

Univerzita Karlova v Praze

1. lékařská fakulta

Studijní program: specializace ve zdravotnictví

Studijní obor: magisterský intenzivní péče (MIP)

ID studijního oboru: 5345TO24

Bc. Zuzana Schánilcová

Komunikační dovednosti sester pracujících na ARO/JIP

Magisterská práce

Vedoucí závěrečné práce: Mgr. Lenka Hejzlarová

Datum práce

Praha, 20. 05. 2009

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem závěrečnou práci zpracovala samostatně a že jsem uvedla všechny použité informační zdroje.

V Praze 20. 05. 2009

Podpis

Poděkování:

Touto cestou chci velmi poděkovat Mgr. Lence Hejzlarové za trpělivost, cenné rady a odborné vedení mé diplomové práce. Dále děkuji všem respondentům za ochotu a spolupráci při sběru dat.

Identifikační záznam:

ZUZANA, Schánilcová. *Komunikační dovednosti sester pracujících na ARO/JIP. [Communication Skills of Nurses Working at ICU in Hospital]*. Praha, 2008. 85 s., 3 příl., 23 grafů, 1 tabulka. Magisterská práce. Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta. Vedoucí práce: Mgr. Lenka Hejzlarová.

Abstrakt:

Diplomová práce se zabývá problematikou komunikace sester s pacientem na ARO/JIP. V teoretické části se snažím vysvětlit pojem komunikace, ukázat na důležité postavení sestry v komunikaci s pacientem, nastínit základní způsoby komunikace v ošetrovatelství a následně i komunikační problémy mezi sestrou a pacientem. Zároveň se snažím komplexně popsat možnosti komunikace sester na ARO/JIP s různým typem pacientů. V posledních částech teoretické oblasti se zabývám konceptem bazální stimulace a stručně popisuji pracoviště ARO/JIP, péči o pacienta v intenzivní péči a jeho potřeby.

Empirická část diplomové práce je zaměřena na komunikaci sester pracujících na ARO/JIP s pacientem s poruchou vědomí a s pacientem při vědomí se zajištěnými dýchacími cestami. K získání dat pro výzkumnou část byla zvolena metoda kvantitativního výzkumu – strukturovaný dotazník. Snahou výzkumné části bylo zjistit způsoby komunikace, které sestry používají u pacientů s poruchou vědomí a u pacientů při vědomí se zajištěnými dýchacími cestami a zároveň odhalit důvody problémů komunikace s těmito typy pacientů.

Klíčová slova:

Komunikace, komunikační dovednosti, sestra, pacient, pracoviště ARO/JIP, ošetrovatelství, bazální stimulace, poruchy vědomí, zajištěné dýchací cesty

Identifikace rekord:

ZUZANA, Schánilcová. Communication Skills of Nurses Working at ICU in Hospital. Prague, 2008. 85 pages, 3 supplements, 23 graphs, 1 table. Master work. Charles University Prague, 1st Faculty of Medicine. Supervisor: Mgr. Lenka Hejzlarová.

Abstract:

This dissertation work is concerned with some nurses' problems in communication with a patient at ARD/ICU in hospital. In theoretical part „I try to explain the concept communication”, to point at the important position of a nurse in communication with a patient, to outline the basic ways of communication at nursery care and consequently the communication problems between a nurse and a patient, too. At once I try to describe complexly some alternatives of nurses' communication at ICU with a different sort of patients. In last theoretical parts I deal with the concept of basale stimulation and I briefly describe the workplace ARD/ICU, the care of the patient in intensive care and his needs.

The experiential part of dissertation work is concentrated on communication of nurses working at ARD/ICU with a patient with a deficiency of consciousness with secure respiratory tract.

For getting data in the research part was chosen the method of quantitative research – the structural questionnaire. In this part I aimed at finding out the ways of communication using by nurses at patients with a deficiency of consciousness and the patients of fully consciousness with secure respiratory tract and to reveal both the reasons of problems in communication with these sorts of patients.

Key Words:

Communication, communication skills, nurse, patient, workplace ARD (anaesthetic resuscitative department), ICU (intensive care unit), nursery care, basale stimulation, deficiency of consciousness, secure respiratory tract.

Obsah

Úvod	9
1 Teoretická část	10
1.1 Komunikace	10
1.1.1 Sociální interakce a proces socializace.....	11
1.1.2 Funkce a struktura komunikace.....	11
1.1.3 Formy komunikace.....	13
1.1.3.1 Verbální komunikace.....	13
1.1.3.2 Neverbální komunikace.....	14
1.1.3.2.1 Členění neverbální komunikace.....	14
1.2. Komunikační dovednosti sester v ošetrovatelství	15
1.2.1 Komunikační role sestry.....	15
1.2.2 Způsoby komunikace v ošetrovatelství.....	16
1.2.3 Efektivní komunikace.....	17
1.2.3.1 Charakteristika efektivní komunikace.....	17
1.2.3.2 Možnosti efektivní komunikace.....	18
1.2.4 Rozhovor mezi sestrou a pacientem.....	19
1.2.4.1 Druhy rozhovoru.....	20
1.2.4.2 Nedirektivní vedení rozhovoru.....	21
1.2.5 Kontraproduktivní komunikace.....	22
1.2.5.1 Bariéry v komunikaci.....	22
1.3 Komunikace s pacientem na ARO/JIP	23
1.3.1 Specifika verbální a neverbální komunikace na ARO/JIP.....	24
1.3.2. Možnosti komunikace s pacienty na ARO/JIP.....	25
1.3.2.1 Komunikace s pacientem s poruchou vědomí.....	26
1.3.2.2 Komunikace s pacientem s endotracheální či tracheostomickou kanylou.....	27
1.3.2.3 Komunikace s umírajícím.....	29
1.3.2.4 Komunikace s pacienty se specifickými potřebami.....	30
1.3.2.4.1 Agresivní pacient.....	30
1.3.2.4.2 Úzkostný pacient.....	31
1.3.2.4.3 Depresivní pacient.....	32
1.3.2.5 Další možnosti komunikace s pacienty na ARO/JIP.....	33
1.3.3 Komunikace s rodinou nemocného.....	34
1.4 Bazální stimulace	35

1.4.1 Vznik konceptu.....	36
1.4.2 Současná situace.....	36
1.4.3 Komunikace v konceptu bazální stimulace.....	37
1.4.4 Prvky bazální stimulace.....	38
1.4.4.1 Somatická stimulace.....	38
1.4.4.2 Vestibulární stimulace.....	39
1.4.4.3 Vibrační stimulace.....	40
1.4.4.4 Optická stimulace.....	40
1.4.4.5 Auditivní stimulace.....	41
1.4.4.6 Orální stimulace.....	41
1.4.4.7 Olfaktorická stimulace.....	41
1.4.4.8 Taktilně-haptická stimulace.....	41
1.5 Pracoviště ARO a JIP.....	42
1.5.1 Péče o pacienta na oddělení intenzivní péče.....	43
1.5.2 Potřeby pacienta v intenzivní péči.....	44
2 Empirická část.....	46
2.1 Cíl práce.....	46
2.2 Stanovené hypotézy.....	46
2.3 Metodika výzkumu.....	47
2.3.1 Použité metody výzkumu.....	47
2.3.2 Charakteristika výzkumného souboru.....	47
2.4 Výsledky.....	48
3 Diskuze.....	72
4 Závěr.....	79
5 Seznam použité literatury.....	81
6 Seznam použitých zkratk.....	84
7 Přílohy.....	85

Úvod

„ Také slova jsou činy“

(Ludwig Wittgenstein)

Komunikace znamená být ve spojení. Každý z nás komunikuje. Mluvíme řečí, písmem, tělem, vzhledem, pohybem i výrazem tváře. Člověk nemůže nekomunikovat. Komunikace slouží k vytváření a udržování mezilidských vztahů, sdílení určité informace, dorozumívání se. Uplatňuje ve všech oborech lidské činnosti, a proto je i nezbytnou součástí zdravotnické profese.

Komunikace není ve zdravotnictví vůbec novým pojmem. O správné a nesprávné komunikaci s nemocným, toho již bylo mnoho řečeno a napsáno, a i přesto mají některé sestry v komunikaci s pacientem velké problémy. A právě toto mě přivedlo k výběru mé diplomové práce na téma „Komunikační dovednosti sester pracujících na ARO/JIP“, neboť si myslím, že komunikace, zvláště pak v intenzivní péči, může „léčit“ mnohem víc než si myslíme.

Na JIP a ARO jsou často hospitalizováni pacienti, kteří vyžadují speciální formu komunikace, ať už z důvodu poruchy vědomí, zajištění dýchacích cest či jiné diagnózy. Komunikovat s člověkem, který je v nelehké situaci, má trápení, bolest, je nervózní či nazlobený, není jednoduché. Stejně tak náročné je domluvit se, získat a předat nejen informace, ale i povzbuzení a naději. Vždy je třeba mít na paměti, že každý pacient komunikuje jinak. Základem je naučit se komunikovat s ním a naučit komunikovat jeho.

Role komunikátorky v povolání sestry je významná a zasahuje do veškerých aktivit její činnosti. Sestra na ARO/JIP má být nejen oporou nemocného, ale i jeho rodiny, která musí čelit strachu ze ztráty milované osoby, ale také učít se žít s doposud neznámou situací – jak se ke svému blízkému chovat, jak pomáhat, když se často sami cítí bezmocní.

Kvalitní ošetrovatelská péče je nemyslitelná bez komunikace mezi sestrou a pacientem. Schopnost komunikovat slouží k navázání a rozvíjení kontaktu s pacientem. Komunikace je dovednost, kterou je možné rozvíjet kdykoliv v životě člověka. Domnívám se, že více než umět, je prvním krokem chtít – pak se můžeme zdokonalit

1 Teoretická část

1.1 Komunikace

Komunikace je pojem, který má velmi široké použití. Komunikace pochází z latinského slova *communicare*, což znamená něco spojovat. V obecné rovině je definována jako proces sdělování informací v sociálním kontaktu prostřednictvím nejrůznějších signálů a prostředků: ústně, písemně, mimikou, gesty a dalším neverbálním chováním, a to především přímo mezi dvěma či více lidmi, dále pak pomocí tisku, rozhlasu či dalších médií. (7, 16)

V komunikačním procesu probíhá sdělování i přijímání informací. Tyto informace mají určitý význam, který je různým způsobem prezentován, obvykle pomocí nějakých symbolů (např. slov nebo gest), které užíváme k vyjádření pocitů, myšlenek, potřeb, apod. V tomto procesu dochází i ke společnému sdílení této situace a určitému způsobu jeho prožívání, zahrnující vzájemný vztah komunikujících partnerů. V psychologii není komunikace považována jen za pouhý přenos informací mezi sdělujícím a příjemcem. Jde o mnohem více. Jde o sebe prezentaci, o vyjadřování postojů k předmětu, ke komuniké, ale i k příjemci informace. Jde o různou úroveň působení, ovlivňování, znesnadňování, či usnadňování porozumění. (16, 26)

Schopnost komunikovat s druhými lidmi má pro sociální život a pro začlenění jedince do společnosti velký význam. Naše potřeba komunikace je jednou z nejdůležitějších potřeb života. Žít znamená komunikovat. Potřeba komunikace je součástí potřeby sociálního kontaktu. Komunikace odráží vztahy mezi lidmi a může je zároveň také nějak ovlivňovat. Působí i na vztah ke skupině a podporuje jeho identifikaci s tímto společenstvím. Uspokojuje také potřebu orientace, jejím prostřednictvím získáváme různé informace, které přispívají k porozumění okolnímu světu, zejména sociálnímu, jeho předvídatelnosti, a tím usnadňuje i adaptaci na jeho podmínky. Komunikace vychází i z potřeby sebepotvrzení, resp. sebeuplatnění. V tomto procesu si člověk může potvrdit své vlastnosti a kompetence, jejich hodnotu i svou vlastní identitu. Může se v rámci tohoto procesu prosadit, získat pozornost a respekt (ale někdy tomu může být i naopak). Prostřednictvím komunikace člověk potvrzuje svou konformitu k sociálním požadavkům tím, že komunikuje v souladu se svou rolí, svým sociálním postavením i platnými normami. Všechny tyto potřeby vychází z motivace ke komunikaci, kterou má každý člověk v různé intenzitě, která kolísá a závisí na řadě okolností. Přesto někteří lidé nemají tak silnou potřebu navazovat vztahy, posilovat je,

komunikovat a sdělovat své pocity, postoje a názory. Důvody proto mohou být různorodé. (16, 26, 28)

1.1.1 Sociální interakce a proces socializace

Proces vzájemného sociálního kontaktu, vzájemné komunikace, se nazývá interakce. Znamená jednostranné sdělení nebo vzájemnou výměnu informací. Jejím prostředkem jsou nejen slova a gesta, ale chování vůbec. Sociální interakce je obecnějším a v určitém smyslu i pojmem širším a nadřazenějším než sociální komunikace. To co zahrnuje navíc, se týká spíše aktivity konativní a potenciální možnosti. Aktivita každého člověka je zároveň výsledkem i příčinou aktivity jiných lidí. Aktivitou zúčastněných v případě mezilidského chování mohou být i tělesné pohyby. (10, 16, 17)

Komunikační schopnosti se rozvíjejí v procesu socializace, v kontaktu s lidmi, kteří takového způsobu užívají a představují pro dítě model. Dítě se tak naučí nejen komunikovat, tj. mluvit a chápat, že je také možné vyjádřit různá sdělení, ale i to, že způsob komunikace je závislý na tom, s kým a v jakém sociálním kontextu tato interakce probíhá. Komunikace je prostředkem socializace, nejenom jejím produktem. Prostřednictvím komunikace se člověk dozvídá, jaké jsou požadavky společnosti, její normy, role, uznávané hodnoty apod., a stejným způsobem získává zpětnou vazbu o vhodnosti svého chování. Pokud by možnost verbálního sdělení chyběla, socializační vývoj by tím byl značně ochuzen. (26)

1.1.2 Funkce a struktura komunikace

Komunikace má zpravidla svůj účel a smysl. Můžeme také hovořit o funkci, kterou chce plnit nebo kterou bezděčně plní. Každá komunikační výměna plní jednu či více funkcí – synchronně nebo asynchronně tím, že od jednoho účelu se přejde ke druhému. Funkcí a rovněž dopadem na příjemce dostává komunikace smysl. Mezi hlavní funkce našeho komunikování patří:

- Informovat – cílem je předat někomu nějakou informaci.
- Instruovat - cílem je vysvětlit, naučit, instruovat.
- Přesvědčit - cílem je komunikačního partnera ovlivnit, získat na svou stranu, zmanipulovat.
- Podpořit – cílem je vyjádřit někomu podporu.

- Pobavit – cílem je relaxace, pobavit se, rozptýlit se, popovídat si. (28)

Sociální komunikace je proces, který se uskutečňuje v určitém časovém sledu, prostředí a za určitých podmínek. V komunikačním systému jsou rovnocenně zastoupené jednotlivé složky, které se navzájem prolínají a tvoří strukturu sociální komunikace:

- Komunikátor – je ten, kdo vysílá nějakou zprávu; předpokládá, že příjemce má společný nebo podobný repertoár poznatků, který umožňuje porozumět tomu, co mu chce sdělit, a že má podobný kódovací systém.
- Komunikant – je ten, kdo přijímá vyslanou zprávu; jeho vnímání je ovlivněno osobnostní rovnicí, vlastními zkušenostmi, prožitky, záměry a cíli.
- Komuniké- vyslaná zpráva jako myšlenka nebo pocit, který jeden člověk sděluje druhému; vyslaná zpráva má podobu verbálních a neverbálních symbolů; když použijeme slovo označující konkrétní věc, většinou poslouchající pochopí, co je tím míněno; poněkud složitější situace ale nastává u slov abstraktních a případných symbolů neverbálního charakteru.
- Komunikační jazyk – komunikační zpráva se předává prostřednictvím určitého komunikačního jazyka. I když mluvíme stejným jazykem, neznamená to, že si musíme vždy rozumět.
- Komunikační kanál – je cesta, kterou je nějaká formace posílána; při komunikaci tváří v tvář (face to face) jsou hlavním kanálem zvuky, pohledy a pohyby těla. Při zprostředkovaném komunikování jsou komunikační prostředky poněkud ochuzené.
- Zpětná vazba (Feed back) – reakce na přijatou zprávu v podobě potvrzení a způsobu interpretace. Zpětná vazba je při komunikování velmi důležitá, neboť udržuje oba účastníky v komunikační situaci, dává informaci o tom, jak je zpráva přijata a chápána. Při osobním kontaktu je vždy větší šance pro zpětnou vazbu, a tím také pro porozumění. Zpětná vazba má funkci regulativní, sociální, poznávací, podpůrnou, provokující. Je důležité, aby zpětná vazba následovala co nejdříve po přijetí zprávy.
- Komunikační prostředí – je důležitým prvkem komunikace; prostředí má významný vliv na komunikaci. Komunikační prostředí zahrnuje prostor, kde se komunikace odehrává, osvětlení, uspořádání místnosti, přítomnost různého počtu lidí. Dále podněty, které působí a ovlivňují komunikátora i komunikanta, ale také komuniké formou zkreslení, které působí jako komunikační šum (informaci, která se nám mísí do vnímaného komuniké od někoho třetího).

- Kontext – je situace, celkový rámec, ve kterém komunikace probíhá. Má svoji vnitřní a vnější složku. Vnitřní je to, co se odehrává v nás, v naslouchajících, jak na nás komuniké působí. Vnější kontextem jsou všechny stimuly, které na nás působily dříve a působí i nyní. (13, 16)

1.1.3 Formy komunikace

Komunikace může mít různou formu, obvykle se rozlišuje verbální a neverbální způsob komunikace, mezi nimiž není jednoznačná hranice. (26)

1.1.3.1 Verbální komunikace

Verbální komunikace je symbolická forma komunikace, založená na znakovém systému. Jako symboly pro vytváření a předání významů užívá slova. Je specificky lidským způsobem komunikace, která má formu mluvené nebo psané řeči v užším smyslu. Nezbytným předpokladem pro její užití je sdílení určitého jazykového systému a jeho pravidel. Důležité je ale i stejné chápání významu jednotlivých slov. Výhodou tohoto typu komunikace je možnost časového a prostorového přesahu pomocí uchování takového sdílení např. ve formě psaného projevu, zvukové stránky apod. Ve verbálním sdělení lze rozlišit: 1. význam, tj. definici slova, která je obecně sdílená, jde o denotativní funkci slova, 2. smysl, tj. individuálně specifické chápání slova, které je závislé na jedinci, na jeho zkušenostech, aktuálním stavu i vztahu k označované skutečnosti, zahrnuje i její hodnocení, závisí na ní interpretace celého sdělení. Tato funkce slova je označována jako konotativní. (26)

Každá subkultura i jednotlivé sociální skupiny si vytvářejí svůj slovník, specifický systém různých vyjádření a slovních spojení (např. profesní mluva, slang dospívajících apod.), tj. skupinový styl. Tatáž slova, resp. stejná slovní spojení, tudíž mohou mít za různých okolností rozdílné významy. Míra odlišnosti verbální komunikace slouží jako symbolická hranice mezi jednotlivými skupinami a její porozumění může vyžadovat členství v této skupině. Svůj komunikační styl mají i jednotliví lidé. Každý jedinec si vytváří individuální styl verbálního vyjadřování, v němž se projevuje nejenom jeho sociální postavení a různé role, ale i mnohé osobnostní vlastnosti. (26)

1.1.3.2 Neverbální komunikace

Neverbální komunikace užívá ke svým sdělením jiných než slovních komunikačních prostředků. Obecně lze říci, že jakýkoliv projev chování může fungovat jako sdělení. Neverbální komunikace bývá součástí komunikace verbální. Verbálně vyjádřené sdělení je neverbálním projevem upřesněno, podpořeno, akceptováno atd., slouží jako jeho kontext či doprovod. V některých případech může verbální sdělení nahradit, funguje jako významová zkratka. Rozdíl mezi verbální a nonverbální komunikací pak spočívá zejména v tom, že první je úmyslná, druhá velmi často neúmyslná. Neverbální komunikace se dá jen těžko ovládat vůlí, obtížně skrývat. Neverbálním způsobem bývají často vyjadřovány emoce, ale i postoj ke sdělovanému obsahu nebo komunikačnímu partnerovi. I neverbální komunikaci se člověk musí naučit, protože většinou jde o sociokulturně podmíněné projevy, které se v jednotlivých společnostech liší. Každému neverbálnímu projevu lze správně porozumět teprve v jeho situačním kontextu. Tato skutečnost, může vést k mnoha omylům a vzájemnému nepochopení mezi lidmi, kteří pocházejí z jiného prostředí. (17, 20, 26)

1.1.3.2.1 Členění neverbální komunikace

Mimika – výraz obličeje. Umožňuje vyjádření mnoha významů, je velice variabilním prostředkem komunikace. Pomocí mimiky vyjadřujeme emoce, kulturně tradovaná gesta (úsměv) a instrumentální pohyby (výraz obličeje při kýčání). Některé mimické výrazy jsou vrozené, jiné jsou naučené v socializačním procesu. Vrozeným mimickým projevům rozumí stejně lidé z různých kulturních prostředí, ale naučené mimické projevy bývají rozdílnější a specifitější.

Proxemika – přiblížení a oddálení. Vzájemné postavení, orientace a blízkost komunikujících partnerů vyjadřuje jejich vztah a slouží jako kontext verbálního sdělení. Fyzická blízkost či vzdálenost symbolicky vyjadřuje i vztah ke komunikačním partnerům. Míra blízkosti je pro různý druh kontaktu vymezena sociálními normami. Proxemické zóny jsou intimní (0-45 cm), osobní (45-120 cm), sociální (1,20-3,60 m) a veřejná (3,60-7,60 m). Důležitá je i pozice, kterou k sobě komunikační partneři zaujmají, např. zda se od sebe odtahují, odklánějí, zda je mezi nimi někdo či něco jiného apod.

Haptika - dotek, tělesný kontakt. Má značný komunikační význam, mohou vyjadřovat blízkost, ale i ohrožení. Nejčastější místa dotyku jsou ruka, ramena, hlava.

Gesta - jsou pohyby, které mohou vyjadřovat nějaké sdělení, často mívají jednoznačný význam. Mohou nahrazovat slova, ale stejně tak mohou doprovázet slovní sdělení a akcentovat jeho obsah. Repertoár gest je v různých kulturách různě rozsáhlý a stejně tak se mohou lišit i významy určitých gest.

Řeč očí - oční kontakt slouží jako prostředek k navození a udržení komunikace, někdy může být chápán jako výzva, jako provokující projev. I jeho význam je sociokulturně podmíněn.

Posturologie - řeč držení těla, fyzických postojů a polohových konfigurací.

Kinezika - řeč pohybů.

Paralingvistické projevy - neverbální aspekty řeči, jako je její tón a hlasitost, intonace hlasu, akcenty, odmlky apod., slouží k upřesnění verbálního sdělení. Pomáhá nám, abychom jej žádoucím způsobem pochopili. (12, 26)

1.2. Komunikační dovednosti sester v ošetrovatelství

Komunikace v ošetrovatelství by neměla být považována za něco automatického. Existuje rozdíl mezi bezděčnou a záměrnou komunikací. Dobrá komunikace je základem úspěšné ošetrovatelské péče. Při mnoha ošetrovatelských činnostech, např. při příjmu nemocného, převozu a propuštění pacientů, předoperační a pooperační péči, instruování pacienta a přípravě na všechny ošetrovatelské zákroky, musí sestra zahajovat, podněcovat a udržovat vhodnou komunikaci s pacientem a musí tak činit jasně a jednoznačně. (23)

Pacienti mohou mít nejrůznější potřeby komunikace. Potřebují radu, ujištění, konzultaci nebo společenský kontakt. Jak sestra dokáže splnit tyto potřeby, záleží na jejích komunikačních dovednostech a zkušenostech, avšak musí poznat, kdy pacient potřebuje informace, společenský kontakt, nebo má ke komunikaci jiný důvod. Dobrá komunikace není snadná – vyžaduje mnoho dovedností – naslouchat, ptát se, povzbuzovat a být srdečný. (23)

1.2.1 Komunikační role sestry

S rozvojem ošetrovatelství se postupně mění role sestry. Jen málo profesí v posledním období prodělalo takové změny jako povolání sestry. Role sestry prošla složitým vývojem v minulosti, ale mění se i dnes. Vynucuje si to nejen pokrok v medicíně a ošetrovatelské péči, ale do oboru pronikly i nové poznatky psychologie,

pedagogiky, sociologie, zdravotnické techniky a etiky. Dosažení a udržení standardu ošetrovatelské péče vyžaduje od sester nové vědomosti a širší spektrum poznatků, a to především ve vztahu k sociálním problémům, které obklopují a provázejí nemoc, zdraví jedince či skupiny. Povolání sestry vyžaduje nejen schopnost pečovat o fyzickou stránku pacienta, ale v čím dál větší míře se týká i schopnosti pečovat o pacientovu stránku psychickou, s čím bezprostředně souvisí i schopnost efektivní komunikace. Zvláštní důraz se v poslední době klade na zdokonalení komunikačních dovedností zdravotnických pracovníků. (1, 4, 10, 22)

Role sestry v komunikaci s pacientem je zcela zásadní. Právě při pomoci – při poskytování odborné péče, při obsluhování má mnoho příležitostí ke komunikaci s pacientem, je mu často lidsky blízká, protože s ním tráví hodně času, z návštěv zná jeho rodinu, bývá zasvěcována i do jeho osobních až intimních záležitostí. Proto i pro sestru bývá někdy obtížné akceptovat špatné zprávy, které pacienta někdy neminou, zvláště jde li o kritické situace. Proto musí sestra být velmi dobře připravena odpovídat na otázky, jimiž se pacient trápí. Sestra ho může odkázat na lékaře pouze v případě, když se jedná o otázky charakteru diagnostického, o léčbu, léky, o prognózu. V ostatních případech by měla odpovědět sama. (14)

1.2.2 Způsoby komunikace v ošetrovatelství

Při komplexní ošetrovatelské péči o nemocného patří dobrá komunikace sestry mezi priority. V praxi rozlišujeme tři druhy profesionální komunikace, každý druh má své zákonitosti i význam.

1. Sociální komunikace – jde v praxi o běžný rozhovor a kontakt s nemocným jak ve zdravotnických zařízeních, tak v domácí péči. Sociální komunikaci sestra předem neplánuje. Odehrává se při neformálních střetnutích a probíhá více méně spontánně (např. komunikace při ranní hygienické péči, podávání jídla, léků atd.).

2. Specifická (strukturovaná) komunikace – sestra působí edukačně, motivuje nemocného k další léčbě. Při sdělování faktů je důležitá zpětná vazba, zda nemocný sdělení rozumí. Strukturovaná komunikace má určitý, předem stanovený obsah. Sestra si předem stanoví cíl rozhovoru (např. poučit pacienta o režimu před vyšetřením). Tato oblast komunikace je problematická u nemocných se sníženou schopností komunikovat.

3. Terapeutická komunikace – odehrává se často formou rozhovoru s nemocným. Při denním kontaktu s nemocným člověkem poskytuje oporu a pomoc v těžkých chvílích rozhodování, přijímání nepříjemných či velmi závažných

skutečností, pomoc při adaptaci na změnu. Podpůrný terapeutický rozhovor s nemocným má za úkol zvýšit účinnost jiných léčebných přístupů u somaticky či psychosomaticky nemocných. Terapeutická komunikace je charakterizovaná atmosférou porozumění, stejného naladění, důvěry a spolupráce. (12, 13, 27)

1.2.3 Efektivní komunikace

1.2.3.1 Charakteristika efektivní komunikace

Jde o otevřenou komunikaci, kde nedojde ke zkreslení informací, a komunikující partneři si rozumí. Odpovídá stylu výhra/výhra. V rámci sociální interakce, v rámci pomáhajících profesí, je efektivní komunikace taková, která má jasně stanovené cíle a v konečném výsledku umožní pochopení problémů pacienta, popřípadě jejich vyřešení společnou aktivitou. Umožňuje společné rozhodování a směřování dalších diagnostických a terapeutických intervencí. Navozuje vztah důvěry mezi poskytovatelem pomoci a jejím žadatelem/pacientem. Efektivní komunikace je podmínována naplněním sedmi bodů:

- **Credibility** – Důvěryhodnost: komunikace stojí na atmosféře důvěry a víry, kdy příjemce spoléhá na udělovatele, na kompetentnost jeho informačních zdrojů v dané problematice.
- **Context** – Kontext: komunikační program musí být přiměřen reálnému prostředí, kontext musí odpovídat sdělení, nikoliv s ním být v rozporu, neboť efektivní komunikace vyžaduje podporu sociálního prostředí.
- **Content** – Obsah: sdělení musí mít pro příjemce význam, musí odpovídat jeho vlastnímu systému hodnot, musí být relevantní pro jeho situaci, obsah determinuje příjemce sdělení.
- **Clarity** – Jasnost: sdělení musí být vyjádřeno v jednoduchých pojmech. Složitější stanoviska mají být zhuštěna do jednoduchých tezí, sloganů, stereotypů. Čím déle sdělení putuje, tím by mělo být jednodušší.
- **Continuity and consistency** – Kontinuita a konzistence: komunikaci je třeba považovat za nikdy nekončící proces, vyžadující neustálé opakování, samotné sdělení pak musí být konzistentní.
- **Channels** – Kanály: jednou vytvořené komunikační kanály je třeba náležitě využívat, tvorba nových je velmi složitá. Příjemce sdělení informací různými komunikačními kanály spojuje různé hodnoty.

- Capability – Schopnost veřejnosti: komunikace musí počítat se schopnostmi příjemců, proto je neefektivnější, jestliže vyžaduje co nejmenší zvláštní úsilí na straně příjemce, což předpokládá znát jeho zvyky, schopnost přijímat informace, znalosti apod. (20)

1.2.3.2 Možnosti efektivní komunikace

Kvalitní ošetrovatelská péče je nemyslitelná bez vzájemné komunikace mezi sestrou a pacientem. Sestra nevystačí pouze s běžným způsobem komunikace. Potřebné je, aby si osvojila specifické komunikační praktiky a zručnosti, mezi které patří např. aktivní naslouchání, zpětná vazba, respekt, výklad, mlčení, ticho, porozumění a rada. (20)

Aktivní naslouchání je jednou z možností efektivní komunikace. Je definováno jako stav, kdy aktivně posloucháme druhou osobu, snažíme se porozumět tomu, co nám sděluje. Jsme schopni pozorně vnímat informace, držet se hlavního tématu. Aktivní naslouchání poskytuje na sdělení odezvu, dává najevo, že soustředěně vnímá a porozuměl obsahu předávaných informací. Naslouchající reaguje, dává zpětnou vazbu, podporuje. Je důležité vědět, že neradí, alespoň ne prvoplánově. Pokouší se pomocí nalézt odpovědi na otázky a řešení problémů spolu s osobou, která je sděluje. Bývá označováno jako důležitá součást rozhovoru, je jeho aktivní složka. Jde v něm nejen o to, že slyšíme, ale také o to, že chápeme a rozumíme. To znamená správně interpretovat, co se v komunikaci dozvídá. Nasloucháním jsou vytvářeny podmínky k rozhovoru, tím, že nasloucháme, umožňujeme druhému splnění jeho přání a dáváme najevo ochotu pomoci. Aktivní naslouchání si vyžaduje soustředění pozornosti, otevřenou mysl a zájem o to, co se hovoří. Být dobrým posluchačem znamená zbavit se vlastních předsudků, zaujatosti a ostatních vnějších a vnitřních elementů. Naslouchání umožňuje rozeznat potřeby pacienta bez ohledu na to, či jsou vyjádřeny verbálně, neverbálně nebo nesměle naznačené. (20)

Komunikace nespočívá jen ve výměně informací. Když sestra pacientovi něco hovoří, je to jen jednostranný proces, proces bez zpětné vazby. Zpětnou vazbou dává sestra pacientovi najevo, jak zprávu zpracovala a přijala. Na to, aby zpětná vazba vznikla, je potřebné i rozhodnutí sestry a pacienta, či vůbec chtějí nebo nechtějí do komunikačního procesu vstoupit. Když se rozhodnou, že navzájem budou komunikovat, je třeba si vyjasnit o čem a proč. Mezi důležité zpětnovazebné techniky, které přispívají k úspěšnosti komunikace, patří parafrázování (např. „Jestli tomu dobře rozumím, tak vy

říkáte...“), kontrolní otázky, aktivní naslouchání a tzv. empatické výroky (např. „Umím to pochopit“). Když si sestra není jistá, zda dobře rozumí, v rámci zpětné vazby se může pacienta zeptat (např. „Nejsem si jistá, zda jsem vás správně pochopila...“). Pro vznik a průběh zpětné vazby je nevyhnutelné, aby sestra splnila určité požadavky. V roli odesílatele by se měla vyjadřovat konkrétně, srozumitelně, jasně a přesně, se zachováním formální stránky jazykového projevu. Důležité je poskytnutí přiměřeného množství informací, soulad mezi verbálním a neverbálním projevem, otevřenost a ověření si, či a jak pacient informaci přijal. V roli příjemce by sestra měla především chtít informaci přijmout. Je důležité, aby koncentrovala pozornost, aktivně naslouchala, neskákala do řeči, akceptovala pacienta a nesnažila se číst jeho myšlenky. Cílem pozitivní zpětné vazby je upevnění žádoucího chování a konání, cílem negativní zpětné vazby je oslabení nežádoucího chování. (13)

Respektem vyjadřuje sestra nejen postoj k pacientovi, ale i ho oceňuje jako lidskou bytost. Respekt je zřejmý z jejího chování, což znamená, že v čase a prostoru vymezeného pro něho se mu věnuje. Respekt je znakem spoluúčasti sestry na jeho situaci, problémech, starostech a zároveň výrazem její důvěry k pacientovi. Vyjadřuje také ochotu přijat jeho individuální osobnost, názory, myšlenky, postoje či potřeby. Pacient cítí, že má svou hodnotu.

Mlčení a ticho patří mezi další komunikační zručnosti sestry. Ticho má v komunikaci svou funkci. Bylo by chybou myslet si, že celý čas musí být vyplněný jen slovy.

Projev porozumění sestry je spojený s akceptací osobnosti pacienta. Důležitou součástí porozumění je ubezpečení pacienta, že mu porozuměla, že chápe jeho situaci, názory, myšlenky a potřeby. (13)

1.2.4 Rozhovor mezi sestrou a pacientem

Nemocný člověk má často potřebu o svých problémech a pocitech s někým hovořit, podělit se o svá trápení, chce být vyslechnut, pochopen. Sestry bývají často zaskočeny autentickými výpověďmi pacienta, neví si rady jak zareagovat. (10)

Rozhovor je plánovaná komunikace nebo konverzace. Uplatňuje se ve všech fázích ošetrovatelského procesu. Základem verbální komunikace je schopnost navázat a udržovat s pacientem slovní kontakt. Prostřednictvím slov sestra udržuje, získává, přesvědčuje, poslouchá, povzbuzuje či motivuje. Měla by s nimi zacházet opatrně, uvědoměle a cíleně. (13)

Rozhovor lze tedy popsat velmi jednoduše – někdo někomu něco říká. To co říkáme, má určitý záměr, určujeme významovou strukturu sdělení. Protože ve zdravotnictví hraje podstatnou úlohu nemoc, musíme si uvědomit, že ji ve svém okolí nenajdeme, je tam nemocný člověk a ten je předmětem našeho zájmu, nikoliv jeho potíže. Setkání zdravotníka s pacientem probíhá jako setkání dvou konkrétních lidí v konkrétním čase a místě a zároveň se začleňuje do širších souvislostí. Jeho součástí je i představa, jakou pacient má o zdravotnickém systému, o nemoci, o naší profesi. Rozhovor je tedy velmi důležitý pro získání pacientovi důvěry. (27)

1.2.4.1 Druhy rozhovoru

Ve zdravotnické praxi se nejčastěji setkáváme s rozhovorem terapeutickým, informačním a edukačním. Ve všech je potřeba mít stále na paměti, že v rozhovoru jsme partneři a máme rovnocenná místa. (27)

Terapeutický rozhovor – často slyšíme, že dobré slovo léčí. Sestra je tím, kdo přichází s pacientem do bezprostřední blízkosti a je s ním často. Od běžných rozhovorů sociální komunikace se dostává do rozhovorů, kde ústřední roli hrají pocity pacienta. Nasloucháním tomu, co pacient cítí, je to nejdůležitější co máme vyslechnout, a to jak na verbální, tak neverbální úrovni. Nejčastějšími pocity, se kterými se v praxi setkáváme, je strach, úzkost, smutek, zklamání, vztek, tíseň. I když se naši pacienti nacházejí v náročné životní situaci, neprožívají jen negativní emoce, k jejich pocitům bude patřit i radost, potěšení, klid a láska. Důležité je nezůstat k pocitům druhého v rozhovoru lhostejní a dovolit si je sdílet. Zároveň si uvědomujeme i pocity vlastní a můžeme je prožívat. O přijímání pocitů v rozhovoru mluvíme jako o akceptaci. Akceptovat pocity znamená dávat druhým najevo, že vnímáme to, co prožívá. V nemocnici se můžeme setkat s člověkem, který se ocitl díky své nemoci a jiným okolnostem v životní krizi a nedokáže ji řešit. Pokud s námi o své bezvýchodné situaci hovoří, často zjišťujeme, že problémy nazírá jen z velmi úzkého zorného úhlu. Operuje pouze s vybranými údaji a ignoruje širší souvislosti. Rozhovor s pacientem je nutno vést tak, aby danou situaci viděl v souvislostech celého spektra dobrých a špatných zážitků, které život přinesl. Učí se ocenit vše kladné, co v minulosti probíhalo a konfrontovat stávající problémy s problémy, které již v životě vyřešil a překonal. (2, 27)

Informační rozhovor – už z názvu vyplývá, že účelem tohoto rozhovoru bude sdělování informací. Může to být sestra, která dává pacientovi určité informace, nebo pacient bude sdělovat informace o sobě. U tohoto rozhovoru je důležité zdůraznit, že jde

o rozhovor, nikoliv monolog. Nestačí předat pacientovi všechny informace, které jsme povinni mu dát, ale pohovořit s ním o jejich významu a také o tom, jestli jim rozuměl. Pravděpodobně pro nedostatky v takovýchto rozhovorech ve zdravotnictví byl zaveden i pojem informovaný souhlas, kdy pacient nejen s určitým výkonem souhlasí, ale také rozumí tomu, s čím souhlasí. Důraz v nich je kladen na jasnost, srozumitelnost, stručnost a citlivost při sdělování informací. Často budeme sdělovat a chtít informace, které budou velmi osobní a intimní. Informovat je také potřeba ve správný čas a na správném místě. (27)

Edukativní rozhovor - dnešní medicína klade stále větší důraz na zapojení pacienta do své léčby. Na nás tedy bude, abychom ho něčemu naučili. To znamená, že především my sami musíme ovládat to, co učíme. Pak je tu umění znalost a dovednost předat. Edukace představuje mezeru mezi informací, kterou jedinec má, která je potřebná pro to, aby dokázal zvládnout určité činnosti nebo se sám o sebe postaral. Edukace musí tedy představovat řádně připravenou a kvalitně realizovanou výuku. Jinak řečeno, ať už v roli lékaře, sestry nebo jiného nelékařského zdravotnického pracovníka, se musíme snažit podat nová fakta v takovém rozsahu, aby byla pro klienta funkční a efektivní. Nejde jen o předávání informací, edukace je rozšířena i o názornost - prezentaci činnosti nebo ukázkou toho, co chceme naučit. Naprosto nepřístupné je odbytí pacienta návodem či jinou literaturou. Důležité je také opakování, trpělivý přístup, podporu a závěrečné shrnutí a ověření si, zda pacient vše pochopil. Nezbytnou součástí edukativního rozhovoru je práce s motivací pacienta. V edukativním rozhovoru je rovněž dobré používat otázky. Jsou lepší než věty oznamovací. Je známo, že to, co člověk sám vysloví, si mnohem lépe zapamatuje. (19, 27)

1.2.4.2 Nedirektivní vedení rozhovoru

Při tomto typu rozhovoru se nechává iniciativa na pacientovi, dáváme jasně najevo, že s ním sympatizujeme, co říká, akceptujeme, projevujeme zájem a empatii. Podmínkou pro vedení nedirektivního rozhovoru je vytvoření přátelské a pro pacienta bezpečné atmosféry. (10)

Základy vedení nedirektivního rozhovoru jsou: 1. plná akceptace a úcta k pacientovi – brání vzniku nejistoty a manipulací, vytváří atmosféru sympatií a zájmu o problém. 2. vcit'ující porozumění vzhledem k pacientovi – vychází především z empatie a ovládnutí reflexí. Reflexe je co nejpřesnější zachytávání pocitů pacienta, odpověď na to co vidím a slyším. Jde o důležitou zpětnou vazbu, kdy formulujeme

odpovědi ve smyslu, že pacientovi rozumíme, že vnímáme jeho pocity. 3. autenticita sestry – znamená otevřenost, nemanipulativní jasnost komunikace. Autenticita dává komunikaci sestra – pacient reálnou, přirozenou podobu setkání. (10)

Nedirektivní rozhovor by měl být veden tak, že na konci svého verbálního projevu sestra poklesne hlasem. Pokles hlasu patří mezi regulátory komunikace, usměrňující a řídicí signál. Regulátory mají význam v započetí a ukončení komunikace. Poklesneme-li hlasem, dáváme pacientovi najevo, ať pokračuje nyní on, umožňujeme mu další projev. Při nedirektivním rozhovoru klademe co nejméně otázek, pokud ovšem nejsou pro sestru profesně významné. (10)

1.2.5 Kontraproduktivní komunikace

Komunikace je v našem zdravotnictví někdy zanedbávána nejen z nedostatku času zdravotníků, ale hlavní problém je často v tom, že komunikovat neumíme nebo dokonce nechceme. Komunikace zdravotníků s nemocným je vysoce odborná, velmi obtížná a náročná činnost, která vyžaduje od zdravotníků vůli, kvalifikaci, empatii, čas a především vnitřní přesvědčení, že tato činnost je smysluplná a užitečná. (14)

Kontraproduktivní komunikací rozumíme takový typ komunikace, která nevede ke vzájemnému porozumění, může naopak dojít k miskoncepcím, manipulaci a jiným pochybením. Odpovídá stylu výhra/prohra. Nazýváme ji také nezdravou komunikací, vyvolávající pocity tísně a nesoulad ve sdělování a chápání. K narušení produktivity a efektivity komunikace může docházet úmyslně, např. využitím manipulativních technik, nebo neúmyslně prostým nepochopením obsahu slov či nesprávnou interpretací denotativní a konotativní úrovně pojmu. (20)

1.2.5.1 Bariéry v komunikaci

V rámci interakce a komunikace mezi sestrou a pacientem můžou vznikat nejrozmanitější komunikační překážky. Obecné komunikační překážky bránící produktivní komunikaci můžeme rozdělit na externí a interní. Mezi interní bariéry patří obava z neúspěchu, negativní emoce, bariéry vyplývající ze schopností a dovedností jedince, jeho prožívání a zdravotního stavu, bariéry postoje (xenofobie), nepřipravenost či fyzické nepohodlí a nemoc. Externí bariéry jsou dány zevním prostředím, jeho uspořádáním atd., vyrušením další osobou, hluk, šum, vizuální rozptylování, neschopnost naslouchat a komunikační zahlcení. (13, 20)

Další skupinu překážek v komunikaci tvoří specifické bariéry. Ze strany sestry je to např. časový deficit, neochota poslouchat pacienta, změna tématu, nadměrné ubezpečování o uzdravení, vnucování vlastních návodů na řešení problémů pacienta, nadměrné přikyvování, negativní emoce, používání odborné terminologie. Vážnou překážkou ze strany sestry se jeví i tzv. bezobsažná komunikace. Ta zpravidla u pacienta vyvolává oprávněný dojem, že ho sestra neposlouchá, nerozumí mu a ani se nesnaží porozumět (např. „to bude určitě dobré, uvidíte“). (13)

Překážky v komunikaci mohou vznikat i ze strany pacienta. Literatura uvádí, že většina pacientů chce komunikovat, jen 10-20 % není schopno přiměřené komunikace, anebo komunikují problematicky. Pacient často neví jak komunikovat, když je to cizinec a nerozumí jazyku, kterým sestra mluví, anebo jde o člověka s nízkou mírou komunikačních schopností. Častěji se vyskytuje jev, kdy pacient nechce komunikovat. Mezi důvody patří záporné emoce, nedůvěra k sestře, hospitalismus, bolest, narušená komunikační schopnost, negativismus, únava, strach projevit se. Může dojít i k tomu, že pacient nemůže komunikovat při vážné chorobě (afázie), po operacích hrdla, když je hluchý, dementní, při intubaci dýchacích cest, při kvalitativních poruchách vědomí a v bezvědomí. (13)

1.3 Komunikace s pacientem na ARO/JIP

Na ARO/JIP se setkáváme s pacienty s vážným onemocněním, s dlouhodobě nemocnými i s pacienty ve stadiu blížící se smrti. Zvládnout komunikaci s nimi je náročný úkol. Velké nároky jsou kladeny na profesionalitu, osobní zralost a autoregulační mechanismy zdravotníků. Nejbližší a nejdéle je v kontaktu s nemocným sestra, která mu může poskytovat oporu a posilovat ho na jeho cestě. (30)

Komunikace s vážně nemocným je ovlivněna změnami v oblasti sociální, tělesné a psychické. Nemocný trpí odloučením od rodiny, ztrácí řadu kompetencí a funkcí, mění se jeho sociální role. Nemoc samotná bývá doprovázena mnoha symptomy, z nichž k hlavním patří bolest. Pacient podstupuje řadu zákroků, psychický stav je ovlivněn ztrátou soběstačnosti, nutným pobytem ve zdravotnickém zařízení. Neustálé očekávání vyvolává strach, úzkost a depresivní nálady. U některých nemocných se připojuje pocit osamělosti, ztráta zájmu o kontakt s blízkými, strach z nových vyšetření, zákroků a dalšího průběhu nemoci. Nemocní se obávají ztrát tělesného schématu, ztráty části těla, schopnosti ovládat tělesné funkce, objevují se obavy ze smrti a umírání. Někteří nemocní nemůžou komunikovat se zdravotníky nebo přestávají komunikovat a

spolupracovat. Pacient ve zhoršené zdravotní situaci se velmi často dostává do stavu regrese, tedy na úroveň méně zralých vývojových stupňů a sociálních reakcí. Cítí se slabí, někdy chtějí být ochraňováni a opečováváni, někdy tuto slabost překompenzují siláckým až agresivním vystupováním. Zdravotník by měl umět tento základní psychologický problém pochopit a zvládnout. (30)

Schopnost nalézt správný přístup k vážně nemocnému nebo umírajícímu člověku patří k vrcholným profesionálním dovednostem zdravotníků. Je to obraz komplexnosti ošetrovatelské péče. Každý člověk je neopakovatelnou bytostí s jedinečnými rysy a vlastnostmi, proto i způsob komunikace je odlišný. (30)

1.3.1 Specifika verbální a neverbální komunikace na ARO/JIP

K tomu, aby verbální komunikace mohla mezi sestrou a pacientem začít, probíhat a plnit svůj základní smysl vzájemné výměny informací, musí obě strany:

- a) Chtít komunikovat – většina pacientů po komunikaci touží. Zcela výjimečně je možné se setkat s nemocným, který komunikovat odmítá. Překážka je spíše na straně sestry, která si neví rady s řadou informací, které jí pacient při komunikaci poskytne a na základě této zkušenosti příště omezí kontakt s pacientem na nejmenší možnou míru.
- b) Umět komunikovat – většinou bývá opět překážka na straně sestry, která se musí naučit s pacientem komunikovat. Musí se naučit navázat rozhovor se zmatenými pacienty nebo s pacienty fatickými poruchami, ale také vést rozhovor s podezřívavými, odmítavými nebo agresivními pacienty.
- c) Mít možnost komunikovat – tady bývá více překážka na straně pacienta. K tomu, aby člověk mohl přijímat a zpracovávat informace, je nezbytné, aby vnímal a po určitou dobu uchoval informaci v paměti. Mnoho lidí špatně slyší, vidí, má problémy s orientací v čase a prostoru nebo má zhoršenou paměť. V intenzivní péči patří k často vyskytované překážce zajištění dýchacích cest tracheální rourkou nebo tracheostomickou kanylou, která pacientovi znemožňuje verbální komunikaci. Určitým problémem může být také pacient cizinec. (11)

Neverbální komunikací je předávána podstatná část sdělení. Bylo zjištěno, že pokud se objeví rozpor mezi verbální a neverbální komunikací pacienta, má pro celkový efekt významnější vliv složka mimoslovní. Mezi specifika neverbální komunikace patří:

- Mimika – při komunikaci je velmi důležitý přímý zrakový kontakt – pacient by měl vidět do tváře sestry a naopak. Zvláštní důležitost má toto pravidlo pro nehybného

pacienta, který je upoután na lůžko a jeho zrakový kontakt je omezen. Je třeba si uvědomit, že právě oči jsou mnohdy jedinou možnou komunikací pro pacienta v intenzivní péči. Patří mezi nejvýznamnější komunikační kanály, které sestru informují o pacientově prožívání, citech, myšlenkách, fyzickém i psychickém stavu. Sestra by nikdy neměla zapomenout, že úsměv je tím nejlepším lékem, nejlépe vyjádřenou pochvalou a nejrychlejším prostředkem k navázání přátelského kontaktu s pacientem.

- Proxemika – sestra by měla při běžném rozhovoru s pacientem zaujímat vzdálenost přátelskou (46-120 cm). Pokud je pacient upoután na lůžku, je v bezvědomí, provádí li sestra u něho hygienickou péči a jiné dovednosti, využívá nejčastěji vzdálenosti intimní.

- Haptika – Naprosto běžným projevem je podání ruky, které je provázeno verbálním představením osoby, s níž pacient komunikuje. Sestra zvýší důvěru pacienta, pokud ho pohladí po tváři, po ruce nebo mu položí ruku na rameno. Při rozhovoru může vzít jeho ruce do svých. Kontakt může být také pacientovi nabídnut při bolestivých výkonech, kdy držení sestry za ruku může přispět k jeho zklidnění nebo může být komunikačním prvkem signalizujícím nesnesitelnou bolest.

- Posturika – sestra si všímá, jakou polohu pacient zaujímá, stejně důležitá je také pozice, kterou při rozhovoru s pacientem zaujímá sestra.

- Gestikulace – gesta zvyšují názornost toho, o čem se hovoří

- Vzhled a celková úprava zevnějšku – napoví mnohé o životním standardu a sociální situaci nemocného, sestra si všímá tělesné konstituce, barvy kůže, hmotnosti atd.

- Paralingvistika – pacient, který má strach a některé věci tají, hovoří obvykle pomalu, tiše a s pomlkami. Pacient, který vědomě lže, se obvykle nemůže podívat sestře přímo do očí a třepe pohledem. Velmi tiše hovoří pacienti o věcech, které považují za intimní.

(11)

1.3.2. Možnosti komunikace s pacienty v intenzivní péči

Na JIP a ARO jsou často hospitalizováni pacienti, kteří vyžadují speciální formu komunikace již z důvodu určité diagnózy. Vždy je třeba mít na paměti, že každý pacient komunikuje jinak. Základem je naučit se komunikovat s ním a naučit komunikovat jeho.

(11)

1.3.2.1 Komunikace s pacientem s poruchou vědomí

Abnormální stav vědomí patří mezi nejdůležitější symptomy onemocnění v intenzivní medicíně. Poruchy vědomí se rozlišují na kvalitativní a kvantitativní. Mezi kvantitativní poruchy vědomí patří:

- somnolence – stav, kdy pacient zdánlivě spí, spontánně nemluví. Lze s ním navázat krátký slovní kontakt. Reaguje na zvukové, dotykové a jednoduché zrakové podněty.
- sopor – stav, kdy pacient reaguje jen na bolestivé podněty neartikulovaným zvukem, nesrozumitelnou odpovědí nebo adekvátní obrannou reakcí. Probuzení nemocného je obtížné, orientace a sebeuvědomění je omezené.
- kóma (bezvědomí) – nemocného nepřivedeme do bdělého a orientovaného stavu ani silnějšími nocioceptivními podněty.
- vegetativní stav – bdělý, avšak neschopen si uvědomovat sebe a okolí.

Kvalitativní poruchy vědomí jsou poruchy obsahu vědomí. Do této skupiny patří například psychomotorický neklid, zmatenost nebo delirium. (11)

Léčba v intenzivní medicíně probíhá ve stavech rizika či selhání životně důležitých orgánů. To je spojeno s pocitem ohrožení života. Psychický stres, úzkost, bolest akutního onemocnění, nemožnost zajištění klidného spánku jsou důvody pro časté použití analgezie a sedace v prostředí intenzivní péče. Pod pojmem sedace se rozumí farmakologicky navozený útlum psychomotorické aktivity. Analgezie je centrální či periferní útlum vnímání bolesti. (29)

U lidí v bezvědomí či analgosedovaných se používá tzv. pasivní komunikace, kdy komunikace vychází ze strany sestry, která nemocného oslovuje, se vším ho seznamuje a hovoří na něj během ošetrovatelských výkonů. Jedná se o komunikaci bez zpětné vazby. (11)

Dříve panující názor, že klient ve stavu kómatu není schopen vnímat, dnes již neplatí. Bohužel většinou reagujeme teprve až na ty klienty, kteří nějak reagují. Teprve potom nám přijde smysluplné klienta podporovat, hovořit s ním a komunikovat. Stále ještě někteří zdravotníci jsou názoru, že klient v kómatu, v bezvědomí či analgosedovaný „stejně nic nevnímá“. Budeme-li pohlížet na každého člověka v bezvědomí jako na osobu, která cítí a vnímá, bude i jednodušší s ním komunikovat. (6)

Někteří lidé nacházející se v těžké situaci nejsou schopni vzhledem ke svému somatickému stavu využívat ke komunikaci auditivní komunikační kanál a ani udržovat

zrakový kontakt. Pro některé zdravotníky je těžké vysílat signály k někomu, kdo neudrží zrakový kontakt. Pohled na člověka je většinou úplně prvním prvkem k navázání kontaktu. (6)

Vhodnou formou komunikace u pacientů, jejichž vědomí je velmi omezené, je poskytování bazálně stimulující ošetrovatelské péče. Na klienta v konceptu bazální stimulace se pohlíží jako na osobnost, nezávisle na jeho postižení a aktuálním tělesném, mentálním nebo duševním stavu. Terapeuti se snaží identifikovat potřeby klienta, porozumět jeho stylu komunikace a poskytnout mu vhodnou formu komunikace, prostor pro orientaci a další rozvoj jeho osobnosti. (6)

K nemocným s kvantitativními a kvalitativními poruchami vědomí patří lidé, kteří se probouzejí z bezvědomí z různých příčin nebo po komplikovaných operačních výkonech. Komunikace se tedy orientuje spíše na zjištění hloubky vědomí, pacientova pohodlí či nepohodlí a na možnost kontaktu s nemocným. Zcela typickou ukázkou komunikace může být: „Pane Nováku, slyšíte mě? Otevřete oči. Stiskněte mi ruku, Vyplázněte na mě jazyk...“ S pacientem je nutné komunikovat na nejvyšší možné úrovni, které je schopen dosáhnout a snažit se o maximální zpětnou vazbu z jeho strany. V mnoha případech je opět nutné najít specifickou komunikační techniku, která bude nemocnému vyhovovat. Tady to může být třeba stisk ruky (ano), vysmeknutí ruky (ne) nebo flexe horní končetiny (ano), extenze (ne). (11)

1.3.2.2 Komunikace s pacienty s endotracheální či tracheostomickou kanylou

Zcela specifickou skupinu v oblasti komunikace tvoří nemocní, kteří jsou při vědomí, ale mají dýchací cesty zajištěny endotracheální rourkou či tracheostomickou kanylou. Po provedení tracheostomie či endotracheální intubace nemocný ztrácí hlas. Ztráta hlasu je traumatizující událost. Je nutné respektovat tuto skutečnost, přistupovat k nemocnému s maximálním taktem a pochopením. Tracheostomovaného či intubovaného pacienta při vědomí často frustruje narušená komunikace s okolím. Vede k jeho psychickému stresu. U těchto pacientů se snažíme využívat alternativního způsobu komunikace, složené z verbálních i neverbálních forem. (8, 11)

Zásady komunikace s pacientem s ETK či TSK

Cílem je zmírnění obav z poruchy komunikace a nácvik a osvojení náhradního způsobu komunikace. K hlavním zásadám komunikace patří:

- Zajištění vhodného prostředí, soukromí
- Vyjádření vůle komunikovat
- Objasnit pacientovi možnosti komunikace, najít vhodný způsob dorozumívání
- Mluvit jasně v krátkých větách
- Ověřit si zda nemocný porozuměl
- Objasnit pacientovi, proč nemůže komunikovat
- Umístit v jeho dosahu pomůcky ke psaní, pokud je třeba
- Poučit pacienta o technických či jiných prostředcích k přivolání sestry
- Vysvětlit správnou manipulaci s tracheostomickou kanylou při tvorbě hlasu
- Podporovat pacienta ke komunikaci s okolím
- Pomoci pacientovi ve vyjadřování, nabízet slova
- Nenutit ke komunikaci, pokud nemá zájem
- Být trpělivý, nedokončovat za pacienta věty, neskákat mu do vyjadřování, pouze pomáhat a nabízet slova (9, 27)

Komunikační techniky u pacienta při vědomí s ETK či TSK

- odezírání ze rtů – nejrozšířenější technika, která vyžaduje dobrou artikulaci ze strany pacienta a určitou praktickou zkušenost ze strany sestry. Obě strany musí mít velkou trpělivost (stává se, že se pacient rozčiluje, když mu sestra nerozumí a přitom nechce slova opakovat nebo mluví rychle v celých větách bez rozeznatelné artikulace). U takového pacienta je třeba najít jiný způsob komunikace.
- abecední tabulka – využívá se z důvodu časové náročnosti spíše pro doplnění první komunikační techniky v případě, že sestra nemůže ani po opakovaných pokusech porozumět sdělení nemocného. Nemocný na tabulce ukazuje písmena, ze kterých sestra nebo rodinný příslušník skládá jednotlivá slova. Modernější modifikací je magnetická abecední tabulka, která je rychlejší, ale vyžaduje velkou zručnost nemocného.
- nemocní, kteří udrží tužku a desky s papírem, mohou komunikovat psaním.
- pro rychlou komunikaci je možno naučit jednoduchým pohybům, které vystihují jeho nejčastější potřeby.
- komunikační karty – jsou obrázky, které vystihují časté potřeby a přání nemocných. Pacient je vybírá z balíčku jako karty nebo na ně ukazuje prstem, pokud jsou znázorněny na jednom archu papíru. V některých nemocnicích je možné se setkat s kartami, které jsou doplněny o překlad významu do několika světových jazyků. Tyto karty usnadňují komunikaci s cizinci.

- Elektrolarynx – je přístroj, který po přitisknutí do oblasti hlasivek, umožňuje přenos hlasu pacienta v elektronické podobě. Většinou je využíván pacienty hospitalizovanými na OCHRIP.
- u pacientů, kteří stále ještě musí mít zajištěny dýchací cesty, ale již nevyžadují ventilační podporu ani vysokou frakci kyslíku, může být využita tzv. „mluvící kanyla“ nebo orátor – pomůcky, jež umožňují tvorbu hlasu. Orátor se připevňuje přímo na tracheostomickou kanylu a je vybaven spojkou, která umožňuje přívod kyslíku do dýchacích cest přes průtokoměr. U některých nemocných může být orátor využit pouze po určitou dobu (po dobu návštěv). (11)

1.3.2.3 Komunikace s umírajícím

Každý zdravotnický pracovník by měl mít za cíl pomáhat nevléčitelně nemocným a umírajícím udržovat dobrou kvalitu života i v situaci těžkého onemocnění. Otevřená empatická komunikace mezi zdravotníky, pacientem a rodinou je pro dosažení tohoto cíle klíčová. Výzkum v posledních několika desetiletích ukázal, že dobrá komunikace je nezbytným základem interakcí mezi zdravotnickými pracovníky a lidmi s terminálním onemocněním. Podle výsledků výzkumu může dobrá komunikace nejen pozitivně ovlivnit psychický stav a kvalitu života lidí s takovýmto onemocněním, ale může také napomoci ve zmírnění tělesných symptomů. (18, 21)

Dobrá a efektivní komunikace je základem komplexní ošetrovatelské péče o smrtelně nemocného. V minulé době nebylo respektováno právo pacienta na pravdivé informace. Důvodem byla často obava převzít psychologickou péči o nemocného, který je na konci života. „Milosrdné lži“, které byly používány, byly vysvětlovány tím, že nemocný by neunesl pravdu. Psychologové však hovoří o tom, že pravdu by často neunesl zdravotník. (12)

Je třeba velmi uvážlivě zvažovat kdy, ve které fázi onemocnění je nemocnému nejvhodnější říci pravdu a informovat ho o nevléčitelnosti jeho choroby. Kdo je tou nejvhodnější osobou pro sdělení tak vážné a nepříznivé informace, kde je nejvhodnější prostředí a jakým způsobem sdělovat nemocnému informaci o skutečnosti, že je smrtelně nemocen. Osvědčuje se technika nedirektivního rozhovoru, kterou však neovládá každý zdravotník. Mezi hlavní zásady komunikace s umírajícím patří:

- Respektujte právo umírajícího na pravdivé informace
- Informace o zdravotním stavu pacientovi podává lékař
- Pacientovi ponecháme naději

- Nedirektivnost, úcta k nemocnému i jeho blízkým
- Umění mlčet a aktivně naslouchat
- Neurčujeme čas, který nemocnému zbývá do konce života
- Pečlivě volíme slova, vyhýbáme se výrazům, které by mohly asociovat slovo smrt
- Respektujte právo umírajícího nemít bolest, dávejte jistotu, že nebude trpět
- Při komunikaci s umírajícím hovořte i s rodinou
- Používejte i neverbální komunikaci – haptiku
- Umožněte nemocnému hovořit o jeho pocitech a potřebách a zajistěte podle potřeby jejich splnění
- Rozhovoru s nemocným věnujte čas
- Komunikujte s rodinou i po úmrtí (12)

1.3.2.4 Komunikace s pacienty se specifickými potřebami

Z reakcí na nemoc vyplývá, že řada situací je pro nemocného nová, složitá, klade velký nárok na jeho adaptační mechanismy. Když navíc trpí bolestí, dyskomfortem, je daleko od svých blízkých, nemá možnost používat své způsoby zvládnání zátěže, je pochopitelné, že mnohdy reagujeme jinak, než bychom očekávali. (27)

1.3.2.4.1 Agresivní pacient

Agrese je u člověka i v civilizované společnosti považována za chování, které patří mezi pudy sebezáchovy. S agresivním chováním se setkáváme i ve zdravotnickém zařízení, tedy i na intenzivních lůžkách. Agresivní chování pacienta může mít různé zbarvení: od afektu provázeného fyzickým napadáním osob nebo destrukcí předmětů přes slovní výpadky a vyhrožování až po hostilitu maskovanou ledovou zdvořilostí. K častým projevům patří násilí vůči věcem, shazování předmětů, plivání potravy či léků, vytahování si invazivních vstupů atd. Ohroženi jsou zdravotníci, spolupacienti, rodinní příslušníci i návštěvníci. (7, 12, 27)

Nejčastější příčiny agresivního chování jsou: pocit ohrožení, strachu (ze zákroku, bolesti, ze smrti), prožitky krivdy a nespravedlnosti, zklamané očekávání, větší zátěž, zvláště pokud je vnímána jako zbytečná, ponížení, zesměšnění, bezmoc, pocit

viny a z něj plynoucí hledání viníka jinde, intenzivní bolest, psychopatické rysy jedince, alkohol, drogy, psychotropní látky atd. (27)

Zásady komunikace

- Naslouchejte nemocnému, nechte ho mluvit, neskákejte mu do řeči. Můžeme tak zjistit důvod jeho emočního jednání. Pacient se může tak sám uklidnit.
- Dodržujte při jednání bezpečnou vzdálenost od nemocného, nenechte ho vstupovat do naší intimní zóny.
- Chovejte se klidně, nemocného to může také uklidnit.
- Pokud pacient živě gestikuluje, buďte ve střehu, vyzvěte ho ke klidnému jednání
- Nenechte se strhnout ke hrubému chování, nepoužívejte vulgarismy, vše může být použito proti vám.
- Hovořte jasně, stručně, srozumitelně a klidně.
- Pokud se pacient nezklidní, zavolejte na pomoc lékaře, který mu může naordinovat zklidňující lék.
- Uvědomte si, že nepotřebujeme dominovat, pokud přijmeme tuto myšlenku, může dojít k výraznému snížení tenze mezi námi a agresorem.
- Všímáme si verbálních i neverbálních signálů blížící se agrese.
- Snažíme se hledat reálné důvody pacientova hněvu.
- Vyjádříme empatii a porozumění.
- Dávejte si pozor na svou neverbální komunikaci. (12, 27)

1.3.2.4.2 Úzkostný pacient

Úzkost je nepříjemný stav od nejisté stísněnosti až po panický děs. Původ je často neurčitý, neznámý. Úzkost je signálem, který upozorňuje na nebezpečí. Nemocné často provází úzkost bez zjevného ohrožení. Doprovodné jsou vegetativní projevy. V době nemoci může úzkostně reagovat i člověk, u kterého není tato reakce obvyklá. Úzkostný pacient se chová tak, aby získal potřebnou péči. Rád je v blízkosti zdravotníků. Jeho potřeba blízkosti a ochrany je neadekvátní situaci, budí spíše negativní pocity a odmítání ze strany druhých. Sestra má tendenci spíše unikat, což prohlubuje úzkost u nemocného. (27)

Reakce úzkostného člověka mají podobu psychosociální – snaha navázat kontakt, získávat informace, podporu druhých, především zdravotníků a podobu vegetativní – bušení srdce, závratě, stísněný pocit na hrudníku, pocení atd. Tyto projevy

mohou vyvolat dojem zhoršeného zdravotního stavu, proto je potřeba jim věnovat pozornost a odlišit je. Nemocný sám je vnímá opravdově, působí mu nepříjemné pocity. Jejich zmírnění nastává po zklidnění psychického stavu. (27)

Zásady komunikace

- S pacientem hovořte klidně a trpělivě typu dospělý k dospělému.
 - Mějte dostatek času na rozhovor.
 - Zvolte klidné prostředí k rozhovoru.
 - Informace je třeba podávat jasně, srozumitelně, zvolte pomalé tempo řeči.
 - Pozitivně reagujte na otázky, pokud je třeba zopakujte sdělení.
 - Přípravě nemocného na diagnosticko-terapeutické vyšetření je nutno věnovat zvýšenou pozornost.
 - Podporujte nemocného při jeho rozhodování, pokuste se probrat s nemocným možné varianty.
 - Kontakt s jeho rodinou může zmírnit pocity opuštěnosti, proto jej podporujte.
- (12)

1.3.2.4.3 Depresivní pacient

Deprese je chorobný smutek, duševní stav s pocity smutku, skleslosti, vnitřního napětí, nerozhodnosti, ztrátou zájmu, poklesem sebevědomí, sebeobviňováním, zpomalenou řečí a hlasem, v němž slyšíme trápení. Mohou se objevit poruchy spánku, únava, nechutenství. Pacient hovoří o odchodu ze života, myslí na sebevraždu. (12)

Sestra na ARO či JIP se při komplexní ošetrovatelské péči setká s nemocným, který nebude komunikovat, nebude mít zájem o terapii, o jídlo, bude skleslý, smutný, vyhaslý, bez energie, nebude mít zájem dále žít. Depresivní člověk nás popuzuje, vadí nám jeho neochota, máme dojem, že by stačilo trochu vůle z jeho strany, aby se věci zlepšily. To je ovšem chyba. Doporučovat depresivnímu jedinci, aby „se sebral“ je nesmysl. Depresivní pacient nejen špatně spolupracuje a předem signalizuje, že naše práce vlastně nemá cenu, ale navíc svým nezájem o život více či méně skrytým způsobem dává najevo, že žítí je tak obtížné, že by bylo lépe je ukončit. (7, 12)

Zásady komunikace

- Chovejte se evalvačně (chování posilující a zvyšující lidem jejich hodnotu, sebevědomí, např. projevy úcty, povzbuzování, obdivu).

- Buďte empatičtí.
- Vážte každé slovo, pacienti jsou vztahovační.
- Pacienta neokřikujte a nenabádejte, aby nebyl smutný.
- Věřte pacientovi jeho trýzeň.
- Nevymlouvejte nemocnému jeho smutek.
- Můžete doporučit nemocnému odbornou pomoc.
- Můžete projevit snahu o společné řešení problému.
- V případě uzavření antisuicidní smlouvy (nemocný slíbí, že po dobu, než vyhledá sám pomoc, nepodnikne nic, co by mu ohrozilo zdraví a život) mezi nemocným a zdravotníky buďte otevření a vnímaví k jednání a chování nemocného.
- Neodsuzujte jednání a chování pacienta. (27)

1.3.2.5 Další možnosti komunikace s pacienty v intenzivní péči

- V intenzivní péči se často vyskytují neklidní a zmatení nemocní. Obecně se doporučuje opakovaná snaha o jejich orientaci: „Pane Novák, lehněte si, nemůžete ještě vstávat, jste v nemocnici...“. Mnoho pacientů tato informace alespoň dočasně uklidní a snad jim pomůže i v orientaci. Je však také skupina nemocných, kteří jsou neklidní, protože mají reálnou představu, že něco musí udělat. U těchto nemocných vede k uklidnění pouze vykonání určité činnosti (např. odstranění brambor z horké plotny, vyhnání slepic ze dvora). Teprve po zklidnění nemocného je možné se pokusit o jeho orientaci.
- Starší pacienti po CMP bývají depresivní, velice špatně slyší a hůře vidí. Je třeba mluvit pomalu, nahlas a nechat jim čas na rozmyšlenou, nespíchat na odpověď
- Pacienti s myasteniam gravis bývají obvykle neurotičtí a snadno psychicky zranitelní. Při rozhovoru se doporučuje používat klidného, ale rozhodného hlasu, aby nemocní nepropadali obavám, že se jejich nemoc již nikdy nezlepší.
- Pacienti, kteří jsou dlouhodobě na ventilátoru, uvítají zcela normální komunikaci. Pobyt v nemocnici je dlouhý, stereotypní a nudný. Rozhovorem na běžná témata (počasí, cesta do práce apod.) je možné nemocného povzbudit, pozitivně naladit a celkově odlehčit atmosféru. U těchto nemocných je obvykle možné využívat všechny komunikační techniky.
- Pacienti po vysoké míšňí lézi jsou obvykle apatičtí a depresivní. Najednou se jim kompletně změnil život, hodnoty, cíle a plány do budoucna. Z psychologického

hlediska procházejí několika specifickými stádii. Komunikace bývá obtížná hlavně proto, že často ani sami komunikovat nechtějí. Z komunikačních technik nelze využít ani abecedních či obrázkových tabulek ani psaní. Zbývá odezírání ze rtů, které vyžaduje velkou trpělivost a spolupráci jak pacienta, tak sestry. Snahou sestry je nalézt signál, kterým je pacient schopen dát najevo odpověď ano či ne. Při této formě rozhovoru je třeba používat pouze uzavřené otázky, na které je možné odpovědět pouze ano či ne.

- K pacientům s posthypoxickým poškozením mozku je třeba zvolit kamarádský a trpělivý přístup. Často se chovají jako děti, které vše odsouhlasí, ale v ničem neposlechnou. Těmto nemocným je třeba vše vysvětlovat velmi jednoduše a mnohokrát. Pozor, jejich stav se může postupně normalizovat, a proto je třeba měnit také formu komunikace. (11)

1.3.3 Komunikace s rodinou nemocného

Nemoc nikdy nezasáhne jenom pacienta, ale také celou jeho rodinu. Jednou z nejnáročnějších, ale i nejdůležitějších součástí léčby je komunikace s příbuznými nemocného. O to víc u pacientů, kteří jsou v kritickém stavu, u kterých se vzhledem k nepříznivému vývoji onemocnění rozhoduje o eventuální redukci terapie. Přestože se úloha v péči o nemocného během historického vývoje výrazně změnila, je její funkce stále nenahraditelná. Rodina nemocného poskytuje cenné informace zdravotnickému týmu a přímo se podílí na péči o pacienta psychickou a fyzickou podporou, ochranou nemocného, přípravou domácího prostředí nebo zajištěním další potřebné péče. (11, 21)

Většina příbuzných má zájem přispět k uzdravení či zlepšení kvality života svého blízkého, jen neví přesně jak. Edukace rodiny je doménou sestry, která by měla naučit rodinu komunikační technice, která pacientovi nejvíce vyhovuje, zdůraznit rodině možnost a význam fyzického kontaktu a pasivní komunikace u pacienta v bezvědomí (mnoho lidí si připadá hloupě), vysvětlit rodině a pacientovi případná režimová, pohybová a dietní omezení, apod. Sestra poskytuje rodině nemocného informace týkající se pouze ošetřování nemocného. Šetrně podávat informace o povaze onemocnění, léčbě a prognóze je ze zákona umožněno pouze lékaři. V naší zemi je zvykem, že lékař podává pokud možno pravdivé a úplné informace nemocnému a jeho nejbližší rodině. V případě nutnosti dlouhodobé hospitalizace je pacientovi již zpočátku zdůraznit časovou náročnost léčby. Pokud si nemocný nepřeje, aby informace o jeho zdravotním stavu byly rodině podávány, na což má plné právo, je třeba vždy toto přání respektovat. Jedinou výjimkou je tak závažný stav nemocného, že jeho souhlas či

nesouhlas s podáváním informací rodině není možné získat. V praxi je možné se setkat i s případem, kdy podávání informací o zdravotním stavu nemocného nebo návštěvy u nemocného jsou písemně povoleny pouze některým členům rodiny. I toto přání je nutno plně respektovat. (11)

Na mnoha odděleních intenzivní a resuscitační péče je běžnou praxí, že návštěvu k lůžku uvádí sestra. Po uvedení členů rodiny k pacientovi může sestra zodpovědět případné otázky rodiny, vyzvat návštěvu ke komunikaci nebo fyzickému kontaktu s nemocným nebo ponechat rodině čas k adaptaci na nově vzniklou situaci. Vždy by měla být nablízku, a přesto by měla vytvořit nemocnému maximální soukromí. Měla by být rodině oporou a umožnit jí komunikaci s lékařem. Měla by rodinu a nemocného pozitivně motivovat, ale nikdy by neměla slibovat nespílitelné. (11)

1.4 Bazální stimulace

Bazální stimulace (BS) je jednou z ošetrovatelských a léčebných metod, vhodnou zejména pro jednotky intenzivní péče. Tato stimulace se zaměřuje především na pacienty v bezvědomí a na umělé plicní ventilaci, na hemiplegické pacienty, na pacienty dezorientované, s Alzheimerovou chorobou, s apalickým syndromem, v somnolentních stavech. (5)

Bazální stimulace je koncept, který podporuje v nejzákladnější (bazální) rovině lidské vnímání. Každý člověk vnímá pomocí smyslů, smyslových orgánů, které vznikají a vyvíjejí se již v embryonální fázi a mají od narození až do smrti nenahraditelný význam. Díky smyslům tedy můžeme vnímat sebe sama a okolní svět. Díky schopnosti vnímat jsme se naučili pohybovat a komunikovat. Pohyb, vnímání a komunikace se vzájemně ovlivňují. Vnímání umožňuje pohyb a naopak komunikace je umožněna díky pohybu a vnímání. (6)

Základními prvky bazální stimulace jsou tedy pohyb, komunikace a vnímání a jejich úzké propojení. Koncept bazální stimulace umožňuje lidem se změnami v těchto třech oblastech podporu, a to cílenou stimulací smyslových orgánů, a využívat schopnosti lidského mozku uchovávat své životní návyky v paměťových drahách v různých regíonech. (6)

Bazální stimulace je tedy komunikační, interakční a vývoj podporující stimulační koncept, který se orientuje na všechny oblasti lidských potřeb a přizpůsobuje se věku a stavu pacienta, na kterého se pohlíží jako na rovnocenného partnera, člověka

s vlastní historií a určitými schopnostmi s vlastní individualitou, kterou psychicky i tělesně manifestuje. (6)

1.4.1 Vznik konceptu

Koncept bazální stimulace se již skoro 30 let užívá v německy mluvících zemích. Autorem konceptu je prof. Dr. Andreas Fröhlich, speciální pedagog, který pracoval od roku 1970 v Rehabilitačním centru Westpfalz/Landstuhl ve Spolkové republice Německo s dětmi, které se narodily s těžkými kombinovanými somatickými a intelektovými změnami. Během pětiletého vědeckého projektu v rámci doktorandského studia vypracoval koncept bazální stimulace. Dnes je A. Fröhlich profesorem na Katedře speciální pedagogiky na univerzitě v Landau, je autorem celé řady publikací a neustále pracuje na rozvoji konceptu bazální stimulace. (6)

Do ošetrovatelské péče přenesla koncept bazální stimulace v 80. letech 20. století prof. Christel Bienstein, zdravotní sestra. Pracovala mnoho let ve Vzdělávacím centru německého profesního svazu pro ošetrovatelská povolání v Essenu v Německu a také v oblasti intenzivní medicíny. Aplikací konceptu do ošetrovatelské péče u pacientů ve vigilním kómatu prokázala úspěšnost tohoto komunikačního a vývoj podporujícího konceptu také v oblasti ošetrovatelské péče v intenzivní medicíně. Od poloviny osmdesátých let spolupracuje úzce s A. Fröhlichem v problematice ošetrovatelské péče o lidi, jejichž schopnost vnímání, komunikace a pohybu je silně omezena a změněna.

Prof. Christel Bienstein a prof. A. Fröhlich se společně podílejí na projektech v oblasti konceptu bazální stimulace a vypracovali systém vzdělávání lektorů konceptu bazální stimulace, aby byl zajištěn relevantní transfer konceptu do klinické praxe. (6)

1.4.2 Současná situace

Bazální stimulace patří v zemích EU k uznávaným a aplikovaným konceptům, jak v oblasti speciální pedagogiky, tak v ošetrovatelství. Koncept je v zahraničí integrován do osnov ve výuce ošetrovatelství na zdravotnických školách, v klinické praxi se s ním pracuje na většině oddělení. Většina velkých zahraničních zdravotnických zařízení má své lektory, kteří průběžně školí zaměstnance a působí jako supervizoři. (6)

V České republice poprvé informovala o konceptu zdravotnickou veřejnost v roce 2000 Mgr. Karolína Friedlová prostřednictvím publikací v časopise *Sestra* a na

multioborové ošetrovatelské konferenci v Olomouci. Mgr. Karolína Friedlová je první certifikovaná lektorka konceptu bazální stimulace v ČR. V roce 1988 ukončila střední zdravotnickou školu, poté pracovala jako zdravotní sestra na klinice v Rakousku a na Univerzitní klinice v Mnichově, kde se seznámila s konceptem bazální stimulace a aplikovala jej v klinické péči. Zasloužila se o zavedení tohoto konceptu v ČR a významně se podílí na jeho uplatnění v praxi. První základní kurz bazální stimulace v ČR lektorovala v lednu roku 2003 na lékařské fakultě Univerzity Palackého v Olomouci. Od té doby proběhlo mnoho základních a nástavbových kurzů, kterými prošli pracovníci z různých oblastí ošetrovatelství, ale také učitelky ze zdravotnických škol, fyzioterapeuti, ergoterapeuti, lékaři, logopedové a pracující v oblasti speciální pedagogiky. Od roku 2004 je koncept integrován do tématických plánů pro studijní obor zdravotnický asistent na středních zdravotnických školách a je zohledněn ve Vyhláše MZ ČR o stanovení činnosti všeobecné sestry ve Sbírce zákonů č. 424/2004, § 4, odstavec h. V říjnu 2005 byl založen ve Frýdku-Místku INSTITUT Bazální stimulace a v listopadu 2005 proběhla téměř historicky 1. národní konference bazální stimulace za účasti prof. Christel Bienstein. V současné době pracují v ČR s konceptem různá zdravotnická a sociální zařízení. (6)

Zdá se, že je stále málo personálu proškoleného v konceptu BS. Je přece možné připravit semináře, kde lze předávat zkušenosti, naučit poznávat reakce pacientů na stimulaci a motivovat ostatní zdravotnický personál pozitivními výsledky. A třeba i dát příležitost kolegyním, aby si samy vyzkoušely, co to je být pacientem upoutaným na lůžku, uvědomit si pacientovo zorné pole, když neví, co s ním bude. Do budoucna je velmi důležité proškolit i lékaře, kteří budou dodržovat pacientův biorytmus a více chápat smysl BS. BS je koncept, který dává prostor lépe poznat osobnost každého pacienta, máme snahu pro něj najít vhodnou stimulaci, která je přínosem pro něj i pro ošetřující personál, protože díky ní, můžeme rozvíjet vlastní kreativitu. (15)

1.4.3 Komunikace v konceptu bazální stimulaci

Komunikace s lidmi, jejichž vědomí či vyjadřovací možnosti jsou velmi omezené, je velice náročná a vyžaduje nejen znalost dané problematiky, ale i dostatečnou dávku schopností zaznamenávat reakce pacienta, neboť ty mohou být mnohdy zcela nepatrné. Schopnost vůbec je zaznamenat a adekvátně na ně reagovat je pak nenahraditelná při poskytování bazální stimulace. Někdy je první osobou, která zachytí první nepatrné reakce pacienta, právě jeho příbuzný. Koncept integruje příbuzné

do péče a pohlíží na ně, jako na partnery v procesu ošetrovatelské péče. Proto jsou postřehy příbuzných akceptovány a v péči zohledňovány. Nesnadné jsou pro ošetrující personál situace, kdy klient nevykazuje žádné akce ani reakce. (6)

Budeme-li pohlížet na každého člověka v kómatu nebo ve vegetativním stavu, s demencí či hlubokou mentální retardací jako na osobu, která je schopná vnímat a reagovat a použijeme-li vhodnou formu komunikace, můžeme vnímání a vědomí verifikovat. Komunikace je možná jen tehdy, když zvolíme jeho komunikační formu. Teprve, když jedinec přijme naši nabídnutou formu komunikace, a reaguje na ni, pak můžeme posoudit stav vědomí. Jakékoli aktivity, kterých je pacient schopen, a ty jsou někdy velmi redukovány, musíme vidět jako jeho jedinou možnost kontaktu s okolím. Konkrétně to znamená, že musíme být schopni rozlišit i velmi nepatrné reakce pacienta a dát jim náležitý význam. Zvláštní pozornost musíme věnovat např. rytmu dýchání, neboť to může být jediná forma schopnosti se vyjádřit, nebo také mrknutí očí, či jinému pohybu. Tyto minimální signály musíme chápat jako transportní médium v komunikačním procesu v navazování kontaktu s pacienty ve výše zmíněných stavech. Celý komunikační proces je vlastně podobný komunikaci matky mezi matkou a dítětem, kdy se matka těší z každé spontánní aktivity dítěte. Bazální stimulace vychází z toho, že každý člověk, ať už je jakkoli postižen, je schopen v úplně každé situaci alespoň něco některými ze svých smyslů vnímat. Vždy je schopen se otevřít světu a komunikovat se svým okolím. (6)

1.4.4 Prvky bazální stimulace

1.4.4.1 Somatická stimulace

Somatické vnímání nám poskytuje vjemy z povrchu těla prostřednictvím kožního percepčního orgánu. Umožňuje zprostředkovat pacientovi vjemy ze svého těla a stimulovat vnímání tělesného schématu a následně okolního světa. Vnímání vlastního těla je tedy předpokladem k uvědomění si okolního světa a schopnosti s ním komunikovat. Člověk s intaktním vnímáním tělesného obrazu si uvědomuje, jak daleko jsou vzdáleny jednotlivé části jeho těla, jakou polohu zaujímá jeho tělo ve vztahu k podlaze nebo ve vztahu k svislé poloze a jak působí pohyb těla na materiální objekty v jeho okolí. (6)

K vnímání těla a tělesného schématu je důležitým předpokladem také vizuální kontrola těla. Proto v konceptu bazální stimulace klademe při aplikaci technik

somatické stimulace důraz na zrakovou kontrolu stimulovaných částí těla. Vhodná je také integrace zrcadlové terapie. (6)

Do somatické stimulace integrujeme také prvky paměťových pohybových schémat tak, aby pomocí opakovaných činností byla podporována plasticita mozku; nejdůležitějším faktorem je včasná rehabilitace. (6)

Kvalita somatické stimulace a její účinnost je závislá na kvalitě doteku, který terapeut aplikuje na těle pacienta při stimulaci vnímání tělesného schématu. Dotek je nejstarší formou lidské komunikace. Ještě dříve, než se naši předkové naučili mluvit, používali dotek jako jednoduchou formu vyjádření vzájemných vztahů. V současnosti ustoupil význam doteku poněkud do pozadí. Přesto jsou situace, kdy se běžným jazykem nedomluvíme a musíme se spolehnout na „nejstarší komunikační jazyk“. Jedním z míst, kde hraje dotek nezastupitelnou roli, je ošetrovatelská péče. Koncept BS není doteková terapie a nelze jí s tímto pojmem zaměňovat. Koncept BS ale pracuje s dotekem a klade velký důraz na kvalitu doteku. (25)

Nečekané a necílené doteky u nemocných se sníženým stupněm vnímání vyvolávají pocit nejistoty a strachu. Proto bychom měly dát pacientovi vždy jasně najevo, kdy začíná a kdy končí naše přítomnost a činnost u něho. Informaci mu můžeme poskytnout pomocí cíleného doteku tzv. iniciálního doteku. Na základě biografické anamnézy zvolíme nejvhodnější místo na pacientově těle a pevným, zřetelným dotekem ho vždy informujeme o počátku a ukončení naší přítomnosti či činnosti s jeho tělem. (6)

Mezi techniky somatické stimulace dle konceptu BS patří např. somatická stimulace zklidňující (zklidňující koupel), somatická stimulace povzbuzující (povzbuzující koupel), neurofyziologická stimulace (umožní pacientům s poruchami hybnosti jedné poloviny těla znovu vnímat tuto stranu), symetrická stimulace (podpora obnovení vnímání tělesného schématu u klientů s poruchami rovnováhy, a to na základě fixace tělesné symetrie), rozvíjející stimulace (dochází ke zdůraznění symetrie a středu těla), diametrální stimulace (užívá se u pacientů se zvýšeným svalovým napětím), polohování v konceptu BS (poloha „hnízdo“, poloha „mumie“), kontaktní dýchání a masáž stimulující dýchání. (6)

1.4.4.2 Vestibulární stimulace

Zdravý člověk se neustále pohybuje, mění své polohy v závislosti na různých činnostech vykonávaných během dne. Lidé s omezenými pohybovými aktivitami mají těchto informací minimálně, prostřednictvím BS lze těmto lidem poskytnout podporu

jejich rovnovážnému ústrojí, zlepšit prostorovou orientaci a vnímání pohybu. Vestibulární stimulaci můžeme provádět u pacienta ležícího na lůžku pomocí zcela nepatrných pohybů jeho hlavou. Vhodné je provádět vestibulární stimulaci před každou změnou polohy těla pacienta. Změně polohy těla by měla předcházet mírná změna polohy hlavy, a sice uvedeme hlavu do pozice ve směru příští polohy těla. Vhodné je také poskytnout klientovi spirální vzorce pohybů dle konceptu kinestetiky, abychom mu umožnili si uvědomit trojrozměrnost svého těla v prostoru a zpracovat vykonávaný pohyb. Změnu polohy těla klienta můžeme docílit také pomocí změny pozice celého lůžka. (6)

1.4.4.3 Vibrační stimulace

Cílem je stimulovat kožní receptory pro vnímání vibrací a receptory hluboké citlivosti, tedy proprioreceptory ve svalech, šlachách a vazivovém aparátu kostí a kloubů. Vibrační stimulace zprostředkovává pacientovi intenzivní vjemy z jeho těla. Vnímání vibrací je zcela individuální. K vibrační stimulaci můžeme použít různé technické předměty (baterkové vibrátory, holicí strojek, vibrující hračky, vibrující lehátka). Na hrudníku aplikujeme kontaktní vibrační dýchání. (6)

1.4.4.4 Optická stimulace

Zrakový vjem je spolu se sluchovým smyslovým aparátem nejčastěji využívaným smyslem k poznávání okolního světa a k navázání komunikace. Okolí pacientů v nemocničním zařízení bývá většinou prosté vizuálních podnětů. Často lze o něm říct, že je nestimulující. Pro optickou stimulaci a orientaci v prostoru je velice důležitá jakákoli změna tělesné polohy. Třebaže jde někdy jen o malou změnu polohy hlavy, mění se pacientovo zorné pole. Při aplikaci optické stimulace, tak jako u jiných stimulací, zohledňujeme autobiografickou anamnézu pacienta a její variabilita záleží na kreativitě terapeutického týmu. Aktivizaci paměťové stopy a mozkové činnosti umožňují nemocnému privátní podněty a obrázky. (6)

Optická stimulace neznamená jen pasivní aplikaci stimulů do zorného pole klienta, ale také poskytnutí možnosti změnit prostředí (alespoň na chvíli opustit pokoj). V kontextu optické stimulace můžeme s klientem pracovat aktivně, nabízet mu různé obrázky a fotografie. (6)

1.4.4.5 Auditivní stimulace

Sluchový orgán člověka má velký význam pro komunikaci, při navazování a udržování vztahů ve společnosti a pro rozvoj myšlení. K auditivní stimulaci lze využívat různých prostředků a zohlednit biografickou anamnézu pacienta. Důležité jsou informace o sluchové nedostatečnosti klienta a užívání kompenzačních prostředků (sluchadla). K prostředkům pro auditivní stimulaci patří řeč, hudba a zpěv. V každém případě je nutné upozornit příbuzné pacienta, aby s ním hovořili v jemu známé a vlastní formě. (6)

1.4.4.6 Orální stimulace

Ústa představují nejcitlivější a na vnímání nejaktivnější tělesnou zónu. Člověk vnímá ústa jako intimní osobní zónu. Zvláště pozitivní stimuly v oblasti dutiny ústní vedou k intenzivní stimulaci vnímání. Cílem orální stimulace je zprostředkovat pacientovi vjemy ze svých úst a stimulovat vnímání. Jedním z pozitivních stimulů v oblasti dutiny ústní je chuťový požitek. Péči o dutinu ústní můžeme kombinovat s orální stimulací. Během orální stimulace se nekombinují více jak tři různé chutě a také platí zásada nevnikat násilím do úst. (6)

1.4.4.7 Olfaktorická stimulace

Vůně a pachy jsou pro lidský organismus výraznými provokatéry vzpomínek. Každý člověk má své jiné oblíbené vůně. Při výběru médií k olfaktorické stimulaci pracujeme s biografií pacienta. Integrovat do péče, kromě vůní spojených s jeho osobními toaletními potřebami či jídlem, můžeme také vůně z pracovního prostředí nebo ze vztahu k jeho koníčkům a zájmům. Olfaktorickou stimulaci je vhodné aplikovat také z důvodu poskytnout nemocnému schopnost orientovat se v dané situaci, a tím pocitu jistoty a bezpečí. (6)

1.4.4.8 Taktilně-haptická stimulace

Somestetický systém umožňuje vnímání doteku, tlaku, napětí, natažení, chladu, tepla, lechtání a vibrací. Mnohé situace jsou pro pacienty nedůstojné a pro terapeutu nepříjemné (např. neklid a hyperaktivita pacientů, kteří si tahají invazivní vstupy,

stahují si neustále deku, atd.). Koncept BS chápe tyto aktivity jako symptomy nedostatku taktilně-haptické stimulace. Taktilně-haptická stimulace umožňuje poskytnout smysluplné stimulace i těmto pacientům, a to ve formě jim známých materiálů a věcí. Proto pracujeme opět z biografii pacienta. Předměty k taktilně-haptické stimulaci mohou být předměty z osobního či pracovního života a z oblastí koníčků a zájmů (oblíbené předměty, talismany, hračky, předměty k užívání k výkonu povolání, předměty spojené z hobby – tenisová raketa, golfová hůl, ručníky, teplo a chlad, předměty k osobní hygieně – mýdlo, pasta). (6)

1.5 Pracoviště ARO a JIP

Pracoviště intenzivní péče (JIP) a semiintenzivní, intermediální péče (SIP) jsou určena pacientům s hrozícím nebo již probíhajícím selháním jednoho či více orgánů. Poskytují možnost diagnózy, prevence a léčby multiorgánového selhání nepřetržitě v jakoukoliv noční a denní dobu. Dostupnost lékařů musí být okamžitá. (11)

Na anesteziologicko-resuscitační oddělení (ARO) jsou přijímáni pacienti, u nichž bezprostředně hrozí selhání životních funkcí, nebo pacienti, u nichž k tomuto selhání došlo. Pacientům je poskytována resuscitační péče a léčba v závislosti na diagnóze. Lékař musí být přítomen kontinuálně. (11)

Na základě praktických zkušeností a více literárních doporučení se intenzivní péče dělí do tří stupňů- nižší, vyšší a nejvyšší (resuscitační). Tři úrovně intenzivní péče neznamenaají současně tři typy jednotek intenzivní péče. Představují doporučený kalkulující vzorec pro personál a vybavení, přičemž na jedné jednotce jsou zastoupeny různé úrovně intenzivní péče v poměru, který vyžaduje spektrum nemocných, jimž jednotka poskytuje péči.

1. Intenzivní péče I. stupně (nižší) – se obvykle poskytuje v oblastních nemocnicích; zajišťuje kontinuální monitorování, zvýšenou sesterskou péči, možnost okamžité resuscitace a krátkodobé ventilace.
2. Intenzivní péče II. stupně (vyšší) – poskytuje se ve větších regionálních nemocnicích. Kromě zajištění základního monitorování je na tomto stupni zajištěno i invazivní monitorování, měření srdečního výdeje, dlouhodobá umělá plicní ventilace. Chybí speciální metody invazivního sledování (plicní katetrizace, měření intrakraniálního tlaku). Péči poskytuje stabilní lékařský tým, nebo je zde přinejmenším stále dostupný lékař.

3. Intenzivní péče III. stupně (nejvyšší, resuscitační) – poskytuje se ve velkých, oblastních a fakultních nemocnicích. Spočívá v poskytování celého rozsahu intenzivní péče se zvláštním zaměřením na kritické stavy různé etiologie. Je zajištěna specialisty z oblasti intenzivní medicíny, kteří jsou trvale dostupní pro práci na jednotce v průběhu celých 24 hodin. Je zajištěna speciální sesterská péče a potřebný personál provádějící nutriční a rehabilitační péči. Tyto jednotky mají přístup ke všem komplexním vyšetřením, technologicky pokročilým zobrazovacím metodám a rychlou dostupnost specialistů širokého spektra medicínských oborů.

Podle organizačního rámce můžeme rozdělit jednoty intenzivní péče na obecné (zajišťují péči o pacienty různých oborů), oborové (zajišťují intenzivní péči dle klinického oboru) a vysoce specializované oborového typu (nemocní přijímání dle typu onemocnění – diagnózy). I když oborové a specializované jednoty intenzivní péče mají své opodstatnění i ve středně velkých nemocnicích, a jsou zcela zásadní ve velkých oblastních nemocnicích a nemocnicích univerzitního typu, přesto jsou obecné jednotky intenzivní péče typu ARO důležité pro integrovanou péči o kriticky nemocné s projevy nebo rizikem selhání jednoho nebo více orgánů, kde stav nemá jednotný etiologický původ, není vázán na jasně stanovenou diagnózu a obor, popř. kde oborová intenzivní péče není v potřebném stupni zastoupena. (29)

1.5.1 Péče o pacienta na odděleních intenzivní péče

Intenzivní medicína je v současné době uznávanou a důležitou specializací, jejíž přítomnost je nepostradatelná pro většinu nemocnic. Poskytuje léčbu pacientům trpícím závažnými, život ohrožujícími onemocněními, která jsou velmi často reverzibilní. Je zaměřena na péči o pacienty s život ohrožujícími poruchami (kritičtí nemocní), kteří profitují z umístění na jednotce poskytující mnohem podrobnější a kontinuální sledování stavu nemocného a léčbu, která běžně není dostupná na standartních odděleních. (29)

Na všech typech intenzivní péče je stav pacientů nepřetržitě sledován sestrou a veškeré informace zaznamenávány do dokumentace. Pacienti jsou na tato oddělení přijímáni z jiného zdravotnického zařízení, od rychlé záchranné služby, z ostatních oddělení nemocnice, případně z ambulance, po dohodě s vedoucím lékařem JIP, SIP, ARO nebo s lékařem sloužícím lékařskou pohotovostní službu. (11)

V rámci dokumentace pacienta nesmí chybět podepsaný informovaný souhlas s hospitalizací. Pokud porucha vědomí nebo špatný celkový zdravotní stav neumožňuje pacientovi dát informovaný souhlas s hospitalizací, je vyplněn patřičný formulář, který je do 24 hodin (nebo první následující pracovní den) odeslán faxem na příslušný obvodní soud – je zahájeno detenční řízení. Formulář je spolu s potvrzením odeslání založen do pacientovy dokumentace. (11)

Během příjmu je nutné, dle celkového stavu pacienta zajistit dýchací cesty – aplikace kyslíku, UPV, kontinuální monitoring základních životních funkcí, invazivní vstupy – CŽK, arteriální katétr, periferní žilní katétr, neinvazivní vstupy – NGS, PMK, odběr biologického materiálu, ASTRUP, vstupní hygienický filtr, natočení EKG, diagnostické vyšetřovací metody – CT, RTG, konsiliární vyšetření a veškerou ošetrovatelskou a lékařskou péči vedoucí ke stabilizaci celkového stavu pacienta. (11)

1.5.2 Potřeby pacienta v intenzivní péči

Rozsah poskytované ošetrovatelské péče je na odděleních intenzivní péče závislý na diagnóze a zdravotním stavu nemocného. Stejně jako se neustále vyvíjí zdravotní stav pacienta, vyvíjí se neustále jeho potřeby a nároky na ošetrovatelskou péči. Sestra má obvykle k nemocným daleko bližší vztah než lékař. Pacient je často na její péči závislý, je v podřízené pozici. Proto je důležité, aby sestra dokonale znala všechny jeho potřeby, trpělivě ho vyslechla, poradila mu a neudílela jen příkazy a zákazy. Měla by vždy maximálně podporovat jeho soběstačnost a zároveň plně saturovat jeho potřeby. K nejčastějším potřebám pacienta na intenzivní péči patří dýchání, výživa, vyprazdňování, soběstačnost a psychická vyrovnanost. (11)

V léčbě a ošetřování všech nemocných, zejména pak těžce a vážně nemocných, se snažíme upokojit potřeby, které jsou limitovány onemocněním samotným, např. změna životního stylu, sociální a ekonomické problémy a potřeby, které nově vznikají, např. pomoc od bolesti, ztráta pocitu bezpečí. Potřeby se mění s průběhem onemocnění, některé mizí, jiné se zase naléhavě objevují. Zdravotníci si ne vždy dostatečně uvědomují, že nemocný náhle ztrácí prestiž, životní rytmus, práci, stravovací zvyklosti, volnost pohybu, možnost různých aktivit, blízkost rodinných příslušníků či partnerů a přitom je nejvíce vystaven neznámému prostředí, kolektivu cizích lidí, kteří se najednou starají o jeho nejintimnější záležitosti, obavám o vlastní zdraví, strachu z operace, slabosti, nespavosti, bolesti, nepříjemným spolupacientům a mnoha omezením, které intenzivní péče vyžaduje. Na všechny tyto situace má pacient právo reagovat, a mnohdy

také reaguje, agresí, úzkostí, depresí, zmateností a dalšími poruchami chování. K tomu, aby byl pacient v psychické pohodě, lze přispět splněním následujících faktorů v maximální možné míře s ohledem na jeho diagnózu a zdravotní stav – udržet nebo zlepšit soběstačnost nemocného, odstranit či minimalizovat bolest, komunikovat a zajistit dostatečný odpočinek a spánek. (11, 24)

2 Empirická část

2.1 Cíle práce

Cíl práce 1 - Zjistit jaké způsoby komunikace používají sestry pracující na ARO/JIP u pacientů s poruchou vědomí a u pacientů při vědomí se zajištěnými dýchacími cestami.

Cíl práce 2 - Zjistit, zda sestřím pracujícím na ARO/JIP činí problém komunikovat s pacientem s poruchou vědomí a s pacientem při vědomí se zajištěnými dýchacími cestami.

2.2 Stanovené hypotézy

Hypotéza 1 – Sestry pracující na ARO/JIP nemají problém v komunikaci s pacientem s poruchou vědomí.

Hypotéza 2 – Sestry pracující na ARO/JIP znají a používají koncept bazální stimulace, jako komunikační formu u pacientů s poruchou vědomí.

Hypotéza 3 – Pro sestry pracující na ARO/JIP je komunikace s pacientem při vědomí se zajištěnými dýchacími cestami obtížná.

Hypotéza 4 – Sestry pracující na ARO/JIP znají a využívají pro usnadnění komunikace s pacientem při vědomí se zajištěnými dýchacími cestami různé komunikační techniky (např. odezírání ze rtů, psaní na papír, abecední tabulka).

2.3 Metodika výzkumu

2.3.1 Použité metody výzkumu

Při sběru dat i jejich zpracování byl zvolen kvantitativní výzkum, metoda dotazování, technika sběru dat strukturovaný dotazník. Anonymní dotazník obsahoval 24 otázek. Z celkového počtu otázek bylo 17 otázek uzavřených, 6 otázek polootevřených, které sloužily k doplnění dalších skutečností nebo vlastních názorů sestry a 1 otázka otevřená.

Prvních 5 otázek se týkalo charakteristiky výzkumného souboru. Otázky 9 – 11, 14, 15 a 19 - 21 se vztahovaly k daným hypotézám. Zbylé otázky doplňovaly informace ke stanoveným cílům. Poslední otázka 24 zjišťovala názory, dodatky a připomínky sester k problematice komunikace s pacientem.

Výzkum byl proveden během měsíce února a března 2009 na vybraných anesteziologicko resuscitačních odděleních a jednotkách intenzivní péče v České republice.

Získaná data jsem uložila a vyhodnotila graficky v programu Microsoft Excel 2007. Pro lepší názornost jsem u poslední otázky zvolila tabulku.

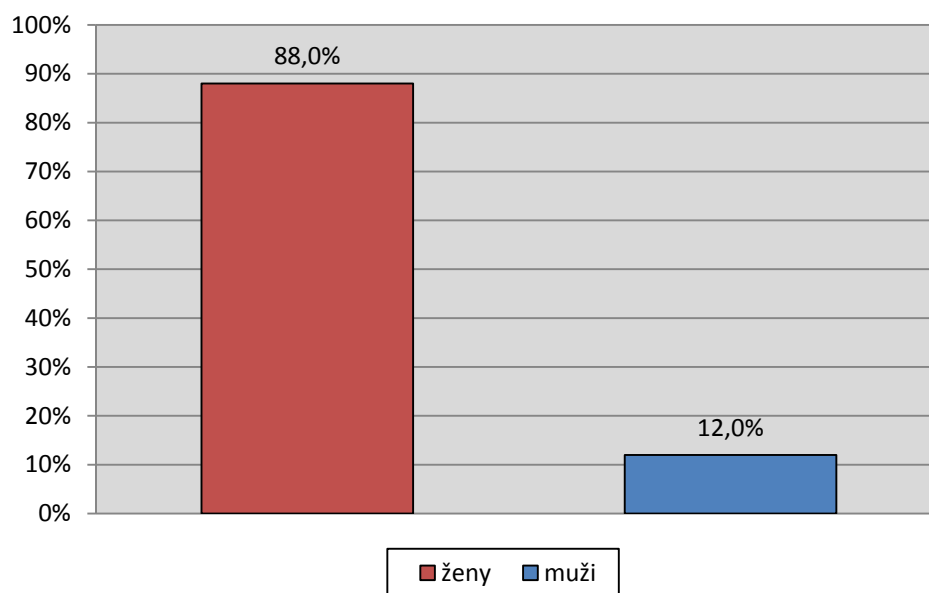
2.3.2 Charakteristika výzkumného souboru

Výzkumný soubor tvořily sestry pracující na anesteziologicko resuscitačním oddělení nebo jednotkách intenzivní péče. Výzkum byl proveden ve Všeobecné fakultní nemocnici v Praze, Fakultní Thomayerově nemocnici v Praze, Fakultní nemocnici Olomouc a v Institutu klinické a experimentální medicíny v Praze.

Celkem bylo rozdáno 160 dotazníků. Ze 137 dotazníků, které se vrátily, muselo být 12 dotazníků vyřazeno pro neúplnost odpovědí. Výsledky výzkumu byly tedy zpracovány na základě 125 zcela kompletně vyplněných dotazníků. Celková návratnost dotazníků byla 78 %.

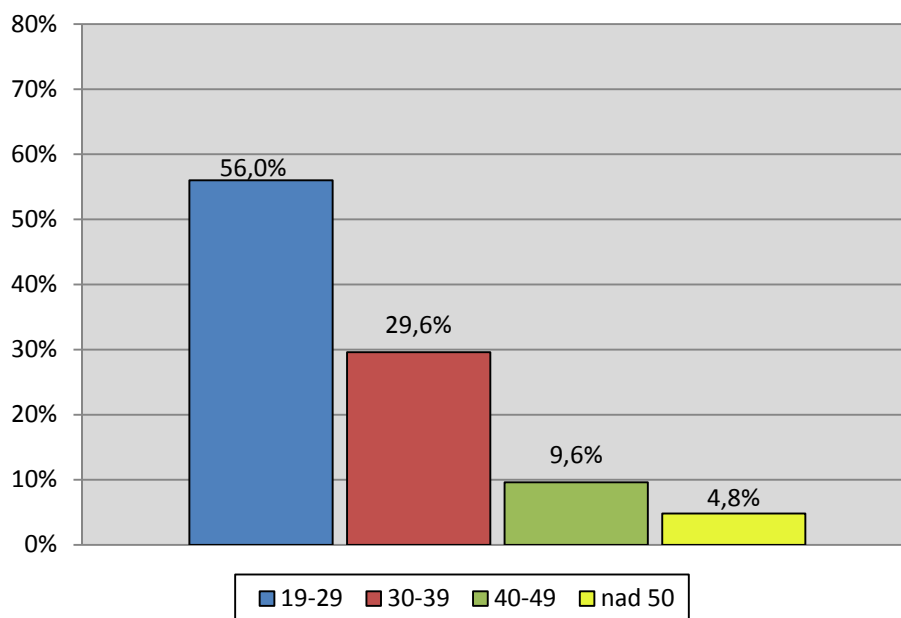
2.4 Výsledky

Graf 1 Pohlaví respondentů



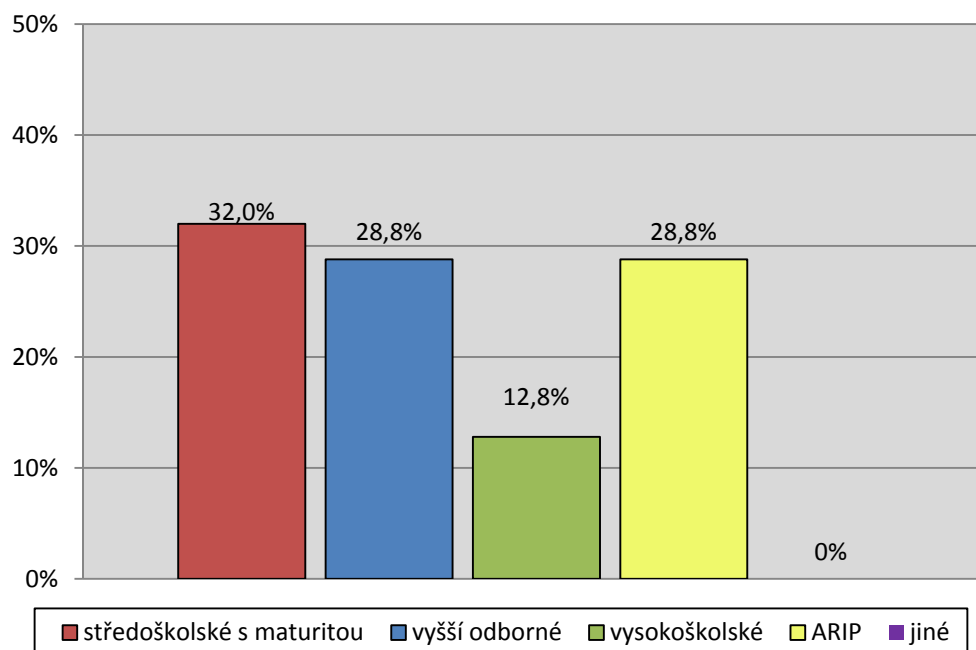
Z celkového počtu 125 (100 %) respondentů se zúčastnilo dotazníkového šetření 110 (88 %) žen a 15 (12 %) mužů.

Graf 2 Věková kategorie respondentů



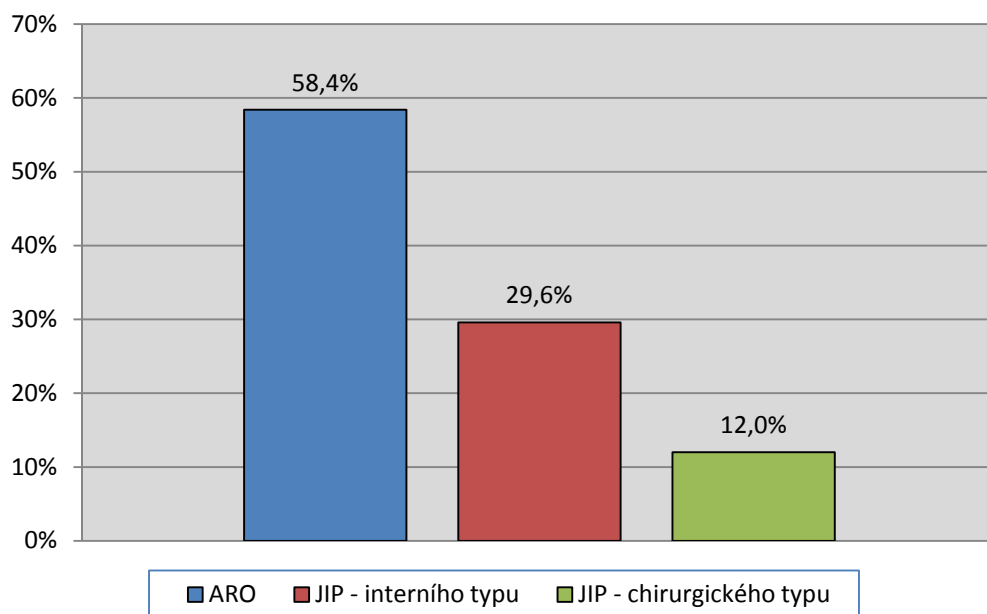
Dotazníkového šetření se zúčastnilo 70 (56 %) respondentů ve věkové kategorii 19-29 let, 37 (29,6 %) respondentů ve věku 30-39 let, 12 (9,6 %) respondentů ve věku 40-49 let a 6 (4,8 %) respondentů bylo ve věku nad 50 let.

Graf 3 Nevyšší dosažené vzdělání



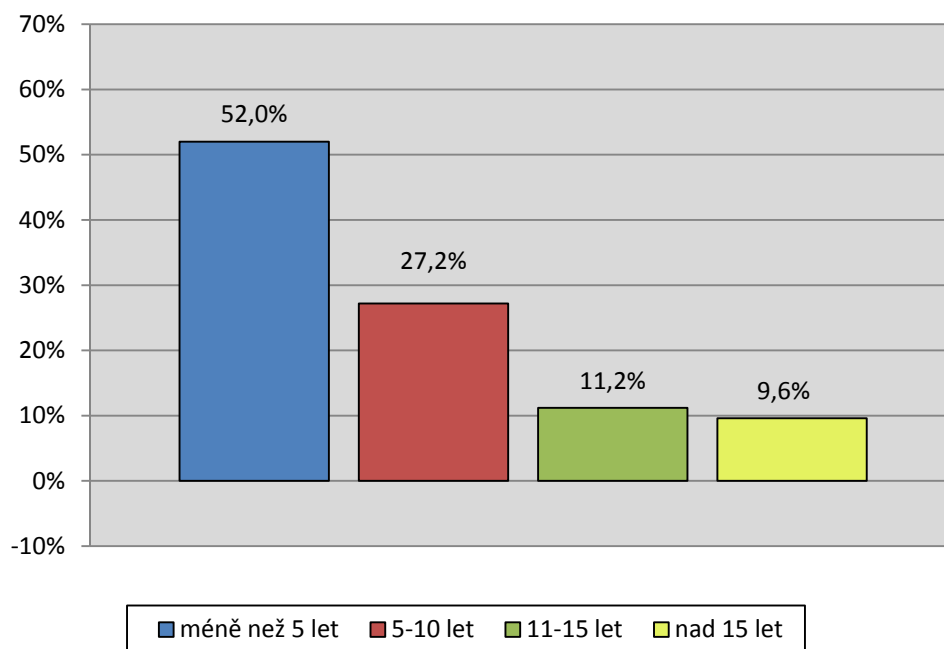
Z celkového počtu 125 (100 %) respondentů uvedlo 40 (32 %) respondentů, že mají středoškolské vzdělání s maturitou, 36 (28,8 %) respondentů vyšší odborné vzdělání, 16 (12,8 %) respondentů vysokoškolské vzdělání, 36 (28,8 %) respondentů uvedlo ARIP a žádný z dotazovaných respondentů neuvedl jiné vzdělání.

Graf 4 Místo výkonu povolání



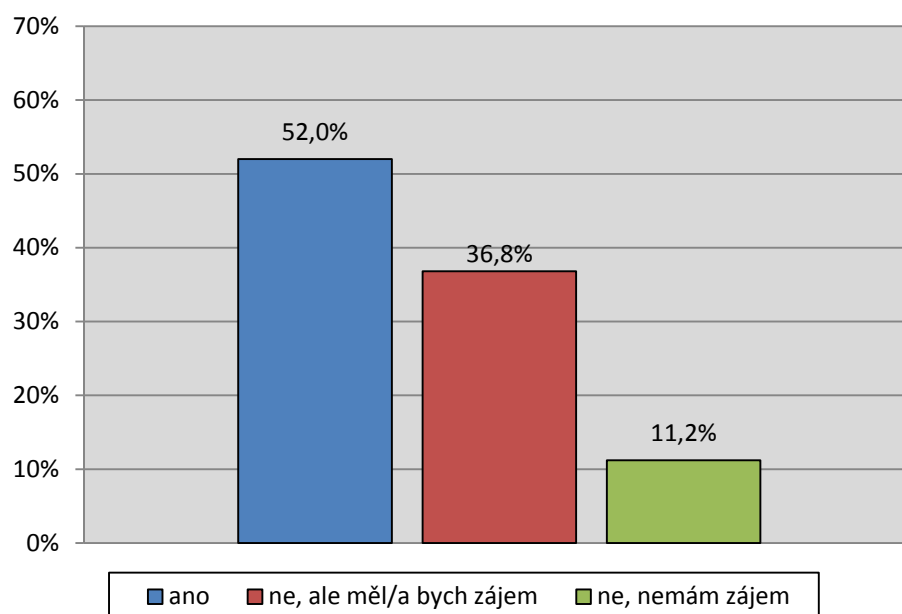
Z celkového počtu 125 (100 %) respondentů odpovědělo 73 (58,4 %) respondentů, že pracuje na ARO, 37 (29,6 %) respondentů pracuje na JIP – interního typu a 15 (12 %) respondentů pracuje na JIP – chirurgického typu.

Graf 5 Doba praxe na ARO/JIP



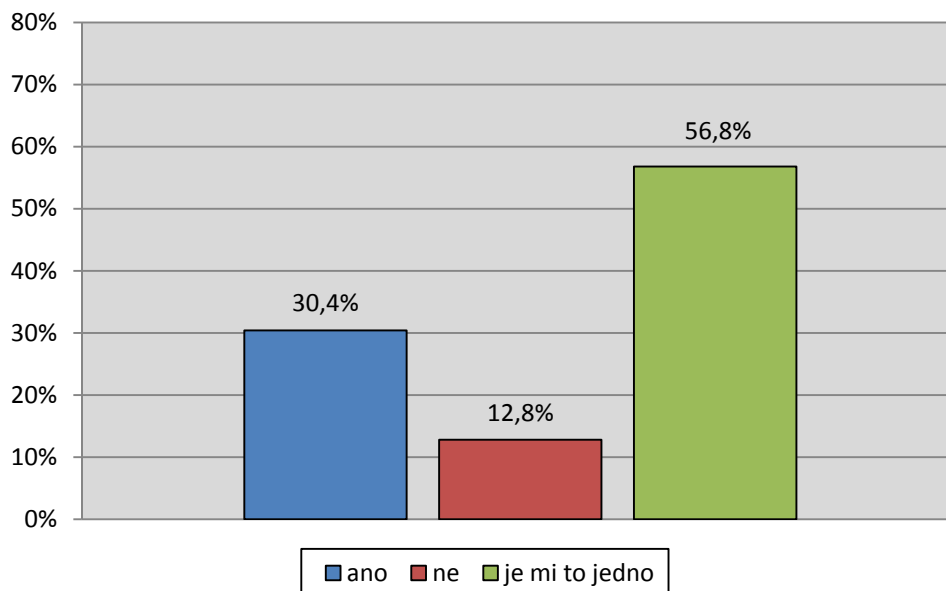
Z celkového počtu 125 (100 %) respondentů odpovědělo 65 (52 %) respondentů, že pracuje na ARO či JIP méně než 5 let, 34 (27,2 %) respondentů pracuje na ARO či JIP 5-10 let, 14 (11,2 %) respondentů odpovědělo 11-15 let a 12 (9,6 %) respondentů pracuje na ARO či JIP nad 15 let.

Graf 6 Absolvování kurzu či školení týkající se komunikace



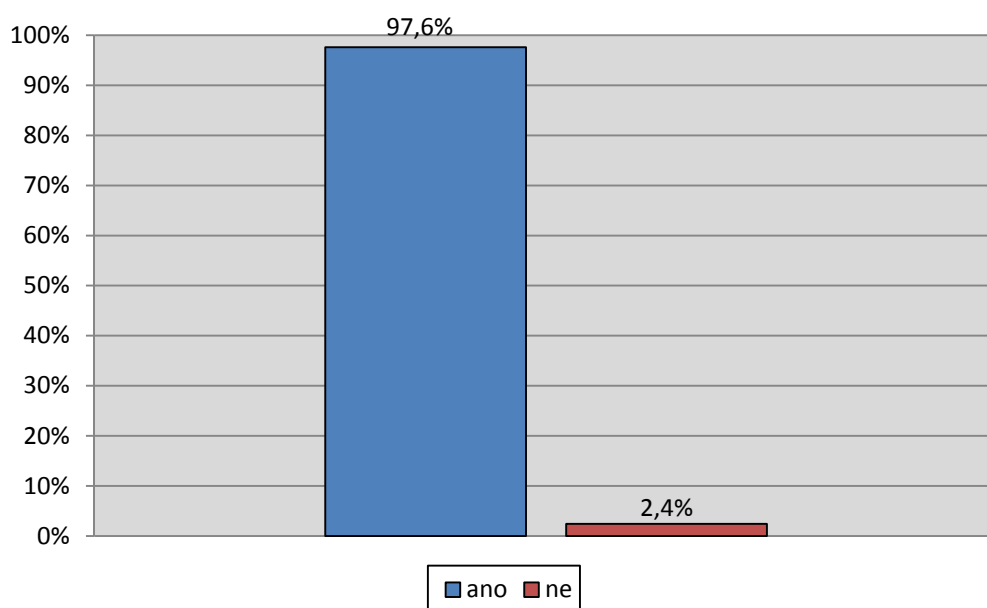
Z celkového počtu 125 (100 %) respondentů uvedlo 65 (52 %) respondentů, že absolvovalo školení či kurz týkající se komunikace, 45 (36,8 %) respondentů kurz či školení neabsolvovalo, ale měli by zájem a 14 (11,2 %) respondentů neabsolvovalo školení či kurz a ani nemají zájem.

Graf 7 Preference péče o pacienta s poruchou vědomí, před péčí o pacienta komunikujícího



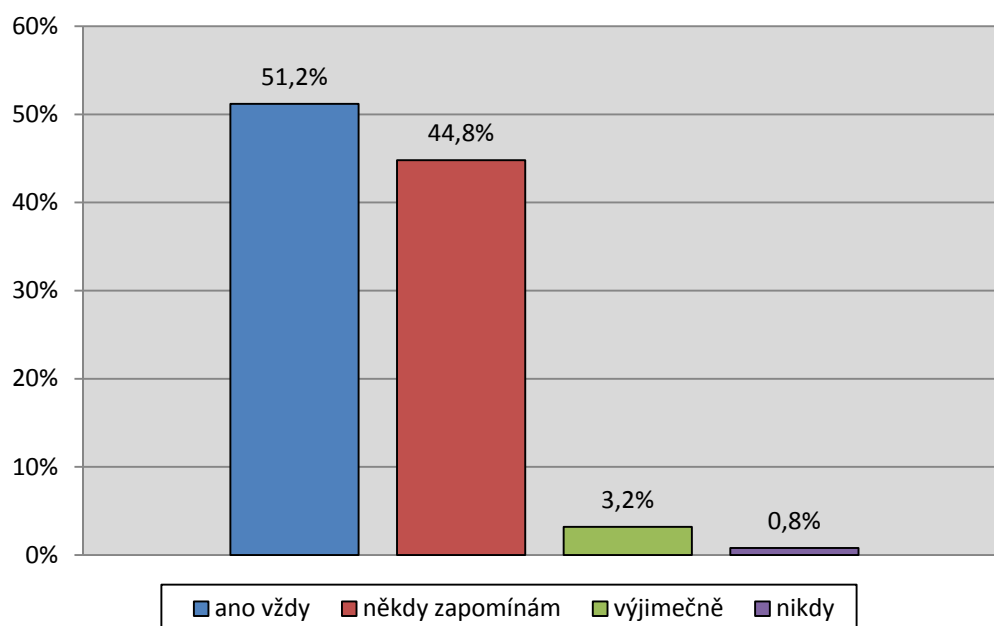
Z celkového počtu 125 (100 %) respondentů preferuje 38 (30,4 %) respondentů péči o pacienta s poruchou vědomí, 16 (12,8 %) respondentů pečuje raději o pacienta komunikujícího a 71 (56,8 %) respondentům je to jedno.

Graf 8 Příznivý vliv komunikace na zdravotní stav pacienta s poruchou vědomí



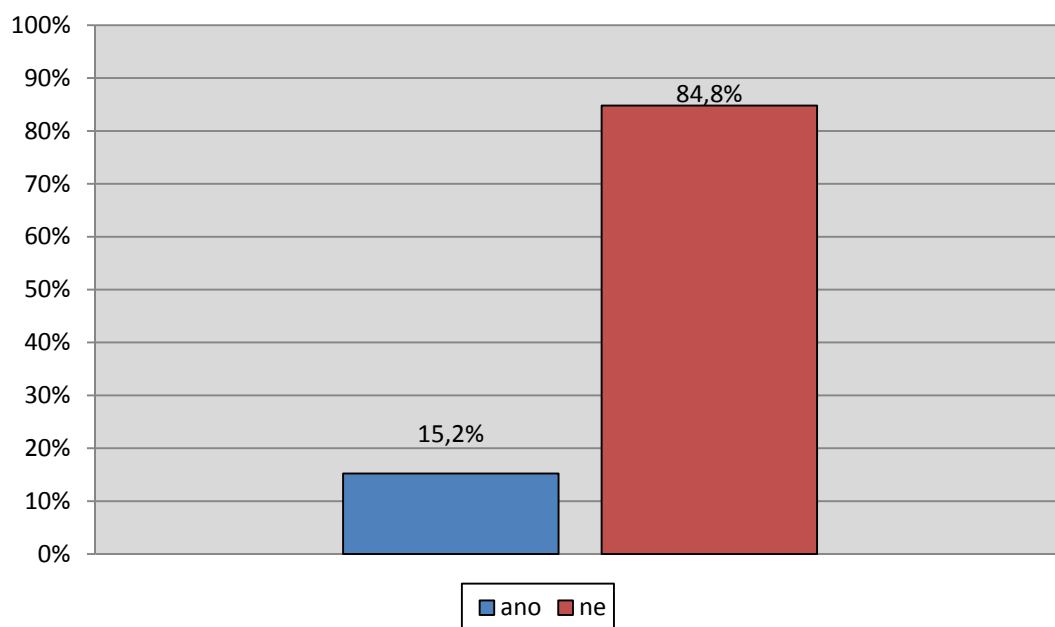
Z celkového počtu 125 (100 %) respondentů si myslí 122 (97,6 %) respondentů, že komunikace má příznivý vliv na pacienta s poruchou vědomí a 3 (2,4 %) respondenti si myslí, že komunikace nemá příznivý vliv na pacienta s poruchou vědomí.

Graf 9 Komunikace s pacientem s poruchou vědomí ze strany sester



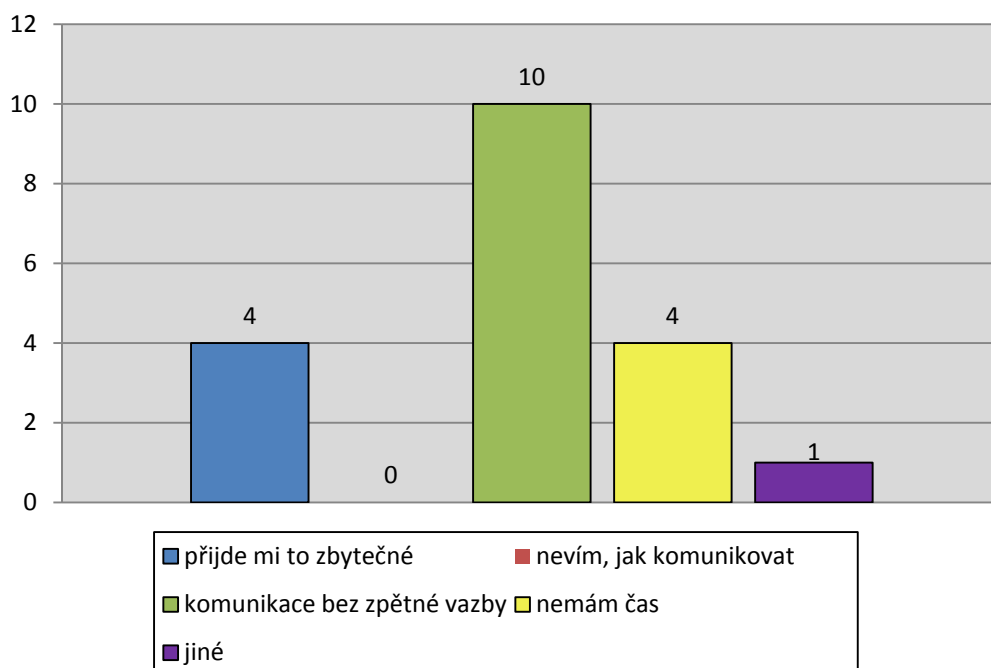
Z celkového počtu 125 (100 %) respondentů na pacienta s poruchou vědomí mluví vždy 64 (51,2 %) respondentů, občas zapomíná mluvit na pacienta s poruchou vědomí 56 (44,8 %) respondentů, 4 (3,2 %) respondenti mluví na pacienty s poruchou vědomí výjimečně a pouze 1 (0,8 %) respondent uvedl, že na pacienta s poruchou vědomí nemluví nikdy.

Graf 10 Problémy s komunikací s pacientem s poruchou vědomí



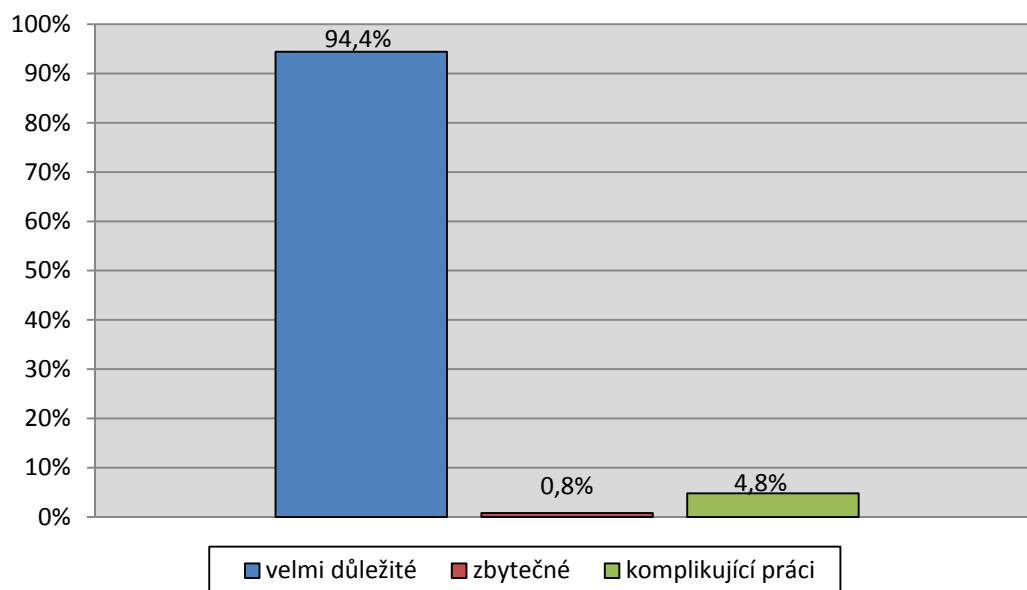
Z celkového počtu 125 (100 %) respondentů uvedlo 106 (84,8 %) respondentů, že nemají problém v komunikaci s pacientem s poruchou vědomí a 19 (15,2 %) respondentů uvedlo, že mají problém komunikovat s pacientem s poruchou vědomí.

Graf 11 Důvod problémů v komunikaci s pacientem s poruchou vědomí



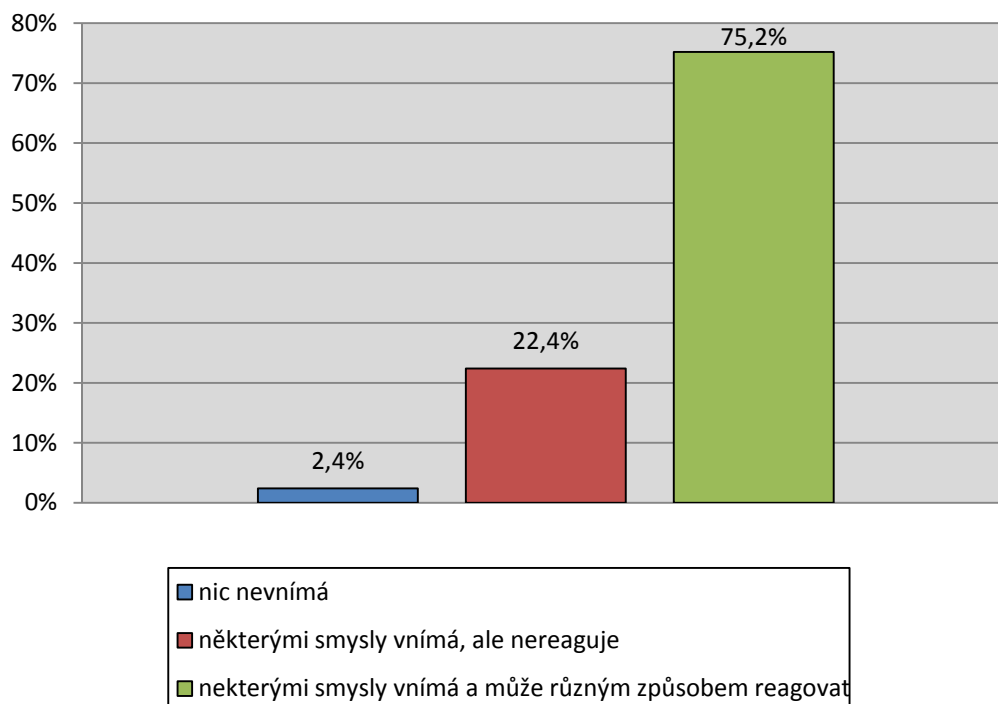
Na otázku č. 11 odpovídali pouze respondenti, kteří v předchozí otázce zvolili možnost ANO. Z celkového počtu 19 (100 %) respondentů uvedli 4 respondenti, že důvodem problémů komunikace s pacientem s poruchou vědomí je, že jim to přijde zbytečné. Žádný s respondentů neuvedl možnost – nevím, jak s ním komunikovat, 10 respondentů si myslí, že je to komunikace bez zpětné vazby, a proto mají problém s pacientem s poruchou vědomí komunikovat, 4 respondenti nemají na komunikaci s pacientem s poruchou vědomí čas a 1 respondent, který si vybral možnost jiné, uvedl, že důvodem problémů komunikace s pacientem s poruchou vědomí je syndrom vyhoření.

Graf 12 Návštěvy u pacienta s poruchou vědomí



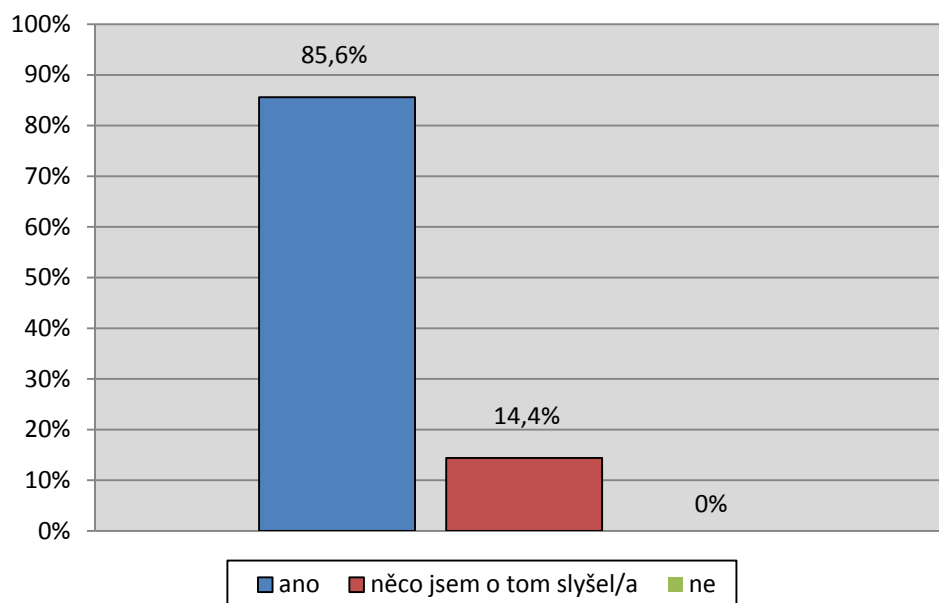
Z celkového počtu 125 (100 %) respondentů odpovědělo 118 (94,4 %) respondentů, že návštěvy u pacienta s poruchou vědomí jsou velmi důležité, 1 (0,8 %) respondent odpověděl, že návštěvy u pacienta s poruchou vědomí považuje za zbytečné a 6 (4,8 %) respondentů si myslí, že návštěvy u pacienta s poruchou vědomí komplikují jejich práci.

Graf č. 13 Názor sester na vnímání pacientů s poruchou vědomí



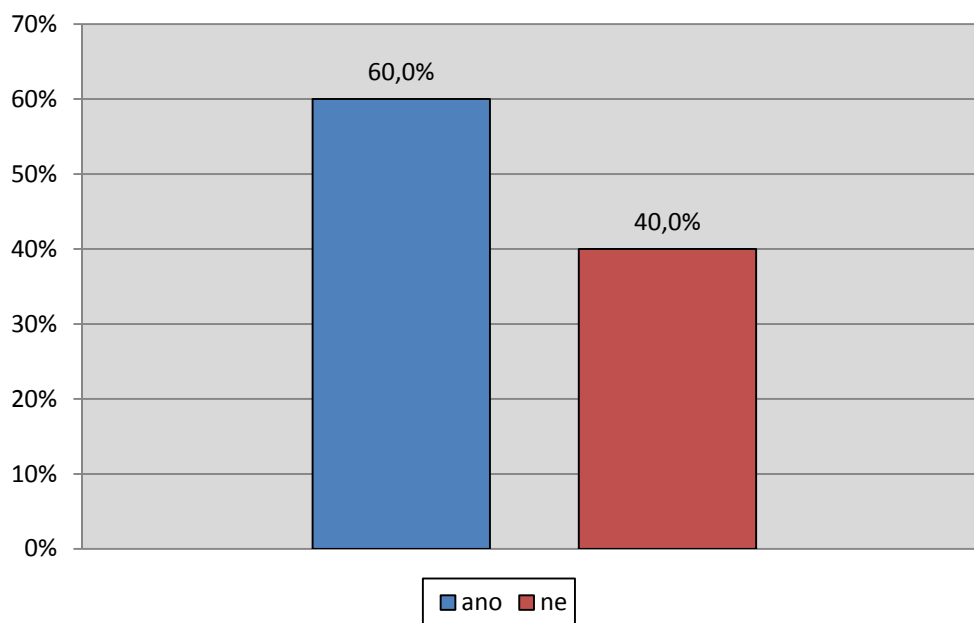
Z celkového počtu 125 (100 %) respondentů si myslí 3 (2,4 %) respondenti, že pacient s poruchou vědomí nic nevnímá, 28 (22,4 %) respondentů si myslí, že pacient s poruchou vědomí některými smysly vnímá, ale nereaguje a největší počet respondentů 94 (75,2 %) uvedlo, že pacient s poruchou vědomí některými smysly vnímá a může různým způsobem i reagovat.

Graf 14 Znalost sester o pojmu bazální stimulace



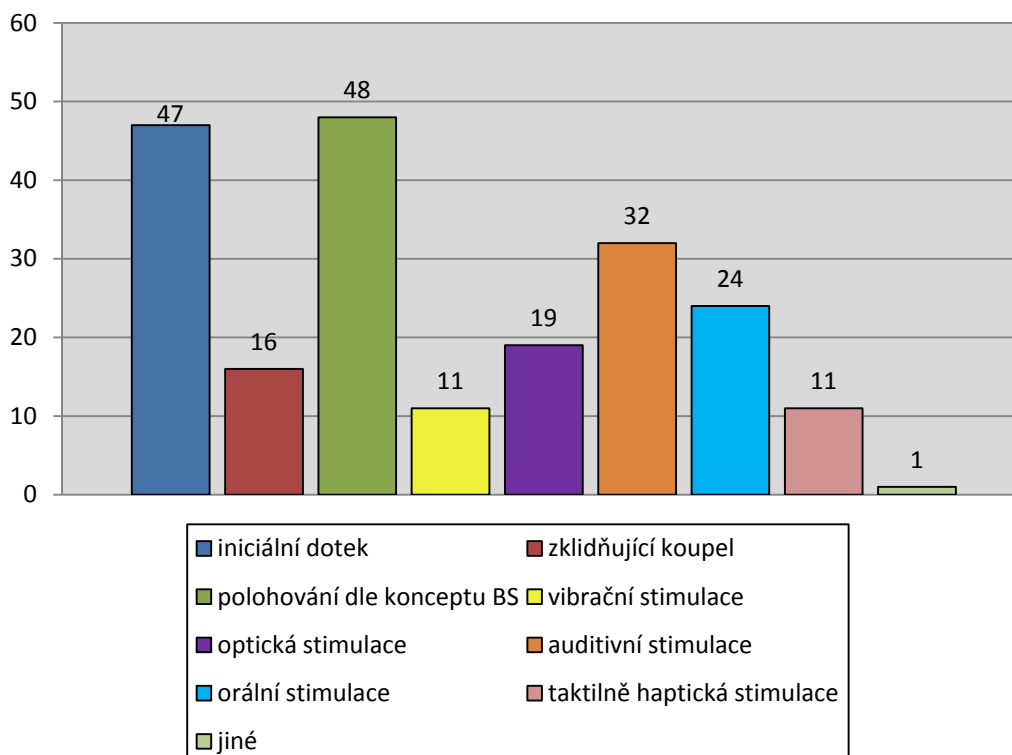
Z celkového počtu 125 (100 %) respondentů zná pojem bazální stimulace 107 (85,6 %) respondentů, 18 (14,4 %) respondentů uvedlo, že o pojmu bazální stimulace již něco slyšeli a žádný z dotazovaných respondentů neuvedl, že pojem bazální stimulace nezná.

Graf 15 Užívání konceptu BS na pracovišti



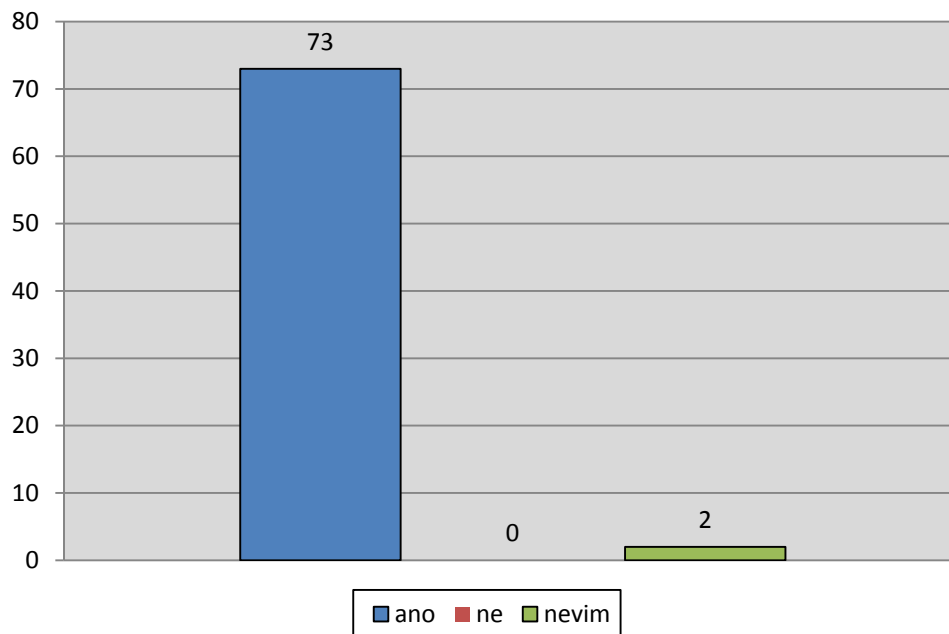
Z celkového počtu 125 (100 %) respondentů uvedlo 75 (60,0 %) respondentů, že na svém pracovišti využívají koncept bazální stimulace a 50 (40,0 %) respondentů na svém pracovišti koncept bazální stimulace nevyužívají.

Graf 16 Techniky využívané k bazální stimulaci



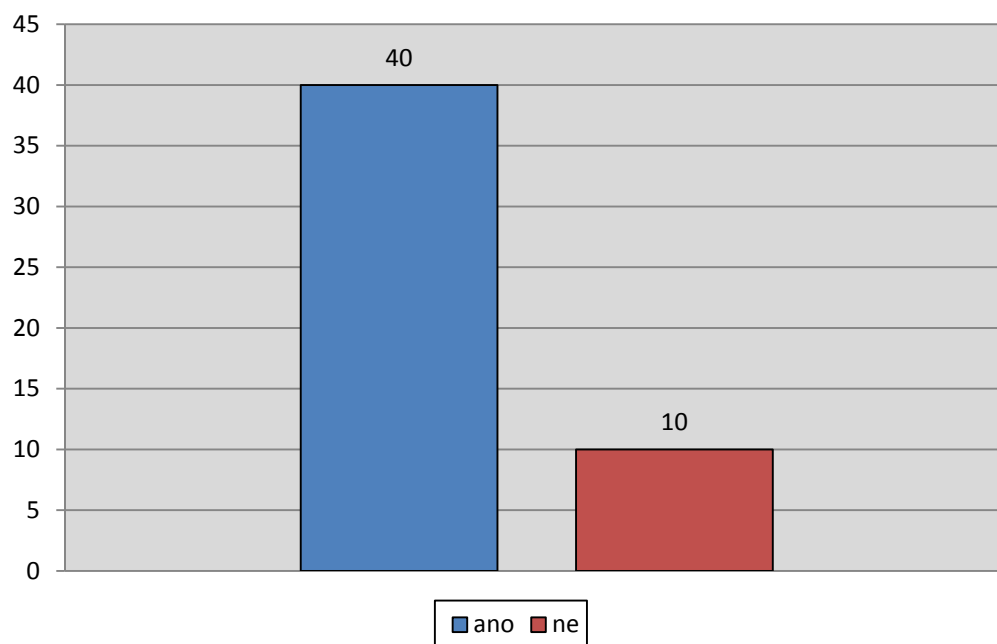
Na otázku č. 16 odpovídali respondenti, kteří v předchozí otázce označili odpověď ANO. Respondenti mohli v této otázce označit více odpovědí. Z celkového počtu 209 odpovědí uvedlo 47 respondentů, že z technik používaných k bazální stimulaci využívají na svém pracovišti iniciální dotek, 16 respondentů využívá zklidňující koupel, 48 respondentů polohování dle konceptu bazální stimulace, 11 respondentů uvedlo vibrační stimulaci, 19 respondentů využívá optickou stimulaci, 32 respondentů odpovědělo auditivní stimulaci, 24 respondentů využívá orální stimulaci, 11 respondentů taktilně haptickou stimulaci a jeden respondent, který označil možnost jiné, využívá vestibulární bazální stimulaci.

Graf 17 Přínos komunikace formou bazální stimulace pro pacienta s poruchou vědomí



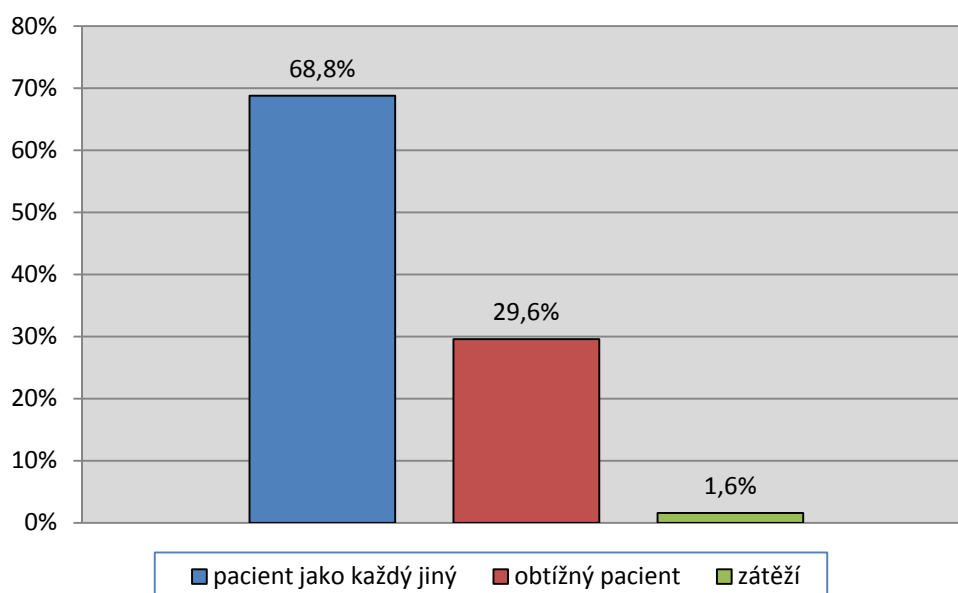
Z celkového počtu 75 (100 %) respondentů, kteří uvedli v otázce č. 15, že využívají na svém oddělení koncept bazální stimulace, odpovědělo 73 respondentů, že koncept bazální stimulace je přínosem v komunikaci s pacientem s poruchou vědomí, žádný z respondentů nevedl, že koncept bazální stimulace není přínosem a 2 respondenti nevědí, zda je koncept bazální stimulace přínosnou formou komunikace u pacienta s poruchou vědomí.

Graf 18 Postoj sester k zavedení konceptu bazální stimulace na jejich pracovišti



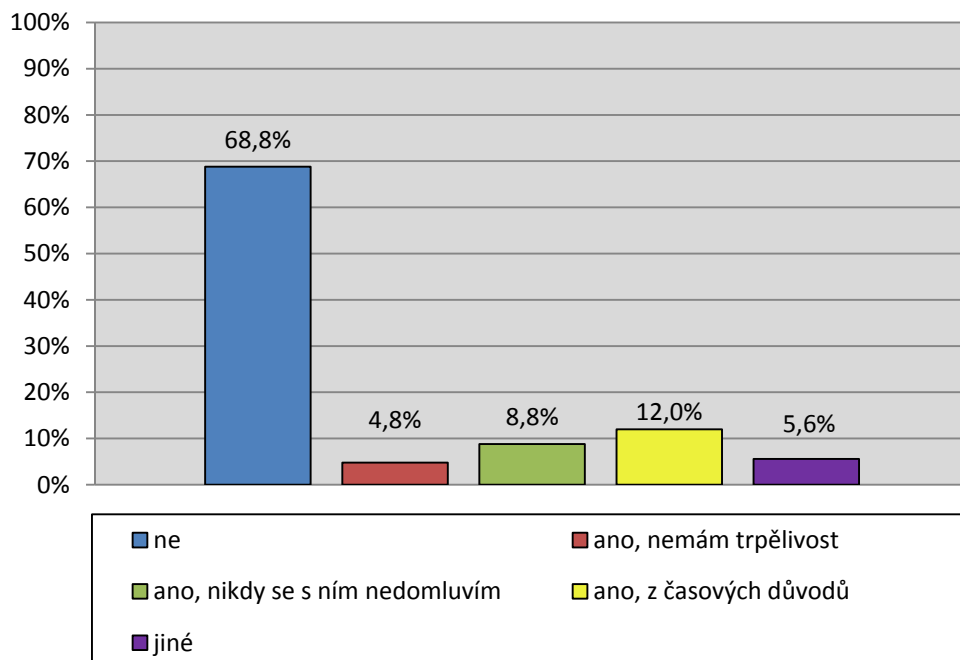
Z celkového počtu 50 (100 %) respondentů, kteří uvedli v otázce č. 15, že nevyužívají na svém oddělení koncept bazální stimulace, odpovědělo 40 respondentů, že by si přáli, aby byl na jejich pracovišti koncept bazální stimulace zaveden, 10 respondentů nemá zájem o zavedení konceptu bazální stimulace na svém pracovišti.

Graf 19 Názor sester na pacienta při vědomí se zajištěnými dýchacími cestami



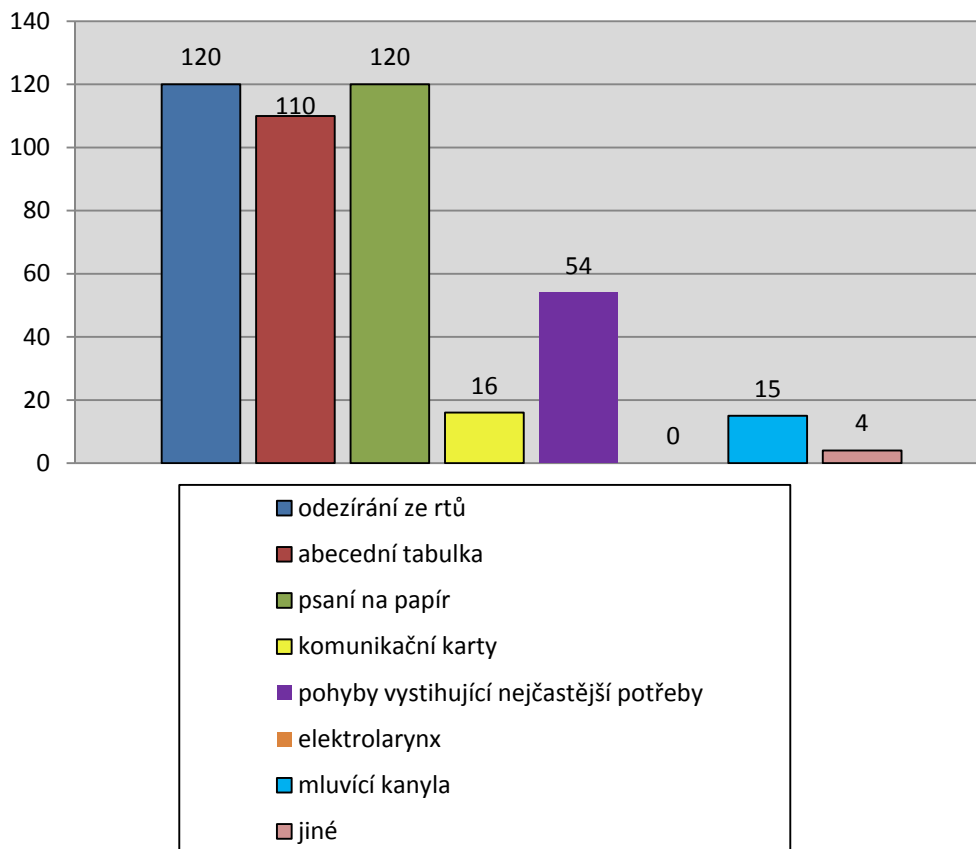
Z celkového počtu 125 (100 %) respondentů si myslí 86 (68,8 %) respondentů, že pacient při vědomí se zajištěnými dýchacími cestami, je pacient jako každý jiný, 37 (29,6 %) respondentů si myslí, že je to obtížný pacient a 2 (1,6 %) respondenti uvedli, že je pro ně pacient při vědomí se zajištěnými dýchacími cestami zátěží.

Graf 20 Problémy s komunikací u pacientů při vědomí se zajištěnými dýchacími cestami



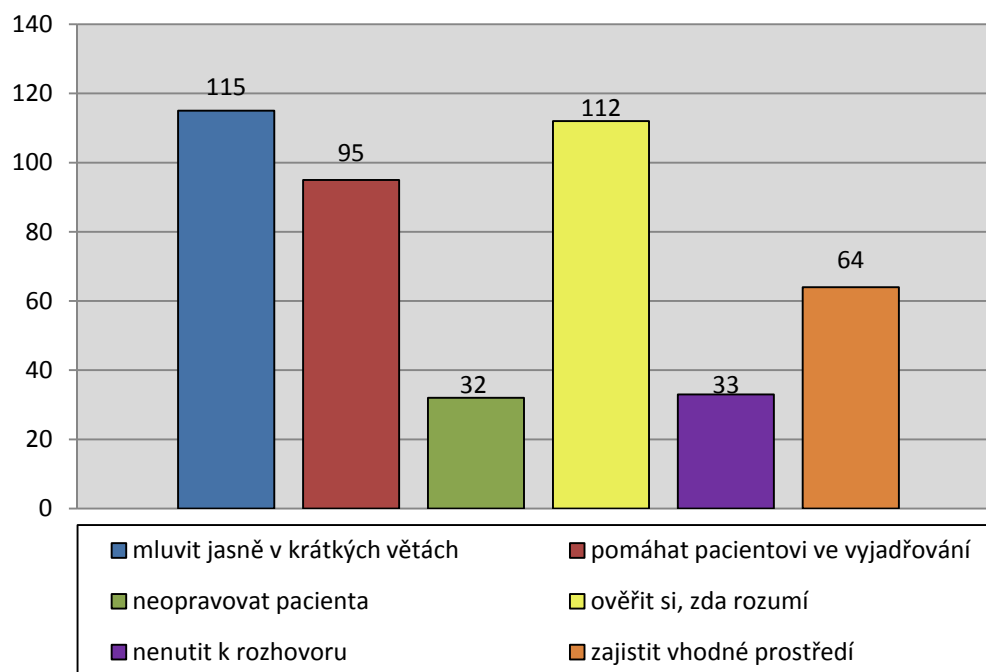
Z celkového počtu 125 (100 %) respondentů odpovědělo 86 (68,8 %) respondentů, že nemají problém s komunikací u pacientů při vědomí se zajištěnými dýchacími cestami, zbytek respondentů uvedl, že mají problém s komunikací u pacientů při vědomí se zajištěnými dýchacími cestami. Z toho 6 (4,8 %) respondentů z důvodu nedostatečné trpělivosti, 11 (8,8 %) respondentů z důvodu, že se s pacientem nikdy nedomluví, 15 (12 %) respondentů z časových důvodů a 7 respondentů si vybralo možnost jiné.

Graf 21 Komunikační techniky využívané u pacientů při vědomí se zajištěnými dýchacími cestami



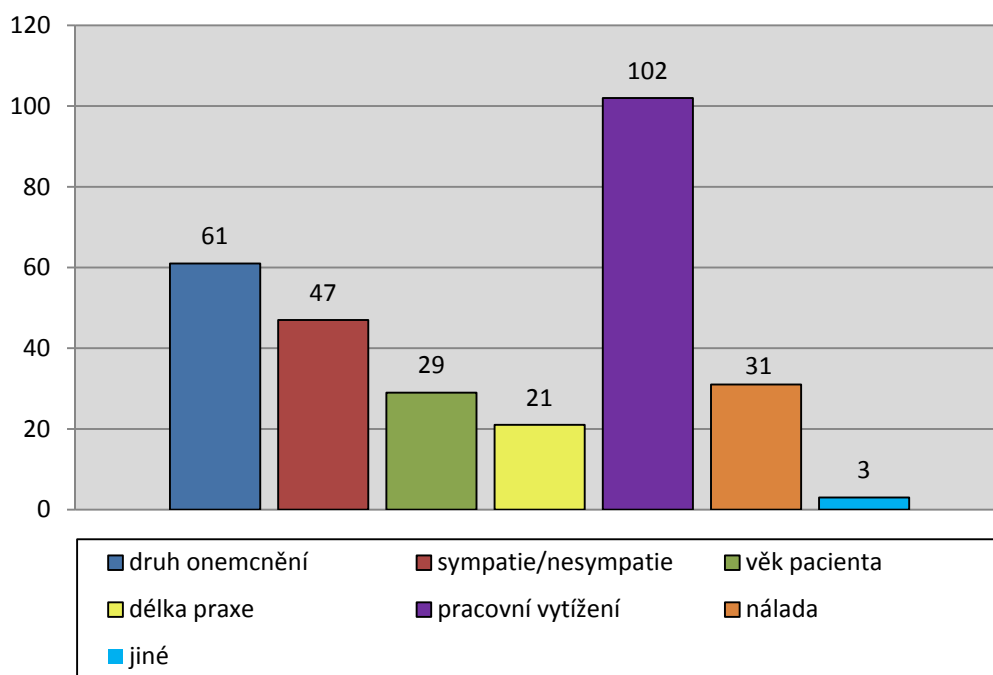
V otázce č. 21 mohli respondenti označit více odpovědí. Z celkového počtu 439 odpovědí uvedlo 120 respondentů, že jako komunikační techniku u pacientů při vědomí se zajištěnými dýchacími cestami využívají odezírání ze rtů, 110 pacientů využívá abecední tabulku, 120 respondentů uvedlo psaní na papír, 16 respondentů využívá komunikační karty, 54 respondentů odpovědělo pohyby vystihující nejčastější potřeby, elektrolarynx nevyužívá žádný z respondentů, mluvicí kanylu uvedlo 15 respondentů a 4 respondenti označili možnost jiné.

Graf 22 Zásady komunikace s pacientem při vědomí se zajištěnými dýchacími cestami



V otázce č. 22 mohli respondenti označit více možností. Z celkového počtu 451 odpovědí uvedlo 115 respondentů, že je třeba na pacienta při vědomí se zajištěnými dýchacími cestami mluvit jasně v krátkých větách, 95 respondentů uvedlo, že je nutné pomáhat pacientovi ve vyjadřování (nabízet slova), 32 respondentů si myslí, že je důležité neopravovat pacienta, 112 respondentů odpovědělo, že je nutné ověřit si, zda pacient rozumí, 33 respondentů označilo možnost nenutit pacienta k rozhovoru a 64 respondentů považuje za důležité zajistit vhodné prostředí ke komunikaci s pacientem při vědomí se zajištěnými dýchacími cestami.

Graf 23 Faktory ovlivňující schopnost komunikace s pacientem



V otázce č. 23 měli respondenti možnost označit více odpovědí. Z celkového počtu 294 odpovědí uvedlo 61 respondentů, že jejich schopnost komunikovat s pacienty ovlivňuje především druh onemocnění, 47 respondentů uvedlo sympatie/nesympatie, 29 respondentů ovlivňuje hlavně věk pacienta, na 21 respondentů má vliv především délka praxe, 102 respondentů si vybralo možnost pracovní vytížení, 31 respondentů je ovlivněno při komunikaci s pacientem náladou a 3 respondenti si vybrali možnost jiné, kde uvedli nedostatek personálu a náladu pacienta.

Tabulka 1 Názor sester na komunikaci s pacientem

Počet odpovědí	
5	Komunikace s pacientem a zdravotnickým personálem je velmi důležitá, i když mnohdy náročná.
3	Nejdůležitější v komunikaci s pacientem se zajištěnými dýchacími cestami je trpělivost.
2	Komunikace s pacienty je nutná, nesmí se zapomínat na pacienty v bezvědomí.
2	Komunikujeme-li s pacientem a o všem ho informujeme, cítí se spokojen a je v klidu.
2	Chtěla bych více informací o komunikaci před nástupem do zaměstnání.
1	Důležité je na pacienta mluvit, aby neměl pocit, že je na své onemocnění sám.
1	V komunikaci sestry s pacientem je toho hodně co zlepšovat.
1	Uvědomit si, že pacient je lidská bytost a jeho potřeba komunikace v době hospitalizace hraje důležitou roli.
1	Pacient v bezvědomí je z hlediska komunikace nejlehčím pacientem.
1	Komunikace často vážne z důvodu nedostatku personálu.
1	U pacientů se zajištěnými dýchacími cestami je největším problémem v komunikaci, dlouhá doba než se vyjádří, sestra na to nemá čas.
1	Při komunikaci by nemělo záležet na věku, onemocnění ani na naší náladě, vždy se musíme chovat profesionálně.
1	S pacientem se lze vždy domluvit, jen to chce snahu a najít ten správný způsob komunikace.
1	Velmi často je těžké odezrát od pacientů se zajištěnými dýchacími cestami, když hned sestra nerozumí, pacient se vzteká a vzdává to.
1	Není problém se domluvit s pacientem se zajištěnými dýchacími cestami, dáváme jim na vyjádření vždy dostatek času.
1	Komunikace s pacientem v bezvědomí, popisující pouze výkony, které se u nich provádějí, by neměla být považována za plnohodnotnou.

Otázka č. 24 byla otevřená. Respondenti zde mohli dopsat své názory týkající se komunikace s pacientem. Z celkového počtu 125 (100 %) respondentů doplnilo 25 respondentů svůj názor na komunikaci s pacientem.

3 Diskuze

V diskuzi hodnotím výsledky získané z vyhodnocených dotazníků určeným sestřám pracujících na ARO a JIP. Výzkumný soubor tvořilo 125 respondentů. Výzkumná část diplomové práce měla za úkol zjistit, jaké způsoby komunikace používají sestry pracující na ARO/JIP u pacientů s poruchou vědomí a u pacientů při vědomí se zajištěnými dýchacími cestami a dále zjišťovala, zda sestřám pracujícím na ARO/JIP činí problém komunikovat s pacientem s poruchou vědomí a s pacientem při vědomí se zajištěnými dýchacími cestami.

V úvodu diskuze se zabývám výsledky dotazníkového šetření týkající se charakteristiky zkoumaného souboru. Otázka č. 1 zjistila, že na ARO či JIP pracují převážně ženy (88 %). Mužské zastoupení je v českém ošetrovatelství všeobecně nízké. Domnívám se ale, že zejména na těchto pracovištích, by měl být počet mužů mnohonásobně vyšší, zvláště pro fyzickou náročnost (viz graf 1).

Z výsledků dále vyplývá, že na intenzivních odděleních pracují sestry různé věkové kategorie. Nejvyšší počet však činí sestry ve věku 19-29 let (56 %). Nejnižší zastoupení mají sestry přesahující věkovou hranici 50 let (4,8 %). Myslím si, že tento výsledek je zapříčiněn tím, že práce na ARO či JIP je velmi náročná. Sestry slouží dvanáctihodinové směny. Pečují o nemocné v kritickém stavu a na pomezí smrti. Musí být vnímavé při sledování pacientova stavu, rychlé při jeho vyhodnocení a flexibilní při změnách v průběhu nemoci. Musí znát a dokonale ovládat všechny přístroje, které sledují pacientovy životní funkce. Musí mít dostatečné znalosti, aby věděly, co je třeba udělat pro odvrácení akutního stavu, alespoň do doby, než přijde lékař. Proto ve sféře intenzivní péče vidáme spíše sestry nižší věkové kategorie (viz graf 2).

Další otázka zkoumající identifikační údaje byla zaměřena na vzdělání. 32 % sester pracujících na ARO/JIP uvedlo, že má středoškolské vzdělání, 28,8 % sester má vyšší odborné vzdělání a stejný počet sester uvedlo specializační vzdělání (28,8 %). Nejmenší zastoupení na ARO či JIP mají sestry s vysokoškolským vzděláním (12,8 %). Požadovanou specializací pro sestry na ARO je modulové pomaturitní studium - ARIP. Označení je pak „sestra intenzivní péče“. Nejvyšší vzdělání, jakého sestra na ARO/JIP může teoreticky dosáhnout, je vysokoškolské, v oboru všeobecná sestra se specializací v intenzivní péči. Myslím si, že vzdělání sester na vysokoškolské půdě má u nás relativně krátkou historii, a proto vysokoškolsky vzdělaných sester bude i nadále přibývat (viz graf 3)

Následující otázkou jsem zjišťovala místo výkonu povolání respondentů. Dotazníkového šetření se zúčastnily sestry pracující na ARO (58,4 %), tak sestry pracující na JIP chirurgického typu (12 %) nebo interního typu (29,6 %). Domnívám se, že na rozhodnutí sestry pracovat v oboru intenzivní péče, mají vliv především emocionální faktory. Někdo se rozhodne k tomuto oboru pro pocit zachraňování životů, jiný zas chce při výkonu povolání trochu „adrenalinu“. Každého motivuje něco jiného (viz graf 4).

Otázka č. 5 se týkala počtu odpracovaných let v oboru. Nejvyšší počet sester uvedlo, že na ARO/JIP pracují méně jak 5 let (52 %). Nejmenší počet sester pracuje v tomto oboru déle než 15 let (9,6 %). U sester, které pracují delší dobu v tak těžkých podmínkách jako je intenzivní medicína, by mohlo dojít k syndromu vyhoření. Proto by se sestry pracující v tomto oboru, měly naučit zvládat nepřetržité stresové situace, být smířené s vlastní smrtelností, vést spokojený osobní život a především se naučit relaxovat a odpočívat. Souhlasím s názorem G. Kapounové (11), že k tomu, aby se sestra mohla dále dobře věnovat lidem, musí být sama odpočinuta. Důležitou prevencí syndromu vyhoření je také supervize, která ovšem v našem zdravotnictví často chybí (viz graf 5).

Otázka č. 6 prověřovala sestry, zda absolvovaly školení či kurz týkající se komunikace s pacientem a jejich případný zájem. Více než polovina sester (52 %) prošla školením či kurzem zaměřeným na komunikaci s pacientem. Velkou výhradu bych měla k sestrám, které uvedly, že kurz či školení neabsolvovaly a nemají ani zájem (11,2 %). Jsem přesvědčena, že prohlubování komunikačních znalostí sester v intenzivní péči je více než žádoucí. To se mi potvrdilo i tím, že v otázce č. 24, kde jsem dala sestrám možnost se vyjádřit ke komunikaci s pacienty, dvě sestry uvedly, že by chtěly před nástupem do zaměstnání více informací o komunikaci s pacientem. Příkladem takového pracoviště, které nabízí mimo jiné i kurzy týkající se komunikace, je NCO NZO v Brně. Toto centrum je odbornou institucí pro realizaci a rozvoj celoživotního vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví. Je akreditovaným zařízením s celorepublikovou působností, které poskytuje širokou nabídku vzdělávacích programů specializačního vzdělávání, kvalifikačních a certifikovaných kurzů včetně dalších forem celoživotního vzdělávání zdravotnickým pracovníkům (viz graf 6).

Od otázky č. 7 jsem se začala zabývat komunikací sestry s pacientem s poruchou vědomí. Zjistila jsem, že většině sester (56,8 %) nevadí, jestli se starají o pacienta komunikujícího či s poruchou vědomí. Přesto 30 % sester uvedlo, že preferují péči o pacienta s poruchou vědomí. A to si vysvětluji tím, že tyto sestry si vybraly tento obor

právě z toho důvodu, aby pečovaly o takové typy pacientů – v kritickém stavu, s porušeným vědomím. Další odůvodnění může být třeba to, že pacient při vědomí, na rozdíl od pacienta s porušeným vědomím, má spoustu otázek. Je vystaven neznámé situaci, pocitu ohrožení zdraví, strachu, a proto je pochopitelné, že touží po informacích, vyptává se, chce si povídat. Zajímá ho jeho zdravotní stav, co se s ním děje a dít bude. Někdy je těžké na všechny tyto informace pacientovi včas a dostatečným způsobem odpovědět. Proto může sestřám více vyhovovat péče o pacienta s poruchou vědomí, i když to neznamená, že sestřám odpadá nutnost komunikace (viz graf 7).

Dalším výsledkem jsem byla mile překvapena, neboť drtivá většina sester (97,6 %) si myslí, že komunikace má příznivý vliv na pacienta s poruchou vědomí. Pacienti s poruchou vědomí se nacházejí v situaci, kdy nemohou s poskytovateli péče komunikovat verbálně. Nejnáročnějším úkolem pracovníků pečující o pacienty s poruchou vědomí je pochopit jejich potřeby, porozumět jim a poskytnout jim profesionální a zároveň humánní péči, která vychází z jejich potřeb. K výrazné sociální potřebě patří právě potřeba komunikace. Je dobře, že si sestry uvědomují přínos komunikace u pacientů s poruchou vědomí. (viz graf 8).

Otázkou č. 9 jsem se ptala sester, zda mluví na pacienta s poruchou vědomí. Více než polovina sester (51,2 %) mluví s pacientem s poruchou vědomí vždy, 44,8 % sester někdy zapomíná. Jsem potěšena, že pouze 3,2 % sester mluví na pacienta výjimečně a jen jedna sestra uvedla, že nikdy (viz graf 9). Považuji za důležité, pacienta s poruchou vědomí oslovovat, se vším ho seznamovat, hovořit na něj při ošetřování, v průběhu celého dne a používat vhodnou formu neverbální komunikace. V otázce č. 24 se k tomuto názoru přidal i jeden respondent, který uvedl, že komunikace s pacientem v bezvědomí, popisující pouze výkony, které u nich sestry provádějí, by neměla být považována za plnohodnotnou. Jsem ráda, že v oblasti komunikace se sestry posunuly dál. To mi potvrzuje i časopis *Sestra* z roku 2000 (3), kde se píše, že pokud je pacient tlumen, odpadá sestře nutnost komunikace a pacient se ošetřuje pouze v základní míře. Myslím si, že dnes už je komunikace chápána jakou součástí profesionálního poskytování ošetrovatelské péče s holistickým přístupem k pacientovi.

Otázky č. 10 a 11 zkoumaly problémy sester v komunikaci s pacienty s poruchou vědomí. Pouze 15,2 % sester odpovědělo, že jim komunikace dělá problémy (viz graf 10). Jako nejčastější důvod sestry uváděly, že je to komunikace bez zpětné vazby, přijde jim to zbytečné nebo nemají čas (viz graf 11). Je pravda, že časový faktor hraje v komunikaci ve zdravotnictví velkou roli. Pro resuscitační i intenzivní péči, které mají spektrum velmi těžce nemocných a kritických pacientů většinou ventilovaných, je

nutná vysoká výkonnost zdravotnického personálu. Sestry se věnují nejen odborným výkonům, ale i administrativní činnosti a na pacienta a jeho potřebu komunikace někdy nezbývá tolik času, jak by mělo. ***Otázky 9, 10 a 11 mi dopomohly k potvrzení první hypotézy, která předpokládala, že sestry pracující na ARO/JIP nemají problém v komunikaci s pacientem s poruchou vědomí.***

Komunikace s pacientem na ARO/JIP by neměla být doménou pouze zdravotníků, ale je třeba do týmu zapojit i rodinu. Nikdo nezná klienta lépe než jeho nejbližší, s čímž souvisí i to, že pacienti vykazují velmi často nejlepší reakce na známé tváře. Proto jsem potěšena výsledkem otázky č. 12, kdy 94,4 % sester považuje návštěvy u pacienta s poruchou vědomí za důležité. Některé sestry uváděly, že návštěvy jim komplikují jejich práci (4,8 %). Je pravda, že ne vždy si rodina vybere vhodnou dobu pro návštěvu, ale musíme pochopit, že kontakt pacienta s rodinnými příslušníky je přirozeným pokračováním osobních vztahů a pro psychický stav rodiny i nemocného velmi potřebný (viz graf 12).

V otázce č. 13 jsem zkoumala, co si sestry myslí o vnímání pacientů s poruchou vědomí. Více než dvě třetiny sester se domnívá, že pacient s poruchou vědomí některými smysly vnímá a může určitým způsobem reagovat. Budou li sestry pohlížet na každého člověka s poruchou vědomí, jako na osobu, která je schopná vnímat a reagovat, bude pro ně i jednodušší a přirozenější s ním mluvit a komunikovat (viz graf 13).

Následovaly otázky vztahující se ke konceptu bazální stimulace. Poprvé českou ošetrovatelskou veřejnost o konceptu bazální stimulace informovala K. Friedlová v roce 2000. Sestry měly tedy dostatek času na to, aby se o tomto konceptu dověděly, ať už z literatury, přednášek, kurzů či od svých zaměstnanců a kolegů. Proto mě ani nepřekvapilo, co se týče znalostí pojmu bazální stimulace, že všechny sestry odpověděly kladně (viz graf 14). Z výsledků také vyplynulo, že sestry koncept bazální stimulace nejen znají, ale na svém pracovišti ho využívá 60 % sester (viz graf 15). Bazálně stimulující ošetrovatelská péče podporuje vývoj u lidí, kteří jsou krátkodobě či dlouhodobě omezeni v komunikaci, vnímání či pohybu. Péče není náročná, vyžaduje pouze proškolený personál a spolupráci všech členů týmu. V žádném případě nevyžaduje pro zařízení finanční zatížení a použití nadstandardních pomůcek či přístrojů a ani není náročná na čas, protože koncept se integruje do základní ošetrovatelské péče. Proto se domnívám, že by bylo dobré, kdyby bazální stimulaci zavedlo do ošetrovatelské péče i ostatních 40 % sester, které uvedly, že ji na svém pracovišti nevyužívají. ***Po zhodnocení těchto odpovědí se potvrdila i druhá hypotéza,***

kteřá předpokládala, že sestry pracující na ARO/JIP znají a používají koncept bazální stimulace, jako komunikační formu u pacientů s poruchou vědomí. Otázka č. 16 mapovala užívané techniky bazální stimulace. Sestry používají různé typy technik bazální stimulace, nejčastěji však polohování dle konceptu bazální stimulace, iniciační dotek, orální a auditivní stimulaci (viz graf 16). Ošetrovatelský personál, který pracuje s konceptem bazální stimulace, vychází z osobnosti každého pacienta, vždy při své práci zohledňuje individualitu nemocného a jeho momentální životní situaci. Základem je najít pro každého pacienta vhodnou stimulaci. Posléze jsem zjišťovala, zda sestry, které využívají na svých pracovištích bazální stimulaci, ji z hlediska komunikace hodnotí jako přínosnou. Pouze dvě sestry si myslí, že bazální stimulace není vhodnou formou komunikace pro pacienta s poruchou vědomí (viz graf 17). Na otázku č. 18 odpovídaly pouze sestry, které na svých odděleních nemají koncept bazální stimulace zaveden. Z 50 sester, které na tuto otázku odpovídalo, uvedlo velký počet sester (40), že by si přály, aby na jejich oddělení byl koncept bazální stimulace zaveden (viz graf 18).

Otázky č. 19 – 22 se týkaly komunikace sestry s pacientem při vědomí se zajištěnými dýchacími cestami (endotracheální či tracheostomickou kanylou). Výsledky jsem byla velmi překvapena. Otázkou č. 19 jsem se ptala sester, jak vnímají pacienta při vědomí se zajištěnými dýchacími cestami z hlediska komunikace. Pokud sestry odpovídaly objektivně, většina sester (68,8 %) posuzuje pacienta se zajištěnými dýchacími cestami jako každého jiného pacienta. Vlastní zkušenosti mě donutili souhlasit s názorem sester (29,6 %), které uváděly, že komunikace s pacientem je obtížná (viz graf 19). Endotracheálně intubovaní či tracheostomovaní nemocní ztrácejí možnost komunikovat verbálně, tedy slovy. Pro nemocné je ztráta možnosti komunikace traumatizující událost. Než najdeme vhodnou formu komunikace, může se dostavit ze strany pacienta nervozita, netrpělivost, vztek a někdy i agrese. Ošetrovatelský personál musí přistupovat k nemocnému taktně a ohleduplně. S tím se shodují i některé sestry v otázce č. 24, podle kterých je nejdůležitější v komunikaci s pacientem se zajištěnými dýchacími cestami trpělivost. Sestra se nesmí těmto lidem vyhýbat, protože jim nerozumí. Naopak, musí vyjádřit vůli komunikovat, hledat a volit jiné možnosti dorozumívání se. V otázce č. 20 jsem se setkala se stejným výsledkem jako v otázce předešlé. 68,8 % sester nemá problém v komunikaci s pacientem se zajištěnými dýchacími cestami (viz graf 20). *Výsledky těchto dvou otázek nepotvrdily třetí hypotézu, ve které jsem předpokládala, že pro sestry pracující na ARO/JIP je komunikace s pacientem při vědomí se zajištěnými dýchacími cestami obtížná.* Nejčastější příčinu problémů komunikace sestry uváděly opět nedostatek času,

trpělivosti anebo málo zkušeností s komunikací s tímto pacientem. Dalším negativním prvkem, vedoucí k chybné komunikaci, je nedostatek personálu. Velkým problémem v intenzivní péči z hlediska počtu ošetřujícího personálu, je nerovnoměrnost počtu i tíže pacientů, kteří jsou zde hospitalizováni. Sestry mají kolikrát i více než jednoho ventilovaného pacienta, což vede nejen k vyčerpání personálu, ale především ke zhoršení efektivity komunikace. Následující otázka zjišťovala náhradní komunikační techniky využívané u pacientů se zajištěnými dýchacími cestami. Převážná část dotazovaných sester používá techniku odezírání ze rtů (120), psaní na papír (120) a abecední tabulku (110). Velké množství sester označilo i komunikaci pomocí pohybů vystihující nejčastější potřeby (54). V možnosti jiné doplnily sestry techniku komunikace pomocí signálů – zavřením očí, kývnutím hlavy apod. Jak vyplývá z této otázky, sestry mají možnost volit z velkého množství náhradních komunikačních technik, které budou vyhovovat nejen jim, ale hlavně pacientovi (viz graf 21). ***Výsledky této otázky potvrdily čtvrtou hypotézu, která předpokládala, že sestry pracující na ARO/JIP znají a využívají pro usnadnění komunikace s pacientem při vědomí se zajištěnými dýchacími cestami různé komunikační techniky (např. odezírání ze rtů, psaní na papír, abecední tabulku).*** Ne úplně vždy je to však snadná záležitost. Každá technika přináší i svá úskalí. Zdá se, že komunikace formou odezírání ze rtů je relativně nejjednodušší způsob. Zde je ale potřeba spolupráce nemocného a dostatečná zkušenost, proto někdy sestry volí jinou formu komunikace. Komunikaci pomocí psaní na papír či abecední tabulky, může zase komplikovat poškození a zhoršení motoriky horní končetiny či smyslová bariéra. Další otázkou jsem zjišťovala, zda sestry znají zásady komunikace s pacientem se zajištěnými dýchacími cestami (viz graf 22). O tom, jak mají sestry komunikovat s takovýmto typem pacienta, se podrobně zmiňuji v teoretické části. Jen bych chtěla upozornit na to, že některé sestry opomíjely zásadu – nenutit k rozhovoru a neopravovat pacienta. Myslím si, že mu tím můžeme dát pocit, že alespoň trochu rozhoduje o tom, co se s ním bude dít. A je pravda, že každý z nás má občas potřebu být sám a s nikým nekomunikovat.

Předposlední otázkou č. 23 jsem se ptala sester, jaké faktory ovlivňují jejich schopnost komunikovat s pacientem. Výsledek ukázal, že sestry nejvíce při komunikaci ovlivňuje pracovní vytížení (102). Jak se zdá, je to velmi aktuální problém ve zdravotnictví, zvláště pak v intenzivní péči, neboť na toto téma jsem již několikrát narazila v předchozích otázkách. Sestry dále uváděly, že také záleží na druhu onemocnění, sympatii/nesympatii a jejich náladě. Každou z nás ovlivňuje v komunikaci a péči o nemocné něco jiného. Většinou je to dáno zkušenostmi, vlastnostmi či osobní

situací. I sestra je jen člověk, která má své starosti, problémy a nálady. Avšak předpokládá se u ní, že se bude chovat vždy tak, aby pacient nic nepoznal a neměl dojem, že udělal něco chybně či ho sestra nemá ráda. S tím se ztotožňuje i sestra, která v otázce 24 upozorňuje, že při komunikaci by nemělo záležet na věku, onemocnění ani na naší náladě, vždy se musíme chovat profesionálně.

Poslední otázka byla dobrovolná. Sestrám jsem dala možnost se vyjádřit ke komunikaci s pacientem. Některé názory jsem již uvedla v rámci jiných otázek. Z 25 sester, které využily této možnosti, se 5 sester shodlo v úsudku, že komunikace s pacientem a zdravotnickým personálem je velmi důležitá, i když mnohdy náročná. Přidávám se i názoru sestry, která si myslí, že v komunikaci s pacientem je toho hodně co zlepšovat. Za zmínění stojí i myšlenka sestry, která uvedla, že pokud komunikujeme s pacientem a o všem ho informujeme, cítí se spokojen a je v klidu. To by přece mělo být přáním nás všech - sester!

4 Závěr

Práce se zabývá problematikou komunikace sestry s pacientem na ARO a JIP. Prvním cílem diplomové práce bylo zjistit, jaké způsoby komunikace používají sestry pracující na ARO/JIP u pacientů s poruchou vědomí a u pacientů při vědomí se zajištěnými dýchacími cestami. Cíl práce byl splněn.

Druhým cílem bylo zjistit, zda sestřám pracujícím na ARO/JIP činí problém komunikovat s pacientem s poruchou vědomí a s pacientem při vědomí se zajištěnými dýchacími cestami. I tento cíl byl splněn.

Práce je určena zdravotníkům pracujícím v resuscitační a intenzivní péči. Z výpovědí zkoumaných respondentů jsem došla k závěru, že komunikace sester pracujících na ARO či JIP s pacienty s poruchou vědomí, a s pacienty při vědomí se zajištěnými dýchacími cestami je na lepší úrovni, než jsem předpokládala. Avšak jak vyplynulo z výsledků výzkumu, komunikační dovednosti nejsou každému dány ve stejné míře.

Domnívám se, že tato práce by mohla svým obsahem přispět ke zvýšení informovanosti čtenářů, sester a ostatních zdravotnických pracovníků v oblasti komunikace s pacientem. Již samotné zamyšlení sester nad uvedenou problematikou bude pro pacienta prospěšné. Je nutné překonat počáteční ostych, který se dostavuje ve všech situacích, kdy se cítíme být přistiženi při tom, že neumíme něco, co je zcela samozřejmé. Ono to totiž až tak samozřejmé není.

Pro praxi do budoucna je nezbytné, aby sestry i nadále prohlubovaly své znalosti v oblasti komunikace. V současné době se nabízí mnoho možností, jak se v komunikačních dovednostech rozvíjet. K tomu přispívají odborné konference, které se již několik let konají nejen na domácí půdě, ale často jsou i mezinárodní. Vzdělávání v oblasti komunikace je i záležitostí každého konkrétního pracoviště, které by se ve vlastním zájmu mělo podílet na vytváření vzdělávacích programů a na rozvíjení komunikačních dovedností svých zdravotnických pracovníků. Vhodnou alternativou nácviu správné a adekvátní komunikace či zdokonalení stávajících komunikačních dovedností sester je i celoživotní vzdělávání. Celoživotní forma vzdělávání je základním předpokladem dobrého výkonu zdravotnického povolání, a to i v oblasti komunikace. Velké množství informací o komunikaci ve zdravotnictví se také můžeme dovídat v odborných publikacích a na internetových stránkách. Aby byl zdravotník v komunikačních dovednostech opravdu expertem, pouze nácvik dovedností mu nestačí

k tomu, aby došlo k trvalé změně chování. Sestra se stává expertem v komunikačních dovednostech pouze tehdy, je-li dostatečně motivována, podporována a soustavně si o tomto tématu rozšiřuje znalosti.

Ráda bych, aby výsledky mé práce přispěly ke zlepšení komunikace zdravotnických pracovníků s nemocným. Správně zvoleným slovem či činem získáme důvěru nejen nemocného, ale i jeho rodiny. Velkou roli v umění komunikovat hraje samozřejmě také každodenní styk s pacientem, kdy zdravotník přirozeně trénuje své komunikační dovednosti. Někdy stačí opravdu málo – třeba jen kreativita a talent sestry, zvláště pak při poskytování bazálně stimulující ošetrovatelské péče. Stačí, když si rozdělíme důležité a méně důležité výkony, a budeme si pomáhat.

Mně samotné tato práce také přinesla spoustu užitečných informací, které mohu jako sestra pracující v intenzivní péči využít ve prospěch pacienta. Obsah práce a především její praktická část mě donutily, zamyslet se nad vlastními nedostatky v komunikaci s pacientem.

Věřím, že informace k dané problematice se mohou stát podnětem ke zkvalitnění ošetrovatelské péče, a zdokonalení komunikace sestra – pacient.

5 Seznam použité literatury

1. BÁRTLOVÁ, S. *Sociologie medicíny a zdravotnictví*. 6. vyd. Praha : Grada, 2005. 188 s. ISBN 80-247-1197-4.
2. BLÁHA, K. a kol. *České ošetřovatelství 13: Sestra a pacient (komunikace v praxi)*. 1. vyd. Brno : NCO NZO, 2003. 67 s. ISBN 80-7013-388-0.
3. DRÁBKOVÁ, Jarmila. Ošetřovatelská péče u pacientů dlouhodobě závislých na resuscitační/intenzivní péči. *Sestra*. Praha : 2000, roč. 10, č. 4. ISSN 1210-0404.
4. FARKAŠOVÁ, D. a kol. *Ošetřovatelství – teorie*. 1. vyd. Martin : Osveta, 2006. 211 s. ISBN 80-8063-227-8.
5. FRIEDLOVÁ, Karolina. Bazální stimulace. *Sestra*. Praha : 2000, roč. 10, č. 5, s. 6-7. ISSN 1210-0404.
6. FRIEDLOVÁ, K. *Bazální stimulace v základní ošetřovatelské péči*. 1. vyd. Praha : Grada, 2007. 168 s. ISBN 978-80-247-1314-4.
7. HONZÁK, R. *Komunikační pasti v medicíně*. 2. vyd. Praha : Galén, 1999. 165 s. ISBN 80-7262-032-0.
8. CHMELÍKOVÁ, Romana. Ošetřovatelská péče o pacienta s tracheostomií. *Sestra*. Praha : 2005, roč. 15, č. 5, s. 44-45. ISSN 1210-0404.
9. CHROBOK, V. ASTL, J. KOMÍNEK, P. a kol. *Tracheostomie a koniotomie - techniky, komplikace a ošetřovatelská péče*. 1. vyd. Praha : Maxdorf, 2004. 170 s. ISBN 80-7345-031-3.
10. JOBÁNKOVÁ, M. a kol. *Kapitoly z psychologie pro zdravotnické pracovníky*. 1. vyd. Brno : NCO NZO, 2006. 203 s. ISBN 80-7013-390-2.
11. KAPOUNOVÁ, G. *Ošetřovatelství v intenzivní péči*. 1. vyd. Praha : Grada, 2007. 350 s. ISBN 978-80-247-1830-9.

12. KELNAROVÁ, J. *Psychologie a komunikace pro zdravotnické asistenty - 4. ročník*. 1. vyd. Praha : Grada, 2009. 135 s. ISBN 978-80-247-2831-5.
13. KRISTOVÁ, J. *Komunikácia v ošetrovatel'stve*. 1. vyd. Martin : Osveta, 2004. 212 s. ISBN 80-8063-160-3.
14. LINHARTOVÁ, V. *Praktická komunikace v medicíně*. 1. vyd. Praha : Grada, 2007. 152 s. ISBN 80-247-1784-0.
15. MECHOVÁ, Irena. Bazální stimulace na JIP. *Sestra*. Praha : 2006, roč. 16, č. 12, s. 30–31. ISSN 1210-0404.
16. MIKULÁŠTÍK, M. *Komunikační dovednosti v praxi*. 1. vyd. Praha : Grada, 2003. 361 s. ISBN 80-247-0650-4.
17. NAKONEČNÝ, M. *Základy psychologie*. 1. vyd. Praha : Academia, 2002. 590 s. ISBN 80-200-0689-3.
18. O'CONNOR, M. ARANDA, S. *Paliativní péče pro sestry všech oborů*. Přel. J. Heřmanová. 1. vyd. Praha : Grada, 2005. 324 s. ISBN 80-247-1295-4.
19. ONDERKOVÁ, Alice. Edukační proces z pohledu komunikace mezi klientem a zdravotníkem. *Sestra*. Praha : 2007, roč. 17, č. 12, s 17–18. ISSN 1210-0404.
20. POKORNÁ, A. *Efektivní komunikační techniky v ošetrovatel'ství*. 2. vyd. Brno : NCO NZO, 2008. 100 s. ISBN 978-80-7013-466-5.
21. SLÁMA, O. KABELKA, L. *Paliativní medicína pro praxi*. 1. vyd. Praha : Galén, 2007. 362 s. ISBN 80-7262-505-5.
22. STAŇKOVÁ, M. *České ošetrovatel'ství 11: Sestra – reprezentant profese*. 1. vyd. Brno : IDV PZ, 2002. 78 s. ISBN 80-7013-368-6.

23. SVĚTOVÁ ZDRAVOTNICKÁ ORGANIZACE. *Lemon 2: učební texty pro sestry a porodní asistentky*. 1. vyd. Brno : Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1997, 126 s. ISBN 80-7013-238-8.
24. ŠAMÁNKOVÁ, M. a kol. *Základy ošetrovatelství*. 1. vyd. Praha : Karolinum, 2006. 353 s. ISBN 80-246-1091-4.
25. VÁCLAVÍKOVÁ, Markéta. Dotek jako forma komunikace. *Florence*. Praha : 2006, roč. 2, č. 4, s. 37. ISSN 1801-464X.
26. VÁGNEROVÁ, M. *Základy psychologie*. 1. vyd. Praha : Karolinum, 2004. 358 s. ISBN 80-246-0841-3.
27. VENGLÁŘOVÁ, M. MAHROVÁ, G. *Komunikace pro zdravotní sestry*. 1. vyd. Praha : Grada, 2006. 144 s. ISBN 80-247-1262-8.
28. VYBÍRAL, Z. *Psychologie komunikace*. 2. vyd. Praha : Portál, 2005. 320 s. ISBN 80-7178-998-4.
29. ZADÁK, Z. HAVEL, E. a kol. *Intenzivní medicína na principech vnitřního lékařství*. Praha : Grada, 2007. 336 s. ISBN 978-80-247-2099-9.
30. ZACHAROVÁ, Eva. Komunikace s vážně nemocným pacientem. *Florence*. Praha : 2008, roč. 4, č. 1, s. 31. ISSN 1801-464X.

6 Seznam použitých zkratk

ARO	anesteziologicko-resuscitační oddělení
JIP	jednotka intenzivní péče
BS	bazální stimulace
ETK	endotracheální kanyla
TSK	tracheostomická kanyla
ARIP	ošetrovatelská péče v anesteziologii, resuscitaci a intenzivní péči
NCO NZO	Národního centra ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů

7 Přílohy

Příloha 1 – Dotazník pro sestry

Příloha 2 – Komunikační karty

Příloha 3 – Desatero Bazální stimulace

Příloha 1 – Dotazník pro sestry

Vážené kolegyně, kolegové,

Jmenuji se Zuzana Schánilcová a jsem studentkou 2. ročníku navazujícího magisterského studia- obor intenzivní péče 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy v Praze. Dovoluji si Vás požádat o vyplnění tohoto dotazníku, který je nezbytnou součástí mé diplomové práce na téma „Komunikační dovednosti sester pracujících na ARO/JIP“.

Dotazník je anonymní a důvěrný. Vaše odpovědi, prosím, zakřížkujte nebo stručně dopište. Pokud nebude stanoveno jinak, označte vždy pouze jednu odpověď.

V dotazníku je často používán termín **porucha vědomí**. Aby došlo k validnímu zpracování dat, je důležité upřesnění tohoto výrazu, který je v mé práci myšlen jako porucha vědomí od soporu po kóma.

Děkuji Vám za spolupráci při této výzkumné práci.

Zuzana Schánilcová

1. Uveďte prosím Vaše pohlaví

- Muž
- Žena

2. Kolik Vám je let?

- 19- 29 let
- 20- 29 let
- 30- 39 let
- 40- 49 let
- nad 50 let

3. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

- středoškolské s maturitou
- vyšší odborné vzdělání
- vysokoškolské
- ARIP
- jiné.....

4. Na jakém oddělení pracujete?
- ARO
 - JIP a) chirurgického typu
 b) interního typu
5. Jak dlouho pracujete na ARO/JIP
- méně než 5 let
 - 5-10 let
 - 11- 15 let
 - nad 15 let
6. Absolvovala jste nějaké školení či kurz týkající se komunikace s pacientem?
- ano
 - ne, ale měla bych zájem
 - ne, nemám zájem
7. Vyhovuje Vám více péče o pacienta s poruchou vědomí, než o pacienta komunikujícího?
- ano
 - ne
 - je mi to jedno
8. Myslíte si, že má komunikace příznivý vliv na zdravotní stav pacienta s poruchou vědomí?
- ano
 - ne
9. Mluvíte na pacienta s porušeným vědomím (oslovujete ho, se vším seznamujete)?
- ano vždy
 - někdy zapomínám
 - výjimečně
 - nikdy

10. Dělá Vám problém komunikovat s pacientem s poruchou vědomí?

- ano
- ne (přejděte na otázku č. 12)

11. Z jakých důvodů Vám dělá problém s pacientem s poruchou vědomí komunikovat?

- přijde mi to zbytečné
- nevím, jak s ním komunikovat
- je to komunikace bez zpětné vazby (neodpovídá mi)
- nemám čas (pracovní vytížení, málo personálu)
- jiné.....

12. Návštěvy u pacienta s poruchou vědomí považujete za:

- velmi důležité
- zbytečné
- komplikující Vaší práci

13. Myslíte si, že pacient s poruchou vědomí?

- nic nevnímá
- některými smysly vnímá, ale nereaguje
- některými smysly vnímá a může různým způsobem reagovat

14. Znáte pojem bazální stimulace?

- ano
- něco jsem o tom slyšela
- ne

15. Využíváte na Vašem oddělení koncept bazální stimulace?

- ano (vynechte otázku č. 18)
- ne (přejděte na otázku č. 18)

16. Které techniky z bazální stimulace využíváte?

- iniciální dotek
- zklidňující koupele
- polohování dle konceptu BS
- vibrační stimulace
- optická stimulace
- auditivní stimulace
- orální stimulace
- taktilně haptické stimulace
- jiné.....

17. Myslíte si, že bazální stimulace je přínosnou formou komunikace pro pacienta s poruchou vědomí?

- ano
- ne
- nevím

18. Chtěla byste, aby se na Vašem pracovišti koncept bazální stimulace zavedl?

- ano
- ne

19. Pacient při vědomí se zajištěnými dýchacími cestami (endotracheální rourkou či tracheostomickou kanylou) je pro Vás z hlediska komunikace?

- klient jako každý jiný
- obtížný pacient
- zátěží

20. Je pro Vás problematické komunikovat s takovýmto typem pacienta?

- ne
- ano, nemám na to trpělivost
- ano, nikdy se s ním nedomluví
- ano, z časových důvodů
- jiné.....

21. Jakých technik využíváte pro usnadnění komunikace s pacientem při vědomí se zajištěnými dýchacími cestami? (zde můžete zaškrtnout více odpovědí)

- O odezírání ze rtů
- O abecední tabulka
- O psaní na papír
- O komunikační karty
- O pohyby vystihující nejčastější potřeby
- O elektrolarynx
- O mluvicí kanyla
- O jiné.....

22. U pacientů při vědomí se zajištěnými dýchacími cestami je třeba? (zde můžete zaškrtnout více odpovědí)

- O mluvit jasně v krátkých větách
- O pomáhat pacientovi ve vyjadřování, nabízet slova
- O neopravovat pacienta
- O ověřit si, zda pacient rozumí
- O nenutit k rozhovoru
- O zajistit vhodné prostředí

23. Jaké faktory ovlivňují Vaši schopnost s pacientem komunikovat? (zde můžete zaškrtnout více odpovědí)

- O druh onemocnění
- O sympatie / nesympatie
- O věk pacienta
- O délka Vaší praxe
- O pracovní vytížení
- O nálada
- O jiné.....

24. Zde můžete dopsat Vaše názory ke komunikaci s pacientem.

.....

.....

.....

.....

Příloha 2 – Komunikační karty



Desatero Bazální stimulace

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