

V komunikaci s jedincem s omezením tělesných, smyslových či kognitivních funkcí využíváme nejen standardních komunikačních technik a dovedností, ale je potřeba využít také některých specifických znalostí a dovedností, které napomohou v efektivní komunikaci s nimi. (Pokorná, 2006, s. 54)

2.5. Role sestry jako součást komunikace

Sestra používá dovednost komunikovat s pacientem jako součást profesionálního vybavení. Schopnost komunikovat slouží k navázání a rozvíjení kontaktu s pacientem. (Venglářová, Mahrová, 2006, s. 11)

Role sestry v komunikaci s pacientem je nepochybně velmi významná. Je to právě sestra, která v procesu ošetřování tráví s nemocným nejvíce času. Komunikaci používá při navázání a udržení kontaktu, získání důvěry, při sběru dat, poskytnutí informací či tak důležité útechy.

Výstižně role sestry popisuje Kutnohorská:

- Ošetřovatelka
- Komunikátorka
- Edukátorka (ve smyslu zdravotně výchovného působení)
- Poradkyně
- Pacientova / klientova advokátka
- Nositelka změn
- Manažerka
- Výzkumný pracovník (Kutnohorská, 2007, s. 22)

Dalo by se říci, že v každé z uvedených rolí hraje komunikace klíčovou úlohu. Komunikační schopnost je u lidí rozličná. Značné rozdíly v schopnosti dorozumět se jsou i u všeobecných sester a porodních asistentek. Svou úlohu zde sehrává výchova

a osobnost ošetřujícího personálu. Dalšími faktory jsou i délka praxe a specifická pracoviště.

Profesionalita sestry se navenek projevuje verbální i neverbální stránkou komunikace. Mezi laickou ale i odbornou veřejností je rozšířen názor, že slovem může zdravotnický pracovník ranit nemocného více nežli ostrým nástrojem. Z toho důvodu je důležité, aby vystupování sester ve vztahu k nemocným bylo skutečnou součástí péče. Nemocný ve své roli pacienta vnímá všechny stránky projevu pečujících. Slova útěchy a pochopení jsou důležité. Neméně významné je i nonverbální sdělování. Ze všech známých neverbálních komunikačních složek má velký význam úsměv. Právě ten je často a zdá se že i právem považován za nejlepší komunikační prvek mimiky.

2.5.1. Komunikace s rodinou pacienta

Role sestry jako komunikačního článku v péči je rozšířena o interakci s rodinou nemocného. Na rodinu lze pohlížet jako na systém, ve kterém dochází k přerozdělování rolí a odpovědnosti. V akutní fázi onemocnění reaguje na vzniklou situaci nejen samotný pacient ale i jeho blízcí. Také příbuzní se adaptují na diagnózu, léčbu ale i na samotné odloučení. Musí se vyrovnat s těžkým průběhem, hospitalizací, invaliditou anebo umíráním.

Nedílnou součástí péče je otevřená komunikace s rodinou. Na začátku léčby je tato komunikace důležitá při sběru dat. Během ošetřování sestra od příbuzných získává další informace. Zvláště citlivý přístup má sestra zvolit v interakci s rodinou pacienta jehož stav je závažný. Důležité je umožnit příbuzným kontakt s pacientem, dále je vhodné zdůraznit jim význam taktilní a auditivní stimulace. Právě tyto prvky mohou ovlivnit průběh onemocnění. Přítomnost známých, blízkých osob poskytuje emoční podporu.

Ve stabilizovaném stavu se rodina spolupodílí na rozhodování týkající se péče o nemocného. U stavů, které vyžadují neustálou přítomnost ošetřujícího stojí rodina před důležitým rozhodnutím a to: zda zvolit profesionální péči v zařízeních sociální péče, domovech důchodců či v hospici, anebo vzít na svá bedra odpovědnost a pečovat o nemocného v domácnosti za podpory sociální služby a sociálních příspěvků. Zvolit jednu z možností je nesnadné.

3. UMĚLÁ PLICNÍ VENTILACE

Umělá plicní ventilace (UPV) umožňuje při respirační insuficienci podporu nebo náhradu činnosti některých složek respiračního systému (plic, hrudní stěny, dýchacího svalstva), které se podílí na výměně plynů v plicích. (Kasal, 2006, s. 120)

V současné době je urgentní péče a medicínská technika na vysoké úrovni. Je schopna pomoci i lidem, kteří by v minulosti neměli žádnou šanci na přežití. Jedná se například o pacienty u kterých došlo k ventilačnímu anebo oxygenačnímu selhání. Pro záchranu života je v těchto situacích nutné narušenou fyziologickou ventilaci, distribuci a perfúzi nahradit umělou plicní ventilací.

3.1. Příčiny vedoucí k UPV

K poruchám dýchání a respirace může dojít na všech stupních dýchacího systému. Je to postižení centrální nervové soustavy jako úrazy, krvácení, ischemické příhody, záněty, nádory degenerativní poruchy, atd. Dále může být narušený nervosvalový tonus, výkonná část dýchacího systému, ke kterému řadíme hrudník, pleuru a plíce anebo dýchací cesty. Ty mohou být poškozeny spazmem, traumatem, obstrukcí, aspirací atd. (Zemanová, 2005, s. 11)

3.2. Zajištění průchodnosti dýchacích cest u ventilovaných pacientů

Pro efektivní umělou plicní ventilaci je nezbytné zajistit u nemocného dýchací cesty. Mezi metody zajišťující průchodnost dýchacích cest patří endotracheální intubace, trachestomie a koniotomie. Méně se používají k zajištění dýchacích cest laryngeální masky, kombiroury anebo nasotracheální rourky.

Indikací pro krátkodobou intubaci jsou výkony v celkové anestezii, obstrukce dýchacích cest při očekávané rychlé odpovědi na léčbu.

U dospělých by měla být intubace, u které se neočekává brzké zrušení, převedena na tracheostomii. Další **indikací pro tracheostomii** je mechanická obstrukce dýchacích cest, nádory dýchacích a polykacích cest, zánětlivý otok. Dále také obstrukce dýchacích cest sekrecí anebo porucha ventilace, obrny dýchacích svalů, úrazy, kóma atd. (Hahn, 2007, s. 248)

3.3. Indikace ventilační podpory

Rozhodnutí zahájit UPV je založeno na zhodnocení klinického stavu nemocného, charakteru základního onemocnění a odpovědi na konzervativní léčbu. Nejčastěji se využívá hodnocení parametrů plicní mechaniky, oxygenace a ventilace spolu se subjektivním hodnocením stupně dechové tísně nemocného. Zahájení UPV je zvažováno na základě zjištění apnoe, výrazných změn dechové frekvence a také parciálního tlaku kyslíku i oxidu uhličitého v arteriální krvi. Bez ohledu na hodnoty se musí přihlížet také na celkový stav, vyčerpání a mimoplicní postižení. (Kasal, 2006, s. 121)

3.4. Typy umělé plicní ventilace

Z hlediska principu je umělá plicní ventilace rozdělena do tří skupin. Nejčastěji používaným typem je ventilace pozitivním přetlakem. Při této metodě jsou dechové objemy a frekvence blízké fyziologickým hodnotám. Ventilace negativním tlakem není v současné době používána, stejně tak se méně používá i metoda vysokofrekvenční ventilace.

3.5. Ventilační režimy

Nastavení jednotlivých ventilačních parametrů plně spadá do kompetence lékařů. Sestra je zodpovědná za dodržování indikovaných hodnot. Zkušená sestra specialista může lékaře upozornit na přítomnost nežádoucích komplikací anebo na změny parametrů. V příloze č. 1 jsou v tabulce uvedeny používané ventilační režimy. V zásadě je však můžeme rozdělit do těchto kategorií:

- **Podle způsobu řízení ventilace na:**
 - objemově řízenou ventilaci
 - tlakově řízenou ventilaci
- **Podle stupně podpory dýchání na:**
 - režimy s částečnou ventilační podporou
 - režimy s plnou ventilační náhradou
- **Podle synchronizace s inspiřiem nemocného na:**
 - synchronní ventilační režimy
 - asynchronní ventilační režimy

(Kapounová, 2007, s. 231 – 232)

I když moderní literatura uvádí doporučené výchozí hodnoty ventilačních parametrů, je nutné si uvědomit, že každý člověk má na dýchání jiné somatické předpoklady. Z tohoto důvodu by se mělo přihlížet k individuálnímu stavu každého nemocného.

V případě že je pacient při vědomí a je s ním možná komunikace, je s výhodou konzultovat s ním jednotlivé kroky v léčbě i péči. Ventilovaný pacient nám může například sdělit, která hodnota ventilačního objemu anebo tlaku je pro něj vyhovující. Dále je možné s ním konzultovat hodnoty nasycení kyslíkem, nastavení frekvence vdechů a délky poměru inspiria a expíria.

I přes profesionální přístup lékařů, sester a špičkovou monitorovací a terapeutickou techniku je možnost vzniku komplikací vysoká. Jedná se zejména o komplikace spojené se zajištěním dýchacích cest, infekční komplikace, nežádoucí účinky expozice vysoké koncentrace kyslíkem, poškození plic vysokým inspiračním tlakem anebo nadměrným dechovým objemem. Nezanedbatelné jsou i mimoplicní komplikace. (Kapounová, 2007, s. 232)

3.6. Dýchací přístroje

Jednou ze základních podmínek vysoce kvalitní a vyhovující ventilace je dostupnost ventilačních přístrojů.

Počátky UPV sahají do začátků 20. století. V roce 1928 americký inženýr P. Dinker zveřejnil svůj vynález železných plic určených pro umělé dýchání nemocných s ochrnutým dýchacím svalstvem. Od té doby intenzivní a resuscitační medicína učinila velké pokroky jednak ve znalostech ale zejména v přístrojovém vybavení. (Čermáková, 2001, s. 9)

V současnosti pracuje personál se špičkovou technikou. Na základě potřeby je možné pro každého nemocného nastavit ventilační parametry přímo na míru.

V posledních letech jsme svědky nového trendu v péči o pacienty s umělou plicní ventilací. Jedná se o realizaci péče v domácnosti klienta. Základní podmínkou je zajistit pro nemocného ventilátor, který splňuje několik kritérií, jako je jednoduchá obsluha, malé rozměry a také dostupnost oxygenoterapie. (příloha č. 2)

3.7. Pacient na umělé plicní ventilaci

Je nutné si uvědomit, že každý pacient na umělé plicní ventilaci je lidská bytost. I on má své prožívání a specifické potřeby.

Kvalitu života každý člověk vnímá jinak. Je to subjektivní pojem. Někteří v tomto pojmu vidí hojnou aktivitu a rekreaci. Kvalitu života samotného vyjadřují veličiny jako zdraví, naplnění potřeby milovat a být milován. O kvalitě cizího života si můžeme udělat jen přibližnou představu. (Kutnohorská, 2007, s. 16)

3.7.1. Péče o pacienta na umělé plicní ventilaci

Péče o ventilovaného pacienta je velmi náročná. Je zajištěna jednak v ústavní, méně často i v domácí péči. V nemocničních podmínkách ke zkvalitnění péče přispívá centralizace ventilovaných pacientů na oddělení ARO (Anesteziologicko – resuscitačním oddělení) a JIP (Jednotka intenzivní péče). Pro dlouhodobě ventilované nemocné jsou vytvořena lůžková oddělení OCHRIP (Oddělení chronické resuscitační intenzivní péče).

Realizace péče v domácnosti klienta je velmi náročná. Musí ji předcházet získání několika povolení a potvrzení. Jedná se o žádost o realizaci domácí umělé plicní ventilace. (viz příloha č. 3). Zanedbatelné není ani získání potřebných pomůcek. Pokud se podaří nemocného umístit do domácího prostředí, je naprosto nezbytné zajistit i odbornou péči o ventilovaného nemocného. Poskytovatelem zdravotní péče je obvykle agentura domácí péče (dále jen DP). Současný zákon dovoluje indikovat návštěvy sester agentur DP v rozsahu 3 hodiny denně. Vzhledem k náročnosti výše zmiňované péče je tento rozsah naprosto nedostatečný. V těchto případech je proto možné žádat o výjimku. Na základě schválení revizním lékařem je posléze možné realizovat návštěvy sester v domácnosti nemocného i častěji než je stanoveno v zákoně. Velkou roli zde sehrává spolupráce ošetřujícího i indikujícího lékaře, zdravotní pojišťovny a poskytovatele zdravotní péče. Dá se s jistotou tvrdit, že největší úlohu zde sehrává postoj rodiny. Její přijetí, role a pomoc nemocnému. Toto vše má vliv na stav, prožívání a v neposlední řadě i na komunikaci nemocného.

4. MOŽNOSTI KOMUNIKACE U PACIENTŮ NA UPV

Výběr komunikačního systému nebo jejich kombinace je nutné vždy posuzovat se zřetelem k individuálním možnostem. Mezi způsoby komunikace patří verbální ale i různé neverbální komunikační systémy. Používá se pro ně souhrnný termín **alternativní a augmentativní komunikace**.

Mnohé z těchto technik lidé obvykle používají ke zdůraznění určitých aspektů nebo objasnění různých sdělení. Jedná se například o mimické projevy, gesta, změny zabarvení a výšky hlasu, pohyby těla, kreslení a psaní. Lidé, kteří mají problémy s vyjadřováním se mohou spolehnout na tyto techniky, stejně jako na celou řadu symbolických systémů, znaky, technické pomůcky s hlasovým výstupem, cílené pohyby očí. Čím slabší je schopnost mluvit, tím větší je potřeba augmentativních technik. Pro některé pacienty může augmentativní komunikace představovat hlavní komunikační prostředek, pro jiné doplnění a objasnění řeči a ještě pro jiné přechodový jazyk, usnadňující pozdější vývoj řeči (Co je augmentativní a alternativní komunikace, 2007, online).

Proto je nutné mít vždy na paměti, že způsob komunikace u pacientů s umělou plicní ventilací je nutné vybírat podle druhu základního onemocnění a schopnostech nemocného. Nelze předpokládat, že každý pacient zvládne fonaci, artikulaci anebo ovládání počítače. Přihlédnout je potřebné také k zájmům a denním činnostem ventilovaného pacienta. Na základě těchto kritérií je možné komunikační metody kombinovat a přizpůsobit je individuálním potřebám pacienta.

4.1. Mluvená řeč, artikulace

Řeč je nejpoužívanější formou interakce mezi lidmi. Aby mohl nemocný s umělou plicní ventilací efektivně komunikovat pomocí mluvené řeči, musí být splněno několik podmínek:

- zachované vědomí a orientace
- neporušené hlasové funkce
- schopnost alespoň částečně artikulovat
- zavedení vhodné tracheostomické kanyly

V případě, že jsou výše zmiňované podmínky splněny a nemocný je ochotný mluvit, je to nejrychlejší a nejefektivnější způsob dorozumívání. Pokud je fonovaný zvuk slabé intenzity, lze jej zesílit odpouštěním vzduchu z balónku tracheostomické kanyly. V takovém případě jsou někteří nemocní schopni hovořit zcela normálně.

Další možností využití oslabené hlasové schopnosti je využití elektrolaryngu. Jedná se o vibrující přístroj, který se přikládá zevně na krk. Nevýhodou je nutnost držení přístroje v ruce a neosobní elektronický hlas (příloha č. 4).

V současné době pracují vědci z VUT Brno na objevu umělých hlasivek. Tato metoda zatím není běžně dostupná.

Pokud u nemocného není možné využít hlasové funkce, využívá se schopnost **artikulace**. Podmínkou jsou nepostižené mimické svaly obličeje, zejména v okolí úst. Tato forma dorozumívání je pro účastníky náročnější. Pacient musí do komunikace pomocí artikulace vložit více úsilí a od ošetřujícího personálu se očekává více trpělivosti. Velkou výhodou u sester jsou zkušenosti ve zmiňované komunikaci. Nevýhodou je jistá nepřesnost ve sdělování.

4.2. Psané slovo

V případě že nemocný na umělé plicní ventilaci nemůže fonovat ani artikulovat, je nutné hledat jiné způsoby komunikace. Jednou z možností je verbální komunikace pomocí písma. Pokud je dostatečně zachovaná svalová síla a koordinace pohybů horních končetin, může se nemocný vyjadřovat slovem anebo kresbou na papír rukou.

Méně obvyklé je psaní dolní končetinou, případně ústy. O tom s jakou přesností jsou schopni postižení psát anebo kreslit ústy, je možné se seznámit na internetových stránkách *Stružení malířů malujících ústy a nohama*. Mezi těmito postiženými lidmi jsou i pacienti s umělou plicní ventilací. Zmíněná metoda má svá specifika. Tato forma komunikace je vhodná u nemocných, kteří mají komunikační obtíže dlouhodobě. Nevhodné je použít tuto komunikaci jako metodu první volby u pacientů, kteří se na umělé plicní ventilaci ocitli náhle. Počáteční nezdary by je velmi brzy mohly odradit a snížit jim tak sebedůvěru.

V případě že jsou u nemocného neporušené pohyby horních končetin, může používat prstovou abecedu, případně znakovou řeč. Podmínkou používání znakové řeči je, že ji ovládá také ošetřující personál a také rodina.

Další možností je používání tabulky s písmenky. Pacient na magnetickou anebo plastovou tabuli rukou skládá písmena do slov, případně vět. Stejným způsobem může na tabulku umístit i číslice (viz příloha č. 4). Pokud je koordinace těchto pohybů pro nemocného náročná, může prstem ukazovat na jednotlivá písmenka. Ošetřující personál případně rodina sledují které znaky nám nemocný označením sděluje. Tato technika se nazývá facilitovaná komunikace. Písmena mohou být na počítači nebo na tabulce s písmenky. Základní myšlenkou facilitované komunikace je, že mnoho jedinců je zdánlivě postiženo mentálně, ale mají pouze neuromotorické postižení, které jim brání tvořit a ovládat hlasové projevy. Toto postižení také ovlivňuje schopnost účinně ovládat ruku a paži. Proto s použitím komunikačních pomůcek a asistenta, jenž zajistí fyzickou pomoc jedinci, kteří původně nebyli schopni komunikace, nyní sestavují slova, píší věty a jsou schopni odpovídat na otázky.

(Pomáhá facilitovaná komunikace?, 2007, online)

4.3. Komunikace pomocí obrázků, karet a fotografií

Tento způsob sdělení se využívá zejména u předškolních dětí a také u lidí kteří se nedokáží vyjádřit slovně, ale také u těch lidí, kde není možné využít fonaci případně artikulaci. Obrázky a piktogramy je možné využít pro rychlejší komunikaci u všech nemocných. Každé pracoviště si může vytvořit vlastní systém kartiček. Důležité je, aby měl pacient kartičky k dispozici neustále. Jsou na nich uvedena slova, krátké věty (např. nemohu spát, mám bolesti, ...), případně nákresy a obrázky. Karty pomáhají i zdravotnickému personálu, zejména těm, kteří mají málo zkušeností. Tento způsob komunikace je možné využít i v domácím ošetřování. Podle možností lze tyto karty dále dotvářet, doplňovat a rozšiřovat.

Piktogram je grafický znak znázorňující sdělení obrazově, vnímatelný útvar, který zastupuje jeden věcný význam a zpodobňuje ho bez vazby na řeč. Piktogramy jsou snadno srozumitelné všem kategoriím osob z hlediska kultury, postižení, národnosti nebo věku. (Dvořák, 2001, s. 145)

Při používání fotografií je nemocný schopný rychle a snadno označit osobu, předmět ze svého blízkého okolí. Může dát tímto najevo, koho by si přál vidět. U pacientů s porušeným vědomím, případně s poruchou paměti je možné pomocí fotografií vybavit v jeho paměti určité vzpomínky.

4.4. Komunikace pomocí počítače

Využití počítačů v alternativní komunikaci poskytuje řadu nových možností. Pokud nemocný dokáže ovládat klávesnici a myš počítače, může být bez problémů a samostatně v každodenním kontaktu s rodinou i svými přáteli a to i na velké vzdálenosti. Podmínkou je pochopitelně dostupnost počítače a internetu. Kromě komunikace se může nemocný pomocí počítačové techniky dále vzdělávat, procvičovat paměť anebo zábavnou (zajímavou) formou trávit volný čas. Nelze však očekávat, že v jeho životě nastanou převratné změny.

Nejjednodušší forma ovládní počítače je rukou pomocí běžné klávesnice a myši. Vhodnější než stolní osobní počítač je použití notebooku. Vzhledem k menším rozměrům a hmotnosti je možné jej umístit přímo do lůžka nemocného anebo na jídelní stůl. Ve většině případů je však běžný způsob pro nemocného nedosažitelný, vzhledem k somatickému postižení a neschopnosti ovládat počítač běžným způsobem. Z tohoto důvodu je vhodné pořídit pro nemocného kompenzační pomůcky a mechanismy, které umožní pacientovi na umělé plicní ventilaci samostatnou práci s počítačem. Při těžkých a kombinovaných postiženích je třeba individuálně vyřešit způsob ovládní počítače, přiměřeně možnostem a schopnostem pacienta.

Kromě standardní klávesnice, je možné pořídit také speciální klávesnici. Jednou z možností je použití tzv. kurzorové klávesnice (viz příloha č. 6), anebo využití klávesnice, s klávesy které jsou 2 – 4 krát větší (viz příloha č. 6). Velmi ocenitelnou pomůckou jsou různé kryty na klávesnici, které brání nechtěnému zmáčknutí. V různých modifikacích jsou nabízeny i speciální myši. Mimo jiné i takové, které lze obsluhovat hlavou.

„K problematice ulehčení práce s myši a klávesnicí také patří i používání, ErgoRestu což je pomůcka která podpírá ruku v předloktí a umožňuje spočinout celou váhou ruky na speciálních oporách.“ (Pomůcky pro ovládní PC - Polohovací zařízení, 2007, online)

Pro pacienty, kteří mají ještě těžší motorické postižení, byla vyvinuta technika ovládní počítače pomocí jediného tlačítka, respektive pomocí jednoho externího spínače. Výstupem tohoto programu je textový dokument, který je možné vytisknout, poslat e-mailem, případně přečíst syntetickou řečí. Základní idea programu vychází z nabídky virtuální klávesnice. Po této virtuální klávesnici je umožněn pohyb pomocí jediné klávesy s rozlišením krátkého a dlouhého stisku (pomocí krátkého stisku

se kurzor pohybuje po jednotlivých klávesách a dlouhým stiskem je možné provést výběr klávesy). Určení délky krátkého stisku je možné individuálně nastavit. Program nabízí i možnost extra dlouhého stisku, kterým je možné se vrátit o jedno pole zpět a tak provést korekci již napsaného textu. Z hlediska metody psaní si lze vybrat ze dvou nabídek. Jednak psaní slov po jednotlivých písmenkách (multitap), anebo metodou T9, která je známá z principu psaní SMS na mobilních telefonech. Program nabízí i možnost dalších nastavení výběru slov, diakritiky ale i další práce s textem jako je oprava, uložení, odeslání, tisk a další.

Další z možností je ovládání počítačové techniky pomocí tyčinek, například ze dřeva. Těmito pomůckami lze ovládat klávesnice ale i speciální monitory. Tyčinku má nemocný v ústech. Avšak k tomu, aby byla tyčinka stále připravená k použití, je nutné mít stojánek na kterém bude tato pomůcka „čekat“ na své použití.

Vybavení monitorem je nezbytnou součástí fungování počítačové techniky. Na trhu je již řada různých typů monitorů. Kritériem pro výběr je zrková schopnost nemocného. V technickém jazyce se rozlišuje velikost uhlopříčky v „palcích“. Logicky lze usuzovat, že čím kvalitnější druh monitoru chceme pořídit, tím je jeho cena vyšší. Vhodnou pomůckou jsou monitory, které jsou vybavené dotekovou obrazovkou.

„...dotekové obrazovky (panely) usnadňují komunikaci přístroje s uživatelem pomocí programovatelného intuitivního rozhraní. Multimediální softwarové aplikace společně s dotekovou obrazovkou vytvářejí silný komunikační prostředek jednoduše ovladatelný i neškoleným uživatelem, kterému umožňuje bleskové pochopení funkce. Dotekové monitory se liší použitím technologie (odporová, kapacitní, ...).“

(Počítač pro postižené, 2007, online)

Výrobci počítačových technologií šli ještě dál a vyvinuli speciální myš, kterou lze ovládat ústy. Reagovali tak na potřeby lidí, kteří se ocitli v náročné životní situaci a kteří nemohou v komunikaci využít výše zmiňované techniky a pomůcky. Minimálním pohybem rtů pacient ovládá náustek a tím se kurzor myši dynamicky pohybuje po celé obrazovce. Dále potom pomocí nádechu a výdechu jsou zpřístupněny funkce jako u standardní myši – levé a pravé tlačítko, dvojklik. (viz příloha č. 7)

Absolutní špičkou v oblasti zmiňované techniky je ovládání počítače pomocí pouhého pohledu. Podmínkou je, aby byl pacient schopný provádět požadované oční pohyby. Speciální kamera, která je součástí přístroje snímá jednotlivé pohyby, případně mrkání očí a převádí je do počítače. Ten celou situaci vyhodnocuje a výsledkem

je pohyb kurzoru na obrazovce monitoru podle pokynů, které vysílá oko. Na trhu je několik typů přístrojů od různých výrobců.

Italská firma SR LABS na svých internetových stránkách představuje kompenzační přístroje, které usnadňují komunikaci pro tělesně a mentálně postižené. Jedním z nich je i přístroj Tobii 1750. Jak samotný výrobce uvádí, zařízení je určeno pro všechny, kteří z nějakého důvodu nemohou používat počítačovou myš. Může být využíván pro prohlížení webových stránek a hraní her. Pomocí klávesnice zobrazené na monitoru lze také psát text či vytvořit mluvenou řeč. Různé možnosti dovolují uživateli používat svůj pohled jako opravdovou počítačovou myš. Lze využít obyčejného kliknutí i dvojitého kliknutí. Přístroj funguje na principu monitorování očních pohybů. Kamera na snímání oka je součástí zařízení. Dále výrobce uvádí, že výhodou tohoto přístroje je to, že je vysoce přizpůsobivý různým tělesným poškozením nemocného. Toleruje všechny druhy optických čoček a lze jej využít za různých světelných podmínek. Tobii 1750 je možné napájet baterií. To umožňuje do jisté míry mobilitu a nezávislost na zdroji elektrické energie. Cena přístroje je 19.830,- Euro. Pokud se jedná o pacienta s diagnózou amyotrofická laterální skleróza, je možné si nechat přístroj uhradit od národní instituce SSN (Servizio Sanitario Nazionale) – Státní Zdravotnická Služba.

Čeští výzkumníci vyvinuli přístroj, který pracuje také na principu snímání pohybu očí. Původní myšlenka se zrodila před lety jako studentská práce na Fakultě elektrotechnické ČVUT v Praze. „Zařízení je určené pro postižené lidi, nahrazuje počítačovou myš. Kurzor se místo pohybem myši ovládá pohybem oka,“ vysvětluje podstatu systému nazvaného Memrec výzkumná pracovnice Gerstnerovy laboratoře ČVUT Marcela Fejtová. "Základem zařízení je minikamera, která je pevně přichycena k brýlové obrubě tak, aby snímala přímo pohyby oka. Je to tedy nezávislé na pohybech hlavy. Uživatel se nemusí nijak omezovat ve svém pohybu, pokud se ještě dokáže pohybovat, protože kamera se vždy pohybuje přímo s ním."

Systém se skládá z jednoduché kamery, která je v současné době běžnou součástí notebooků. Ta je kabelem propojená s řídicím modulem. V modulu se zpracovává videosignál do podoby, jakou má výstupní signál z jakékoliv počítačové myši. Výsledkem je pohyb kurzoru na základě pohybu oka. Klik a dvojklik nahrazuje mrknutí oka v určitém časovém intervalu. Program nevyvede z míry samovolné mrkání. Další velmi výraznou předností je, že systém dokáže pracovat s jakýmkoliv

počítačovým programem. Jakoukoliv aplikaci kterou v běžných podmínkách ovládáme myší, lze ovládat tímto výstupem. (viz příloha č. 8)

Nejvíce však tuto pomůcku ocení samotní uživatelé. Jeho cena bude neporovnatelně nižší než je cena zahraničních produktů. Náklady na pořízení by neměli přesáhnout 30 000,- Kč.

4.5. Komunikace pomocí mimiky

Pomocí mimiky vědomky i nevědomky komunikuje každý člověk. Pacienti, kteří nejsou schopni v komunikaci využívat hlas, artikulaci ani pohyby končetin, mohou v procesu dorozumívání využít právě mimiku. Nejzákladnějším prvkem v této komunikaci je získání si nemocného pro spolupráci.

Je nutné si s pacientem dohodnout určité signály, které se v komunikaci budou využívat. Jednou z možností je využití pohybů očí. Pečující nemocnému pokládají uzavřené otázky. Tedy takové, na které se dá odpovědět ano anebo ne. Pokud chce nemocný odpovědět souhlasně, mrkne. Pokud chce odpovědět nesouhlasně, může například koulet očima. Na základě dohodnutých signálů lze využít jednoho, případně dvojitého mrknutí. Pokud je současně možné využít i dalších mimických projevů, je vhodné je také zapojit. Například vypláznutí jazyka anebo grimasování obličeje. Pokud se využívá pouze výše zmíněného dotazování, pacientova odpověď je vždy omezena na důvtipu a schopnosti pokládání otázek pečujícího (nejčastěji tedy sestry).

Pro aktivnější odpovědi pacienta je možné využít různých tabulek s písmenky. Nejčastěji se v nemocničních podmínkách využívá tabulka s abecedním řazením písmen. Pokud sestra na základě mimiky usoudí, že ji chce nemocný něco sdělit, připraví si tabulku s písmenky. Prstem anebo tužkou ukazuje na jednotlivá písmenka v seznamu. Pacient mrknutím určí písmeno. S dostatečnou dávkou trpělivosti sestry, ale i nemocného, lze sice velmi pomalu, ale s jistotou získat od pacienta informace anebo jeho přání.

Kromě abecedního řazení, lze písmenka uspořádat do logických celků. Jednou z možností je sestavit abecední tabulku podle toho, do jaké skupiny patří jednotlivá písmena: na tvrdé, měkké, obojetné, na samohlásky a na znaky, které se v českém jazyce užívají méně. Jednotlivé řádky se tak mohou označit číslem podle pořadí.

Tabulka 1. **Písmenková tabulka**

1. h ch k r d t n
2. ž š č ř c j ď ť ň
3. b f l m p s v z
4. a e i o u
5. q x w g ! ? : . , - " „

Technika komunikace pomocí písmenkové tabulky: pečující osoba nejprve zjistí, se kterým z řádků chce pacient pracovat. Za současného kontaktu očí sestra jmenuje postupně jednotlivé řádky. „*Chcete první řádek, druhý, třetí...?*“ Pacient mrknutím označí řádek. Pokud označí některý z řádků, sestra potom postupně jmenuje jednotlivá písmenka z daného řádku. Pokud je to řádek č. 3, jmenuje písmena *b, f, l, m, p, s, v, z*. Pacient opět mrknutím označí jedno písmenko z daného řádku. Takovýmto způsobem se sestra i pacient dostanou k prvnímu písmenku. Sestra si jej zapíše (s praxí i zapamatuje) a komunikace může probíhat dále podle stejného principu. Takovýmto způsobem je nefonující a neartikulující pacient schopen sdělit nám všechny pocity.

Do systému je také možné zapojit i číslice, které lze umístit do nultého řádku. V případě, že chce pacient „řici“ nějaké číslo, na základě předem domluvené mimiky daný řádek označí.

Pro snadné zjištění nejzákladnějších potřeb nemocného lze vypracovat další tabulku. Po dohodě s pacientem se sestaví soupis nejčastěji používaných úkonů a přání. Jednotlivé body se označí číselně 01, 02, 03, 04... a uspořádají se do sloupce. Každému číslu odpovídá stanovený úkon. Pokud má tedy pacient požadavek, jenž je v této tabulce obsažen, pečující osoba už jmenuje pouze jednotlivá čísla. Po odsouhlasení pomocí mrkání určí dvojciferné číslo. Tak lze poměrně rychle od pacienta získat jeho neuspokojené potřeby. Velmi výhodné je tuto tabulku používat zejména v noci a při velké únavě. Množství jednotlivých bodů závisí na stavu a individuálních potřebách klienta. (viz příloha č. 9)

Některé vybrané myšlenky a potřeby nemocného lze odhadnout pomocí směru pohybů očí a grimas.

Aby takováto komunikace mohla probíhat, je nutná jistá zkušenost a trpělivost. Nepříznivě na komunikaci působí nejen únava pacienta, ale i pečujících.

4.6. Bazální stimulace

„Bazální stimulace je koncept, který podporuje v nejzákladnější (bazální) rovině lidské vnímání. Základními prvky konceptu bazální stimulace jsou pohyb, komunikace a vnímání a jejich úzké propojení. Koncept bazální stimulace umožňuje lidem se změnami v těchto třech oblastech podporu, a to cílenou stimulací smyslových orgánů, a využívá schopnosti lidského mozku uchovávat své životní návyky v paměťových drahách v různých regionech. Cílenou stimulací uložených vzpomínek lze znovu aktivovat mozkovou činnost, a tím podporovat vnímání, komunikaci a hybnost klientů.“ (Friedlová, 2007, s. 19)

Bazální stimulace je komunikační, interakční a vývoj podporující stimulační koncept, který se orientuje na všechny oblasti lidských potřeb. Bazálně stimulující ošetrovatelská péče se přizpůsobuje věku a stavu klienta. Elementy konceptu integrované do péče mají význam jak např. v neonatologické intenzivní péči u dětí předčasně narozených, tak také v péči o děti i dospělé s vrozeným intelektovým a somatickým postižením, u lidí s různými akutními a chronickými onemocněními, po úrazech mozku a také klientů s demencí. (Friedlová, 2007, online)

Technika konceptu bazální stimulace pro stimulaci vnímání:

V konceptu bazální stimulace se terapeuti pokoušejí pomocí nabízení podnětů a pohybu navázat komunikaci s lidmi se změnou v oblasti vnímání a komunikace. Cílem je podpora a umožnění vnímání tak, aby u klientů docházelo:

- ke stimulaci vnímání vlastního těla
- k podpoře rozvoje vlastní identity
- k umožnění vnímání okolního světa
- k umožnění navázání komunikace se svým okolím
- ke zvládnutí orientace v prostoru a čase
- k zlepšení funkcí organismu (Friedlová, 2005)

Koncept bazální stimulace lze využívat mimo jiné i u lidí s poruchou vědomí. Vyznačuje se humanitou, individuálním přístupem ke klientovi, integrací příbuzných do péče a také tím že může mít vysoké terapeutické účinky (viz příloha č. 10).

Základní rozdělení techniky bazální stimulace je na základní a nastavbovou složku.

Prvky základní stimulace:

- Somatická stimulace
- Vestibulární stimulace
- Vibrační stimulace

Nástavbová stimulace:

- Optická stimulace
- Auditivní stimulace
- Taktilně-haptická stimulace
- Olfaktorická stimulace
- Orální stimulace

(Friedlová, 2007, online)

4.7. Komunikace pomocí pomůcek typu: chůvička, dětská hračka

Pokud jsou u nemocného zachovány, byť jen částečně, pohyby končetin, můžeme se pokusit o způsob komunikace pomocí hraček a/nebo chůvičky. Vhodnou pískací hračku umístíme na takové místo, aby ji mohl pacient zmáčknout a ona vydala zvuk. Vhodná místa jsou například: podkolenní jamka, pod patou, v axile případně v dlani. Je vhodné vybrat takovou pomůcku, která nezpůsobí nemocnému poškození kůže, otlaky.

Aby mohl být zvuk pískací hračky přenášen i na delší vzdálenosti, například do jiného pokoje anebo jiného patra, lze opatřit dětskou chůvičku. Je to přístroj, který se využívá zejména u novorozenců a kojenců a funguje na principu vysílačky. Systém obsahuje dvě části. Jedna část se umístí k nemocnému, nejlépe přímo k pískací hračce a druhá část je v místnosti kde se nachází pečující osoba. Pokud chce nemocný přivolat sestru anebo pečovatelku, pohybem zaktivuje pískací hračku. Zvuk se přenesení do dětské chůvičky. Na trhu existuje řada typů na různé zdroje napájení (baterie, elektrická

energie). Výrobci uvádějí dosah zvuku na 100 až 600 metrů. Dále se chůvičky liší různou citlivostí snímání zvuku.

Zmiňované pomůcky nacházejí využití u ventilovaných pacientů v domácím prostředí. Avšak není možné se na ně zcela spolehnout. Z tohoto důvodu je nutná vizuální kontrola nemocného.

5. EMPIRICKÁ ČÁST

5.1. Cíle práce

Cíl práce: Zmapovat všechny dostupné formy komunikace u pacientů s umělou plicní ventilací.

Dílčí cíle:

- 1) Zmapovat vědomosti v oblasti komunikace u všeobecných sester na resuscitačních odděleních.
- 2) Zmapovat informovanost všeobecných sester ohledně běžných i netradičních forem komunikace.
- 3) Zmapovat druhy komunikačních technik v domácím ošetřování u cca dvou pacientů na umělé plicní ventilaci.

5.2. Metodika práce

5.2.1. Zdroje odborných poznatků

Odborné poznatky a údaje potřebné ke konstrukci dotazníků a otázek k rozhovoru byly získány prostudováním odborné literatury, časopisů, zdrojů na internetové síti a na základě vlastních zkušeností.

5.2.2. Charakteristika souboru respondentů

Pro dotazník:

Zkoumaný soubor respondentů byl vybrán dle následujících kritérií:

- 1) všeobecné sestry pracující na ARO (Anesteziologicko – resuscitačním oddělení)
- 2) sestry pracují u lůžka nemocného
- 3) sestry ošetřily nejméně jednoho pacienta na umělé plicní ventilaci

Pro rozhovory:

Zkoumaný soubor respondentů byl vybrán dle následujících kritérií:

- 1) pacient je při vědomí na umělé plicní ventilaci
- 2) pacient je v domácím ošetřování
- 3) o nemocného pečuje blízká osoba, ve spolupráci s agenturou DP

Charakteristika Oddělení resuscitace a jednotka víceborové intenzivní péče v Oblastní nemocnici Kolín, a.s.

Resuscitační část oddělení zaměstnává 21 sester. Z toho dvě sestry pracují pouze v ranním provozu, ostatní sestry pracují ve dvousměnném provozu. Pracoviště disponuje sedmi lůžky. Nejčastěji jsou zde přijímáni klienti s kombinovaným poraněním, náhlou zástavou srdeční i dechové činnosti, nemocní v septickém stavu s následkem kardiopulmonálního selhání anebo pacienti po náročných a dlouhotrvajících chirurgických operacích atd.

Charakteristika Anesteziologicko – resuscitačního oddělení v Oblastní nemocnici Mladá Boleslav, a.s.

Anesteziologicko – resuscitační oddělení zaměstnává 48 sester, z toho pracuje 5 sester v jednosměnném provozu, ostatní v dvousměnném provozu. Oddělení pojme 12 lůžek. Důvody přijetí nemocných na toto oddělení jsou shodné jako u pracoviště v Oblastní nemocnici Kolín, a.s.

5.2.3. Užité metody šetření

V bakalářské práci bylo užito kvalitativně (rozhovoru) kvantitativního (dotazníky) výzkumu.

Dotazník

K získání dat byla použita dotazníková metoda. Dotazník obsahuje soustavu otázek, vytvořených pro získání specifických údajů potřebných pro výzkumné šetření. V dotaznících byly použity položky:

1. Uzavřené – vyznačují se tím, že se u nich respondentům předkládá určitý počet předem připravených odpovědí. Respondent vybírá jednu z možností.
2. Polouzavřené – respondentovi se předkládá několik možností, z nichž jednu vybírá. U některých otázek má možnost doplnění odpovědi.
3. Otevřené (nestrukturované) – nenavrhují respondentovi žádné možné odpovědi. Musí je sám napsat. (Chrátka, 2000, s. 90 – 96).

Dotazník obsahuje tři části. První část obsahuje úvodní dopis, druhá část se skládá z informativních otázek. Ve třetí části jsou položky ke zjištění vědomostí a dovedností sester v oblasti komunikace s pacienty na umělé plicní ventilaci. Dotazník obsahuje celkem 19 otázek, které jsou číslovány (viz příloha č. 11). Byl vytvořen

ve spolupráci s Mgr. Michaelou Schneiderovou. Vyplňování dotazníku bylo anonymní a dobrovolné. V rámci předpilotního výzkumu jsem o vyplnění dotazníku požádala dvě sestry. Jelikož nebyly nalezeny žádné nesrovnalosti v otázkách, mohl být dotazník distribuován na příslušná oddělení.

Dotazníkové šetření pro sestry bylo zaměřeno na získávání dat v těchto oblastech:

Ke zjištění demografických údajů byly využity položky z informativní části: 1, 2, 3, 4, 5 a ke zjištění všeobecných informací v oblasti komunikace byly použity položky z informativní části: 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19.

Ke zjištění cíle č. 1, který byl zaměřen na zmapování vědomostí v oblasti komunikace u všeobecných sester na oddělení ARO, byly využity položky ze zjišťovací části: 6, 7, 8, 9, 10, 11, 13, 14, 17.

Ke zjištění cíle č. 2, který byl zaměřen na zmapování informovanosti u všeobecných sester ohledně běžných i netradičních forem komunikace, byly využity položky: 12, 15, 16, 18, 19.

Rozhovor s pacienty

Kvalitativní výzkum se snaží interpretovat pohledy subjektů na zkoumaný předmět tím, že výzkumník přejímá jejich perspektivu. Využívá se podrobný popis každodenních situací. Jde o porozumění akcím a významům v jejich sociálním kontextu. Při kvalitativním výzkumu se neredukuje počet proměnných ani vztahy mezi nimi, o jejich redukci rozhodují samy zkoumané subjekty. Jsou upřednostňovány otevřené a nestrukturované výzkumné plány, analýza vychází z velkého množství informací o malém počtu jedinců. Převažuje zájem o reálné celky, interakce mezi aktéry a individuální osudy. Úkolem kvalitativního výzkumu je vytvoření holistického obrazu zkoumaného předmětu, zachycení toho, jak účastníci procesů situace interpretují a zachycení interpretací těchto interpretací. (Hendl, 2005, s. 35)

Otázky pro pacienty byly zaměřeny zejména na komunikaci těchto nemocných se svým okolím. Oba pacienti jsou ošetřováni v domácnosti blízkými osobami ve spolupráci s agenturou domácí péče. Každý z nich však komunikuje za pomoci jiné metody.

5.2.4. Realizace šetření

Dotazníky

Nejdříve bylo požádáno o schválení výzkumného šetření vedení obou institucí. Dne 23.1. 2008 bylo šetření schváleno ředitelem Oblastní nemocnice Kolín, a.s. MUDr. Ludškem Rubášem (příloha č. 12) a také hlavní sestrou Mgr. Monikou Válkovou (příloha č. 13), 1.3. 2008 také primářem oddělení Mudr. Martinem Nováčkem (příloha č. 14). Dne 3.3.2008 bylo výzkumné šetření schváleno ředitelem Oblastní nemocnice Mladá Boleslav, a.s. JUDr. Ladislavem Řípou (příloha č. 15), 4.3. hlavní sestrou nemocnice paní Jiřinou Hlaváčkovou (příloha č. 16) a 10.3. primářem oddělení Mudr. Ivanem Heroldem, CSc. (příloha č. 17).

Poté byly dotazníky osobně předány vrchním sestřám, které byly požádány o distribuci. Na vyplnění dotazníků nebyl ponechán přesně stanovený časový limit. Celkem bylo rozdáno 60 dotazníků. Z celkového počtu 60 dotazníků se vrátilo 37. Pouze 33 dotazníků splňovalo kritéria k vyhodnocování. Návratnost byla tedy 55 %.

Rozhovory s pacienty

Rozhovor s panem S. probíhal netradiční formou komunikace – pomocí mimiky a písmenkové tabulky (tab. 1, s. 29) v domácnosti klienta. Pacient s výzkumem souhlasil a zmocnil podpisem svou ošetřovatelku paní M. Souhlasné stanovisko podala i ředitelka agentury domácí péče Bc. Kamila Sedláková, jejíž je pan S. klientem (příloha č. 18). Vzhledem k náročnosti metody bylo nutné pokládat nemocnému pouze 2 otázky denně. Průměrná doba na jednu odpověď činila cca 60 minut. Nemocný během rozhovoru aktivně spolupracoval. Vzhledem k jeho potřebám, bylo nutné občasně rozhovor přerušit a provést některé ošetřovatelské úkony, například odsávání dýchacích cest, podávání tekutin a léků anebo polohování. Vzhledem ke komunikační metodě, nebylo možné použít diktafon. Odpovědi jsem získala formou zápisu po jednotlivých písmenkách.

Rozhovor s panem H. probíhal v domácnosti, za přítomnosti rodiny. Pacient je schopen fonace, bylo možné použít diktafon k záznamu. Pan H. svůj informovaný souhlas ztvrdil podpisem.

Otázky pro rozhovor jsou uvedeny u jednotlivých rozhovorů s nemocnými.

5.2.5. Zpracování získaných dat

Dotazník

Získaná data byla zpracovávána ručně do četnostní tabulky za pomoci čárkovací metody. Získané výsledky byly převedeny do jednoduchých tabulek četností a doplněny o výpočty relativní četnosti

V práci jsou použity výsečové grafy. Pro konstrukci tabulek byl využit Microsoft Word, pro konstrukci grafů byl využit Microsoft Excel.

5.3. Interpretace dat

5.3.1. Dotazník pro respondenty – sestry pracující s ventilovanými pacienty v Oblastní nemocnici Kolín, a.s. a Oblastní nemocnice Mladá Boleslav, a.s.

Výzkumného šetření se zúčastnilo 33 respondentů, pracujících u lůžka nemocného na UPV.

Všechna data, která byla zjištěna dotazníkovou metodou, byla analyzována a níže je uvedena jejich interpretace.

Demografické údaje

Na tuto problematiku byly zaměřeny položky z informativní části s čísly: 1, 2, 3, 4, 5.

Položka č. 1 Pohlaví respondentů

Z celkového počtu 33 respondentů (100 %) bylo 31 žen (94 %) a 2 muži (6 %).

Tabulka č. 2 Pohlaví respondentů

Pohlaví	počet dotazníků	%
Ženy	31	94 %
Muži	2	6 %
Celkem	33	100 %

Položka č. 2 Věk respondentů

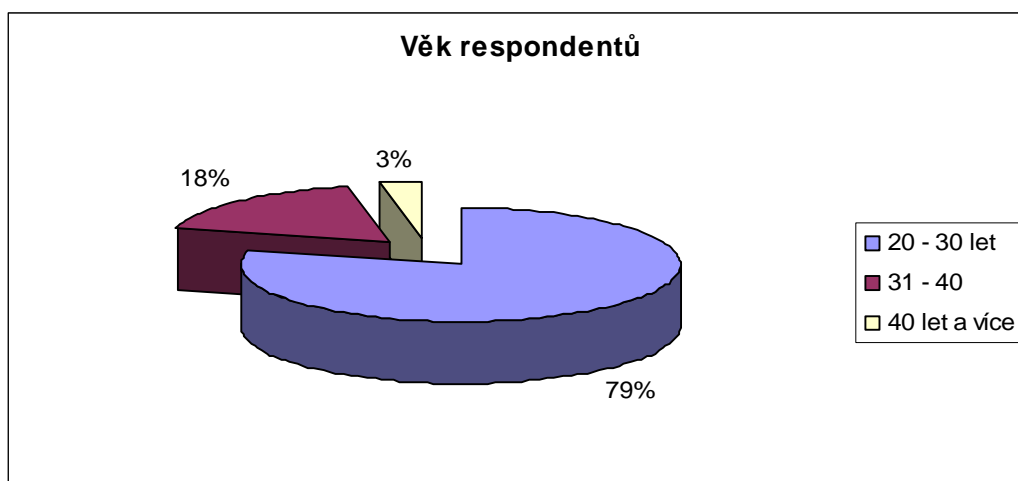
Z celkového počtu 33 respondentů (100 %) bylo největší zastoupení ve věkovém rozmezí mezi 20–30 lety, a to u 26 respondentů (79 %). Dalších 6 respondentů (18 %)

bylo ve věkovém rozmezí mezi 31–40 lety. Nejméně početnou skupinu tvořil 1 respondent (3 %) ve věkovém rozmezí nad 40 let. Průměrný věk respondentů byl 26,66 let.

Tabulka č. 3 Věk respondentů

Věk	počet respondentů	%
20 – 30 let	26	79 %
31 – 40 let	6	18 %
více jak 40 let	1	3 %
Celkem	33	100 %

Graf č. 1 Věk respondentů



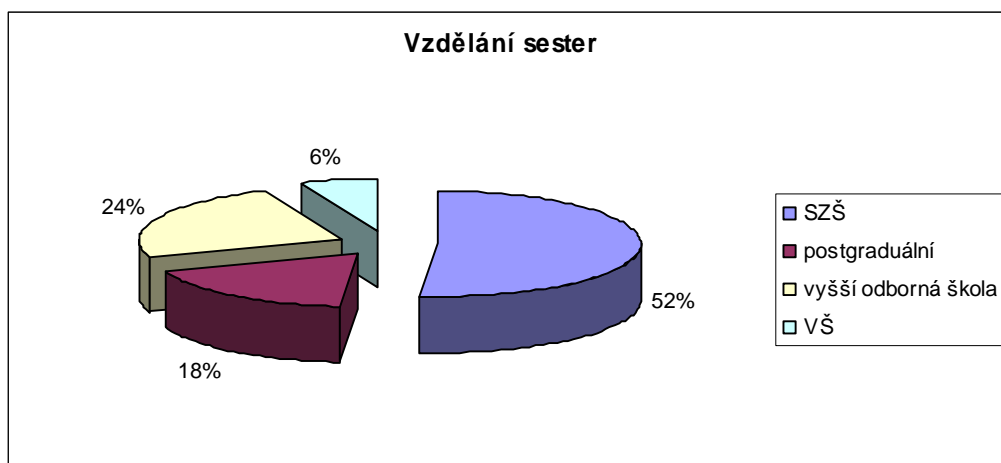
Položka č. 3 Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

Z celkového počtu 33 respondentů (100 %) tvořilo nejpočetnější skupinu 17 respondentů (52 %) se středoškolským vzděláním. Postgraduální vzdělání uvedlo 6 respondentů (18 %), Vyšší odborná škola uvedlo 8 respondentů (24 %). Vysoká škola byla zaznamenána pouze u 2 respondentů (6 %).

Tabulka č. 4 Vzdělání respondentů

Vzdělání	počet respondentů	%
SZŠ	17	52 %
Postgraduální vzdělání	6	18 %
Vyšší odborná škola	8	24 %
Vysoká škola	2	6 %
Celkem	33	100 %

Graf č. 2 Vzdělání respondentů



Položka č. 4 Jak dlouho pracujete u pacientů s umělou plicní ventilací?

Z celkového počtu 33 respondentů (100 %) odpovědělo 6 respondentů (18 %), že pracuje s ventilovanými pacienty do 1 roku. V rozmezí 5–10 let pracují s ventilovanými nemocnými 4 respondenti (12 %), více jak deset let praxe uvedlo 5 respondentů (15 %). Nejpočetnější skupina 18 respondentů (55 %) pracuje v rozmezí 1–5 let. Průměrná doba praxe byla 4,77 roky.

Tabulka č. 5 Počet let praxe

Počet let	počet respondentů	%
do 1 roku	6	18 %
1 – 5 let	18	55 %
5 – 10 let	4	12 %
Více jak 10 let	5	15 %
Celkem	33	100 %

Položka č. 5 O jaký průměrný počet pacientů se během Vaší služby staráte?

Z celkového počtu 33 respondentů (100 %) uvedlo jako odpověď, že během své služby pečují o dva pacienty 29 respondentů (88 %). 3 respondenti (9 %) odpověděli, že pečují o jednoho pacienta. 1 respondent (3 %) odpověděl, že pečuje o tři a více pacientů.

Tabulka č. 6 Počet pacientů

Počet pacientů	počet respondentů	%
Výhradně o jednoho pacienta	3	9 %
O dva pacienty	29	88 %
O tři a více pacientů	1	3 %
Celkem	33	100 %

Vyhodnocení dotazníku – zjišťovací část

Položka č. 6 Je pro Vás komunikace s nemocnými na umělé plicní ventilaci důležitá?

Z celkového počtu 33 respondentů (100 %) odpovědělo 26 respondentů (79 %), že je pro ně komunikace s pacienty na umělé plicní ventilaci důležitá. 7 respondentů (21 %) uvádí odpověď negativní.

Tabulka č. 7 Důležitost komunikace pro sestry

Důležitost komunikace	počet respondentů	%
Ano	26	79 %
Ne	7	21 %
Celkem	33	100 %

Položka č. 7 Jaké jsou podle Vašeho názoru největší obtíže v komunikaci s nemocným na umělé plicní ventilaci?

Z celkového počtu 33 respondentů (100 %) odpovědělo 8 respondentů (25 %), že za největší obtíže v komunikaci u pacientů s umělou plicní ventilací považují nemožnost verbální komunikace. 5 respondentů (15 %) uvedlo jako největší obtíž pacientů neschopnost artikulovat. Sedace a nemožnost slovně odpovídat uvedli 4 respondenti (12 %). 3 respondenti (9 %) uvedli jako největší obtíž porozumět nemocnému. Stejný počet respondentů, tedy 3 (9 %) uvedli nervozitu ze strany pacienta, že mu personál nerozumí. Nemožnost mluvit z důvodu endotracheální intubace a tracheostomické kanyly uvedli 2 respondenti (6 %). 1 respondent (3 %) považuje za největší obtíže zvládnutí psychického stavu, pomalou artikulaci a netrpělivost ze strany pacienta. 1 respondent (3 %) uvedl agresi a negativismus. 1 respondent (3 %) uvedl jako nečastější důvod obtíží sedaci. 1 respondent (3 %) považuje za nejčastější obtíže v komunikaci sedaci, psychický stav, zmatenost a neschopnost se vyjádřit. 1 respondent (3 %) uvedl jako důvod obtíží zavedení endotracheální a tracheostomické kanyly a špatnou artikulaci. 1 respondent (3 %) považuje za největší obtíže špatnou srozumitelnost z důvodu tracheostomické kanyly a nervozitu pacienta. 1 respondent (3 %) uvedl sedaci a nemožnost mluvit z důvodu endotracheální kanyly. 1 respondent (3 %) považuje za největší obtíže zhoršenou nebo žádnou komunikaci. Blíže však odpověď nespécifikoval.

Tabulka č. 8 Největší obtíže u pacientů na UPV při komunikaci

Největší obtíže u pacientů na UPV při komunikaci	počet respondentů	%
Nemožnost verbální komunikace	8	25 %
Neschopnost artikulovat	5	15 %
Sedace, nemůže slovně odpovídat	4	12 %
Porozumět nemocnému	3	9 %
Nervozita, že pacientovi personál nerozumí	3	9 %
Nemožnost mluvit z důvodu ETK, TSK	2	6 %
Zvládnout psych. stav pac. a pomalu artikulovat, jsou netrpěliví	1	3 %
Agrese, negativismus	1	3 %
Sedace	1	3 %
Sedace, psych. stav pac., zmatenost, neschopnost se vyjádřit	1	3 %
ETK, TSK, špatná artikulace	1	3 %
Špatná srozumitelnost z důvodu TSK, nervozita pacienta	1	3 %
Sedace, nemožnost mluvit z důvodu ETK	1	3 %
Zhoršená nebo žádná komunikace	1	3 %
Celkem	33	100 %

Položka č. 8 Jakým způsobem zjišťujete u svých pacientů údaje o bolesti?

Z celkového počtu 33 respondentů (100 %) uvedlo 31 respondentů (94 %), že se na údaje o bolesti pacientů aktivně dotazují. 1 respondent (3 %) uvedl, že používají předem domluvené signály. Jako příklad uvedl zdvižený prst. 1 respondent (3 %) uvedl, že údaje o bolesti ventilovaných pacientů nezjišťuje.

Tabulka č. 9 Způsob zjišťování údajů o bolesti

Údaje o bolesti	počet respondentů	%
Aktivní dotazování	31	94 %
Předem domluvené signály	1	3 %
Údaje nezjišťuje	1	3 %
Celkem	33	100 %

Položka č. 9 Mají podle Vás pacienti s UPV snahu komunikovat?

Z celkového počtu 33 respondentů (100 %) uvedlo 7 respondentů (21 %), že pacienti na UPV mají snahu komunikovat. 26 respondentů (79 %) uvedlo, že někteří pacienti nemají snahu komunikovat.

Tabulka č. 10 Snaha pacientů komunikovat

Snaha pacientů komunikovat	počet respondentů	%
Mají snahu komunikovat	7	21 %
Někteří nemají snahu komunikovat	26	79 %
Celkem	33	100 %

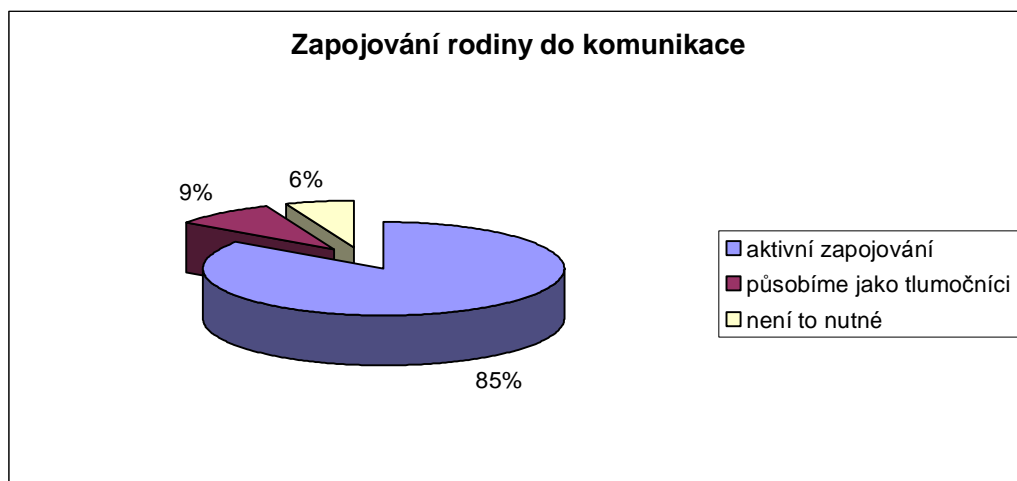
Položka č. 10 Zapojujete do komunikace také rodinné příslušníky pacientů?

Z celkového počtu 33 respondentů (100 %) uvedlo 28 respondentů (85 %), že se snaží rodinu aktivně zapojit do komunikace. 3 respondenti (9 %) uvedli, že působí jako tlumočníci. A další 2 respondenti (6 %) uvedli, že zapojování rodiny do komunikace není nutné.

Tabulka č. 11 Zapojování rodinných příslušníků do komunikace

Rodina a komunikace	počet respondentů	%
Aktivní zapojování rodiny	28	85 %
Působíme jako „tlumočníci“	3	9 %
Zapojování rodiny není nutné	2	6 %
Celkem	33	100 %

Graf č. 3 Zapojování rodiny do komunikace



Položka č. 11 Je rodina ochotná komunikovat s nemocným na umělé plicní ventilaci?

Z celkového počtu 33 respondentů (100 %) odpovědělo 7 respondentů (21 %), že je rodina ochotná komunikovat s pacienty na UPV. 1 respondent (3 %) zvolil odpověď, že příbuzní obvykle nemají zájem komunikovat. Největší skupina 25 sester (76 %) uvedla, že je to velmi individuální.

Tabulka č. 12 Ochota rodiny komunikovat s pacienty na UPV

Ochota komunikovat	počet respondentů	%
Rodina je ochotná komunikovat	7	21 %
Obvykle nemají zájem	1	3 %
Je to individuální	25	76 %
Celkem	33	100 %

Položka č. 12 Využíváte při své práci techniky bazální stimulace?

Z celkového počtu 33 respondentů (100 %) na otázku ohledně využívání konceptu bazální stimulace odpovědělo kladně 16 respondentů (48 %). 17 respondentů (52 %) odpovědělo, že koncept bazální stimulace nevyužívá.

Tabulka č. 13 Využívání konceptu bazální stimulace

Využití bazální stimulace	počet respondentů	%
Ano	16	48 %
Ne	17	52 %
Celkem	33	100 %

Položka č. 13 Pokud je ventilovaný pacient v bezvědomí, poznáte že se mu něco nelíbí?

Z celkového počtu 33 respondentů (100 %) odpovědělo 32 respondentů (97 %), že poznají u pacienta v bezvědomí vyjádřenou nelibost. Jako nejčastější příklady uvedli respondenti grimasování, změny hodnoty krevního tlaku, změny v interferenci s ventilátorem atd. 1 respondent (3 %) nerozpozná nelibé pocity u pacienta na UPV.

Tabulka č. 14 Rozpoznání pocitů nelibosti u pacientů na UPV

Rozpoznání pocitů nelibosti	počet respondentů	%
Ano (uved'te příklad)	32	97 %
Ne	1	3 %
Celkem	33	100 %

Položka č. 14 Snažíte se u pacientů zjistit které doteky a činnosti mu nevyhovují?

Z celkového počtu 33 respondentů (100 %) odpovědělo 21 respondentů (64 %), že se snaží u pacientů zjistit doteky a činnosti, které mu nevyhovují. 12 respondentů (36 %) snahu nevyvíjí.

Tabulka č. 15 Zjišťování vyhovujících doteků a činností

Zjišťování vyhovujících doteků a činností	počet respondentů	%
Ano	21	64 %
Ne	12	36 %
Celkem	33	100 %

Položka č. 15 Jaké komunikační techniky využíváte u pacientů s umělou plicní ventilací, kteří jsou při vědomí? Prosím seřad'te jednotlivé techniky od nejčastěji používané po nejméně používanou.

Zde měli respondenti napsat používání jednotlivých komunikačních technik podle pořadí. Na 1. místě respondenti jako nejčastěji používanou komunikační metodu uvedli odezírání a to až 10 krát. Dále uvedli komunikaci verbální, řeč 9 krát, písmo 5 krát. Po dvou respondentech uvedlo ukazování, mimiku. Jeden respondent uvedl odkývání.

Na 2. místě respondenti uvedli využívání tabulky s písmenky — 9 krát, ukazování na písmenka — 6 krát. Písmo bylo uvedeno 6 krát. 3 krát byla zmíněna jako komunikační metoda doteky. Dále na tomto místě po jednom respondentovi uvedli odkývání, mimika, verbální komunikaci, odezírání.

Na 3. místě byla nejčastěji uvedena jako komunikační metoda písmo a to až v 9 případech. Komunikaci pomocí tabulek s písmeny byla uvedena 6 krát, odezírání bylo zaznamenáno 5 krát, odkývání hlavou 4 krát.

Pro velmi rozsáhlé odpovědi respondentů zde není uvedena tabulka, ale pouze slovní interpretace seřazená od 1.–3. místa, jak byla v odpovědích prezentována.

Položka č. 16 U ventilovaného pacienta, který je při vědomí, avšak bez možnosti fonace, artikulace a pohybu končetinami, komunikujete:

Z celkového počtu 33 respondentů (100 %) jich 32 (97 %) uvedlo, že komunikaci s těmito pacienty je možná. Zde byla možnost vyjádřit se, jakou komunikační metodu volí. V 11 případech uvedli respondenti možnost komunikace pomocí očí, očního kontaktu, neboli mrkání. Další početnou skupinu tvořila komunikace pomocí kývání hlavy. Komunikaci pomocí doteků uvedlo 7 respondentů. Psaní uvedlo 5 respondentů. Odezírání, artikulaci uvedli 4 respondenti. Pomocí doteků uvedli komunikaci u popsaném skupiny pacientů 3 respondenti. 2 respondenti uvedli, že nemocní komunikují tak, že ukáží rukou. Dále byli uvedeny odpovědi, že nemocní komunikují pomocí obrázků, grimasováním, mimikou a také mluvením. Pouze 1 respondent (3 %) uvedl, že komunikace není možná.

Tabulka č. 16 Technika komunikace u pacienta při vědomí na UPV

Technika komunikace	počet respondentů	%
Ano – jaký	32	97 %
Není možná žádná komunikace	1	3 %
Celkem	33	100 %

Položka č. 17 Spolupracujete s pacientem na sestavování ventilačních parametrů ventilátoru?

Z celkového počtu 33 respondentů (100 %) uvedlo až 15 respondentů (45 %), že s pacientem nespolupracují na sestavování ventilačních parametrů. 18 respondentů (55 %) uvedlo, že se s pacientem na sestavování parametrů částečně spolupracuje. Ani jeden z respondentů neuvedl možnost aktivní spolupráce při sestavování ventilačních režimů.

Tabulka č. 17 Spolupráce s pacientem na sestavování ventilačních parametrů

Spolupráce	počet respondentů	%
Ano	0	0 %
Ne	15	45 %
Částečně	18	55 %
Celkem	33	100 %

Položka č. 18 Využíváte při komunikaci s pacienty počítačovou, případně jinou audiovizuální techniku?

Z celkového počtu 33 respondentů (100 %) odpovědělo 7 respondentů (21 %), že při komunikaci využívá audiovizuální techniku (jako příklad byla uvedena písmenková tabulka nebo rádio). 26 respondentů (79 %) odpovědělo že audiovizuální techniku v komunikaci nevyužívá.

Tabulka č. 18 Využívání audiovizuální techniky v komunikaci

Audiovizuální technika	počet respondentů	%
Ano, uveďte příklad	7	21 %
Ne	26	79 %
Celkem	33	100 %

Položka č. 19 Můžete si s nefonujícími pacienty, kteří jsou při vědomí popovídat?

Z celkového počtu 33 respondentů (100 %) odpovědělo 24 respondentů (73 %), že si s nefonujícími pacienty může popovídat. 9 respondentů (27 %) uvedlo, že si s nefonujícími pacienty nemůže popovídat.

Tabulka č. 19 Možnost rozhovoru s nefonujícími pacienty

Rozhovor s nefonujícími pacienty	počet respondentů	%
Ano	24	73 %
Ne	9	27 %
Celkem	33	100 %

5.3.2 Rozhovory s pacienty

Data byla zjištěna pomocí rozhovorů na předem připravené otázky, které byly položeny pacientům i jejich blízkým osobám. Otázky týkající se komunikace jsou doslovně přepsané. Další otázky ohledně péče a spolupráce jsou zaznamenané ve formě situační anamnézy pro přiblížení jejich příběhů.

Pacient s UPV v domácím ošetřování pan S.

Při mé práci sestry v domácí péči jsem poznala pacienta s diagnózou amyotrofické laterální sklerózy (dále jen ALS). Pacient je ve věku 43 let. Před obdobím své těžké nemoci vykonával povolání kněze. Je to velmi vzdělaný muž, který má hluboké sociální cítění a vyznává vysoké morální hodnoty člověka. V minulosti studoval a pracoval v USA. Aktivně překládal z několika jazyků, navštívil mnoho zemí světa a svůj dosavadní život prožil velmi aktivně. Pomáhal lidem, kteří jeho pomoc potřebovali a naslouchal jim. Především je ale velmi hluboce věřící člověk.

Jeho onemocnění se vyvíjí několik let. ALS mu byla diagnostikovaná v roce 2000. Ze začátku měl pouze drobné potíže s motorikou těla. Při postupném rozvoji degenerativních změn, byl odkázán na invalidní vozík. V pokročilejší formě byly zasaženy také funkce dechových svalů. Po komplikacích v březnu 2005 byl v nemocnici na oddělení ARO napojen na ventilační přístroj, který plně řídí dechovou činnost dýchacích orgánů. Pro vstup do dýchacích cest byla vytvořena tracheostomie. Tento otvor však znemožňuje efektivní verbální komunikaci. Změny zasáhly téměř všechny svalové partie těla. V současné době není schopen aktivního pohybu. Je proto odkázán na lůžko a pomoc druhé osoby. Pacient je při plném vědomí. Sluch, zrak i další vjemy jsou zachovány.

V červenci roku 2005 byl umístěn do domácího ošetřování. Většinu pomůcek a přístrojů (lůžko, ventilátor, náhradní zdroje elektrické energie, polohovací pomůcky) si rodina pořídila na vlastní náklady, anebo za přispění dárců. Jednorázové pomůcky a některý další materiál je předepisován obvodní lékařkou a schvalován na pobočce Všeobecné zdravotní pojišťovny revizním lékařem. Zpočátku o nemocného pečovala rodina a to převážně pouze jedna osoba, paní M. Na oddělení OCHRIP byla paní M. proškolená ve všech oblastech péče, pomůcek, ale i technického zajištění.

Pečovateľskou službu rodina nevyužíva. Pacient pobíra sociálnu dávku, ktorá mu bola pridelená na základe žiadosti a šetrenia sociálnymi pracovníkmi.

V súčasnej dobe o pacienta v domácom prostredí ošetroje najmä pani M. a sestry z agentúry. Páča o ventilovaného pacienta je veľmi náročná. Musí byť zajištená obsluha dýchacieho prístroja, odsávanie z dýchacích ciest – tracheostomie, úst i nosu. Výmennu tracheostomického kanylu vykonáva pani M. Pacient má vytvorenú tzv. PEG (Perkutánnu endoskopickú gastrostomie). Je to umelé vyústenie žaludku pred stenu brušnej pomoci umelého kanylu. Do tohto vstupu je pacientovi niekoľkokrát denne podávaná mixovaná strava a tiež lieky. Páča zahŕňa i ošetrovanie okolia týchto vstupov. Ďalšou súčasťou ošetrovania, je tiež zajišenie vyprázdňovania na lôžku. A v neposlednej rade tak dôležitú polohovanie ako prevencia vzniku proležienin.

Komunikace

Pri zachovaní všetkých uvedených vjemov, mal pacient mnoho nespokojených potrieb. Nemohol sa ale verbálne vyjadriť. S ošetrovatelkou si vytvorili komunikačné prostriedky, ktoré pacientovi umožňujú predávanie informácií. Zpočiatku sa táto komunikácia obmedzovala iba na riešenie telesných potrieb. Postupom času si sám nemocný navrhol a vypracoval dokonalý systém, ktorý takto nemocnému pacientovi umožňujú vynikajúci kontakt s okolím. Táto komunikácia spočíva v odezírání mimiky nemocného. Zmiňovanou komunikáciou sa postupne naučili i všetky sestry z agentúry domácej páče. Vyžaduje však plnú soustředěnost.

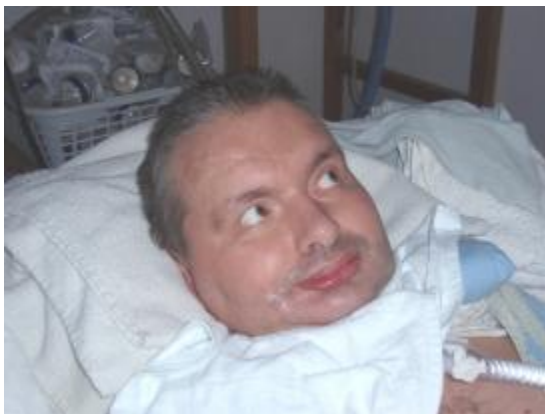
Základom je jednoduchá tabuľka s písmenkami. Tieto znaky sú usporádané do štyroch riadkov. Odezírajúci najprve zistí, s ktorým z riadkov chce nemocný pracovať. Potom, predpovedá jednotlivé písmenka. Souhlasným mimickým prejavom pacienta získame prvé písmenko. Na základe tejto metódy je pacient schopný napísať i súvislé, rozsiahle texty.

Metóda je vypracovaná tak dokonale, že je možné do textu zaznamenať tiež všetky interpunkčné znaky a číslice. Tieto znaky sú umiestnené v menej používanom piatomu riadku tabuľky. Viz tabuľka číslo 1.

Pro snadnější ošetrovanie si sám navrhol a pomoci ošetrovatelky i vytvoril zoznam používaných úkonov. Seřadil je do tabuľky, podľa číselného označenia. Pokud chce použiť práve túto tabuľku, dá to najevo mimikou. Pohled jeho očí směřuje doleva (viz fotografie č. 1). Tak sestra alebo rodina poznajú, že v danou chvíľu chce nemocný

pracovat se seznamem 53 bodů. Jedná se vždy o dvojciferné označení úkonu (viz příloha č. 9). Zajímavostí také je, jakou vynikající paměť tento člověk disponuje. Po sestavení číselné tabulky si ji pouze jednou přečetl a od této doby si ji pamatuje. My ostatní, myslím tímto sestry a rodinné příslušníky, jsme se tuto tabulku učily přibližně rok.

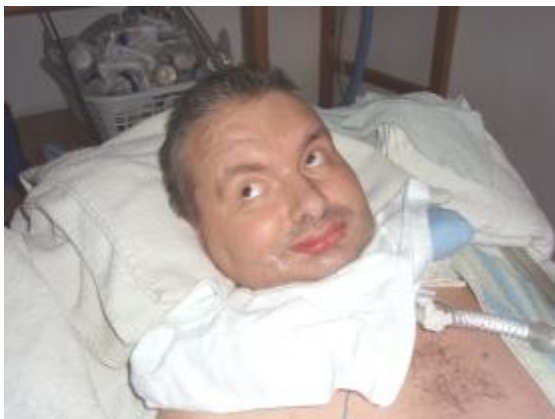
Fotografie č. 1



(archív autorky)

Existuje také další rozměr naší komunikace a to pouze pomocí pohledů očí určitým směrem a na jisté předměty. Pokud například jeho oči směřují doprava a nahoru, dotazuje se tímto na teplotu v místnosti – tímto směrem je totiž umístěn teploměr (viz fotografie č. 2).

Fotografie č. 2



(archív autorky)

Stejným způsobem nám sdělí, že chce změnit stupeň topení, zhasnout nebo rozsvítit světlo, zavřít nebo otevřít dveře, přikrýt nebo odkrýt tělo.

Na základě mimiky a grimasování je možné u tohoto pacienta identifikovat některé jeho požadavky. Například přimhouření očí znamená, že si přeje oči otřít a promnout (viz fotografie č. 3).

Fotografie č. 3



(archív autorky)

Podobným způsobem dává najevo potřebu utřít nos anebo odsát dýchací cesty.

Aby si pacient mohl k lůžku zavolat sestru anebo pečovatelku z vedlejšího pokoje, používá pískací hračku (viz fotografie č. 4). Je umístněna v podkolenní jamce. Díky zachovaným drobným pohybům se po zmáčknutí plastové anebo plyšové hračky ozve zvuk, kterým si nás nemocný přivolá.

Fotografie č. 4



(archív autorky)

Aby mohl být zvuk hračky přenášen na větší vzdálenost, využívá se k tomuto účelu dětská chůvička, která pracuje na principu frekvenční vysílačky (viz fotografie č. 5). Jedna část je umístěná v blízkosti pískací hračky přímo v lůžku nemocného, druhou má službukonající osoba u sebe.

Fotografie č. 5



(archív autorky)

Jak jsem již zmínila, pacient je schopen pomocí druhé osoby napsat i souvislý text. Díky zmiňované komunikaci se vyjadřuje ke všem oblastem péče. Dokáže zhodnotit nastavení ventilačních parametrů, množství a dávkování medikace, polohování atd. Zejména nastavení ventilačních parametrů považuje za nejdůležitější oblast péče. Může se vyjádřit k objemu vzduchu, tlaku, frekvenci vdechů, dále také ke způsobu odsávání, výměny filtrů a pod. Ve stádiu jeho nemoci má plné právo a svolení si péči a léčbu řídit sám.

Díky přátelům a rodině se dostal do domácího prostředí, kde je péče o něj individualizovaná. Je plně přihlíženo k jeho potřebám a dennímu rytmu. Pokud ho právě netrápí nějaká komplikace, například infekce horních cest dýchacích, anebo potíže s vyprazdňováním, je schopen několik hodin denně duševně pracovat. Ošetřovatelka anebo sestra odezírá z jeho mimiky a takto dokáže pacient posílat korespondenci rodině, přátelům a kolegům. Tímto způsobem vznikl i text, který příkládám v závěru své práce. (příloha č. 19)

Ač je tento pacient trvale napojen na ventilační přístroj a trpí velkými bolestmi, jeho duchovní práce nadále pokračuje. Přijímá mnoho návštěv, poskytuje rady

v spirituální oblasti, publikuje do odborného časopisu a také překládá cizojazyčnou literaturu. Dokonce mu není cizí ani smysl pro humor. Pomocí zmiňované komunikace je schopný nadiktovat i vtipnou anekdotu.

ROZHOVOR S PACIENTEM:

Používáte ojedinělý způsob komunikace. Jak tato metoda vznikla?

Po třech letech silně vážla artikulace, proto jsem se zeptal ošetřujícího lékaře jak se budu dorozumívat. Odpověděl mi, že pomocí tabulky, ale nedával mi mnoho naděje, že se toho dožiji. Představoval jsem si, že budu ukazovat nebo mrkat na písmenka seřazená do sloupců a řádků, proto jsem si sestavil tabulku podle toho, co jsme se učili ve 2. třídě aby se tabulka lehce zapamatovala. Když jsem byl později v nemocnici, byly ochotny se mnou komunikovat pomocí mé, nebo nemocniční tabulky pomocné sestry, když ráno roznášely materiál. Také jsem dal k dispozici očíslovaný seznam 20-ti základních úkonů, které jsem občas potřeboval, ale ten sestřičky pravidelně házely do koše, aby nebyly obtěžovány. Pan primář zkoušel vypustit balónek tracheostomie, zda bych fonoval, ovšem při mé diagnóze to není možné. V domácí péči používáme obě pomůcky.

Pacient používá tabulku s písmeny (tabulka č. 1, s. 29) a také tabulku s čísly (příloha č. 9) – poznámka autora.

Dokážete pomocí této metody sdělit všechny své myšlenky, pocity a potřeby?

Mám k dispozici všechny grafické znaky každé formy písemného projevu a to i v cizích jazycích. Jsou zařazeny v mé tabulce nebo v počítači, ale dnes je většinou rychlejší, když například interpunkci nadiktuji. Využívám písemný projev v korespondenci a ve své literární a překladatelské činnosti. Při dialogické komunikaci samozřejmě postrádám hlasové možnosti jako intonaci, zabarvení zvuku, prodlužovanou nebo zrychlenou dikci atd. Navíc, když se mnou komunikuje osoba, která přichází zřídka, má komunikace spíše omezený a chladný charakter. Když se mnou komunikuje osoba, která je u mě častěji a nepotřebuje papír a tužku, ale sleduje stále mou tvář, snažím se hlasový handicap nahradit zvýšenou mimikou. Mohu se usmát, mračit, šklebit, mohu pootevřit ústa a vycenit zuby, mohu mrkat, obracet oči

v sloup, mžourat, zvedat obočí a koulet očima. Tak dávám najevo libost a nelibost, hněv, úzkost, bolest, radost, ale i ironii, podiv, úžas nebo nadsázku. Někdy k vyjádření základních věcí a potřeb stačí jen mimika a pohled. Pracuji i se syntaxí. Někdy si přeji, aby partner v komunikaci si co nejvíce domyslel, proto kladu hlavní pojem na začátek věty. Jindy vím, že by si doplnil špatnou „omáčku“, proto musím posunout klíčové slovo co nejdále. Vždy záleží na tom, s kým komunikuji. Někdo se mnou souzní více a zná můj slovník a má v krvi můj naturel. Pak odhadne třeba celou větu a její žánr. Ale to už je o komerci a o mezilidských vztazích o přátelství a o Bohu.

Jste klientem agentury domácí péče. Jak dlouho trvá nové sestře, než se naučí s Vámi komunikovat?

Bohu díky jsem klientem agentury domácí péče. Mimo domácí péči bych už několik let byl na onom světě. Poznal jsem více sestřiček. Důležité je, aby poznaly, co potřebuji, třeba podle číselného seznamu úkonů. Přísně vzato, žádná sestra nemá povinnost si se mnou vyprávět. To záleží na přístupu každé z nich. Když má sestřička vysokou empatii, snaží se se mnou komunikovat i nad rámec zachování mého života a naučí se mé tabulce během několika hodin. Pak probereme všechno od našich rodokmenů, přes světové dějiny, až po to, co měli dnes k obědu. Některá sestra chodí i ke mě více méně do práce a v práci člověk většinou hledí aby se nepřetrhl, nemocnici nevyjímaje, jak praví moje zkušenost. Taková sestřička se s mou písmenkovou tabulkou neskamarádí nikdy.

V nemocnici se u pacientů na umělé plicní ventilaci používá tabulka s abecedním řazením písmen. Vyhovoval Vám tento způsob komunikace?

Zmíněnou tabulku jsem viděl v používání jen jednou, když jsem šilhal k sousedovi. Byl to už starší pán a když měl ukazovat písmena, byl mírně dezorientován. Nemohu potvrdit že by sestřičky oplývaly trpělivostí, proto komunikace po několika minutách skončila fiaskem. Nabyl jsem dojmu, že ona tabulka byla v permanenci velmi vzácně. Po mě se například vyžadovalo, abych se vyjadřoval naznačovanou artikulací. Kvůli atrofiím mluvidel jsem měl často smůlu.

Jak hodnotíte úroveň komunikace v nemocnici?

Hlavní pobyt v nemocnici se datuje do doby před třemi lety. V jedné nemocnici mě resuscitovali. Ve druhé nemocnici mě přijali na ARO, kde jsem začal žít s PEG-em

a s ventilátorem. Brzy jsem se ocitl na OCHRIP-u, kde jsem strávil 4 měsíce, než se podařilo sehnat vlastními prostředky ventilátor, protože přes zdravotní pojišťovnu cesta nevedla. Nemyslím, že někoho lze donutit k altruismu. Proto jsem se v nemocnici setkal jen s málem personálu, který by si zasloužil pochvalu. Většinou jsem byl považován za horkého kandidáta márnice a podle toho vypadala péče a komunikace. Zachránily mne každodenní návštěvy.

Komu nejvíce vděčíte za péči a za to že dnes můžete komunikovat s okolím?

Při vší smůle jsem měl štěstí na dobrou domácí péči. Paní M. se mě před 6-ti lety obětavě ujala, když jsem právě ztratil zázemí a nastaly vážné zdravotní komplikace. Neznám jinou příčinu jejího jednání, než následování Krista, který vynikal láskou k marginalizovaným. Také projevuje neobvyklou trpělivost v komunikaci a před 4-mi lety byla jediným člověkem, který mi dokázal rozumět, když mi už valně nesloužili svaly k mluvení. V té době vznikla moje tabulka. Díky paní M. jsem v roce 2006 navázal na svou literární a překladatelskou činnost, která ustala s mou diagnózou.

Měl jste možnost komunikovat pomocí počítače? Jaké jsou Vaše zkušenosti?

Před 18-ti měsíci jsem měl k dispozici 3 počítačové programy, které umožňovali ovládání klávesnice zobrazené na displeji pomocí jediného tlačítka, které jsem zkoušel stisknout nepatrnými pohyby hlavy, paže a nohy, jež mi zůstaly zachovány, ale nevýhodou této metody v mém případě byla nízká schopnost přesné koordinace z velké části atrofovaných svalů, pročež jsem vždy nestihl zastavit kurzor na správném místě a bylo třeba čekat, až kurzor znovu oběhne celou klávesnici, přičemž k napsání zamýšleného znaku se jedním stiskem kurzor zastavil, druhým stiskem se písmeno objevilo v horním řádku displeje a třetím stiskem se kurzor opět uvedl do chodu, což je pro mě postup každopádně zdlouhavý, fyzicky zatěžující a tudíž nevhodný.

Liší se Váš způsob komunikace ve dne a v noci?

Ve dne jsem čilejší a snadno mrkám. V noci stěží udržím víčka a navíc napůl někdy spím, a proto na číslované pokyny, nebo na písmena pootevřu zavřené oči. Samozřejmě v noci jsem méně hovorný.

Jak vnímáte své onemocnění vzhledem k širšímu okolí?

Nemoc mě zastihla v plné práci a první rok se můj život navenek příliš nezměnil. Jen jsem více polehával a přijímal návštěvy vleže. Protože jsem se od tří neurologů dozvěděl, že moje ALS může mít velmi rychlý průběh a neslyšel jsem o nikom s ALS, kdo by se dožil tří let, spálil jsem své denníky a bohatou korespondenci a rozdal jsem rozsáhlou knihovnu, o asi 1500 svazcích, a také jsem se zbavil šatstva a nábytku, aby po mě nemuseli uklízet. Teprve po roce jsem dostal nástupce a začal jsem se chovat jako invalidní důchodce. V podstatě se mi život nezměnil ani po 8 letech, protože náplň mého času vždy byla četná komunikace na duchovní témata. Jen jsem omezil cestování. Nikdy jsem nebyl turistou, nebo sportovcem celou duší a tak mě nemožnost pohybu nedovádí ke ztrátě smyslu života. S trochou nadsázky mi připadá, že žiji docela normálně jako člověk, který si právě lehl po dobrém obědě. Ale mé poležení není zadarmo, což jistě mrzí sociální a zdravotní pojišťovnu. Ale život nejsou peníze.

Co pro Vás znamená komunikace?

Tuším, jak strašná je samota a zejména v utrpení. Nemožnost být přijat druhou osobou a přijímat ve vzájemné pozitivní komunikaci je horší než ALS a zdá se, že smrt je snesitelnější. Aniž zde chci uplatňovat své odborné znalosti, v obecném povědomí je základní pravda, že Bůh je jeden a je ve třech osobách, jako Bůh Otec, Syn a Duch svatý. Božské osoby jsou ve vzájemném láskyplném sdílení nebo-li komunikaci. A člověk je stvořen k obrazu Božímu. Kladná komunikace mezi lidmi tedy není nějakým vrtochem nebo nadstandartem. Mohu se právem domnívat, že jsem přežil už 8 let ALS hlavně díky tomu, že jsem nemoc přijímal ve vztahu k Bohu a v neustálé komunikaci s lidmi. V nemocnici jsem dlouhé hodiny samoty a bolesti prokládal modlitbami a každodenními návštěvami, jinak bych nepochybně skončil na morfiu a psychofarmakách. V domácí péči kromě téměř každodenní návštěvy sester a kromě nepřetržité dobrovolnické péče, mám stovky setkání ročně, ať osobních nebo korespondenčních. Pro úplnost musím přiznat, že ačkoliv jsem bývával často ve styku s nemocnými a umírajícími v pravé komunikaci člověk zmoudří až vlastní zkušeností.

ROZHOVOR S PANÍ M. (o pacienta pečuje 6 let, z toho téměř 3 roky na UPV)

Byla vám nabídnuta odborná pomoc v oblasti netradiční komunikace? Myslím tím logopedii, případně speciální pedagogiku?

Jmenovitě s logopedem nebo speciálním pedagogem jsme se nesetkali. Od praktické lékařky jsme se dozvěděli o počítačovém programu, který byl vyvíjen na ČVUT Praha a v nemocnici nám nabídli tabulku s abecedou a učinili pokus o fonování. O dalších možnostech jsme se dozvěděli od přátel, ale jako nejvýhodnější se nám osvědčila jednoduchá metoda, kterou vymyslel sám pacient.

Co je podle Vašeho názoru nejdůležitější v komunikaci u pacientů s umělou plicní ventilací?

Dobrá vůle. Technika sama o sobě je snadná. Specifické je to, že vedle mimických výrazů nepoužíváme hlas a sluch, ale oči. A ty jsou, jak známo, také branou do duší. Naše komunikace je proto velmi osobní a bohatá na předávané informace. Nesdělujeme si pouze písmena, ze kterých se skládají věty, jako je tomu při použití počítače.

Když se už více let staráte o pana S. vlastně nepřetržitě od nástupu jeho bezmocnosti a později i neschopnosti artikulovaného projevu, jak probíhá Vaše komunikace s pacientem a Vaše spolupráce na péči o něho?

Především naše komunikace probíhá a i za zdrava probíhala ve vzájemné úctě. Pacient od počátku přijal diagnózu i prognózu velmi vyrovnaně. Podrobně se o průběhu nemoci informoval a mne jako svou pečovatelku velmi svědomitě připravoval na situace, které bylo možné předvídat. Komunikaci očima a gesty připravil v době, když byl ještě schopen srozumitelně artikulovat, a opatřil mi i právní zmocnění, abych ho mohla zastupovat. To, že mě komunikaci zavčasu naučil, se ukázalo jako velmi prozřetelné zejména při pobytu v nemocnici, když prošel klinickou smrtí a byl napojen na umělou plicní ventilaci. Ne všichni lékaři měli zájem pacienta v takovém stavu léčit a bylo podstatné, že byl schopen dát jasně najevo, že chce i za takových podmínek žít. Nedostatečná komunikace zdravotníků s pacientem se projevovala i na kvalitě péče. Například když pacient v nemocnici potřeboval změnit polohu, nikdo mu nerozuměl, ale protože v tváři byla čitelná bolest, dostal léky proti bolesti, antidepressiva, léky na spaní. Doma prostě sdělí, že potřebuje trochu zacvičit nohou, a obejdeme se bez

léků. Další příklad - pacient není inkontinentní. V nemocnici měl automaticky pleny a katetr na odvádění moči. Doma je díky komunikaci bez plen a také po osmi letech ALS, z toho sedm let jako ležící, bez jediné proleženiny.

Způsob péče v domácím prostředí si pacient „ordinuje“ sám podle svých potřeb. ALS nezasahuje rozumové vlastnosti, které jsou v tomto případě vynikající, a protože se jedná o člověka s mimořádnými morálními vlastnostmi, který má navíc smysl pro humor, je pro mě radostí vyhovět. Komunikace je rozdílná ve dne a v noci. V noci jde především o péči o tělo. Nejčastěji používáme seznam očíslovaných úkonů a podle čísel se rychle dohodneme, v čem je třeba pomoci. Ve dne je péče o tělo druhořadou záležitostí, často stačí pouze gesto, řadu úkonů děláme automaticky. Komunikace je více zaměřena na běžný život, proto používáme písmenkovou tabulku, kterou máme „v hlavě“. Pacient se zabývá překladatelskou činností, komunikuje denně s hosty a to i v několika cizích jazycích, mluvíme o čemkoliv, stejně jako lidé používající svůj hlas.

Pacient s UPV v domácím ošetřování pan H.

Pan H. je muž ve věku 24 let. V prosinci roku 2002 měl autonehodu, při které si poranil krční páteř a ještě tentýž den byl operován. Poškození páteře a míchy bylo natolik závažné, že jeho důsledkem je trvalé ochrnutí – kvadruplégie. Pacient byl napojen na ventilátor. Na Anesteziologicko – resuscitačním oddělení strávil rok a půl, poté byl přeložen na oddělení OCHRIP. V srpnu roku 2005 byl přeložen do domácího ošetřování. Příchod pana H. domů byl pečlivě plánován a připravován. Byla podána žádost ke schválení domácí ventilační péče (viz příloha č. 3). V rámci programu Ministerstva zdravotnictví byl zařazen do projektu *Domácí umělá plicní ventilace*. Na základě tohoto programu získal ventilátor, odsávačku, náhradní zdroje elektrické energie a další pomůcky. Zajištěn je také servis. Bylo nutné připravit také rodinu nemocného. Matka pana H. byla proškolená v péči o dýchací cesty, odsávání, hygienickou péči na lůžku a v péči o vyprazdňování.

V současné době nadále o pacienta pečuje rodina, převážně maminka. V dopoledních hodinách přichází sestra, pracující v ordinaci obvodní lékařky pacienta, aby dopomohla s hygienickou péčí. Ve večerních hodinách a o víkendech se na péči

podílí sestry z místní agentury domácí péče. Pravidelně dochází rehabilitační pracovnice. Pečovatelskou službu rodina nevyužívá.

Pacient má k dispozici elektrický vozík. Ventilátor má vnitřní napájení, takže se pacient může dostat i na vycházku ven (viz fotografie č. 6).

Fotografie č. 6



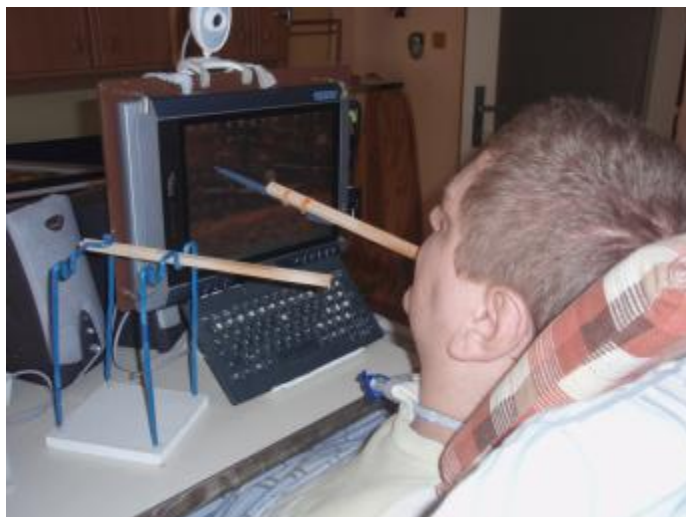
(fotografie z osobních stránek pana H.)

Pan H. je při vědomí a plně orientovaný. Má samostatný pokoj, kde má všechny potřebné pomůcky a zařízení. Intenzivní jednání s pojišťovnou, oslovení množství sponzorů ale i pomoc neznámých dárců přineslo své ovoce. Pacient získal kvalitní, polohovatelné lůžko od firmy Linet, přenosnou koupací vanu a další přístroje, které jsou popsány v oddíle komunikace.

Komunikace

I přes zavedenou tracheostomickou kanylu, může pacient po odpuštění balónku efektivně verbálně komunikovat. Ve spolupráci s rodinou a přáteli se podařilo pořídit vhodný počítač s dotekovou obrazovkou. Počítač je umístěn na jídelním stolku před pacientem. Vedle počítače má pacient malý stojánek, na kterém jsou dvě dřevěné tyčinky. Jednou tyčinkou ovládá klávesnicí počítač, druhá mu simuluje myš, protože je na její konci umístěno dotekové pero. Počítač ovládá pouze ústy. Může ovládat jakýkoliv program. Stojánek a tyčinky pacientovi vyrobil jeho otec (viz fotografie č. 7). Pomocí tohoto zařízení, může telefonovat a psát esemesky. Zajímalo mě, jak rychle dokáže na počítači psát texty. Pan H. má spočítané, že za 10 minut je schopný napsat 130 slov. 602 znaků bez mezer a 730 s mezerami.

Fotografie č. 7



(archív autorky)

Díky počítači a internetu se mu podařilo dostudovat střední školu. Pacient skromně přiznává, že pokud se mu podaří splnit si jeho plány, mohl by pracovat jako projektant dřevostaveb. Chtěl by se nechat řádně zaměstnat. V současné době se na počítači učí ve speciálním programu rýsovat.

V roce 2006 se poprvé zúčastnil soutěže s názvem *Internet a můj handicap*. Soutěžící mají za úkol popisovat jakým způsobem jim internet pomáhá v životě s jejich postižením. Pan H. se umístil na 3. až 4. místě. V tomto roce se soutěže zúčastnil opět a zvítězil. Na konferenci, která byla součástí akce představil svůj přístroj obraceč stránek. Ten získal za vydatné pomoci sponzorů. Obraceč stránek ovládá pomocí dotekového spínače. Pohybem hlavy stiskne tlačítko a tím volí jednotlivé pokyny. Může listovat stránky ve směru do předu i do zadu. Tímto způsobem si může číst knihu anebo časopis bez toho, aby mu někdo stránky musel otáčet (viz fotografie č. 8). Ovládání tohoto přístroje dokáže simulovat jakýkoliv jiný ovladač, který pracuje na principu infračerveného paprsku. Pan H. ovládá televizi a videopřehrávač. Jak sám řekl, bylo by možné s ním ovládat i zatemnění oken a pod.

Fotografie č. 8



(archív autorky)

Ústy se také naučil malovat. Desky s upevněným papírem má pan H. před sebou. Vedle desek má opět speciální stojánek, ve kterém má připravené požadované tužky (viz fotografie č. 9). Obrázky, které namaloval, je možné vidět na jeho internetových stránkách a také na výstavách. Obrázek, který je na začátku práce, vytvořil touto metodou. Byl určen na svatební oznámení pro přátele. Další ukázka tvorby pana H. je v příloze této práce (viz příloha č. 20).

Fotografie č. 9



(archív autorky)

Pokud je právě v místnosti sám a potřebuje přivolat pečující osobu, využívá k tomu malou vysílačku. Jedna je umístěná v lůžku nemocného, druhou má pečující osoba u sebe. Vysílačka má dosah asi 150 metrů (viz fotografie č. 10)

Fotografie č. 10



(archív autorky)

ROZHOVOR S PACIENTEM:

Používáte neobvyklé pomůcky a formy komunikace. Jak jste se k nim dostal?

Používám počítač s dotykovou obrazovkou, takže tam normálně píšu maily, poštu. Používal jsem komunikační program ICQ, už tam nejsem ale používal jsem to. Taky telefonuju přes internet, přes Skype, telefonuju i přes normální telefon. Do počítače píšu pomocí dřevěné tyčinky. Mám dřevěnou tyčinku, no a potom vlastně vyťukávám klávesnici. První podnět mi dal pan doktor D. Říkal, že když dokážu malovat ústy, jestli bych nechtěl ovládat počítač ústy. Na základě toho jsme začali schánět počítač, kterej by byl pro mě vhodnej. Zkoušel jsem obyčejný počítač. Ale tam byl problém, že tam nebyla myš a ta klávesnice byla dost velká. Přes sponzorský dar se podařilo mému švagrovi sehnat počítač od firmy Fujitsu Siemens.

Dokážete pomocí této metody efektivně komunikovat?

No, myslím že jo. Takhle jsem si vyjednal setkání bývalých spolužáků na plese. Bylo nás tam 23, takže v pohodě...

Myslím že jo... (*smích*)

Jakým způsobem jste komunikoval v nemocnici?

Tam lékaři a sestřičky říkali, že jsem se docela dost rychle naučil mluvit s trášou, nemyslím teda přímo že bych měl odfouklý balónek, ale že jsem dokázal artikulovat i s tím, že bych měl nafouklej balónek. Takže jsem dokázal šeptat natolik,

že mi rozuměli. Že říkali, že se s tím docela jako i nesetkali. Takže s komunikací celkem nebyl problém. Po chvíli jsem se naučil artikulovat, že mi rozuměli.

První týden jsem se pokoušel komunikovat odkýváním hlavou, zkoušel jsem písmenka...

Potom jsem se domlouval dobře.

Komu vděčíte za to, že dnes můžete komunikovat s okolím?

... tak to... hodně lidí... Vlastě třeba pan doktor D, že mě přivedl na tu myšlenku používat počítač, potom vlastně Honza, že mi sehnal ten počítač. Dále potom pánovi, který mi zařídil domů internet.

(Honza – švagr pana H. – poznámka autora)

Jaké možnosti Vám poskytuje počítač a internet?

Přes internet komunikuju s ostatníma lidma, třeba s postiženými, se spolužákama, případně... že naplánujeme nějakou akci kde se setkáme... Přes internet nakupuju, ovládám si účet... jako běžně, no...

Máte internetové stránky. Kdo Vás na tuto myšlenku přivedl?

Na tu myšlenku mě přivedli moji kamarádi, vlastně můj spolužák s manželkou. Oni udělali prvotní stránky a potom... teď se o to vlastně stará můj švagr Honza. Vkládá tam nové texty a obrázky.

Měl jste možnost vyzkoušet si ovládat počítač pouze pomocí pohybu očí? Pokud ano, jaké jsou Vaše zkušenosti?

Zkoušel jsem ovládat takového robota... očima a mám s tím zkušenost takovou, že asi po pěti minutovém zkoušení mě z toho docela boleli oči. Takže nevím, jestli bych si s tím dokázal představit práci, třeba šest hodin na počítači. To asi ne, no. Možná by to chtělo trénink, možná jsem oči vychyloval víc než bylo za potřebí. Moje první zkušenost je taková, že mě z toho boleli oči.

Zkusil jste ústy ovládanou myš?

Zkusil jsem to, měl jsem to zapůjčené. Byli tam nějaké pro i proti. Bylo to dobré, že to dobře reagovalo, dalo se to dobře ovládat, ale tím že to bylo vyrobené pro potřeby pacienta, který nedokázal pohnout ani hlavou. Takže to bylo dělané, aby se to ovládalo

jen za pomoci rtů. A to mi tolik nevyhovovalo. Stále mě to svádělo pohnout hlavou a to k tomu nebylo uzpůsobené. A když jsem to delší dobu ovládal rty, tak mě ty rty brzo začali bolet. Takže to bych asi taky dlouho nevydržel. Byl tam další problém. Tam se píše na klávesnici zobrazené na obrazovce a to je pro mně mnohonásobně pomalejší, než já jsem zvyklý psát tyčinkou na klávesnici.

Další problém tam by v tom, že já se občas potřebuju protáhnout, předklonit si hlavu. A když jsem měl tu myš před sebou, tak mi to vadilo. Takže po chvíli práce mě bolel krk a byl jsme víc unavenej než když dělám tohle.

Bylo pro Vás důležité, že jste se podílel na nastavení ventilačních parametrů ventilátoru? Pokud ano tak proč?

To, že jsem se podílel na nastavení je určitě dobré a pro mě i důležité. Mohl jsem se tak s doktorem domluvit co mi vyhovuje. Když jsme například ubírali počet nádechů, mohl jsem si říct, jestli mi to stačí nebo už je to málo a potřeboval bych o nádech přidat.

Jak vnímáte své onemocnění vzhledem k širšímu okolí?

No, tak... stalo se to, jsem ochrnutej, ale život jde dál... Takže se snažím využívat možnosti které mám. Takže chodíme do kina, chodíme na koncerty, do divadla, (*maminka*: na výstavy) jezdíme na výlety. Velkou pomocí je rodina, že mě podrží... (*maminka*: držíme se navzájem... *smích*).

No ... podívala by ses na Klet'? (*smích*)

Vím o Vás, že jste před nedávnem dostudoval střední školu. Jak dlouho Vám to trvalo, a jakým způsobem?

Mě se ta nehoda stala v prosinci, když jsem byl ve čtvrtáku, takže před koncem prvního pololetí. No a vlastně hned za mnou přišel ředitel do nemocnice, tak říkal že vlastně jak mile to bude možné, není problém se do školy vrátit. Když mi to říkal, tak já ... jsem si říkal, že je to asi nereálný. Potom jsem se dostal domů, zaběhla se péče a potom roce jsme se byli podívat ve škole, ... jako na návštěvě. Tam jsme se domluvili, že by sme to teda zkusili. Od školního roku 2006/2007, od září jsem nastoupil do ročníku, do čtvrtáku. S tím, že si dodělám jenom to druhý pololetí, že mi to první uznaj. Bylo to hlavně přes internet. Bylo to dálkově, případně přes telefon, nebo přes Skype, že mě zkoušeli. Nebo něco poslali poštou.

A jak probíhala maturita?

Tak písemnou jsem dělal přes počítač, přes internet... že mi ráno poslali zadání a nechali mi teda na to delší čas, tím že píšu pusou. A to jsem jim potom poslal, s tím, že když mi na to nechali delší čas, tak že jsem to udělal jako delší na 4 stránky. A tu ústní – to jsme se domluvili s panem ředitelem, že si to můžu rozdělit na dvě půlky. Takže češtinu, matiku jsem dělal s ostatníma maturantama, normálně v řádným termínu v červnu... a tu druhou půlku, odbornou jsem dělal v září s těma, kteří nebyli připuštěni v červnu.

Slyšela jsem, že chcete ve studiu pokračovat. Je to pravda?

No tak mám podanou přihlášku, že bych zkusil dál studovat. Bylo by to zase ve Volyni, tam mají Vyšší odbornou školu. Takže tím, že se tam znám s těma kantorama a s panem ředitelem, jsou tam maximálně vstřícní.

Jak jste se dostal k malování ústy a co Vám to dává?

K malování jsem se dostal tak, že mě k tomu přiměla moje rehabilitační sestra v Písku. Říkala, že takoví lidi existují a malují ústy. Říkala ať to zkusím. Nejdřív jsem si říkal, že to je asi blbost a že to nemůžu zvládnout. A pak jsem to tedy zkusil. Čím víc jsem to zkoušel, tím lepší byli výsledky. Takže jsem se dopracoval k tomu, že už to nějak vypadalo. A po určitém čase začaly vznikat květiny. Po čase jsem stal stipendistou celosvětové organizace UMÚN. Od března 2005 jsem stipendistou celosvětového UMÚN-u. Takže mi poskytují stipendium na pomůcky na kreslení a případně na učitele kreslení.

A co mi to dává? Tak člověk když něco vytvoří tak z toho má radost.

Co pro Vás znamená komunikace?

Bez komunikace by to bylo asi horší. Takhle můžu vyjádřit co potřebuju, pokud potřebuju otočit, můžu vyjádřit svůj zdravotní stav... a potom vlastně komunikace s lidma, píšeme si, jak se mají oni, jak se mám já...

6. DISKUZE

Výzkum na téma „Komunikace u pacientů s umělou plicní ventilací“ byl proveden kvantitativně kvalitativní metodou. V kvantitativní části byla vybrána metoda dotazník. Hlavními kritérii pro výběr souboru respondentů (všeobecných sester) byla nejen práce na resuscitačních odděleních, ale také minimálně jedno ošetření pacienta na UPV. Další kritériem byla oblast Středočeského kraje se zaměřením na Oblastní nemocnici Kolín, a. s. a Oblastní nemocnici Mladá Boleslav, a. s. V kvalitativní části byla zvolena metoda situační anamnézy a rozhovoru se zaměřením na otázky z oblasti komunikace s okolím. Výzkum proběhl u dvou pacientů, kteří jsou na umělé plicní ventilaci v domácím ošetřování.

Návratnost dotazníků byla pouze 55 %. Při přebírání dotazníků jsem se od vrchních sester dozvěděla, že některé sestry dotazník vyplnit odmítli.

Pohlaví respondentů: podle předpokladu se výzkumu zúčastnily převážně ženy. Celkem 31 (94 %). Na každém z pracovišť pracuje jeden muž. Oba se výzkumu zúčastnili (6 %).

Věk respondentů: nejpočetnější skupinu tvořili sestry ve věku do 30- ti let, až 26 respondentů (79 %). Opět se potvrdil známý jev, že na resuscitačních odděleních pracují spíše mladší sestry. Ve věkovém rozmezí 30–40 let bylo 6 respondentů (18 %). Nad 40 let se výzkumu zúčastnil 1 respondent (3 %).

V otázce nejvyššího dosaženého vzdělání byla nejčastější odpověď SZŠ s maturitou a to až u 17 respondentů (52 %). Vzhledem k charakteru pracoviště byla u 6 respondentů (18 %) zvolena odpověď postgraduální vzdělání. 8 respondentů (24 %) uvedlo vyšší odbornou školu. Pouze u 2 respondentů (6 %) byla zaznamenaná odpověď vysoká škola. Vzhledem ke změnám ve způsobu získávání kvalifikace a také k neustále zvyšujícímu důrazu na systém celoživotního vzdělávání sester lze předpokládat, že se zastoupení jednotlivých vzdělání změní a to především ve prospěch vysokých škol. V současné době však sestry podle všech ukazatelů nemají dostatečnou motivaci k dalšímu vzdělávání.

Co se týče roků praxe se zaměřením na pacienty s UPV, tvořili poměrně velké zastoupení sestry s praxí do jednoho roku. Těchto sester bylo 6 (18 %). V souvislosti s výsledky v předchozí otázce lze usuzovat, že tyto faktory mohly značně ovlivnit výsledky ve zjišťující části výzkumu. Nadpoloviční většinu dotázaných, až 18 (55 %), tvořili sestry s praxí 1–5 let.

V otázce počtu ošetřovaných pacientů na jednu sestru bylo zjištěno, že jedna sestra během své služby pečuje průměrně o dva pacienty na umělé plicní ventilaci. Tuto odpověď uvedlo 29 (88 %) dotázaných.

Ve zjišťující části byly otázky pokládány v oblastech obecné i speciální formy komunikace. Nejdříve jsem se snažila zjistit, jak důležitá je pro respondenty komunikace u pacientů na umělé plicní ventilaci. Za důležitou ji považuje 26 (79 %) dotázaných. 7 respondentů (21 %) uvedlo, že je pro ně komunikace nedůležitá. Při analýze dat vyšlo najevo, že za nedůležitou ji považují sestry na všech úrovních vzdělání. Překvapující bylo zjištění, že tuto odpověď zadal i jeden respondent s vysokoškolským vzděláním. Jaká je příčina tohoto přístupu je velkou otázkou. Klade se při vzdělávání dostatečný důraz na oblast komunikace u všech stavů? Anebo sestry považují komunikaci u pacientů na UPV jako nedůležitou součást péče? Předpokládám, že velký vliv na výsledky má i fakt, že na pracovištích resuscitační péče jsou nemocní s poruchou vědomí. Další příčinu vidím i v obsahu vzdělávání. Zejména ve specializační formě postgraduálního vzdělávání se klade podle mého názoru velký důraz na vědomosti v oblasti intenzivní, resuscitační a anesteziologické průpravy. Tyto vědomosti jsou beze sporu pro sestry specialistky velmi důležité. Avšak neméně důležité je prožívání nemocného a komunikace.

V další otázce jsem se snažila zjistit, jaké jsou podle sester největší obtíže v komunikaci pacientů na umělé plicní ventilaci. Až u 15 respondentů (36 %) byl vysloven názor, že je to neschopnost verbálního projevu, řeči. Další velkou část odpovědí tvořila neschopnost artikulace a farmakologické účinky některých léků. Jako překážku v komunikaci zmínili respondenti v dotaznících agresivitu, netrpělivost a zmatenost. Poslední tři jmenované projevy lze považovat pouze za důsledek neefektivní komunikace.

V položce č. 8 byli respondenti dotázáni na zjišťování údajů o bolesti u pacientů. Až 31 respondentů (94 %) se na údaje o bolesti aktivně dotazuje. Tento výsledek je dle mého názoru nad očekávání. Avšak tento výsledek nekorresponduje s otázkou, ve které jsem se dotazovala, zdali je pro sestry komunikace důležitá. Pokud se uvedené množství sester na bolest nemocného aktivně dotazuje, nelze předpokládat, že celá pětina považuje komunikaci za nedůležitou.

V další otázce byli respondenti dotázáni na to, jaký mají názor na snahu samotných pacientů o komunikaci. 7 respondentů (21 %) odpovědělo, že pacienti mají snahu komunikovat. 26 respondentů (79 %) uvedlo, že někteří pacienti nemají snahu

komunikovat. Předpokládám, že důvodem k neochotě některých pacientů komunikovat je cizí, nevlídné prostředí, velké změny v prožívání nemoci a také odloučení od rodiny.

Kontakt s rodinou byl předmětem dalších otázek. V dotazníku byli cíleně respondenti dotazováni na zapojování rodiny do komunikace. Až 28 respondentů (85 %) odpovědělo, že rodinu do komunikace aktivně zapojuje. Dokonce 3 respondenti (9 %) působí jako „tlumočníci“. 2 respondenti (6 %) uvedli, že zapojování rodiny do komunikace není nutné. O důvodech posledních odpovědí se lze jen dohadovat. Může to být zkušenost sester s tím, že rodina je v komunikaci natolik aktivní a samostatná, že zapojování sestrou není potřebné. Nabízí se i otázka, zdali tato odpověď nebyla myšlena tak, že jak komunikace, tak i kontakt s rodinou jsou nedůležité.

Dále jsem se sester dotazovala, jak vnímají ochotu rodiny komunikovat s nemocnými. 7 respondentů (21 %) se domnívalo, že jsou příbuzní ochotni komunikovat. V jednom dotazníku se objevila poznámka, že se dotyčná sestra s neochotou ze strany rodiny ještě nesetkala. 3 respondenti (9 %) uvedli, že nemocní obvykle nemají zájem. Poměrná většina 26 sester (79 %) zvolila třetí možnost – že je to velmi individuální.

Méně než polovina respondentů, přesněji 16 (48 %), využívá při své práci koncept bazální stimulace. Podle ředitelky Institutu Bazální stimulace (dále jen BS) mohou techniky BS aplikovat do péče jen absolventi certifikovaných kurzů BS. Avšak ve vyhlášce 424 z roku 2004, § 4, písmeno h je uvedeno, že činností zdravotnického pracovníka s odbornou způsobilostí je mimo jiné i provádění metody bazální stimulace. Otázkou tedy zůstává, zdali se mají zdravotničtí profesionálové řídit vyhláškou anebo pravidlem a doporučením paní PhDr. Karoliny Friedlové. Koncept Bazální stimulace poskytuje bezesporu velmi účinnou a ověřenou cestu jak lépe komunikovat a přispět ke zlepšení péče o nemocné. Zejména, pokud se jedná o pacienty na umělé plicní ventilaci. Další problém, který by bylo vhodné v této souvislosti zkoumat, je dostupnost zmiňovaných kurzů pro všeobecné sestry. Konkrétně to, zdali je sestrám poskytováno studijní volno, zdali jsou tyto kurzy hrazeny zaměstnavatelem ale také to, zdali je o kurzy zájem ze strany samotných sester. Protože časové a finanční možnosti středních zdravotnických pracovníků jsou podle mého názoru velmi omezené.

Výsledek v položce č. 13, kde se dotazují na rozpoznání nelibých pocitů u pacienta v bezvědomí byl pro mne velmi překvapující. Až 32 respondentů (97 %) uvedlo, že poznají, pokud se ventilovanému pacientovi v bezvědomí něco nelíbí. Svědčí

to o tom, že jsou sestry v častém a blízkém kontaktu se svými klienty. Tak mohou i u nemocného ve vážném stavu identifikovat jeho prožívání a vnímání okolního prostředí. Oproti tomu menší část dotázaných přistupuje aktivněji k prožívání jeho nepříjemných pocitů. Jen 21 respondentů (64 %) uvedlo, že se snaží u pacienta zjistit, které pocity a činnosti mu nevyhovují.

V další položce jsem se snažila zjistit, které komunikační metody jsou využívány u pacientů s umělou plicní ventilací. Respondenti zaznamenávali metody od nejčastěji používaných po nejméně používané. Na 1. místě respondenti jako nejčastěji používanou komunikační metodu uvedli odezírání a to až 10 krát. Dále uvedli komunikaci verbální, řeč 9 krát, písmo 5 krát. Dva respondenti uvedli ukazování, mimiku. Jeden respondent uvedl odkývání. Na 2. místě respondenti uvedli využívání tabulky s písmenky — 9 krát, ukazování na písmenka — 6 krát. Písmo uvedlo 6 respondentů. 3 respondenti uvedli jako komunikační metodu doteky. Dále na tomto místě po jednom respondentovi uvedli odkývání, mimiku, verbální komunikaci, odezírání. Na 3. místě byla nejčastěji uvedena jako komunikační metoda písmo a to až v 9 případech. Komunikaci pomocí tabulek s písmeny uvedlo 6 respondentů, odezírání 5 respondentů, odkývání hlavou 4 respondenti. Někteří respondenti v této odpovědi využili všech 6 řádků určených k odpovědi. Někteří využili pouze 2. Souhrnně lze říci, že personál od pacientů získává informace především na základě verbálního projevu, artikulace a různých forem písmenkové tabulky. Méně respondentů uvedlo jako komunikační metodu mimiku.

Následující položka byla zaměřena na specifickou skupinu pacientů. Jedná se o nemocné, kteří jsou při vědomí, ale bez možnosti fonace, artikulace a pohybu končetinami. Pouze u 11 respondentů (34 %) byla zaznamenána možnost komunikace pomocí očí, očního kontaktu, neboli mrkání. Další skupinu - 7 (21 %) tvořila odpověď komunikace pomocí kývání hlavy. Avšak ve většině případů došlo k nepochopení otázky, protože respondenti uváděli komunikaci pomocí písma, artikulace a řeči. Jeden z respondentů (3 %) uvedl, že komunikace s těmito nemocnými není možná.

V položce č. 17 jsem se respondentů dotazovala, zdali na jejich pracovišti spolupracují s pacienty na sestavování ventilačních parametrů. Překvapující bylo zjištění, že ani jeden z respondentů neuvedl aktivní spolupráci s nemocným na sestavení hodnot ventilátoru. 18 respondentů (45 %) uvedlo, že s pacientem částečně spolupracují.

Při současných možnostech počítačových technologií mě zajímalo, zdali se v praxi využívají počítače v komunikaci s pacienty na UPV. 7 respondentů (21 %) odpovědělo, že jsou počítače a jiná audiovizuální technika v komunikaci využívány. Jako příklad byla nejčastěji uváděna tabulka s písmeny, rádio a podobně. V tomto případě došlo opět k nepochopení otázky. Ostatní respondenti odpověděli, že počítače v komunikaci s nemocnými nejsou využívány. Lze tedy usuzovat, že na pracovištích, na kterých proběhl výzkum, se zmiňované technologie nevyžívají. Možná že průlomem ve využívání audiovizuální techniky u pacientů bude zavedení do praxe českého vynálezu vědců, který pracuje na principu pohybu oka (Okem je možné ovládat počítač, 2008, online). Vše bude ale záviset na schopnostech a přístupu managementu nemocnic, oddělení, případně pojišťoven. Věřím, že sestry tuto technologii uvítají, protože ji budou vnímat jako krok ke zkvalitnění komunikace.

V poslední položce jsem zjišťovala, zdali si respondenti mohou s nefonujícími pacienty popovídat. Vycházela jsem z předpokladu, že jednou z funkcí sestry je komunikovat, tedy být komunikátorkou. (Kutnohorská, 2005, s. 22). Celkem 24 respondentů (73 %) odpovědělo, že si s nefonujícími pacienty může popovídat. 9 respondentů (27 %) uvedlo, že komunikace není možná.

Další součástí této práce bylo zmapovat, jaké komunikační metody jsou využívány pacienty, kteří jsou na UPV, ale v domácím ošetřování. Jak oni sami vnímají samotnou komunikaci ve vztahu k okolí, zda-li se díky dorozumívání změnila péče o ně.

Celkový stav a systém péče má přiblížit situační anamnéza, která se nachází před každým z rozhovorů. Z toho také vyplývá, že zajištění domácí ventilační péče pro nemocné je úkol přinejmenším nesnadný. Není řešen koncepčně.

Prvním rozhovor poskytl pan S., který se do domácího prostředí dostal pouze za přispění rodiny a přátel. Aby mohlo být prováděno domácí ošetřování, bylo nutné zvolit nejdříve standardní postup, jehož součástí bylo podání žádosti o domácí umělou plicní ventilaci, kterou jako svůj projekt vyhlásilo Ministerstvo zdravotnictví. Tato žádost však byla opakovaně zamítnuta. Pro usnadnění a urychlení byrokracie rodina řadu pomůcek pořídila na vlastní náklady (největší položku tvořilo zakoupení ventilátoru). Už tento příběh poukazuje na krátkozraké plánování ze strany pojišťovny a schvalovací komise pro domácí ventilační péči. Pokud by byl proces schvalování a umístění pacientů do domácí ventilační péče snazší, ušetřilo by se tak mnoho finančních prostředků. O něco podrobněji je možné se s orientačním propočtem seznámit v článku Radosti a starosti s ventilátorem (Florence, XII/ 2006).

V průběhu rozhovoru s tímto pacientem bylo mapováno, zdali pomocí této metody (mimiky) dokáže vyjádřit všechny své pocity a potřeby. Odpověď mluví za vše. Pan S se nejenom vyjadřuje k různým aspektům péče, ale pomocí této metody je schopen publikovat odborné články a překládat z cizojazyčné literatury. Právě v době psaní této bakalářské práce pacient dokončil překlad z italštiny, který je již vydán v knižní podobě. S velkým nadšením se pustil do dalšího překladu. Další část otázek v rozhovoru byla zaměřena na zkušenost s komunikací v nemocničních podmínkách. Pacient v rozhovoru popisuje nepříjemné zkušenosti s pobytem na nemocničním lůžku. Personálu byla nabídnuta originální metoda komunikace pouze pomocí mimiky. Ta však nebyla akceptována. Písmenkovou tabulku, která se využívá v nemocnici a je řazena abecedně popisuje jako zdroj stresu a vyčerpání. V porovnání s tím, bylo pomocí kvantitativního výzkumu zjištěno, že se ji sestry na svých odděleních snaží používat v hojné míře. Na můj dotaz ohledně využívání počítače odpověděl, že mu tato metoda nevyhovovala. Preferuje spíše osobní přístup. Navzdory těžké nemoci a bolestem, které prožívá, je kontakt s tímto člověkem velmi zajímavý. Zdá se, jakoby vyzařoval energii, předával lásku a obohacoval okolí. To vše s velkou noblesou, citem a dokonce, a to by čekal málokdo, i s nezaměnitelným humorem.

Další z pacientů, se kterým byl proveden rozhovor, byl pan H. Ten může fonovat a tak má možnost své pocity vyslovit mluveným slovem. Se svým okolím může komunikovat také pomocí internetu a díky tomu se mu podařilo dostudovat střední školu. Počítač používal už během pobytu v nemocnici. K dispozici má i další pomůcky, které mu umožňují malovat ústy, číst knihu bez asistence druhé osoby anebo částečně samostatně ovládat elektrický vozík. Pobyt v nemocnici nehodnotil negativně. Má dobré zkušenosti s nemocničním personálem, s jednáním na pojišťovně i se schvalovacím řízením žádosti o domácí umělou plicní ventilaci. Zdá se, že se se svým stavem vyrovnal velmi dobře. To vše jistě za velkého přispění rodiny a širšího okolí.

Výzkum poukazuje na několik zajímavých aspektů:

- 1.) Všeobecné sestry na resuscitačních odděleních nemají dostatečné informace o možnostech komunikace s pacienty na UPV, zejména v oblasti komunikování pomocí mimiky.
- 2.) Vzdělávání na všech stupních a formách odborné přípravy pro všeobecné, diplomované ale i specializační studium nemá ve svých výukových plánech speciální komunikaci s výše jmenovanou skupinou nemocných.

3.) Vzhledem k postižením, různým zájmům a přístupům bude každý pacient s umělou plicní ventilací preferovat jiný způsob sdělování.

4.) Využití počítačové techniky v oblasti komunikace u pacientů s UPV je pro většinu pacientů, a zdá se, že i nemocnic, nedosažitelné vzhledem k vysokým pořizovacím nákladům.

Závěr

Hlavním cílem této práce bylo zmapování dostupných forem komunikace u pacientů s umělou plicní ventilací.

V teoretické části byly popsány aspekty obecné komunikace (její druhy a překážky), nedílnou součástí je pak věnování se komunikaci s nemocným člověkem a jeho rodinou. Není opomenut jako důležitý článek v procesu komunikace také zdravotnický pracovník, zejména sestra. Největší část je věnována obvyklé i méně obvyklé formě komunikace u specifické skupiny lidí, pacientů na umělé plicní ventilaci. Za nejsnazší způsob komunikace považují mluvenou řeč. Avšak u řady nemocných, je tento způsob dorozumívání vzhledem k jejich stavu nedosažitelný. Dalšími formami je artikulace (při ní je možno i odezírat z úst nemocného), či možnost psaní a to nejen rukou ale i ústy, případně nohou. Velmi dostupnou pomůckou mohou být komunikační karty, obrázky a fotografie. Využití počítačových technologií by v praxi bylo velmi přínosné. Při jejich důkladnějším seznámení a prostudování zdrojů zjistíme, že existují různé typy pomůcek, které ulehčují práci a výstupy, které usnadňují jejich ovládání, ale jejich pořízení je velmi nákladné. V práci je popsána také komunikace pomocí mimiky. Může představovat jediný způsob získání informací od pacientů, kteří nejsou schopni fonace, artikulace a pohybu končetinami. Koncept bazální stimulace lze také považovat za způsob komunikace, který lze využít zejména u pacientů, kteří nejsou schopni výše uvedených forem dorozumívání.

Dílčí cíl 1.) zmapovat vědomosti v oblasti komunikace u všeobecných sester na resuscitačních odděleních.

V empirické části práce byly zjišťovány vědomosti sester pracujících na resuscitačních odděleních v oblasti komunikace. Kvantitativní výzkum proběhl dotazníkovou metodou. V otázkách byly sestry dotazovány na komunikační obtíže, snahu nemocných ale i jejich blízkých o dorozumívání. Zjišťovala jsem také ochotu a aktivitu všeobecných sester. Z výzkumu vyplynulo, že personál s pacienty nespolupracuje na sestavování ventilačních parametrů. Toto považuji za největší problém.

Dílčí cíl 2.) zmapovat informovanost všeobecných sester ohledně běžných i netradičních forem komunikace.

Informovanost všeobecných sester v oblasti běžných i netradičních forem komunikace jsem zjišťovala také v rámci dotazníkového šetření. V otázkách jsem

se dotazovala na způsoby dorozumívání, které sestry nejčastěji používají. Dále jsem se ptala na využívání konceptu bazální stimulace, komunikaci pomocí mimiky a také na využívání počítačové techniky. Z výsledků lze usuzovat, že většina sester pracujících na resuscitačních odděleních mají snahu s pacienty komunikovat. Jejich informovanost o možnostech a formách komunikace považují v určitých aspektech za nedostatečnou.

Dílčí cíl 3.) zmapovat druhy komunikačních technik v domácím prostředí u cca dvou pacientů na umělé plicní ventilaci.

Způsob komunikace u konkrétních pacientů jsem zaznamenala formou situační anamnézy a přepisu rozhovorů. Z výzkumu vyplývá, že oba pacienti považují komunikaci za velmi důležitou součást péče. Každý z nich používá k vyjadřování jiný způsob. Zajímavostí je, že jejich metody a pomůcky pro komunikaci jsou velmi neobvyklé a v nemocniční praxi ojedinělé. Dotazovala jsem se také, zdali měli možnost vyzkoušet si jiný druh komunikace. U pacientů jsem zjišťovala a po té i zaznamenala metody jejich dorozumívání, ale také to, jakým způsobem se k této metodě dostali. Dále jsem se snažila zjistit, jak jsou schopni metodu využívat ve vztahu ke svému okolí a komu vděčí za to, že mohou efektivně komunikovat. Za zajímavé a přínosné považují zjištění, že oba nemocní jsou schopni aktivní duševní práce.

Z tohoto je možné vyvodit doporučení pro praxi:

- 1.) Ke každému pacientovi na umělé plicní ventilaci přistupovat individuálně. Připravit a používat komunikaci, která mu bude vyhovovat.
- 2.) Velmi vhodné a přínosné by bylo větší zapojení nemocných do péče o ně. Zejména v oblastech nastavení ventilačních parametrů, polohování a podobně.
- 2.) Zároveň by bylo vhodné, aby se nové zkušenosti, metody a způsoby komunikace rozšiřovali mezi odbornou veřejnost a aplikovali se do praxe formou seminářů, zařazením do výukových plánů, alespoň na postgraduální, specializační formě vzdělávání a na vysokých školách. A to nejen formou přednášek ale i za pomoci zážitkového učení. Dalším a možná nejdostupnějším způsobem pro širší zdravotnickou i nezdravotnickou veřejnost, by bylo vhodné jednotlivé komunikační metody publikovat v ucelené knižní podobě.

Anotace

Autor:	Stanislava Elisek
Instituce:	Ústav sociálního lékařství LF UK v Hradci Králové Oddělení ošetrovatelství
Název práce:	Komunikace u pacientů s umělou plicní ventilací
Vedoucí práce:	Mgr. Michaela Schneiderová
Počet stran:	111
Počet příloh:	20
Rok obhajoby:	2008
Klíčová slova:	komunikace, rodina, umělá plicní ventilace, mimika, počítač

Bakalářská práce pojednává o komunikaci s pacienty na umělé plicní ventilaci. Teoretická část je věnována problematice v oblasti komunikace a umělé plicní ventilace. Její hlavní doménou je však zmapování možností různých metod a technik komunikace se zaměřením na problematiku lidí, kteří nejsou schopni komunikovat běžným způsobem.

Empirická část výzkumu zjišťuje informovanost a dovednosti sester v oblasti komunikace, které pracují s těmito nemocnými. Součástí práce jsou i rozhovory se dvěma pacienty, kteří se dorozumívají netradičním způsobem.

The Bachelor thesis concerns communication with patients having the artificial pulmonary ventilation. The theoretical part is dedicated to problems in the field of communication and artificial pulmonary ventilation. However, its main knowledge domain is mapping the possibilities of different communication methods and techniques with focus on people that are unable to communicate in a usual way.

The empirical part of the study discovers awareness and skills in the field of communication among nurses who work with these patients. As a part of my thesis there are also two interviews with patients who communicate untraditionally.

Literatura a jiné monografie

1. ČERMÁKOVÁ, A. *Umělá plicní ventilace v domácí péči*. 2001. 54 s., LFUKHK.
2. DVOŘÁK, J. *Logopedický slovník*. Žďár nad Sázavou: Logopedické centrum, 2001. ISBN 80-902536-2-8
3. FRIEDLOVÁ, K. *Bazální stimulace v základní ošetrovatelské péči*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2007. 168 s., ISBN 978-80-247-1314-4
4. HAHN, A, a kol. *Otorinolaryngologie a foniatrie v současné praxi*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2007. 392 s., ISBN 978-80-247-0529-3
5. HENDL, P. *Kvalitativní výzkum*. 1.vyd. Praha: Portál, 2005, 408 s., ISBN 80-7367-040-2
6. CHRÁSTKA, M. *Základy výzkumu v pedagogice*. 2. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2000. 200 s. ISBN 180-7076-798-9
7. IVANOVÁ, K., ŠPIRUDOVÁ L., KUTNOHORSKÁ J. *Multikulturní ošetrovatelství I*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2005. 248 s., ISBN 80-247-1212-1
8. KAPOUNOVÁ, G. *Ošetrovatelství v intenzivní péči*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2007. 352 s., ISBN 978-80-247-1830-9
9. KASAL, E, a kol. *Základy anesteziologie, resuscitace, neodkladné medicíny a intenzivní péče*. Praha: Nakladatelství Karolinum, 2006. 197 s., ISBN 80-246-0556-2
10. KUTNOHORSKÁ, J. *Etika v ošetrovatelství*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2007 164 s., ISBN 978-80-247-2069-2
11. LECHTA, V, a kol. *Diagnostika narušené komunikační schopnosti*. 1. vyd. Praha: Portál, 2003. 360 s., ISBN 80-7178-801-5
12. LEWIS, D. *Tajná řeč těla*. Praha: Victoria Publishing a.s., 1989. 229 s., ISBN 80-85605-49-X
13. LINHARTOVÁ, V. *Praktická komunikace v medicíně*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2007. 152 s., ISBN 978-80-247-1784-5
14. PETRÁČKOVÁ, V., KRAUS, J. *Akademický slovník cizích slov*. 1. vyd. Praha: Academia Praha, 1995. ISBN 80-200-0497-1

15. POKORNÁ, A. *Efektivní komunikační techniky v ošetrovatelství*. 1. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2006. 86 s., ISBN 80-7013-440-2
16. TEUSEN, G., GOZE – HÄNEL, I. *Prenatální komunikace*. 1. vyd. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-753-1
17. TRACHTOVÁ, E. a kol. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. 2. dotisk vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2004. 186 s., ISBN 80-7013-324-4
18. VÁVRA, V. *Mluvíme beze slov*. 1. vyd. Praha: Panorama, 1990. 310 s., ISBN 80-7038-128-0
19. VENGLÁŘOVÁ, M., MAHROVÁ, G. *Komunikace pro zdravotní sestry*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2006. 144 s., ISBN 80-247-1262-8
20. ZACHAROVÁ, E., *Komunikace - jeden ze základních pilířů vztahu mezi zdravotníkem a nemocným*. Sborník příspěvků z konference s mezinárodní účastí, 1. vyd. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, 2006. 465 s., ISBN 80-7040-884-7
21. ZACHAROVÁ, E., HERMANOVÁ, M., ŠRÁMKOVÁ, J. *Zdravotnická psychologie – Teorie a praktická cvičení*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2007. 232 s., ISBN 978-80-247-2068-5
22. ZEMANOVÁ, J., *Základy anesteziologie - 1. část*. 1. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2005. 149 s., ISBN 80-7013-374-0

Standardní články

1. FRIEDLOVÁ, K. *Lektorka bazální stimulace*. Florence, 2005, č. 1, 21 – 22 s. ISSN 1801-464X
2. KOSTŘÍŽOVÁ, P., ROŠKAŇUKOVÁ, A. *Komunikace s dítětem s tracheostomickou kanylou*. *Sestra*, Odborný časopis pro zdravotní sestry, 2006, č. 4, 27 – 28 s. ISSN 1210-0404
3. WAGNEROVÁ, B., ELISEK, S. *Radosti a starosti s ventilátorem*. Florence, 2006, č. 12, 23 – 24 s. ISSN 1801-464X

Internetové zdroje:

1. Áčová, P., *Elektrolaryng* (online). 2008 (cit. 2008 – 04 – 09) Dostupné z: <http://zdravi.blesk.cz/Clanek88935.htm>
2. *Desatero Bazální stimulace* (online). 2007 (cit. 2008 – 03 – 29) Dostupné z: http://www.bazalni-stimulace.cz/bazalni_stimulace.php
3. ČERMÁKOVÁ, V., *Tracheostomovaný klient – komunikace*. Sestra: Odborné časopis pro zdravotní sestry (online). 2008 č. 2, (cit. 2008 – 03 – 29) Dostupné z: http://sestra.cz/scripts/detail.php?id=346016_02/2008
4. *Domácí umělá plicní ventilace* (online). 2003 (cit. 2008 – 02 – 14) Dostupné z: <http://www.mzcr.cz/Odbornik/Pages/55-domaci-umela-plicni-ventilace.html>
5. FRIEDLOVÁ, K., *Co je bazální stimulace* (online). 2007 (cit. 2008 – 03 – 29) Dostupné z http://www.bazalni-stimulace.cz/bazalni_stimulace.php
6. *IntegraMouse®* (online). 2007 (cit. 2008 – 03 – 16) Dostupné z: http://www.lifetool.org/show_content.php?sid=290
7. SŮRA, J., *Dva nové české vynálezy* (online). 2007 (cit. 2008 – 04 – 02) Dostupné z: <http://www.paraple.cz/Default.aspx?tabid=142>
8. *Objev vědce z VUT Brno může lidem bez hlasivek znovu vrátit řeč. Najdou se peníze, najde se mecenáš?* (online). 2007 (cit. 2008 – 03 – 26) Dostupné z: <http://www.techtydenik.cz/detail.php?action=show&id=2179&mark=>
9. *Pomáhá facilitovaná komunikace?* (online). 2007 (cit. 2008 – 04 – 09) Dostupné z: <http://www.dobromysl.cz/scripts/detail.php?id=271>
10. POSPÍŠILOVÁ, D., *Péče o laryngektomované pacienty*. Sestra: Odborný časopis pro zdravotní sestry. Tématický sešit. Onkologie. 169. (online). 2006. č. 1., (cit. 2008 – 03 – 26) Dostupné z: <http://www.sestra.cz/scripts/detail.php?id=273170>
11. *Počítač pro postižené* (online). 2007 (cit. 2008 – 04 – 02) Dostupné z: http://www.petit-os.cz/poc_pro_postiz.htm#pocitac_4
12. *Skládačka abecedy* (online). 2007 (cit. 2008 – 03 – 26) Dostupné z <http://uzlaticek.mimishop.cz/detail.php?zbozi=382810>
13. *Ausili Informatici* (online). 2007 (cit. 2008 – 04 – 09) Dostupné z: <http://www.srlabs.it>
14. *Nakladatelství malířů s tělesným postižením, malujících ústy a nohama* (online). 2007 (cit. 2008 – 04 – 02) <http://www.umun.cz/page02.html>

15. *VISIOWBOARD gaze communication system* (online). 2008 (cit. 2008 – 04 – 09)
Dostupné z: <http://www.metrovision.fr/>

Seznam grafů

Graf č. 1 – Věk respondentů	s. 36
Graf č. 2 – Vzdělání respondentů	s. 37
Graf č. 3 – Zapojování rodiny do komunikace	s. 42

Seznam tabulek

Tab. 1 – Písmenkovaná tabulka	s. 29
Tab. 2 – Pohlaví respondentů	s. 35
Tab. 3 – Věk respondentů	s. 36
Tab. 4 – Vzdělání respondentů	s. 37
Tab. 5 – Počet let praxe	s. 37
Tab. 6 – Počet pacientů	s. 38
Tab. 7 – Důležitost komunikace pro sestry	s. 38
Tab. 8 – Největší obtíže u pacientů na UPV při komunikaci	s. 40
Tab. 9 – Způsob zjišťování údajů o bolesti	s. 41
Tab. 10 – Snaha pacientů komunikovat	s. 41
Tab. 11 – Zapojování rodinných příslušníků do komunikace	s. 41
Tab. 12 – Ochota rodiny komunikovat s pacienty na UPV	s. 42
Tab. 13 – Využívání konceptu bazální stimulace	s. 43
Tab. 14 – Rozpoznání pocitů nelibosti u pacientů na UPV	s. 43
Tab. 15 – Zjišťování nevyhovujících doteků a činností	s. 43
Tab. 16 – Technika komunikace u pacientů při vědomí na UPV	s. 45
Tab. 17 – Spolupráce s pacientem na sestavování ventilačních parametrů	s. 45
Tab. 18 – Využívání audiovizuální techniky v komunikaci	s. 46
Tab. 19 – Možnost rozhovoru s nefonujícími pacienty	s. 46

Seznam zkratk

ALS – Amyotrofická laterální skleróza

ARO – Anesteziologicko – resuscitační oddělení

BS – Bazální stimulace

DP – Domácí péče

JIP – Jednotka intenzivní péče

OCHRIP – Oddělení chronické resuscitační intenzivní péče

PEG – Perkutánní endoskopická gastrostomie

UMÚN – Umělci malující ústy a nohama

UPV – Umělá plicní ventilace

Seznam příloh

Příloha č. 1 Ventilací režimy konvenční ventilace pozitivním přetlakem	s.84
Příloha č. 2 Ventilátory používané v domácí péči	s.85
Příloha č. 3 Žádost ke schválení domácí ventilační péče	s.86
Příloha č. 4 Přístroj elektrolaryng, skládačka abecedy	s.93
Příloha č. 5 Kurzorová klávesnice, Tlačítko ze speciální klávesnice	s.94
Příloha č. 6 Počítačová myš ovládaná ústy	s.95
Příloha č. 7 Zahraniční počítačové systémy	s.96
Příloha č. 8 Vynález českých vědců	s.97
Příloha č. 9 Tabulka s čísly	s.98
Příloha č. 10 Desatero bazální stimulace	s.99
Příloha č. 11 Dotazník	s.100
Příloha č. 12 Žádost pro ředitele Oblastní nemocnice Kolín, a.s.	s.103
Příloha č. 13 Žádost pro hlavní sestru Oblastní nemocnice Kolín, a.s.	s.104
Příloha č. 14 Žádost pro primáře Oddělení resuscitace a jednotky víceoborové intenzivní péče v Oblastní nemocnici Kolín, a.s.	s.105
Příloha č. 15 Žádost pro ředitele Oblastní nemocnice Mladá Boleslav, a.s.	s.406
Příloha č. 16 Žádost pro hlavní sestru Oblastní nemocnice Mladá Boleslav, a.s.	s.107
Příloha č. 17 Žádost pro primáře Anesteziologicko – resuscitačního oddělení v Oblastní nemocnici Mladá Boleslav, a.s.	s.108
Příloha č. 18 Žádost pro ředitelku organizace MALYRA	s.109
Příloha č. 19 Článek: O křesťanském umírání, autorem je pan S.	s.110
Příloha č. 20 Chrpy: autorem je umělec malující ústy pan H.	s.111

Příloha č. 1

Ventilační režimy konvenční ventilace pozitivním přetlakem

	Podpurná ventilace s částečnou ventilací podporou		Řízená ventilace s plnou ventilací podporou	
	ventilační režim	nastavení režimu na ventilátoru	ventilační režim	nastavení režimu na ventilátoru
Objemově řízená ventilace	CPAP	režim CPAP, PS, PEEP, FiO ₂	CMV	režim CMV, f, Vt, PEEP, FiO ₂
	SIMV	režim SIMV, f, Vt, PEEP, FiO ₂	A/C	režim A/C, f, Vt, PEEP, FiO ₂
Tlakově řízená ventilace	CPAP + PS	režim CPAP, PS, PC, PEEP, FiO ₂	PCV	režim CMV, f, PS, PC, PEEP, FiO ₂
	PSIMV	režim SIMV, f, PS, PC, PEEP, FiO ₂	PCV - IRV	režim CMV, f, PS, PC, PEEP, FiO ₂
	PPS nebo AI	režim PS, PC, PEEP, FiO ₂	ASV 100%	režim ASV, 100% MV, PEEP, FiO ₂
	ASV < 100%	režim ASV, % MV, PEEP, FiO ₂	BILEVEL	režim, f, PEEP L, PEEP H, PS, FiO ₂

CPAP - (Continue Positive Airway Pressure) je režim umožňující spontánní dýchání při kontinuálním přetlaku v dýchacích cestách

SIMV - (Synchronized Intermittent Mandatory Ventilation) je režim, který do spontánní ventilace pacienta dodává v určitých časových intervalech řízené dechy.

CPAP + PS – je režim umožňující spontánní dýchání při kontinuálním přetlaku v dýchacích cestách s tlakovou kontrolou.

PSIMV – je režim, který do spontánní ventilace pacienta dodává v určitých časových intervalech řízené dechy.

PPS (Positive Pressure Support) nebo IA (Inspiratory Assistance) jsou režimy, kde je dech zahájen vlastním úsilím pacienta a okruh se rychle natlakuje na stanovenou hodnotu, která je udržována po celou dobu inspiračního nádechu.

ASV je počítačem řízený systém, který vypočítává z hmotnosti pacienta ideální Vt a snaží se této optimální hodnoty dosáhnout, u tohoto režimu je nutné zadat hmotnost pacienta a procento minutového objemu, které ovlivňuje rozsah ventilací podpory.

CMV (Controlled Mechanical Ventilation) je režim, kdy přístroj vykonává řízenou ventilaci nastavenými parametry.

A/C (Assist Control) je režim s plnou synchronní ventilací podporou s triggerem.

PCV (Pressure Control Ventilation) je režim, kdy přístroj vykonává řízenou ventilaci nastavenými parametry.

PCV – IRV (Pressure Control Ventilation – Inversed Ratio Ventilation) je režim, který umožňuje ventilaci s převráceným poměrem inspiračního a expiračního. Používá se u nemocných s těžkými formami ARDS – umožňuje více času pro přestup kyslíku do krve. Je třeba dát pozor na barotrauma způsobené velkým rozpětím plic.

BILEVEL je režim se synchronní plnou ventilací podporou, který umožňuje spontánní ventilaci během celého ventilací režimu. Dechový objem je dán rozdílem hodnotami peep low a peep high.

(Kapounová, 2007, s. 230)

Příloha č. 2

Ventilátory používané v domácí péči

Fotografie č. 11



(archív autorky)

Fotografie č. 12



(archív autorky)

Příloha č. 3

Žádost ke schválení domácí ventilační péče

Domácí umělá plicní ventilace :

Ministerstvo zdravotnictví informuje zdravotnickou veřejnost, že byla ustavena

Komise pro realizaci domácí umělé plicní ventilace.

Tato Komise bude posuzovat žádosti o přidělení a financování ventilačního přístroje těch zdravotnických zařízení, na jejichž spinální jednotce nebo jiném intenzivním lůžku je ošetřován pacient, jenž musí být vzhledem ke svému zdravotnímu postižení trvale připojen k ventilačnímu přístroji. Jestliže ovšem zdravotní stav pacienta umožňuje, aby byl ošetřován v domácím prostředí, a všechny okolnosti (rodina, praktický lékař, domácí zdravotní péče, sociální podmínky rodiny apod.) jsou příznivé, může být pacient propuštěn do domácího prostředí s ventilačním přístrojem, který mu po projednání žádosti lůžkového zdravotnického zařízení Komise schválí.

Žádost se v kopii zasílá také ústředí zdravotní pojišťovny, jejíž je pacient klientem.

Žádost zdravotnického zařízení o realizaci DUPV

(Předkládá ji propouštějící ZZ ministerstvu zdravotnictví)

Navrhovatel:

Název a adresa ZZ:

IČO: IČZ:

Statutární zástupce:

Poskytovatel:

Název a adresa ZZ:

IČO: IČZ:

Statutární zástupce:

Pacient:

Jméno a příjmení:

Rodné příjmení: Rodné číslo:

Trvalé bydliště:

PSC:

Pacient je pojištěncem pojišťovny:

Adresa místa, kde bude DUPV poskytována :

Oddíl 1.01 Základní diagnóza :

číselně (dle MNK 10)

slovy:

.....

.....

Další diagnózy:

číselně (dle MNK 10)

slovy:

1).....

.....

2).....

.....

3).....

.....

4).....

.....

5).....

.....

Vyjádření navrhovatele k indikovanosti pacienta k DUPV

DUPV je indikována:

ano

ne

Datum:

Podpis zástupce navrhujícího ZZ (primáře odd.),razítko

2. Vyjádření příbuzných odborností k indikovanosti pacienta k DUPV

(-zajistí propouštějící ZZ - navrhovatel)

(interna + ARO nebo pediatrie + ARO, podle charakteru základní diagnózy případně i dalších odborníků)

DUPV je indikována:

ano

ne

Odbornost: ARO

Podpis,razítko

Odbornost:

Podpis,razítko

Odbornost:

Podpis,razítko

3. Vyjádření ke způsobilosti poskytování ošetrovatelské péče ošetřující osobou

Jméno osoby zodpovědné za laické ošetřování pacienta:.....

RČ. :

Kontakt na tuto osobu :

Adresa:.....

Telefon:

Ošetřující osoba absolvovala rooming – in, je zaškolená a zvládá ošetrovatelskou péči a ovládání potřebných přístrojů.

Podpis zodpovědné ošetřující osoby

Podpis školitele, razítko

4. Psychologické vyšetření

všech osob žijících ve společné domácnosti s nemocným a psychologické vyšetření nemocného (*psychologické vyšetření zajistí poskytovatel*).

Na základě výsledků psychologického vyšetření všech osob žijících ve společné domácnosti rodina je schopna přijmout pacienta do domácího ošetřování.

ano

ne

Datum:

Podpis poskytovatele, razítko

ad bod 2.

Předpokládáme, že další odborností, která by se mohla k indikovanosti pacienta k DUPV vyjádřit, je neurologie.

ad bod 3.

Školení může prodělat více členů rodiny, jenom 1 osoba ale bude zodpovědná za „laické“ ošetřování pacienta.

ad bod 4.

Psychologické vyšetření zajistí poskytovatel.

Základní splněná psychologická podmínka k DUPV ze strany **pacienta** je jeho motivace a schopnost sladit jeho osobnost s členy domácnosti, ve které o něj bude pečováno.

Základní splněná podmínka vyšetřovaných **členů domácnosti** pacienta je vyloučení hrubé osobnostní patologie. Dále je třeba posoudit motivaci pečujících členů rodiny (může se jednat o rozhodnutí na řadu let), posoudit specifické schopnosti pečujících ve smyslu koncentrace pozornosti, reakčního času, schopnosti analýzy a syntézy v situaci, IQ by mělo odpovídat minimálně pásmu průměru (IQ nemusí být vyšetřováno u osob s dosaženým VŠ vzděláním) apod.

Volba metod psychologické diagnostiky : projektivní techniky, testy speciálních schopností, dotazníkové metody k detekci hrubé osobnostní patologie, výkonové testy (pouze u osob se SŠ a nižším vzděláním).

ad bod 7.

Ošetrovatelský a léčebný plán musí být pravidelně kontrolován a aktualizován.

V příloze této žádosti musí být proto přiložena smlouva, kterou se zodpovědné ZZ písemně zavazuje, že budou prováděny pravidelné kontroly a aktualizace ošetrovatelského a léčebného plánu.

ad bod 8.

ad a) **ošetřující lékař bude nejpravděpodobněji registrující lékař, měl by se písemně vyjádřit, že s péčí o pacienta souhlasí**

ad b) **sestra se nemusí na péči o pacienta podílet**

ad d) **ZZ s oddělením ARO může být totožné s poskytovatelem**

ad e) **musí být zajištěn převoz pacienta na plánované kontrolní vyšetření nebo k hospitalizaci**

v případě zhoršení stavu

ad f) **v příloze by měl být přehled veškerého nezbytného technického vybavení, informace jak bude zajištěno, kdo bude zajišťovat technický servis**

ad bod 9.

- Výše úhrady bude stanovena pojišťovnou na základě ošetrovatelského a léčebného plánu vypracovaného navrhovatelem a odsouhlaseného poskytovatelem.

- Je nutná zvláštní forma smlouvy mezi zdravotní pojišťovnou a poskytovatelem (tj. se zařízením, které zajišťuje péči o pacienta) o způsobu úhrady.
- Pacientovi musí být veden individuální účet.

Seznam nezbytných výkonů dle vyhl. MZ ČR č.101/2002 Sb., kterou se vydává Seznam výkonů
s bodovými hodnotami, v platném znění

(Domácí plicní ventilace, 2008, online)

Příloha č. 4

Přístroj elektrolaryng



(Áčová, 2008, online)

Skládačka abecedy



(Skládačka abecedy, 2008, online)

Příloha č. 5

Kurzorová klávesnice



(Pomůcky pro ovládání PC – klávesnice, 2008, online)

Tlačítko ze speciální klávesnice



(Pomůcky pro ovládání PC – klávesnice, 2008, online)

Příloha č. 6

Počítačová myš ovládaná ústy

IntegraMouse®



IntegraMouse® byla vyvinuta pro lidi s úplných ochrnutím, svalovou ochablostí či amputací končetin. Používejte IM a prožijte plnohodnotnější život, zpříjemněte si své soukromí a více se osamostatněte.

INOVATIVNÍ, PATENTOVANÉ, CERTIFIKOVANÉ A ZNAMENITÉ

IntegraMouse® je certifikovaná jako evropský lékařský přístroj. Patentovaný náustek se dá velmi jednoduše a snadno vyměnit a vyčistit, umožňuje hygienické používání i v případě více uživatelů.

Objevte výhody IntegraMouse®:

- jednoduchá instalace jako plug&play (není potřeba žádný driver, instalační software)
- levé & pravé tlačítko myši, dvojklik, drag&drop bez dodatečného softwaru
- dynamický pohyb kurzoru myši zajištěn minimálním pohybem rtů
- není potřeba žádný dodatečný napájecí zdroj, plně kompatibilní s Windows 98 a výše
- zpracování textů pomocí klávesnice na obrazovce (součástí Windows XP)
- pracuje také v operačním systému Apple Mac a Linux
- využití pro více uživatelů díky snadné výměně náustku
- splňuje nejvyšší hygienické požadavky
- dá se použít vsedě i vleže
- nic není umístěno na těle uživatele, umožňuje plně nezávislou práci na PC

(Integramouse, 2008, online)

Příloha č. 7

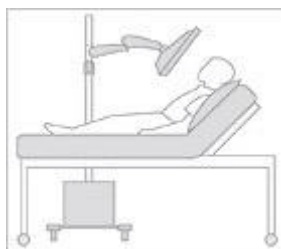
Zahraniční počítačové systémy

Počítač, který je možné ovládat pouze pohledem očí



(VISIOBOARD gaze communication system, 2008, online)

Díky polohovatelnému ramenu může počítač ovládat i ležící pacient



(EyeTracking and More..., 2008, online)

Další typ počítače, který je ovládaný pohybem očí



(EyeTracking and More..., 2008, online)

Příloha č. 8

Vynález českých vědců: minikamera umístěná na obroučkách brýlí



(Okem je možné ovládat počítač, 2007, online)



(Okem je možné ovládat počítač, 2007, online)

Příloha č. 9

Tabulka s čísly

01. otřít sliny – ústa, bradu a podbradek, za krkem, popř. namazat masť (rty, bradu)
02. slinták – utáhnout
– vyměnit
– přidat
03. vyměnit límec – mokrý dát usušit na kamna, popřípadě převléknout do nového povlaku
04. límec - posunout nahoru – dolů – doprava – doleva
05. hlavu podložit – nad límcem jednou nebo více vrstvami vyhlazeného ručníku
06. otřít – čelo a obočí, spánky a tváře
07. namazat chladivou masť – čelo a obočí, spánky a tváře
08. ucho – pravé, levé, obě – otřít, obklad z buničiny
09. odsát
10. paže a ramena – natáhnout
11. paže a ramena – namazat
12. ruce a prsty – natáhnout
13. ruce a prsty – namazat
14. hrudník – z boku namazat
15. břicho, boky, stehna – namazat
16. kolena – namazat
17. lýtko – namazat
18. kotníky a nártý – namazat
19. achillovu šlachu – protáhnout
20. bažant – dát pryč, přiložit
21. vytáhnout celé tělo i s podložkou nahoru
22. zapřít nohy – hýbat nohama
23. výměna podložky – prostěradla
24. něco mi spadlo do oka
25. oči promnout
26. obklad na oči
27. nos a podnosem – utřít
28. vrapovku – vyklepnou vlhkost
29. vrapovku – sklon tak, aby vlhkost netekla do tracheostomie
30. jazyk mezi zuby – mírně zaklonit hlavu, aby se jazyk zasunul
31. jídlo – podat
32. pití – podat
33. léky – podat
34. málo slyším – mluďte hlasitěji
35. dveře – zavřít, trochu pootevřít
36. okno – otevřít, zavřít, odtemnit, zatemnit
37. přikrýt – úplně, po pás, po kolena, odkryt celý
38. kamna – přidat, ubrat, vypnout
39. tracheostomii – utáhnout šňůrku, povolit
40. balóněk – přifouknout, vyfouknout
41. hadičku propláchnout fyziologickým roztokem
42. výdechová hadice – fouká mi na tělo
43. papírovou plenu podložit
44. přebalit
45. rozsvítit – zhasnout
46. pískátko – upravit polohu – dát k lýtku, ke stehnu
47. hada – víc k pelesti
48. hlavu upravit – otočit vpravo, vlevo
49. celé tělo posunout – vlevo, vpravo
50. budíček – dát do výhledu
51. opěradlo – trochu výše, níže
52. d'
53. zavolat rodinu

Příloha č. 10

Desatero bazální stimulace

- 1) *Přivítejte se a rozlučte s pacientem pokud možno vždy stejnými slovy.*
- 2) *Při oslovení se ho vždy dotkněte na stejném místě (iniciální dotek).*
- 3) *Hovořte zřetelně, jasně a ne příliš rychle.*
- 4) *Nezvyšujte hlas, mluvte přirozeným tónem.*
- 5) *Dbejte, aby tón vašeho hlasu, vaše mimika a gestikulace odpovídaly významu vašich slov.*
- 6) *Při rozhovoru s pacientem používejte takovou formu komunikace, na kterou byl zvyklý (anamnéza).*
- 7) *Nepožívejte v řeči zdrobněliny.*
- 8) *Nehovořte s více osobami najednou.*
- 9) *Při komunikaci s pacientem se pokuste redukovat rušivý zvuk okolního prostředí.*
- 10) *Umožněte pacientovi reagovat na vaše slova.*

(Desatero Bazální stimulace, 2008, online)

Otázka č. 7

Jaké jsou podle Vašeho názoru největší obtíže v komunikaci s nemocným na umělé plicní ventilaci?

Uveďte prosím alespoň jeden příklad.....
.....

Otázka č. 8

Jakým způsobem zjišťujete od Vašich pacientů údaje o bolesti?

- a.) aktivně se na údaje o bolesti dotazuji
- b.) máme s pacienty předem domluvené signály, uveďte příklad
.....
- c.) údaje o bolesti nezjišťuji

Otázka č. 9

Mají podle Vás pacienti s UPV snahu komunikovat?

- a.) ano, vždy
- b.) někteří pacienti nemají zájem komunikovat

Otázka č. 10

Zapojujete do komunikace také rodinné příslušníky pacientů?

- a.) ano, aktivně se snažíme rodinu zapojit a naučit je alternativním komunikačním technikám
- b.) působíme jako „tlumočníci“
- c.) ne, není to nutné

Otázka č.11

Je rodina ochotná komunikovat s nemocným na umělé plicní ventilaci?

- a.) ano, vždy
- b.) obvykle nemají zájem
- c.) je to velmi individuální

Otázka č. 12

Využíváte při své práci techniky bazální stimulace?

- a.) ano
- b.) ne

Otázka č.13

Pokud je ventilovaný pacient v bezvědomí, poznáte že se mu něco nelíbí?

- a.) ano (uveďte prosím příklad)
- b.) ne

Otázka č. 14

Snažíte se u pacientů zjistit které doteky a činnosti mu nevyhovují?

- a.) ano
- b.) ne

Otázka č. 15

Jaké komunikační techniky využíváte u pacientů s umělou plicní ventilací, kteří jsou při vědomí? Prosím, seřaďte jednotlivé techniky od nejčastěji používané po nejméně používanou.

- 1.....
- 2.....
- 3.....
- 4.....
- 5.....
- 6.....

Otázka č. 16

U ventilovaného pacienta, který je při vědomí, avšak bez možnosti fonace, artikulace a pohybu končetinami, komunikujete:

- a.) ano, uveďte používanou metodu.....
.....
- b.) ne, u těchto pacientů není možná žádná komunikace

Otázka č. 17

Spolupracujete s pacientem na sestavování ventilačních parametrů ventilátoru?

- a.) ano
- b.) částečně
- c.) ventilační parametry sestavujeme výhradně podle klinického nálezu a výsledků vyšetření

Otázka č. 18

Využíváte při komunikaci s pacienty počítačovou, případně jinou audiovizuální techniku?

- a.) ano, uveďte příklad.....
- b.) ne

Otázka č. 19

Můžete si s nefonujícími pacienty, kteří jsou při vědomí popovídat?

- a.) ano
- b.) ne

Děkuji vám za vyplnění tohoto dotazníku.

Pokud chcete doplnit některou otázku, anebo vyslovit vlastní názor k dané problematice, zde máte prostor k vyjádření. Můžete využít i zadní strany listu.

Příloha č. 12

Vážený pan
MUDr. Luděk Rubáš
Oblastní nemocnice Kolín, a.s.
Žižkova 146
280 00 Kolín

V Hradci Králové 18.1.2008

Věc: Žádost o povolení výzkumného šetření na oddělení resuscitace a jednotce víceborové intenzivní péče.

Vážený pane řediteli,

dovolujeme si Vás požádat o povolení výzkumného šetření na oddělení resuscitace a víceborové intenzivní péče v Oblastní nemocnici Kolín, a.s. v rámci závěrečné bakalářské práce studentky Stanislavy Elisek, narozené 25.9.1979, posluchačky 4. ročníku bakalářského studijního programu Ošetřovatelství – Pedagogika, kombinované formy na Lékařské fakultě Univerzity Karlovy Hradec Králové.

Cílem práce je zjistit kvalitu a způsob komunikace u pacientů na umělé plicní ventilaci.

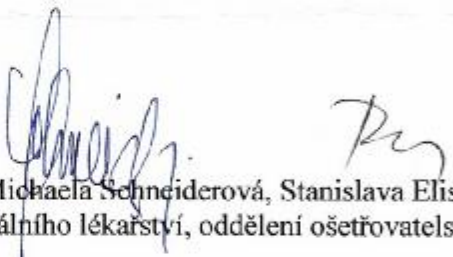
Výzkumné šetření bude provedeno formou anonymního dotazníku u sester, který přikládáme k žádosti.

Závěrečná práce je zpracovávána pod odborným vedením Mgr. Michaely Schneiderové, z Ústavu sociálního lékařství, oddělení ošetřovatelství na Lékařské fakultě v Hradci Králové.

Výsledky šetření Vám rádi poskytneme.

Prosíme o sdělení Vašeho rozhodnutí.

S pozdravem


Michaela Schneiderová, Stanislava Elisek
Ústav sociálního lékařství, oddělení ošetřovatelství

Kontaktní adresa:
Mgr. Michaela Schneiderová
ÚSL na LF Hradec Králové
Šimkova 870, 500 38 Hradec Králové
Tel.: 495816416
E-mail: schneiderovam@lfhk.cuni.cz

Vyjádření vedení instituce:

- souhlasím
 nesouhlasím

Odůvodnění:

Datum: 23. 1. 2008

Oblastní nemocnice Kolín, a.s.
nemocnice Středočeského kraje
280 00 Kolín, Žižkova 146, IČO: 2726039

Podpis, razítko:

-1-


Příloha č. 13

Vážená pani
Mgr. Monika Válková
hlavní sestra Oblastní nemocnice Kolín, a.s.
Žižkova 146
280 00 Kolín

V Hradci Králové 18.1.2008

**Věc: Žádost o povolení výzkumného šetření na oddělení resuscitace a jednotce
vícebodorové intenzivní péče.**

Vážená pani magistro,

dovolujeme si Vás požádat o povolení výzkumného šetření na oddělení resuscitace a vícebodorové intenzivní péče v Oblastní nemocnici Kolín, a.s. v rámci závěrečné bakalářské práce studentky Stanislavy Elišek, narozené 25.9.1979, posluchačky 4. ročníku bakalářského studijního programu Ošetřovatelství – Pedagogika, kombinované formy na Lékařské fakultě Univerzity Karlovy Hradec Králové.

Cílem práce je zjistit kvalitu a způsob komunikace u pacientů na umělé plicní ventilaci.


Výzkumné šetření bude provedeno formou anonymního dotazníku u sester, který přikládáme k žádosti.

Závěrečná práce je zpracovávána pod odborným vedením Mgr. Michaely Schneiderové, z Ústavu sociálního lékařství, oddělení ošetřovatelství na Lékařské fakultě v Hradci Králové.

Výsledky šetření Vám rádi poskytneme.

Prosíme o sdělení Vašeho rozhodnutí.

S pozdravem


Michaela Schneiderová, Stanislava Elišek
Ústav sociálního lékařství, oddělení ošetřovatelství

Kontaktní adresa:

Mgr. Michaela Schneiderová
ÚSL na LF Hradec Králové
Šimkova 870, 500 38 Hradec Králové
tel.: 495816416
E-mail: schneiderovam@lfhk.cuni.cz

Vyjádření vedení instituce:

- souhlasím
 nesouhlasím

Odůvodnění:

Datum: 23.1.2008

Podpis, razítko:


Oblastní nemocnice Kolín, a.s.
nemocnice Středučakářská
280 00 Kolín, Žižkova 146, IČO: 27255391


Oblastní nemocnice Kolín, a.s.
hlavní sestra

Příloha č. 14

Vážený pan
MUDr. Martin Nováček
primář Oddělení resuscitace a jednotky víceoborové intenzivní péče
Oblastní nemocnice Kolín, a.s.
Kolín

V Hradci Králové 22.2.2008

Věc: Žádost o povolení výzkumného šetření na Oddělení resuscitace a jednotce víceoborové intenzivní péče

Vážený pane primáři,

dovolujeme si Vás požádat o povolení výzkumného šetření na Oddělení resuscitace a jednotce víceoborové intenzivní péče v Oblastní nemocnici Kolín, a.s. v rámci závěrečné bakalářské práce studentky Stanislavy Elisek, narozené 25.9.1979, posluchačky 4. ročníku bakalářského studijního programu Ošetřovatelství – Pedagogika, kombinované formy na Lékařské fakultě Univerzity Karlovy Hradec Králové.

Cílem práce je zjistit kvalitu a způsob komunikace u pacientů na umělé plicní ventilaci.

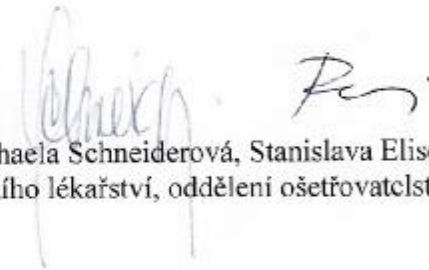
Výzkumné šetření bude provedeno formou anonymního dotazníku u sester, který přikládáme k žádosti.

Závěrečná práce je zpracovávána pod odborným vedením Mgr. Michaely Schneiderové, z Ústavu sociálního lékařství, oddělení ošetřovatelství na Lékařské fakultě v Hradci Králové.

Výsledky šetření Vám rádi poskytneme.

Prosíme o sdělení Vašeho rozhodnutí.

S pozdravem



Michaela Schneiderová, Stanislava Elisek
Ústav sociálního lékařství, oddělení ošetřovatelství

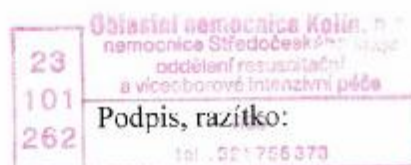
Kontaktní adresa:
Mgr. Michaela Schneiderová
ÚSl. na LF Hradec Králové
Šimkova 870, 500 38 Hradec Králové
Tel.: 495816416
E-mail: schneiderovam@lfhk.cuni.cz

Vyjádření vedení instituce:
souhlasím
nesouhlasím



Odůvodnění:
Datum:





Příloha č. 15

Vážený pan
JUDr. Ladislav Řípa
Oblastní nemocnice Mladá Boleslav, a.s.
tř. Václava Klementa 147
293 01 Mladá Boleslav

V Hradci Králové 22.2.2008

Věc: Žádost o povolení výzkumného šetření na Anesteziologicko - resuscitačním oddělení Oblastní nemocnice Mladá Boleslav, a.s.

Vážený pane řediteli,

dovolujeme si Vás požádat o povolení výzkumného šetření na Anesteziologicko – resuscitačním oddělení v Oblastní nemocnici Mladá Boleslav, a.s. v rámci závěrečné bakalářské práce studentky Stanislavy Elisek, narozené 25.9.1979, posluchačky 4. ročníku bakalářského studijního programu Ošetřovatelství – Pedagogika, kombinované formy na Lékařské fakultě Univerzity Karlovy Hradec Králové.

Cílem práce je zjistit kvalitu a způsob komunikace u pacientů na umělé plicní ventilaci.


Výzkumné šetření bude provedeno formou anonymního dotazníku u sester, který přikládáme k žádosti.

Závěrečná práce je zpracovávána pod odborným vedením Mgr. Michaely Schneiderové, z Ústavu sociálního lékařství, oddělení ošetřovatelství na Lékařské fakultě v Hradci Králové.

Výsledky šetření Vám rádi poskytneme.

Prosíme o sdělení Vašeho rozhodnutí.

S pozdravem


Michaela Schneiderová, Stanislava Elisek
Ústav sociálního lékařství, oddělení ošetřovatelství

Kontaktní adresa:

Mgr. Michaela Schneiderová
ÚSL na LF Hradec Králové
Šimkova 870, 500 38 Hradec Králové
Tel.: 495816416
E-mail: schneiderovam@lfhk.cuni.cz

Vyjádření vedení instituce:

souhlasím
 nesouhlasím

Odůvodnění:

Datum: 3.3.08

Oblastní nemocnice Mladá Boleslav, a.s.,
nemocnice Středočeského kraje
Václava Klementa 147, 293 01 Mladá Boleslav
IČ: 272 56 456, DIČ: CZ27256456 1


Podpis, razítko:

Příloha č. 16

Vážená pani
Jiřina Hlaváčková
hlavní sestra Oblastní nemocnice Mladá Boleslav, a.s.
tř. Václava Klementa 147
293 01 Mladá Boleslav

V Hradci Králové 22.2.2008

Věc : Žádost o povolení výzkumného šetření na Anesteziologicko - resuscitačním oddělení Oblastní nemocnice Mladá Boleslav, a.s.

Vážená hlavní sestro,

dovolujeme si Vás požádat o povolení výzkumného šetření na Anesteziologicko – resuscitačním oddělení v Oblastní nemocnici Mladá Boleslav, a.s. v rámci závěrečné bakalářské práce studentky Stanislavy Elisek, narozené 25.9.1979, posluchačky 4. ročníku bakalářského studijního programu Ošetrovatelství – Pedagogika, kombinované formy na Lékařské fakultě Univerzity Karlovy Hradec Králové.

Cílem práce je zjistit kvalitu a způsob komunikace u pacientů na umělé plicní ventilaci.


Výzkumné šetření bude provedeno formou anonymního dotazníku u sester, který přikládáme k žádosti.

Závěrečná práce je zpracovávána pod odborným vedením Mgr. Michaely Schneiderové, z Ústavu sociálního lékařství, oddělení ošetrovatelství na Lékařské fakultě v Hradci Králové.

Výsledky šetření Vám rádi poskytneme.

Prosíme o sdělení Vašeho rozhodnutí.

S pozdravem


Michaela Schneiderová, Stanislava Elisek
Ústav sociálního lékařství, oddělení ošetrovatelství

Kontaktní adresa:
Mgr. Michaela Schneiderová
ÚSL na LF Hradec Králové
Šimkova 870, 500 38 Hradec Králové
tel.: 495816416
E-mail: schneiderovam@lfhk.cuni.cz

Vyjádření vedení instituce:

- souhlasím
 nesouhlasím

Odůvodnění:
Datum:



4.3.2008

Podpis, razítko:

Příloha č. 17

Vážený pan
MUDr. Ivan Herold, CSc.
primář Anesteziologicko - resuscitačního oddělení
Oblastní nemocnice Mladá Boleslav, a.s.
tř. Václava Klementa 147
293 01 Mladá Boleslav

V Hradci Králové 22.2.2008

Věc: Žádost o povolení výzkumného šetření na Anesteziologicko - resuscitačním oddělení Oblastní nemocnice Mladá Boleslav, a.s.

Vážený pane primáři,

dovolujeme si Vás požádat o povolení výzkumného šetření na Anesteziologicko – resuscitačním oddělení v Oblastní nemocnici Mladá Boleslav, a.s. v rámci závěrečné bakalářské práce studentky Stanislavy Elisek, narozené 25.9.1979, posluchačky 4. ročníku bakalářského studijního programu Ošetřovatelství – Pedagogika, kombinované formy na Lékařské fakultě Univerzity Karlovy Hradec Králové.

Cílem práce je zjistit kvalitu a způsob komunikace u pacientů na umělé plicní ventilaci.


Výzkumné šetření bude provedeno formou anonymního dotazníku u sester, který přikládáme k žádosti.

Závěrečná práce je zpracovávána pod odborným vedením Mgr. Michaely Schneiderové, z Ústavu sociálního lékařství, oddělení ošetřovatelství na Lékařské fakultě v Hradci Králové.

Výsledky šetření Vám rádi poskytneme.

Prosíme o sdělení Vašeho rozhodnutí.

S pozdravem


Michaela Schneiderová, Stanislava Elisek
Ústav sociálního lékařství, oddělení ošetřovatelství

Kontaktní adresa:

Mgr. Michaela Schneiderová
ÚSL na LF Hradec Králové
Šimkova 870, 500 38 Hradec Králové
Tel.: 495816416
E-mail: schneiderovam@lfhk.cuni.cz

Vyjádření vedení instituce:

souhlasím
 nesouhlasím

Odůvodnění:

Datum: 10.3.2008

Podpis, razítko:



Příloha č. 18

Vážená pani
Bc. Sedláková Kamila
ředitelka nestátního zdravotnického zařízení MALYRA
Veselá, Lhotická 159,
295 01 Mnichovo Hradiště

V Hradci Králové 22.2.2008

**Věc: Žádost o povolení výzkumného šetření u klienta domácí zdravotní péče
v organizaci Bc.Kamila Sedláková, nestátní zdravotnické zařízení MALYRA.**

Vážená pani ředitelko,

dovolujeme si Vás požádat o povolení výzkumného šetření u klienta s UPV v rámci závěrečné bakalářské práce studentky Stanislavy Elisek, narozené 25.9.1979, posluchačky 4. ročníku bakalářského studijního programu Ošetrovatelství – Pedagogika, kombinované formy na Lékařské fakultě Univerzity Karlovy Hradec Králové.

Cílem práce je zjistit kvalitu a způsob komunikace u pacientů na umělé plicní ventilaci.

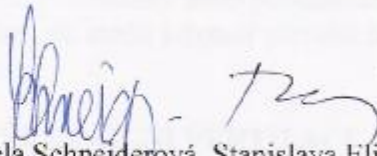
Výzkumné šetření bude provedeno formou rozhovoru a pozorování za vysloveného souhlasu pacienta. Souhlas pacienta a otázky v rozhovoru přikládáme jako přílohu k této žádosti.

Závěrečná práce je zpracovávána pod odborným vedením Mgr. Michaely Schneiderové, z Ústavu sociálního lékařství, oddělení ošetrovatelství na Lékařské fakultě v Hradci Králové.

Výsledky šetření Vám rádi poskytneme.

Prosíme o sdělení Vašeho rozhodnutí.

S pozdravem


Michaela Schneiderová, Stanislava Elisek
Ústav sociálního lékařství, oddělení ošetrovatelství

Kontaktní adresa:

Mgr. Michaela Schneiderová
ÚSL na LF Hradec Králové
Šimkova 870, 500 38 Hradec Králové
Tel.: 495816416
E-mail: schneiderovam@lfhk.cuni.cz

Vyjádření vedení instituce:

ANO souhlasím
 nesouhlasím



Odůvodnění:

Datum: 23. 2. 2008

Podpis, razítko:



Příloha č. 19

Článek publikovaný v křesťanském časopise, autorem je pan S.

O křesťanském umírání

Před čtyřmi měsíci jsem se vrátil z téměř pětíměsíčního pobytu v nemocnici. Byl jsem na oddělení dlouhodobě intenzivní resuscitační péče. Nestalo se, že by někdo z pacientů odešel uzdraven, pouze dva pacienti byli přeloženi na léčebnu dlouhodobě nemocných. Téměř všichni mí spolupacienti se vydali na cestu do márnice a na věčnost. Měl jsem na pokoji vždy nějakého sousedá. Zpočátku vrchní sestra počítala, že jsem prvním kandidátem na poslední cestu. Stála nade mnou s ošetřující sestrou. Měl jsem oči zavřené, nehýbal jsem se. Jen jsem slyšel rozsudek: „Ten do večera nevydrží!“ To se několikrát opakovalo, dokud nezasáhl pan primář, který přinesl dobré výsledky mých laboratorních testů. Bylo vidět, jak personál bere smrt jako pravidelnou součást své pracovní náplně.

Občas ke mně přijela bílá zástěna a za ní připravovali tělo mého spolupacienta k převozu do márnice. Dvě hodiny ještě zůstal se mnou. Pak přijel vozík s umělohmotným víkem a vedle mě bylo najednou prázdné místo. To se odehrávalo v mé blízkosti. Už dopředu jsem využíval přítomnosti mé drahé sestry pečovatelky, aby mi zvedala ruku k podmíněčnému rozhřešení pro všechny, na kterých jsem viděl posla smrti. Jejich umírání bylo tak smutné a někdy velmi bolestivé v naprosté osamocení. Umíral tak i patnáctiletý chlapec nebo čtyřicetiletá maminka tří dětí. Hodně jsem proto plakal. Bylo mi líto umírajících, pozůstalých i netečnosti některých zaměstnanců.

S Boží pomocí se mým přátelům podařilo obstarat pro mě potřebné přístroje a tak jsem se mohl vrátit do domácí péče, do křesťanského prostředí nadpřirozené Lásky, v které nalézáme svůj skutečný domov. Vděčný Pánu Bohu, Panně Marii i milujícím bližním, že mohu být s nimi a také diktovat tento dopis a očekávat veliké věci od velikého Krále.

Ze srdce Vám žehná S.

Příloha č. 20

Chrpy: autorem je umělec malující ústy pan H.

