UNIVERZITA KARLOVA

3. LÉKAŘSKÁ FAKULTA

Ústav ošetřovatelství

Martina Gabryszová

Komunikace s pacientem v resuscitační péči

Communication with a patient in critical care department

Bakalářská práce

Praha, květen 2020

Autor práce: Martina Gabryszová
Studijní program: Ošetřovatelství
Bakalářský studijní obor: Všeobecná sestra

Vedoucí práce: **PhDr. Marie Zvoníčková**

Pracoviště vedoucího práce: **Ústav ošetřovatelství 3. LF UK**

Předpokládaný termín obhajoby: 29. 6. 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 Martina Gabryszová

Poděkování

Na tomto místě bych rád poděkovala mé vedoucí práce PhDr. Marii Zvoníčkové za její drahocenné rady. Za povzbuzení, motivaci a inspirativní vedení. Děkuji Čeňku Ryklovi za korekci textu. Dále děkuji tatínkovi Mgr. Aleši Gabryszovi za jeho korekci textu a poznámky a rady a mé mamince Jitce Hamplové za podporu při psaní bakalářské práce.

Obsah

Obsah 5

ÚVOD 6

1 Teoretická část 7
1.1 Komunikace 7
1.1.1 Rozdělení komunikace 8
1.1.2 Profesionální komunikace 10
1.1.3 Bariéry v komunikaci 11
1.2 Komunikace s pacientem v intenzivní péči 12
1.2.1 Intenzivní péče 12
1.2.2 Pacient v intenzivní péči 13
1.2.3 Komunikace s pacientem v bezvědomí prostřednictvím bazální stimulace 15

2 Empirická část 18
2.1 Cíl práce 18
2.2 Metodologie výzkumu 18
2.2.1 Etnografie 18
2.2.2 Autoetnografie 19
2.2.2.1.Osoba výzkumníka 20
2.2.3 Pozorování 21
2.3 KAR FNKV 21
2.4 Sběr dat 23
2.5. Analýza dat 25
2.5.1 Výsledky pozorování komunikace mezi sestrou a pacientem v době 17-21 hodin 26
2.5.2 Analýza složitých situací - bariér 27
Situace 1 28
Situace 2 29
Situace 3 30
Situace 4 30
2.6 Diskuse 31

Závěr 34

Seznam použité literatury 35

Seznam obrázků, tabulek a grafů 37

Úvod

Téma své bakalářské práce Komunikace s pacientem v resuscitační péči jsem si vybrala na základě zájmu o tuto problematiku. *Naše potřeba komunikace je jednou z nejdůležitějších potřeb života.* (5, s. 16) Komunikace je součástí života od početí až do posledního úderu srdce, provází nás po celý život. Vyrůstáme s ní a díky ní navazujeme hluboké pouto s našimi nejbližšími. Komunikace nás učí novým dovednostem, poznáváme svět a zkoumáme nepoznané. Díky ní budujeme nová přátelství a prohlubujeme ta stará. Snažíme se popsat naše myšlenky, nad čím právě přemýšlíme a popisujeme s ní naše skryté emoce. Umí spojovat ale také ničit. Dokážeme s ní rozplakat či poštvat proti sobě, zranit, urazit a také znepřátelit. Je naším společníkem po celý život. Díky tomu, že velmi ráda komunikuji s lidmi, jsem si vybrala studium všeobecné sestry na vysoké škole, kde můžu dovednost rozvíjet a umět používat ve správný čas a na správném místě. Už od dětství jsem velmi ráda mluvila, v rodině jsem byla ta "upovídaná". Během dospívání jsem měla možnost pracovat v různých zařízeních, kde jsem se naučila vždy něco nového v komunikaci s různými věkovými kategoriemi, a tak svůj dar komunikace rozvíjet. Na vysoké škole jsem dostala nabídku provést sondu do komunikace sestry s pacientem na lůžku intenzivní medicíny a dozvědět se tak něco více o této speciální interakci.

1 Teoretická část

1.1 Komunikace

Slovo komunikace vychází z latinských slov *Communicatio* (vespolné účastnění) a *communicare* (radit se s někým, dorozumívat se, činit něco společným, společně něco sdílet) (12). Komunikuje každý člověk, i když někteří jsou ve svém projevu omezení (např. mají smyslový handicap či z nějakého důvodu nemohou mluvit), nicméně i ti komunikují (dotekem, pohledem nebo nenápadnými pohyby hlavy či končetin). Každý z nás má svůj identický způsob komunikace, do komunikace nikdy nevstupujeme jako *Tabula rasa*, vždy jsme ovlivňováni několika faktory, které budou komunikaci ovlivňovat. Základní faktory, které mohou komunikaci ovlivnit jsou:

- Individuální faktory – vědomosti, schopnosti, motivace ke komunikaci a zkušenosti, charakter, vstřícnost, tolerance, respektování druhých, nálada, ale také únava, obavy, nejistota, smyslová postižení, tělesný handicap.
- Sociální faktory – vychování jedince, jeho společenské normy, komunikaci ovlivňují interpersonální vztahy – role nadřízeného či podřízeného.
- Situační faktory – kolik máme na rozhovor času a v jakém jsme prostředí.

Odlišně bude komunikovat sestra v psychiatrické ambulanci od sestry, která pracuje na Anesteziologicko-resuscitačním oddělení, stejně tak jiný způsob komunikace bude mít studentka druhého ročníku střední zdravotnické školy od studentky ve třetím ročníku bakalářského oboru Všeobecná sestra.

V komunikaci přenášíme na druhé osoby zkušenosti s jinými lidmi, kteří se jim nějakým způsobem mohou podobat, svou vizáží nám připomínají příbuzné či kamarády, jsme ovlivněni médii, které

mohou různé skupiny lidí stigmatizovat (Romové, psychiatričtí pacienti či cizinci), odborně toto chování nazýváme projekce. Abychom zacílili své sdělení správným směrem, slouží nám tzv. komunikační cyklus. Cyklus sestává z pěti základních prvků – komunikátor (autor, odesílatel), komuniké (zpráva), komunikační kanál (prostředek vyjádření), komunikační šum (příjemce sdělení) a zpětná vazba (feedback). (13)

1.1.1 Rozdělení komunikace

Díky komunikaci si předáváme informace, a to verbálně či neverbálně. Arthur Schopenhauer říká *"Není nic těžšího než vyjádřit významnou myšlenku tak, aby jí každý rozuměl."* (10, s. 31) Pomocí verbální komunikace sdělujeme informace ústně, sdělujeme zprávy a pocity pomocí slov, patří sem také komunikace písemná, převyprávěná nebo nahraná. Verbální komunikace musí být pracovním nástrojem sestry. Musí s ní umět dobře pracovat, správně volit slova a načasování daného sdělení. Měla by se do situace umět vcítit, naladit se na pacienta a podle toho informace sdělit srozumitelně a jasně. Je důležité, aby sestra pacienta obeznámila co, kdy, jak, kde a proč bude v rámci péče vykonávat. (13) Výzkumy dokazují, že pacienti kteří jsou v kómatu jsou schopni vnímat, proto bychom neměli v komunikaci zapomínat na to, že jsou osoby cítící a vnímající. (4)

Neverbální komunikace je komunikace beze slov. Doplňuje slova a většinu signálů nejsme schopni kontrolovat. Neverbální komunikace obsahuje několik složek: mimiku, gestiku, haptiku, proxemiku, viziku (kontakt očí), kineziku, posturiku, chronemiku (vyjádření a užívání času vůči jiným lidem), komunikaci zevnějškem a komunikaci činem. Rozvinu pouze stěžejní složky neverbální, které jsou důležité pro mou empirickou část.

Vizika

komunikace očima. Náš výraz určují mezilidské vztahy, díky nim vyjádříme, co si myslíme, ukazuje emoce a momentální citové rozpoložení a v jakém psychickém stavu se právě nacházíme.

(13) Pro pacienta, na lůžku intenzivní péče je důležitý přímý zrakový kontakt. Pokud z jakéhokoliv důvodu není pacient schopen komunikace (např. kvůli tracheostomii, endotracheální trubici) je oční kontakt jedinou možností. Očima můžeme pacientovi předat empatii, podporu, povzbuzení, ale také nezájem. Stejně tak v očích pacienta lze vyčíst bolest, nespokojenost, smíření či spokojenost.

Haptika

komunikace dotykem. Dotykem nejčastěji sdělujeme pozitivní emoce, to, jaká je náklonnost k pacientovi. Pomocí doteků pomáháme nesoběstačným pacientům při vstávání z lůžka. Funkční význam doteku je podpora pacienta, který prožívá smutek, šok či zklamání. Dotek nabývá také rituálního významu jako je např. loučení či pozdrav. Pro pacienty jsou často důležitější ruce zdravotníků než slova. Jsou jediným nástrojem, díky kterému pacient získává vědomí sebe sama vůči okolnímu světu. (13)

Posturika

je důležité, abychom dbali na náš postoj k pacientovi, zda jsme k pacientovi otočeni celým tělem, jestli se stavíme k lůžku tak, abychom udrželi oční kontakt. Také si všímáme polohy pacienta, zda nezaujímá úlevovou polohu.

Proxemika

touto neverbální komunikací vyjadřujeme, jaký máme k pacientovi vztah. Nejčastěji v intenzivní péči využíváme sféru intimní – do třiceti centimetrů. Touto vzdáleností navazujeme s pacientem bezprostřední osobní kontakt.

1.1.2 Profesionální komunikace

Na sestry jsou v současnosti kladeny stále větší požadavky na odborné znalosti a dovednosti, a to i ty komunikační, než kdykoli předtím. Stále se učíme novým poznatkům v oblasti techniky, zdokonalujeme se ve výkonech (jak obsluhovat dýchací přístroje, jak odsávat z dolních cest dýchacích, jak zavést periferní žilní katetr nebo jak obsluhovat infuzní pumpy), učíme se podle postupů, které jsou praxí prozkoušené a většinou fungují všechny na stejném principu. Pro zdravotníky jsou důležité standardy, postupy a směrnice, které říkají, jak máme svou práci dělat co nejlépe. Jsme naučeni řídit se postupem, který funguje napříč zdravotnictvím. Díky rychlému technologickému vývoji v oblasti diagnostiky pracujeme s daty a čísly a leckdy zanedbáváme pacienta. I přes technologickou vyspělost nemůžeme zapomenout na člověka a jeho jedinečnost. Z péče o pacienta se můžou úplně vytratit slova povzbuzení, dotyk či úsměv. Rodiny a přátelé pacientů chtějí podpořit svého blízkého a jsou lační po informacích. Očekávají od sester odpovědi na otázky a spoustu doplňujících informací, které lékaři nesdělí, a proto je komunikace s nimi velmi důležitá, ale také velmi náročná. Komunikace mezi sestrou a nemocným by měla vést k rovnocennému vztahu dvou lidí, i když z profesního hlediska je sestra autoritou. Předpoklady, které vedou k úspěšné verbální komunikaci mezi sestrou a pacientem jsou jednoduchost, stručnost, reciprocita, zřetelnost, vhodné načasování, kognitivní přizpůsobivost a flexibilita. (13) Pacient na lůžkách intenzivní péče vysílá signály o svém zdravotním či duševním stavu pomocí pohybů očí, mrknutím, úsměvem či pohybem hlavou a sestra musí být na tyto signály senzitivní, musí signály vyhodnotit a následně využít všechny možné nástroje ke splnění přání pacienta. (13) Musí být pozorná, všímat si maličkostí a dát si pozor, aby se její komunikace s pacientem nestala rutinní a pro všechny pacienty stejná. Může se stát, že i na lůžkách intenzivní péče si díky praxi na vysoké škole, výuce či naší minulosti vytvořím svůj jedinečný vzorec komunikace, který používám u všech pacientů bez ohledu na zdravotní stav či věk.

1.1.3 Bariéry v komunikaci

Na komunikaci s pacientem se většinou projeví současná nálada i charakter zdravotníka, fyzické nepohodlí či nemoc. Tento druh bariéry nazýváme interní. (13) Do specifických bariér v komunikaci s pacientem na intenzivním oddělení řadíme např. nedostatek času ze strany ošetřující sestry či neochotu k naslouchání pacientovi. Zdravotníci obecně nemají v lásce přítomnost ostatních osob při jejich kontaktu s pacientem. Proč zdravotníci (přesněji sestry) mají tak zvláštní reakce, když u rozhovoru s pacientem je přítomna rodina, spolupracovníci nebo studenti? Proč se jejich reakce liší od reakcí, kdy sestra učí studenty, jak správně odsávat z dolních cest dýchacích nebo se s lékařem baví o stavu pacienta? Jde o specifickou formu spojení mezi lidmi prostřednictvím předávání a přijímání informací. (13) Domnívám se, že každá sestra si vytváří komunikační vztah s pacientem individuálně a vnáší do konverzace emoce (zvláště na oddělení typu ARO či JIP). Vytváříme si s pacientem vztah, a chceme si k pacientovi najít cestu a ukázat mu, že jsem tu zde, jako sestra, plně k dispozici. Švýcarský badatel v oblasti fyziognomie J. K. Lavater vyslovil myšlenku, "*Když najdeš člověka, který ti v klidu naslouchá, který je duchem přítomen, když mu něco říkáš, který ti neklade dvě otázky najednou, ale napjatě poslouchá, co mu na jeho otázku odpovíš, který tě neprobodává očima a tvému pohledu se nevyhýbá, pak si uvědom, že jsi našel vzácný poklad v poli – vzácnou perlu."* (6) Komunikace je hlavním nástrojem všeobecné sestry. Sestra musí umět tento nástroj správně využívat. Sestra je pacientovi během hospitalizace průvodcem a pomocníkem.

1.2 Komunikace s pacientem v intenzivní péči

1.2.1 Intenzivní péče

Je důležité upozornit na dva podobné termíny, které jsou spolu spojovány, nicméně definice je odlišná. Intenzivní medicína je lékařský obor zabývající se pacienty v ohrožení života. Zabývá se diagnostikováním, kontinuálním sledováním a léčbou pacientů s život ohrožujícími chorobami, traumaty a komplikacemi, u nichž je potřebná nepřetržitelná lékařská a ošetřovatelská péče, pro kterou nemá standartní oddělení dostatečné vybavení. (13). Intenzivní péči poskytujeme na oborových jednotkách intenzivní péče (dále JIP) a na Anesteziologicko - resuscitačním oddělení (dále ARO). Zde jsou pacienti přijímáni v akutním stavu, který pacienta ohrožuje na životě a kdy selhává jeden či více životně důležitých orgánů.

V intenzivní péči všeobecná sestra poskytuje péči o základní potřeby, která souvisí s co nejkvalitnějším naplněním potřeb nemocného (hygiena, pohyb, stravování…). Zároveň je doplněna o vysoce specializované odborné postupy, které úzce souvisí s léčebnými ordinacemi od lékaře. Cílem ošetřovatelství v intenzivní péči je přistupovat k nemocnému individuálně. Sestra se stává nejbližším partnerem nemocného, protože spolu tráví nejvíce času. V celém léčebném procesu se klade vysoký důraz na multidisciplinaritu.

V okolí každého lůžka jsou přístroje monitorující fyziologické funkce pacienta jako např. EKG, neinvazivní arteriální tlak, centrální žilní tlak, měření tělesné teploty, pulsní oxymetrii, kontinuální monitorace ventilace, kontrola tlaku pomocí manžety (12).

1.2.2 Pacient v intenzivní péči

Pacient, vyžadující intenzivní péči je odkázán na monitoring fyziologických funkcí a léčbu, protože jedna nebo více vitálních funkcí je ohrožena díky akutnímu či chronickému onemocnění. Jejich vitální funkce jsou ohroženy následkem úrazu či chirurgické nebo jiné lékařské intervence. (1)

Z hlediska náročnosti komunikace můžeme pacienty rozdělit do několika skupin:

1. Pacient v bezvědomí, který je na umělé plicní ventilaci
2. Pacient při vědomí, který je napojený na umělou plicní ventilaci
3. Pacient spontánně dýchající se zajištěnými dýchacími cestami
4. Pacient, který spontánně dýchá a nemá zajištěné dýchací cesty. (13)

U pacienta v bezvědomí který je na plicní ventilaci využíváme metodu bazální stimulace, pacienta při vědomí, který je napojený na umělou plicní ventilaci kontaktujeme pomocí verbální i neverbální komunikace. S Pacientem, který spontánně dýchá, ale má zajištěné dýchací cesty, sestra spolupracuje a aktivně vyhledává možnosti, jak spolu komunikovat. Pacient, který spontánně dýchá a nemá zajištěné dýchací cesty je pro sestry komunikačním partnerem. Spolu se mohou domluvit na následujícím plánu péče a lze se tedy bavit o určité formě spolupráce. (13)

Pro pacienty, kteří jsou hospitalizováni na lůžkách intenzivní péče, může být prostředí oddělení stresující, zdrojem strachu a beznaděje. Pacienti nemají možnost se domluvit s ošetřujícím personálem a na tuto skutečnost musí myslet všeobecná sestra, která se o pacienta stará. Musí umět vyhodnotit signály, které pacient vysílá a najít možnost komunikace, která pacientovi vyhovuje. Je zapotřebí velké trpělivosti a dostatku času ze strany personálu.

Pro komunikaci v intenzivní péči jsou doporučení, která vedou ke kvalitní a efektivní komunikaci s pacientem který má zajištěné dýchací cesty. Pro sestry by měla být priorita věnovat pacientovi čas. Je důležité, abychom na pacienta nehovořili a zároveň nepřipravovali ordinace u stolku vedle jeho lůžka, též je klíčové dát pacientovi čas na odpověď, popř. zopakovat otázku, mít pochopení, když pacient zapomene slova či věty a brát ohled na pozornost pacienta.

Další zásadou je konkrétnost. Je důležité mluvit s pacientem v krátkých a jednoduchých větách, své myšlenky bychom neměli zbytečné rozvíjet, ale naopak předložit pacientovi jasné a stručné sdělení, které má konkrétní cíl, popřípadě pokládat otázky na které je možné odpovědět ano/ne (přikývnutím hlavou či stiskem ruky). (13)

Všeobecná sestra by měla dbát na zorné pole pacienta. Musíme si uvědomit, že pacient leží na zádech a dívá se do stropu. V okolí slyší stále hluk z přístrojů, ale také rozhovory mezi personálem. Je důležité abychom brali jako prioritu neřešit na boxu mého pacienta stav jiných pacientů! Pokud budeme mluvit s pacientem, je důležité být u lůžka, dívat se mu do očí, odezírat z jeho rtů a dbát na to, aby nás slyšel. Dalšími zásadami efektivní komunikace jsou např. zpětná vazba, motivace pacienta a empatie vůči němu. (13)

1.2.3 Komunikace s pacientem v bezvědomí prostřednictvím bazální stimulace

Ošetřovatelská péče dle konceptu Bazální stimulace® je péče vysoce profesionální vycházející z individuálních potřeb pacienta, zohledňuje maximálně jeho životní návyky a jeho jedinečnost a poskytuje mu pedagogickou podporu v běžných denních činnostech. (3, s. 15-17). Pacienti v intenzivní péči se ocitají v neznámém prostředí a dotek sestry je pro ně uklidňující a díky němu si sestra získává pozornost pacienta. Hlavním cílem bazální stimulace je nahlížet na pacienta jako na celek. Bazální stimulace podporuje vnímání, schopnost pohybu a komunikaci. (13)

V bazální stimulaci využívá jedinec komunikační kanály podle stavu svých schopností: vestibulární, somatické, vibrační, olfaktorický, auditivní, optický a taktilně - haptický. (4) Bazální stimulace řadí dotek k základním lidským schopnostem, přes které sdělujeme impulzy. Bazální stimulace úzce propojuje vnímání, schopnost pohybu a komunikaci. Somatická, vestibulární a vibrační stimulace – to jsou základní prvky techniky konceptu Bazální stimulace. (13) Každý zákrok, který provede všeobecná sestra v konceptu Bazální stimulace u lůžka pacienta je terapeutický zákrok, který si klade za cíl stimulovat smysly pacienta. (3)

Předpokladem pro kvalitní a účinnou stimulaci je vybrání správné techniky konceptu. Somatická stimulace pomáhá pocientovi vnímat vlastní tělo pomocí doteků, masáže těla, polohování případně koupele či zábalů (7). Imobilní pacienti na JIP či ARU můžou počas hospitalizace ztratit schopnost řídit pohyb. Díky doteku, který je pro nás přirozeně nejjednodušší formou neverbální komunikace, (13) může pacientovi navodit pocit jistoty a vnímání sebe sama. Existují různé možnosti stimulací jako např. zklidňující somatická stimulace, povzbuzující somatická stimulace, neurofyziologická stimulace, masáž stimulující dýchání (které na oddělení většinou zajišťují fyzioterapeuti) a polohování.

Vestibulární stimulace souvisí s rovnovážným ústrojím pacienta. Pod tímto druhem stimulace si můžeme představit pohyby v lůžku nebo otáčivé pohyby hlavy. Tato stimulace se doporučuje u pacientů v kómatu, u pacientů, kteří jsou na dlouhodobé umělé plicní ventilaci a pacientů, kteří mají více jak tři dny omezenou možnost pohybu. (13)

Vibrační stimulaci využíváme zejména u lidí v kómatu. Používáme při ní kromě našich rukou i různé vibrační předměty. Bateriové vibrátory, elektrické zubní kartáčky, vibrační podložky, holicí strojky, hudební nástroje i hlasy. Vibrační stimulaci provádíme v oblasti kloubů na horních i dolních končetinách. Pomůcky můžeme vkládat pacientovi do dlaní či je nechat plošně působit na matraci na které leží pacient. Kontraindikací k využití stimulace jsou varixy, porucha integrity kůže v místě aplikace přístroje a krvácivé stavy, (5).

Je důležité si uvědomit, že pacient po vyléčení ocení mnohem více to, že jsme se mu během hospitalizace věnovali svůj čas a popovídali jsme si s ním o rodině či životě. Pacienti si všímají. kolik času trávíme u něho samotného a jaká slova volíme. To, že se z velké části věnujeme administrativním povinnostem a plníme ordinace lékaře není pro pacienta známkou toho, že si ho všímáme.

Doteky zdravotníků jsou pro pacienty důležité, proto musí být dobře cílené a správně načasované. Dotek zahání strach a nejistotu a navozuje pocit přijetí a otevřenosti. Dotek který je promyšlený a cílený je tzv. iniciální. V předchozí kapitole jsem se zmiňovala, že neverbální komunikaci musí doprovázet verbální. Také dotek bychom měli doprovodit oslovením či vlídným slovem. Nezávisle na stavu postižení a aktuálním tělesném i duševním stavu poskytujeme prostor pro orientaci, pocit jistoty a bezpečí a další vývoj jeho osobnosti. (3, s. 15-17). Dotek může i u pacientů s poruchou

vědomí vyvolat nepatrné odezvy a to jak příjemné pocity, které se projeví jako úsměv, pootevření očí, tak i nepříjemné jako zrychlený a nepravidelný puls, pláč, křeče.

2 Empirická část

Svou bakalářskou práci jsem chtěla psát o tématu, které je pro mě zajímavé a upoutá mou pozornost. Během letních prázdnin mě oslovily kolegyně z mého ročníku a nabídly mi spolupráci na výzkumu v oblasti komunikace na anesteziologicko - resuscitační klinice ve FNKV. Hned jsem s tím souhlasila. Oblast komunikace mě také zaujala, protože mám ráda lidskou interakci a komunikaci považuji jako nejzákladnější složku mého života.

2.1 Cíl práce

Naším společným cílem bylo sledovat komunikaci mezi sestrou a pacientem při činnostech, které probíhají během dne na anesteziologicko - resuscitačním oddělení.

2.2 Metodologie výzkumu

Pro mou bakalářskou práci jsem si zvolila kvalitativní výzkum. Používala jsem metody etnografie, autoetnografie a pozorování.

2.2.1 Etnografie

Etnografický výzkum se snaží o zachycení události "*tady a ted*'". Cílem etnografického výzkumu je získat obraz skupiny, kterou já jako pozorovatel sleduji. (14) Důraz je kladen na přímé pozorování a na základě sebraných dat může výzkumník stanovit vlastní teorii. Důležitou součástí každého etnografického šetření je adaptace na prostředí. Termín adaptace klasifikuji jako schopnost přizpůsobit se danému prostředí tak, abych byla schopna vykonávat činnosti, které vykonávají moji informátoři. Oddělení ARO ve FNKV znám z mé prázdninové praxe, proto jsem byla na oddělení zorientovaná a znala jsem většinu postupů pracovníků. (14)

Cílem etnografického výzkumu je co nejvíce se přiblížit a co nejlépe porozumět zkoumanému sociálnímu světu. Snažíme se získat holistický obraz určité skupiny. Výzkumníka v zúčastněném pozorování nejvíce zajímá pravidelnost a opakovatelnost daného jednání, které je možné interpretovat jako určité vzorce. (14)

Etnografický výzkum může být náročný v tom, že by výzkumník měl vidět věci, které nejsou na první pohled viditelné. (14) Já jako výzkumník přicházím na oddělení "zvenčí" a má všímavost může pomoci sestrám a lékařům vidět situace, které oni mají díky rutinní práci zastřené. Cílem mého pozorování není poukazovat na nedostatky personálu, jsem si vědoma, že sestry svou práci odvádí zodpovědně a profesionálně, zároveň ve svém sestry v mé sondě vyzdvihuji. Antropolog je sám o sobě výzkumným nástrojem a etnografie jako výsledek je výzkumníkem ovlivněna. Pozorování je ovlivněno skutečností, že já jako budoucí sestra rozumím problematice a jejich úkony chápu.

2.2.2 Autoetnografie

Rozhodla jsem se, že pro svou bakalářskou práci využiji i metody autoetnografie. Tato metoda klade opravdu vysoké nároky na pozorovatele, do svého výzkumu dovoluje vnést pocity pozorovatele, životní zkušenosti, pracuje se všímacími vlastnostmi pozorovatele. Metoda mě oslovila, protože můžu ve své práci využít své pozorovací vlastnosti a svou citlivost na věci (události), které nejsou na první pohled zřejmé a že díky ní se mohu učit a povzbudit čtenáře ke kritické sebereflexi. Metoda je vystavěna na předpokladu, že neexistuje jedna jediná pravda. Autoetnografie navíc, ke strohému zaznamenání pozorovaného, přináší vlastní interpretace autorova vnímání reality z pozice sociální bytosti, která se života ve skupině přímo účastní a svým osobním přístupem pomáhá zkoumané mechanismy zároveň aktivně vytvářet a ovlivňovat. (16)
Důležité pro autoetnografii je život výzkumníka - historie výzkumníka která formovaly jeho osobnost a životní rozhodnutí, které ho dovedly až do bodu rozhodnutí realizovat výzkum. (16).

2.2.2.1.Osoba výzkumníka

Pro metodu autoetnografie jsem se rozhodla až při zpracování mého výzkumu. Díky pozorování jsem mohla dojít ke kritické sebereflexi a chtěla bych své prožitky sdílet s ostatními a povzbudit čtenáře k zamyšlení se nad sebou a poukázat na chyby, které jsem se při pozorování dopustila a poradit dalším studentům, jak se jich vyvarovat.

Když jsem se narodila, s rodiči jsme bydleli ve služebním bytě v areálu Diakonie v Krabčicích. Moje maminka pracovala jako hlavní koordinátorka ergoterapie a můj tatínek byl sociální pracovník. Oba rodiče měli opravdu hodně práce a už od mala mě vždy hlídala má babička, která bydlela v samé vesnici. Též jsem velmi ráda chodila za svou prababičkou o kterou se naše rodina starala. Moc ráda vzpomínám, jak jsme si spolu povídaly, zpívaly a chodily se na dvůr slunit. Když jsem povyrostla, začala jsem chodit do školky a v domově důchodců jsem navštěvovala klienty. Byla jsem upovídané dítě a oni mě vždy vyslechli, často jsme spolu chodili do parku. Nepamatuji si, o čem jsme si spolu povídali, ale v mé paměti zůstaly vzpomínky na jejich krásný úsměv, na klidný hlas, kterým ke mně mluvili, na jejich šediny, které v sobě skrývaly plno moudrosti a trpělivosti. Zanedlouho se moji rodiče rozvedli a já se svou maminkou jsme se odstěhovaly do sousedního města. Maminka začala pracovat v Červeném kříži jako sestra v domácí zdravotní péči a já jsem s ní velmi často jezdila. Na druhém stupni základní školy jsem se od své paní učitelky na český jazyk naučila psát slohové práce. Za to jsem opravdu moc vděčná! Naučila mě využít mou dobrou všímavost a pocity které mám vyjádřit na papír. Na gymnáziu jsem měla možnost díky svému otci, řediteli v Diakonii ČCE v Krabčicích, pracovat na uzavřeném oddělení Vážka. V akademickém roce 2017/2018 jsem nastoupila na 3. lékařskou fakultu UK na bakalářský program Všeobecná sestra. Studium tohoto oboru mi umožnilo navštívit domov důchodců, interní a chirurgické oddělení, oddělení intenzivní péče (JIP a ARO), dále jsem byla v porodnici a na klinice dětí a dorostu a také jsem měla výsadu navštívit NÚDZ v Klecanech. Vysoká škola mě naučila se starat o pacienty napříč nemocnicí. Postupně jsem se učila výkony, které daným oborům medicíny

a ošetřovatelství patří a já jsem se snažila naučit i něco víc v komunikaci s pacienty, rodinami, ale také lékaři a pomocným personálem. Když se zpětně dívám, jsem velmi vděčná za možnosti, které mi fakulta poskytla, věřím, že veškeré poznatky z praxí v životě zdravotní sestry využiji!

Do věcí se vrhám "po hlavě". Jsem člověk, který jedná a až zpětně si uvědomuje důsledky svého nepromyšleného jednání. A podobné to bylo s bakalářskou prací, neuvědomila jsem si, že podstupuji velké riziko a netušila jsem, že psaní tohoto tématu bude tak náročné.

Naučila jsem se nahlížet na pacienta/klienta jako na člověka, který má za sebou historii, někteří si prošli trápením a žili v chudobě, jiní si celý život užívali a žili v blahobytu. Poznala jsem, že často je historie člověka hodna udělení vyznamenání. A naopak, poznala jsem pár lidí, kteří si svým chováním a způsobem života způsobili trápení a jsou osamoceni. Pokládala jsem si často otázku, zda mi přísluší hodnotit život druhého člověka.

2.2.3 Pozorování

Hlavní metodou bylo pozorování, pro kterou je typické, že se výzkumník neúčastní činností pozorovaného a snaží se být neviditelným. (9) Snažila jsem se zaměřit na události, výkony a komunikaci, která probíhala pouze u lůžka pacienta. Metoda pozorování je jedna z nejčastěji používaných metod. Tato metoda se opírá o pozorování určitých situací, sleduje chování jedinců i skupin a jejich vzájemné interakce. Díky pozorování získáváme nové poznatky. Pokud hovoříme o metodě, kterou využíváme ve výzkumu, mluvíme o pozorování cílevědomém, záměrném, systematickém a řízeném. u této metody si musíme jako pozorovatelé dávat pozor na objektivitu. (9)

2.3 KAR FNKV

Svou sondu jsem prováděla na klinice anesteziologie a resuscitace 3. lékařské fakulty UK a Fakultní nemocnice Královské Vinohrady (FNKV) na Resuscitačním oddělení II (RES II). Přednostou kliniky je Doc. MUDr. František Duška Ph.D. Klinika je členěna do čtyř úseků. Anesteziologická část, Resuscitační oddělení (RES I), Resuscitační oddělení (RES II) a Algeziologie a PACU (perioperační péče anestetické jednotky). Resuscitační péče je poskytována na lůžkovém oddělení RES I a RES II, které společně nabízejí 21 lůžek.

Z historie

Anesteziologická péče byla založena Dr. Susatem ve FN Královské Vinohrady krátce po 2. světové válce. V roce 1972 se z Anesteziologického oddělení stalo Anesteziologicko - resuscitační oddělení a v roce 1983 se oddělení rozrostlo v Kliniku anesteziologie a resuscitace (KAR), která byla přidružena k Hygienické fakultě, dnešní 3. lékařské fakultě UK . Od roku 1991 do roku 1995 vedl pracoviště MUDr. Jan Šturma CsC., který byl primářem až do roku 2012

Vybavení

Klinika je schopna poskytovat zdravotní péči na dvaceti jednom lůžku. U každého lůžka je vždy malý stolek s notebookem, kam zdravotní sestra či lékař zaznamenává informace o pacientovi. Od roku 2012 je na KAR ve FNKV instalován informační systému MetaVision. Systém sjednocuje, vyhodnocuje a zaznamenává v reálném čase všechna data od pacientů, sjednocuje je s daty z nemocničních informačních systémů a umožňuje sestrám nastavení pokročilých alarmů, které zvyšují bezpečnost a kvalitu poskytované péče. Během prázdninové praxe ve 2. ročníku jsem byla s tímto systémem seznámena. Výše zmiňovaný program je všeobecné sestře partnerem a přispívá ke kvalitní péči o pacienta. Do programu se automaticky kopírují hodnoty životních funkcí minutu po minutě, dále jsou synchronizovány ordinace, které se právě aplikují pacientovi pomocí infuzních pump a lineárních dávkovačů, což znamená, že sestra nemusí údaje sama ručně zaznamenávat.

Personální obsazení

KAR k 1. 3. 2020 disponuje sto patnáct zdravotnických pracovníků způsobilých k výkonu povolání bez odborného dohledu po získání odborné způsobilosti, tedy osmdesát dva sester a dvacet zdravotnických záchranářů. Dále na klinice působí třináct sanitářů.

RES II

Data jsem sbírala na resuscitačním oddělení II. Oddělení nabízí osm resuscitačních lůžek a tři lůžka jsou vyčleněna pro denní stacionář. Resuscitační lůžka jsou rozdělena do pěti boxů. Oddělení obsahuje pracovnu lékařů, denní místnost pro sestry a šatnu pro sestry. Na oddělení se dále nachází čistící místnost, sklady materiálů a zdravotnické techniky, sklad léků, čistého prádla, místnost pro návštěvy a místnost pro zemřelé.

Oddělení se zaměřuje na pacienty FNKV u kterých došlo ke zhoršení stavu po dobu hospitalizace. Staniční sestrou oddělení je Šárka Gregorová, Dis. a vedoucím lékařem MUDr. Tomáš Tencer, EDIC. Na oddělení je dvacet devět všeobecných sester, šest zdravotnických záchranářů, šest sanitářů a jeden dělník na kuchyňce. Oddělení poskytuje příjem a zdravotní péči pacientům z dalších oddělení FNKV.

2.4 Sběr dat

Časový rámec sběru dat

Sběr dat proběhl v termínu 23. 9. - 27. 9. 2019. Abychom pokryly celou pracovní dobu sestry na oddělení, rozdělily jsme si pracovní den do třech segmentů po pěti hodinách, s tím, že budeme u předání pacienta sestře, která přišla na noční směnu. Na KAR RES II začíná pracovní den v 7:00 a končí v 19:00. Své pozorování jsem prováděla v podvečerních hodinách, to jest od 17:00 - 21:00.

Záznamový arch

Do záznamového archu v notebooku jsem zapisovala události, výkony a komunikaci opravdu pečlivě. Pro každou část dne (v našem případě pro každých pět hodin 7:00 - 12:00, 12:00 - 17:00 a 17:00 - 21:00) je něco typického.

Záznam č. 1

čas	mezi kým komunikace probíhá	přímá řeč a pozadí situace	neverbální komunikace k pacientovi
18:55	denní sestra vylévá močový sáček		
18:55	komunikace sestra - sestra	*A mám ti to i zapsat?*	
	komunikace sestra - sestra	*nene, to už si udělám sama.*	
19:03	sestra - sestra	předání služby, dle Metavize	
19:03	lékař - pacient - informuje pacientku o průběhu CT	*Bolí Vás něco?*	Lékař se dotýká PHK. Pacientka kýve hlavou, že jí nic nebolí.
19:06	sestra - sestra	*Jen má špatnou pusu*	
19:09	noční sestra se zvedá a kontroluje lůžko pacientky a doptává se denní sestry	pacientka spí	
	sestra - sestra		
19:12	komunikace pacient - sestra	*dobrý večer pani XY, jsem sestra AZ a budu se o vás v noci starat*	
19:33			pacientka pohybuje LHK a sahá si na ETK
19:35	komunikace pacient - sestra	*pozor na tu trubičku, tu ještě budete potřebovat*	

Záznamový arch měl čtyři sloupce, do prvního sloupce jsem zaznamenávala časové rozpětí. Ve druhém sloupečku jsem zaznamenala, mezi kým komunikace probíhá (sestra - pacient, sestra - lékař, sestra - sanitář, sestra - sestra) a pokud komunikace neprobíhala, zapsala jsem, jaké činnosti sestra právě vykonává. Ve třetím sloupečku jsem zaznamenávala přímou řeč a zároveň jsem se snažila popsat situaci ve které komunikace probíhá. Ve čtvrtém sloupečku jsem popsala neverbální komunikaci, soustředila jsem se na dotek. V každém řádku je uvedena situace, která se vyskytla v časovém rámci a šedou barvou jsem zvýraznila řádek, kdy probíhala komunikace mezi sestrou a pacientem. Viz záznam č. 1.

Záznamy z pozorování i vlastní reflexe jsem doslovně v den sběru přepsala a sdílela se svými kolegyněmi. Po výzkumném týdnu jsem si své záznamy opět pročítala a snažila jsem se v nich najít podobnosti a vzorce komunikace a uvědomovala jsem si současně specifickou odlišnost komunikace ve večerních hodinách. Sestry s pacienty komunikovaly minimálně, stejně tak lékaři. Zjistila jsem tak, že zaznamenaných dat mám opravdu málo a uvědomila jsem si, že do společného "fondu" získaných dat přispívám velmi málo. Cítila jsem se trapně vůči kolegyním a začala jsem se obávat, jak z toho mála vytvořím empirickou část své bakalářské práce.

Výzkumný vzorek

Vrchní sestra nám každý den přidělila jednoho pacienta, o kterého se starala jedna sestra. Kritéria, podle kterých vrchní sestra pacienty a sestry vybírala, neznáme. Během pěti dní jsme pozorovaly komunikaci sester s pěti pacienty. Měly jsme společný cíl: sledovat komunikaci (verbální i neverbální) mezi sestrou a pacientem popř. zpětnou vazbu pacienta. Jednalo se o pacienty v bezvědomí a na ventilátoru, jeden den jsme pozorovaly komunikaci s pacientkou, která byla při vědomí a dýchala spontánně, Dále jsme okrajově sledovaly okolnosti, které komunikaci ovlivňují (přítomnost lékařů, nelékařských pracovníků - sanitář, fyzioterapeut, radiační pracovník a návštěvy) a uvědomovaly jsme si co je pro každý pětihodinový rámec typické. S kolegyněmi jsme věnovaly zvýšenou pozornost doteku přičemž jsem si spíše pro mé poučení a zvědavost všímala i z jaké vzdálenosti od lůžka sestra s pacientem hovoří a jakou atmosféru sestra na boxu vytváří.

2.5. Analýza dat

V analýze jsem se zaměřila na výsledky pozorování komunikace mezi sestrou a pacientem v době 17–21 hodin a na analýzu situací, které jsem vnímala jako složité z pohledu výzkumníka.

2.5.1 Výsledky pozorování komunikace mezi sestrou a pacientem v době 17-21 hodin

V době mezi 17.00 - 21.00 se na oddělení nic důležitého neodehrává. Pozorováním jsem zjistila že:

A) Sestra na box přichází kontrolovat stav pacienta. Kontroluje fyziologické funkce, polohuje pacienta. U všech činností je málo komunikativní, dává přednost komunikaci s kolegy. Viz záznam č. 2

Záznam č. 2

čas	**mezi kým komunikace probíhá**	**přímá řeč a pozadí situace**	**neverbální komunikace k pacientovi**
17:29	komunikace sestra - pacient	Ukažte mi tu ručku, tady máte totiž arterku a ta Vám měří tlak	sestra přistupuje k pacientce a narovnává PHK
17:30	práce v Metavizi, komunikace sestra - pacient	*Bolest? Dobrý je to?* ptá ses sestra. Pacientka odpovídá: *Není*	pacientka kýve hlavou
20:32	práce v Metavizi, komunikace sestra - pacient	*Dobře. Zkusíme dát na mísu?* sestra odchází pro sanitáře, aby pomohl při polohování	pacientka souhlasně přikývne
20:35	komunikace sanitář - pacient	*Tak dáme na bok jo?* Položí lůžko pacientky do vod. polohy a otočí na bok	
		sestra přiloží podložní mísu pod pacientku	pacientka zakašle

B) Má za sebou dlouhou a náročnou směnu. Sestra box uklízí a připravuje se na předání pacienta noční směně, zapisuje a tiskne hlášení a kontroluje, zda splnila všechny ordinace. Viz. záznam č. 3.

Záznam č. 3

čas	**mezi kým komunikace probíhá**	**přímá řeč a pozadí situace**	**neverbální**

			komunikace k pacientovi
17:23	sestra ředí a podává léky		
17:30	komunikace sestra - sestra		
17:40	sestra pomáhá na jiném boxu		
18:02	práce s dokumentací, tisk hlášení		

C) Sestra, která přišla na noční směnu si předá hlášení a poté zapisuje do dokumentace, zajistí přítmí, aby měl pacient pohodlí, kontroluje stav pacienta. Viz. záznam č. 4.

Záznam č. 4

čas	**mezi kým komunikace probíhá**	**přímá řeč a pozadí situace**	**neverbální komunikace k pacientovi**
20:19	proplach dialyzačního katetru		sestra se dotýká
20:20	dialyzační pumpa zase pípá, sestra nastavuje parametry na přístroji		
20:23	práce s dokumentací		
20:27	úklid pomůcek		

2.5.2 Analýza složitých situací - bariér

Po konzultaci s vedoucí práce jsem se rozhodla doplnit cíl práce o identifikování bariér pro sběr dat v komunikaci sestra - pacient v resuscitační péči z pohledu pozorovatele. Znovu jsem pročítala své zápisy a zápisy kolegyň znovu a pokusila jsem se identifikovat situace, které byly z hlediska sběru dat i provádění celého výzkumu složité. Identifikovala jsem čtyři situace, které podrobně popisuji a snažím se pro ně najít vysvětlení. Každou situaci jsem analyzovala tak, že jsem si položila tři otázky: co jsem viděla (popsala jsem situaci), co jsem si myslela, co jsem cítila.

Situace 1

Co jsem viděla

Když jsme s vrchní sestrou a kolegyněmi dorazily na oddělení. Otevřely se dveře a hlavy ošetřovatelského personálu se otočily směrem k nám a shlédly nás od hlavy až k patě. Po tomto nepříjemném vstupu jsme dorazily na velín a byly jsme představeny personálu. Byly jsme vyzvány, abychom řekly svá jména a co bude naším předmětem zájmu po následujících pět dní. Některé sestřičky se usmívaly, některé seděly a popíjely si svou ranní kávu.

Co jsem si myslela

Na oddělení jsem se snažila být neviditelnou a mým cílem bylo pozorovat komunikaci sestry směrem k pacientovi. Přemýšlela jsem, jak bych se chovala já, kdybych věděla, že mě pozorují. Vadilo by mi, že vždy když vstanu ze židle a jdu k pacientovi, slyším klávesnici? Jak by mi bylo, když bych promluvila na pacienta, a za zády cítila, jak výzkumnice zvedla hlavu od počítače a sledovala každý můj pohyb? Musím uznat, že by mi to bylo velmi nepříjemné. Zpětně jsem si uvědomila, že jsem udělala velkou chybu, že jsem si zápisy psala do notebooku. Sestry měly možnost nahlédnout do mých záznamů, ale ani jedna tuto možnost nevyužila. Podle mého názoru je těžší nahlédnout do cizího notebooku než na list papíru. Myslela jsem si, že použitím notebooku při pozorováním budu záznamy psát rychleji, ale neuvědomila jsem si jaké prostředí a atmosféru notebookem vytvořím. Když bych měla záznamový arch, znamenalo by to, že si píši pouze informace, které jsou důležité pro mé pozorování. Přítomnost počítače mohla v personálu vyvolat obavy, že si píši informace, které jsou pro mé pozorování irelevantní.

Co jsem cítila

V prvním okamžiku jsem se cítila velmi nejistě. Ve chvíli, kdy nás vrchní sestra představila personálu oddělení, klesl můj entuziasmus na bod mrazu a opravdu jsem se netěšila na následující

dny. Já osobně bych se cítila jako pod křížovou palbou pichlavých pohledů, když bych byla sestra, kterou výzkumník pozoruje při práci. Cítila jsem se jak vetřelec, špion, kterého si najalo vedení kliniky.

Situace 2

Co jsem viděla

Na lůžkách intenzivního oddělení probíhají vizity dlouho. Vizit se vždy účastní primář, vedoucí lékař oddělení, lékař, který měl noční službu, lékaři nastupující na služby, vrchní sestra spolu se staniční sestrou a sestra, která má pacienta na starosti. Lékaři spolu diskutují o dalším postupu léčby, zajímají se, jak proběhla noční směna, zda jsou nějaké změny. Vrchní sestra nás během vizity představila přednostovi kliniky. Pan docent František Duška nám potřásl rukou a popřál mnoho zdaru do našeho pozorování. Všichni lékaři, kteří byli na vizitě u pacienta na boxu se nás vyptávali, proč tam jsme, jaký je náš cíl výzkumu, jaký bude náš výstup.

Co jsem si myslela

Po vizitě s vedoucím lékařem oddělení a docentem se lékaři uchýlili na box, kde kontrolovali pacienta a psali denní plán léčby. Žádný z lékařů nereagoval pozitivně ani negativně. Lékaři kladli otázky typu: *"Jaký je cíl výzkumu? A proč jste si vlastně vybrala toto téma? Budete výsledky prezentovat?"* Na otázky jsem nebyla schopná odpovědět tak, jak bych si přála, nebyla jsem sebevědomá a třásl se mi hlas.

Co jsme cítila - opakovaně

Shodli jsme se, že z tónu hlasu lékařů a z jejich otázek jsme necítili podporu nebo obdiv, ale spíše údiv, že nás komunikace mezi sestrou a pacientem zajímá. Zdálo se nám, že naši sondu nepovažují za důležitou, ale spíše zbytečnou.

Situace 3

Co jsem viděla

Pacient byl převážen na CT vyšetření. Sestřičce jsem nabízela pomoc s transportem pacienta a zdůraznila jsem, že pomůžu. Sestřička mě však uklidňovala, že to zvládnou, jen ať si vše pečlivě zaznamenám. Když jsme dorazili na CT, opravdu jsem měla co dělat, abych vše co nejpřesněji zapsala. V jednu chvíli, když pacienta přesouvali z lůžka na vyšetřovací lůžko, se na mě otočil lékař, vzdychnul a pronesl: *"Áááá, máme tady vědeckou pracovnici, tak ta nám s ničím nepomůže"*.

Co jsem si myslela

Myslela jsem si, že po představení vrchní sestrou mě bude personál považovat za výzkumníka a nebude ode mě očekávat pomoc. Když mě sestra ubezpečila, ať si vedu záznamy, uklidnilo mě to a potěšilo mě, že chápe důvod mé přítomnosti. Nicméně reakce lékaře mě velmi zaskočila. V tu chvíli jsem chtěla opustit oddělení a už se zpět nevrátit.

Co jsem cítila

Opravdu mě to mrzelo. Mrzelo mě to takovým způsobem, že jsem se chtěla z našeho pozorování odstoupit. Cítila jsem se poníženě a mé sebevědomí bylo sraženo na bod nula. Všimla jsem si, že pokud je člověk výzkumníkem, personál se nechová vstřícně. Tyto situace nebylo snadné zvládnout, mohou i zkreslit mou snahu o objektivní popis situace, neboť má emoční reakce byla velmi silná. Sama sebe jsem povzbuzovala, říkala jsem si, že musím nepříjemné situace zvládnout a postavit se jim čelem. Nenechat si poznámkami ostatních znechutit práci.

Situace 4

Co jsem viděla

Na boxech byly chvíle, kdy jsem si mohla se sestrami povídat. Rozhovory se týkaly spíše profesních zkušeností sester a většinou komentovaly naše pozorování. V jednom rozhovoru se sestřička svěřila či spíše rozčilovala nad naší přítomností na boxu. Podle ní bylo naše pozorování špionáž, a vedení nemělo dát souhlas. Bylo jí to velmi nepříjemné. Naše přítomnost jí přišla velmi neslušná. Další sestřička tvrdila, že kdybychom zatajily náš cíl práce, mohla by práci vykonávat, jak je zvyklá. Takhle věděla, na co se soustředíme, a to její chování mohlo ovlivnit. Výsledek tedy bude zkreslený. Vnímala jsem to téměř jako pohrdání mou prací. Je to další zkreslující parametr, který je nutné zahrnout do mé práce. Ukázala mně, že to, o co se na oddělení snažíme, je zbytečné.

Co jsem si myslela

Pro mě, jako pro studentku oboru ošetřovatelství je opravdu těžké "jen" sedět a s ničím sestřičce nepomáhat. Jsem zvyklá z praxí být sestře k ruce a být nápomocna. Velmi často během pozorování na RES II jsem si říkala, že si o mně sestry musí myslet, jak jsem líná, že s ničím nepomáhám. Chtěla bych zdůraznit, že vždy sledování lidí při práci, a zvláště zaměření se na nedostatky pracovníků, bude vnímáno negativně. Požadavek na pozorování komunikace musí vždy vzejít ze zájmu vedení kliniky.

Co jsem cítila

Cítila jsem se vyčleněná z kolektivu. Nebyla jsem brána jako jedna z nich, a to mi bylo velmi nepříjemné. Chtěla jsem se sestrami navázat kontakt, abych chvíle ticha odlehčila, ale nesetkalo se to s pochopením. Bylo mi líto, že mě vnímaly jako člověka, který sleduje jejich práci a chovaly se ke mně jako k člověku, který čeká na chybu, kterou udělají, abych si to mohla zaznamenat a vše převyprávět vedení kliniky.

2.6 Diskuse

Diskuze poslouží jako reflexe, která odhalí limity přístupu. Na podzim mě oslovila kolegyně, zdali bych nechtěla provádět sondu na RES II ve FNKV a já s radostí nabídku přijala, na sondě jsme spolupracovaly jako trojčlenný tým. Bakalářská práce mi umožnila realizovat můj první výzkum. Díky této zkušenosti jsem se si nastudovala literaturu o metodách výzkumu, komunikaci a ošetřovatelské péči v intenzivní medicíně. Naučila jsem se též své myšlenky a poznatky zhodnotit a zformulovat je do psané podoby. Zpětně si uvědomuji své nedostatky a chyby, které jsem během výzkumu provedla a kterým se v budoucích letech vyvaruji. Má teoretická příprava na výzkum nebyla dobrá.

Na pozorování jsem spolupracovala s dalšími dvěma kolegyněmi. Nikdy jsme žádný sběr dat neprováděly jako jednotlivci natož ve skupině. Zmapování situace nám umožnilo nahlédnout do zaběhlého režimu oddělení a dostaly jsme se přímo "pod ruce" všem pracovníkům RESu II. Kvůli rychlosti, se kterou jsme pozorování zahájily, jsme se s kolegyněmi nesetkaly a nestanovily si cíle společné výzkumu. Nesdílely jsme si naše představy. Ptám se tedy, jak bychom mohly mít společné cíle, když jsme se spolu nesetkaly a nevymyslely strategii výzkumu? Během pracovního týdne, kdy jsme sondu prováděly, jsme si za pochodu utvářely standard naší tabulky při pozorování. Je tedy otázkou jak by vypadal výsledek naší sondy s řádnou teoretickou přípravou.

Nyní bych trvala na společném setkání, které upřesní podmínky, které budou limitovat náš výzkum. Vytvořila bych jeden vzorový záznamový arch před samotným pozorováním. Společně bychom si stanovily strategii jakou budeme postupovat a čemu budeme přikládat zvýšenou pozornost.

V intenzivní péči je velmi důležitá komunikace neverbální. Pacienti si všímají spíše toho, jak se zdravotníci chovají, jakým tónem hlasu na ně sestra mluví, jestli je sestra upravená a voní, zda k lůžku pacienta přistupuje v klidu a nepůsobí zbrkle, jestli je usměvavá a jestli udělá to, co slíbí. Na intenzivních lůžkách je cílem, aby pacient netrpěl v bolestech. Už od narození jsme zvyklí na dotek druhé osoby, vytváříme si s matkou emoční pouto, které nám zajišťuje bezpečí. V partnerském životě je dotek nebo obejmutí zdrojem potěšení, totéž platí i v nemocnici. Proto jsme se s kolegyněmi zaměřily na dotek sestry vůči pacientovi. Fyzický kontakt může dodat pacientovi pocit,

že není sám, že o něj máme zájem, zároveň je i součástí ošetřovatelské intervence (polohování, hygienická péče).

Když jsme dorazily na oddělení, po krátkém představení jsme sestrám vysvětlily co budeme přesně sledovat. Řekli jsme všem pravdu, protože jsme se shodly na tom, že informace nebudeme zatajovat, protože neprovádíme "špionáž" a z etického hlediska lhát je pro všechny tři nepřijatelné. Mohou se samozřejmě objevit lidé, kteří budou namítat, že data jsou zkreslená, nicméně naše sonda měla za úkol zmapovat komunikaci, která probíhá mezi sestrou a pacientem a ne odposlouchávat pracovníky. Abych se opravdu stala neviditelná a získala objektivní data, musela bych na oddělení trávit více času, abychom se s personálem sblížili, bohužel to pro náš výzkum možné nebylo.

Z mých záznamů tedy vyplynulo, že sestry ke konci služby s pacientem nekomunikují. Tuto hypotézu odůvodňuji hned několika skutečnostmi, které jsem během pozorování odpozorovala. Sestra není mechanický robot, je to osoba, která má svou kapacitu a tudíž je nabíledni že v posledních hodinách své služby si tělo bude žádat odpočinek. Mé pozorování probíhalo ve večerních hodinách a je logické, že sestry pacientům dopřávají odpočinek. Na zkreslené výsledky výzkumu mohou mít vliv negativní postoje pozorovaných, které popisuji v situacích, a to díky tomu, že výzkum nebyl dříve naplánován a sestrám oznámen Zadavatelem této práce byla škola nikoli vedení kliniky. Práce odkrývá složité situace – bariéry výzkumu, které jsem zažila.

Závěr

Má bakalářská práce vznikla na základě mého zájmu o intenzivní péči a komunikaci. Práce popisuje důležitost komunikace v životě a práci sestry a v životě pacienta, který je hospitalizován na lůžkách intenzivní péče. Komunikace je nedílnou součástí našich životů. Byla součástí naší historie, doprovází nás na každém kroku a díky ní budujeme náš život. Sestra používá komunikaci jako nástroj aktivní ošetřovatelské péče. Aktivně využívá svých teoretických poznatků v praxi, příkladem je bazální stimulace jako součást komunikace s pacientem v bezvědomí.

Cílem bakalářské práce bylo monitorovat a posoudit komunikaci ve vztahu sestra – pacient, nicméně po konzultacích s kolegyněmi a vedoucí práce jsem zjistila, že shromážděné záznamy nebyly dobrým a kvalitním materiálem pro následnou analýzu. Díky této skutečnosti vyvstal nový cíl práce, tj. sledovat komunikaci mezi sestrou a pacientem při činnostech, které probíhají během dne na anesteziologicko – resuscitačním oddělení. Bakalářská práce poukazuje na čtyři autentické situace, které nastaly během sondy na pracovišti a jsou jistými bariérami pro sběr dat. V práci byly uplatněny metody pozorování, etnografie a autoetnografie.

Seznam použité literatury

1.BARTŮNĚK, Petr, Dana JURÁSKOVÁ a Jana HECZKOVÁ. *Vybrané kapitoly z intenzivní péče*. Praha: Grada Publishing, 2016. ISBN 978-80-247-4343-1.)

2. FRIEDLOVÁ, K. *Bazální stimulace pro pečující, terapeuty, logopedy a speciální pedagogy*. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR, 2015. 216 s. ISBN 978-80-904668-9-0.

3. FRIEDLOVÁ, K. Bazální stimulace v práci sestry. Sestra, 2003, 13(1): 15–17. ISSN 1210-0404.

4. FRIEDLOVÁ, K. *Bazální stimulace v základní ošetřovatelské péči.* Praha: Grada Publishing, 2007. 168 s. ISBN 978-80-247-1314-4.

5. FRIEDLOVÁ, K. in TOMOVÁ, Šárka a Jana KŘIVKOVÁ. Komunikace s pacientem v intenzivní péči. Praha: Grada Publishing s.r.o, 2016. ISBN ISBN 978-80-271-9539-8.

6. LEVATER, J., K., in n TOMOVÁ, Šárka a Jana KŘIVKOVÁ. Komunikace s pacientem v intenzivní péči. Praha: Grada Publishing s.r.o, 2016. ISBN ISBN 978-80-271-9539-8.

7.KAPOUNOVÁ, G. Ošetřovatelství v intenzivní péči. 1. vyd. Praha: Grada, 2007.

8. MIKULÁŠTÍK, Milan. *Komunikační dovednosti v praxi*. Praha: Grada Publishing, 2003. ISBN 80-247-0650-4.

9.. PELIKÁN, Jiří. *Základy empirického výzkumu pedagogických jevů*. 2., nezměn. vyd. Praha: Karolinum, 2011. ISBN 978-80-246-1916-3

10.SCHOPENHAUER, A. in TOMOVÁ, Šárka a Jana KŘIVKOVÁ. Komunikace s pacientem v intenzivní péči. Praha: Grada Publishing s.r.o, 2016. ISBN ISBN 978-80-271-9539-8.

11.ŠEVČÍK, Pavel a Martin MATĚJOVIČ. *Intenzivní medicína*. Třetí. Praha: Galén, 2014. ISBN 978-80-7492-066-0.

12.ŠEVČÍK, Pavel, Vladimír ČERNÝ a Jiří VÍTOVEC et al. Intenzivní medicína: druhé, rozšířené vydání. Praha: Galén, 2003. ISBN 80-7262-203-X.

13. TOMOVÁ, Šárka a Jana KŘIVKOVÁ. Komunikace s pacientem v intenzivní péči. Praha: Grada Publishing s.r.o, 2016. ISBN ISBN 978-80-271-9539-8.

14. TOUŠEK, Laco a Lenka J. BUDILOVÁ. *Vybrané kapitoly z kvalitativního výzkumu*. Plzeň: Západočeská univerzita v Plzni, 2015. ISBN 978-80-261-0471-1.

15. VYBÍRAL, Zbyněk. *Psychologie komunikace*. Druhé. Praha: Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-387-1.

Zahraniční zdroje

16. MUNCEY, Tessa. Doing autoethnography. International Journal of Qualitative Methods 4. 1-12. 2005.

17. PETERSON, Ashley L. A case for the use of autoethnography in nursing research. Journal of Advanced Nursing 2014. 226-231.

Seznam obrázků, tabulek a grafů

Záznam č. 1 24
Záznam č. 2 27
Záznam č. 3 27
Záznam č. 4 28