

Autor práce:	Anna Cejnarová
Studijní program:	Ošetrovatelství
Bakalářský studijní obor:	Všeobecná sestra
Vedoucí práce:	PhDr. Marie Zvoníčková
Pracoviště vedoucího práce:	Ústav ošetrovatelství 3. LF UK
Předpokládaný termín obhajoby:	červen 2020

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem předkládanou práci vypracoval/a samostatně a použil/a výhradně uvedené citované prameny, literaturu a další odborné zdroje. Současně dávám svolení k tomu, aby má diplomová/ 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 Praze dne 28. května 2020

Anna Cejnarová

Poděkování

Na tomto místě bych ráda poděkovala paní PhDr. Marii Zvoníčkové za odborné vedení mé bakalářské práce, za cenné rady a čas, který mi při jejím zpracování poskytla.

OBSAH

ÚVOD	7
TEORETICKÁ ČÁST	10
1 DEFINICE KOMUNIKACE	10
1.1 Funkce komunikace	11
1.2 Druhy komunikace	11
1.2.1 Verbální komunikace	12
1.2.2 Neverbální komunikace	13
1.3 Komunikace v ošetrovatelské péči.....	17
1.3.1 Komunikace s pacientem v intenzivní péči.....	19
1.3.2 Komunikační bariéry v intenzivní péči	21
1.3.3 Bazální stimulace jako forma komunikace	22
EMPIRICKÁ ČÁST	24
2 CHARAKTER/ METODIKA VÝZKUMU	24
2.1 Charakteristika oddělení KAR RES II	24
2.2 Etnografie – terénní výzkum.....	25
3 ANALYTICKÁ ČÁST	29
3.1 Vizita.....	30
3.2 Ranní hygiena.....	33
3.3 Transport pacienta na vyšetření (CT).....	38
3.4 Měření intraabdominálního tlaku	42
3.5 Odběr krve na vyšetření ABR	45
3.6 Vyšetření pacienta lékařem	48
3.7 Fyzioterapie.....	52
4 DISKUSE	54
ZÁVĚR	56
SOUHRN	57
SUMMARY	58

SEZNAM LITERATURY	59
SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK	61
SEZNAM TABULEK	62

ÚVOD

„I facka je spôsob komunikace.“

(Stanislav Komenda)

Komunikace a komunikační schopnost patří k jednomu z nejdůležitějších lidských schopností, jedná se o dovednost, kterou člověk může nadále rozvíjet a současně se v ní i zdokonalovat.

Lze bezpochyby říct, že komunikace je nedílnou součástí ošetrovatelství. Nelze nekomunikovat, jelikož i pouhé mlčení je určitá forma komunikace. Jak mohu uvést na příkladu – když záměrně ignorujeme člověka (pacienta) poté, co nám položí otázku, můžeme mu tím dávat najevo, že nám není sympatický nebo že s ním nechceme proces komunikace zahajovat. Každý z nás komunikuje, komunikovat můžeme různými prostředky – nejen hlasem, ale i pohybem těla, písmem, výrazem v obličeji, a dokonce i naším vzhledem.

Komunikace je nedílnou součástí k vytvoření a udržení mezilidských vztahů. Vztahy můžeme za pomoci komunikace nadále rozvíjet, navazovat důvěru, přátelství, náklonost i zalíbení. Ve společnosti dochází k neustálému komunikačnímu toku, dochází k vzájemné interakci mezi lidmi. Komunikace je pro život důležitá a je nutná v jakékoli sféře, jak profesní, milostné, tak i přátelské.

Komunikaci můžeme rozdělit na verbální i neverbální část. Verbální komunikace neboli slovní komunikace je vyjádření pomocí řeči a jazyka, při tomto druhu komunikace se používají jednotlivá slova, věty, či psané texty. Naopak neverbální komunikace je projev, při kterém se uplatňuje mimoslovní komunikace, patří sem například postoj, gesta, dotek, mimika. Neverbální komunikace se praktikuje v mnoha případech nevědomě, dostatečně erudovaná všeobecná sestra by měla umět neverbální projevy vysílat, uvědomovat si je, současně by je měla umět i rozpoznávat a dokázat jim porozumět. Na neverbální komunikaci v mnoha případech závisí první dojem, který sestra při počátečním kontaktu zanechá v pacientovi.

O komunikaci je napsáno již mnoho publikací, knih, studií, které se touto problematikou zabývají, snaží se ji čtenáři přiblížit a poukázat na časté nedostatky. Komunikace ve zdravotnictví je často omílané téma, mluví se o něm

dnes a denně, a i přesto má mnoho všeobecných sester s komunikací z různých důvodů problém –spočívající, ve faktoru, že na pracovišti je nedostatek času a sestry komunikovat jednoduše nestíhají, nebo jim je samotný proces komunikace v některých případech nepříjemný, či komunikovat nechtějí nebo neumí.

Všechny tyto zmíněné faktory mě přesvědčily k tomu, abych přijala nabídku spolupracovat v tříčlenném týmu na výzkumu zabývající se - Komunikací s pacientem v resuscitační péči.

Cílem mé bakalářské práce je zjistit, zda ošetřující sestra a další zdravotnický personál (lékař, sanitář apod.) komunikují s pacientem v bezvědomí a identifikovat situace, při kterých ke komunikaci nejčastěji dochází.

Výzkum jsem prováděla na Klinice anesteziologie resuscitace ve Fakultní nemocnici Královské Vinohrady, konkrétně na oddělení RES2, komunikace na tomto oddělení je obtížnější v tom směru, že jsou zde hospitalizováni pacienti v kritickém stavu s bezprostředním ohrožením životních funkcí.

Teoretickou část jsem rozdělila do 3 kapitol, ve kterých se budu zabývat tím, co to komunikace je, jakou má funkci, zaměřím se na jednotlivé složky a formy komunikace. Dále budu svou pozornost zaměřovat na komunikaci v ošetrovatelské péči, komunikaci s pacientem na odděleních intenzivní a resuscitační péče.

Svou empirickou část jsem zaměřila na komunikaci ošetřující sestry a dalších členů zdravotnického týmu s pacientem v bezvědomí. Praktická výzkumná část byla provedena jako sonda s použitím etnografického přístupu, kdy za pomoci zúčastněného pozorování jsem sledovala komunikaci mezi členy zdravotnického týmu a pacientem v bezvědomí, současně jsem svůj záměr lehce orientovala i na to, zda probíhá komunikace mezi ošetřující sestrou a jednotlivými členy zdravotnického týmu, kteří přijdou do styku s bezvědomým pacientem. Výzkum probíhal v tříčlenném týmu v pěti po sobě jdoucích dnech. Dny byly rozděleny do třech úseků – ranní úsek 7:00 – 12.00, odpolední úsek 12:00 – 17:00, večerní úsek 17:00 – 21:00. Moje časové intervaly, při kterých jsem prováděla sondu, výzkum – pondělí 12:00 – 17:00, úterý 7:00 – 12:00, středa

17:00 – 21:00, čtvrtek 12:00 – 17:00, pátek 7:00 – 12:00. Každý den byla pozorována jiná sestra, aby výstup byl co nejobjektivnější.

TEORETICKÁ ČÁST

1 DEFINICE KOMUNIKACE

Význam slova komunikace je etymologicky velice různorodý, jeho původ nacházíme již v jazyce latinském – communicatio – což původně znamenalo „vespolné účastnění“, oproti tomu slovo communicare znamená „činit něco společným, společně něco sdílet“. Podle psychologů lze slovo komunikace charakterizovat také jako „sdělování“ či „sdílení“. (1)

Co to vlastně znamená komunikace? Komunikaci můžeme chápat jako proces, při kterém se předávají informace mezi dvěma či více subjekty. Dochází k vzájemnému sdělování, sdílení, výměně informací, hodnot, ale také emocí. (2) Komunikace musí být vedena takovým způsobem, aby si všichni aktéři tohoto procesu porozuměli.

Definici můžeme najít i u Křivohlavého, podle kterého komunikovat znamená s někým se společně radovat, druhému něco předávat, doručovat, propůjčovat, dávat a přijímat, navzájem sdílet. (Křivohlavý, 1988, s. 19-20).

Komunikace je součástí lidského života již od narození, se stoupajícím věkem roste i dovednost ji používat. V prvních stádiích lidského života převládají hlasové projevy ve formě broukání a náhodných hlasových projevů, následně dochází k tvorbě slov, dále primitivních vět až k tvorbě souvětí. Člověk nedokáže nekomunikovat i pouhé mlčení, či ignorování je forma komunikace, kterou člověk vysílá druhému subjektu (subjektům). Lidská společnost se neobejde bez komunikace, je nezbytná k předávání informací, pocitů a navozování nových vztahů. Komunikace patří mezi dovednosti, které je potřeba neustále rozvíjet a zdokonalovat se v nich. (3)

Někteří lidé mohou být ve svém projevu do jisté míry omezeni (nemohou mluvit, pohybovat se, nebo mají smyslový handicap), přesto mohou komunikovat, například očima, stiskem ruky, či pohybem hlavy. (3)

Komunikační proces má určité elementy. Na začátku komunikace musí být komunikátor (osoba nebo skupina, která má za účel komunikovat), sdělení (informace), kterou komunikátor zakóduje (verbálně či neverbálně), dalším elementem je komunikační kanál (cesta přenosu informace, například mluvené

nebo psané slovo). Na druhé straně se musí nacházet přijímač (člověk, kterému je informace sdělována). Přijímač musí být schopen dekodovat (porozumět) sdělení, které mu bylo vysláno. Poté co byly zprávy přijaty a dekodovány, příjemce na ně nějakým způsobem reaguje – dochází k odezvě, zpětné vazbě (zpětná vazba vede k dalšímu sdělení a celý komunikační proces se opět opakuje). (3)

1.1 Funkce komunikace

Každá komunikační výměna plní určitou funkci, která může a nemusí být na první pohled zjevná, ke každému z komunikačních aktů je jeden z aktérů motivován (více či méně skrytě). Zrealizováním aktu dostává komunikace smysl, vyslovením či jakkoliv jinak sděleným nabývá jistého významu. (1)

Rozlišujeme čtyři hlavní funkce našeho komunikování.

- 1) Informovat – má za funkci informační (například předat zprávu, něco oznámit);
- 2) Instruovat – má instruktážní funkci (například naučit, zasvětit);
- 3) Přesvědčit – persuasivní funkce (zmanipulovat, přesvědčit, ovlivnit);
- 4) Pobavit – funkce zábavní (rozveselit, rozptýlit) (1).

1.2 Druhy komunikace

V komunikaci informujeme druhého o svých pocitech, přáních, cílech, motivech, o našem vztahu k němu. Informace můžeme vyjádřit pomocí nejen mluveného nebo psaného projevu, tj. verbálně neboli slovně, ale také neverbálně, mimoslovně, jako je mimika, pohyby atd. I přesto, že oba druhy komunikace probíhají zcela současně, uvádí se, že většina komunikace probíhá na neverbální úrovni. (5)

Rozlišujeme dva základní druhy komunikace:

- 1) Verbální komunikace;
- 2) Neverbální komunikace.

1.2.1 Verbální komunikace

Verbální komunikací se rozumí vyjadřování informací pomocí slov. Do verbální komunikace zařazujeme komunikaci ústní (mluvenou) i písemnou, dále můžeme zařadit komunikaci přímou nebo zprostředkovanou, živou či reprodukovanou. (6)

Mluvení můžeme definovat jako vyjadřování myšlenek artikulovanou řečí příslušným jazykem. Schopnost dorozumívat se určitým jazykem je jednou z nejdůležitějších forem sociální komunikace. Naše řeč se skládá ze slov, které odpovídají konkrétním významům. Rozeznáváme tudíž dva druhy řeči (jazyky), které odpovídají zcela jiným významům. Jazyk logiky, který používáme v situacích, v nichž vyjadřujeme co nejpřesněji zákonitosti, přesně definované pojmy. Jedná se o neosobní jazyk, který je objektivní a věcný. Sdělujeme pomocí něho data, fakta a údaje. Druhým typem řeči je jazyk poezie. Jazyk poezie oproti jazyku logiky vyjadřuje osobní postoje, emoce a nálady. Popisují se jím subjektivně zabarvené údaje, postoje, zážitky apod. (7)

Ve verbální komunikaci rozlišujeme, zda probíhá na formální či neformální úrovni. Formální komunikace je obvykle plánovaná a má jasně daný cíl. Dochází k ní při komunikaci s výše postaveným člověkem, při poskytování poradenských služeb. Naopak neformální komunikace probíhá při rozhovorech s kolegy na stejné profesní úrovni, při společenských rozhovorech a podobně. Neformální komunikace oproti formální komunikaci se vyskytuje daleko častěji. (6)

Ve verbální komunikaci se lidé dopouští mnoha chyb, které pak činí proces komunikace mezi zdravotnickým pracovníkem a pacientem náročnější, složitější a může vést k nepochopení obsahu sdělení. Problémy, které vznikají v obsahové části sdělení se mohou promítat do interakce obou aktérů, tedy do vztahu sestra – pacient. K nejčastějším chybám, ke kterým dochází ve verbální komunikaci patří – neuspořádané myšlenky, nepřesné vyjadřování a vkládání přesprávně informací na jednou. (3), ale i omezenost jazyka, mnohdy nejednoznačnosti používaných slov a určitá vybudovaná tradice prisuzovaná slovnímu výrazu. Na nepřesné verbální komunikaci se také mohou projevit

rozdílné kulturní, geografické, rodinné a historické zkušenosti mezi subjekty komunikace.

Sestra by se při komunikaci s pacientem měla vyhnout určitým výrokům, které komunikaci s pacientem mohou komplikovat. Do této kategorie lze zahrnout nepřiměřené přikazování, moralizování, povyšování se nad pacienta, srovnávání s jinými, ironie, nevhodný humor. Nejen nevhodné složky komunikace poškozují vztah mezi sestrou a pacientem, ale existují i určité komunikační bariéry, které by se ve správné komunikaci neměly vyskytovat. Mezi komunikační bariéry lze zařadit nepozornost, nenaslouchání, skákání do řeči, nedostatek empatie, lhaní a netrpělivost. Chybná či nezvládnutá komunikace může pacienta poškodit. (3) . Pro komunikaci by měla platit zásada: mluvte pravdu nebo alespoň nelžete.

Při poskytování správné ošetrovatelské péče můžeme definovat pár základních kritérií, které vedou k úspěšné zvládnuté verbální komunikaci. Dalo by se říct, že by bylo nanejvýš vhodné, aby si sestra každé z těchto pravidel osvojila a zahrnula do svého ošetrovatelského procesu. Sdělení, které sestra pacientovi předává musí být určité a srozumitelné, aby bylo lehce k pochopení a nemocný porozuměl sdělovanému. Dále musí být stručné, zbytečné okliky v rozhovoru navozují pocit neprofesionality a nedůvěry. Je ovšem nezbytné nezaměňovat stručnost se strohostí či neochotou mluvit. Při komunikaci s pacientem se musí zřetelně vyjádřit podstata věci, komunikace musí být vhodně načasovaná a styl, kterým se komunikace ubírá musí být přizpůsobená reakcím, které pacient vysílá. (8)

1.2.2 Neverbální komunikace

Neverbální komunikací rozumíme druh sdělení, při kterém předáváme informace beze slov. Neverbální komunikace ve většině případech doprovází komunikaci verbální, probíhá současně, může se ale stát, že mimoslovní složka komunikace zcela nahradí komunikaci slovní.

Lze tvrdit, že neverbální komunikace ilustruje verbální sdělení, podtrhuje jej a zesiluje jeho účinek. (3) Neverbální projevy při komunikaci nebývají většinou tak kontrolovány jako projevy slovní čili verbální. Většina neverbálních

projevů se odehrává na nevědomé úrovni. Tyto projevy jsme schopni lépe rozpoznat nežli interpretovat. (9)

Neverbální sdělení je možné definovat jako řeč těla, do kterého patří veškeré projevy, které vysíláme, aniž bychom mluvili, ale i ty, kterými řeč doprovázíme. Stejně jako mluvená řeč, jsou i neverbální projevy plynulým jazykem, které má své vlastní tempo, rytmus a slovník. (8)

Neverbální komunikace plní hned několik funkcí. Používáme ji k tomu, abychom řeč podpořili, nebo také úplně nahradili, vyjadřujeme pomocí ní emoce a své interpersonální postoje. (8)

Při neverbální komunikaci sdělujeme výrazem obličeje, vzdáleností, dotekem, postojem, gesty, pohyby, pohledy, tónem řeči, zevnějškem. Neverbální komunikaci můžeme rozdělit na dva základní typy – na vlastní neverbální chování, do které zařazujeme mimiku, gesta, pantomimiku, a na paraverbální projevy, kam zahrnujeme, jak je verbální informace řečena, tudíž intonace řeči, rychlost a hlasitost řeči, pauzy v řeči a tón hlasu. (7)

Mimoslovně:

- Sdělujeme emoce, jako jsou pocity, nálady;
- Naznačujeme zájem;
- Vytváříme dojem;
- Ovlivňujeme chování druhého;
- Řídíme chod vzájemného styku (7).

Emoce, kterou v danou chvíli prožíváme je určena tím, co se momentálně odehrává v našem neurovegetativním systému, platí to i opačně, to, co děláme ovlivňuje nástup emocionálního stavu. Jako příklad lze použít – máme radost, protože se do naší krve vyplavilo větší množství adrenalinu. Další příklad lze uvést pláč, když pláčeme, tak posmutníme. Nejlépe jsou čitelné emoce vycházející z mimiky, proto právě tento druh mimoslovního jednání je velice často simulován či disimulován. (7)

Projev zájmu o druhé je krom výrazů v obličeji interpretován dotekem, přiblížením, pootočením a nakloněním se k druhému subjektu. Efektivita těchto projevů nezávisí jen na vysílači, ale i na naladění příjemce. (7)

Každé osobní setkání je odlišné a je možné v něm pozorovat neverbální projevy, které pomáhají zahájit a ukončit osobní styk. Pojednáváme zde o řídicí roli vzájemného setkání, mezi které řadíme především pohled, pohyb (oddálení, pootočení, přiblížení) a gesta (rukou, nohou). (7)

1.2.2.1 Složky neverbální komunikace

Největší význam mají neverbální projevy, které se promítají v oblasti obličeje a hlavy, tato část je nejvíce vnímána a také nejvíce ovlivňuje to, jak posluchač vnímá zprávu. Na druhém místě se nachází pohyby rukou a paží a následně až pohyby a pozice nohou a těla. (10)

Mimika

Sdělování výrazem obličeje. Lidská tvář má vysokou variabilitu při vyjadřování svých emocí. Na obličeji rozlišujeme tři hlavní zóny, kterými je člověk schopen vyjadřovat emoce. (7)

- Oblast čela a obočí (nejčastěji představují pocit překvapení);
- Oblast očí a víček (signalizují například strach a smutek);
- Dolní část obličeje, tváře, nos, ústa (signalizují nejčastěji štěstí) (7).

Mezi hlavní emocionální mimické výrazy patří následující – štěstí/neštěstí, strach/pocit jistoty, radost/smutek, klid/rozčilení, spokojenost/nespokojenost, zájem/nezájem. (7)

Gestika

Gesta můžeme rozdělit na gesta

- V oblasti hlavy a krku;
- Rukou;
- Nohou (7).

a) Gesta v oblasti hlavy a krku

Zde rozeznáváme tři základní postavení hlavy

- 1) Vzpřímená hlava – vzpřímená hlava se považuje za neutrální postavení hlavy;
- 2) Hlava mírně stočená na stranu – takovýto postoj hlavy značí zvýšený zájem, zaujetí;
- 3) Hlava skloněná dolů – považuje se za nesouhlasné postavení hlavy (7)

b) Gesta rukou

Nejčastěji naznačují ukrývání se za ochranou bariéru. Typickým takovým gestem jsou založené zkřížené paže. Toto gesto naznačuje nejistotu, snahu ukryt se před něčím, popřípadě značí nesouhlas. Založené zkřížené ruce mohou mít mnoho modifikací, které mohou dále naznačovat nepřátelský postoj, obranu, negativní postoj, dominantní postavení. (7)

c) Gesta nohou

Gesta nohou se obdobně jako gesta rukou považují za odmítavý či obranný postoj. Pokud má člověk (pacient) současně překřížené ruce a nohy, dává tím najevo strach, úzkost, nejistotu. (7)

Proxemika

Tento pojem charakterizuje vzdálenost během komunikace, jedná se o sdělování přiblížením a oddálením.

Můžeme rozlišit vzdálenost při komunikaci na čtyři základní skupiny. Hranice mezi těmito čtyřmi skupinami jsou splývavé a nelze je brát zcela striktně. (10)

- 1) Intimní vzdálenost - jako intimní vzdálenost se považuje prostor od úplného dotyku až do půl metru. V této vzdálenosti spolu komunikují lidé, kteří mezi sebou mají intimní vztah;
- 2) Osobní vzdálenost – odpovídá vzdálenosti od půl metru do dvou metrů;
- 3) Skupinová vzdálenost – zahrnuje vzdálenost od jednoho metru do deseti metrů;
- 4) Veřejná vzdálenost – zhruba od dvou do sta metrů. (10).

Haptika

Haptika neboli sdělování dotykem. Dotekový styk může být pro druhého jak příjemný, tak i nepříjemný, dotek tudíž může být interpretován jako projev přátelství či nepřátelství. (7)

Dotekový styk má mnoho významů, mohou být formální, neformální, přátelské, intimní. Důležitou roli hraje, které části těla se lidé dotýkají a jaký druh doteku to je. Za pásmo společenské a profesionální se považuje dotekový styk mířený na ruce a paže. V pásmu osobním a přátelském dotekový styk míří na ruce, vlasy, obličej a ramena. V pásmu intimním jsou doteky neomezené. Samozřejmě existují výjimky, lékaři a zdravotníci, u kterých je společensky akceptováno nedodržování těchto zón. (10)

1.3 Komunikace v ošetrovatelské péči

Kdykoliv dojde mezi lidmi k interakci, dochází současně i k jejich komunikaci. Ve zdravotnických zařízeních dochází k interakci mezi lidmi téměř neustále, tudíž mít osvojenou dovednost komunikace je pro sestry nezbytné. Správně vedená komunikace je pro sestru velice prospěšná, může jí ušetřit čas, snižuje riziko vzniku konfliktů, navozuje vztahy s pacienty.

Komunikační dovednosti by neměly být považovány za něco automaticky daného. Jednání sestry v určité společenské situaci nemusí být vhodné v ošetrovatelské situaci. Sestra musí být schopná odlišit tyto dvě situace a zaměřit se na to, co je nejprospěšnější pro pacienta. (4) V ošetrovatelském procesu je komunikace výměnou informací mezi pacientem a sestrou, přičemž oba účastníci komunikace jsou zároveň vysílačem i přijímačem informací. Tyto informace se mohou předávat, jak verbálně, tak i neverbálně, mohou mít písemnou nebo mluvenou formu, mohou být formální, neformální, specifické k tématu nebo zaměřené na vztah. (3) Komunikace je proces, během kterého dochází k budování a rozvíjení vztahu mezi sestrou a pacientem. Vzájemný komunikační vztah mezi sestrou a pacientem by měl být do jisté míry rovnocenný, úměrný k věku, inteligenci, mentálnímu vývoji pacienta. Nesmí se zapomínat na fakt, že zdravotní sestra je zde z profesní stránky odborník a její komunikace

by v určitých chvílích měla mít direktivní spád, musí umět pacienta poučit, edukovat, v jistých chvílích musí rozhovor řídit a vést do jistého cíle. (8)

Pro péči o pacienty se skutečnými i potencionálními zdravotními potřebami má velký význam, jak s nimi sestry komunikují. Velmi hluboce to na ně působí, a to nejen pozitivně, ale i negativně. Dobrá komunikace je základem úspěšně ošetrovatelské péče, při mnoha ošetrovatelských činnostech – při příjmu nemocného, při převozu a propouštění pacienta domů, při předoperační a pooperační péči, při instruování pacienta, přípravě pacienta na ošetrovatelské zákroky, u všech těchto činnostech musí sestra zahajovat, podněcovat a udržovat vhodnou komunikaci s pacientem a musí tak činit jasně a jednoznačně. (4)

Avšak sestra při poskytování správné ošetrovatelské péče musí být schopná komunikovat nejen s pacientem, ale i s ostatními členy různě kvalifikovaného ošetrovatelského týmu a lékaři. Sestra a lékař by měli být tzv. spojenci, kteří si společně jdou za svými cíli a navzájem si snaží pomoci, současně by mezi nimi měla probíhat vzájemná důvěra, respekt a harmonie. Péče jednotlivých členů zdravotnického týmu by měla tvořit celek, který usiluje o to stejné.

Pacienti očekávají od jednotlivých členů zdravotnického týmu, že s nimi budou komunikovat s respektem a otevřeně, chtějí znát pravdu o svém zdravotním stavu, o nemoci, o průběhu léčby. Je nezbytné, aby zdravotníci při komunikaci s pacientem používali srozumitelný jazyk, úměrný k věku a mentální inteligenci pacienta. Pacienti mohou mít různé potřeby komunikace. Mohou chtít radu, konzultaci, ujištění nebo pouze sociální kontakt. Záleží jen na jednotlivých členech zdravotnického týmu, jak se s touto situací vypořádají, na jejich komunikačních dovednostech, popřípadě zkušenostech, aby tuto potřebu uspokojili.

Jak již bylo zmíněno jedním z cílů komunikace je i vytváření vztahů, komunikace se skládá mnoha složek, které pomáhají sestře (zdravotnickým pracovníkům) vztah vytvořit, patří mezi ně pozornost, naslouchání, vnímání, zájem, akceptování, objevování, empatie, autentičnost a úcta. (1)

V praxi rozlišujeme tři druhy profesionální komunikace, které mají své zákonitosti a význam. (8)

1) Sociální komunikace

- Jedná se o běžný rozhovor, který vytváří vztah mezi zdravotníkem a pacientem;
- Používá se například při volných chvílích, hygieně, jídle. (8).

2) Specifická (strukturovaná) komunikace

- Jedná se o oblast komunikace, kdy se sdělují důležitá fakta, motivují nemocného k další léčbě, mohou působit například i edukativně;
- Při této komunikaci se musí dbát především na srozumitelnost sdělení;
- Používá se například při sdělování postupu vyšetření, objasnění způsobu stravování při onemocnění. (8).

3) Terapeutická komunikace

- Odehrává se především formou běžného rozhovoru;
- Poskytuje pacientovi nejen oporu a pomoc v těžkých chvílích, ale také může zvýšit účinnost jiných léčebných přístupů u somaticky či psychosomaticky nemocných. (8).

1.3.1 Komunikace s pacientem v intenzivní péči

Na jednotky intenzivní péče jsou přijímáni pacienti nacházející se v akutním, život ohrožujícím stavu, při kterém jim selhává jeden či více životně důležitých orgánů. Jednotky intenzivní péče (JIP) jsou specializované nemocniční jednotky, které se věnují péči o pacienty vyžadující podporu života a také o pacienty, u kterých hrozí riziko selhání životně důležitých orgánů, popřípadě smrt. (14) Jednotky intenzivní péče jsou vybaveny nejmodernější technikou a v léčbě pacientů využívají vysoce multidisciplinární přístup, jehož součástí je i řádné provedení ošetrovatelské péče.

1.3.1.1 Možnosti komunikace s pacienty v intenzivní péči

Na odděleních intenzivní péče jsou často hospitalizováni pacienti vyžadující specifické potřeby komunikace, z různých diagnostických důvodů – pacienti s poruchou vědomí, pacienti při vědomí na umělé plicní ventilaci, pacienti v bezvědomí na umělé plicní ventilaci, pacienti spontánně dýchající se zajištěnými dýchacími cestami, pacienti spontánně dýchající bez zajištěných dýchacích cest. (11)

V následujícím textu popíšu zmíněné poruchy. Má empirická část se zaměřuje na komunikaci s pacienty v bezvědomí.

Komunikace s pacientem s poruchou vědomí

Poruchy vědomí rozlišujeme na kvalitativní a kvantitativní. Mezi kvantitativní poruchy vědomí patří:

- Somnolence – stav snížené bdělosti. Pacient reaguje na zvukové a dotykové podněty;
- Sopor – pacient se nachází v hlubokém spánku, reaguje na bolestivé podněty;
- Kóma – nejtěžší stav poruchy vědomí, při které pacient na podněty nereaguje.

Příčiny kvantitativních poruch mohou být například hypoxie mozku, intoxikace, mozková embolie, hypoglykémie, urémie a další.

U kvalitativních poruch vědomí je bdělost víceméně zachována, dochází k poruše vnímání, myšlení, či jednání. Do této skupiny řadíme zmatenost, delirium a mráкотy.

U lidí v bezvědomí se používá takzvaná pasivní komunikace, kdy komunikace vychází pouze ze strany zdravotníka a neočekává se zpětná vazba ze strany pacienta. Zdravotník (sestra, lékař) pacienta oslovují, informují ho o výkonech, terapiích a se vším ho seznamují. (11)

U pacientů s kvantitativní poruchou vědomí se komunikace orientuje na zjištění hloubky vědomí, pacientova pohodlí a na možnost kontaktu

s nemocným. Jako typický příklad komunikace s takto postiženými pacienty lze uvést: „Pane XY slyšíte mě? Otevřete oči.“. Komunikace by měla probíhat na takové úrovni, při které je pacient schopen porozumět a bez většího úsilí odvětit. (11)

Komunikace s pacienty s endotracheální či tracheostomickou kanylou

Specifickou skupinu pacientů tvoří z hlediska komunikace nemocní, kteří jsou při vědomí, ale mají dýchací cesty zajištěny endotracheální rourkou nebo tracheostomickou kanylou. U těchto pacientů se mohou používat komunikační techniky skládající se z odezírání ze rtů, tato technika je ovšem znevýhodněna tím, že pacient musí disponovat dostatečnou schopností artikulace a zdravotní sestra musí být schopna umět odezírat ze rtů. Během tohoto procesu musí oba aktéři být vybaveni notnou dávkou trpělivosti. Další technikou, kterou lze využít v komunikaci s pacientem s překážkou v dýchacích cestách je abecední tabulka, ta je ovšem časově náročná. Pokud pacient udrží tužku a desky s papírem, může komunikovat i tímto prostředkem. Komunikaci lze provádět i neverbálně, kdy se pacient může dorozumívat se sestrou či jiným zdravotníkem pomocí svých končetin, například pohyb ruky k ústům může signalizovat to, že pacient chce napít, ruce překřížené na hrudníku naopak mohou značit zimu. (11)

Komunikace s pacienty dlouhodobě na ventilátoru

Pro tyto pacienty je pobyt v nemocnici dlouhý, nudný a stereotypní. Komunikace s nimi by měla probíhat na běžné úrovni – rozhovor by se měl zaměřovat na všední témata, jako je počasí, filmy, koníčky. (11)

1.3.2 Komunikační bariéry v intenzivní péči

Komunikační bariéry, překážky, jak již bylo zmíněno znesnadňují proces komunikace mezi subjekty, v tomto případě mezi členy zdravotnického týmu a pacientem. Negativně ovlivňují kvalitu poskytované ošetrovatelské péče. Nemocní hospitalizováni na jednotkách intenzivní péče se nacházejí v těžké

životní situaci, jsou frustrováni, neklidní, nespokojení, bojí se. Jsou v prostředí, které jim je neznámé, jsou daleko od rodiny a svých blízkých. Všechny tyto aspekty mohou více či méně ovlivňovat kvalitu komunikace.

Komunikační bariéry se vyskytují nejen na straně zdravotníků (ošetřujících sester), ale i na straně pacientů. Často vznikají náhodně a mnohokrát ani nedojde k jejich rozpoznání. Bariéry mohou vycházet z člověka samotného nebo z okolního prostředí. Do interních bariér neboli bariér vycházející z člověka, lze zařadit negativní emoce, nemoc, nepohodlí, frustraci. Do externích bariér lze zařadit rušivé elementy vycházející z okolního prostředí, jako je například šum, vibrace, komunikační zahlcení, hluk. Jak již bylo zmíněno komunikační překážky vycházejí nejen ze stran zdravotnického personálu, ale i ze stran pacientů. Pacienti hospitalizováni na specializovaných odděleních intenzivní péče, procházejí těžkou životní situací, z toho důvodu se u nich mohou projevovat pocity strachu, nepochopení, frustrace. Všechny zmíněné elementy mohou vyvolat nebo podpořit překážky v komunikaci. Mezi specifické bariéry vycházející ze stran pacientů, lze zmínit bolest, narušenou schopnost komunikace, únavu, nepochopení, nedůvěru, negativismus, strach se projevit. Ze stran sester se jedná o nedostatek času, neochotu naslouchat, vnucování vlastních názorů, nadměrné přikyvování, využívání odborné terminologie. (9)

Sestra by při komunikaci s pacientem měla být schopna možné komunikační bariéry včas identifikovat, snažit se jim vyvarovat, popřípadě včas zajistit jejich nápravu. Je to právě ošetřující sestra, která má v pacientovi vzbuzovat důvěru a podporovat ho v léčbě, uzdravení a všech aspektech s tím spojených.

1.3.3 Bazální stimulace jako forma komunikace

Bazální stimulace poskytuje a vysílá pacientům jasné, cílené informace, podněty o sobě samém nebo o jejich okolí, což je považováno za základní neboli bazální. Bazální stimulace je koncept, který získal uznání v mnoha evropských zemích a používá se, jak ve vzdělávání, tak i v ošetrovatelské péči. (15)

Bazální stimulaci lze chápat jako proces, který se orientuje na všechny oblasti lidských potřeb - podporuje vnímání, komunikaci a pohybové schopnosti pacienta. Péče je pacientovi poskytována tak, aby podporovala a aktivovala jeho zachovalé komunikační a pohybové schopnosti. Je určena pro pacienty, kteří trpí poruchou vědomí, pacientům vyskytujících se po různých operacích a úrazech, pacientům neklidným, umírajícím atd.

Bazální stimulace využívá ve svém konceptu jednotlivé technické prvky, mezi které řadíme – somatické, vestibulární, vibrační, auditivní, optický, olfaktorický, taktilně-haptický stimulace. Mezi důležité a nejvíce využívané prvky v bazální stimulaci řadíme doteky. Jedná se mnohdy o jediné impulzy, kterými pacient dostává informace o sobě samém a o okolním prostředí. Doteky proto musí být správně cílené, promyšlené a zřetelné. Mezi nejvhodnější místa, kam doteky soustřeďovat řadíme ramena, paže a ruce. Pacientovi sdělujeme, kdy začíná a končí naše činnost, pomocí cíleného neboli iniciálního dotyku, tento druh dotyku by měl poskytnout každý zdravotník, který během dne přijde do kontaktu s pacientem. (9)

Všechny impulzy využívané v bazální stimulaci je třeba podpořit i verbálně, jako oslovením, pozdravením, vysvětlením výkonu atd. (9)

Koncept bazální stimulace se používá s výhodou na JIP a ARO, cílem je právě zkvalitnění a zintenzivnění ošetrovatelské péče o pacienty s poruchou vnímání a vědomí, snaha o zkrácení procesu uzdravení a jejich návrat do života v co možná nejlepším funkčním stavu.

EMPIRICKÁ ČÁST

2 CHARAKTER/ METODIKA VÝZKUMU

V rámci mého tříletého studia oboru Všeobecná sestra na 3. lékařské fakultě Univerzity Karlovy jsem měla možnost vykonávat svou letní prázdninovou praxi v semestru IV. na Klinice anesteziologicko resuscitační ve Fakultní nemocnici Královské Vinohrady. Má prázdninová praxe se odehrávala v červenci 2019, kdy jsem na lůžkové části strávila 120 hodin z celkového počtu 160 hodin.

Ke konci mého praktického působení na klinice mi jedna z mých spolužaček nabídla, zda bych s ní nechtěla spolupracovat nad výzkumem, sondou, která by mapovala komunikaci na pracovišti tohoto typu. Nápad mi to přišel zajímavý, tudíž jsem velice ráda tuto nabídku přijala.

Sběr dat jsme prováděly v tříčlenném týmu, v celkovém počtu pěti dnů. Dny jsme rozdělily do třech úseků – ranní úsek 7:00 – 12:00, odpolední úsek 12:00 – 17:00, večerní úsek 17:00 – 21:00. V daných časových úsecích jsme se s kolegyněmi střídaly, a ještě ten den získaná data seskupily, zkontrolovaly a navzájem si přepsaly.

Můj časový úsek, při kterém jsem výzkum, sondu prováděla – pondělí 12:00 – 17:00, úterý 7:00 – 12:00, středa 17:00 – 21:00, čtvrtek 12:00 – 17:00, pátek 7:00 – 12:00.

Ráno před začátkem směny nám vždy vrchní sestra vybrala jednu sestru, u které jsme ten den výzkum prováděly. Celkový čas výzkumu, sondy, kterou jsme prováděly na oddělení RES2 činil 70 hodin.

2.1 Charakteristika oddělení KAR RES II

Klinika anesteziologicko resuscitační se nachází v pavilonu H ve Fakultní nemocnici Královské Vinohrady. Klinika se rozděluje na tři části – úsek anesteziologický, úsek intenzivní péče, úsek léčby bolesti.

Výzkumnou sondu jsem prováděla v úseku intenzivní péče, která je rozdělena ve dvou podlaží (RES1 a RES2). Obě oddělení obsahují dohromady

21 lůžek, kdy RES1 disponuje deseti lůžky a RES2 jedenácti lůžky. Stavební uspořádání oddělení RES2 umožňuje takzvaný boxový systém ošetřování. Boxy jsou vybaveny nejnovějším přístrojovým vybavením, jež s dostatečně erudovaným personálem zajišťuje vhodné podmínky pro kvalitní péči o kriticky nemocné. Na lůžkovou část jsou hospitalizováni ti pacienti, kteří vyžadují akutní podporu nebo plnou náhradu životních funkcí, vč. kontinuálních eliminačních technik a extrakorporální membránové oxygenace. Hospitalizováni jsou zde tudíž pacienti v kritickém stavu, u kterých selhává nebo hrozí selhání jedné nebo více životních funkcí. Nejčastěji jsou zde pacienti na umělé plicní ventilaci.

Klinika disponuje velice moderní vybaveností, na lůžkové části se nachází informační systém, který umožňuje pracovat bez papírové dokumentace, díky tomu lékařský i nelékařský zdravotnický personál může věnovat více pozornosti, péči pacientům. Na oddělení se klade důraz na časnou mobilizaci a rehabilitaci pacienta, dále se klade důraz na prevenci nozokomiálních nákaz. Multidisciplinární charakter péče podtrhuje účast mikrobiologa a klinického farmaceuta na vizitách.

KAR FNK slouží jako spádová oblast pro pacienty především z Prahy 3, 10 a pacienty Traumacentra FNKV.

2.2 Etnografie – terénní výzkum

Etnografický neboli terénní výzkum definujeme jako systematickou a metodickou přímou konfrontací badatele (výzkumníka) se zkoumanou sociální či kulturní realitou. Účelem je zodpovědět všechny výzkumné otázky, se snahou porozumět dané realitě, aniž by výzkumník svou vlastní přítomností do ní zasahoval. (17)

V etnografickém výzkumu dochází ke sběru dat přímo v místě prováděného výzkumu (terénu), v určitém časovém intervalu, v jejich přirozeném kontextu, a to školenými výzkumníky, kteří data sami smysluplně vyhodnocují a analyzují. (17) Celkový čas výzkumu, sondy, kterou jsme prováděly na oddělení RES2 činil 70 hodin, posléze jsme do 24 hodin data přepsaly do tabulek a navzájem si je předaly k dalšímu šetření a analýze.

Etnografický výzkum lze provádět v jakémkoliv prostředí a společenství. Cílem je porozumět a přiblížit se danému zkoumanému sociálnímu světu. Klíčovou metodou našeho terénního výzkumu bylo tzv. zúčastněné pozorování, díky kterému jsme tvořily hlubší a pevnější vztahy s informátory a současně se podílely na získání jejich důvěry. Jednání aktérů jsme v rámci terénního výzkumu zkoumaly v jejich každodenním kontextu. Nasbíraná data nejsou z terénního výzkumu ze svého kontextu vytrhována, a tím se zásadně liší etnografický výzkum od mnohých dotazníkových šetření. Data si výzkumník sám vytváří, nikoliv sbírá. Během našeho šetření jsme se nejvíce zajímaly o pravidelně se opakující situace, které jsme byly schopny interpretovat, jako určité vzorce (např. ranní hygiena) (17)

Samotná analýza výzkumu nemá žádnou jasně vymezenou techniku zpracování. Může mít nejrůznější podoby, jako například zpracování do schémat, grafů, plánek apod. (17)

Metodologické aspekty terénního výzkumu

Důležitým faktorem, který je nezbytný k tomu, aby mohlo dojít k uskutečnění terénního výzkumu je schopnost výzkumníka adaptovat se do daného sociálního prostředí, tak, aby byl schopen vykonávat činnosti, které vykonávají jeho informátoři. Adaptace na nové prostředí bývá mnohdy náročná, výzkumník se konfrontuje s cizím a mnohdy často odlišným prostředím, z tohoto důvodu se často první fáze výzkumu označuje jako kulturní šok. (17) Na oddělení RES II jsem působila během své prázdninové praxe ve IV. semestru, při které jsem se konfrontovala s daným cizím prostředím a tzv kulturní šok se u mě odehrál ještě před samotným výzkumem. Tato skutečnost mi umožnila lepší splynutí s oddělením a zdravotnickým týmem, jelikož mě na oddělení již někteří zdravotníci znali.

Výzkumník musí být vybaven i dostatečnými intelektuálními schopnostmi – například určitou jazykovou vybaveností, dále také schopností „vidět“ v terénu věci, které nemusí být na první pohled zjevné a získaná data nadále smysluplně analyzovat a interpretovat. (17) Před zahájením mého výzkumu jsem absolvovala výuku Intenzivní péče a Komunikace, díky níž jsem před začátkem samotného

výzkumu byla již znalostně vybavena o dané problematice a mohla získaná data lépe analyzovat a interpretovat, současně jsem dokázala zaměřit svůj zájem na konkrétní situace, u kterých jsem očekávala největší množství interakce mezi zdravotnickým týmem a pacientem (například vizita).

Badatel musí být schopný navázat a nadále vést kontakt s představiteli různých – hierarchicky odlišných – společností či subkultur. (17) V průběhu mého studia jsem působila na standartních oddělení, díky níž jsem se setkala se všemi typy spolupracovníků. Daná skutečnost mi pomohla a ulehčila komunikaci s jednotlivými členy zdravotnického týmu.

Výzkumník nadále musí disponovat jistou dávkou odhodlanosti, kdy se nesmí nechat odradit prvními známkami neúspěchu, zároveň však musí disponovat také pudem sebezáchovy. (17)

U každého terénního výzkumu badatel disponuje určitou zprostředkující osobou, která umožňuje, ale i znemožňuje výzkumníkovi vstup do terénu. Také výzkumníkovi pomáhá v navazování kontaktů s dalšími lidmi a informátory. (17) V mém případě zprostředkující osobu činila Vrchní sestra Kliniky anesteziologického a resuscitačního oddělení, která mě představovala jednotlivým členům ošetrovatelského týmu.

Na začátku výzkumu si musí badatel zvolit jakou identitu bude zaujímat – otevřenou či skrytou. Skrytá identita není vždy eticky ospravedlnitelná a je možná pouze tehdy, kdy by opačný přístup znemožnil provádění výzkumu nebo ohrozil výzkumníka. Za etický a nejvhodnější vstup do terénu se považuje ten, při němž výzkumník svým informátorům jasně a srozumitelně vysvětlí, kdo je, co dělá, jak bude nakládat s daty, jak je bude anonymizovat. (17) Během sběru dat jsem zaujímala otevřenou identitu – vrchní sestra mě představila členům zdravotnického týmu a současně jim představila, co na oddělení činím, jakou metodiku výzkumu tvořím a co je cílem mého výstupu. Sběr dat jsem zapisovala do papírového sešitu, kdy na požádání jednotlivých členů zdravotnického týmu jsem předložila nasbíraná data, aby si jednotliví členové mohli ověřit pravdivost mých informací.

Dalším významným aspektem identity, který zasahuje do výzkumu je i pohlaví badatele. To ovlivňuje, co vše se badatel dozví (jiné věci se říkají

mužům a jiné ženám), jak se k němu budou informátoři chovat, kam vše se dostane i nedostane a jakou identitu získá. Pozici výzkumníka ovlivňuje mimo jiné i jeho věk, vzdělání, rodinný stav a fyzické vzhled. (17)

3 ANALYTICKÁ ČÁST

Opakovaně jsem četla získaná data svého šetření a snažila se identifikovat určité vzorce chování, které se na oddělení RES 2 vyskytují v pravidelných opakujících se intervalech. S vedoucí práce jsem se dohodla, že svůj záměr situuji na komunikaci s pacienty v bezvědomí a pokusím se popsat a analyzovat situace, které mě v šetření nejvíce zaujaly. Uvědomuji si, že v určitých částech jsem nepopsala vybrané situace detailně a je to limitem mé práce.

Analyzovala jsem tyto komunikační situace – vizita, ranní hygiena, transport pacienta na vyšetření, měření intraabdominálního tlaku, odběr krve na Astrupové vyšetření, vyšetření pacienta lékařem a fyzioterapie. Analýzu jsem prováděla za pomoci tří otázek – co jsem viděla, co jsem si myslela, co jsem cítila.

3.1 Vizita

Tabulka 1: Vizita

čas	činnost	komunikace	neverbální komunikace	komunikace u pacienta jiným zdravotníkem
8:11	Příchod vizity na oddělení			
8:12	Sestra kontroluje vitální funkce pacienta na monitoru a stav podaných infuzí.			
8:13 - 8:25	Sestra poslouchá vizitu			
8:26 - 8:27	Sestra komunikuje s personálem.			
8:28	Sestra čeká u lůžka pacienta, než přijde vizita na pokoj.			
8:29 - 8:32	Vizita je na pokoji pacienta, neprobíhá žádná komunikace mezi sestrou a lékařem, ani komunikace zdravotnického personálu (sestra, lékař) s pacientem.			
8:33	Sestra pracuje v programu Metavision			
8:34 - 8:42	Sestra jde na chodbu poslouchat vizitu			
8:43 - 8:46	Konec vizity, sestra komunikuje s lékařem ohledně CT, na které má pacient dopoledne jet. Komunikace probíhá na chodbě, před pokojem pacienta.			

Zdroj: vlastní zpracování

Popis zdravotního stavu pacienta - Muž, 76 let s vaskulitidou (onemocnění cév) a rychle progredující glomerulonefritidou. Pacient měl horečky, zimnici, progredující dušnost, byl přijat na NEFIP FNKV, kde byl hospitalizován, během hospitalizace došlo k respiračnímu selhání a septickému šoku, následně byl přeložen 16.9.2019 na RES II KAR k další péči. Pacient je od 21.9.2019 bez sedace, nereaguje na oslovení ani bolest.

Dýchání je zajištěno UPV přes ETK. Oběhově je pacient stabilní, proto není potřeba podpora katecholaminy. Výživa je zajištěna enterální, tráví bez odpadu. Pacient je nepohyblivý- antidekubitní matrace, mikro polohování, vypodložování DKK a HKK.

Invazivní vstupy - ARK, CZK, PŽK, ETK, NGS.

Vizita na oddělení RESII probíhá zpravidla kolem osmé hodiny ranní, kdy nastoupí celý lékařský tým na oddělení a za účasti zdravotních sester procházejí jeden pokoj za druhým a konzultují zdravotní stav pacienta. Zjednodušeně se dá říct, že hlavním cílem vizity je předávání informací o zdravotním stavu pacienta a o výsledcích různých jeho vyšetření, stanovení dalšího léčebného postupu, informování pacienta o jeho zdravotním stavu a o postupu jeho léčby (v tomto případě nikoliv, pacient byl v bezvědomí).

Z přiložené tabulky lze vyčíst, že vizita u tohoto pacienta probíhala pouhé tři minuty. V těchto třech minutách nedošlo ke komunikaci, která by směřovala ze strany lékařů a zdravotních sester k pacientovi. Ke komunikaci nedošlo ani mezi lékaři a ošetřující sestrou. Komunikace probíhala pouze mezi lékaři, kteří si předávali informace o zdravotním stavu pacienta a o jeho následné léčbě. Je možné si povšimnout, že k první komunikaci mezi ošetřující sestrou a lékařem dochází až po vizitě, a to na chodbě, před pokojem pacienta. V tuto chvíli dochází k předávání konkrétních informací o výkonech, které pacienta ten den čekají a o tom, jak budou realizovány.

Co jsem viděla – Viděla jsem, jak lékařský tým přichází na oddělení provést pravidelnou ranní vizitu. Když byl lékařský tým v blízkosti pokoje, ošetřující sestra šla čekat k lůžku pacienta, a to z mnoha důvodů, jednak aby byla přítomna u vizity svého pacienta, dále aby mohla být lékařům během vizity k dispozici a aby se dozvěděla všechny informace týkající se zdravotního stavu pacienta. Viděla jsem, jak se sestrou během vizity nikdo nekomunikuje, není začleněna mezi lékařský tým a pouze mlčky stojí u lůžka pacienta. Také jsem si mohla povšimnout, že k pacientovi nikdo nepromlouvá, nepozdraví ho a ani ho nikdo neinformuje, co se kolem něj děje.

Co jsem si myslela – Osobně jsem si myslela, že ošetřující sestra má během vizity u pacienta vyšší postavení, než tomu tak doopravdy bylo, domnívala jsem se, že je lékaři tázána na otázky týkající se zdravotního stavu pacienta, zda například vidí nějaké pokroky či zhoršení stavu v dosavadním postupu léčby. Pokud je pacient v bezvědomí, není schopen komunikace, zcela přirozeně s ním ostatní komunikují v omezené míře. Během vizity s ním ovšem

nekomunikoval nikdo. Lékařská vizita má i svůj společenský význam, jedná se o jeden z okamžiků, kdy má být pacient v určitém kontaktu s lékařem. Je bohužel na škodu, že tento kontakt nebyl během vizity využit a byl opomenut.

Co jsem cítila – V tuto chvíli jsem cítila hierarchický rozdíl v postavení lékař a zdravotní sestra, profesní preferenci – lékaři komunikují pouze spolu, zdravotní sestru nepřijímají do svého rozhovoru. Cítila jsem, jak zdravotní sestra je částečně vyloučena z vizity a spolu s pacientem tvoří určitý tým, který čeká, až vizita na jejich pokoji skončí a budou tam moci být opět spolu sami. Je sice pochopitelné a částečně i ospravedlnitelné, že se k pacientovi žádná komunikace ze strany zdravotnického personálu nedostala, pokud se již dopředu neočekává reakce, nepočne ani akce, ale i krátké oslovení pacienta by atmosféru zlidštil. Je na škodu, že pacienta nikdo nepozdravil, nezkusil na něj promluvit, dotknout se ho, zkusit vytvořit jakoukoliv interakci, která by ho jakýmkoliv způsobem zapojila do rozhovoru. Cítila jsem, jak je pacient z dané společnosti vyloučen, ač je tam kvůli němu.

3.2 Ranní hygiena

Tabulka 2: Ranní hygiena

Čas	činnost	verbální komunikace sestry	neverbální komunikace (dotek)	komunikace u pacienta jiným zdravotníkem
9:56-9:59	Sestra si připravuje pomůcky k hygieně a začíná pacienta mýt.	Pane XY, začneme s tou hygienou. Umyji vám obličej, nechte si zavřené oči.	*	
10:00-10:03	Sestra holí pacienta.	Trochu vás oholím a natru holicí pěnou.	*	
10:04	Sestra holí pacienta.	Tak, to bychom měli hotové. Smyjeme zbytečnou pěnu.	*	
10:05-10:13	Sestra umývá pacienta	Vás odkryji, trochu vás zastudím a dám na vás mýdlo. Tak, teď se přesuneme na nohy. Ještě to omyji kolem té cévky. Tak, teď smyji to mýdlo. Hotovo a už jen usušíme.	*	
10:14	Sestra vytahuje PŽK	Tak, teď budu trošku tahat, jo? Odlepím tady tu kanylku.	*	
10:15	Sestra odsává z dýchacích cest.	Teď vás odsaji z té hadičky, co máte v krku, jo? Bude to trošku nepříjemné, podráždí to. Hezky zakašlat, výborně. Nic tam není, jen to propláchneme.		
10:16	Sestra odsává z dutiny ústní.	Tak, odsajeme z pusy.	*	
10:17-10:20	Sestra čistí zuby, vyplachuje ústa a zároveň vodu odsává	Vyčistíme zuby, jo? Teď chytím za bradu. Teď vypláchneme, a ještě jednou. No, výborně!	*	
10:21	Sestra čistí dutinu ústní.	Ještě vám vytřu pusu takovou štetičkou, hlavně ten jazyk. To může být trochu nepříjemný. Patro, tváře, hotovo.	*	
10:22	Sestra vyměňuje krytí u CŽK	Odlepím tu náplast tady na krku, trošku to zatahá.	*	
10:23	Sestra vyměňuje krytí u arteriálního	Ještě odlepím tady to na té ruce, zas budu	*	

	katetru	trochu tahat.		
10:24	Sestra dezinfikuje okolí CŽK	Zastudím. Bude to i maličko štípat.	*	
10:25	Sestra dezinfikuje okolí ARK	Zastudím i tady na ruce.	*	
10:26-10:32	Sestra uklízí pomůcky a dezinfikuje okolí.			
10:31	Sestra lepí ARK	Přelepíme to krytí, jo?	*	
10:32	Sestra lepí CŽK	Přelepím to na tom krku. Ještě jednu náplast tam dám, jo?	*	
10:33-10:57	Sestra komunikuje s personálem, jiné			
10:58	Pro dokončení hygieny musí pacienta zdvihnout nahoru, kvůli operační ráně na břicho nemohou pacienta otočit na bok, připravují pacienta ke zvednutí, skládají zvedák	Dáme teď pod vás takový popruhy, kterými vás zvedneme.		
10:59	Sanitář sestře pomáhá s přípravou.		*	sanitář: Začneme takhle u nohou, nebojte se. Komunikace s pacientem.
11:00-11:06	Sestra a sanitář podtahují pásy pod pacientem	Protáhneme pod vámi ty pásy, ještě pod druhou nohou. "Greta dostane Nobelovu cenu!" aby pán taky věděl, žejo, smích, dáme ještě pod ramena. Máme dost pásů? Dáme ještě křížem, ať mu nepadá hlava.	*	
11:07-11:09	Sestra a sanitář zvedají pacienta, sestra mývají pacienta	Tak, teď vás budeme zvedat, jo? Tak, budete takhle chvíli ve vzduchu. Umyji záda, zadek, usušíme	*	
11:10-11:12	Sestra a sanitář přestylají postel			sanitář: klidně si ještě kousek vezmi (podložka), jo, tady dobrý. Můžeme jet

				dolu. Komunikace se sestrou.
11:13- 11:16	Sestra a sanitář pokládají pacienta zpět na postel.	Tak, jedeme dolů. Teď z pod vás vyndáme ještě ty popruhy.	*	
11:17	Sestra obléká pacienta do anděla	Dám vám košilku. Druhou ruku, kolíček na prst, teploměr vám dám do třísla.	*	
11:18- 11:22	Sestra připravuje polohovací pomůcky.			
11:23- 11:27	Sestra polohuje pacienta	Tak, dáme polštář pod hlavu. Ještě dáme čtverečky na to břicho tady, přikryjeme, podložíme ruce. Zvednu pod hlavou i pod nohama	*	

Zdroj: vlastní zpracování

Popis pacienta - 53 letý pacient léčen pro lymfom, st.p.parciální resekci jejunu/ilea (2016) - při infiltraci lymfomem. T.č. susp. relaps, dle CT (16.9.) objemný měkko-tkáňový tumor mesenteria, nevhodný k biopsii pod CT dle dokumentace. Proto 24.9. na operačním sále k odběru histologie z laparotomie, komplik. krvácením z omenta, difúzním krvácením z tumoru, proveden odběr tkáně, packing dutiny břišní 10 rouškami, krevní ztráta 1l, nestabilní oběh -> NOR. Po výkonu příjem pacienta v šokovém stavu na ARO RES II. V plánu second look.

Pacient je na umělé plicní ventilaci přes endotracheální kanylu, odsávání je minimální, pacient je analgosedován. Pacient je hypotenzní, je oběhově nestabilní, na podpoře katecholaminy. Pacient je subfebrilní, má zavedenou NGS na spád, která odvádí malé množství žaludečního obsahu. (cca 80ml) Pacient močí bez podpory diuretik, pouze večer bolus furosemidu, nyní močí cca 100 ml/h, moč čirá, oš.péče o PMK. Pacient je 1. den po operaci, drén z operační rány odvádí větší množství serosanquinozní tekutiny, cca 700ml/12hodin. Pacient má CŽK, ARK, ETK, NGS, PMK, 2x PŽK.

Ranní hygienická péče o pacienta se provádí na oddělení zhruba kolem deváté, desáté hodiny, po skončení lékařských vizit. Tento výkon zajišťuje pacientovi nejen osobní čistotu, snižuje riziko šíření infekcí, ale zároveň

je to i prostor pro vzájemný kontakt mezi pacientem a jeho ošetřující sestrou. Jelikož provádění hygienické péče o pacienta v bezvědomí je v určitých případech fyzicky náročné, má možnost ošetřující sestra zavolat si na pomoc sanitáře, který ji s fyzicky namáhavými úkony pomůže. Díky tomu se pacient dostává do kontaktu i s dalšími lidmi.

Co jsem viděla – viděla jsem celkový průběh hygienické péče, počínaje od důkladné organizace po její ukončení, s následným úklidem všech potřebných pomůcek. Sestra během výkonu musí plnit několik požadavků, které zahrnují starost o bezpečnost pacienta, starost o zachování důstojnosti a intimity pacienta, dále musí ohleduplně a šetrně manipulovat s pacientem, zajistit tepelný komfort a jiné. Během dodržování těchto požadavků musí současně informovat pacienta o výkonech, které v danou chvíli provádí a musí projevovat empatický přístup k pacientovi. Viděla jsem, jak ošetřující sestra informuje pacienta v bezvědomí o každém úkonu, který provádí, či se chystá provádět. Sestra vždy pacienta informovala, o jakou část těla se bude v danou chvíli starat a jakou péči jí bude věnovat. Jako příklad zde uvádím čištění zubů, které se odehrávalo v 10:17 – 10:20, kdy sestra vhodným způsobem informovala pacienta o daném výkonu: „Tak, vyčistíme zuby, jo? Ted' chytím za bradu, tak. Ted' vypláchneme, a ještě jednou. No, výborně!“. Další vhodný příklad lze uvést i odsávání z dýchacích cest, které se odehrávalo v 10:15: „Ted' odsajeme z té hadičky, co máte v krku, jo? Bude to trošku nepříjemné, podráždí to. Hezky zakašlat, výborně. Nic tam není, jen to propláchneme.“.

Jak jsem se již zmiňovala hygienická péče o bezvědomého pacienta je v určitých chvílích fyzicky náročná, tudíž má sestra možnost si zavolat na pomoc sanitáře. Sanitář se tudíž dostává do kontaktu s pacientem. Sanitář komunikaci s pacientem mnoho času nevěnuje, soustředí se spíše na samotný výkon než na okolnosti, které s daným výkonem souvisí, jako je například komunikace s pacientem v bezvědomí.

Co jsem si myslela – provádění hygienické péče o pacienta v bezvědomí je v mnoha případech náročnější než o pacienta při vědomí. Jestliže se oprostíme od fyzické náročnosti a zaměříme se na náročnost komunikační, tudíž na komunikační bariéru, tak zjistíme, že ošetřující sestra vstupuje do tohoto

výkonu s domněnkou toho, že odpovědi, reakce na její podněty se nedostaví. Je v těchto případech pochopitelné a mnohdy i omluvitelné, že sestra může chvilkami komunikaci s pacientem opomíjet.

Myslím si, že během mého sledování a sbírání dat ošetřující sestra vhodně komunikovala s pacientem, informovala ho o všech výkonech, postupech, které v danou chvíli prováděla. Pokud péče, kterou pacientovi poskytovala, neměla být příjemná, mohla štípat, popřípadě bolet (například převaz endotracheální kanyly, odsávání z úst, horních či dolních dýchacích cest), informovala o této skutečnosti pacienta a současně s tím vyjádřila i pochopení. Sestra věnovala komunikaci s bezvědomým pacientem dostatek času, nedocházelo k jejímu opomíjení, či zanedbávání.

Co jsem cítila – vnímala jsem snahu ošetřující sestry navazovat kontakt s pacientem, i přesto, že bezvědomý pacient na sestru nikterak nereagoval, sestra i přesto s pacientem komunikovala. Cítila jsem příjemný pocit z toho, jak sestra věnuje důkladnou péči pacientovi, věnuje mu veškerou svou pozornost a daný čas. Bylo zjevné, že sestra má určitý vztah k pacientovi již navozen, chová se k němu empaticky a vlídně.

Myslím si, že hygienická péče o bezvědomého pacienta proběhla za daných podmínek vhodným způsobem, pacient byl o všech situacích informován, komunikace s ním probíhala na důstojné a vlídné úrovni.

3.3 Transport pacienta na vyšetření (CT)

Tabulka 3: Transport pacienta na vyšetření

čas	činnost	komunikace	neverbální komunikace	komunikace u pacienta jiným zdravotníkem
9:01 - 9:10	Sestra připravuje pacienta na CT - donáší přenosný ventilátor, přenosný monitor, kyslík, ambuvak, odpojuje pacientovi umělou výživu, chystá čisté lůžkoviny,...			
9:11 - 9:13	Sestra komunikuje s pacientem, informuje ho o tom, že se pojedje na CT.	"Pane XY pojedeme spolu na CT." U toho pacienta chytá za dlaň, pacient nereaguje, sestra se proto k pacientovi ohne a celou větu zopakuje. Pacient stále bez reakce.	Sestra chytá pacienta z dlaň. Sestra se k pacientovi přiblíží za účelem lepšího dorozumění.	
9:14 - 9:15	Lékař přichází na pokoj, dochází ke komunikaci mezi sestrou a lékařem.			
9:16	Na pokoj přichází sanitář a zjišťuje, kdy se pojedje na CT, sestra mu odpovídá, že ještě z CT nedali vědět, že už můžou vyjet, dochází ke komunikaci mezi sestrou a sanitářem.			
9:17	Sanitář odchází z pokoje, sestra pracuje v programu Metavision.			
9:18 - 9:22	Práce v programu Metavision			
9:22	Volá CT, že již mohou přivést pacienta.			
9:23 - 9:24	Sestra, lékař a sanitář jdou k lůžku pacienta a přepojují ho na přenosný ventilátor, vyndávají postel ze zásuvky a vyráží na cestu. Sanitář pacienta informuje o tom, že již vyráží na CT.			Sanitář informuje pacienta o tom, že již vyráží na CT.

9:25 - 9:27	Cesta na CT - během cesty na CT mezi sebou komunikují lékař, sestra a sanitář.			
9:27	Příjezd na CT			
9:28 - 9:31	Po příjezdu na CT jde personál přesunout pacienta z lůžka na lůžko, sestra informuje pacienta o tom, kde se momentálně nachází a že ho musí přesunout. Během přesunu mezi sebou personál komunikuje.	"Pane XY už jsme dojeli, teď vás musíme přesunout jen na jiné lůžko, tak se neleknete."		
9:32 - 9:34	Mezi tím, než u pacienta skončí snímkování sestra se sanitářem převlíkají pacientovo lůžko do čistého. Během úkonu mezi sebou sestra se sanitářem komunikují.			
9:35 - 9:40	Komunikace mezi sestrou a sanitářem.			
9:40	Konec snímkování.			
9:41 - 9:44	Přesun pacienta zpět na jeho lůžko, během akce spolu personál komunikuje.			
9:45 - 9:48	Odjezd zpět na pokoj pacienta, během cesty spolu komunikují sestra, lékař a sanitář.			
9:49	Příjezd na pokoj pacienta			
9:49 - 9:52	Sestra napojuje pacienta zpět na monitor a ventilátor, upravuje lůžko pacienta. Následně informuje pacienta o tom, kde se zrovna nachází.	"Pan XY už jsme zpět na pokoji." Pacient nereaguje, sestra ho chytne za rameno a zeptá se "Slyšíte mě?" Bez reakce	Sestra chytla pacienta za rameno.	

Zdroj: vlastní zpracování

Popis zdravotního stavu pacienta - Muž, 76 let s vaskulitidou (onemocnění cév) a rychle progredující glomerulonefritidou. Pacient měl horečky, zimnici, progredující dušnost, byl přijat na NEFIP FNKV, kde byl hospitalizován, během hospitalizace došlo k respiračnímu selhání a septickému šoku, následně byl

přeložen 16.9.2019 na RES II KAR k další péči. Pacient je od 21.9.2019 bez sedace, nereaguje na oslovení ani bolest.

Dýchání je zajištěno UPV přes ETK. Oběhově je pacient stabilní, proto není potřeba podpora katecholaminy. Výživa je zajištěna enterální, tráví bez odpadu. Pacient je nepohyblivý- antidekubitní matrace, mikro polohování, vypodložování DKK a HKK.

Invazivní vstupy - ARK, CŽK, PŽK, ETK, NGS.

Transport pacienta na vyšetření v tomto případě na CT, výpočetní tomografii, probíhá vždy ve skupině tří lidí – ošetřující sestra, sanitář a lékař. Pokud je pacient na umělé plicní ventilaci, musí sestra zajistit přenosný plicní ventilátor, dále přenosný monitor vitálních funkcí, kyslík a dále pomůcky pro KPR. CT vyšetření probíhá ve stejné budově, ve které se nachází i Klinika anesteziologie a resuscitace, s pacientem se musí absolvovat cesta výtahem a chodbou.

Celý transport pacienta i s přípravami trval zhruba třičtvrtě hodiny. Sestra byla první, kdo pacienta informoval o tom, že bude transportován na vyšetření - "Pane XY pojedeme spolu na CT." Během verbálního projevu sestra komunikovala i neverbálně, kdy pacienta při komunikaci chytla za dlaň. Pacient se nachází v bezvědomí, proto neodpovídá, sestra automaticky zkoušela celou informaci zopakovat s tím, že tentokrát se k pacientovi i více přiblížila. Na začátku samotného transportu pacienta informoval sanitář, že již vyrážejí na CT. K další komunikaci s pacientem došlo až na samotném CT, při přesunu pacienta z lůžka na lůžko, kdy ho sestra informovala o tom, kde se nachází a co s ním budou dělat – „Pane XY už jsme dojeli, teď vás musíme přesunout jen na jiné lůžko, tak se nelekněte.“ K další a poslední komunikaci s pacientem, došlo opět ze strany zdravotní sestry, a to na pokoji pacienta, kdy ho informovala o tom, že jsou zpět na pokoji.

Během celého transportu jednotliví členové zdravotnického týmu spolu komunikovali – lékař, zdravotní sestra, sanitář.

Co jsem viděla - Viděla jsem, jak vypadá celý transport pacienta na zobrazovací vyšetření, kdo je první člen zdravotnického týmu, který informuje pacienta o skutečnosti, že dojde vůbec k nějakému transportu. V tomto případě

to byla ošetřující sestra. Jak již bylo zmíněno celý transport probíhá v tříčlenném týmu, tudíž jsem mohla vidět, kdo další s pacientem vyjímaje ošetřující sestry komunikuje. Dalším členem, u kterého byla vidět určitá interakce s pacientem byl sanitář, který pacienta informoval o tom, že již vyjíždějí na CT. Posledním členem týmu byl lékař, u toho jsem nezaznamenala žádnou komunikaci, která by směřovala směrem k pacientovi. Dále jsem viděla že členové zdravotnického týmu, během celé cesty spolu navzájem komunikují.

Co jsem si myslela - Myslím si, že zdravotní sestra dostatečně hovořila k pacientovi i používala neverbální komunikaci, který se nacházel v bezvědomí. Informovala ho nejen o tom, kam pojede na vyšetření, o tom, kdy tam dojdou, o jeho následném transportu z lůžka na lůžko a v neposlední řadě o příjezdu zpět na pokoj. Nulová konverzace naopak přicházela ze strany lékaře, ten za celou dobu transportu na pacienta ani jednou nepromluvil. Myslím si, že je důležité informovat pacienta o tom, kde se nachází a kam jede a také se domnívám, že tohoto úkolu se velice dobře za dané situace zhostila zdravotní sestra. Ač se pacient nacházel v bezvědomí a nedokázal žádným způsobem odpovědět, ani nikdo ze zúčastněných nevěděl, zda je pacient slyší, či vůbec nevnímá, je důležité vždy předpokládat, že pacient je může slyšet, cítit nebo jakýmkoliv možným způsobem vnímat.

Co jsem cítila – Při přípravách a během celého transportu jsem cítila tlak, který byl kladen na to, aby vše proběhlo, co nejrychleji. Aby přípravy nezabraly moc času, aby transport byl rychlý a nezdržovalo se CT vyšetřovnu. Také jsem cítila tlak, který byl kladen na zdravotní sestru, která musela mít připravené vše správně a nesměla na nic zapomenout. Bylo příjemné vidět, že i v takovémto presu si zdravotní sestra našla čas na to, aby pacienta informovala o tom, co se bude dít. Zároveň se mi líbilo, že zdravotnický personál se během celého transportu spolu dorozumíval, snažil se si navzájem pomáhat a nedělal mezi sebou rozdíly. Ač ostatní členové týmu – lékař, sanitář, vyvíjeli směrem k pacientovi minimální komunikaci, tak si myslím, že danou úlohu přebrala za ostatní členy zdravotní sestra.

3.4 Měření intraabdominálního tlaku

Tabulka 4: Měření intraabdominálního tlaku I.

čas	činnost	verbální komunikace sestry	neverbální komunikace (dotek)	komunikace u pacienta jiným zdravotníkem
9:10	Sestra připravuje pacienta k měření nitrobřišního tlaku	Vyndáme ten molitan z pod nohou, jo? Dám trošku nožky od sebe, dám vám ještě ručičku trochu na stranu	*	
9:11-9:12	Společně s další sestřičkou měří nitrobřišní tlak, probíhá komunikace mezi sestrami.	"Pojd' blíž s tím pravítkem" "já to nedám" "já to vždycky zarazím do postele" "jo dobrý" "třináct, čtrnáct" "tak třináct a půl"		

Zdroj: vlastní zpracování

Tabulka 5: Měření intraabdominálního tlaku II.

čas	činnost	komunikace	neverbální komunikace	komunikace u pacienta jiným zdravotníkem
17:06 – 17:08	Sestra připravuje pomůcky na měření nitrobřišního tlaku.			
17:09	Sestra připravuje pacienta na měření nitrobřišního tlaku. U toho s pacientem komunikuje.	„Vyndám vám ten molitan z pod nohou. Nohy dáme trošku od sebe. Dobrý.“ U toho se dotýká pacientových nohou.	Dotyk pacientových nohou.	
17:10 - 17:12	Sestra měří nitrobřišní tlak. Ke konci měření s pacientem komunikuje.	"Tak já vám zas vypodložím ty nohy." U toho se dotýká pacientových nohou	Dotyk pacientových nohou.	

Zdroj: vlastní zpracování

Tabulka 6: Měření intraabdominálního tlaku III.

čas	činnost	komunikace	neverbální komunikace
12:01 – 12:02	Sestra připravuje pomůcky na měření nitrobřišního tlaku.		
12:03 – 12:06	Na box pacientky přichází druhá sestra, dochází ke společné přípravě pomůcek na měření nitrobřišního tlaku. Komunikace mezi sestrami.		
12:07 – 12:12	Sestra měří nitrobřišní tlak. Dochází ke komunikaci mezi sestrou a pacientkou.	"Dám vám teď to lůžko do roviny, abych vám moha změřit tlak v břiše. Teďka vám to dávám dolů pod zády a dám to dolů i pod nohami. Nic by vás nemělo bolet."	Dotyk pacientčinych nohou.

Zdroj: vlastní zpracování

Popis pacienta (tabulka 4 a 5) - 53 letý pacient léčen pro lymfom, st.p.parcální resekci jejunu/ilea (2016) - při infiltraci lymfomem. T.č. susp. relaps, dle CT (16.9.) objemný měkko-tkáňový tumor mesenteria, nevhodný k biopsii pod CT dle dokumentace. Proto 24.9. na operačním sále k odběru histologie z laparotomie, komplik. krvácením z omenta, difúzním krvácením z tumoru, proveden odběr tkáně, packing dutiny břišní 10 rouškami, krevní ztráta II, nestabilní oběh -> NOR. Po výkonu příjem pacienta v šokovém stavu na ARO RES II. V plánu second look.

Pacient je na umělé plicní ventilaci přes endotracheální kanylu, odsávání je minimální, pacient je analgosedován. Pacient je hypotenzní, je oběhově nestabilní, na podpoře katecholaminy. Pacient je subfebrilní, má zavedenou NGS na spád, která odvádí malé množství žaludečního obsahu. Pacient má CŽK, ARK, ETK, NGS, PMK, 2x PŽK.

Popis pacienta (tabulka 6) - Žena XY, 69 let s cirhózou jater, byla přivezena 9.9.2019 na Chirurgickou ambulanci ve FNKV s horečkami a poruchou pasáže. Tentýž den byla operovaná z důvodu ilea, během operace byla nalezena starší peritonitida, hnis v dutině břišní a srůsty. Po výkonu upadla pacientka do septického šoku a byla předána na RES II ve FNKV.

Pacientka je v kontinuální sedaci, oběhově je nestabilní, z důvodu toho je potřeba podpora katecholaminy. Pacientka je v kontinuální analgosedaci. Výživa parenterální - NGS na spád, dieta NPO, dýchání UPV přes ETK. Nepohyblivá - nutné mikroskopické polohování, antidekubitní matrace, zvýšená poloha těla. Vyprazdňování pomocí PMK a stomie.

Měření intraabdominálního tlaku nás informuje o hodnotách nitrobřišního tlaku, u kterého je či není zajištěné dostatečné prokrvení splachnické oblasti a fyziologické činnosti orgánů dutiny břišní. Intraabdominální tlak se může měřit různými metodami, v tomto případě se měřil intravezikálně (přes močový měchýř). Jako optimální hodnoty se považují 0 - 5mmHG, či 0 – 7 cm H₂O.

Co jsem viděla – Viděla jsem, jak sestra připravuje pacienta na měření nitrobřišního tlaku. Odkrývá kapnu z pacienta a polohuje ho do vodorovné polohy. Během polohování pacienta informuje o tom, že mu odebírá antidekubitní pomůcky. Během výkonu s pacientem nekomunikuje, k další komunikaci dochází až na konci měření, kdy ho informuje o nutnosti znovu jej polohovat do výchozí pozice. Informace o tom, k jakému výkonu dojde, tedy k měření nitrobřišního tlaku, se poskytuje pouze v tabulce číslo tři. K předání informací bezvědomému pacientovi, za jakým účelem je uložen do vodorovné polohy a odkryt kapnou se poskytuje pouze zřídka. Pacientům se poskytují spíše informace týkající se změn jejich tělesného stavu.

Co jsem si myslela a cítila – Měření intraabdominálního tlaku nezabere mnoho času, jedná se o výkon, který trvá pár jednotek minut, pacienta nebolí ani mu nepůsobí žádná traumata. Je tudíž otázkou na kolik je potřeba informovat pacienta o tom, co vše se s ním v daný čas uskutečňuje. Rozhodně je vhodné, aby pacient byl informován, že se s ním bude manipulovat (změna polohy lůžka, odběr antidekubitních pomůcek). V tomto případě se uskutečnilo předání těchto informací ze strany sester k pacientovi.

3.5 Odběr krve na vyšetření ABR

Tabulka 7: Odběr krve na vyšetření ABR I.

čas	činnost	komunikace	neverbální komunikace	komunikace u pacienta jiným zdravotníkem
17:13	Sestra připravuje pomůcky na odběr krve u pacienta na Astrup.			
17:13-17:15	Sestra odebírá krev u pacienta na Astrup z arteriální kanyly. U toho s pacientem komunikuje.	"Pane XY teď vám odeberu krev z té hadičky" Hlas u předání informace zjemňuje.	Zjemnění tónu hlasu.	
17:16 – 17:19	Stáčení Astrupa			
17:20	Příchod sestry na pokoj, při příchodu nahlas informuje pacienta o dobrých výsledcích.	"No máte krásné hodnoty toho hemoglobinu. Mám z toho radost."		

Zdroj: vlastní zpracování

Tabulka 8: Odběr krve na vyšetření ABR II.

čas	činnost	komunikace	neverbální komunikace	komunikace u pacienta jiným zdravotníkem
17:15	Sestra připravuje pomůcky na odběr krve u pacienta na Astrup.			
17:16-17:17	Sestra odebírá u pacienta krev na Astrup z arteriální kanyly.		Sestra se dotýká pacientovi ruky	
17:18 – 17:21	Stáčení Astrupa			
17:22	Sestra se vrací zpět na pokoj pacienta.			

Zdroj: vlastní zpracování

Popis pacienta (tabulka 7) - 53 letý pacient léčen pro lymfom, st.p.parcíální resekci jejunu/ilea (2016) - při infiltraci lymfomem. T.č. susp. relaps, dle CT (16.9.) objemný měkko-tkáňový tumor mesenteria, nevhodný

k biopsii pod CT dle dokumentace. Proto 24.9. na operačním sále k odběru histologie z laparotomie, komplik. krvácením z omenta, difúzním krvácením z tumoru, proveden odběr tkáně, packing dutiny břišní 10 rouškami, krevní ztráta II, nestabilní oběh -> NOR. Po výkonu příjem pacienta v šokovém stavu na ARO RES II. V plánu second look.

Pacient je na umělé plicní ventilaci přes endotracheální kanylu, odsávání je minimální, pacient je analgosedován. Pacient je hypotenzní, je oběhově nestabilní, na podpoře katecholaminy. Pacient je subfebrilní, má zavedenou NGS na spád, která odvádí malé množství žaludečního obsahu. Pacient má CŽK, ARK, ETK, NGS, PMK, 2x PŽK.

Popis pacienta (tabulka 8) - Muž, 76 let s vaskulitidou (onemocnění cév) a rychle progredující glomerulonefritidou. Pacient měl horečky, zimnici, progredující dušnost, byl přijat na NEFIP FNKV, kde byl hospitalizován, během hospitalizace došlo k respiračnímu selhání a septickému šoku, následně byl přeložen 16.9.2019 na RES II KAR k další péči.

Pacient je od 21.9.2019 bez sedace, nereaguje na oslovení ani na bolest. Dýchání je zajištěno UPV přes ETK. Oběhově je pacient stabilní, proto není potřeba podpora katecholaminy. Výživa je zajištěna enterální, tráví bez odpadu. Pacient je nepohyblivý - antidekubitní matrace, mikro polohování, vypořádování DKK a HKK.

Invazivní vstupy - ARK, CŽK, PŽK, ETK, NGS.

Astrup je vyšetřením tepenné (či kapilární) krve, které nám umožňuje zjistit koncentraci krevních plynů a stav acidobazické rovnováhy organismu. Indikací k tomuto výkonu je podezření na rozvrat vnitřního prostředí organismu se vznikem překyselení a poklesem pH (acidóza) nebo naopak se zvýšením pH (alkalóza). Dalšími indikacemi, při kterých se Astrup odebírá jsou stavy akutního či chronického selhávání ledvin, selhávání jater, těžší formy srdečního selhávání, dekompenzovaná cukrovka, CHOPN, plicní fibróza atd.

Co jsem viděla – Odběr krve na Astrupové vyšetření – jedná se o činnost, při které dochází ke krátkodobé interakci mezi sestrou a pacientem. Zdravotní sestra si před samotným odběrem musí připravit všechny potřebné pomůcky (jako například dezinfekci, sterilní tamponky, speciální stříkačku na Astrup, proplach

atd), dále musí provést samotný odběr krve, donést krev k přístroji, který zanalyzuje všechny potřebná data a v neposlední řadě musí informovat o výsledcích lékaře a pacienta.

Pacienti na RES II disponují arteriálními kanylami, které mají zavedené do arteria radialis, z které následně sestra provádí samotný odběr krve, tudíž se celý proces daného výkonu jednak zrychlí, dále i zkrátí dobu interakce mezi sestrou a pacientem a při častých náběrech arteriální krve působí i pro pacienta méně traumaticky, jelikož odběr pacienta nijak nebolí ani neobtěžuje. Dalo by se říct, že tento výkon je na odděleních intenzivní péče, pro jeho četnost výskytu, již rutinní záležitostí, tudíž zdravotní sestra se může nechat lehce strhnout automatikou tohoto děje a zapomínat na to, že při samotném odběru by měla informovat pacienta o své činnosti. Z uvedených tabulek je patrné, že pouze v jednom případě sestra informovala pacienta, za jakým cílem k jeho lůžku přichází a následně mu pak předala i informace o jeho výsledcích. Z druhé tabulky je naopak patrné, že pacient nebyl informován o tom, že zdravotní sestra u něj provádí odběr na Astrupové vyšetření krve a také nebyl informován o svých výsledcích.

Co jsem si myslela a cítila – Celý výkon jsem vnímala velice automaticky, zdravotní sestry jsou zvyklé toto vyšetření provádět na odděleních intenzivní péče dnes a denně. S pacientem se během výkonu nijak zvlášť nemanipuluje, nezpůsobuje se mu bolest, nepříjemný tlak, pálení ani jakékoliv jiné trauma. Jedná se o výkon bezbolestný a velice rychlý.

Považuji za vhodné pacienta informovat, za jakým cílem se k jeho lůžku přichází, informovat ho o začátku a konci odběru a následně mu lehkou, srozumitelnou formou sdělit, jaké má výsledky. Myslím si, že tabulka číslo 1 je dobrým příkladem, kdy zdravotní sestra předala pacientovi vhodnou formou informace o jeho výsledcích Astrupového vyšetření - „*No máte krásné hodnoty toho hemoglobinu. Mám z toho radost.*“. Zdravotní sestra nejen předala pacientovi důležitou informaci, ale současně mu vyjádřila i radost a povzbuzení z daného výsledku. Ač se jedná o pacienta v bezvědomí, u kterého si zdravotní sestra nemohla být jistá, že ji pacient vnímá, tak i přesto nezapomněla předat pacientovi informace a současně předat pacientovi radost, empatii a povzbuzení.

3.6 Vyšetření pacienta lékařem

Tabulka 9: Vyšetření pacienta lékařem I.

čas	činnost	komunikace	neverbální komunikace	komunikace u pacienta jiným zdravotníkem
				7:48 – 7:55 k pacientovi přichází lékař, aby ho vyšetřil. Pacienta hlasitě osloví a současně ho při tom drží za rameno, pacient nereaguje, lékař proto oslovení opakuje, pacient stále bez reakce. Po pokusu k navázání kontaktu lékař fyzikálně vyšetří pacienta.
7:55 - 7:57	K sestře přichází lékař, komunikují spolu ohledně pacienta.			

Zdroj: vlastní zpracování

Tabulka 10: Vyšetření pacienta lékařem II.

čas	činnost	Komunikace	neverbální komunikace	komunikace u pacienta jiným zdravotníkem
				17:23 - 17:25 Lékař si jde prohlédnout (vyšetřit) pacienta, před samotným vyšetřením s ním zahájí komunikaci. "P XY jak vám je? Slyšíte mě?" Během komunikace se dotýká pacientova ramena, zvyšuje tón hlasu a naklání se nad pacienta. Pacient neodpovídá, jsou u něj pouze patrné záškuby pravé tváře a pravého obočí. Po předání informací pacientovi lékař aspekčně a palpačně vyšetří pacienta.

Zdroj: vlastní zpracování

Popis pacienta (tabulka 9) - Muž, 76 let s vaskulitidou (onemocnění cév) a rychle progredující glomerulonefritidou. Pacient měl horečky, zimnici, progredující dušnost, byl přijat na NEFIP FNKV, kde byl hospitalizován, během

hospitalizace došlo k respiračnímu selhání a septickému šoku, následně byl přeložen 16.9.2019 na RES II KAR k další péči.

Pacient je od 21.9.2019 bez sedace, nereaguje na oslovení ani na bolest. Dýchání je zajištěno UPV přes ETK. Oběhově je pacient stabilní, proto není potřeba podpora katecholaminy. Výživa je zajištěna enterální, tráví bez odpadu. Pacient je nepohyblivý - antidekubitní matrace, mikro polohování, vypodložování DKK a HKK.

Invazivní vstupy - ARK, CŽK, PŽK, ETK, NGS.

Popis pacienta (tabulka 10) - 53 letý pacient léčen pro lymfom, st.p.parciální resekci jejunu/ilea (2016) - při infiltraci lymfomem. T.č. susp. relaps, dle CT (16.9.) objemný měkko-tkáňový tumor mesenteria, nevhodný k biopsii pod CT dle dokumentace. Proto 24.9. na operačním sále k odběru histologie z laparotomie, komplik. krvácením z omenta, difúzním krvácením z tumoru, proveden odběr tkáně, packing dutiny břišní 10 rouškami, krevní ztráta II, nestabilní oběh -> NOR. Po výkonu příjem pacienta v šokovém stavu na ARO RES II. V plánu second look.

Pacient je na umělé plicní ventilaci přes endotracheální kanylu, odsávání je minimální, pacient je analgosedován. Pacient je hypotenzní, je oběhově nestabilní, na podpoře katecholaminy. Pacient je subfebrilní, má zavedenou NGS na spád, která odvádí malé množství žaludečního obsahu. Pacient má CŽK, ARK, ETK, NGS, PMK, 2x PŽK.

Vyšetření pacienta lékařem neprobíhá vždy ve stejnou časovou hodinu, časový interval vyšetření je proměnlivý, závisí na mnoha faktorech, do kterých spadá mimo jiné i míra poškození zdravotního stavu pacienta, schopnost spolupráce a proměnlivost zdravotního stavu. Lékaři provádí u pacientů v bezvědomí lehké fyzikální vyšetření, kterými si ověřují zdravotní stav pacienta. Fyzikální vyšetření se provádí pomocí vlastních smyslů (aspekce, palpce, perkuse, auskultace), popřípadě s pomocí jednoduchých nástrojů, do kterých spadá například fonendoskop.

Co jsem viděla – Viděla jsem, jak probíhá lékařské vyšetření hospitalizovaného pacienta v bezvědomí, kolik času kontrolní vyšetření zabere, zda lékař pacienta o zahájení a ukončení vyšetření informuje a zda se s ním snaží

navázat nějaký kontakt. Vyšetření pacientů, jak je patrné v obou tabulkách netrvá mnoho minut, v tabulce číslo 1 trvá sedm minut, v tabulce číslo 2 pouhé dvě minuty. Ač vyšetření pacienta netrvá přespříliš dlouho, je nutné podotknout, že se jedná pouze o kontrolní vyšetření, kdy lékař je velice dobře obeznámen se zdravotním stavem pacienta a fyzikální vyšetření provádí k ověření si stálosti zdravotního stavu, tudíž menší časový interval, který k tomu využívá se dá považovat za adekvátní. Před každým zahájením vyšetření se lékař snaží navázat kontakt s pacientem tím, že ho osloví, mimo složky verbální komunikace, využívá i její neverbální část, kdy se dotýká pacienta (iniciální dotyk), zvyšuje tón hlasu a nadklání se nad pacientovo lůžko, čím snižuje proxemiku mezi nimi. Samotné vyšetření se již provádí v tichosti, lékař si prohlíží fyzický vzhled pacienta, palpačně a auskultačně ho vyšetřuje, po skončení vyšetření, pacienta vrátí do původního stavu (přikryje ho, navrátí lůžko do výchozí pozice) a v tichosti odchází. Mohla jsem vidět, že určitá komunikace mezi lékařem a pacientem probíhá, probíhá ovšem pouze na začátku vyšetření, kdy lékař se snaží s pacientem navázat kontakt, pokud lékař vidí, že pacient nereaguje, jeho snaha o pokračování v komunikaci mizí – neinformuje tudíž pacienta o tom, za jakým cílem za ním přišel, jaké úkony s ním provádí a jaký je výsledek vyšetření.

Co jsem si myslela – Předtím než jsem viděla vyšetření bezvědomého pacienta lékařem, domnívala jsem se, že se provádí spíše v ranních hodinách delší časový interval, který tvoří alespoň deset minut (samozřejmě myslím tím pacienty, u kterých nedojde k odchylce jejich zdravotního stavu). Mohla jsem se tímto přesvědčit, že samotné vyšetření pacienta se provádí v jakoukoliv denní dobu a trvá pár minut. Domnívám se, že krátká časová doba vyšetření lékaři stačí k tomu, aby si ověřil zdravotní stav pacienta. Komunikace, která probíhá mezi pacientem a lékařem je krátká, tvoří minimální procento z celého vyšetření. Zcela bez pochyb je náročnější provést fyzikální vyšetření u bezvědomého pacienta, než tomu tak je u plně vědomého. To ovlivňuje i míru komunikace, která se bezvědomému pacientovi dostává, jelikož lékař nedostává podněty k tomu, aby s pacientem komunikoval. Pacient nereaguje, neodpovídá, neklade otázky, nebrání se. Zda bude lékař pacienta informovat o tom, co u něj provádí, za jakým

cílem za ním přišel závisí na mnoha proměnných – například zda má na komunikaci dostatek času, zda má chuť komunikovat, zda to považuje za důležité a jak moc morálně považuje za důležité bezvědomému pacientovi předávat informace. Z osobního hlediska si myslím, že lékaři správně a poctivě se snažili s pacientem navázat kontakt, projevovali snahu, i když tušili (věděli) že odpovědi se nedočkají. Je ovšem na škodu, že komunikace tímto mezi pacientem a lékařem skončila, že pacientovi nebyly poskytovány další informace o tom, co se s ním v tu chvíli provádí, zamýšlí. Rozhodně si nemyslím, že by se lékaři měli s pacienty v bezvědomí vybavovat, vést s nimi monology, které nikam nevedou, ale domnívám se, že informovat pacienta o tom, co se s ním bude dít, je důležité.

Co jsem cítila – Cítila jsem, že vyšetření bezvědomého pacienta je němá, tichá činnost. Cítila jsem snahu lékaře o navození kontaktu s pacientem, která nebyla naplněna. Vnímala jsem vyšetření pacienta jako rutinní činnost, která je pro lékaře již dostatečně známá, neměnná, nepřinášející v podstatě nové informace.

3.7 Fyzioterapie

Tabulka 11: Fyzioterapie

Čas	činnost	komunikace	neverbální komunikace	komunikace u pacienta jiným zdravotníkem
13:19	Na pokoj pacienta přichází fyzioterapeut. Dochází ke komunikaci mezi sestrou a fyzioterapeutem.	„Dnes prosím necvičte nohy, blbne mi tady ta dialýza, jinak je vše v pořádku.“		
13:20				Fyzioterapeut přichází k pacientovi. Dochází ke komunikaci mezi fyzioterapeutem a pacientem. „Pane XY, slyšíte mě?“ U toho se pacienta dotýká a naklání se blíž k jeho lůžku.
13:20 – 13:27				Fyzioterapeut provádí rehabilitaci. Během rehabilitace s pacientem nekomunikuje.

Zdroj: vlastní zpracování

Popis pacienta - Muž, 76 let s vaskulitidou (onemocnění cév) a rychle progredující glomerulonefritidou. Pacient měl horečky, zimnici, progredující dušnost, byl přijat na NEFIP FNKV, kde byl hospitalizován, během hospitalizace došlo k respiračnímu selhání a septickému šoku, následně byl přeložen 16.9.2019 na RES II KAR k další péči.

Pacient je od 21.9.2019 bez sedace, nereaguje na oslovení ani na bolest. Dýchání je zajištěno UPV přes ETK. Oběhově je pacient stabilní, proto není potřeba podpora katecholaminy. Výživa je zajištěna enterální, tráví bez odpadu. Pacient je nepohyblivý - antidekubitní matrace, mikro polohování, vypořádání DKK a HKK.

Invazivní vstupy - ARK, CŽK, PŽK, ETK, NGS.

Fyzioterapie – jedná se o komprehensivní rehabilitaci, která se zabývá diagnostikou, léčbou a prevencí poruch pohybového aparátu člověka. Fyzioterapie dochází na oddělení 1 – 2x denně a rehabilituje s pacienty dle jejich dosavadních

možností, s pacienty v bezvědomí provádí nejčastěji tzv. pasivní rehabilitaci, kdy pacient má svalstvo v naprosté relaxaci a pohyb za něj vykonává fyzioterapeut, popřípadě nějaký přístroj. Cílem této rehabilitace je protáhnutí zkrácených svalů, udržení či zvětšení kloubní pohyblivosti, zamezení vzniku kontraktur atd.

Co jsem viděla – během návštěvy boxu pacienta jsem mohla být svědkem toho, že se zdravotnický personál (sestra- fyzioterapeut) před samotnou rehabilitací zrychlenou, zkrácenou formou domluvil o jejím průběhu. Což je velice důležitá a prospěšná součást správné multidisciplinární péče. Je důležité, aby se zdravotnický tým dokázal domluvit, přizpůsobit se potřebám a kritériím jiného zdravotníka a tím byla zachována správná poskytovaná specializovaná péče.

Před samotnou rehabilitací fyzioterapeut oslovil pacienta a snažil se o navázání interakce. Pacient v bezvědomí nikterak nezareagoval, tudíž se fyzioterapeut začal v tichosti věnovat své práci, aniž by na pacienta již během celé terapie promluvil. Zcela pochopitelně nelze během terapie s pacientem v bezvědomí vést dlouhé monology, ovšem jsem při samotné akci postrádala okamžik, kdy fyzioterapeut se pacientovi představí a informuje ho o začátku a konci rehabilitace.

Co jsem si myslela a cítila – domnívám se, že fyzioterapeut bezpochybně začal interakci s pacientem správně, oslovil ho – „Pane XY, slyšíte mě?“, a při oslovení využil i prvky neverbální komunikace (dotyk, náklon) díky nimž celý proces oslovení zdůraznit. Cítila jsem ze strany fyzioterapeuta snahu o navázání kontaktu s pacientem, bohužel zpětné vazby se mu nedostalo.

Považuji za škodu, že fyzioterapeut se pacientovi nepředstavil, neřekl mu, kdo je a proč ho navštívil, neinformoval ho ani o začátku a konci rehabilitace. Pouze s ním v tichosti manipuloval, snažil se pomoci jeho pohybovému aparátu, ale již neposkytoval žádnou starost o jeho psychickou péči. Pacient byl tudíž odkázán na neznámé dotyky a malé změny poloh svého těla.

4 DISKUSE

Zde bych se chtěla zamyslet nad výsledky mého šetření, výzkumu, který jsem prováděla na Klinice anesteziologie a resuscitace ve Fakultní nemocnici Královské Vinohrady, který se zabýval komunikací zdravotnického týmu s bezvědomým pacientem. Svůj záměr při sběru dat jsem lehce situovala i na události, kdy jednotliví členové zdravotnického týmu komunikují s ošetřující sestrou bezvědomého pacienta.

Během mého výzkumu, skládající se z pěti po sobě jdoucích dnů jsem byla každé ráno vrchní sestrou přiřazena k jiné ošetřující sestře, díky čemuž jsem získávala objektivnější data. Každá z přiřazených ošetřujících sester věnovala komunikaci s pacientem jinou část doby, některé se snažily s bezvědomým pacientem vytvářet komunikační interakci při každém, byť jen minimálním výkonu, některé naopak s bezvědomým pacientem komunikovaly jen minimálně, na komunikaci lehce opomíjely.

Mohla jsem si během mého šetření povšimnout, že ošetřující sestry při komunikaci s bezvědomým pacientem často využívali prvky neverbální komunikace, a to především tzv. iniciální dotyk, který nejčastěji situovaly na ramena, paže a ruce. Tímto gestem se snažily jednak posílit samotnou verbální komunikaci a za druhé se snažily naznačit pacientovi v bezvědomí, že se schyluje k nějakému výkonu.

Mezi nejčastější situace, při kterých docházelo ke komunikaci mezi sestrou a bezvědomým pacientem – ranní hygiena, transport pacienta na vyšetření, odběr krve na astropové vyšetření, intraabdominální měření tlaku.

Především u ranní hygieny ošetřující sestra informovala bezvědomého pacienta o začátku celého výkonu, také mu během výkonu předávala informace o tom, jaké jeho tělesné části se věnuje, čím ho myje, ošetřuje a kdy celý proces hygieny ukončuje. Sestra pacientovi věnovala celou svou pozornost a při péči o jeho tělesnou schránku nezapomínala pečovat i o jeho psychickou stránku.

Další situací, při které se sestra dostala do interakce s pacientem v bezvědomí byl jeho transport na vyšetření (většinou na jiné oddělení, v tomto případě na CT). Transport pacienta na vyšetření, probíhá vždy ve skupině tří lidí – ošetřující sestra, sanitář a lékař. Ošetřující sestra tudíž není jediná, která

se při transportu dostane do kontaktu s bezvědomým pacientem, ale byla to ovšem ona, která pacienta informovala o cestě na vyšetření, o jeho cíli, přesunu z lůžka na lůžko a o jeho vrácení zpět na pokoj.

Další zkoumanou oblastí mého výzkumu bylo, zda s bezvědomým pacientem komunikuje kromě jeho ošetřující sestry i jiný zdravotník. Nejčastěji se do takové interakce dostane lékař, fyzioterapeut a sanitář.

Lékař se s bezvědomým pacientem setkával především v ranních, dopoledních hodinách, během ranní vizity a během fyzikálního vyšetření jeho stavu. Mohla jsem si během mého šetření povšimnout, že ke komunikaci lékař – bezvědomý pacient nedocházelo. Lékaři při vstupu do boxu bezvědomého pacienta nepozdravili, nedali mu najevo, že jsou na jeho pokoji a probíhá u něj vizita. Také jsem si mohla všimnout, že během ranní vizity lékaři nekomunikovali nebo komunikovali jen ve velice omezené míře s ošetřující sestrou bezvědomého pacienta, tím sestře nedávali možnost plně se účastnit lékařské vizity. Další situací, při které se lékaři dostávali do kontaktu s bezvědomým pacientem je fyzikální vyšetření jeho stavu. Při této situaci bylo patrné, že lékaři vyvíjeli snahu o zahájení procesu komunikace. Před každým vyšetřením se lékař snažil navázat kontakt s pacientem tím, že ho hlasitě oslovil, použil prvek iniciálního dotyku, situovaného nejčastěji na horní část těla a při oslovení ještě snížil proxemickou zónu mezi nimi na intimní vzdálenost. Samotné fyzikální vyšetření, včetně jeho ukončení probíhalo v tichosti.

Další skupinou zdravotníků, kteří se dostávali do pravidelného kontaktu s bezvědomým pacientem byli fyzioterapeuti. Na pokoje pacientů přicházeli fyzioterapeuti zhruba 1x- 2x denně. Při každé návštěvě fyzioterapeuta bylo patrné stejně jako u lékařů, že měli snahu o zahájení komunikace s bezvědomým pacientem. Fyzioterapeuti pacienta oslovili a své oslovení také podpořili iniciálním dotykem a snížením proxemiky mezi nimi. Po tom, co bezvědomý pacient nereagoval, fyzioterapeuti již v tichosti s pacientem rehabilitovali.

ZÁVĚR

Svou bakalářskou práci jsem zaměřila na mapování komunikace na resuscitačním oddělení, a to konkrétně na Klinice anesteziologie a resuscitace ve Fakultní nemocnici Královské Vinohrady. Komunikaci jsem zkoumala a analyzovala mezi členy zdravotnického týmu a pacientem v bezvědomí, dále jsem se ve svém šetření dotkla i komunikace mezi ošetřující sestrou a členy zdravotnického týmu.

V teoretické části se zabývám tím, co je to komunikace, jaké má funkce a druhy. Dále v teoretické části popisuji komunikaci v ošetrovatelské péči a intenzivní péči, jejich specifika a další možnosti.

Praktická výzkumná část byla provedena jako sonda s použitím etnografického přístupu, kde jsem za pomoci zúčastněného pozorování sledovala komunikaci mezi členy zdravotnického týmu a pacientem v bezvědomí, současně jsem detekovala, zda probíhá i komunikace mezi ošetřující sestrou a jednotlivými členy zdravotnického týmu, kteří přijdou do styku s bezvědomým pacientem. Výzkum jsem prováděla v tříčlenném týmu v pěti po sobě jdoucích dnech. Dny byly rozděleny do třech úseků – ranní úsek 7:00 – 12:00, odpolední úsek 12:00 – 17:00, večerní úsek 17:00 – 21:00. Moje časové intervaly, při kterém jsem prováděla sondu, výzkum – pondělí 12:00 – 17:00, úterý 7:00 – 12:00, středa 17:00 – 21:00, čtvrtek 12:00 – 17:00, pátek 7:00 – 12:00. Každý den jsme pozorovaly jinou sestru, aby výstup byl co nejobjektivnější.

Tato bakalářská práce je pouze sondou, pilotním výzkumem, který slouží jako nastínění dané problematiky. Bylo by vhodné provést rozsáhlejší výzkum, který by byl více objektivní a přinesl prospěšně informace, týkající se komunikace na jednotkách ARO.

SOUHRN

Bakalářská práce se zabývá komunikací s pacientem na resuscitačním oddělení s cílem zjistit, zda ošetřující sestra a další zdravotnický personál (lékař, sanitář apod.) komunikují s pacientem v bezvědomí a identifikovat situace, při kterých ke komunikaci nejčastěji dochází.

Teoretická část je rozdělena do 3 kapitol, v jednotlivých kapitolách je vysvětleno, co je to komunikace, jaké jsou její funkce, jednotlivé složky a formy. Dále je v teoretické části popsána komunikace v ošetrovatelské péči a intenzivní péči, jejich specifika a další možnosti.

Praktická výzkumná část byla provedena jako sonda s použitím etnografického přístupu, kde jsem za pomoci zúčastněného pozorování sledovala komunikaci mezi členy zdravotnického týmu a pacientem v bezvědomí, současně jsem detekovala, zda probíhá i komunikace mezi ošetřující sestrou a jednotlivými členy zdravotnického týmu, kteří přijdou do styku s bezvědomým pacientem. Výzkum jsem prováděla v tříčlenném týmu v pěti po sobě jdoucích dnech. Dny byly rozděleny do třech úseků – ranní úsek 7:00 – 12:00, odpolední úsek 12:00 – 17:00, večerní úsek 17:00 – 21:00. Moje časové intervaly, při kterém jsem prováděla sondu, výzkum – pondělí 12:00 – 17:00, úterý 7:00 – 12:00, středa 17:00 – 21:00, čtvrtek 12:00 – 17:00, pátek 7:00 – 12:00. Každý den jsme pozorovaly jinou sestru, aby výstup byl co nejobjektivnější.

Klíčová slova: bezvědomý pacient, komunikace, resuscitační péče

SUMMARY

The bachelor's thesis focuses on communication with a patient in the resuscitation department to determine whether the caring nurse and other medical staff (doctor, paramedic, etc.) communicate with the unconscious patient and identify the situations in which communication occurs most often.

The theoretical part is divided into 3 chapters, the individual chapters explain what communication is, what are its functions, individual components, and forms. Furthermore, the theoretical part describes communication in nursing care and intensive care, their specifics, and other options.

The practical research part was performed as a probe using an ethnographic approach. As part of that, with the help of participatory observation, I monitored communication between members of the medical team and the unconscious patient. At the same time, I detected whether there is also communication between the nurse and individual members of the medical team who come into contact with the unconscious patient. I conducted the research in a three-member team for five consecutive days. The days were divided into three sections – morning section 7:00 – 12:00, afternoon section 12:00 – 17:00, evening section 17:00 – 21:00. My time intervals during which I performed the probe were as follows: research – Monday 12:00 – 17:00, Tuesday 7:00 – 12:00, Wednesday 17:00 – 21:00, Thursday 12:00 – 17:00, Friday 7:00 – 12:00. We observed a different nurse every day to make the output as objective as possible.

Keywords: communication, resuscitation care, unconscious patient

SEZNAM LITERATURY

- (1) VYBÍRAL ZBYNĚK. (2000). *Psychologie lidské komunikace*. (Vyd. 1., 264 s.) Praha: Portál. ISBN 80-7178-291-2
- (2) POKORNÁ, Andrea. *Efektivní komunikační techniky v ošetrovatelství*. Vyd. 2., přeprac. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně, 2008. ISBN 978-80-7013-466-5.
- (3) ŠPATENKOVÁ, Naděžda a Jaroslava KRÁLOVÁ. *Základní otázky komunikace: komunikace (nejen) pro sestry*. Praha: Galén, c2009. ISBN 978-80-7262-599-4.
- (4) STAŇKOVÁ, Marta, ed. *LEMON 2: učební texty pro sestry a porodní asistentky: ošetrovatelství a společenské vědy, komunikace*. Přeložil Olga ŠTRAJTOVÁ. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1997. ISBN 80-7013-238-8.
- (5) ZACHAROVÁ, Eva, Miroslava HERMANOVÁ a Jaroslava ŠRÁMKOVÁ. *Zdravotnická psychologie: teorie a praktická cvičení*. Praha: Grada, 2007. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-2068-5.
- (6) VYMĚTAL, Jan. *Průvodce úspěšnou komunikací: efektivní komunikace v praxi*. Praha: Grada, 2008. Manažer. ISBN 978-80-247-2614-4.
- (7) JANÁČKOVÁ, Laura a Petr WEISS. *Komunikace ve zdravotnické péči*. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-477-9.
- (8) VENGLÁŘOVÁ, Martina a Gabriela MAHROVÁ. *Komunikace pro zdravotní sestry*. Praha: Grada, c2006. Sestra (Grada). ISBN 80-247-1262-8.
- (9) TOMOVÁ, Šárka a Jana KŘIVKOVÁ. *Komunikace s pacientem v intenzivní péči*. 1. vyd. Praha: Grada, 2016. ISBN 978-80-271-9539-4
- (10) MIKULÁŠTÍK, Milan. *Komunikační dovednosti v praxi*. 2., dopl. a přeprac. vyd. Praha: Grada, 2010. Manažer. ISBN 978-80-247-2339-6.
- (11) KAPOUNOVÁ, Gabriela. *Ošetrovatelství v intenzivní péči*. Praha: Grada, 2007. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-1830-9.

- (12) VENGLÁŘOVÁ, Martina a Gabriela MAHROVÁ. *Komunikace pro zdravotní sestry*. Praha: Grada, c2006. Sestra (Grada). ISBN 80-247-1262-8.
- (13) KELNAROVÁ, Jarmila a Eva MATĚJKOVÁ. *Psychologie a komunikace pro zdravotnické asistenty - 4. ročník*. 2., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2014. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-5203-7.
- (14) ERVIN, Jennifer N., KAHN, Jeremy N.; COHEN, Taya R. a Laurie R. WEINGART. Teamwork in the Intensive Care Unit. *American Psychologist*. 2018, **73**(4), 468-477. ISSN 0003-066X.
- (15) Basal stimulation. *Florence* [online]. 2005, **XI**(6), 47 [cit. 2020-04-07]. Dostupné z: <https://www.florence.cz/casopis/archiv-florence/2015/6/basal-stimulation/>
- (16) KŘIVOHLAVÝ, Jaro. Jak si navzájem lépe porozumíme: Kapitoly z psychologie sociální komunikace. Praha: Svoboda, 1988. 236 s. Členská knihovna
- (17) TOUŠEK, Laco at all. *Kapitoly z kvalitativního výzkumu*. Západočeská univerzita v Plzni. Plzeň, 2015. ISBN 978-80-261-0471-1.

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

ABR	acidobazická rovnováha
ARK	arteriální katetr
ARO	anesteziologicko resuscitační oddělení
CT	počítačová tomografie
CŽK	centrální žilní katetr
DKK	dolní končetiny
ETK	endotracheální kanyla
FNKV	Fakultní nemocnice Královské Vinohrady
HKK	horní končetiny
CHOPN	chronická obstrukční plicní nemoc
JIP	jednotka intenzivní péče
KAR	klinika anesteziologie a resuscitace
KPR	kardiopulmonální resuscitace
NGS	nasogastrická sonda
NPO	nic per os
PMK	permanentní močový katetr
PŽK	periferní žilní katetr
RES	resuscitační oddělení
St.p.	stav po
Susp.	suspektní
UK	Univerzita Karlova
UPV	umělá plicní ventilace

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1: Vizita.....	30
Tabulka 2: Ranní hygiena	33
Tabulka 3: Transport pacienta na vyšetření	38
Tabulka 4: Měření intraabdominálního tlaku I.	42
Tabulka 5: Měření intraabdominálního tlaku II.	42
Tabulka 6: Měření intraabdominálního tlaku III.....	42
Tabulka 7: Odběr krve na vyšetření ABR I.	45
Tabulka 8: Odběr krve na vyšetření ABR II.	45
Tabulka 9: Vyšetření pacienta lékařem I.	48
Tabulka 10: Vyšetření pacienta lékařem II.	48
Tabulka 11: Fyzioterapie.....	52