

UNIVERZITA KARLOVA
3. LÉKAŘSKÁ FAKULTA

Ústav ošetrovatelství



Vlasta Hýbnerová

Komunikace s intubovaným pacientem
Communication with an intubated patient

Bakalářská práce

Ústí nad Labem

červen 2017

Autor práce: Vlasta Hýbnerová

Studijní program: Ošetrovatelství

Bakalářský studijní obor: Všeobecná sestra

Vedoucí práce: Mgr. Irena Chládková

Pracoviště vedoucího práce: Centrální sterilizace, Nemocnice Na
Bulovce, Praha 8

Předpokládaný termín obhajoby: 19. 9. 2017

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem předkládanou práci vypracovala samostatně a použila výhradně uvedené citované prameny, literaturu a další odborné zdroje. Současně dávám svolení k tomu, aby má bakalářská práce byla používána ke studijním účelům.

Souhlasím s trvalým uložením elektronické verze mé práce v databázi systému meziuniverzitního projektu Theses.cz za účelem soustavné kontroly podobnosti kvalifikačních prací. Potvrzuji, že tištěná i elektronická verze v Studijním informačním systému UK je totožná.

V Ústí nad Labem dne 28. června 2017

Vlasta Hýbnerová

Poděkování

Na tomto místě bych ráda poděkovala velmi ochotné a trpělivé paní Mgr. Ireně Chládkové, za velmi cenné rady a připomínky, mému konzultantovi MUDr. Janu Bilíkovi, za pomoc po odborné stránce, Mgr. Petře Nevečeřalové za důležité rady a pomoc, sestřičce Michaelae Béréšové, pracující na JIP – II. a pacientovi panu J. K., bez jehož informací, zkušeností a postřehů, by tato práce nevznikla.

Abstrakt

V mé práci se zabývám otázkou komunikace intubovaného pacienta nejen se zdravotnickým personálem, ale i s rodinnými příslušníky. Vzhledem k tomu, že je problém komunikace častým tématem mnoha výzkumných prací, knih a odborných časopisů, je patrné, že se jedná o otázku pro pacienty naprosto zásadní.

Odpovědi na tuto skutečnost jsem se snažila najít pomocí polostrukturovaného rozhovoru s pacientem, který je svým příběhem, prožitky, zážitky a výpovědí naprosto výjimečný.

Na základě zjištěných informací jsem se přesvědčila o tom, že zdravotnický personál ovládá bravurně péči o pacienta po stránce biologické, avšak komunikace s pacienty, kteří nejsou schopni této interakce díky intubaci, je na podstatně horší úrovni.

Došla jsem k závěru, že by pro intubované pacienty při vědomí, byl velmi přínosnou pomůckou tablet, kterým by mohli se zdravotnickým personálem a rodinnými příslušníky komunikovat formou zpráv pomocí WLAN sítě, nebo jen textem napsaným na displeji.

Klíčová slova: komunikace, intubovaný pacient, zdravotnický personál, sestra, ošetřování

Abstract

In this bachelor thesis, I am focused on the communication of intubated patient not only with medical staff, but also with his family. With regard that the topic of communication is a frequent subject of many research thesis, books and papers, it is an essential question for a patient.

To provide some basic answers to this research subject, I have chosen a half-structured interview with the patient, whose story is exceptional with his experiences and statements.

Based on the found information I am convinced that the medical staff is perfect in a biological care of patient, however, the communication with patients, who are not able to interact due to intubation, is on a worse level.

I concluded that for intubated conscious patients tablet would be the best help as they could use it to communicate with the medical staff or family members using WLAN network or simply taping the text on the display.

Key words: communication, intubated patient, medical staff, nurse, health care

Obsah

ÚVOD.....	9
1 TEORETICKÁ ČÁST	11
1.1 JEDNOTKA INTENZIVNÍ PÉČE A ARO	11
1.1.1 <i>Potřeby pacienta v intenzivní péči</i>	12
1.2 INTUBACE	14
1.2.1 <i>Druhy intubace</i>	14
1.2.2 <i>Endotracheální intubace</i>	14
1.2.3 <i>Tracheostomická intubace</i>	15
1.3 KOMUNIKACE	16
1.3.1 <i>Komunikace v ošetrovatelské péči</i>	16
1.3.2 <i>Verbální komunikace</i>	16
1.3.3 <i>Neverbální komunikace</i>	17
1.3.4 <i>Složky neverbální komunikace</i>	18
1.3.5 <i>Členění neverbální komunikace</i>	19
1.4 KOMUNIKACE S INTUBOVANÝM PACIENTEM	20
1.4.1 <i>Komunikace s intubovaným pacientem s poruchou vědomí nebo v bezvědomí</i>	20
1.4.2 <i>Komunikace s intubovaným pacientem při vědomí</i>	22
2 INFORMACE O PACIENTOVI.....	23
2.1 POPIS PŘÍPADU	23
2.1.1 <i>Anamnéza</i>	23
2.1.2 <i>Nynější stav pacienta</i>	25
3 VÝZKUMNÁ ČÁST	25
3.1 CÍL VÝZKUMU	25
3.2 HYPOTÉZY	25
3.3 ČASOVÝ HARMONOGRAM	26

3.4	VÝBĚR RESPONDENTA.....	26
3.5	METODIKA VÝZKUMU	26
3.5.1	<i>Sběr dat</i>	26
3.5.2	<i>Výběr vzorku</i>	27
3.6	INTERPRETACE ZJIŠTĚNÝCH DAT	28
3.6.1	<i>Dýchání:</i>	28
3.6.2	<i>Dostatečný přísun potravy a tekutin:</i>	29
3.6.3	<i>Vylučování:</i>	29
3.6.4	<i>Pohyb:</i>	30
3.6.5	<i>Spánek a odpočinek:</i>	31
3.6.6	<i>Vhodné oblečení, oblékání, svlékání:</i>	31
3.6.7	<i>Udržování fyziologické tělesné teploty:</i>	31
3.6.8	<i>Udržování úpravy a tělesné čistoty:</i>	32
3.6.9	<i>Odstranění rizik ze životního prostředí a prevence poškození sebe nebo okolí:</i>	32
3.6.10	<i>Vyznávání vlastní víry:</i>	33
3.6.11	<i>Smysluplná práce:</i>	33
3.6.12	<i>Hra nebo účast na jiných formách oddechu a relaxace:</i>	34
3.6.13	<i>Učení se, objevování něčeho nového:</i>	34
3.6.14	<i>Komunikace s lidmi, vyjadřování emocí, potřeb, obav a názorů..</i>	35
4	VYHODNOCENÍ.....	37
5	DISKUZE.....	38
6	ZÁVĚR.....	40
7	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	42

Úvod

„Komunikace představuje moc. Kdo se ji naučí efektivně využívat, může změnit svůj pohled na svět i pohled, kterým svět pohlíží na něj.“

Anthony Robbins

Cílem mé bakalářské práce je kvalitativní případová studie týkající se problému komunikace s pacienty hospitalizovanými na jednotkách intenzivní péče nebo ARO, kteří se vyrovnávají nejen s nelehkým zdravotním stavem, ale i s psychickými problémy, které plynou z neschopnosti vyjádřit své potřeby, pocity nebo prožitky díky intubaci.

Svou práci jsem rozdělila na tři části – teoretickou, informace o pacientovi a výzkumnou.

V teoretické části popisuji rozdíl nejen v náročnosti technického vybavení oddělení, skladbě pacientů, ale i práce sester, která má zjevný dopad na jejich psychiku, ve srovnání s jinými nemocničními odděleními. Oddělení intenzivní medicíny jsou velmi specifická místa, se specifickými diagnózami a personálem. Mám díky tomu ale pocit, že se samotný pacient v tomto prostředí plném monitorů, injektomatů, infuzních setů, infuzních pump, dialyzačních přístrojů a další techniky, se svými „lidskými“ potřebami tak nějak ztrácí. Pacient je zajištěn po odborné stránce, ale pozastaví se někdo z personálu nad tím, co se odehrává uvnitř pacienta, který není schopen komunikovat? Sestry plní veškeré ordinace lékaře, udržují pacienta v čistotě, vyplňují nekonečně dlouhou a rozsáhlou dokumentaci, ale zůstane jim ještě místo na potřeby, o kterých se lékař v ordinaci nezmíní?

A právě proto jsem si vybrala téma týkající se komunikace. Abych ale pochopila dokonale, jak je intubovaný pacient schopen dorozumět se se svým okolím o svých potřebách, vybrala jsem si k tomuto účelu jako vzor model Virginie Henderson.

Ve druhé části jsem rozepsala stručně veškeré podstatné informace o pacientovi, abych přiblížila somatický stav pacienta, ve kterém se v době mého šetření nacházel.

Ve výzkumné části jsem se zaměřila na názory samotného pacienta. Zajímalo mě, jak se zdravotnický personál, dle jeho zkušenosti, orientoval v situaci, která je tak důležitá – v možnosti dorozumět se s pacientem, který není komunikace schopen a který se mnohdy cítí ve svém vlastním těle zcela uvězněn. Chtěla jsem zjistit, zda má personál v současné době dostatek informací, možností, prostředků, a hlavně vlastní iniciativy pochopit, co má nemocný v danou chvíli na mysli. Jen člověk, který má s touto problematikou vlastní zkušenosti zcela jistě ví, jaké jsou pocity takto handicapovaného pacienta, co je pro něj podstatné a co naopak banální. Je ale důležité, aby nebyl informovaný pouze člověk, který si takovou situaci prožil, ale aby si každý, kdo pracuje s nemocnými, uvědomil, že potřeby pacientů nejsou jen ty navenek viditelné.

Z tohoto důvodu jsem použila formu polostrukturovaného rozhovoru. Pro názornější vyjádření jsem vycházela z otázek, které jsem připravila dle modelu Virginie Henderson a jejích čtrnácti komponent ošetrovatelské péče.

V závěru práce jsem vyjádřila výsledek porovnáním hypotéz a také skutečnost, ke které jsem díky svému výzkumu došla.

1 Teoretická část

1.1 Jednotka intenzivní péče a ARO

Na jednotkách intenzivní péče jsou hospitalizováni pacienti s hrozícím nebo již probíhajícím selháním jednoho či více orgánů. Pacienti, u nichž hrozí selhání základních životních funkcí, nebo u nichž už k tomuto selhání došlo, jsou hospitalizováni na anesteziologicko-resuscitačním oddělení (ARO). Selhávat může systém kardiovaskulární, renální, respirační, systém metabolický, nebo mozkové funkce.

Obě tato oddělení jsou vysoce specializovaná a zaměstnávají zdravotnický personál na velmi vysoké odborné úrovni. [1.]

Poskytovanou péčí na intenzivních odděleních můžeme rozdělit na tři stupně. Ten nejvyšší reprezentují pacienti, u kterých selhávají dva a více orgány. Přístrojová podpora nahrazuje ventilační, hemodynamickou nebo renální funkci.

Druhým stupněm je taková péče, kde selhává „pouze“ jeden orgán a nejnižší stupeň zastupují pacienti, kteří vykazují známky orgánové dysfunkce.

Pacienti s ireversibilním onemocněním nebo v terminálním stádiu nevléčitelné nemoci, jsou indikováni k hospitalizaci na oddělení, které je specializováno na paliativní péči.

Díky špičkové přístrojové technice může člověk pracující mimo zdravotnickou profesi nabýt dojmu, že pacient jako takový ustupuje kamsi do pozadí. Je to ale právě složitá technika, která mnohdy pacientovi zachrání život nebo udržuje jeho základní životní funkce v chodu. [2.]

Také rozsah poskytované péče je na těchto speciálních odděleních velmi široký, proto je důležité, aby byla sestra schopna vyhodnotit všechny potřeby pacienta a aby byla schopna mu zároveň i poradit. Zdravotní stav pacientů se na těchto odděleních neustále vyvíjí a mění. To je důvodem neustálého zvyšování kvalifikace zdravotních sester, které se staly skvělými specialistkami v oboru Sestra pro intenzivní péči. Permanentní vzdělávání sester je zde celoživotní nutností. [1.]

Kvalitní péče by ale nebyla kompletní bez spolupráce s ostatními obory a ostatními zdravotnickými pracovníky. Jen prvotřídní spolupráce multioborového a multidisciplinárního týmu, vede k vysoké úrovni poskytované péče.

1.1.1 Potřeby pacienta v intenzivní péči

Každá ošetrovatelská péče je závislá na diagnóze a zdravotním stavu pacienta. Vzhledem k tomu, že zdravotní stav pacienta se stále mění, mění se i nároky na ošetrovatelskou péči a jeho potřeby. K nejčastějším potřebám pacienta hospitalizovaného na jednotkách intenzivní péče patří dýchání, výživa, vyprazdňování, soběstačnost a psychická vyrovnanost. [1.]

Dýchání – je základní biologickou potřebou každého člověka. Bez kyslíku může trénovaný člověk přežít maximálně tři minuty. Zdravý člověk si proces dýchání nikterak neuvědomuje – vše se odehrává automaticky, ale v intenzivní péči jsou pacienti, kteří trpí obtížemi s dýcháním a péče o dýchací cesty je zde samozřejmostí a její nedílnou součástí. [15.]

Dýchací cesty jsou zajišťovány pomůckami, kterými je každé intenzivní oddělení vybaveno. Patří mezi ně: ústní a nosní vzduchovod, laryngeální maska nasotracheální a orotracheální rourka a v případě, kdy je nutné zajištění dýchacích cest dlouhodobě, tracheostomie.

Výživa – na oddělení intenzivní péče je jen malé procento pacientů, kteří se mohou stravovat běžným způsobem, tedy perorálně. Příjem stravy je u nemocných substituována parenterální nebo enterální cestou pomocí žaludeční sondy, nasojejunální sondy, nebo perkutánní gastrostomií. Imobilní pacienti trpí vlivem těchto změn nechutenstvím a utlumením mobility gastrointestinálního traktu zácpou. K tomu samozřejmě přispívá negativně i špatný psychický stav pacienta a vzniká imobilizační syndrom. Je tedy nutné, aby byl ošetrující personál vstřícný a nápomocný v případě uspokojování takto důležité potřeby. [3.]

Vyprazdňování – tato potřeba je u pacientů v intenzivní péči jednou z nejproblematictějších. Jak je uvedeno v předchozím odstavci, příjem potravy je na těchto odděleních zajišťován enterální, a hlavně parenterální cestou, pacienti jsou často upoutáni na lůžku nebo mají pohyb velmi omezen, a to vede k problémům při vyprazdňování. Navíc zde hraje velkou roli psychika pacienta,

stud před okolním personálem a ostatními pacienty. Je opět na zdravotnících, aby přistupoval k pacientovi velmi citlivě a empaticky. [1.]

Soběstačnost – zdravý člověk vykonává základní činnosti sám, bez pomoci druhé osoby. U hospitalizovaných pacientů bývá tato činnost hodnocena Barthelovým testem základních všedních činností, pomocí kterého zjistíme míru závislosti pacienta. Sestra by měla u nemocného člověka podporovat jeho nezávislost a dopomáhat pouze v činnostech, které pacient sám nezvládá. [1.]

Psychická vyrovnanost – hospitalizovaní pacienti často prožívají pocity úzkosti, strachu či deprese. Faktorů, které k těmto pocitům napomáhají je mnoho, např. cizí prostředí. Na intenzivních odděleních je ve srovnání s ostatními odděleními toto prostředí ještě více neosobní díky množství přístrojové techniky, jejím monotónním zvukovým signalizacím, absenci pokojového systému (s výjimkou infekčně nemocných pacientů, kteří potřebují být izolováni). Dalšími faktory jsou fyziologické změny v důsledku nemoci, léky, změna spánkového režimu nebo nedostatečná interakce mezi pacientem a zdravotnickým personálem. [4.]

Zdravotníci si mnohdy neuvědomují, že nemocný svou hospitalizací mění zcela svůj životní rytmus, stravovací zvyklosti, ztrácí blízkost rodinných příslušníků a volnost pohybu. To vše může vést ke změnám chování pacienta. Je třeba přispět v maximální možné míře ke zlepšení jeho psychiky zdokonalením soběstačnosti, odstraněním či minimalizováním bolesti, zajištěním dostatečného odpočinku, spánku a dostatečnou komunikací. [1.]

Zdravotnický personál by měl být pacientovi stále nablízku, aby měl nemocný pocit, že je pod maximální možnou ochranou, dále by měl mít možnost návštěv, dostatečné množství informací o svém zdravotním stavu, léčbě a dalším terapeutickém plánu. Personál by mu měl poskytovat naděje, které ale nebudou falešné, a hlavně by měl dostatečně komunikovat. Je krajně nevhodné, když pacient slyší hlasitou konverzaci a smích zdravotnického personálu, aniž by kdokoli komunikoval s ním. [4.]

1.2 Intubace

„Umělá plicní ventilace je soubor opatření umožňující podpořit nebo nahradit činnost některých selhávajících složek respiračního systému – plic, hrudní stěny, dýchacího svalstva.“ [\[25.\]](#)

Na JIP a ARO se často vyskytují pacienti, u kterých je dlouhodobě nutné zajišťovat dýchací cesty a podporu dýchání.

Péče o dýchací cesty je nedílnou součástí na odděleních intenzivní péče.

1.2.1 Druhy intubace

Potřeby pacientů na úplné plicní ventilaci se zpočátku omezují na základní fyzické potřeby – dýchání, výživu, vyprazdňování, později se tyto potřeby rozšíří na pocit bezpečí, sounáležitosti a seberealizace (např. nácvik sebezpečí). Je na sestře, aby byla dostatečně vnímavá a potřeby pacienta dobře odhadla a saturovala. [\[5.\]](#)

Na jednotkách intenzivní péče potkáváme pacienty s intubací endotracheální nebo tracheostomickou. Alespoň v krátkosti popíší rozdíl mezi nimi.

1.2.2 Endotracheální intubace

Nejčastějším a zároveň nejbezpečnějším způsobem (nemůže dojít k aspiraci žaludečního obsahu, slin nebo krve) je zajištění průchodnosti dýchacích cest tracheální intubací. Velmi oblíbená je k tomuto účelu anatomicky zakřivená Magillova tracheální rourka. Tento způsob intubace je používán v případě nebezpečí aspirace u pacientů v bezvědomí, při intoxikaci, u cévní mozkové příhody, u obstrukce dýchacích cest, u závažných šokových stavů, nebo v případě laváže či odsávání dolních cest dýchacích. Problém může nastat u pacienta s těžkým maxilofaciálním poranění. V tomto případě je třeba zvolit velmi šetrný postup. [\[25.\]](#)

1.2.3 Tracheostomická intubace

Tento způsob intubace volíme u pacienta, který vyžaduje dlouhodobou podporu na ventilátoru, netoleruje tracheální kanylu, má poranění obličejového skeletu, nebo trpí dlouhodobou poruchou vědomí.

Výhodou této intubace je trvalý přístup do dýchacích cest, důkladnější hygiena dutiny ústní, větší komfort nemocného, zmenšení mrtvého dechového prostoru, možnost přijímání per os, snazší fáze odpojování od ventilátoru a tím i jednodušší manipulace s nemocným.

Nevýhodou je ale nutnost chirurgického výkonu, s tím spojené kosmetické následky nebo riziko stenózy v místě stomatu. [\[1.\]](#)

Pacientům s tracheostomickou kanylou se po tělesné, psychické, ale i sociální oblasti změní celý život. Díky ztrátě hlasu se cítí velmi handicapovaní. Tracheostomická kanyla je pro ně však menší trauma než nemožnost komunikovat. [\[6.\]](#)

S tracheostomovaným pacientem můžeme verbálně komunikovat pouze v případě, že mu byly zachovány hlasivky a za předpokladu, že má zavedenou kanylu bez těsnící manžety. Je nutné, aby sestra pacienta naučila správnou techniku, která není nikterak obtížná. Pacient musí pomocí čistého kapesníku ucpat otvor v kanyle, čímž docílí toho, že vdechovaný vzduch proudí právě přes hlasivky.

Dialog s tracheostomovaným pacientem, kterému hlasivky chybí, bývá podstatně obtížnější. V tomto případě se ze strany sestry jedná o komunikaci verbální, ze strany pacienta o neverbální. Je tedy nutné, aby měl zdravotnický personál dostatečnou trpělivost, zájem a chuť se pacientovi věnovat. Při komunikaci je důležité neustále udržovat oční kontakt, ujišťovat pacienta o tom, že mu rozumíme, pokaždé zopakovat to, co jsme vyrozuměli, být dostatečně empatictí, nedávat najevo nedostatek trpělivosti, naopak očekávat možnou netrpělivost a rozmrzelost ze strany pacienta. Pokud není pacient proti, můžeme jej povzbuzovat přiměřeným tělesným kontaktem, sledujeme neverbální projevy klienta (gesta, výraz obličeje apod.), nespícháme, pokud má pacient zájem o psaný projev, zajistíme dostatek psacích potřeb nebo komunikačních kartiček či abecedy. [\[7.\]](#)

1.3 Komunikace

Slovo komunikace pochází z latinského *communicare*, sdílet, radit se. Jde o vzájemnou interakci mezi lidmi, o výměnu zkušeností, informací nebo pocitů. [8.]

Komunikace není dar, který máme od narození uložen někde uvnitř sebe, nýbrž celoživotní proces, kterému je nutné učit se a neustále jej rozvíjet. [9.]

1.3.1 Komunikace v ošetrovatelské péči

Komunikace sester na jednotkách intenzivní péče se neliší od jiných nemocničních odděleních.

Důležité je neztratit pacientovu důvěru, není tedy možné přenášet na něj své problémy, špatnou náladu, používat familiární oslovení nebo při sdělování různých informací latinské názvosloví, kterému pacient nerozumí. Naopak je důležité mít při komunikaci notnou dávku trpělivosti, udržovat oční kontakt a zajistit si dostatečné množství času. [9.]

Během komunikace s nemocným je třeba si také uvědomit, že se každý nacházíme v diametrálně rozdílné situaci. Psychický stav pacienta je jeho přítomností v cizím prostředí, bolestmi a mnohdy nepříznivou diagnózou značně ovlivněn. [10.]

1.3.2 Verbální komunikace

Verbální komunikací rozumíme sdělování různých informací formou slovní. V ošetrovatelství jde tedy o zvláštní projev vzájemné interakce mezi sestrou a pacientem, bez níž by kvalitní ošetrovatelská péče nefungovala. [1.]

Komunikací dochází k vzájemné výměně důležitých informací, a proto je podstatné, aby obě strany komunikovat chtěly, aby komunikovat uměly a aby měly možnost komunikovat. Je známo, že pacienti komunikovat potřebují a chtějí, překážkou bývá často zdravotnický personál, který se pro nedostatek času, únavu či vyčerpání občas komunikaci vyhýbá. [22.]

Bylo také zjištěno, že kvalita komunikace lékařů a sester nesouvisí ani s délkou praxe, ani s jejich odborností. Ba naopak, někteří lékaři mají tendenci používat dlouhá léta stejné styly a techniky komunikace. Přitom bez kvalitní komunikace je fungování mezilidských vztahů téměř nepředstavitelné. [\[20.\]](#)

Ve verbálním projevu nejsou důležitá jen slova, ale i další aspekty, jakými jsou hlasitost projevu, výška hlasu, rychlost řeči, přítomnost embolických slov, délka projevu a intonace. Embolickými slovy rozumíme slovíčka či zvuky, která používáme v řeči navíc, hlasitost volíme podle povahy sdělení, výška hlasu prozrazuje naše emoce, rychlost řeči koreluje se znalostí tématu, intonace prozrazuje význam obsahu a mlčení dává nemocnému prostor pro přemýšlení. [\[10.\]](#)

1.3.3 Neverbální komunikace

Ve chvíli, kdy nemůžeme používat jazyk, dochází ke stresové situaci a k okamžité názorné ilustraci existence kompenzačních mechanismů, kterými je člověk na psychické i somatické úrovni vybaven.

Všichni lidé na celém světě disponují stejným fyziologickým projevem prožívání emocí, kterými jsou pláč, smích, smutek, bolest, láska, agrese, radost apod. Mezi těmito základními emocemi a tělesnými funkcemi existuje spojitost, díky které je každý člověk v určitých situacích schopen adekvátně reagovat. [\[1.\]](#)

U pacientů s poruchou vědomí nebo v bezvědomí je velmi osvědčené používání bazální stimulace, která podporuje lidské vnímání v rovině komunikační, interakční, zaměřuje se na oblasti lidských potřeb, věk a stav klienta. Na člověka pohlíží jako na rovnocenného partnera s vlastní historií, schopnostmi a psychikou. [\[11.\]](#)

Bazální stimulace těží v procesu komunikace u pacientů na odděleních intenzivní péče z holistického přístupu k pacientovi maximum. Je individualizovaná, systematická a šitá každému nemocnému přesně na míru. Navíc není nikterak finančně náročná, stačí mít jen notnou dávku entuziazmu, empatie a znalostí zdravotnického personálu. [\[12.\]](#)

1.3.4 Složky neverbální komunikace

Během komunikace tváří v tvář dochází ke směřování komunikace verbální s neverbální. Kombinace těchto dvou způsobů komunikace prozrazuje naše vnitřní myšlenky. Dostane-li se však verbální a neverbální komunikace do vzájemného rozporu, rozhodující „slovo“ má spíše komunikace neverbální. [23.]

Existuje několik druhů těchto kombinací.

Zdůrazňování – použitím určitého gesta doprovázíme a podtrhujeme nějaké sdělení (např. bouchnutím pěstí do stolu, zvýšením hlasu atd.).

Doplnění – někdy je nutné doplnit mluvené slovo přidáním nuance, které právě mluvené slovo postrádá (např. při vyprávění legrační historky se usmíváme)

Klamání / popírání – verbálně sdělované informace popíráme neverbálním projevem (např. mrknutím okem).

Řízení – neverbálními pohyby můžeme vyjadřovat touhu ujmout se verbálního sdělení (např. zdvižením ruky dáváme najevo, že chceme hovořit).

Opakování – gesta, která doprovází slovní vyjádření (např. kývání či vrtění hlavou při souhlasu nebo nesouhlasu).

Náhrada – nahrazování verbálního projevu gesty např. ve chvíli, kdy pro nadměrný hluk není nic slyšet (např. spojení palce a ukazováku – znamená signál „ok“).

Vytváření a řízení dojmů – dojmy si vytváříme podle barvy pleti, náboženského vyznání, způsobu oblékání či tělesných rozměrů

Utváření a vymezování vztahů – lidé dávají druhému najevo charakter vztahu např. držením se za ruce, dlouhými pohledy do očí, uvolněným postojem a rozmáchlou gestikulací.

Ovlivňování a klamání – pozorným pohledem vzbuzujeme u druhého pocit našeho zájmu. Naopak, pokud zrakově a mimicky komunikujeme s někým, koho nemáme rádi, způsobem, jakým komunikujeme s kamarády, a činíme-li tak ze zřejmých důvodů, jde o typický příklad klamání.

Vyjadřování emocí – pocity vyjadřujeme např. gestikulací, postojem, pohyby očí, držením těla i šířkou zornic. Z emocionálních zážitků projevujeme neverbálně nejčastěji smutek, štěstí či zmatek. [13.]

1.3.5 Členění neverbální komunikace

Neverbální komunikaci dělíme na jednotlivé složky, kterými jsou – mimika, proxemika, haptika, posturologie, kinetika, gesta, pohledy a úprava zevnějšku.

Z mimiky můžeme vyčíst primární lidské emoce, o kterých jsem se již zmínila – pocity štěstí či neštěstí, radost a smutek, klid nebo rozčilení, spokojenost – nespokojenost, zájem – nezájem. Schopnost vnímat tyto projevy, obzvláště jedná – li se o projevy bolesti, jsou pro sestru velmi důležité. Odrážejí se zcela mimovolně i ve stavu anestezie. [\[10.\]](#)

V proxemice se jedná o vzdálenost mezi lidmi ve chvíli, kdy spolu něco dělají nebo jednájí, což výrazně ovlivňuje úspěch jejich komunikace.

Haptika se zabývá vzájemnými doteky. Nejčastěji se jedná o stisk ruky, objetí, pohlazení, letmé dotyky končetin, dotek úst, postrčení rukou, píchnutí prstem. Nejčastějšími místy dotyků bývají obvykle dlaně, hřbet ruky, ramena nebo hlava.

Posturologie je řečí našich fyzických postojů, držení těla. Člověk svým postojem v sociální interakci vyjadřuje, jak vnímá to, co se kolem něj děje. [\[24.\]](#)

Při práci zdravotníka se často dostáváme do situace, kdy naše slova dopadají k pacientovi svrchu a postavení pacienta je tím velmi nevýhodné.

Polohy dělíme na tři základní – vestoje, vsedě, vleže. Ideální by tedy v naší profesi bylo, kdybychom při komunikaci s pacientem seděli a byli tak ve stejné horizontální výšce.

Do posturologie řadíme také naklánění těla, kterým můžeme vyjádřit zájem, záklonem zase nezájem, dále končetin (např. ruce v bok jsou chápány jako výzva) nebo polohy hlavy.

Kinetika se zajímá o veškeré pohyby těla a jeho částí. Je širokou oblastí neverbální komunikace.

Gesta někdy nahrazují samotnou řeč. Jsou situace, kdy je naznačením gesty komunikace srozumitelnější. Občas mohou gesta zase verbální projev doplňovat. Gesta používáme vědomě nebo nevědomě, existují útočná (např. namířený prst), upřímná nebo obscénní, kterých bychom si neměli všimnout. Vědomé gesto je používáno např. při lhaní.

Chování nemocného může být významně ovlivněno nemocí a pacient se může chovat paradoxně. Měli bychom to akceptovat a dávat si pozor na unáhlené soudy

Pohledy – všeobecně se říká, že oči mluví. Velmi nepříjemná je situace, kdy na nás někdo dlouze mlčky hledí, na druhou stranu je také nepříjemné, když s někým komunikujeme a dotyčný se na nás nepodívá ani jednou. Není milý ani pohled vzhůru, nebo pohled, kdy se do sebe oči vzájemně zabodnou. Letmé povytažení obočí značí zájem, pohled z očí do očí může být projevem přátelství. Z očního kontaktu můžeme vyčíst opravdu velmi mnoho.

Úprava zevnějšku je velmi důležitá. Oblečením, líčením, účesem a celkovou upraveností odhalujeme svou osobnost a aktuální emocionální stav, což má velký vliv na první dojem, kterým ovlivňujeme komunikaci. Přílišná škrobenost, uhlazenost nebo potřeba se odlišovat jsou obecně negativně hodnoceny. [\[10.\]](#)

1.4 Komunikace s intubovaným pacientem

1.4.1 Komunikace s intubovaným pacientem s poruchou vědomí nebo v bezvědomí

V kapitole „Neverbální komunikace“ jsem se zmínila o tom, že všichni lidé disponují během prožívání emocí stejným fyziologickým projevem.

Ve chvíli, kdy se v těle člověka odehrává pocit strachu, dochází k pohotovostnímu režimu organismu, dech se stane povrchním, krátkým, rychlým, svalové napětí se zvýší, což následně povede ke ztuhlosti. Krevní oběh bude omezen a v důsledku toho budou některé tělesné partie méně prokrvovány.

Radost se projeví prohloubením dechu, pravidelným srdečním rytmem, dilatací cév a následným lepším prokrvením celého těla. Svalový tonus v tomto případě nepřeroste v omezení pohybu svou ztuhlostí, ale naopak akci podpoří.

Velmi významnou diagnostickou pomůckou je dech. Dechové vlny ukazují, jaký je aktuální stav člověka po stránce emocionální, neboť každá emoce má svůj vzorec dýchání. Tímto pravidlem je možné se řídit v případě, kdy je pacient napojen na režim podpůrné nebo synchronizované ventilace. Například u strachu se dech zpomalí, frekvence nádechů a výdechů bude menší a dech se stane povrchnějším vlivem staženého mezižeberního svalstva hrudníku a bránice, která nedovolí dech prohloubit. Ve chvíli, kdy prožíváme radost, dochází k většímu nádechu a dýchání se stává celkově mnohem intenzivnější. V okamžiku prožívání

smutku dochází ke značnému zmenšení rozsahu pohybů nádechu a výdechu, pohyb se stává namáhavý a vytrácí se dynamičnost. Ve vzteku potřebuje tělo dostatečné množství energie, kterou dodá zrychlený dech, který je hlubší, než je tomu u strachu nebo smutku.

Další změny jsou patrné v koordinovanosti pohybů, kožním turgoru či mimice. [\[14.\]](#)

U pacientů v bezvědomí vychází komunikace pouze ze strany sestry, jedná se o komunikaci pasivní. Sestra pacienta oslovuje a během ošetrovatelského výkonu pacientovi vše vysvětluje, aniž by čekala na zpětnou reakci.

Pro sestru je při komunikaci s pacienty na plicní ventilaci rozhodující schopnost posoudit stav pacientova vědomí. Dotazem na jméno pacienta, datum narození, roční období, nebo vykonáním jednoduchého úkonu (např. mrknutí oka nebo vypláznutí jazyka), si sestra udělá rychlý obraz o pacientově vědomí. [\[16.\]](#)

Pacienti s poruchou vědomí mohou v některých případech komunikovat např. stiskem ruky, vyjadřujícím souhlas, vysmeknutím ruky v případě nesouhlasu nebo mrknutím oka jednou či dvakrát. Tato možnost komunikace je samozřejmě závislá na hloubce poruchy vědomí. [\[1.\]](#)

A opět bych se ráda zmínila o možnosti využití bazální stimulace.

V procesu komunikace není podstatná řeč či písmo, je tu řada dalších médií, které v komunikaci hrají podstatnou roli tím, že působí na smyslové orgány člověka – vůně, doteky, změna polohy těla, chuťové vjemy a spousta dalších chemických a fyzikálních podnětů. Reakce pacienta na tyto podněty může být ale velmi nepatrná, proto je důležité zapojit do procesu ošetrovatelské péče příbuzné nemocného, kteří zaznamenají i drobnou reakci. U vážně nemocných pacientů je totiž díky jejich nemoci schopnost vnímání omezena jen na jejich tělo. Tito pacienti nejsou schopni používat své ruce, nemohou změnit polohu těla, mají omezený prostor. Prvky bazální stimulace se snaží porušené vnímání opět navrátit a pomoci tak pacientovi znovu plnohodnotně žít.

Bazální stimulace je velmi široký pojem. V mé práci bych se ráda zmínila jen o některých možnostech tohoto konceptu.

U pacientů s poruchou vědomí či v bezvědomí má v procesu bazální komunikace jistě velmi důležité uplatnění somatická stimulace. Jejím základním

prvkem je iniciální – začáteční dotek. Měl by se používat na začátku a na konci každé činnosti s nemocným. Tento způsob komunikace je pro pacienta obklopeného spoustou přístrojové techniky a cizího zdravotnického personálu velmi příjemná. Je zároveň velmi důležité, aby celý zdravotnický personál znal místo iniciálního doteku u pacienta.

Další možností je taktilně – haptická stimulace. Jedná se o stimulaci dotykem. Nejcitlivějšími místy lidského těla jsou dlaně, chodidla a ústa.

Velmi významné místo zastává akustická stimulace. Někteří pacienti s poruchami vědomí na jednotkách intenzivní péče mají zavřené oči. Zvuky kolem sebe mohou tedy vnímat zkresleně. Je vhodné pouštět jim u lůžka např. hlasy příbuzných, oblíbené zvuky či nahrávky.

Své místo mají prvky bazální stimulace samozřejmě i u intubovaných pacientů při vědomí. [\[11.\]](#)

1.4.2 Komunikace s intubovaným pacientem při vědomí

Pacienti se zajištěnými dýchacími cestami endotracheální nebo tracheostomickou kanylou, kteří jsou při vědomí, mají možnost vybrat si z řady komunikačních technik. Nejrozšířenější je odezírání ze rtů – to je možné spíše u pacienta s tracheostomickou kanylou. Tento způsob komunikace je ale náročný na dobrou artikulaci ze strany pacienta a praktickou zkušenost sestry.

Pokud sestra ani po opakovaných pokusech porozumět pacientovi nedokáže, je možné použít abecední tabulku, která je ale pro delší komunikaci časově dosti náročnou dorozumívací technikou. Nemocný na tabulce ukazuje jednotlivá písmena a sestra skládá slova. O něco rychlejší formou je magnetická abecední tabulka. U nemocných, kteří jsou schopni komunikovat psaním, je toto nejsnazším způsobem dorozumívání se sestrou nebo příbuznými. Nejrychlejší formou dorozumívání je nejspíše naučení se několika jednoduchým pohybům, které budou mít určitý význam. Např. pohyb ruky k ústům může znamenat, že chce nemocný napít, ruce překřížené na hrudníku vyjadřují, že je nemocnému zima, poklepem jedné ruky na zápěstí druhé se pacient ptá na to, kolik je právě hodin, nebo ruka utírající si čelo značí, že je pacientovi horko.

Další možnosti neverbální komunikace s intubovaným pacientem jsou komunikační karty. Každá z těchto karet má určitý význam a pacient na jednotlivé kartičky podle svých potřeb ukazuje prstem. [1.]

U pacientů, kteří mají být odpojeni z dýchacího přístroje, hraje svou významnou roli opět bazální stimulace. Nemocný se většinou bojí toho, že nebudou po odpojení schopni samostatně dýchat a že selžou. To je však naprosto zbytečná domněnka. Než k samotnému odpojení od přístroje dojde, dochází k takzvanému weaning¹ procesu. [20.] Vhodné je v těchto případech také využití vibrační stimulace. Pacientovi se na hrudník v oblasti plicních laloků přikládají vibrační přístroje, elektrický kartáček nebo ruce sestry, která vibrace napodobuje. Pacient si tím mnohem lépe uvědomí své dýchací pohyby.

Jednou z nejdůležitějších je vizuální stimulace. Pacient se díky svému zraku orientuje v prostředí, v aktivitách personálu pohybujícího se kolem něj, rozezná den a noc. Dezorientace pacienta vede totiž k pocitům zmatenosti a úzkosti. [11.]

Každá sestra by si měla uvědomit, že je při komunikaci velmi důležitý oční kontakt, protože právě oči jsou často jedinou možnou komunikací hlavně pacientů v intenzivní péči. Pacientovy oči sestru informují o jeho citech, prožívání, fyzickém či psychickém stavu. Velmi účinným a důležitým prostředkem v navázání kontaktu mezi sestrou a pacientem je úsměv, na který se tak často zapomíná. [1.]

2 Informace o pacientovi

2.1 Popis případu

2.1.1 Anamnéza

Pan J. K. je 61letý učitel žijící se svou manželkou, se kterou má dvě dospělé děti, v jedné domácnosti.

Několik let je opakovaně léčen pro vředovou chorobu duodena, bulbitidu, ezofagitidu, hiátovou hernii a chronickou pankreatitidu.

¹ Odpojování

V listopadu 2016 byl přijat na gastroenterologické oddělení k plánované ERCP² pro chronickou pankreatitidu a pankreatikolithiázu. V průběhu tohoto výkonu byl pacientovi založen nový pankreatický stent. Po výkonu ale došlo k vzestupu zánětlivých parametrů, proto lékaři nasadili léčbu ATB.

Na CT vyšetření je zjištěna akutní recidiva chronické pankreatitidy. Záhy došlo ke krvácení do GIT³, akutní hematemézu a enterorhagii. Pacient byl z tohoto důvodu přeložen na JIP. Ke zjištění ložiska a následné zástavy krvácení, byla provedena fibroskopie s negativním nálezem. Zdroj krvácení nebylo možné nalézt. Pacientovi byly podávány krevní deriváty, plazmy a hemostyptika. Přesto začal pacient celkově selhávat, proto jej lékaři endotracheálně intubovali. V průběhu následujících dní musel být pacient přeložen na ARO pro celkovou sepsi a hemorhagický šok a multiorgánové selhání s rozvojem ARDS⁴. Pacient je tlumen, ventilován a jsou mu podávány vysoké dávky katecholaminů. Postupem doby dochází k ischemii periferních částí horních a dolních končetin, k rozvoji jejich nekrotizace a gangrén. Byla nasazena vasodilatační léčba, ale bez efektu.

V prosinci 2016 dochází k částečné amputaci dolních končetin v oblasti bérců. V únoru 2017 byl pacient přeložen na JIP, kde došlo v březnu k částečné amputaci dlaňové části na obou horních končetinách.

V průběhu hospitalizace na JIP a ARO došlo i přes pravidelné polohování pacienta ke vzniku dekubitů v oblasti hlavy, obou loktů, pat a v oblasti sakra, došlo také ke kolonizaci MRSA a bariérovému režimu.

Na ARO byla nemocnému zavedena NJS⁵, kterou pacient nesnesl, proto byl následně ponechán jen na parenterální formě výživy a v průběhu hospitalizace, kdy se začal celkový stav pacienta zlepšovat, byl zaveden PEG⁶.

V květnu 2017 byl pan J. K. přeložen pro stabilizovaný a velmi dobrý stav přeložen na chirurgické oddělení a po 14 dnech na protetické oddělení.

² Endoskopická retrográdní cholangiopankreatografie

³ Gastrointestinální trakt

⁴ Akutní respirační distress syndrom – akutní syndrom dechové tísně

⁵ Nazojejunální sonda

⁶ Perkutánní endoskopická gastrostomie

Po celou dobu hospitalizace, kdy byl pacient při vědomí, užíval antidepresiva, docházel za ním psycholog, fyzioterapeut a ergoterapeut.

2.1.2 Nynější stav pacienta

V současné době je pan J. K. hospitalizován na protetickém oddělení, kde se učí chůzi s protézami a psaní pomocí technikem speciálně vyrobené protézy na dlaňovou část pravé horní končetiny. Je ve velmi dobrém psychickém stavu, ke kterému značnou měrou přispívá pacientova manželka, jejich děti, pacientovi studenti a kamarádi.

3 Výzkumná část

3.1 Cíl výzkumu

Cílem mé práce bylo zjistit, zda měl intubovaný pacient při vědomí, za všech okolností dostatečnou pozornost, čas a prostředky ke komunikaci s ošetřujícím personálem o potřebách vycházejících z modelu Virginie Henderson.

3.2 Hypotézy

H1 – zdravotnický personál zná zásady a možnosti komunikace s intubovaným pacientem a je v této otázce dostatečně erudovaný.

H2 – zdravotnický personál se zajímá o potřeby a pocity intubovaného nemocného.

H3 – zdravotnický personál má dostatečné množství času komunikovat s intubovaným pacientem.

H4 – intubovaný pacient nemá pocit dostatečné saturace v oblasti komunikace ze strany zdravotnického personálu.

3.3 Časový harmonogram

- červen – prosinec 2016: studium literatury.
- leden 2017: výběr pacienta, příprava polostrukturovaného rozhovoru na základě studia literatury.
- únor 2017: sběr dat pomocí rozhovoru a studia dokumentace pacienta.
- březen – červen 2017: zpracování a vyhodnocení sebraných dat.

3.4 Výběr respondenta

Svého budoucího respondenta jsem poznala v lednu 2017, kdy byl hospitalizován na jednotce intenzivní péče. V tu dobu jsem již věděla, že tématem mé bakalářské práce komunikace s intubovaným pacientem. Původně jsem měla v úmyslu porovnat zkušenosti přibližně pěti pacientů, ovšem vzhledem k tomu, že se výpovědi pacientů ve značné míře shodovaly a pan J. K. byl nejvíce zajímavý svým těžkým zdravotním stavem a značně ztíženými podmínkami pro komunikaci (amputace dlaní), jsem si jej zvolila jako vzorový objekt mé studie.

3.5 Metodika výzkumu

Výzkum jsem pojala formou kvalitativní případové studie, která je charakterizována detailním zkoumáním jednoho nebo několika málo případů z praxe, zachycením jejich složitosti a důkladným prozkoumáním porozumět lépe budoucím podobným případům. [\[17.\]](#)

3.5.1 Sběr dat

Pro získání dat od pana J. K. jsem použila metodu polostrukturovaného rozhovoru formou otevřených otázek, které jsem sestavila na základě modelu Virginie Henderson. Vycházela jsem z jejích 14 komponent ošetrovatelské péče. Jsem totiž přesvědčena o tom, že právě základní a každodenní lidské potřeby, které Henderson ve svém modelu uvádí, jsou pro hospitalizovaného pacienta a

obzvláště pak pro pacienta, který není schopen komunikace, zásadní. Vše jsem průběžně doplňovala volným vyprávěním pacienta a studiem dokumentace.

Mezi 14 zmiňovaných potřeb dle V. Henderson patří:

1. Normální dýchání
2. Dostatečný příjem potravy a tekutin
3. Vylučování
4. Pohyb a udržování vhodné polohy
5. Spánek a odpočinek
6. Vhodné oblečení, oblékání a svlékání
7. Udržování fyziologické tělesné teploty
8. Udržování upravenosti a čistoty těla
9. Odstraňování rizik životního prostředí, zabránění vzniku poškození sebe a druhých
10. Komunikace s lidmi, vyjadřování emocí, potřeb, obav a názorů
11. Vyznání vlastní víry
12. Smysluplná práce
13. Hry nebo účast na různých formách odpočinku a rekreace
14. Učení, objevování nového, zvědavost vede k normálnímu vývoji a zdraví

Jelikož je komunikace stěžejním tématem této práce, ráda bych tuto potřebu zařadila jako poslední bod, neboť se jí budu věnovat více.

3.5.2 Výběr vzorku

Ke své práci jsem si vybrala pacienta, který mě zaujal nejen svým nevšedním příběhem, ale hlavně schopnostmi a houževnatostí, s jakými se s celou situací popral a vyrovnal.

Pan J. K. je jednašedesátiletý muž, který je v tuto chvíli hospitalizován na protetickém oddělení a učí se chodit pomocí protéz na obou dolních končetinách. Zároveň má technikem tohoto oddělení vyrobenou protézu na částečně amputovanou pravou ruku. Na této protéze je zabudován držák pro propisovací tužku, pomocí které se pacient učí ovládat psaní.

Nejprve se ale pan J. K. potýkal s problémem naprosto zásadním – zda zemřít nebo bojovat a přežít a později se skutečností, jak ve stávající situaci fungovat. Největším problémem se jevila neschopnost komunikace. Celá situace byla ale ještě těžší, protože kromě tracheostomie, která komunikaci znemožňovala, měl pacient částečně amputovány všechny čtyři končetiny, tudíž nebylo možné používat ani prsty, kterými by mohl alespoň částečně gestikulovat, nebo jimi ukazovat písmena na abecední tabulce.

V tomto období jsem s pacientem prováděla výzkum pomocí modelu Virginie Henderson.

3.6 Interpretace zjištěných dat

Virginie Henderson uvádí 14 komponent ošetrovatelské péče, pomocí kterých jsem pokládala pacientovi otázky ve sledu, které Henderson v modelu popisuje.

3.6.1 Dýchání:

Zeptala jsem se pana J. K., zda měl v období hospitalizace, kdy byl intubován a napojen na dýchací přístroj, problémy s dýcháním?

J. K.: „Nejprve jsem byl napojen na endotracheální a později tracheostomickou kanylu. I přesto jsem dýchal obtížně a s velkou námahou. Byl jsem často velmi zahleněn, a tak bylo nutné kanylu pravidelně odsávat.“

Tuto činnost vnímal pacient jako velmi stresující. Při každém odsávání hlenů měl pocit, že se udusí nebo že se mu odsávací cévka zabodne do plic a perforuje ji. J. K.: *„Při každém pohybu hlavou jsem cítil v krku nepříjemné tření. Měl jsem pocit, že mám v krku něco, co tam vůbec nepatří. Kdybych toho byl schopen, vytáhl by kanylu i za cenu udušení.“*

Chtěla jsem znát způsob, kterým byl schopen pacient sestře své potíže personálu vysvětlit?

Jediné, čeho byl pacient schopen, byla gestikulace obličeje ve chvíli, kdy při pohybu hlavou cítil velmi nepříjemný – až bolestivý pocit kanyly v krku. Pokřivením svalů v obličejové části sestra pochopila, že to pacientovi není příjemné. Problémy s dechem při zahlenění řešil pan J. K. tak, že začal kašlat a tím dal sestřám najevo, že nemůže dostatečně dýchat.

3.6.2 Dostatečný přísun potravy a tekutin:

Chtěla jsem vědět, jakým způsobem zavolal pacient sestřičku ve chvíli, kdy dostal hlad nebo žízeň?

J. K.: „*O nic jsem neměl zájem, necítil jsem hlad ani žízeň.*“

Tyto potřeby byly tedy saturovány parenterálně, po nějaké době byla pacientovi zavedena nasogastrická sonda, kterou během krátké chvíle za úporného zvracení vyloučil. Lékaři zvažovali, zda nebude pacient přeci jen schopen přijmout stravu perorálně. Pan J. K. zkusil tedy velmi neochotně ochutnat malé sousto kaše, ale zjistil, že nic necítí. Zavřel tedy oči a poprosil manželku, která za ním denně chodila na návštěvu, aby mu vložila do úst cokoli, co bude schopen spolknout. Po dvou pokusech, kdy dostal různé příchutě Nutridrinkového pudingu zjistil, že není schopen identifikovat, co vlastně jí.

J. K.: „*Začal jsem mít strach, že jsem přišel o chuť. Od té doby jsem už nechtěl zkoušet jíst nadobro.*“ Lékař tedy zavedl perkutánní gastrostomii.

3.6.3 Vylučování:

Chtěla jsem vědět, jak pan J. K. naznačil sestřičkám, že potřebuje přinést podložní mísu?

S vylučováním neměl pacient zpočátku problémy. Měl zaveden do močového měchýře permanentní močový katetr a vzhledem k parenterální výživě nebylo třeba vylučování stolice řešit.

Ve chvíli, kdy ale začal přijímat stravu enterální cestou, začal také výdej stolice. Pacient měl na těle šest dekubitů a největší v sakrální oblasti.

J. K.: „*Kdykoli jsem potřeboval na stolicí, usilovně jsem hypnotizoval sestřičky svým pohledem a doufal, že se na mě podívají a všimnou si. Byly zvyklé zeptat se, zda nepotřebuji mísu, kdykoli viděly můj upřený pohled. Ale vzhledem k obtížné manipulaci se mnou, řešily pouze skutečnost, zda je mísa na správném místě. Nenapadlo je, že její manipulací dochází ke kontaktu s velmi bolestivým dekubitem. Pokaždé jsem měl pocit, jako by se mi něco zarylo do živého masa, což působilo tak silnou bolest, že jsem pak už nebyl absolutně ničeho schopen. Jelikož nebylo v jeho moci vysvětlit sestřím, co se v danou chvíli děje a co prožívá, celou situaci vyřešil tak, že začal kálet pod sebe. Díky této zkušenosti jsem se radši začal*

vyprazdňovat pod sebe, čistá hrůza, jsem zvířátko!!! Plakal jsem s pocitem bezmoci“.

3.6.4 Pohyb:

Většinu času ležel pacient na zádech, občas byl přetočen na jeden či druhý bok. Často se stávalo, že se posunul proti své vůli k nohám lůžka, čímž se se zvednutým podhlavníkem dostal do naprosto nepřírozené polohy. Antidekubitní podložka v oblasti kosti křížové ho vzhledem k jejímu „nahrnutí“ tlačila a po chvíli páčila, paty měl zabořeny do antidekubitních koleček. Pomůcky proti proleženinám v tu chvíli neplnily svůj účel, ba naopak, spíše napomáhaly vzniku dalších pohmožděných a velmi bolestivých míst na těle.

J. K.: „Nebyl jsem schopen žádným způsobem vysvětlit či naznačit sestře svůj stávající problém, takže usoudila, že se nic neděje, vysvětlila mi, že je vše, jak má být a odešla. Byl jsem naprosto bezradný. Chtěl jsem sestru nějak zastavit, ale nebylo jak. Byl jsem schopen maximálně trochu kývat či zavrtět lehce hlavou. Rukama ani nohama jsem hýbat nemohl, gestikulace tedy nebyla možná a artikulace také ne. Stačilo by, kdyby se zdravotnický personál zeptal, zda se mi dobře leží. Potom bych byl schopen zavrtět hlavou a mohlo následovat hledání příčiny vzniklých problémů. Často jsem cítil naprostou zoufalost.“

V dubnu 2017 začal pacient trochu hýbat horními a dolními končetinami, které měl amputovány, a tak počala spolupráce s ergoterapeutem. Ten měl pana J. K. naučit sebeobslužnosti. Nejprve neměl nemocný velký zájem, poloha na zádech ho po nějaké době začala bavit, ztrácel totiž zájem o vše. Ve chvíli, kdy jej terapeut – doslova – vytrhl z blazeovaného pocitu, si začal nemocný uvědomovat, že by to mohla být „vstupenka“ k postupné nezávislosti na okolí. Jak sám řekl, začal mít chuť žít. Pacient každý den, dle instrukcí ergoterapeuta, tvrdě cvičil. Po nějaké době začal pod dohledem procvičovat otáčení na bok, potom „na čtyři“, po nějakém čase šplhal po hrazdě se všemi hadicemi napojenými na přístroje. Ve chvíli, kdy se držel hrazdy a zároveň klečel ve vzpřímené poloze, prožíval pocit neuvěřitelné svobody. Vidina soběstačnosti a s tím a zároveň i možnost lepší neverbální komunikace, byla velmi silnou motivací.

3.6.5 Spánek a odpočinek:

Spánek pana J. K. byl značně problematický. Pacient spal díky tlumícím lékům téměř nepřetržitě. Když se probudil, byl natolik zmatený, že nebyl schopen poznat, zda je den či noc, všechno mu splývalo. Neměl potřebu tedy jakýmkoli způsobem žádat o pomoc při v tomto směru.

J. K.: *„Když jsem podíval na hodiny, viděl jsem čas, který se během jednoho mrknutí oka posunul náhle o dvě hodiny dopředu. Nebyl jsem schopen pochopit, jak je to možné, vždyť jsem jen mrkl.“*

3.6.6 Vhodné oblečení, oblékání, svlékání:

Pacient měl po dobu hospitalizace pouze nemocniční košili, kterou sestry pravidelně měnily. Sám nebyl schopen zpočátku žádného pohybu, natož oblékání či svlékání. Byl zcela odkázán na pomoc druhé osoby. Sestřičky měnily v průběhu dne dvakrát prostěradlo, povlečení na polštář a deku. Samozřejmostí je, že výměna prádla probíhala pokaždé, když to situace vyžadovala. Pacient tuto skutečnost ale nevnímal, bylo mu naprosto jedno, zda leží v čistém či špinavém prádle. Řešil mnohem zásadnější problémy. A vlastně zpočátku ani to ne. V prvních měsících mu bylo jedno úplně všechno. Ani zde tedy nebylo potřeba přemýšlet o způsobu, jakým si nemocný „řekne“ o výměnu špinavého nebo propoceného prádla.

3.6.7 Udržování fyziologické tělesné teploty:

Teplota pacienta se zobrazovala permanentně na monitoru, který zaznamenával zároveň EKG křivku, dech, saturaci a akci srdeční. Vzhledem k celkové sepsi organismu měl pan J. K. horečku, kterou lékaři medikamentózně snižovali.

J. K.: *„Necítil jsem pocit zimnice. V době celkové sepse jsem byl v umělém spánku a neustále jsem dostával vysoké dávky antibiotik. Později, když jsem vše vnímal, jsem byl často zpocený. Sestry mě převlékaly dvakrát denně, nemělo cenu mě stále převlékat dokola. Navíc mi ve chvíli, kdy jsem se necítil dobře, nezbývalo nic jiného, než se opět snažit upřeně „zírat“ na sestru, prostě na jakoukoli sestru, která šla kolem, aby pochopila, že po ní něco chci. Většinou se všimly, že jsem*

zpotený, a tak mě otřely obličej a ústa vlhou žínkou. Alespoň na chvíli to pomohlo.“

3.6.8 Udržování úpravy a tělesné čistoty:

Pacient hygienu svého těla neřešil stejně, jako upravenost a čistotu oblečení a lůžka. Nebyl sám ničeho schopen, celkovou hygienu prováděly dvakrát denně sestry a v případě potřeby kdykoli jindy. Dutinu ústní a zuby vytíraly štětičkami s příchutí citronu či pomeranče.

Ve chvíli, kdy pacient rehabilitoval a byl schopen svaly na horních a dolních končetinách zapojovat a dýchal spontánně, dovezly jej sestřičky k umyvadlu.

J. K.: „Měl jsem zavázané ruce, respektive pahýly. Neměl jsem možnost si ani opláchnout obličej. Toužil jsem alespoň něco z hygieny provést samostatně. Pomocí gestikulace svými „rukama“ jsem zkusil sestřičkám naznačit, že si zuby vyčistím sám. Nevěděli jsme ale, jak to celé provést. Nakonec sestry napadlo, že mi vsunou do obvazu vlhký kartáček bez pasty a obvážou jej částí dalšího obvazu, aby byl lépe upevněný. Mohl jsem si nacvičovat čištění zubů. Neumíte si představit, jak mi bylo fajn. Konečně jsem byl schopen alespoň minimum z hygieny na svém vlastním těle provést sám.“

I nadále prováděly celkovou hygienu pacienta samozřejmě sestry.

3.6.9 Odstranění rizik ze životního prostředí a prevence poškození sebe nebo okolí:

Ležící pacient na lůžku, který není schopen žádného pohybu, je napojen na dýchací přístroj, a kromě otevírání a zavírání očí nezvládne nic jiného, nemá tendenci spadnout na zem nebo si vytrhnout centrální, popř. arteriální kanylu. Vzhledem k parenterální výživě mu nehrozí riziko popálení se horkým jídlem ani horkým nápojem. Nemohl uklouznout na mokré podlaze. Nebyl schopen se o nic říznout, ani bouchnout. Jediné defekty, které měl, byly dekubity, právě z nedostatku pohybu. Měl jich dohromady šest – jeden na hlavě, dva v oblasti loktů, dva na patách a jeden největší v oblasti sakrální. Byla zahájena léčba těchto defektů, pacient byl častěji polohován a parenterální výživa obohacena o bílkoviny, vitamíny a minerály. Stejně důležitá byla i dostatečná hydratace pacienta.

J. K.: „Řešil jsem zásadní problém s podložní mísou. Pokaždé, když mi ji sestřičky dávaly, jsem cítil silné bolesti. Mísa se mi dostala do místa, kde jsem měl dekubit. Hrozně to bolelo, nechtěl jsem, aby se to příště zase opakovalo. Dával jsem jim najevo, že mám velké bolesti výrazem ve tváři, vrtěl jsem hlavou ze strany na stranu, aby pochopily, že se mi to ani trochu nelíbí. Myslely si, že jsem si potřebu s vyprazdňováním zase rozmyslel. Napříště jsem už mísu nechtěl, jednoduše jsem nedal nikomu nic najevo ani upřeným pohledem, ani kladnou odpovědí na jejich dotaz, zda nepotřebuji na mísu“.

3.6.10 Vyznávání vlastní víry:

Pan J. K. je ateistou, a i v nejhorších chvílích svého života, ke kterým patřily zcela jistě právě chvíle prožité v nemocnici, kdy bojoval o svůj život, nevnímal potřebu, že by měl začít věřit v „něco“, co by mu poskytlo alespoň minimální naději v lepší budoucnost. Sám mi při jedné z mých návštěv u něj prozradil, že po této zkušenosti již nevěří absolutně ničemu – tunelu se světlem na konci, posmrtnému životu, prostě ničemu. Pokud v něm byla někde malá jiskřička naděje, že po smrti „něco existuje“, v tuto chvíli už není ani zmiňovaná jiskra. Všechno je dle pacientových slov jen a pouze dokonalá činnost našeho mozku.

J. K.: Netušíme, co všechno podprahově vnímáme, jsme schopni zachytit jen věci, kterým se v danou chvíli věnujeme, které máme ve svém zorném poli, ale nejsme již schopni všimnout si dalších a dalších osob, budov, věcí, nápisů, činností, obrazů, objevujících se všude kolem nás, právě v oblasti podprahového vnímání. My to neregistrujeme, mozek ano. No a potom, když se mu to zrovna hodí, vytáhne některé ze svých dobře uložených karikatur a použije je. Vytvoří nádherný film plný reálných obrazů, a ještě nám vsugeruje, že s tím vším máme cosi společného, aniž bychom si cokoli podobného vybavili nebo pamatovali. Ne, ničemu nevěřím, sestři, ničemu“.

3.6.11 Smysluplná práce:

Ve chvíli, kdy nemocný zjistil, že se jeho život může změnit k lepšímu, začal cítit chuť na sobě pracovat. Díky možnosti hýbat horními a dolními končetinami, dostal nový impulz a dávku energie. Cvičil od rána do večera, byl neskutečně

unavený, ale po dlouhé době zase šťastný. Zeptala jsem se tedy, co pro něj bylo hnací silou?

J. K.: „Dřel jsem víc, než jsem myslel, že jsem schopen, personál nade mnou kroutil s údivem hlavou, ergoterapeut měl radost, vždyť jsem během chvíle ztratil 30 kilo, svaly mi ochably, atrofovaly, stala se ze mě naprostá troska. Po nějaké době mi přišel lékař oznámit, že výhledově plánuje odpojit tracheostomii od ventilátoru. Prý to bude těžké, delší dobu se bude obnovovat hlas a budu se dusit. Nevěřím, v noci trénuju – tajně odpojuji přívody ke kyslíku, než zareagují, mám minutu – dvě svobody vlastního dýchání. Vůbec nepochybuji, že to zvládnu okamžitě.“

3.6.12 Hra nebo účast na jiných formách oddechu a relaxace:

Pacient nerelaxoval. Odpočíval po celou dobu, ve chvíli, kdy mohl konečně změnit dosavadní apatický způsob života v aktivní, bylo jeho formou hry cvičení.

3.6.13 Učení se, objevování něčeho nového:

Náplní pacientova dne bylo střídavě sledování okolí lůžka a spaní. Opět bude nejlepší, když nechám celou situaci popsat panem J. K.: *„Vím, že bydlím v nemocnici. Chvilí ležím, chvíli se vznáším. Čtvercová kostka bez oken, lůžko a spousta přístrojů. To je můj život. Nemohu se pohnout, a tak celý den koukám. Živé sny, bludy a halucinace, ale já si to neuvědomuji. Na stěně jsou konečně hodiny – pozoruji a odpočítávám vteřiny, adrenalinový sport, to je zábava. Moucha leze po stěně. Dvě hodiny sleduji a hádám, kam zatočí – to je zábava!!! Získávám šesté smysly. Celý den poslouchám a snažím se dešifrovat zvuky z okolí a z chodby – rozumím i šeptání. Oni nevědí, že já je uslyším i na 20 metrů – to je zábava. Oči mám jak rys, sestra mě jde umýt, mrknu na její oči a hned uhodnu její náladu i to, jestli se mě štítí nebo mě lituje – nebezpečný pacient.*

Slyším a odezírám i to, co si povídají na chodbě. Vidím a rozpoznám to, co jsem nikdy neviděl. V očích personálu čtu lítost, z očí rozpoznám i charakterové vlastnosti lidí, co o mě pečují. Hlídám si uklízečku, aby po úklidu nezavřela dveře – je to okno do světa. Zuřivě se snažím nějak gestikulovat, když se pokouší zavřít dveře. Všudypřítomné bludy a halucinace. Na stropě se točí větrák klimatizace – z něho se na mě stále dívá nějaká tvář. Někdy jsem nahoře zase já. Sleduji televizi

celý den, je to také okno do světa, znám z paměti všechny TV programy od rána do večera (manželka Eliška přinesla TV program). Jediný problém, musím včas někoho sehnat, aby pochopil, že v 10.30 potřebuji přepnout na ČT 1, NIC MĚ NETRÁPÍ, jsem ve vzduchoprázdnu, žádné emoce, žádné city, jenom existuji“.

3.6.14 Komunikace s lidmi, vyjadřování emocí, potřeb, obav a názorů

J. K.: *„Komunikace byla velmi, velmi obtížná. Když přišel lékař, pokaždé položil otázku: “Tak co, jak se cítíte?“ J. K.: „Jak se člověk cítí, když nemůže odpovědět?“*

Pokládání otevřených otázek je naprosto neprofesionální. U pacienta, který není schopen verbálně komunikovat, pokládáme zásadně otázky uzavřené, na které je možné odpovědět ano-ne, přičemž souhlas může pacient vyjádřit např. jedním mrknutím oka, nebo kývnutím hlavou a nesouhlas dvojitým mrknutím či zavrtěním hlavou. [18.]

Ptá-li se lékař na bolest a pacient naznačí, že bolest má, měl by následně lékař hledat bolestivé místo způsobem otázek směřovaných od hlavy postupně až k prstům na dolních končetinách. Pokud najde lékař bolestivé místo, stejným způsobem by se měl ptát na sílu bolesti způsobem: *“Nyní Vám budu vyjmenovávat jednotlivá čísla na číselné škále bolesti od jedné do deseti, přičemž číslo jedna je nejslabší bolest a číslo deset bolest nejsilnější. Rozumíte?“* [19.]

Ještě horší komunikace byla ale s rodinnými příslušníky: *“Manželka nerozuměla absolutně ničemu a já cítil neskutečný nával vzteku. Nemohl jsem pochopit, jak je vůbec možné, že člověk, se kterým jsem prožil tolik společného času, mi vůbec nerozumí? Nakonec se ujal role překladatele náš nejmladší syn a mně svítila naděje, že budu mít konečně možnost vyjádřit všechny své potřeby a bolístky. Velmi záhy jsem ale zjistil, že jsem se zásadně mýlil. Ve chvíli, kdy jsem se synovi snažil svou artikulací naznačit potřebu donést pojistnou smlouvu, řekl syn vítězoslavně manželce, že chci donést housku se salámem. Myslel jsem, že ve mně nakumulovaný vztek během chvíle bouchne. Byla to naprostá beznaděj. Neměl jsem možnost vyjádřit své pocity, potřeby, ani prosby. Cítil jsem se vězněm ve svém vlastním těle a chtělo se mi zemřít.“*

Pan J. K. hovořil o svých pocitech ve chvílích, kdy nemohl komunikovat dál. Než u něj byla prokázána pozitivní MRSA, ležel na anesteziologicko –

resuscitačním oddělení mezi ostatními pacienty. Velice kriticky hodnotil s odstupem doby absenci nástěnných hodin.

J. K.: *„Na každém oddělení by měly viset velké hodiny, aby se mohl člověk orientovat alespoň trochu v čase. Nevěděl jsem, zda je den či noc, neměl jsem možnost to zjistit. Obzvláště na izolaci, kde jsem ležel sám v malé místnosti bez okna“*

„Když jsem měl po nějaké době již na jednotce intenzivní péče komunikovat, nevěděl jsem jak. Mé artikulaci málokdo rozuměl, resp. zdravotnický personál alespoň trochu ano, ale rodina vůbec.“

Sestřičky tedy na počítači vytvořily a vytiskly abecední tabulku.

J. K.: *„Dali mi tabulku s písmeny a chtěly, abych jim ukazoval, ale neuvědomily si, že nemám čím. Obě horní končetiny jsem měl v dlaňové části amputovány a zavázány obvazy. Když jsem ukázal na nějaké písmeno, překryl jsem jich pět najednou. Někoho napadlo přinést tužku. Zasunuli mi ji jedním koncem do obvazu a druhým jsem konečně ukazoval konkrétní písmeno. Problémem bylo, že jsem za 24 hodin vše ovládal rychlostí mluveného slova, ostatní nestihali číst. Navíc mi na tabulce chyběly číslice. Ač se to nezdá, byl to velký problém. Žena přinesla dlouhou lžici – zastrčil jsem ji do obvazů na rukách a cvičně jsem vyklepával signál SOS na dřevěnou postranici postele. Personál rychle pochopil, že pro případ nouze nebo žádosti-budu klepat“*

Po další době pana J. K. napadlo poprosit manželku, aby mu koupila a přinesla velký tablet, který by nahradil stávající abecední tabulku. Navíc byl schopen s jeho pomocí posílat vzkazy i personálu.

J. K.: *„Napsal jsem zprávu a odeslal sestřím, které buďto odpověděly, nebo přišly, to podle toho, jak to vyžadovala situace. Panečku, to už bylo něco úplně jiného!“*

V dubnu 2017 byl pacient odpojen z ventilace. Dýchal okamžitě sám a bez potíží. Bylo mu řečeno, že bude muset přibližně půl roku procvičovat hlasivky, než se hlas obnoví. Pacient to popisuje takto: *„Ohromný pocit úlevy a štěstí – za 60 minut jsem začal mluvit, neskutečná svoboda, jsem zpět mezi lidmi – můžu*

mluvit!!! Bludy a halucinace zmizely, Tvář ve větráku zmizela. Již se nevznáším a nekoukám na sebe shora. Začíná nová etapa – cesta do života.“

4 Vyhodnocení

Komunikace je často klíčovým nástrojem v péči o nemocné. Je zdrojem příjemných i nepříjemných emocí, radosti i stresů. Ve zdravotnictví existují situace, kdy je komunikace dokonce zásadní a rozhodující v plánování dalšího postupu léčby a ordinací. Je důležité umět s pacienty komunikovat i v případě, kdy samotná komunikace ze strany nemocného není možná.

Často jsem se sama cítila značně nepříjemně, když se mi intubovaný pacient nebo nemocný s vyoperovanými hlasivkami, snažil něco sdělit a já mu opakovaně nerozuměla. Netušila jsem ale, jak pacientovi v takových chvílích pomoci.

Netušila jsem, že je pro nemocného tolik podstatné, mít v dosahu nástěnné hodiny pro kontrolu času a možnost orientace.

Nenapadlo mě, že jsou na abecední tabulce tak podstatná číslíčka.

Sestřičky si v první chvíli neuvědomily, že nemocný, který dostane takovou tabulku k užívání a nemůže používat prsty, bude potřebovat cokoli, s čím je možné ukazovat.

Jako dobrý nápad pacienta se mi jeví vyklepávání signálu S O S na bok postele či stoleček, v případě akutní potřeby ve chvíli, kdy je nemocný izolován na samostatném pokoji.

Velmi dobrým nápadem je u technicky zdatnějšího nemocného, který nemůže komunikovat, používání tabletu, díky kterému se písemně spojí s počítačem sestřičky.

Další chybou, kterou zdravotnický personál při komunikaci s pacientem většinou neuvědomuje, je pokládání otevřených otázek. Nemocný, který nemůže komunikovat, není na tento typ otázek schopen odpovídat mrkáním očima, či pohybem hlavy.

Nikdo z personálu si asi neuvědomuje, že u vnímavějšího pacienta, který dlouhé dny pouze leží, nekomunikuje a je schopen jen pozorovat okolí, je možné, že se zdokonalí jiné smysly. Pan J. K. byl schopen vyčíst mnohé z očí sestry, která byla

v jeho blízkosti, výrazně se mu zlepšil sluch, byl podstatně vnímavějším než v době před hospitalizací.

Ptala jsem se ho, zda vnímal hovor sester v době, kdy byl v umělém spánku. Odpověděl, že ne. Nic si nevybavoval, nic nevnímal. Tuto otázku jsem mu položila z důvodu velmi rozšířeného zlovyku zdravotnického personálu, bavit se nad pacientem nebo v jeho blízkosti, o svých osobních věcech. Budí to dojem nezájmu o nemocného. Přiznám se, že mě pacientova odpověď v tuto chvíli trochu uklidnila – alespoň v jeho případě.

Některé zkušenosti pana J. K. mi v mnohém v oblasti neverbální komunikace otevřely oči.

5 Diskuze

H1: zdravotnický personál zná zásady a možnosti komunikace s intubovaným pacientem a je v této otázce dostatečně erudovaný.

Z rozhovoru s panem J. K. jsem došla k závěru, že zdravotnický personál zná zásady komunikace s intubovaným pacientem pouze částečně. Problém nastal ve chvíli, kdy dostal pacient abecední tabulku, na které měl ukazovat jednotlivá písmena a z nich sestavovat slova a věty. Nic neobvyklého. Nikoho ale nenapadlo, že pro tohoto konkrétního pacienta nemá abecední tabulka žádný smysl, pokud nebude mít čím ukazovat. K tabulkám se ukazovátka standardně nedávají.

Myslím, že si personál není dostatečně vědom toho, co takto handicapovaný pacient prožívá a že nutnost jakékoli interakce s okolím, je pro něj mnohem zásadnější, než bezchybná činnost lékařů a sester v oblasti ošetřování pacienta

Tato hypotéza se nepotvrdila.

H2: zdravotnický personál se zajímá o potřeby a pocity intubovaného nemocného.

Z rozhovoru s pacientem vyplynulo, že nelékařský zdravotnický personál plní svědomitě ordinace lékařů, pravidelně kontroluje veškeré vstupy, narušující kožní integritu a udržuje čistotu pacienta a jeho lůžka. Ostatní potřeby nemocných, které

se týkají jejich vnitřních pocitů a potřeb, zdravotnický personál většinou nesaturuje.

Tato hypotéza se nepotvrdila.

H3 – zdravotnický personál má dostatečné množství času komunikovat s intubovaným pacientem.

Zdravotnický personál nemá, dle sdělení pana J. K., dostatečné množství času, které by mohl věnovat komunikaci s intubovaným pacientem. Sestry se chodily pravidelně ptát, zda nemocný nepotřebuje odsát, nebo zda nemá bolesti, ale ve chvíli, kdy dostaly zpětnou vazbu, odešly vykonávat další práci. Neverbální komunikace je z časového hlediska náročnější, a jelikož je v poslední době sester markantní nedostatek, pracují často nad rámec svých fyzických a časových možností.

Tato hypotéza se nepotvrdila.

H4 – intubovaný pacient nemá pocit dostatečné saturace v oblasti komunikace ze strany zdravotnického personálu.

Podle rozhovoru s panem J. K., jsem došla k závěru, že intubovaný pacient nemá pocit dostačující komunikace ze strany zdravotnického personálu.

Dlouhodobě ležící nemocný čeká na jakýkoli kontakt či pozornost. Doba strávená na lůžku je někdy nesmírně dlouhá a ve chvíli, kdy pacient již dostatečně vnímá, cítí potřebu interakce s okolím. Neuvědomuje si, což je přirozené, že není na oddělení sám, a tak mnohdy vnímá čas zkresleně.

Tato hypotéza se potvrdila.

6 Závěr

Ve své bakalářské práci jsem se věnovala tématu komunikace s intubovaným pacientem. Je, bohužel, veřejně známo, že komunikace zdravotnického personálu s nemocnými je nedostačující. Tato skutečnost je ale ještě markantnější u pacientů s komunikačním handicapem. V tomto případě mám na mysli více než chuť s pacientem komunikovat, čas a schopnosti personálu.

Vzdělávání zdravotních sester se stále zvyšuje a co do kvality znalostí a schopností prohlubuje. Přesto nejsem sama, kdo má pocit, že chybějícím článkem ve vzdělání v tomto oboru je právě schopnost komunikace s pacientem se zavedenou endotracheální nebo tracheostomickou kanylou.

Jedinými částečně erudovanými zaměstnanci zdravotnických zařízení jsou v této oblasti ergoterapeuti. Ale ani oni nemají znalosti na takové úrovni, kterou by intubovaný pacient potřeboval. V každé větší nemocnici najdeme překladače a tlumočníky z různých světových jazyků do českého, ale otázkou komunikace s pacientem, který nemůže díky intubaci komunikovat s okolím, se vedení nemocnic prakticky nevěnují.

Díky zkušenosti pana J. K. mě napadlo, že by byl velmi dobrým řešením nákup modernější techniky, konkrétně tabletů, které by intubovaným pacientům při vědomí, komunikaci s personálem v mnohém usnadnily. Někteří pacienti nemají sílu o svých potřebách psát, písemný projev jim činí značné problémy. Pomocí tabletu mohou tito pacienti napsat jedním prstem celé věty a ty pak odeslat sestře pomocí WLAN sítě na počítač, což je, dle mého názoru, mnohem pokrokovější styl než si snažit sestru přivolat různě vydávanými zvuky, či boucháním např. o lůžko. Na druhou stranu zde hraje jistě významnou roli finanční stránka věci. Jsem ale přesvědčena, že nákup např. deseti tabletů, které by se rozdělily mezi jednotlivá oddělení intenzivní péče, by byl pro pacienty značným přínosem. Navíc, používání takovéto techniky ke komunikačním účelům, by pozvedlo úroveň celého oddělení. Nevybavuji si, že by byl tento způsob komunikace v okolních nemocnicích praktikován, bylo by to tedy naše novum.

Z výsledku mé studie jsem se přesvědčila, že by bylo vhodné a velmi přínosné, věnovat ve vzdělávacích programech na vysokých školách lékařů a specializačních vzdělávacích programů a vysokých školách nelékařských zdravotnických pracovníků komunikaci s intubovaným pacientem více pozornosti.

Myslím, že by má práce mohla sloužit jako inspirace k rozsáhlejšímu výzkumu komunikačních potřeb a možností takto handicapovaných pacientů.

7 Seznam použité literatury

1. KAPOUNOVÁ, Gabriela. *Ošetřovatelství v intenzivní péči*. U Průhonu 22 Praha 7: Grada Publishing a. s, 2007. ISBN 8024718308, 978802471830.
2. BARTŮNĚK, Petr, JURÁSKOVÁ, Dana, HECZKOVÁ, Jana, NALOS, Daniel. *Vybrané kapitoly z intenzivní péče*. U Průhonu 22 Praha 7: Grada Publishing a. s. 2007. ISBN 978-80-247-4343-1.
3. KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Vážně nemocný mezi námi*. Praha: Avicenum, 1989. ISBN 08-065-89.
4. ZACHAROVÁ, Eva. *Sestra: Psychosociální přístup k pacientům na JIP*. Strana 12. 2012.
5. LEDEREROVÁ, Kateřina. *Sestra: Komunikace s pacientem na UPV*. Strana 10. 2013.
6. ŠKVRŇÁKOVÁ, Jana, PELLANT, Arnošt, a MANDYSOVÁ, Petra. ProLékaře.cz: Změna komunikace je u pacientů s trvalou tracheostomií největším handikepem. Strana 85-90. 2011.
7. ČERMÁKOVÁ, Věra. *Sestra: Tracheostomovaný klient - komunikace*. Str. 2. 2008.
8. VYBÍRAL, Zbyněk. *Psychologie lidské komunikace*. Praha, 264 s. 2000: Portál. 2000. ISBN 80-7178-291-2.
9. TOMOVÁ, Šárka, KŘIVKOVÁ, Jana, BARTONÍČKOVÁ, Daniela, KUSOVÁ, Dagmar REICHERTOVÁ, Stanislava. *Komunikace s pacientem v intenzivní péči*. U Průhonu 22, Praha 7: Grada Publishing a. s. 2016. ISBN 978-80-271-9540-4.

10. VENGLÁŘOVÁ, Martina, MAHROVÁ Gabriela. *Komunikace pro zdravotní sestry*. U Průhonu 22, Praha 7: Grada Publishing a. s. 2006. ISBN 80-247-1262-8.
11. MAHROVÁ, Gabriela, FRIEDLOVÁ, Karolína. *Bazální stimulace v základní ošetrovatelské péči*. U Průhonu 22, Praha 7: Grada Publishing a. s. 2007. ISBN 978-80-247-1314-4.
12. GULÁŠOVÁ, Ivica. et al. *Sestra: Prostředky neverbální komunikace*. Strana 5. 2012
13. DEVITO, Joseph A. *Základy mezilidské komunikace*. Praha: Grada Publishing a. s. 2008. ISBN 978-80-247-2018-0.
14. TEGZE, Oldřich. *Základy mezilidské komunikace: co vám prozradí lidské chování a jednání a jak toho využít*. Brno: Computer Press. 2003. ISBN 9788072264292.
15. OSTROWSKI, Andrzej, et al. The role of training in the development of adaptive mechanisms in freedivers. *Journal of human kinetics*. 32: 197-210. 2012.
16. MICHÁLKOVÁ, Helena, PRAŽÁKOVÁ, Zuzana. *Florence: Komunikace s pacientem na úplné plicní ventilaci*. Strana 4. 2016
17. Metodika případových studií. *Kvalita lektorů = efektivnost a kvalita vzdělávacích programů CZ.1.07/3.2.06/02.0031*. 35 stran. Online - <http://kvalitalektoru.ohkcv.cz/files/metodicke-listy/Metodika%20p%C5%99%C3%ADpadov%C3%BDch%20studi%C3%AD.pdf>. Nedaťováno.
18. MIKULÁŠTÍK, Milan. *Komunikační dovednosti v praxi 2., doplněné a přepracované vydání*. Grada Publishing a. s., 2010.
19. AUTORŮ, KOLEKTIV. *Vše o léčbě bolesti: příručka pro sestry*. Praha: Grada Publishing a. s. Strana 119. 2006

20. PTÁČEK, Radek. *Etika a komunikace v medicíně*. Grada Publishing a.s., 2011.
21. Umělá plicní ventilace. *Sestřička*. www.sestricka.com: Umělá plicní ventilace v intenzivní péči. Strana 12. 2013
22. ZACHAROVÁ, Eva. *Komunikace v ošetrovatelské praxi*. Grada Publishing a.s. 2016. ISBN 978-80-271-0156-6
23. PLAMÍNEK, Jiří. *Komunikace a prezentace – Umění mluvit, slyšet a rozumět 2., doplněné vydání*. Grada Publishing a. s. 2012. ISBN 978-80-247-4484-1
24. KLENKOVÁ, J. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. 3. přepracované a rozšířené vyd. Brno: Paido. 2010. ISBN 978-80-7315-198-0.
25. MÁLEK, Jiří. *Praktická anesteziologie*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing a. s. 188 s. 2011. ISBN 978-802-4736-426.