

# **Specifika komunikace sestry v intenzivní péči**

Bc.Petra Matušů, DiS.



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav zdravotnických věd

akademický rok: 2016/2017

## ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Bc. Petra Matušů, DiS.**

Osobní číslo: **H14570**

Studijní program: **B5341 Ošetrovatelství**

Studijní obor: **Všeobecná sestra**

Forma studia: **kombinovaná**

Téma práce: **Specifika komunikace sestry v intenzivní péči**

Zásady pro vypracování:

**Studium odborné literatury, zmapování současného stavu řešené problematiky.**

**Vymezení pojmů a teoretických východisek zaměřených na specifika komunikace zdravotnického personálu s pacientem a rodinou v intenzivní péči.**

**Příprava metodiky průzkumné části.**

**Realizace průzkumu u respondentů technikou dotazníku.**

**Zpracování, vyhodnocení a interpretace získaných dat.**

**Prezentace výsledků šetření, jejich shrnutí a návrh doporučení pro praxi.**

Rozsah bakalářské práce:

Rozsah příloh:

Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná/elektronická**

Seznam odborné literatury:

**JANÁČKOVÁ, Laura a Petr WEISS. Komunikace ve zdravotnické péči. Vyd. 1. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-477-9.**

**KAPOUNOVÁ, Gabriela. Ošetřovatelství v intenzivní péči. Praha: Grada, 2007. Sestra. ISBN 978-80-247-1830-9.**

**MIKULÁŠTÍK, Milan. Komunikační dovednosti v praxi. 2., dopl. a přeprac. vyd. Praha: Grada, 2010. Manažer. Komunikace. ISBN 978-80-247-2339-6.**

**ROTER, Debra a Judith A. HALL. Doctors talking with patients/patients talking with doctors: improving communication in medical visits. 2nd ed. Westport, Conn.: Praeger, 2006. ISBN 0-275-99017-6.**

**ZACHAROVÁ, Eva. Komunikace v ošetřovatelské praxi. Praha: Grada Publishing, 2016. Sestra. ISBN 978-80-271-0156-6.**

Vedoucí bakalářské práce:

**PhDr. Petr Snopek, DiS.**  
Ústav zdravotnických věd

Datum zadání bakalářské práce:

**9. prosince 2016**

Termín odevzdání bakalářské práce:

**19. května 2017**

Ve Zlíně dne 9. prosince 2016

  
doc. Ing. Aněžka Lengalová, Ph.D.  
děkanka



  
Mgr. Zlatica Dorková, Ph.D.  
ředitelka ústavu

## PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

- odevzdáním bakalářské práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, bez ohledu na výsledek obhajoby <sup>1)</sup>;
- beru na vědomí, že bakalářská práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k nahlédnutí;
- na moji bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3 <sup>2)</sup>;
- podle § 60 <sup>3)</sup> odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- podle § 60 <sup>3)</sup> odst. 2 a 3 mohu užít své dílo – bakalářskou práci - nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen s předchozím písemným souhlasem Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše);
- pokud bylo k vypracování bakalářské práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky bakalářské práce využít ke komerčním účelům.

Prohlašuji, že

- elektronická a tištěná verze bakalářské práce jsou totožné;
- na bakalářské práci jsem pracoval samostatně a použitou literaturu jsem citoval. V případě publikace výsledků budu uveden jako spoluautor.

Ve Zlíně ..... 10.2.2014

..... Malina

1) zákon č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, § 47b Zveřejňování závěrečných prací;

(1) Vysoká škola nevydělečně zveřejňuje disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce, u kterých proběhla obhajoba, včetně posudků oponentů a výsledku obhajoby prostřednictvím databáze kvalifikačních prací, kterou spravuje. Způsob zveřejnění stanoví vnitřní předpis vysoké školy.

(2) Disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce odevzdané uchazečem k obhajobě musí být též nejméně pět pracovních dnů před konáním obhajoby zveřejněny k nahlížení veřejnosti v místě určeném vnitřním předpisem vysoké školy nebo není-li tak určeno, v místě pracoviště vysoké školy, kde se má konat obhajoba práce. Každý si může ze zveřejněné práce pořizovat na své náklady výpisy, opisy nebo rozmnoženiny.

(3) Platí, že odevzdáním práce autor souhlasí se zveřejněním své práce podle tohoto zákona, bez ohledu na výsledek obhajoby.

2) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 35 odst. 3:

(3) Do práva autorského také nezasahuje škola nebo školské či vzdělávací zařízení, užije-li nikoli za účelem přímého nebo nepřímého hospodářského nebo obchodního prospěchu k výuce nebo k vlastní potřebě dílo vytvořené žákem nebo studentem ke splnění školních nebo studijních povinností vyplývajících z jeho právního vztahu ke škole nebo školskému či vzdělávacímu zařízení (školní dílo).

3) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 60 Školní dílo:

(1) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení mají za obvyklých podmínek právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla (§ 35 odst.

3). Odpírá-li autor takového díla udělit svolení bez vážného důvodu, mohou se tyto osoby domáhat nahrazení chybějícího projevu jeho vůle u soudu. Ustanovení § 35 odst. 3 zůstává nedotčeno.

(2) Není-li sjednáno jinak, může autor školního díla své dílo užít či poskytnout jinému licencí, není-li to v rozporu s oprávněnými zájmy školy nebo školského či vzdělávacího zařízení.

(3) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení jsou oprávněny požadovat, aby jim autor školního díla z výdělků jin dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence podle odstavce 2 přiměřeně přispěl na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložil, a to podle okolností až do jejich skutečné výše; přitom se přihlídně k výši výdělků dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.

## **ABSTRAKT**

Tématem této bakalářské práce je Specifika komunikace sestry v intenzivní péči. V teoretické části jsou popsány druhy a význam komunikace, dále strategie a překážky v komunikaci s pacientem v intenzivní péči. Dále se tato práce zabývá komunikací s rodinou pacienta a využití bazální stimulace jako formy komunikace s pacientem.

Praktická část se skládá z kvantitativní studie formou dotazníku, který je určen pro všeobecné sestry a zdravotnické záchranáře pracující v intenzivní péči v Krajské nemocnici Tomáše Bati ve Zlíně. Dotazník je zaměřen na význam a strategii komunikace s pacientem v intenzivní péči.

Cílem práce je zjistit pohled zdravotnického personálu na specifika komunikace v intenzivní péči.

Klíčová slova:

Komunikace, sestra, pacient, komunikační překážky, intenzivní péče, rodina

## **ABSTRACT**

The topic of my bachelor work is "Specific Communication of Nurses in Intensive Care". In theoretical part sorts and importance of communication are described, Furthermore strategy and a barrier in communicating with patients during the intensive care. This work is concerned with a patient's family communicating and they use the basal stimulation as a communication form with the patient.

Practical part is composed of quantitative studies by a questionnaire which is intended for nurses or paramedics who work in Intensive Care Unit in Tomas Bata Hospital in Zlin. The Questionnaire is focused on a substance and communication strategy with the patient in intensive care.

The aim of thesis was to find out the point of view for nursing staff on specific communication during intensive care.

Key words:

Communication, nurse, patient, communication barrier, intensive care, family.

Děkuji panu PhDr. Petru Snopkovi, DiS. za cenné rady, trpělivost a čas, který mi při zpracování této práce věnoval. Dále děkuji všem všeobecným sestřím a zdravotnickým záchranářům, kteří se zúčastnili dotazníkového šetření a bez jejichž ochoty a spolupráce tato práce nemohla vzniknout.

Poděkování patří i mé rodině za pomoc a podporu během celého mého studia.

Prohlašuji, že odevzdaná verze bakalářské/diplomové práce a verze elektronická nahraná do IS/STAG jsou totožné.

# OBSAH

<b>ÚVOD</b> .....	<b>9</b>
<b>I TEORETICKÁ ČÁST</b> .....	<b>10</b>
<b>1 KOMUNIKACE</b> .....	<b>11</b>
1.1 VERBÁLNÍ KOMUNIKACE .....	11
1.2 NEVERBÁLNÍ KOMUNIKACE .....	13
1.3 PARALINGVISTICKÁ KOMUNIKACE .....	15
1.4 AUGMENTATIVNÍ A ALTERNATIVNÍ KOMUNIKACE .....	15
<b>2 VÝZNAM KOMUNIKACE V INTENZIVNÍ PÉČI</b> .....	<b>17</b>
2.1 KOMUNIKACE LÉKAŘE SE SESTROU .....	17
2.2 KOMUNIKACE S KOLEGY .....	18
<b>3 KOMUNIKAČNÍ PŘEKÁŽKY V INTENZIVNÍ PÉČI</b> .....	<b>20</b>
3.1 JAZYKOVÉ PŘEKÁŽKY .....	20
3.2 INTELEKTOVÉ PŘEKÁŽKY .....	20
3.3 FYZIOLOGICKÉ PŘEKÁŽKY .....	20
<b>4 STRATEGIE KOMUNIKACE V INTENZIVNÍ PÉČI</b> .....	<b>23</b>
4.1 KOMUNIKACE S PACIENTEM V ANALGOSEDACI NA UPV .....	23
4.2 KOMUNIKACE S PACIENTEM BEZ ANALGOSEDACE NA UPV .....	26
4.2.1 Alternativní metody při komunikaci .....	27
4.3 KOMUNIKACE S PACIENTEM PO EXTUBACI A DEKANYLACI .....	28
<b>5 POSKYTOVÁNÍ INFORMACÍ O ZDRAVOTNÍM STAVU</b> .....	<b>30</b>
5.1 KOMUNIKACE SESTRY S RODINOU PACIENTA .....	30
5.2 RODINA JAKO SOUČÁST OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE .....	31
5.3 JEDNÁNÍ S POZŮSTALÝMI .....	31
<b>6 KOMUNIKACE JAKO SOUČÁST BAZÁLNÍ STIMULACE</b> .....	<b>33</b>
6.1 BIOGRAFICKÁ ANAMNÉZA .....	33
6.2 PRVKY BAZÁLNÍ STIMULACE .....	33
<b>II PRAKTICKÁ ČÁST</b> .....	<b>35</b>
<b>7 VÝZKUMNÉ ŠETŘENÍ</b> .....	<b>36</b>
7.1 STANOVENÍ CÍLŮ .....	36
7.2 METODIKA PRÁCE .....	36
7.2.1 Organizace šetření .....	37
<b>8 ZPRACOVÁNÍ A GRAFICKÉ ZNÁZORNĚNÍ ZÍSKANÝCH DAT</b> .....	<b>38</b>
<b>9 DISKUZE</b> .....	<b>65</b>
<b>10 DOPORUČENÍ PRO KLINICKOU PRAXI</b> .....	<b>67</b>
<b>ZÁVĚR</b> .....	<b>68</b>
<b>SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY</b> .....	<b>70</b>
<b>SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK</b> .....	<b>73</b>
<b>SEZNAM OBRÁZKŮ</b> .....	<b>74</b>
<b>SEZNAM TABULEK</b> .....	<b>75</b>
<b>SEZNAM GRAFŮ</b> .....	<b>76</b>
<b>SEZNAM PŘÍLOH</b> .....	<b>77</b>



## ÚVOD

*„Lidská společnost je v podstatě síť vztahů mezi lidmi. Když si ji představíme jako rybářskou síť, pak uzly představují lidi a provázky či lana vztahy mezi nimi. Ale co to vlastně je, toto lanoví v lidském světě? Jedna odpověď je, že je to komunikace“.*

*(Argyle a Trower, 1979)*

Pro zdravotnický personál je jedna z nejdůležitějších věcí v ošetrovatelské péči právě komunikace s pacienty. Na anesteziologicko-resuscitačním oddělení (dále jen ARO) nebo na jednotkách intenzivní péče (dále jen JIP) je komunikace s pacienty složitější z důvodu jejich aktuálního zdravotního stavu. Na těchto odděleních se můžeme setkat s pacienty po těžkých operacích, s pacienty s poruchou vědomí, ale také s pacienty v umělém spánku napojených na umělou plicní ventilaci. I s těmito pacienty je potřeba umět správně komunikovat.

Chceme zjistit celkový pohled zdravotnického personálu na specifika komunikace v intenzivní péči. Zda personál využívá různé techniky pro komunikaci s pacientem. Dále pak zda jsou v nemocnici vytvořeny vhodné podmínky a jestli je dostatek času pro komunikaci s pacientem. Součástí hospitalizace pacientů je důležitá správná komunikace a spolupráce sester s rodinnými příslušníky.

## I. TEORETICKÁ ČÁST

## 1 KOMUNIKACE

Komunikace je všeobecně považována jako sdělování určitých informací prostřednictvím signálů a různých prostředků. Pomocí **písemné** nebo **ústní formy** a pomocí **neverbální komunikace**. Základním komunikačním prostředkem člověka je **řeč** (Štěpaník, 2005, s. 9).

*„Komunikace se vytváří jako vztah mezi minimálně dvěma subjekty, kteří o sobě vědí a společně subjektivně sdílejí, prožívají a reagují na určitou objektivní situaci. Objektem komunikace je potom to, jak na tuto situaci reflektují, jak ji řeší a jak na ni společně reagují“* (Pokorná, 2008, s. 9).

Janáčková a Weiss (2008, s. 11) uvádí, že komunikace je ve zdravotnické profesi schopnost mluvit a získávat potřebné informace, které jsou cenné při odběru anamnézy a léčbě pacienta. Důležité je, vědět co chceme říci, kde, kdy a jak máme informace nejlépe sdělit.

### 1.1 Verbální komunikace

*„ Verbální komunikací rozumíme dorozumívání se jedné, dvou a více osob pomocí jazyka nebo jinými znaky jazykového systému “* (Vybíral, 2005, s. 106). Patří mezi nejčastější formu komunikace. Pro správnou a efektivní komunikaci ve zdravotnictví je důležité dodržovat určité zásady při komunikaci.

- **individuální přístup k pacientovi** - je potřeba ke každému pacientovi přistupovat individuálně, záleží vždy na aktuálním zdravotním stavu pacienta,
- **úcta k pacientovi** - respektování pacienta jako člověka, v nemocnici dochází ke změně role pacienta, součástí může být změna chování a nálady klienta,
- **pozitivní vztah k pacientovi** - rozvíjí se vzájemná spolupráce s pacientem během poskytování ošetrovatelské péče,
- **empatie** - vcítění sestry do role pacienta (Zacharová, 2016, s. 31).

Při rozhovoru s pacientem je důležité dodržovat určité aspekty, které jsou při komunikaci zásadní.

- **Hlasitost** při rozhovoru je velmi rozdílná, záleží vždy na typu a důvodu sdělení, které chceme sdělit.
- **Rychlost řeči** závisí na dané znalosti tématu komunikace.

- **Pomlky** pomáhají pacientovi lépe pochopit sdělení a umožňují mu prostor pro přemýšlení. Součástí může být také úplné přerušení rozhovoru na určitou dobu.
- **Výška hlasu** závisí na charakteru sdělovaných informací. Edukace pacienta nebo sdělení radostných informací bude ve výšce hlasu sestry rozdílný.
- **Délka projevu** určuje čas, který má sestra v dané situaci k dispozici. Při komunikaci s pacientem pozorujeme reakce pacienta, které mohou být strach, neklid nebo v opačném případě radost.
- **Intonace** je důležitou součástí při zdůraznění sdělení informací a určuje jeho naléhavost. Nezbytná je zpětná vazba pacienta, zda sdělení rozuměl, zpracoval a následně správně pochopil.
- **Stručnost a jednoduchost** mluveného slova by měla být jasná, krátká a pro pacienta výstižná. Sestra by se měla v rozhovoru vyvarovat odborným a složitým výrazům.
- **Přehlednost** informací by měla během rozhovoru na sebe plynule navazovat.
- **Správná načasovanost** neboli vhodná doba pro poskytování informací by měla být dodržována zvláště při poskytování závažných informací. Na oddělení by měly být vytvořeny vhodné podmínky například klid, soukromí a dostatek času jak pro samotné sdělení, tak pro možné otázky pacienta.
- **Důvěryhodnost** je správnost a spolehlivost poskytovaných informací. Sestra musí pacientovi předávat přesné informace a musí být řádně seznámena s daným problémem a musí vždy vystupovat důvěryhodně. Informace poskytované pacientům by měly být od personálu jednotné (Zacharová, 2016, s. 32-33).

Ve zdravotnictví je komunikace s pacientem specifická a je zaměřená na uspokojení potřeb hospitalizovaných pacientů. Jedná se o sdělování určitého postupu ošetření, vyšetření, informace o výkonech a o léčebném režimu. Pomocí slov sestra v nemocnici vysvětluje, motivuje, edukuje a povzbuzuje pacienta. Naslouchání pacienta je aktivní vnímání, které pomáhá k lepšímu pochopení sdělení (Obereignerů, 2009, s. 26). Při komunikaci je potřeba nechat pacienta hovořit a nepřerušovat ho a dát mu dostatek prostoru pro vlastní vyjádření (Hornáková, Uherová, 2009, s. 31).

### **Hlavní cíle rozhovoru sestry a pacienta**

- doplnit a upřesnit údaje v anamnéze pacienta,

- upřesnit a doplnit informace v dokumentaci pacienta,
- získat informace o názorech a postojích pacienta,
- uklidnit a zajistit potřebu sociálního kontaktu a bezpečí,
- edukovat pacienta a předat mu dostupné informace (Podstatová, 2007, s. 22-23).

## 1.2 Neverbální komunikace

*„Neverbální komunikace je nejjednodušeji definována jako řeč těla. Patří k ní všechny projevy, které vysíláme, aniž bychom mluvili, a i ty, kterými řeč doprovázíme. Používáme ji k tomu, abychom její pomocí řeč podpořili, nebo také úplně nahradili. Její pomocí vyjadřujeme emoce, své interpersonální postoje. Používáme ji k představení v širším slova smyslu- sebe prezentaci“ (Venglářová, Mahrová, 2006, s. 39).*

Zacharová (2016, s. 56) v knize uvádí, že komunikace je vyjádřena na podkladě jednotlivých částí těla, které vykonávají určitý pohyb nebo zaujímají v dané chvíli určitou polohu.

*„Mezi druhy neverbální komunikace patří mimika, vizika, kinetika, proxemika, haptika, chronemika, posturologie, kinezika, gestika a teritorialita“ (Pokorná, 2008, s. 17).*

### Mimika

Mimikou pacient sděluje informace **pomocí výrazu obličeje a tváře**. Výrazem v obličeji sděluje především emoce. Mezi nejčastější emoce se řadí strach, úzkost, smutek, nespokojenost, ale také radost, překvapení nebo štěstí. Emoce pacient vyjadřuje pomocí hlavních obličejových zón.

- oblast čela a obočí představuje pocity překvapení,
- oblast očí a víček vyjadřuje strach a smutek,
- oblast dolní části obličeje, úst, nosu a tváře signalizuje štěstí.

Pomocí mimiky lze vyjadřovat emoce pravé, ale i hrané. Záleží na schopnostech jedince, který své emoce vyjadřuje. Mimika je chápána jako schopnost jedince komunikovat pomocí svalů tváře (Pokorná, 2008, s. 19).

Dále můžeme také pozorovat ostatní projevy neverbální komunikace a to mrkání nebo zívnutí pacienta. Můžeme zde zařadit také viziku, která vyzařuje sdělení pomocí pohledů očí. Tento druh neverbální komunikace patří mezi nejčastější projevy komunikace u pacientů v intenzivní péči.

### Proxemika

Jedná se o sdělování informací mezi dvěma lidmi přiblížením nebo oddálením. Proxemika se skládá z **veřejné, společenské, osobní a intimní zóny**. Při poskytování péče v nemocničním prostředí se můžeme nejčastěji setkat s narušením osobní a často intimní zóny pacienta. Sestra vykonává ošetrovatelskou péči v úzké blízkosti pacienta. Zásahy do osobní zóny nemusí pacient prožívat vždy pozitivně, tyto situace mohou být pro pacienta nepříjemné, může být agresivní a nespolupracovat, proto by sestra měla slovně popisovat úkony, které bude provádět a na tyto situace pacienta včas upozornit.

### Haptika

Mezi haptiku se řadí taktilní kontakt což je **hmatový** nebo **dotekový kontakt**. V intenzivní péči patří mezi nejčastější a nejvíce využívanou formu neverbální komunikace. Sestra by měla pacientovi vysvětlit všechny úkony, které bude provádět nebo provádí bez ohledu na to, zda je pacient při vědomí nebo v bezvědomí. Není vždy jasné, do jaké míry může pacient vnímat své okolí.

Před zahájením jakéhokoliv úkonu při poskytování péče by měla sestra vždy oslovit pacienta jménem a použít určený **iniciální dotek** (viz. Obr. 1), který by měl používat každý ze zdravotnického personálu včetně lékařů. Na základě pacientovi anamnézy si ošetrojící personál zvolí nejvhodnější místo na pacientově těle. Dotek musí být zřetelný a přiměřený tlaku. Vhodná místa jsou rameno, paže nebo ruka pacienta (Friedlová, 2007, s. 73-74).

JMÉNO
P. KONEČNÝ JAN
INICIÁLNÍ DOTEK
LEVÉ RAMENO
OSLOVENÍ
PANE KONEČNÝ

Obrázek 1 Iniciální dotek

### Posturologie

Pomocí posturologie je vyjádřena řeč fyzických postojů a poloh pacienta. Záleží na **tělesné poloze**, zda je jedinec vestoje, vleže nebo vsedě. Mezi znaky posturologie patří úklon a držení těla, nasměrování těla nebo končetin a vzájemná poloha lidí v interakci.

### Kinezika

Je charakterizována **pomocí spontánních pohybů různých částí těla**. Svalový tonus se projevuje uvolněním nebo napětím svalstva tzv. spasmy.

### Gestika

Jedná se o součást komunikace, která je nejčastěji vyjádřena **pomocí gest rukou**. Je součástí slovního projevu jednice (Schneiderová, Schneider, 2004, s. 16-19).

Velikost prostoru, který si každý člověk kolem sebe vytváří a dovolí pustit jen toho, koho právě chce, se nazývá **teritorialita**. Užívání a strukturování času vůči ostatním lidem se označuje jako **chronemika** (Pokorná, 2008, s. 17).

## 1.3 Paralingvistická komunikace

Paralingvistika vytváří posun od mimoslovních ke slovním vyjadřováním komunikace. Jedná se o akustiku mluveného slova při komunikaci. Klade důraz na změnu melodie hlasu a vyjádřené emoce určitého postoje při rozhovoru (Zacharová, 2016, s. 65).

*„Akustické projevy řeči jsou výrazem osobnosti, mohou měnit význam slova, mají informační a emocionální hodnotu, vyjadřují i duševní stav hovořícího. Základní vokální projevy jsou spojeny s hlasitostí projevu: silný hlas, tichý hlas, rychlá řeč, pomalá řeč, nečistý zastřený hlas, měkký hlas, monotónní a jednotvárná intonace, uvolněný, stísněný, pevný, plačtivý tón a náhlé pauzy“ (Zacharová, 2016, s. 65).*

## 1.4 Augmentativní a alternativní komunikace

Augmentativní neboli podpůrná a alternativní neboli náhradní komunikace (AAK), je metoda komunikace pro ty, kteří nemohou normálně komunikovat mluvenou řečí nebo mají obtíže se dorozumět pomocí psaní. Většinou jsou tyto obtíže vzniklé na podkladě tělesného postižení nebo postižení určitých funkcí. AAK je určena především u pacientů s dětskou mozkovou obrnou, u poruch autistického spektra a u mentálně postižení jedinců. Dále jsou tyto metody komunikace využívány u pacientů po cévních mozkových

příhodách, po úrazech a po progresivních neurologických onemocnění. Jako metody komunikace se využívají jazykové programy nebo pomůcky, na kterých jsou zobrazeny předměty nebo základní pojmy, se kterými jedinci nejčastěji pracují (Slowík, 2010, s. 123).

### **Obecné metody AAK bez pomůcek**

- **Makaton** – jazykový program, jde o slovník se slovní zásobou nejvíce užívaných slov při komunikaci v různých situacích.
- **Znak do řeči** – je rozdělen do 15 základních okruhů (rodina, lidé a povolání, domácnost, oblečení, jídlo, škola, barvy, zvířata, příroda, vlastnosti, činnosti, doprava, čas, předložky, příslovce, věty, říkanky, písničky a pohádka). Znaky se zavádí při každodenních aktivitách pro snadné zapamatování.

### **Obecné metody AAK s pomůckami**

- **Trojrozměrné zobrazení** (předměty) – často využívané jako první volba při AAK. Patří zde reálné předměty, části předmětů, zmenšeniny.
- **Fotografie a komunikační tabulky** z fotografií.
- **Symboly PCS** (Picture Communication Symbols) – systém obrázkových symbolů rozdělných dle kategorií (jídlo, slovesa, doprava a jiné).
- **Piktogramy** – zobrazují konkrétní pojmy.
- **Komunikační tabulky** – jsou vytvářeny jednotlivě uživateli na základě komunikačních a motorických schopností (Šarounová a kolektiv, 2014, s. 9-24).



## 2 VÝZNAM KOMUNIKACE V INTENZIVNÍ PÉČI

Na oddělení resuscitační a intenzivní péče jsou pacienti přijímáni v ohrožení života mnohdy se selháním životních funkcí, které je nutno podpořit nebo dočasně nahradit. Péče o pacienty v těžkých stavech vyžaduje komplexní ošetrovatelskou péči, diagnostiku a léčebné postupy za kontinuální monitorace vitálních funkcí. Mnohdy u těchto pacientů vyžaduje těžký zdravotní stav zajištění dýchacích cest (Streitová a kolektiv, 2015, s. 20). Pacienti přijímání na tato oddělení vyžadují speciální strategii v oblasti komunikace z důvodu výše zmiňovaných akutních stavů. Je důležité naučit se komunikovat s pacientem a naučit komunikovat pacienta (Kapounová, 2007, s. 172).

*„Provedení ošetrovatelské péče je v rukou sestry a splnění požadavků a potřeb pacienta závisí na jejich znalostech, zkušenostech a citu pro rozpoznání těchto potřeb. Její role je v ošetrovatelském procesu nezastupitelná, neboť s pacientem tráví nejvíce času. Často bývá jediným prostředníkem mezi pacientem a lékařem, pacientem a rodinou“ (Tomová, Křivková, 2016, s. 58).*

### 2.1 Komunikace lékaře se sestrou

V intenzivní péči je kladem velký význam na komunikaci lékařů se sestrami, které poskytují ošetrovatelskou péči. Velmi úzce spolu spolupracují a jsou považovány za partnery poskytované péče. **SBAR technika** (situation-background-assessment-recommendation) je strukturovaná komunikace, která je využívána v nemocnicích při komunikaci zdravotnického personálu s lékaři. Tato technika by měla zabránit vzniku možných chyb při komunikaci.

**S** – situace (co se právě děje).

**B** – pozadí (stručný popis dané situace).

**A** – hodnocení (anamnéza neboli popis situace).

**R** – doporučení (intervence).

Využití SBAR komunikace v praxi podporuje kvalitu péče a bezpečnost pacienta při poskytování ošetrovatelské péče (Shapiro, 2017, s. 41).

#### **Možné rizika při vzájemné komunikaci na oddělení**

- nesprávné pochopení ordinací lékařů poskytovaných po telefonické konzultaci,

- podání chybné dávky léků na podkladě nekvalitní telefonické nebo písemné intervence lékaře,
- mimořádné události způsobené na oddělení při narušení kontinuity poskytované péče,
- mimořádné události způsobené použitím nestandardních zakázaných zkratk.

Pro minimalizaci nebo vymizení rizik, je potřeba každého člena multidisciplinárního týmu naučit, aby uměl správně komunikovat o možných rizicích, která mohou vzniknout.

### **Postup při telefonické komunikaci sestry s lékařem**

- správné vyhodnocení aktuální situace, která vyžaduje konzultaci po telefonu (intervence a medikace dle ordinace lékaře),
- získání všech potřebných informací o pacientovi před telefonickou konzultací s lékařem,
- ucelení všech informací o pacientovi poskytovaných lékaři,
- ověření, zda volaná osoba ví, o jakého pacienta se jedná,
- zopakování důležitých informací např. název a množství léku (Škrála, 2008, s. 109).

Sestra nese plnou zodpovědnost za výkony, které provádí. Postup **lege artis** říká, že „*jde o poskytování péče v souladu s odbornými pravidly nebo v souladu s dostupnými poznatky lékařské vědy*“ (Vondráček, Wirthová, 2009, s. 39-40).

## **2.2 Komunikace s kolegy**

„*Všechny dobré vztahy závisí na vstřícném chování a komunikačních dovednostech. Dobré vztahy s kolegy se odvíjejí od vašich dobrých komunikačních dovedností. Respekt, férové jednání s ostatními, pozitivní zpětná vazba, schopnost kompromisu, spolupráce a aktivní naslouchání – to je základ solidních profesních vztahů*“ (Špatenková, Králová, 2009, s. 43). Mezilidské vztahy mezi kolegy se také vytváří na podkladě týmové spolupráce při řešení problémů, které vznikají na pracovištích (Bláha, Staňková, 2003, s. 35).

Špatná komunikace v krizových situacích nebo při špatném předání pacientů může vést k ohrožení pacienta (Kluge, 2012). Při poskytování specifické ošetrovatelské péče může mnohdy dojít ke krizovým situacím na oddělení, které mohou mít různou příčinu. Může dojít k náhlému akutnímu zhoršení zdravotního stavu pacienta, které může vést až k zástavě oběhu. Kardiopulmonální resuscitace je soubor výkonů, které vedou k obnovení základních vitálních funkcí. Na resuscitačním oddělení tyto situace vzhledem

k anamnéze pacientů nejsou výjimkou. V těchto situacích je důležité, aby personál pracoval týmově, a aby každý členek týmu věděl, jak se v dané chvíli zachovat. V této situaci lékař rozdává úkoly, které sestra plní. Tato situace může být pro personál stresující, a proto je důležité pečlivě naslouchat, plnit ordinace lékaře a spolupracovat s ostatními kolegy (Kapounová, 2007, s. 29).

Špaketková a Králová (2009, s. 46) v knize uvádí, že péče o pacienta v intenzivní péči je týmová záležitost, při které spolu kolegové musí komunikovat a to nejen v zájmu pacienta. Ne vždy si totiž při komunikaci rozumí. Mohou mít rozdílné názory, z kterých může vzniknout konflikt. Poskytování a přijímání kritiky je někdy pro oba kolegy velmi obtížné. Používáním asertivních přístupů, které jsou empatie, negativní aserce, zpětná vazba, asertivní souhlas vedou k pochopení a přijímání kritiky od jiných kolegů (Praško, Prašková, 1996, s. 152).

### 3 KOMUNIKAČNÍ PŘEKÁŽKY V INTENZIVNÍ PÉČI

Při poskytování ošetrovatelské péče mohou mezi zdravotnickým personálem a pacienty vznikat překážky v komunikaci. Většinou dochází k situacím, kdy pacient neumí, nechce nebo z nějakého důvodu nemůže normálně komunikovat (Zacharová, 2016, s. 103).

#### 3.1 Jazykové překážky

Jazyková bariéra může být dána **nesrozumitelným** a **rychlým projevem** pacienta nebo sestry a dlouhými větami s nadměrným množstvím důležitých informací, které se snaží zdravotník sdělit. Emoce pacienta mohou za možnou nesoustředěnost při rozhovoru. Dále mezi komunikační bariéru patří **mateřský jazyk** u pacientů **jiné národnosti**. Často jsou tyto pacienti přijímáni po dopravních nehodách nebo s poraněním mozku. I v těchto situacích je nutné, aby se sestra dorozuměla s pacientem. Může dojít k tomu, že u cizinců si rodina pacienta přizve do nemocnice překladatele, který se stává prostředníkem v komunikaci mezi zdravotnickým personálem a rodinou. Překladatel je zárukou správného pochopení lékařských a ošetrovatelských informací o pacientovi, případně tlumočí plánování převozu do zahraničí, dále řeší snadný průběh finančního vyrovnání v případě pacienta cizince, který je samoplátce (Ševčík, 2014 s. 1123).

#### 3.2 Intelektové překážky

Intelekt pacienta ovlivňuje pochopení komunikačního obsahu během rozhovoru. Proto by se mělo v rozhovoru vyhýbat odbornému vyjadřování a sdělení informací by mělo být jednoduché a krátké. Tyto komunikační překážky mohou vzniknout u pacientů s mentálním postižením, po těžkých kraniotraumatech nebo u pacientů, kteří mají hypoxické poškození mozku. Zdravotnický personál by měl být při komunikaci trpělivý a přizpůsobit se tempu vnímání pacienta. Pokud to situace dovolí, je potřeba sdělení zjednodušit, aby pacient byl schopen snadněji pochopit sdělení. V některých případech je vhodné jako prostředek pro snadnější dorozumívání zvolit techniky augmentativní nebo alternativní komunikace (Slowík, 2010, s. 28).

#### 3.3 Fyziologické překážky

Mezi nejčastější fyziologické překážky patří **bolest**, **neurologický deficit**, ale také únava pacienta, porucha spánku a jiné. „*Bolest je nepříjemný smyslový a emoční prožitek,*

*způsobený skutečným nebo možným poškozením tkání“ (Doengnes a kolektiv, 2001, s. 75). Je varovným signálem, který má ochrannou funkci. Sestra pacientovi bolest vždy věří a při komunikaci s pacientem je vhodné projevit zájem (Andršová, 2011, s. 72-73).*

Bolest je definována jako subjektivní pocit, který může hodnotit jen ten, který ji prožívá. Prožívání bolesti je ovlivněno zdravotním stavem pacienta, psychickým laděním nemocného, osobnostními vlastnosti, sociálním prostředím a etnickými rozdíly a v poslední řadě také prožíváním negativních emocí, které jsou často spojené s hospitalizací. Bolest patří mezi velmi časté příznaky spojené s hospitalizací. Problematika akutní bolesti v intenzivní péči hraje velkou roli v dalším léčebném postupu a přístupu k pacientům (Vajcíková, Zoubková, 20017, s. 58).

Úkolem sestry je respektovat individuální citlivost každého pacienta na bolest, použít podpůrné psychologické prostředky mezi, které patří vlídné slovo, vstřícné chování a zájem o uklidnění pacienta. Přistupovat s empatií a zajistit dostatek přesných informací, aby se zmírnil strach z dalších možných událostí. Umožnit pacientovi prodiskutování svých možných obav (Kapounová, 2007, s. 138).

### **Zásady při ošetřování pacienta s akutní bolestí**

- zhodnocení lokalizace a intenzity bolesti dle hodnotící škály,
- zhodnocení charakteru bolesti,
- objektivní zhodnocení bolesti,
- zjištění délky trvání bolesti,
- aplikace léků dle ordinace lékaře,
- zajištění klidného prostředí pro pacienta,
- eliminace hluku a světla na oddělení,
- zjištění vyvolávajících faktorů bolesti (změna polohy),
- dodržování denního a nočního režimu na oddělení (Špatenková, Králová, 2009, s. 94-95).

Mezi další možné fyziologické překážky můžeme řadit neurologický deficit pacienta, který výrazně ovlivňuje komunikaci. Často se můžeme setkat s pacienty s kvantitativní nebo kvalitativní poruchou vědomí nebo s pacienty v bezvědomí. Mezi nejčastější překážky z pohledu komunikace patří fatické poruchy (Zacharová, 2016, s. 102).

Při **expresivní fatické (motorické) Brocově poruše** pacient ztrácí schopnost mluvit, ale mluvené a psané řeči rozumí, při úplné fatické poruše – **afázii** pacient není schopen mluveného slova. Při částečné fatické poruše – **dysfázii** není řeč pacienta plynulá, při rozhovoru dochází k častým gramatickým chybám, zkomolením nebo opakováním slov.

Při **senzorické fatické poruše** pacient nerozumí mluvenému a psanému slovu, řeč je nesrozumitelná a pacient stále opakuje stejné odpovědi na různé otázky, dochází k tzv. „slovnímu salátu“. **Totální fatická porucha** je charakterizována jako ztráta schopnosti řeči a chápat jazyk, často bývají zachovány řečové automatismy. **Dysartrie** je porucha výslovnosti a slabik, zkreslené deformované slabiky, někdy i nesrozumitelná řeč. **Parafázie** je vynechání hlásek a slabik, balbuties – kóktavost.

Další poruchy řeči závisí na lokalizaci postižení. Mohou se vyskytovat poruchy paměti, myšlení, výpadky zorného pole, dezorientace v čase, místě a osobě. Po stabilizaci zdravotního stavu pacienta je nezbytná rehabilitační, logopedická a psychologická léčba, která je součástí komplexní léčby (Slezáková, 2014, s. 56-57).

## 4 STRATEGIE KOMUNIKACE V INTENZIVNÍ PÉČI

V intenzivní péči jsou při kontaktu s pacientem využívány různé metody, které slouží ke správné a efektivní komunikaci. Záleží na celkovém zdravotním stavu pacienta a na stavu vědomí.

Pokud je pacient napojen na umělou plicní ventilaci (dále jen UPV), není schopen hlasového projevu, proto se může vyjadřovat pouze neverbálně. Často se u pacientů objevuje deprese, agrese, netrpělivost, hněv z důvodu toho, že nejsou schopni se dorozumět se zdravotnickým personálem. Proto je důležité, aby sestra věnovala dostatek trpělivosti, času a empatie při komunikaci s pacientem. A také, aby využila komunikačních metod a správných způsobů pro efektivní a snadnější dorozumívání (Tomová, Křivková, 2016, s. 80). Komunikační dovednosti zdravotnických pracovníků jsou důležitým léčebným prostředkem. Kvalita týmové spolupráce mezi lékaři, sestrami a pacienty ovlivňuje výsledek léčby (Godová, 2008, s. 44).

### 4.1 Komunikace s pacientem v analgosedaci na UPV

Pacienti napojení na UPV mají dýchací cesty zajištěny endotracheální nebo tracheostomickou kanylou. Analgosedace pacienta je nutná z důvodu tolerance kanyly v dýchacích cestách. Analgosedace se skládá z kombinace sedativ a opiátů, které se pacientovi podávají kontinuálně v lineárním dávkovači intravenózní cestou. Většinou je to kombinace Propofolu nebo Midazolamu se Sufentanilem. Pacient, který je farmakologicky sedován je omezen vykonávat základní potřeby a komplexní ošetrovatelskou péče plně přebírá sestra. Záleží na hloubce analgosedace a stavu vědomí, od kterého se vyvíjí další komunikace a spolupráce s pacientem. Mezi metody komunikace patří základní výzvy, které zjišťují reakce a úroveň stavu vědomí pacienta (Kapounová, 2007, s. 141-142).

Při komunikaci s analgosedovaným pacientem na UPV se v intenzivní péči využívá reakce, kdy pacient na výzvu stiskne ruce a na oslovení otevře oči. Tyto metody komunikace jsou každodenně využívány ošetřujícím personálem pro zjištění úrovně komunikace a zpětné vazby s pacientem.

**Plazení jazyka**

Jedna z forem komunikace a ověření reakce pacienta sestrou nebo lékařem. Jednoduchá metoda, kdy sestra zjišťuje, zda pacient výzvě vyhoví a je schopen tímto způsobem reagovat.

**Stisk ruky a mrknutí očí**

Stisk rukou nebo mrknutí očí na výzvu jsou úkony, které jsou pro pacienta lehce pochopitelné. Těmito úkony sestra zjišťuje reakce na oslovení a stiskem ruky také svalovou sílu pacienta. Sestra věnuje pozornost u pacientů s možným neurologickým deficitem po KCT nebo CMP. Sestra by měla pacienta dostatečně nahlas oslovit a opakovaně vybízet ke spolupráci. Při oslovení je také důležité si všímat, zda se pacient otočí za hlasem a fixuje pohledem. U pacientů se může objevit grimasa v obličeji, která většinou značí, že má pacient bolesti (Tomová, Křivková, 2016, st. 80-81). Mezi hodnocení agitovanosti a hloubky sedace u analgosedovaných pacientů na UPV se využívá skórovací škála RASS Richmond Agitation Sedation (Tomová, Křivková, 2016, st. 78).

*„Sestra zaznamenává odpověď pacienta na nabízené podněty a to i v případě, že se objeví pouze reakce na vegetativní úrovni. (např. tachykardie či interference s ventilátorem při změně polohy pacienta, zvýšené svalové napětí při provádění hygienické péče“*

(Ševčík, 2014, st. 1123).

Je důležité, aby sestra dodržovala při poskytování ošetrovatelské péče správné postupy při komunikaci s pacientem (viz. Tab. 2).

**Postup komunikace sestry při polohování pacienta farmakologicky sedovaného na****UPV**

Tabulka 1 Nesprávný postup komunikace

<b><u>SESTRA</u></b>	<b><u>PACIENT</u></b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• sestra s pacientem nekomunikuje,</li> <li>• nevysvětluje úkon, který chce provádět</li> <li>• nevyužije iniciální dotek</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• pacient otevírá oči, má výraznou grimasu v obličeji a vyděšený výraz v očích</li> </ul>



<ul style="list-style-type: none"> <li>• bez upozornění odstraní příkrývku a vyjme z lůžka polohovací pomůcky</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• má výrazný třes celého těla</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• za pomoci kolegyně rázným způsobem polohuje pacienta na levý bok</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• při polohování reaguje výrazným vzestupem TK a pulzu</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• bez jakéhokoliv slovního projevu odchází z pokoje</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• vzniká psychomotorický neklid pacienta a interference s ventilátorem</li> </ul>

Tabulka 2 Správný postup komunikace

<u>SESTRA</u>	<u>PACIENT</u>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• při příchodu k lůžku pacienta osloví a použije iniciální dotek</li> <li>• vyzve pacienta, aby na výzvu stiskl ruku nebo kývnul hlavou, pokud sestru vnímá</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• po oslovení fixuje a otvírá oči</li> <li>• na výzvu stiskne obě horní končetiny</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• vysvětlí celý postup, který chce provádět</li> <li>• postupně odkryje z části příkrývku a odejme polohovací pomůcky za stále komunikace a vysvětlení všech úkonů, které právě provádí</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• kývnutím hlavy potvrzuje, že rozumí výkonu</li> <li>• Při odejmutí polohovacích pomůcek se snaží spolupracovat a zvedá končetiny</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• za pomoci kolegyně pacienta opatrně polohuje na levý bok a vyzve pacienta ke spolupráci</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• při polohování se snaží na výzvu pokrčit pravou končetinu a snaží se přitáhnout rukou k postranici</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• po celou dobu udržuje kontakt s pacientem a ptá se pacienta, zda mu tato poloha vyhovuje, vysvětlí mu nutnost polohování,</li> <li>• zaznamenává reakce pacienta</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• kývnutím hlavy potvrzuje, že poloha je vhodná a chápe nutnost polohování</li> </ul>

Při kontaktu s analgosedovaným pacientem na UPV při poskytování všech úkonů ošetrovatelské péče se může v mnoha případech předejít nežádoucím reakcím pacienta jako je například grimasa, strach, vzestup krevního tlaku nebo interference s ventilátorem z důvodu špatně zvoleného postupu při komunikaci (viz. Tab. 1), (Tomová, Křivková, 2016, s. 81-82).

## 4.2 Komunikace s pacientem bez analgosedace na UPV

Po stabilizaci vitálních funkcí, pokud to celkový zdravotní stav pacienta dovolí, dochází k postupnému snižování sedace a následnému weaningu - postupnému odvykání od ventilátoru a převedení na spontánní ventilaci. Pokud přetrvává respirační insuficience a pacient i bez farmakologické sedace není schopen spontánně ventilovat, tak se dýchací cesty zajistí tracheostomickou kanylou. Většinou k tomu dochází po 7 až 10 dni hospitalizace. Pro klasifikaci stavu vědomí se využívá skórovací schéma GCS Glasgow Coma Scale. Mezi hodnotící prvky škály patří otevření očí, verbální a motorická odpověď (Polák, 2016, st. 691).

Při dlouhodobé hospitalizaci s nutností zajištění dýchacích cest tracheostomickou kanylou se využívají různé druhy těchto kanyl. Nejčastěji se zavádí kanyly plastové méně, častěji kanyly kovové. Kovové kanyly mají zavedeny pacienti po laryngektomii (Lukáš a kolektiv, 2005, s. 84-86).

U spontánně ventilujících pacientů s nutností zajištění dýchacích cest se využívají plastové kanyly, které mohou být perforované a umožňují produkci hlasu při dodržování základních podmínek a to **vyjmutí vnitřní kanyly**, v případě potřeby **odsátí vzduchu z obturační manžety** a **utěsnění zevního otvoru kanyly sterilní zátkou** - količkem nebo sterilním čtvercem (Tomová, Křivková, 2016, s. 91-93).

Další možností komunikace s pacientem je využití tzv. elektolarynxu u pacientů, kteří mají nádorové onemocnění hrtanu a byla u nich provedena totální laryngektomie. Dochází k operativnímu vyjmutí celého hrtanu a ztrátě jeho funkce a to ke ztrátě hlasu. Těmto pacientům se doživotně zavádí tracheostomická kanyla. Komunikace je možná pouze pomocí náhradních hlasových mechanismů, které nahradí tvorbu mluveného hlasu.

**Elektrolarynx** je elektrický vibrující přístroj, který přiložením na krk tvoří hlasitou řeč, když pacient artikuluje. Pacient artikuluje a jeho zvukové vibrace elektrolarynx přenesou do dutiny ústní, čímž lze vytvořit hlasitou řeč (Tomová, Křivková, 2016, s. 98).

Komunikace s pacientem bez farmakologické sedace bývá snadnější z důvodu lepšího dorozumívání s pacientem. Během hospitalizace, ale může dojít u pacientů k častým změnám nálad, depresím, apatii ale také k možné agresi. Tento stav může vést k rezignaci pacienta a ke vzniku hospitalismu. Proto se v těchto případech do medikace přidávají farmaka typu antidepresiv, pro snadnější vyrovnaní se s hospitalizací. Často k těmto situacím dochází u pacientů, kteří vyžadují dlouhodobou intenzivní péči. V tomto období se zvyšují nároky na zvýšení fyzické aktivity pacienta. Proto v této fázi je důležitá aktivizace a rehabilitace pacienta. V tomto období hospitalizace hraje velkou roli v ošetrovatelské péči spolupráce s rodinou pacienta, která pozitivně působí na jeho psychiku (Venglářová, Mahrová, 2006, s. 77).

#### **4.2.1 Alternativní metody při komunikaci**

V intenzivní péči se využívají různé alternativní metody pro komunikaci s pacientem, který není schopen normálně komunikovat. Záleží na celkovém zdravotním stavu pacienta, je potřeba najít nejvhodnější způsob komunikace, který je pro pacienta nejsnadnější (Tomová, Křivková, 2016, s. 83). Nejjednodušší forma komunikace sestry s pacientem na umělé plicní ventilaci je formou otázek typu ano/ ne dále pak pomocí tužky a papíru (Prusenovská, Zeleníková, 2016, s. 22-23).

#### **Přehled využívaných pomůcek**

- papír a tužka,
- abecední tabulka, tabulka se základními slovy,
- piktogramy,
- magnetická tabulka s písmeny a čísly,
- fotografie, malované obrázky,
- hodiny a kalendář.

Dále se mohou využívat elektronické pomůcky, a to mobil, tablet, počítač nebo multimediální přehrávač (Kapounová, 2007, s. 172-174).

Při využití metody pomocí papíru a tužky je potřeba dostatečné svalové síly pacienta. Často v prvních fázích jde špatně rozpoznat, co chce pacient sdělit. Proto je důležitá rehabilitace a spolupráce se zdravotnickým personálem.

### **Postup při využití metody - papír a tužka**

Sestra zajistí vhodnou polohu pacienta a to sed nebo polosed. V pokoji by měl být dostatek světla a prostoru. Sestra zajistí stůl nebo tvrdou podložku, na kterou si pacient opře obě ruce a položí papír. Psací pomůcky by se nejlépe měly volit tenké a snadno uchopitelné jako například fix. Pokud pacient při psaní nebo čtení používá brýle, sestra jej před sdělováním informací zajistí.

### **Postup při využití metody - abecední tabulka nebo piktogramy**

Postup je stejný jako při využití metody tužky a papír. Sestra vysvětlí pacientovi, ať postupně ukazuje písmena, která chce sdělit. Slova by měl pacient volit krátká a jednoduchá. Využití piktogramů v praxi je pro pacienta jednoduché a znázorňuje základní potřeby pacienta. Mezi tyto potřeby se nejčastěji řadí obrázky, na kterých je znázorněn spánek, pití, jídlo, vyprázdnění nebo bolest (Tomová, Křivková, 2016, s. 84-86).

Kapounová (2007, s. 173) v knize uvádí, že nejčastěji kladené otázky pacientů na umělé plicní ventilaci jsou: Kde se nachází? Co se mu stalo? Jak dlouho zde leží? Proč musí být napojený na ventilátor? K čemu slouží zajištěné vstupy?

## **4.3 Komunikace s pacientem po extubaci a dekanylaci**

*„Mezi předpoklady úspěšné extubace a dekanylace patří splnění kritéria pro odpojení od ventilátoru, stav vědomí umožňující udržet průchodnost dýchacích cest, funkční obranné reflexy dýchacích cest, - polykací a kašlací reflex, schopnost účinné expektorace, absenci nadměrné sekrece z dýchacích cest a absenci známek aspirace při polykání. Reintubace je rizikovým faktorem rozvoje nozokomiální pneumonie a vyšší mortality až o 7 %“ (Kapounová, 2007, s. 235). „Pro úspěšnost odpojení je důležitý dostatek odpočinku a spánku a psychická podpora nemocného. Významný je přístup celého ošetrovatelského personálu včetně fyzioterapeutů a členů rodiny. Časná rehabilitace je významným predátorem úspěšnosti odpojení“ (Streitová a kol., 2015, s. 69-70).*

Před zahájením dekanylace by měl lékař pacientovi vysvětlit podrobný popis výkonu. Sestra nachystá pomůcky pro zajištění dýchacích cest, kdyby nastala situace, kdy by pacient dekanylaci nezvládl. Tento výkon se provádí v poloze na zádech. Lékař za asistence sestry po odsátí vzduchu z obturační manžety, kanylu vytáhne z dýchacích cest a vyzve pacienta, aby se hluboko nadechl. Může dojít k situaci, že pacient má pocit

tísňe na hrudníku a je dušný. V této situaci může dojít k neklidu nebo oběhové nestabilitě. Vždy po vytažení kanyly se pacientovi podává kyslík pomocí kyslíkové masky. Sestra pacientovi vysvětlí nutnost podávání kyslíku zajištění ostatních invazivních vstupů, které má pacient zajištěny. Také pacienta upozorní, že po vytažení kanyly z dýchacích cest může cítit bolest v krku při polykání a při komunikaci. Po vytažení tracheostomické kanyly se místo vstupu kryje sterilním krytím. Po výkonu může pacient hůře artikulovat a komunikovat z důvodu podráždění hlasivkových vazů (Kapounová, 2007, s. 235).

## 5 POSKYTOVÁNÍ INFORMACÍ O ZDRAVOTNÍM STAVU

Informace o zdravotním stavu pacienta poskytuje rodinným příslušníkům vždy ošetřující lékař. Sestra při prvním kontaktu s rodinou zkontroluje, zda jsou uvedeny kontaktní osoby v dokumentaci pacienta. Je nutné, aby v chorobopise bylo zapsáno telefonní číslo na nejbližší příbuzné z důvodu informovanosti rodiny například o zhoršení zdravotního stavu nebo překlada pacienta na jiné pracoviště (Roter a Hall, 2006, s. 4-7).

Při první návštěvě pacienta si rodina určí komunikační heslo pro další telefonické poskytování informací o zdravotním stavu pacienta. Heslo by mělo být krátké a pro rodinu dobře zapamatovatelné. Je vhodné, aby v rodině byla určena jedna osoba neboli mluvčí, který při telefonickém zjišťování informací o zdravotním stavu poskytl informace ostatním členům rodiny, aby nedocházelo k opakovaným telefonátům od více členů rodiny. Při návštěvě pacienta se v praxi osvědčilo při informování rodinných příslušníků přítomnost lékaře i sestry. Z důvodu současného podávání informací o léčbě i poskytování ošetrovatelské péče (Ševčík, 2014, s. 1123).

### 5.1 Komunikace sestry s rodinou pacienta

*„Komunikace s rodinou pacienta představuje pro mnoho zdravotnických pracovníků nejnáročnější „komunikační oříšek“. Nicméně i příbuzní pacienta představují pro zdravotníky důležité komunikační partnery. Proto by zdravotní sestra umět nejen odpovídat na dotazy příbuzných nemocného, ale měla by být také schopna s nimi aktivně navazovat kontakt“ (Špatenková, Králová, 2009, s. 47).*

Mnoho sester dokáže vystupovat empaticky naprosto intuitivně, jiné se to naučí a některé se během své praxe nenaučí empaticky komunikovat bohužel nikdy (Ondřichová, 2007, s. 16).

Na oddělení resuscitační a intenzivní péče ve většině případů návštěvu k lůžku pacienta uvádí sestra. Jedním z důvodů je edukace rodiny o bariérovém přístupu na resuscitačních a intenzivních oddělení. Bariérový přístup pro rodinu znamená, že před a po návštěvě pokoje příbuzného si vydezinfikují ruce a obléknou si jednorázový empír, ústenku a návleky na boty, které brání přenosu nozokomiálních infekcí. Počet rodinných příslušníků při návštěvě se eliminuje z důvodu chodu oddělení a zdravotního stavu pacienta. Na většině těchto oddělení mají malé děti zakázané návštěvy.

Po uvedení členů rodiny sestra zodpovídá případné dotazy rodiny a vyzve rodinu ke komunikaci nebo fyzickému kontaktu s nemocným. Ponechá dostatek času na adaptaci rodiny s pacientem a zajistí soukromí. Měla by být po dobu návštěvy na blízku pro zodpovězení otázek a možných reakcí pacienta na rodinu. Sestra nabídne rodině židli popřípadě sklenici vody, protože ne vždy tuto situaci každý člen rodiny emotivně zvládne (Kapounová, 2007, s. 176).

## 5.2 Rodina jako součást ošetrovatelské péče

Onemocnění rodinného příslušníka neovlivňuje jen pacienta, ale také ostatní členy rodiny. Za hospitalizace se role pacienta výrazně mění. V dnešní době při poskytování ošetrovatelské péče je rodina aktivně zařazena do ošetrovatelského procesu. Dochází ke vzájemné interakci pacienta a rodiny s ošetřujícím personálem, která má kladný vliv na léčbu pacienta. Přítomnost rodiny je důležitá již v prvních dnech hospitalizace, ale největší podíl má v době aktivizace pacienta. Kdy pacient plně vnímá přítomnost rodiny a zapojuje se aktivně do ošetrovatelského procesu. Záleží vždy na zdravotním stavu pacienta. Rodina by měla s pacientem aktivně komunikovat a povzbuzovat ho. Může se také aktivně zapojit do rehabilitace pacienta za přítomnosti rehabilitačního pracovníka, který může rodině vysvětlit a popsat jednoduché cviky. Cviky může rodina při dalších návštěvách s pacientem procvičovat.

Hospitalizace pacienta na oddělení resuscitační nebo intenzivní péče je pro příbuzné ve většině případů nepříjemná a psychicky zatěžující. Celková změna vzhledu pacienta a jeho napojení na přístroje mohou působit na rodinu stresově a doprovázející zvuky a alarmy mohou rodinu pacienta zneklidňovat. Sestra by měla být na blízku a v případě dotazů rodině poskytnout doplňující informace například o hodnotách, které jsou zaznamenávány na monitoru u lůžka pacienta. (Tomová, Křivková, 2016, s. 114-115).

## 5.3 Jednání s pozůstalými

Jednou z dalších důležitých kritérií v intenzivní péči je umět komunikovat s rodinou pacienta při sdělování špatných zpráv týkajících se změn léčebného režimu, závažných nálezů, závažnosti zdravotního stavu nebo komunikovat s pozůstalými. Tyto informace sděluje vždy lékař a sestra by měla být na blízku. Při poskytování těchto informací by měl mít lékař dostatek času a sdělovat informace v klidném prostředí.

Po příchodu pozůstalých na oddělení je nutné uvést pozůstalé na klidné místo, nejlépe do návštěvní místnosti nebo na lékařský pokoj a nepříznivou zprávu sdělit rodině vsedě. Je potřeba zachovat všechny společenské pravidla a to představit se, posadit se s nimi a podrobně vysvětlit okolnosti úmrtí. Většinou pozůstalí chtějí informace několikrát zopakovat. Při náhlém úmrtí pacienta je třeba nechat pozůstalým dostatek času na to, aby zprávu přijali a srovnali se s ní (Honzák, 1997, s. 101-102).

Elizabeth Kübler – Rossová popsala fáze umírání, kterými prochází i pozůstalá rodina při a po informování o úmrtí blízkého člověka.

1. **Fáze šoku** – dochází při poskytování tragické zprávy, při náhlém úmrtí pacienta může dojít ze strany rodiny k atakům zloby a vzteku.
2. **Fáze popření** – jde o obranu psychologickou reakci rodiny, odmítají přijmout smrt blízkého a chtějí ho ještě vidět. Pokud lékař dovolí poslední rozloučení s rodinou, musí rodinu upozornit na vzhled zemřelého.
3. **Fáze smlouvání** – dochází k sebeobviňování, do pozadí se dostává racionální uvažování, časté úvahy pozůstalých (kdyby tam nejezdil, nedošlo by k úmrtí....
4. **Fáze deprese** – vyvolává v pozůstalých pocit úzkosti a beznaděje, mohou se objevovat sebevražedné sklony u pozůstalých.
5. **Fáze smíření** – jde o poslední fázi přijetí dané situace a smíření s ní, je dobré pozůstalým nabídnout další rozhovor nebo psychologickou pomoc pokud o ni mají zájem (Janáčková, Weiss, 2008, s. 90-96).

V akutní fázi rodina po sdělení těchto informací nejčastěji prochází ve zdravotnickém zařízení fází šoku (Honzák, 1997, s. 102).



## 6 KOMUNIKACE JAKO SOUČÁST BAZÁLNÍ STIMULACE

*„Bazální stimulace je koncept, který podporuje v nejzákladnější (bazální) rovině lidské vnímání. Pohyb, vnímání a komunikace se vzájemně ovlivňují. Bazální stimulace umožňuje lidem se změnami v těchto třech oblastech podporu, a to cílenou stimulací smyslových orgánů. Cílenou stimulací uložených vzpomínek lze znovu aktivovat mozkovou činnost, a tím podporovat vnímání, komunikaci a hybnost klientů“ (Friedlová, 2007, s. 19).*

### **Cíl bazální stimulace je podpora a vnímání pacienta**

- vede k navázání komunikace se zdravotnickým personálem a rodinou,
- vede ke stimulaci vlastního těla,
- vede k rozvoji vlastní osobnosti pacienta,
- vede ke snadnější orientaci v čase a prostoru,
- vede ke zlepšení funkcí organismu.

Předpokladem účinné stimulace pacienta je odběr autobiografické anamnézy pacienta za spolupráce rodiny.

### **6.1 Biografická anamnéza**

Pro správné a efektivní používání bazální stimulace v ošetrovatelské péči, je důležité zjištění návyků a zvyků pacienta od rodinných příslušníků a následné vytvoření biografické anamnézy.

*„Jednotlivá zařízení by si měla sama vypracovat formuláře anamnézy respektující skladbu jejich klientů, jejich potřeby a také strukturu práce daného pracoviště“ (Friedlová, 2003, s. 28).*

### **6.2 Prvky bazální stimulace**

Koncept bazální stimulace je rozdělen na určité části, a to na prvky základní a nastavbové stimulace. Tyto prvky jsou zahrnuty do konceptu ošetrovatelské péče.

Mezi prvky základní stimulace patří somatická, vestibulární a vibrační stimulace. Do prvků nastavbové stimulace se řadí optická, auditivní, taktilně-haptická, olfaktorická a orální stimulace (Friedlová, 2007, s. 24).

**Somatická stimulace** – při poskytování hygienické péče se využívá stimulace pacienta při toaletě a to formou povzbuzující nebo zklidňující koupele. Dále se klade důraz na

polohování pacienta nejen z důvodu prevence dekubitů, ale i zlepšení dýchání a stimulací kožních receptorů. Využívají se polohy mumie nebo hnízdo.

**Vestibulární stimulace** – stimuluje pohyb pacienta pomocí nepatrných pohybů hlavy tzv. mikropolohování, dále pak postupnou vertikalizací pacienta a polohováním na boky.

**Auditivní stimulace** – zde se využívají různé zvukové prostředky, na které byl pacient doposud zvyklý. Oblíbená hudba, řeč nebo hudební nástroj.

**Optická stimulace** -většina pacientů v intenzivní péči nejčastěji zaujímá polohu na zádech, proto při probuzení často směřuje jejich pohled na strop pokoje. V mnoha případech při probuzení pacienta z umělého spánku je tento pohled stresující, protože většinou není orientovaný místem a časem. Pro optickou stimulaci pacienta je důležitá změna polohy, proto je důležité pravidelné polohování pacienta nejen z důvodu prevence dekubitů. Dochází ke změně zorného pole a prostředí okolo pacienta. Je vhodné barevné vymalování pokoje, obrázky nebo rodinné fotky pro stimulaci pacienta.

**Olfaktorická a orální stimulace** - vůně a pachy vyvolávají v člověku různé vzpomínky. Jako například vůně čaje je symbolem rána nebo vůně levandule může být symbolem odpočinku. Každý člověk má jiné oblíbené vůně a pachy, proto se na tuto stimulaci klade důraz při odběru biografické anamnézy. Rodina přinese do nemocnice oblíbené věci pacienta (parfémy, bonbóny a jiné), které jsou využívány při stimulaci.

**Taktilně – haptická stimulace** – umožňuje pacientovo vnímání doteků, napětí, natažení, ale také chladu a tepla. Pacient vnímá doteky při poskytování ošetrovatelské péče personálem, ale také od rodinných příslušníků (Friedlová, 2007, s. 114-127).

V intenzivní péči je koncept bazální stimulace velkým přínosem při poskytování ošetrovatelské péče a je jeho nedílnou součástí. Všechny aktivity pacienta jsou vyjádřeny vnímáním, pohybem, navázáním komunikace pacienta se svým okolím a zvládnutí orientace v prostoru a čase (Kapounová, 2007, s. 206-207).

## **II. PRAKTICKÁ ČÁST**

## 7 VÝZKUMNÉ ŠETŘENÍ

Poskytování resuscitační nebo intenzivní péče je komplexní celek, který má dané postupy při poskytování ošetrovatelské péče. Komunikace je jedna ze zásadních aspektů při poskytování péče ARO a JIP. V dotazníku jsem se zaměřila na otázky z oblasti komunikace s pacientem, metody komunikace, využití konceptu bazální stimulace, která je jedna z možností komunikace s pacientem.

### 7.1 Stanovení cílů

#### Hlavní cíl

Hlavním cílem bakalářské práce bylo zjistit celkový pohled sester na specifickou komunikaci v intenzivní péči.

#### Dílčí cíle

1. Zjistit jestli sestry správně postupují při komunikaci s pacienty v intenzivní péči.
2. Zjistit zda zdravotnický personál využívá různé techniky při komunikaci s pacientem, a které techniky jsou nejvíce využívány.
3. Zmapovat zda je v intenzivní péči využívána bazální stimulace, a které techniky jsou nejvíce v praxi využívány.
4. Zmapovat zda je práce a komunikace pro sestry v intenzivní péči stresující a popřípadě, které faktory stres nejvíce ovlivňují.

### 7.2 Metodika práce

Ke zpracování bakalářské práce byla použita kvantitativní výzkumná metoda pomocí dotazníku. Dotazník je řazen do nejčastěji využívaných technik, které jsou používány pro statistické výzkumy. Dotazník je standardizovaný soubor otázek, které jsou předem připraveny na určitém formuláři. Jeho pozitivní stránka je v nenáročnosti vyplnění a možnosti zařazení většího počtu dotazovaných respondentů. Mezi nevýhodu vyplnění dotazníků je možná vzájemná spolupráce mezi respondenty. Výzkum byl prováděn bez ohledu na pohlaví a věk respondentů (Šarounová a kolektiv, 2008, s. 98-101).

Dotazník byl tvořen celkem z 20 položek, z toho 18 položek bylo uzavřených a 1 položka otevřená. 1 položka v dotazníku byla při zodpovězení kladné odpovědi rozšířená o možnost vyjádření využívané techniky. Dotazník byl anonymní a byl respondentům předložen v tištěné formě. Otázky z dotazníku jsou zpracovány do tabulek a grafů

s četností zvolených odpovědí. Získané vzorky jsou zpracovány v programech Microsoft Word a Microsoft Excel.

### 7.2.1 Organizace šetření

Před sestavením dotazníku byla nastudována odborná literatura vztahující se k danému tématu bakalářské práce. Po vytvoření dotazníku byl pilotní vzorek k nahlédnutí a vyjádření poskytnut kolegyni pracující na ARO. Po konzultaci s vedoucím práce byl dotazník po stránce formální a obsahové upraven a následně schválen.

S předchozím svolením náměstkyně pro ošetrovatelskou péči bylo v Krajské nemocnici Tomáše Bati a.s. ve Zlíně vydáno 160 dotazníků. Dotazníky byly rozděleny na anesteziologicko-resuscitační oddělení, oddělení jednotek intenzivní péče, koronární jednotka intenzivní péče, jednotka intenzivní péče interní kliniky metabolická a následná intenzivní péče. Samotné šetření proběhlo v březnu 2017 a dotazník byl určen pro všeobecné sestry a zdravotnické záchranáře pracujících na výše uvedených odděleních.

50 tištěných dotazníků bylo rozdáno zdravotnickému personálu na oddělení ARO. Návratnost byla 48 vyplněných dotazníků. Na jednotky intenzivní péče bylo rozdáno dohromady 80 dotazníků z toho 50 dotazníků bylo respondenty vyplněno. 5 dotazníků muselo být pro neúplnost vyřazeno. Dále bylo také osloveno oddělení následné intenzivní péče, kde bylo rozdáno celkem 30 dotazníků s návratností 18 vyplněných dotazníků

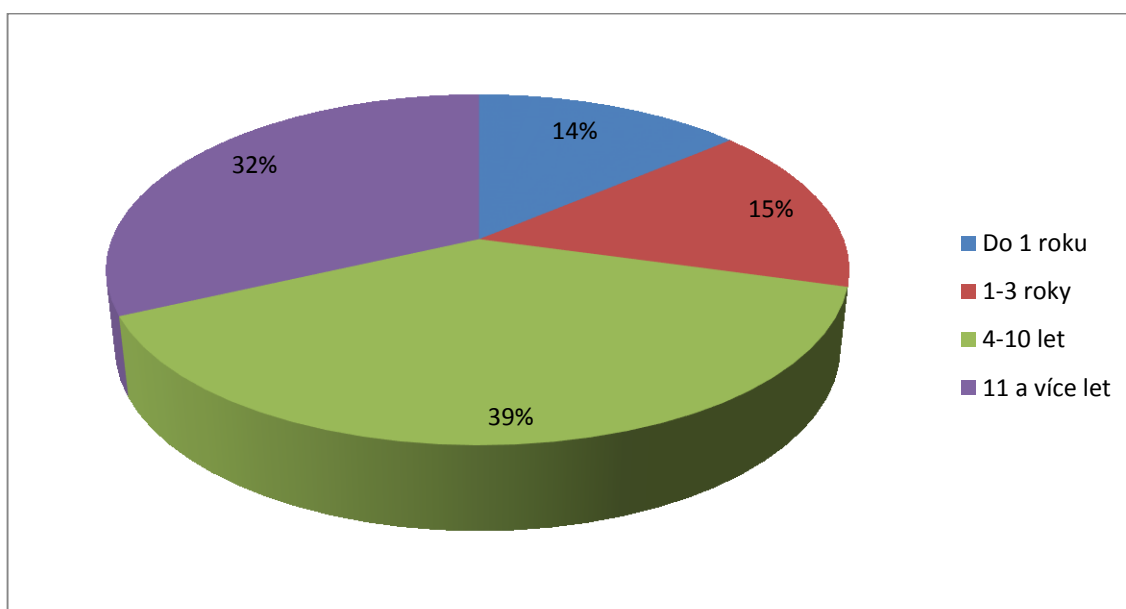
Z celkového počtu 160 dotazníků bylo vráceno 116 (73 %) vyplněných dotazníků.

## 8 ZPRACOVÁNÍ A GRAFICKÉ ZNÁZORNĚNÍ ZÍSKANÝCH DAT

### Otázka 1 Jak dlouho pracujete v intenzivní péči?

Tabulka 3 Délka praxe v intenzivní péči

	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Do 1 roku	16	14
1-3 roky	18	15
4-10 let	45	39
11 a více let	37	32
<b>Celkem</b>	<b>116</b>	<b>100</b>



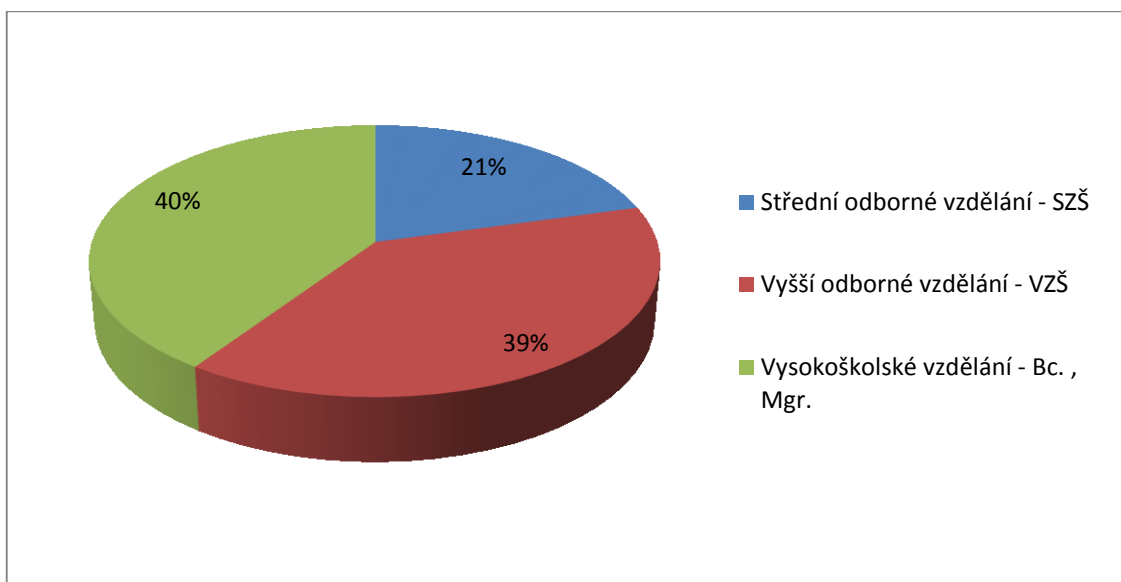
Graf 1 Délka praxe v intenzivní péči

Z grafu je patrné, že nejčastější délka praxe v intenzivní péči je v rozmezí 4-10 let, tuto odpověď označilo 45 (39 %) dotazovaných respondentů. Dále pak velmi častá odpověď byla v rozmezí délky praxe, která trvá déle než 11 let. Počet respondentů byl 37 (32 %). V neposlední řadě označilo 18 (15 %) respondentů délku praxe trvající 1-3 roky. Další respondenti v počtu 16 (14 %) označili praxi v intenzivní péči méně než rok.

## Otázka 2 Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

Tabulka 4 Dosažené vzdělání

	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Střední odborné vzdělání - SZŠ	24	21
Vyšší odborné vzdělání - VZŠ	45	39
Vysokoškolské vzdělání - Bc., Mgr.	47	40
<b>Celkem</b>	<b>116</b>	<b>100</b>



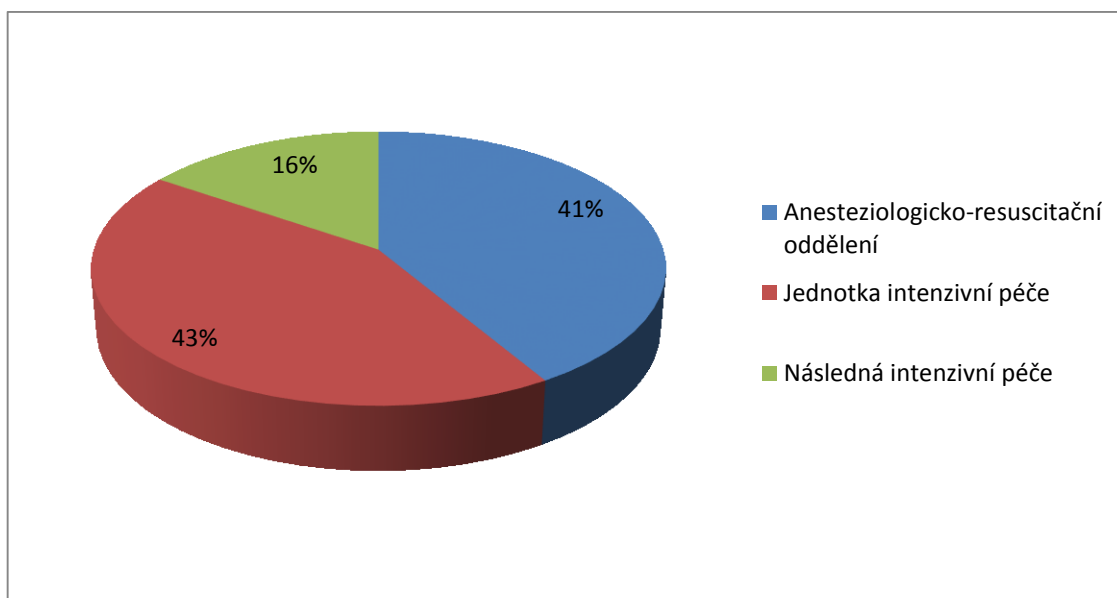
Graf 2 Dosažené vzdělání

Nejvíce respondentů uvedlo jako své nejvyšší dosažené vzdělání Vysokoškolské a to v počtu 47 (40 %) dotazovaných. Dále pak 45 (39 %) respondentů uvedlo Vyšší odborné vzdělání. Střední zdravotnickou školu absolvovalo 24 (21 %) respondentů.

**Otázka 3 Uved'te prosím, na jakém oddělení pracujete?**

Tabulka 5 Oddělení

	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Anesteziologicko-resuscitační oddělení	48	41
Jednotka intenzivní péče	50	43
Následná intenzivní péče	18	16
<b>Celkem</b>	<b>116</b>	<b>100</b>



Graf 3 Oddělení

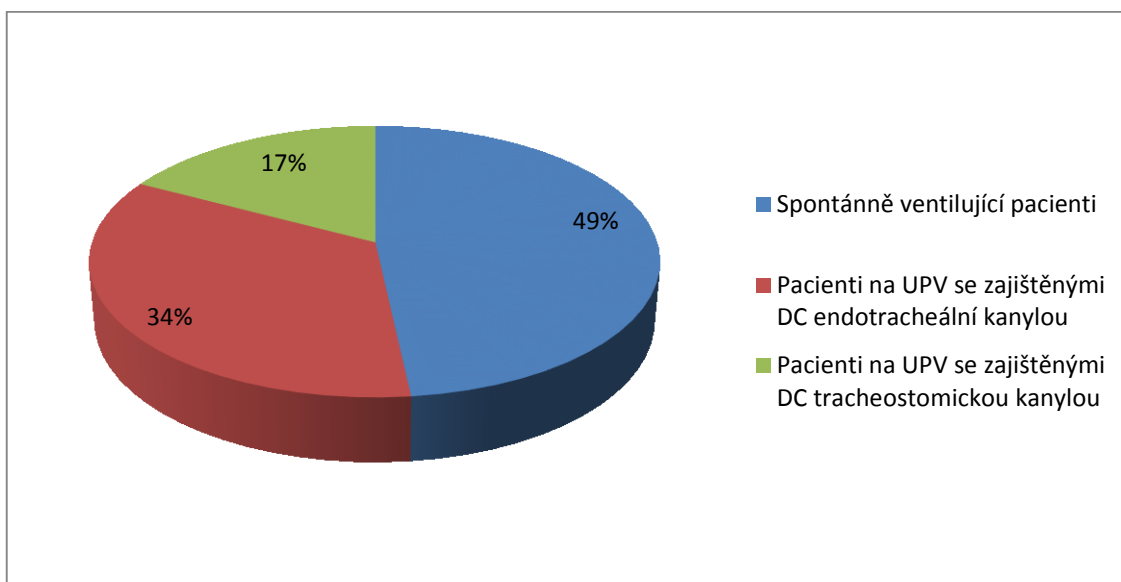
Další dotazníkovou položkou je charakteristika pracoviště, na kterém respondenti pracují. Nejčastější odpověď byla Jednotka intenzivní péče, na které pracuje nejvíce dotazovaných a to v počtu 50 (43 %). Na místě druhém označilo 48 (41 %) respondentů Anesteziologicko-resuscitační oddělení. 18 (16 %) respondentů označilo jako své oddělení, na kterém pracují následnou intenzivní péči.

**Otázka 4 Se kterými pacienty se nejčastěji setkáváte na Vašem oddělení?**



Tabulka 6 Nejčastěji hospitalizovaní pacienti

	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Spontánně ventilující pacienti	56	49
Pacienti na UPV se zajištěnými DC endotracheální kanylou	40	34
Pacienti na UPV se zajištěnými DC tracheostomickou kanylou	20	17
<b>Celkem</b>	116	100



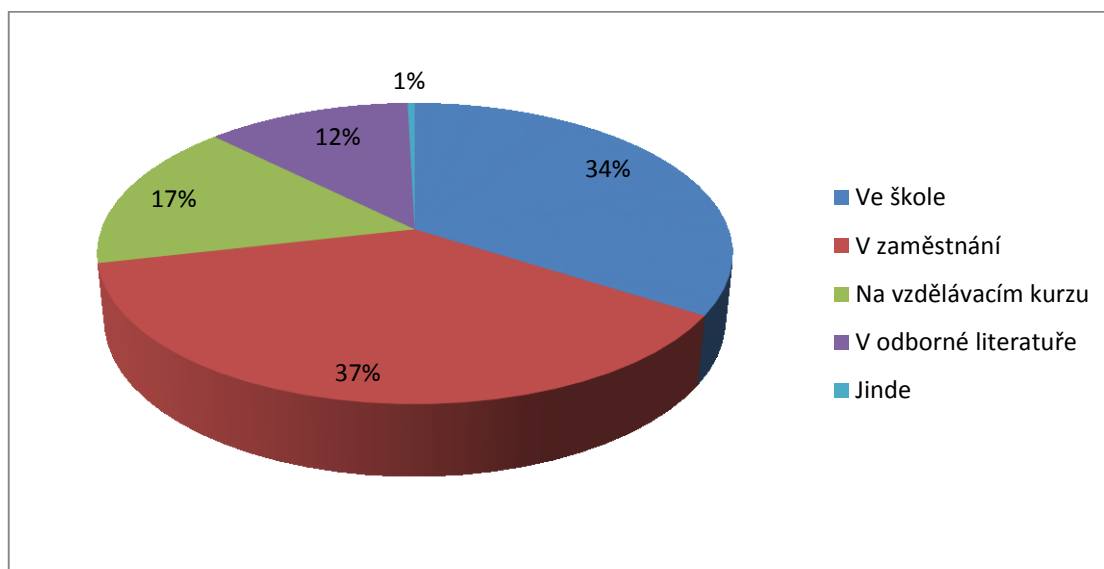
Graf 4 Nejčastější hospitalizovaní pacienti

V této otázce měli respondenti uvést, se kterými pacienty se nejčastěji na oddělení setkávají. Z grafu je patrné, že nejčetnější odpověď byla označena v počtu 56 (49 %) respondentů, kteří označili péči o spontánně ventilující pacienty. O pacienty na UPV se zajištěnými cestami endotracheální kanylou nejčastěji pečují 40 (34 %) respondentů. Dále pak péči o pacienty se zavedenou tracheostomickou kanylou uvedlo 20 (17 %) respondentů.

**Otázka 5 Kde jste získal/a informace o možnostech komunikace s pacientem v intenzivní péči? (možnost označit i více odpovědí)**

Tabulka 7 Zdroje informací o komunikaci s pacientem

	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Ve škole	81	34
V zaměstnání	89	37
Na vzdělávacím kurzu	38	17
V odborné literatuře	29	12
Jinde	1	0
<b>Celkem</b>	<b>238</b>	<b>100</b>



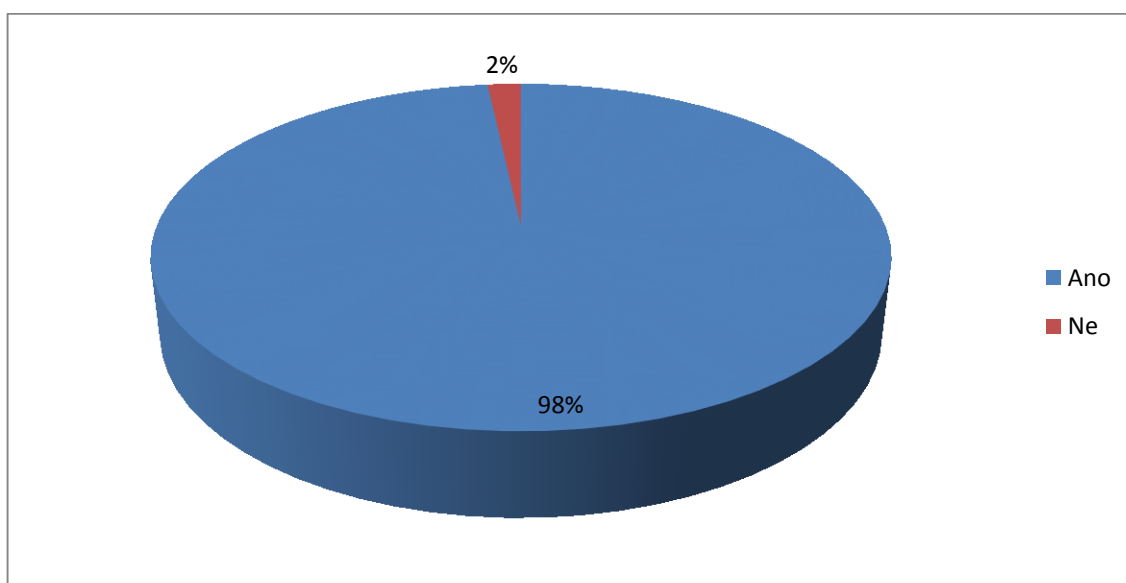
Graf 5 Zdroje informací o komunikaci s pacientem

Tato tabulka a graf vystihuje, kde respondenti doposud získali informace o možnostech komunikace s pacientem. Celkové množství odpovědí bylo 238, kde respondenti mohli označit více odpovědí. Mezi nejčastější odpověď v dotazníku byla označena odpověď v zaměstnání v počtu 89 (37 %) respondentů. 81 (34 %) respondentů označilo informace o možnostech komunikace v intenzivní péči získané ve škole. Na vzdělávacím kurzu mělo 38 (17 %) respondentů možnost seznámit se s různými druhy komunikace. 29 (12 %) respondentů označilo odpověď jako zdroj informací odbornou literaturu. 1 respondent doplnil svoji odpověď jako možnost stáže na jiném oddělení.

**Otázka 6 Myslíte si, že má komunikace pozitivní vliv na zdravotní stav pacienta?**

Tabulka 8 Pozitivní ovlivnění pacienta při komunikaci

	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Ano	114	98
Ne	2	2
<b>Celkem</b>	116	100



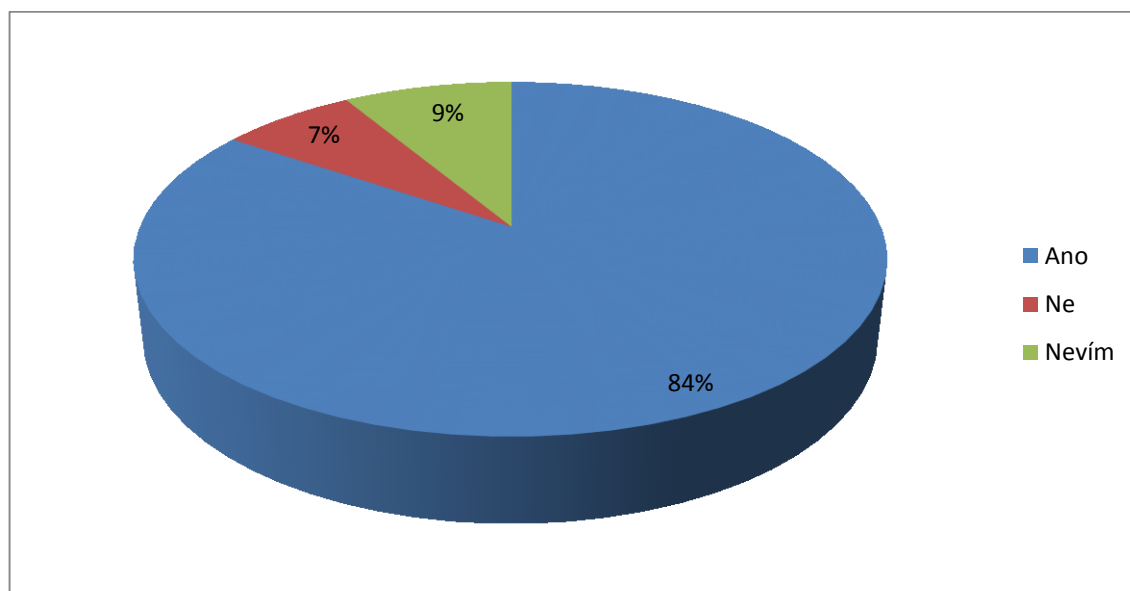
Graf 6 Pozitivní ovlivnění pacienta při komunikaci

Na tuto otázku odpovídalo všech 116 respondentů. Jednoznačně z grafu vyplývá, že 114 (98 %) dotazovaných si myslí, že komunikace má pozitivní vliv na zdravotní stav pacienta a pouze 2 (2 %) respondenti uvedli negativní odpověď.

### Otázka 7 Ovlivňuje podle Vás délka praxe ve zdravotnictví komunikační dovednosti sestry?

Tabulka 9 Délka praxe versus komunikační dovednosti sestry

	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Ano	98	84
Ne	8	7
Nevím	10	9
<b>Celkem</b>	<b>116</b>	<b>100</b>



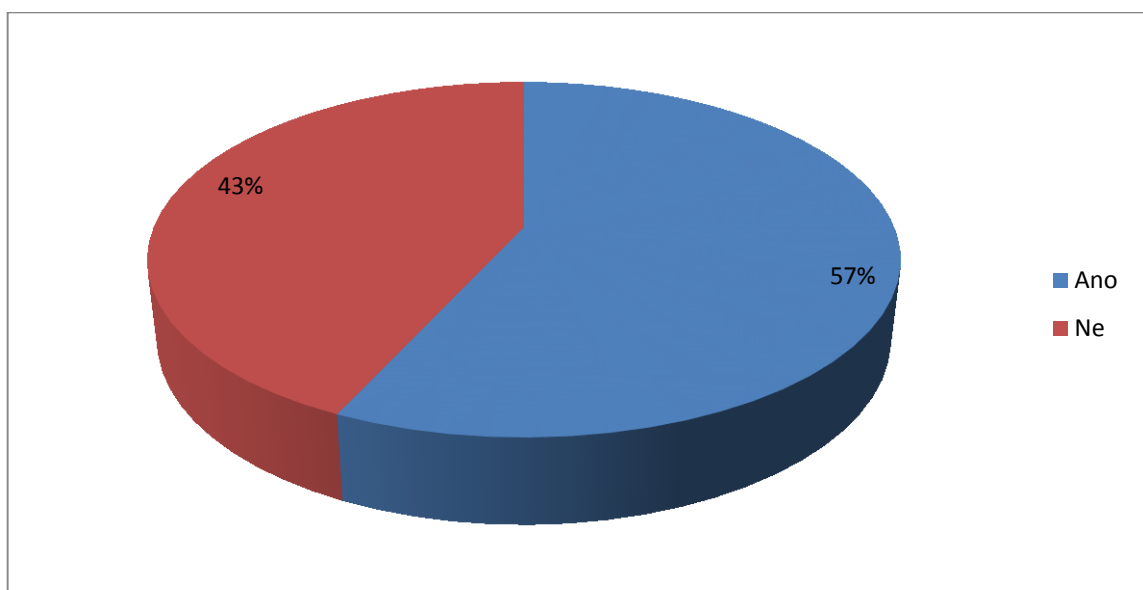
Graf 7 Délka praxe versus komunikační dovednosti sestry

Touto otázkou jsme chtěli zjistit, zda si sestry myslí, jestli délka praxe ve zdravotnictví ovlivňuje komunikační dovednosti sestry. Nejčetnější odpověď byla označena pozitivně a to ano v četnosti 98 (84 %) respondentů. Negativně a to odpověď ne označilo 8 (7 %) respondentů. Odpověď nevím označilo 10 (9 %) dotazovaných. Z grafu a tabulky je tedy patrné, že většina respondentů si myslí, že délka praxe ovlivňuje úroveň komunikace sestry s pacientem.

**Otázka 8** Jste podle sebe vždy dostatečně trpělivá/ý při komunikaci s pacientem v intenzivní péči?

Tabulka 10 Trpělivost při komunikaci

	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Ano	66	57
Ne	50	43
<b>Celkem</b>	116	100



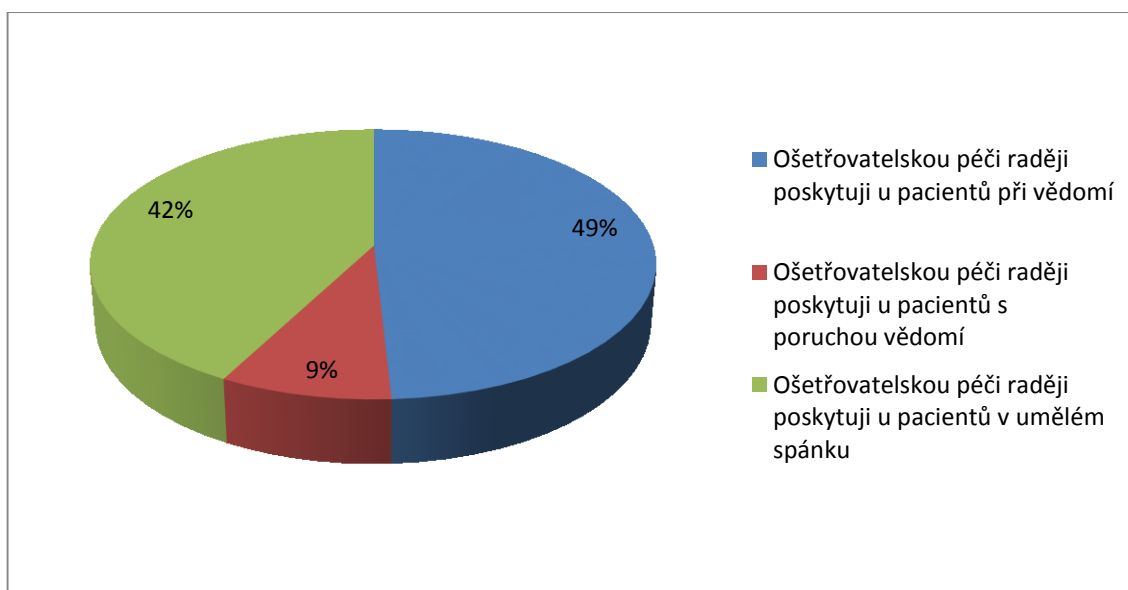
Graf 8 Trpělivost při komunikaci

Na otázku, zda jsou sestry podle sebe vždy dostatečně trpělivé při komunikaci s pacientem, odpovědělo 66 (57 %) respondentů, že ano a 50 (43 %) respondentů odpovědělo, že ne.

**Otázka 9 Jakého pacienta upřednostňujete při poskytování ošetrovatelské péče na Vašem oddělení?**

Tabulka 11 Upřednostňování pacienta

	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Ošetrovatelskou péči raději poskytují u pacientů při vědomí	57	49
Ošetrovatelskou péči raději poskytují u pacientů s poruchou vědomí	10	9
Ošetrovatelskou péči raději poskytují u pacientů v umělém spánku	49	42
<b>Celkem</b>	116	100



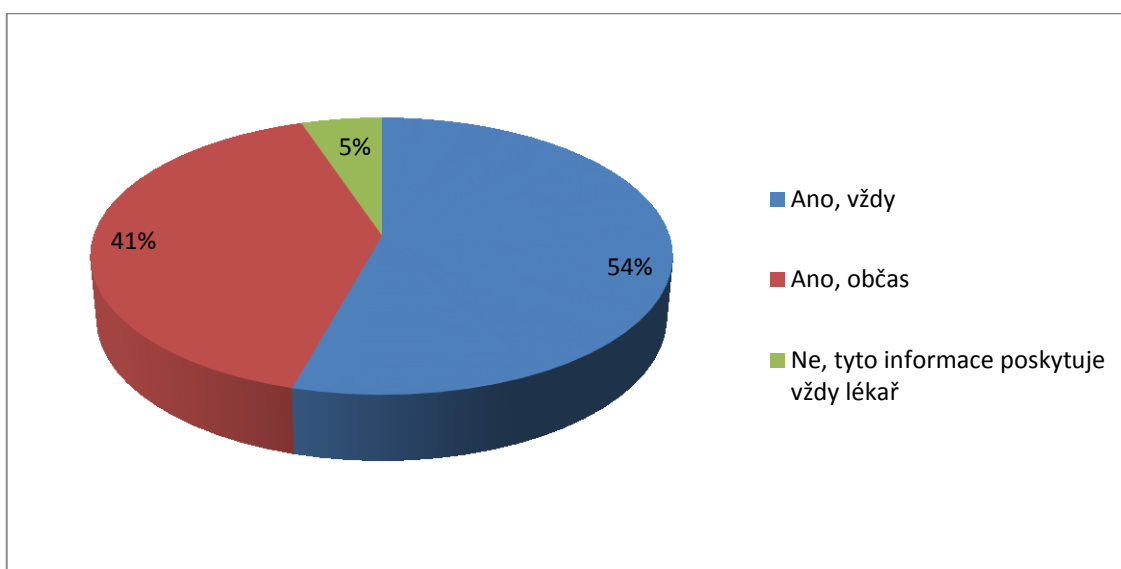
Graf 9 Upřednostňování pacienta

Cílem této otázky bylo zjistit, které pacienty sestry raději upřednostňují při poskytování ošetrovatelské péče. Pacienty při vědomí označilo 57 (49 %) respondentů. 49 (42 %) dotazovaných označilo, že raději upřednostňují při poskytování ošetrovatelské péče pacienty v umělém spánku. Pacienty s poruchou vědomí označilo celkem 10 (9 %) respondentů.

**Otázka 10 Vysvětlujete rodině jak komunikovat s pacientem, který má zajištěny dýchací cesty a nemůže používat hlas?**

Tabulka 12 Edukace rodiny o možnostech komunikace

	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Ano, vždy	63	54
Ano, občas	47	41
Ne, tyto informace poskytuje vždy lékař	6	5
<b>Celkem</b>	116	100



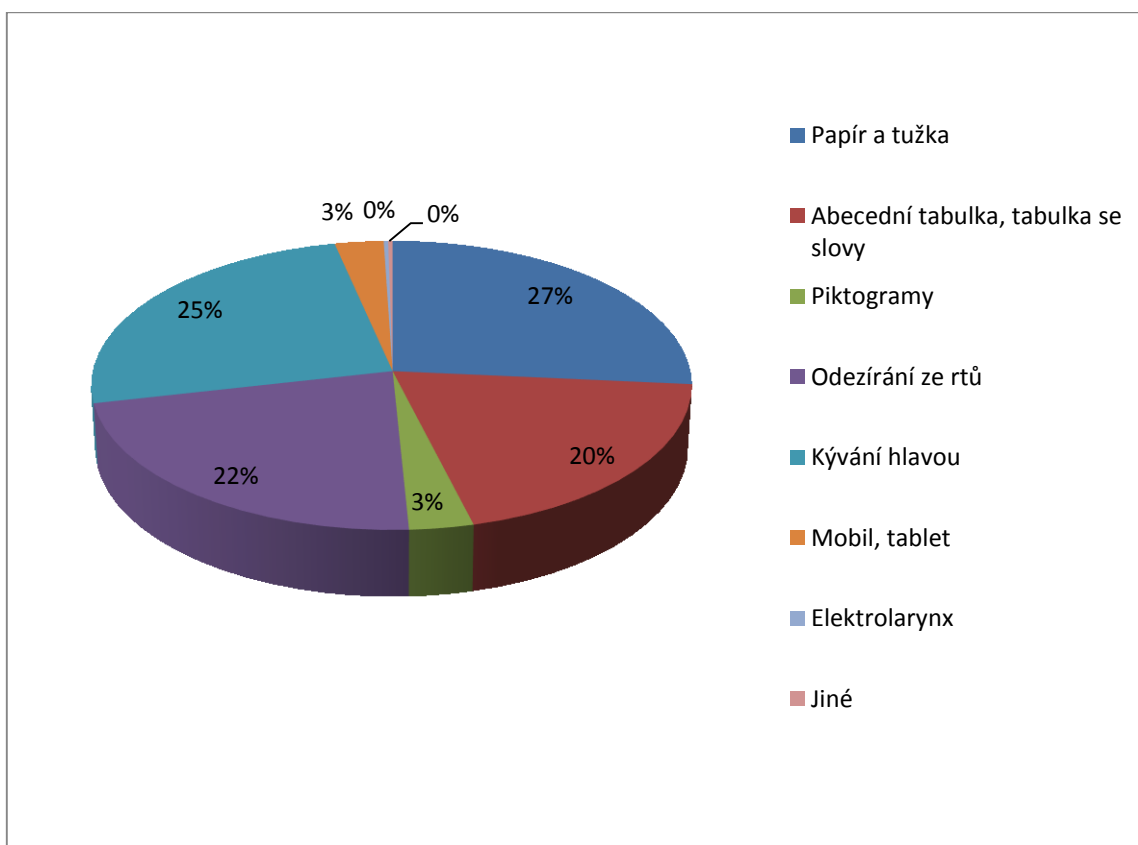
Graf 10 Edukace rodiny o možnostech komunikace

Edukace rodiny ošetřující sestrou při komunikaci s pacientem na umělé plicní ventilaci a nemožnosti normálně komunikovat vystihuje tabulka a příslušný graf. Největší procento respondentů a to 63 (54 %) označilo odpověď ano, vždy. Druhou početnou odpověď označilo 47 (41 %) respondentů, kteří odpověděli, že ano, občas edukují rodinu jak komunikovat s pacientem, který nemůže používat hlas z důvodu napojení na umělou plicní ventilaci. Nejméně a to 6 (5 %) respondentů uvedlo, že tyto informace poskytuje vždy lékař.

**Otázka 11 Jaké nejčastější alternativní techniky využíváte na oddělení při komunikaci s ventilovaným pacientem? (možnost označit i více odpovědí)**

Tabulka 13 Alternativní techniky

	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Papír a tužka	101	27
Abecední tabulka, tabulka se slovy	75	20
Piktogramy	12	3
Odezírání ze rtů	85	22
Kývání hlavou	96	25
Mobil, tablet	11	3
Elektrolarynx	1	0
Jiné	1	0
<b>Celkem</b>	<b>382</b>	<b>100</b>



Graf 11 Alternativní techniky

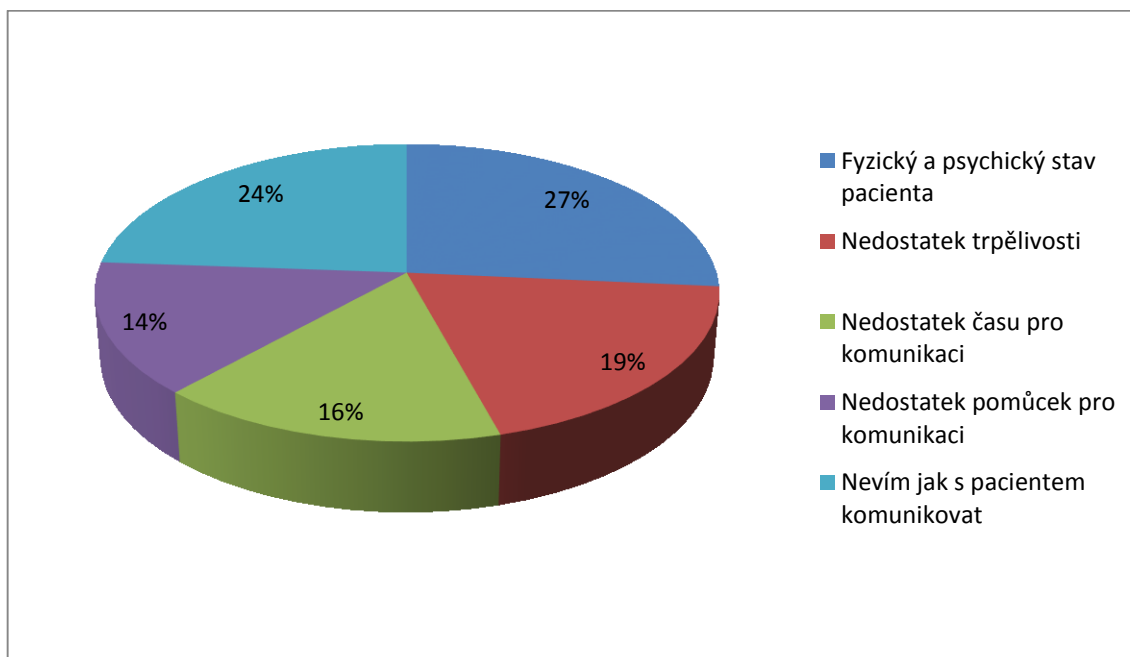


Tato položka vystihuje, jaké nejčastější alternativní metody jsou využívány v intenzivní péči u ventilovaných pacientů. Celkové množství odpovědí bylo 382, kde měli respondenti možnost označit i více odpovědí. Jako nejvíce využívanou metodu byla označena tužka a papír, kterou označilo 101 (27 %) respondentů. Na druhém místě označilo 96 (25 %) respondentů alternativu komunikace s ventilovaným pacientem pomocí kývání hlavy. Odezírání ze rtů označilo 85 (22 %) respondentů. Jako další metodu a to dorozumívání pomocí abecední tabulky nebo tabulky se slovy označilo v dotazníku 75 (20 %) respondentů. Piktogramy v praxi při komunikaci s pacientem využívá 12 (3 %) respondentů. 11 (3 %) dotazovaných zvolilo odpověď mobil nebo tablet. 1 respondent označil jako alternativní techniku při komunikaci s pacientem použití elektrolarynxu. 1 respondent vyjádřil svou odpověď a to komunikace s pacientem pomocí stisku ruky pacienta.

**Otázka 12** Co nejvíce ovlivňuje Vaši komunikaci s pacientem? Seřad'te postupně číselně odpovědi (1-5), které Vás nejvíce ovlivňují (1), a které nejméně (5).

Tabulka 14 Ovlivňující faktory komunikace

	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Fyzický a psychický stav pacienta	81	27
Nedostatek trpělivosti	59	19
Nedostatek času pro komunikaci	49	16
Nedostatek pomůcek pro komunikaci	44	14
Nevím jak s pacientem komunikovat	73	24
<b>Celkem</b>	<b>306</b>	<b>100</b>



Graf 12 Ovlivňující faktory komunikace

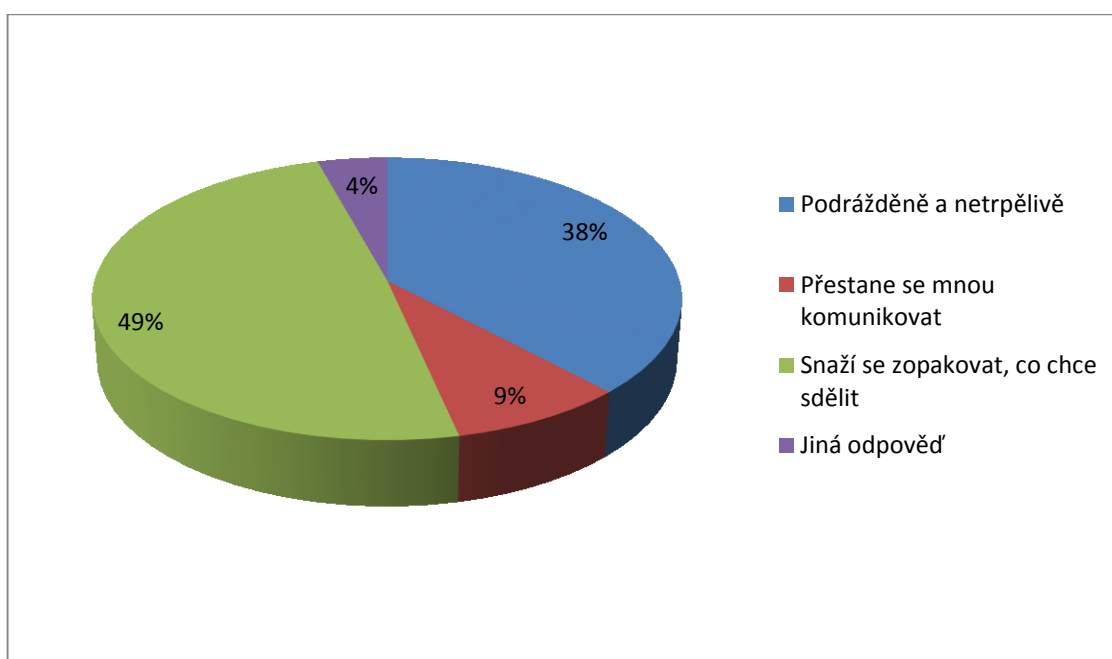
Cílem této otázky bylo, aby respondenti dle dané nabídky odpovědi postupně číselně označili, podle toho, které je nejvíce ovlivňují, a které naopak nejméně v pořadí čísel od 1 do 5. Ve znění otázky co je nejvíce ovlivňuje při komunikaci s pacientem. Mezi nejčastěji

zastoupenou odpovědí v dotazníku byl aktuální fyzický a psychický stav pacienta, kterou označilo 81 (27 %) respondentů, kteří zvolili tuto odpověď. Další zvolený faktor, který označilo podobné množství respondentů a to 73 (24 %) zvolilo odpověď, že neví jak s pacientem komunikovat. 59 (19 %) respondentů zvolilo jako třetí ovlivňující faktor nedostatek trpělivosti ze strany sestry. Nedostatek času pro komunikaci zvolilo 49 (16 %) respondentů. A jako nejméně ovlivňující faktor při komunikaci zvolilo 44 (14 %) respondentů nedostatek pomůcek při komunikaci.

## Otázka 13 Jak nejčastěji reaguje pacient, když mu nerozumíte?

Tabulka 15 Reakce pacienta

	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Podrážděně a netrpělivě	44	38
Přestane se mnou komunikovat	10	9
Snaží se zopakovat, co chce sdělit	57	49
Jiná odpověď	5	4
<b>Celkem</b>	<b>116</b>	<b>100</b>



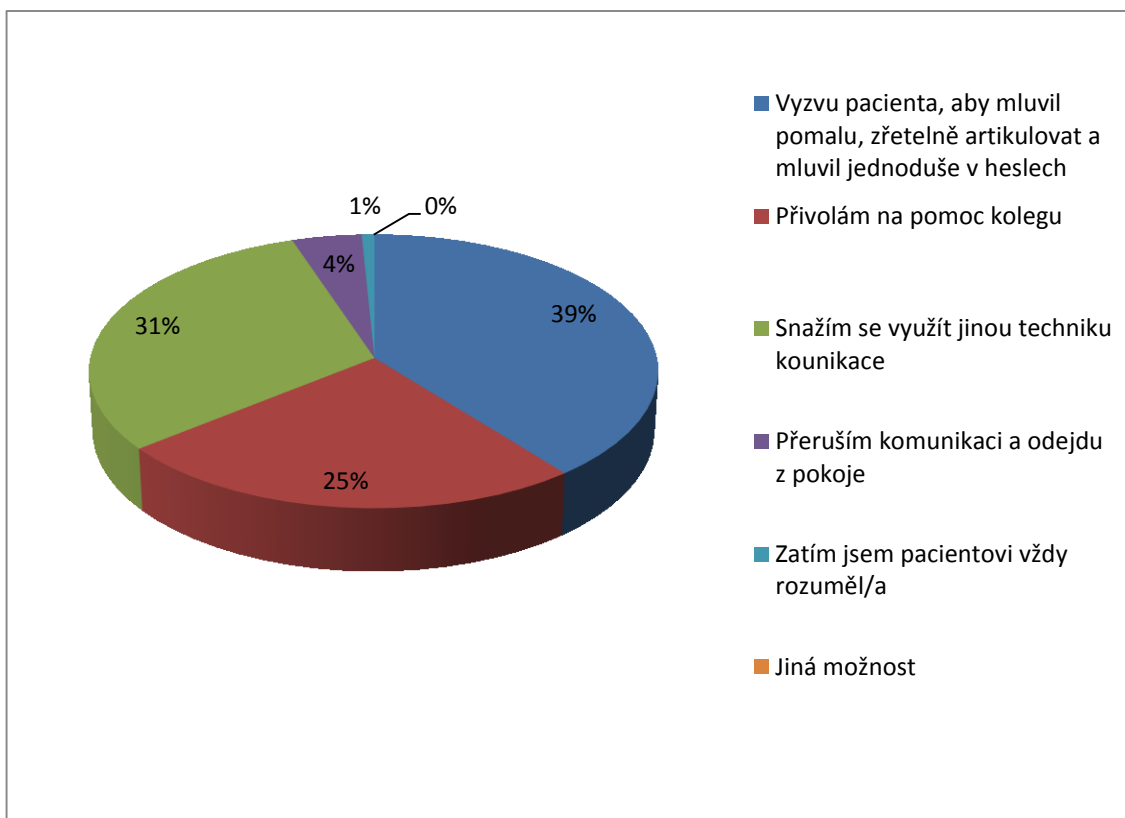
Graf 13 Reakce pacienta

Na otázku, jak nejčastěji reaguje pacient, když mu ošetřující sestra nerozumí, odpověděli respondenti následovně. 57 (49 %) dotazovaných označilo, že pacienti se snaží zopakovat, co chtějí sdělit. 44 (38 %) respondentů odpovědělo, že pacienti reagují podrážděně a netrpělivě. 10 (9 %) respondentů označilo, že pacient, když nerozumí, přestane komunikovat. 5 respondentů označilo svou odpověď, která zní, že pacient reaguje individuálně.

## Otázka 14 Co děláte, když pacientovi nerozumíte? (možnost označit i více odpovědí)

Tabulka 16 Řešení situace při nedorozumění

	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Vyzvu pacienta, aby mluvil pomalu, zřetelně artikulovat a mluvil jednoduše v heslech	100	39
Přivolám na pomoc kolegu	63	25
Snažím se využít jinou techniku komunikace	78	31
Přeruším komunikaci a odejdu z pokoje	11	4
Zatím jsem pacientovi vždy rozuměl/a	2	1
Jiná možnost	0	0
<b>Celkem</b>	<b>254</b>	<b>100</b>



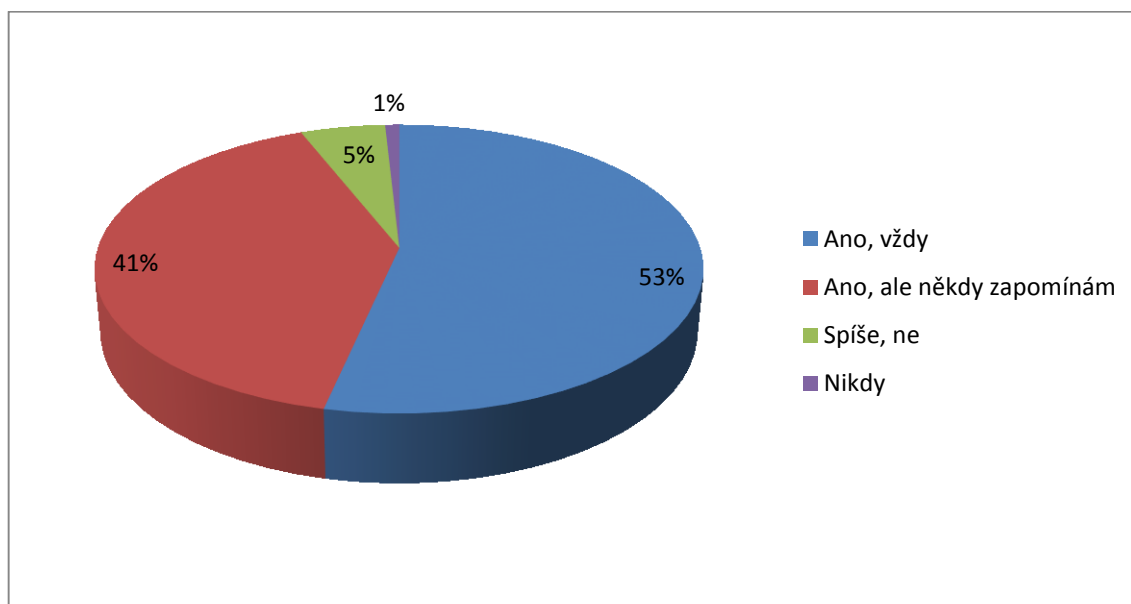
Graf 14 Řešení situace při nedorozumění

Zde měli respondenti také možnost výběru více odpovědí. Celkové množství odpovědí v této otázce bylo 252. Většina respondentů 100 (39 %) uvedla, že nejčastěji, když nerozumí, vyzvou pacienta, aby mluvil pomalu, zřetelně artikuloval a mluvil jednoduše v heslech. 78 (31 %) v dotazníku uvedlo, že se při komunikaci snaží využít jinou techniku komunikace. 63 (25 %) dotazovaných si na pomoc zavolá svého kolegu. Další řešení situace bylo v dotazníku uvedeno, přerušit komunikaci a odejít z pokoje, tuto odpověď zvolilo 11 (4 %) respondentů. 2 (1 %) respondenti se s touto situací na pracovišti ještě neselekali a pacienti zatím vždy rozuměli. Možnosti volné odpovědi v této otázce nikdo nevyužil.

**Otázka 15 Mluvíte na pacienta, který má poruchu vědomí nebo je v umělém spánku (oslovujete ho, vysvětlujete mu všechny výkony, které provádíte)?**

Tabulka 17 Komunikace s pacientem v umělém spánku

	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Ano, vždy	62	53
Ano, ale někdy zapomínám	47	41
Spíše, ne	6	5
Nikdy	1	1
<b>Celkem</b>	<b>116</b>	<b>100</b>



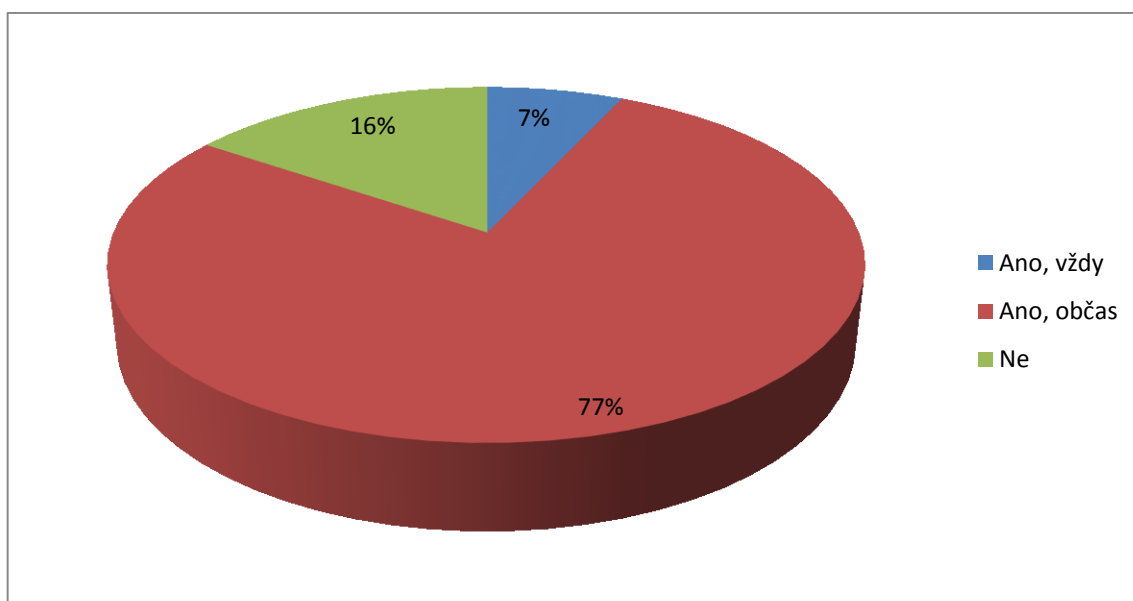
Graf 15 Komunikace s pacientem v umělém spánku

Většina respondentů odpověděla, že mluví na pacienta, který je v umělém spánku a slovně mu popisují výkony, které při poskytování ošetrovatelské péče provádí. Odpověď ano, vždy uvedlo 62 (53 %) respondentů a 47 (41 %) označilo odpověď ano, ale občas zapomínám. Odpověď spíše, ne se v dotazníku vyskytla u 6 (5 %) respondentů. 1 respondent uvedl, že nikdy nekomunikuje na pacienta s poruchou vědomí nebo na pacienta v umělém spánku, neoslovuje ho, nevysvětluje mu výkony, které právě provádí při poskytování ošetrovatelské péče.

**Otázka 16 Je pro Vás práce v intenzivní péči stresující?**

Tabulka 18 Stres v zaměstnání

	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Ano, vždy	8	7
Ano, občas	90	77
Ne	18	16
<b>Celkem</b>	<b>116</b>	<b>100</b>



Graf 16 Stres v zaměstnání

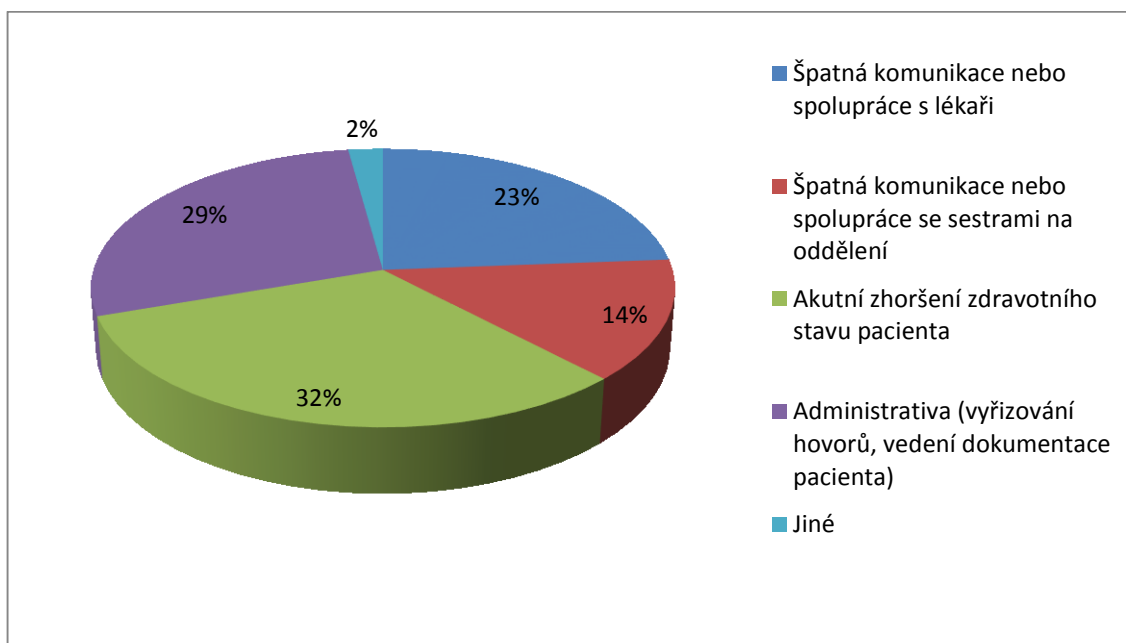
Z tabulky a grafu je patrné, že pro většinu respondentů je práce v intenzivní péči stresující. 90 (78 %) respondentů uvedlo, že ano, občas v zaměstnání pracují pod stresem. Odpověď ano, vždy označilo 8 (7 %) respondentů. A pro 18 (16 %) respondentů není práce v intenzivní péči stresující.



**Otázka 17** Pokud jste odpověděl/a v otázce č. 16 Ano, uveďte prosím důvod?  
(možnost označit i více odpovědí)

Tabulka 19 Příčiny stresu

	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Špatná komunikace nebo spolupráce s lékaři	44	23
Špatná komunikace nebo spolupráce se sestrami na oddělení	26	14
Akutní zhoršení zdravotního stavu pacienta	59	32
Administrativa (vyřizování hovorů, vedení dokumentace pacienta)	52	29
Jiné	4	2
<b>Celkem</b>	<b>181</b>	<b>100%</b>



Graf 17 Příčiny stresu

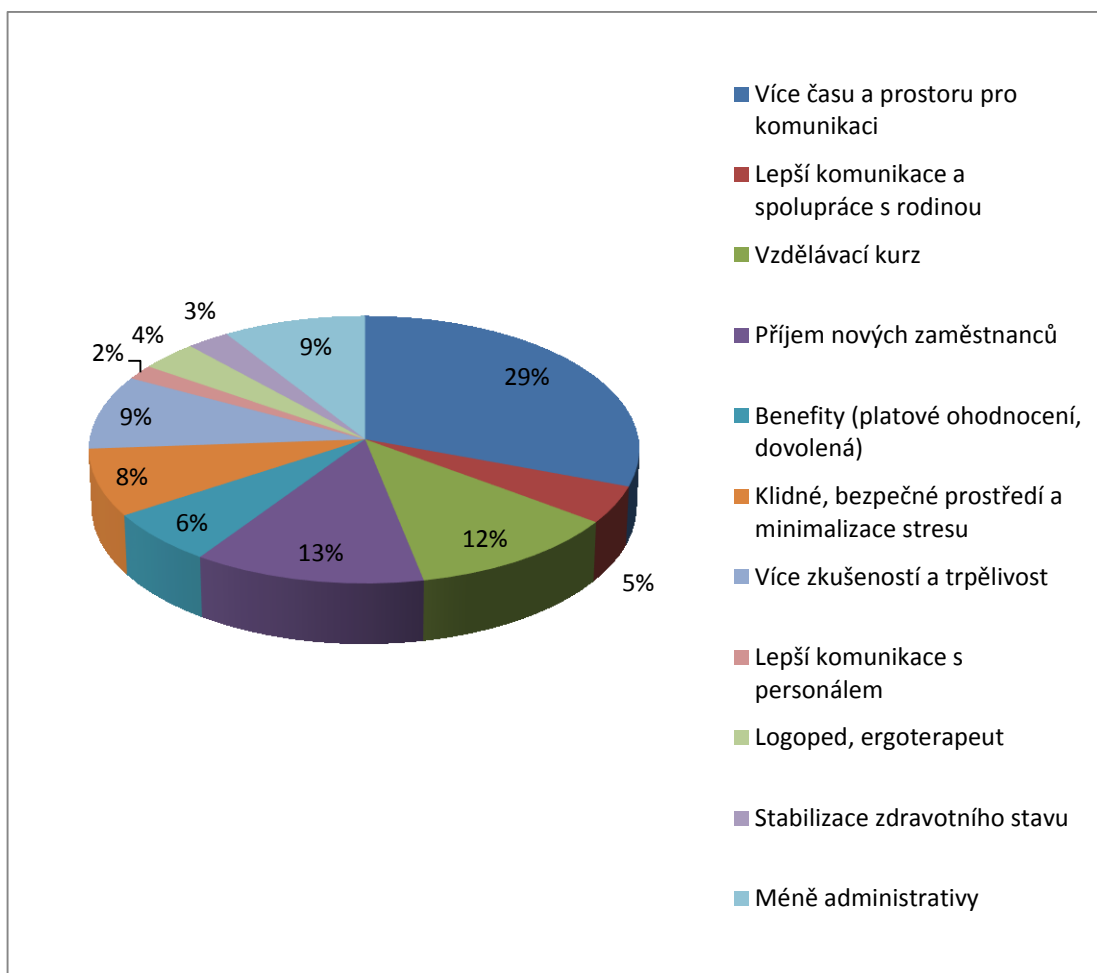
Na tuto položku jsme chtěli, aby odpověděli respondenti, pokud v předchozí otázce odpověděli, že je pro ně práce v intenzivní péči stresující. V této otázce měli možnost zvolit možné příčiny stresu a byla zde možnost označit i více odpovědí. Celkové množství

odpovědi bylo 181. Mezi nejčastěji označenou odpověď respondenti zvolili akutní zhoršení zdravotního stavu pacienta a to v počtu 59 (32 %) dotazovaných. Další často zvolenou odpovědí byla administrativa, do které jsem v otázce zahrnula vyřizování hovorů a vedení dokumentace pacientů, tuto odpověď se rozhodlo označit 52 (29 %) dotazovaných. 26 (14 %) respondentů označilo, že příčinou stresu na jejich oddělení je špatná komunikace nebo spolupráce s kolegy (sestrami) na jejich oddělení. Špatnou komunikaci nebo spolupráci s lékaři označilo 26 (14 %) respondentů. 4 respondenti také využili možnost volné odpovědi. 1 respondent uvedl, že je pro něj stresující péče o malé děti. 3 respondenti uvedli, cituji „Mnoho práce, která se musí zvládnout rychle a nejlépe hned, proto se bojím, že udělám chybu a poškodím pacienta“.

**Otázka 18 Co by podle Vašeho názoru mohlo zlepšit Vaši komunikaci s pacientem v intenzivní péči?**

Tabulka 20 Možnosti pro zlepšení komunikace

	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Více času a prostoru pro komunikaci	34	29
Lepší komunikace a spolupráce s rodinou	5	5
Vzdělávací kurz	13	12
Příjem nových zaměstnanců	14	13
Benefity (platové ohodnocení, dovolená)	7	6
Klidné, bezpečné prostředí a minimalizace stresu	9	8
Více zkušeností a trpělivost	10	9
Lepší komunikace s personálem	2	2
Logoped, ergoterapeut	4	4
Stabilizace zdravotního stavu	3	3
Méně administrativy	10	9
<b>Celkem</b>	<b>111</b>	<b>100%</b>



Graf 18 Možnosti pro zlepšení komunikace

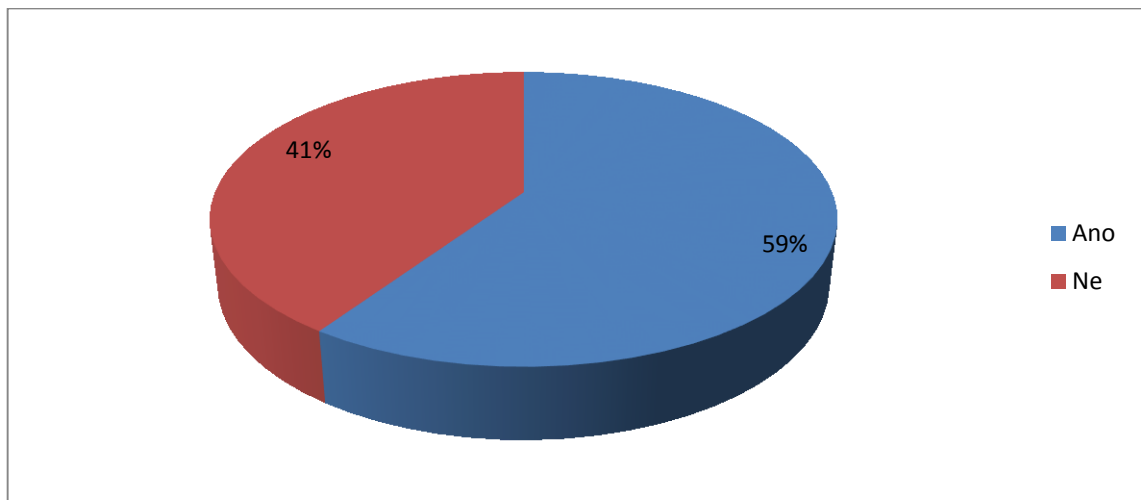
Tato otázka byla v dotazníku otevřená a respondenti mohli vyjádřit své zkušenosti a názory na zlepšení jejich komunikace s pacientem v intenzivní péči. Na otázku odpovědělo 66 respondentů, kteří uvedli 11 oblastí, které by dle jejich názoru zlepšili komunikaci s pacientem. Mezi nejčtenější odpověď zvolili více času a prostoru pro komunikaci v počtu 34 (29 %) respondentů. Dále zvolilo 14 (13 %) respondentů vyřešení této situace příjmem nových zaměstnanců. Proškolení v komunikaci formou vzdělávacího kurzu označilo 13 (12 %) respondentů. Na dalším místě se umístily se stejným počtem respondentů a to 10 (9 %) odpovědi typu více zkušeností v dané oblasti, více trpělivosti při poskytování péče a méně administrativní práce při vedení dokumentace pacienta. 9 (8 %) respondentů uvedlo jako svou odpověď klidné a bezpečné prostředí a minimalizace stresu na pracovišti. Benefity formou lepšího platového ohodnocení a více dovolené označilo 7 (6 %) respondentů. Jako další možnost byla zaznamenána v odpovědi jako lepší komunikace a spolupráce s rodinou pacienta, na kterou odpovědělo 5 (5 %) dotazovaných. Spolupráci

s logopedem a ergoterapeutem by v praxi uvítali 4 (4 %) respondenti. Pro zlepšení komunikace s pacientem by tuto situaci dle 3 (5 %) respondentů vyřešila stabilizace zdravotního stavu pacienta. Dle 2 (2 %) respondentů by tuto problematiku mohla zlepšit lepší komunikace s personálem.

**Otázka 19** Využíváte na oddělení koncept bazální stimulace? (pokud ano, vypište prosím jaké techniky)

Tabulka 21 Bazální stimulace

	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Ano	69	59
Ne	47	41
<b>Celkem</b>	116	100

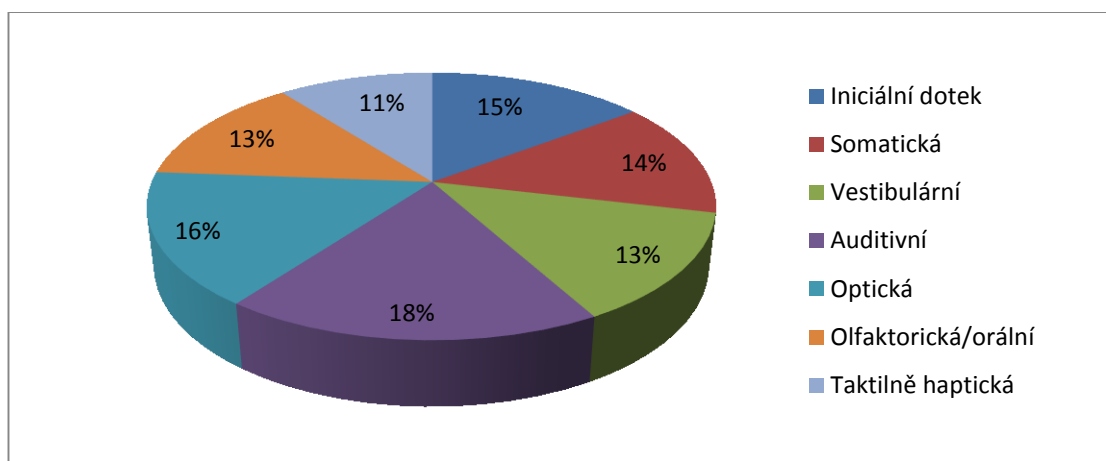


Graf 19 Bazální stimulace

Z grafu a tabulky vyplývá, že většina respondentů odpověděla na otázku, zda na oddělení využívají koncept bazální stimulace ano a to v počtu 69 (59 %) respondentů. 47 (41 %) respondentů na oddělení nevyužívá prvky bazální stimulace.

Tabulka 22 Druhy bazální stimulace

	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Iniciální dotek	21	15
Somatická	20	14
Vestibulární	19	13
Auditivní	26	18
Optická	23	16
Olfaktorická/orální	19	13
Taktilně haptická	15	11
<b>Celkem</b>	<b>143</b>	<b>100</b>



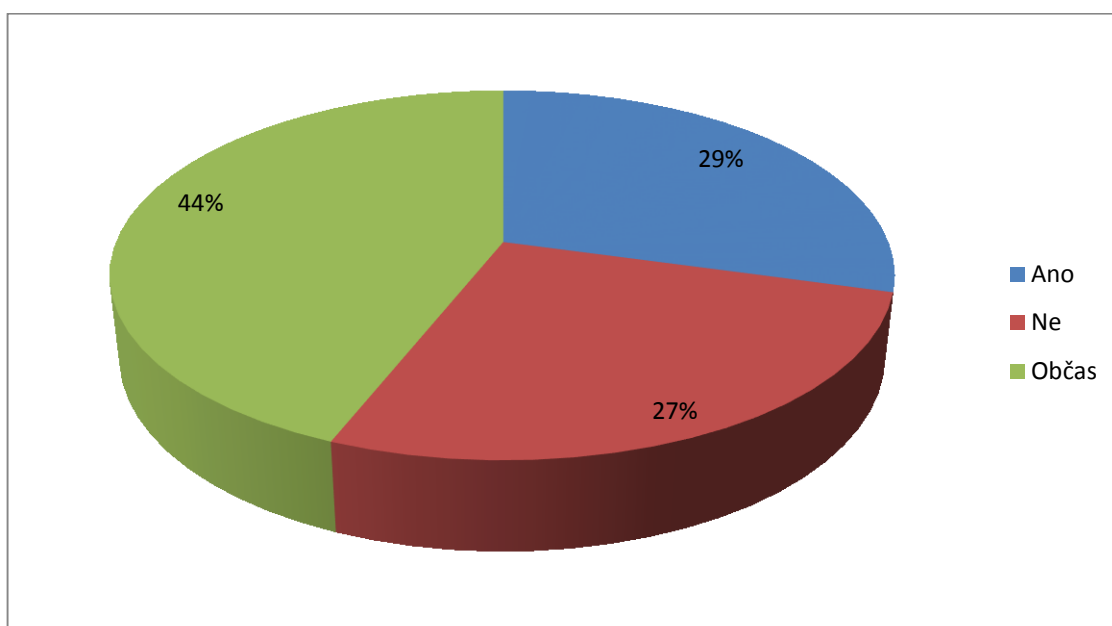
Graf 20 Druhy bazální stimulace

Pokud respondenti v předchozí otázce odpověděli kladně, měli zde vypsát techniky bazální stimulace využívané na jejich oddělení. Celkové množství odpovědí bylo 86. Nejčastější odpověď v dotazníku byla napsána auditivní technika, na kterou odpovědělo 26 (18 %) respondentů. Další často využívanou optickou techniku uvedlo 23 (16 %) respondentů. Iniciální dotek při poskytování péče využívá 21 (15 %) dotazovaných. Využití somatické techniky v praxi upřednostňuje 20 (14 %) respondentů. Orální, olfaktorický a vestibulární druh bazální stimulace se rozhodlo uvést stejný počet respondentů a to 19 (13 %). 15 (11 %) respondentů uvedlo taktilně haptickou techniku stimulace.

**Otázka 20 Je vždy rodina zahrnuta do konceptu bazální stimulace?**

Tabulka 23 Spolupráce s rodinou

	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Ano	34	29
Ne	31	27
Občas	51	44
<b>Celkem</b>	116	100%



Graf 21 Spolupráce s rodinou

Na otázku, zda je rodina vždy zahrnuta do konceptu bazální stimulace odpovědělo 34 (29 %) respondentů ano. 51 (44 %) respondentů odpovědělo, že ano, ale občas. A odpověď ne zvolilo 31 (27 %) respondentů.



## 9 DISKUZE

Bakalářská práce se zabývala problematikou specifik komunikace sestry v intenzivní péči. Zajímalo nás, jakým způsobem sestry s pacienty v intenzivní péči komunikují a jaké alternativní metody při komunikaci využívají. Výzkum byl prováděn v Krajské nemocnici Tomáše Bati ve Zlíně na anesteziologicko-resuscitačním oddělení, jednotkách intenzivní péče a na oddělení následné intenzivní péče. Výzkum byl prováděn pomocí strukturovaného dotazníku. Dotazníkového šetření se celkem zúčastnilo 116 respondentů z výše uvedených pracovišť.

Zdravotnický personál v dotazníku vyhodnotil, že délka praxe ovlivňuje komunikační dovednosti sestry. Většina dotazovaných respondentů překvapivě odpověděla, že při komunikaci s pacientem nejsou dostatečně trpěliví. Tomová a Křivková (2016, s. 34) uvádí, že si sestra při komunikaci s pacientem musí uvědomit, že i když pacientovi sděluje informace jasně a srozumitelně, většinou pacient vnímá informace zkresleně a ihned jich část zapomene, proto je důležité být při rozhovoru s pacientem trpělivý. Bylo by podnětné zkoumat jejich důvody nedostatečné vytrvalosti při komunikaci s pacientem v intenzivní péči.

Při zadání seřazení situací, které nejvíce sestry při komunikaci s pacientem ovlivňují, byl nejčastěji popsán fyzický a psychický stav pacienta. Dále překvapivě byla čteně uvedena odpověď, kdy personál nevěděl jak s pacientem komunikovat. Zajímavé by bylo zjistit, z jakého důvodu sestry neví jak s pacientem komunikovat. Je otázkou, zda je například největší problém v komunikaci ze strany sestry nebo v komunikačních technikách, které má personál na oddělení k dispozici. Dále byly odpovědi seřazeny v posloupnosti, kdy uvedly nedostatečnou trpělivost, nedostatek času a nedostatek pomůcek pro komunikaci.

Četnost využití alternativních technik při komunikaci srovnávám s kolegyní, která se zabývala podobnou problematikou. Autorka Martina Němcová napsala bakalářskou práci pod názvem „Komunikace sester s ventilovanými pacienty na Anesteziologicko-resuscitačním oddělení“. Výzkum uskutečnila na ARO ve Fakultní nemocnici Brno a na ARO ve Fakultní nemocnici u sv. Anny. Analýzou dat jednotlivých položek autorka dospěla, že mezi nejvíce využívané alternativní techniky je dorozumívání pomocí neverbální komunikace, dále využití tabulky s abecedou a volným písemným projevem pacienta.

Z mého dotazníkového šetření vyplynulo, že většina zdravotnického personálu zvolili alternativní techniku komunikace s pacientem pomocí papíru a tužky, dále pomocí kývání

hlavy, odezíráním ze rtů nebo pomocí abecední tabulky. Tyto metody se pro sestry zdají být nejjednodušší a lépe pochopitelné pro pacienta.

Pro většinu zdravotnického personálu je práce v intenzivní péči stresující mezi hlavní příčiny stresu na jejich pracovišti uvedli respondenti akutní zhoršení zdravotního stavu pacienta, administrativu, ale také špatnou komunikaci s kolegy a lékaři na oddělení. Je otázkou, zda by personálu pomohlo, kdyby měli možnost si společně promluvit o stresových situacích, které na odděleních vznikají. Společně by tuto problematiku mohli diskutovat například na provozních schůzích oddělení. A pokusit se společně tyto stresové situace minimalizovat, vytvořením lepší spolupráce a komunikace mezi všemi členy zdravotnického týmu. Záleží na situaci, zda by obě strany měli právě o toto zájem.

## 10 DOPORUČENÍ PRO KLINICKOU PRAXI

Podle zjištěných informací a výsledků, které vyplynuly z dotazníkového šetření, které jsme zpracovávali v Krajské nemocnici Tomáše Bati, existují různé oblasti v komunikaci sestry s pacientem, které je třeba stále zlepšovat. Jako je například efektivnější komunikace s pacientem na umělé plicní ventilaci nebo vytvoření více času a prostoru pro komunikaci sestry s pacientem. Pro vytvoření více času pro komunikaci by mohlo tuto situaci zlepšit přijímání nových zaměstnanců, které by vedlo například na ARO k poskytování ošetrovatelské péče v poměru jedné sestry na jednoho pacienta. Ale bohužel v dnešní době je situace na většině oddělení taková, že je spíše nedostatek personálu, který bývá spíše přetěžován. Pro udržení stálé efektivní profesionální komunikace je potřeba se stále vzdělávat v různých oblastech. Jako je například komunikace s pacienty s poruchou vědomí, s agresivními pacienty nebo s pacienty, kteří trpí úzkostí. Školení zaměřené na komunikaci by mohlo být přednášeno formou vzdělávacích kurzů, seminářů nebo přednášek, které by byly zaměřeny na komunikaci s pacientem v intenzivní péči. Tyto přednášky by se mohly periodicky opakovat se zaměřením vždy na jinou problematiku v komunikaci.

Zaměřila bych se na adaptační proces zdravotnického personálu nejen po stránce odborné a technické, ale také po stránce komunikační. Velký zřetel bych kladla na specifika komunikace s pacientem na umělé plicní ventilaci. Protože velké procento dotazovaných neví jak s ventilovaným pacientem správně komunikovat.

Dále bych se zaměřila na komunikaci zdravotnického personálu s rodinou pacienta, který je nedílnou součástí ošetrovatelské péče. Protože rodina je pro pacienta největší psychickou oporou a v mnoha případech jediný důvod proč se chtějí uzdravit.

Velký problém vidím v nedostatku personálu v nemocnicích a z toho vyplývají nedostatek času a prostoru pro komunikaci s pacientem nebo i v některých případech s rodinou. V této chvíli může nastat situace, kdy samotný personál nemá zájem komunikovat, protože nemají dostatek trpělivosti při komunikaci s pacientem.

## ZÁVĚR

Komunikace ve zdravotnictví je považována za jednu z nutností všech zdravotnických pracovníků, kteří pracují v nemocničním prostředí. Komunikační předpoklady personálu by měly být součástí každého profesního zaměstnání, které úzce spolupracuje a komunikuje s lidmi. Ve zdravotnictví je komunikace považována za nezbytnou součást ošetrovatelské péči při poskytování ošetrovatelského procesu. V oblasti intenzivní péče se klade velký důraz na specifickou komunikaci s pacienty hospitalizovaných na specializovaných odděleních jako je anesteziologicko-resuscitační oddělení nebo jednotka intenzivní péče.

Bakalářská práce byla věnována problematice specifík komunikace sestry v intenzivní péči. Teoretická část byla zaměřena do šesti kapitol. První kapitola se zabývá obecnou komunikací a byly v ní popsány druhy komunikace. Druhá kapitola pojednává o významu komunikace v intenzivní péči, která je dále zaměřená na komunikaci s lékaři a kolegy na oddělení. Třetí kapitola popisuje komunikační překážky v intenzivní péči. Čtvrtá kapitola informuje o strategii komunikace s pacientem n umělé plicní ventilaci. Pátá kapitola popisuje poskytování informací o zdravotním stavu pacienta. Šestá kapitola se zabývá technikou bazální stimulace v intenzivní péči.

Výzkumná část byla zaměřena na komunikaci zdravotnického personálu pracující na ARO a JIP a na jejich komunikaci s pacienty. Cíle práce byl zjistit, jakým způsobem personál komunikuje s pacienty v různých situacích a jaké alternativní metody využívají při komunikaci s pacientem v intenzivní péči a zda je využíván koncept bazální stimulace. Dále bylo cílem zjistit, zda mají sestry vhodné komunikační předpoklady. Také mě zajímalo, zda je práce a komunikace v intenzivní péči pro sestry stresující a jaké hlavní faktory stres ovlivňují.

Tato práce potvrdila, že pracovat v intenzivní péči je velmi obtížné jak po stránce odborné, psychické, fyzické tak po stránce komunikační. Sestry se s pacienty snaží komunikovat, ale dle výsledků nemají vždy dostatek trpělivosti z důvodu nedostatku času, personálu a administrativy. Z alternativních metod komunikace je v intenzivní péči nejvíce využíván papír a tužka. V praxi je také velmi často využívána bazální stimulace.

Vyplnění dotazníku některé kolegy zaujalo a uvědomili si, jaké chyby při komunikaci s pacientem často dělají a také mi popisovali, že si do této doby neuvědomovali jak je komunikace s pacientem důležitá. Také se zmínili, že chyby při komunikaci pozorují

u mnoha svých kolegů. Doufám, že tato práce bude přínosem pro zdravotnický personál pracující na ARO a JIP, a že bude mít pozitivní vliv na jejich spolupráci a komunikaci s pacienty v intenzivní péči

**SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY**

ANDRŠOVÁ, Alena, 2012. *Psychologie a komunikace pro záchranáře: v praxi*. Praha: Grada, 120 s. Sestra. ISBN 978-80-247-4119-2.

BÁRTLOVÁ, Sylva, Petr SADÍLEK a Valérie TÓTHOVÁ, 2008. *Výzkum a ošetrovatelství*. Vyd. 2., přeprac. a dopl. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 185 s. ISBN 978-80-7013-467-2.

BLÁHA, Karel, Marta STAŇKOVÁ, Miloslav. LUDVÍK a Lubomír. VONDRÁČEK, 2003. *Sestra a pacient: (komunikace v praxi)*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 67 s. České ošetrovatelství: praktické příručky pro sestry. ISBN 80-7013-388-0.

BURDA, Patrik, *Krizová komunikace s agresivním a hostilním pacientem*. 2014. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 52 s. ISBN 978-80-7013-564-8.

de Heer, G. & Kluge, S., 2012. *Med Klin Intensivmed Notfmed*, 107: 249.

doi:10.1007/s00063-011-0060-3. Dostupné z: <http://link.springer.com/article/10.1007/s00063-011-0060-3>.

DOENGES, Marilynn E. a Mary Frances MOORHOUSE, 2001. *Kapesní průvodce zdravotní sestry*. 2., přeprac. a rozš. vyd. Praha: Grada, 565 s. ISBN 80-247-0242-8.

FRIEDLOVÁ, Karolína, 2007. *Bazální stimulace v základní ošetrovatelské péči*. Praha: Grada, 168 s. Sestra. ISBN 978-80-247-13314-4.

FRIEDLOVÁ, K., 2003. *Skriptum pro základní kurz Bazální stimulace v ošetrovatelské péči*. Frýdek-Místek: INSTITUT Bazální stimulace.

GODOVÁ, Dalma, 2008. Ekektivna komunikácia jako prostriedok zlepšovania kvality zdravotnej starostlivosti. *Ošetrovatel'ský obzor*. [online] č. 1/2008. s. 42-44. [cit. 2017-5-4]. ISSN 1336-5605.

HORŇÁKOVÁ, A., UHEROVÁ, Z., 2009. Jak úspěšně komunikovat. *Sestra*. Praha: Mladá Fronta, roč. 19, č. 7-8, str. 31. ISSN 1210-0404.

HONZÁK, Radkin, 1999. *Komunikační pasti v medicíně: praktický manuál komunikace lékaře s pacientem*. 2., dopl. vyd. Praha: Galén, 165 s. ISBN 80-7262-032-0.

JANÁČKOVÁ, Laura a Petr WEISS, 2008. *Komunikace ve zdravotnické péči*. Praha: Portál, 134 s. ISBN 978-80-7367-477-9.

KAPOUNOVÁ, Gabriela, 2007. *Ošetrovatelství v intenzivní péči*. Praha: Grada, 350 s., barev. obr. příl. Sestra. ISBN 978-80-247-1830-9.

LUKÁŠ, Jindřich, 2005. *Tracheostomie v intenzivní péči*. Praha: Grada, 119 s., 8 s. barev. obr. příl. Malá monografie. ISBN 80-247-0673-3.

NĚMCOVÁ, Eva, 2010. *Komunikace sester s ventilovanými pacienty*. [online] Brno [cit. 2017-05-12]. Bakalářská práce. Lékařská fakulta, Masarykova Univerzita. Dostupné z: [https://is.muni.cz/th/258910/lf\\_b/](https://is.muni.cz/th/258910/lf_b/)

OBEREIGNERŮ, Radko, 2009. *Komunikační dovednosti ve službách medicíny*. Břeclav: Adamira. ISBN 978-80-904217-2-1.

ONDŘICHOVÁ, Lucie, 2007. Doménou sester je neverbální komunikace. *Medical Tribune*, [online]. 1. listopadu 2007, č. 11/2007, [cit. 2017-03-20]. Dostupné z: <http://www.tribune.cz/clanek/10425>

PODSTATOVÁ R. et al., 2007. *Jak přežít pobyt ve zdravotnickém zařízení*. Praha: Grada, 142 s. ISBN 978-247-1997-9.

POKORNÁ, Andrea, 2008. *Efektivní komunikační techniky v ošetrovatelství*. Vyd. 2., přeprac. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně, 100 s. ISBN 978-80-7013-466-5.

POLÁK, Martin, 2016. *Urgentní příjem*. Praha: Mladá fronta a.s. ISBN 978-80-204-3939-0.

PRAŠKO, Ján a Hana PRAŠKOVÁ, 1996. *Asertivitou proti stresu*. Praha: Grada, 181 s. ISBN 80-7169-334-0.

PRUSENOVSKÁ, Martina a Renáta ZELENÍKOVÁ, 2016. Komunikace sester s pacientem na umělé plicní ventilaci. *Florence*. [online] č. 4/2016. s. 22-23. [cit. 2017-5-5]. ISSN 2570-4915. Dostupné z: <http://www.florence.cz/casopis/archiv-florence/2017/4/>

ROTER, Debra a Judith A. HALL, 2006. *Doctors talking with patients/patients talking with doctors: improving communication in medical visits*. 2nd ed. Westport, Conn.: Praeger, xvi, 238 s. ISBN 0-275-99017-6.

*Sestra a urgentní stavy*. 2008. Praha: Grada, 549 s. Sestra. ISBN 978-80-247-2548-2.

SHAPIRO, Jarrod, 2017. SBAR: A better way to Communicate. *Podiatry Management*. [online] č. 1/2017. s. 41-42. [cit. 2017-1-5]. ISSN 0744-3528.

SLEZÁKOVÁ, Zuzana, 2014. *Ošetrovatelství v neurologii*. Praha: Grada, 232 s. Sestra. ISBN 978-80-247-4868-9.

- SLOWÍK, Josef, 2010. *Komunikace s lidmi s postižením*. Praha: Portál, 155 s. ISBN 978-80-7367-691-9.
- STREITOVÁ, Dana a Renáta ZOUBKOVÁ, 2015. *Septické stavy v intenzivní péči: ošetrovatelská péče*. Praha: Grada Publishing, Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-5215-0.
- ŠAROUNOVÁ, Jana, 2014. *Metody alternativní a augmentativní komunikace*. Praha: Portál, 150 s. ISBN 978-80-262-0716-0.
- ŠEVČÍK, Pavel a Martin MATĚJOVIČ, ed., 2014. *Intenzivní medicína*. 3., přeprac. a rozš. vyd. Praha: Galén, ISBN 978-80-7492-066-0.
- ŠKRLA, Petr a Magda ŠKRLOVÁ, 2008. *Řízení rizik ve zdravotnických zařízeních*. Praha: Grada, 199 s. ISBN 978-80-247-2616-8.
- ŠPATENKOVÁ, Naděžda a Jaroslava KRÁLOVÁ, c2009. *Základní otázky komunikace: komunikace (nejen) pro sestry*. Praha: Galén, 135 s. ISBN 978-80-7262-599-4.
- ŠTĚPANÍK, Jaroslav, 2005. *Umění jednat s lidmi*. 2, Komunikace. Praha: Grada, 161 s. Psychologie pro každého. ISBN 80-247-0844-2.
- TOMOVÁ, Šárka a Jana KŘIVKOVÁ, 2016. *Komunikace s pacientem v intenzivní péči*. Praha: Grada Publishing, 134 s. Sestra. ISBN 978-80-271-0064-4.
- VAJCÍKOVÁ, Monika a Renáta Zoubková, 2017. Hodnocení bolesti v intenzivní péči. *Florence*. [online] č. 4/2017, s. 58, [cit. 2017-3-3] ISSN 2570-4915. Dostupné z: <http://www.florence.cz/casopis/archiv-florence/2017/4/>
- VENGLÁŘOVÁ, Martina a Gabriela MAHROVÁ, C2006. *Komunikace pro zdravotní sestry*. Praha: Grada Publishing, 144 s. Sestra. ISBN 80-247-1262-8.
- VONDRÁČEK, Lubomír a Vlasta WIRTHOVÁ, 2009. *Právní minimum pro sestry: příručka pro praxi*. Praha: Grada, 95 s. Sestra. ISBN 978-80-247-3132-2.
- ZACHAROVÁ, Eva, 2016. *Komunikace v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada Publishing, 121 s. Sestra. ISBN 978-80-271-0156-6.



**SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK**

ARO	Anesteziologicko-resuscitační oddělení
AKK	Augmentativní a alternativní komunikace
CMP	Cévní mozková příhoda
JIP	Jednotka intenzivní péče
KCT	Kraniocerebrální traumata
např.	Například
ORL	Ušní, krční, nosní oddělení
UPV	Umělá plicní ventilace
Tzv.	Tak zvaně
Tzn.	To znamená
TK	Tlak krve

## SEZNAM OBRÁZKŮ

Obrázek 1 Iniciální dotek.....	14
--------------------------------	----

**SEZNAM TABULEK**

Tabulka 1 Nesprávný postup komunikace.....	24
Tabulka 2 Správný postup komunikace.....	25
Tabulka 3 Délka praxe v intenzivní péči .....	38
Tabulka 4 Dosažené vzdělání .....	39
Tabulka 5 Oddělení.....	40
Tabulka 6 Nejčastěji hospitalizovaní pacienti .....	41
Tabulka 7 Zdroje informací o komunikaci s pacientem .....	42
Tabulka 8 Pozitivní ovlivnění pacienta při komunikaci .....	43
Tabulka 9 Délka praxe versus komunikační dovednosti sestry .....	44
Tabulka 10 Trpělivost při komunikaci.....	45
Tabulka 11 Upřednostňování pacienta .....	46
Tabulka 12 Edukace rodiny o možnostech komunikace .....	47
Tabulka 13 Alternativní techniky .....	48
Tabulka 14 Ovlivňující faktory komunikace .....	50
Tabulka 15 Reakce pacienta .....	52
Tabulka 16 Řešení situace při nedorozumění .....	53
Tabulka 17 Komunikace s pacientem v umělém spánku.....	55
Tabulka 18 Stres v zaměstnání .....	56
Tabulka 19 Příčiny stresu .....	57
Tabulka 20 Možnosti pro zlepšení komunikace .....	59
Tabulka 21 Bazální stimulace.....	62
Tabulka 22 Druhy bazální stimulace .....	63
Tabulka 23 Spolupráce s rodinou .....	64

**SEZNAM GRAFŮ**

Graf 1 Délka praxe v intenzivní péči .....	38
Graf 2 Dosažené vzdělání .....	39
Graf 3 Oddělení .....	40
Graf 4 Nejčastější hospitalizovaní pacienti .....	41
Graf 5 Zdroje informací o komunikaci s pacientem .....	42
Graf 6 Pozitivní ovlivnění pacienta při komunikaci .....	43
Graf 7 Délka praxe versus komunikační dovednosti sestry .....	44
Graf 8 Trpělivost při komunikaci .....	45
Graf 9 Upřednostňování pacienta .....	46
Graf 10 Edukace rodiny o možnostech komunikace .....	47
Graf 11 Alternativní techniky .....	48
Graf 12 Ovlivňující faktory komunikace .....	50
Graf 13 Reakce pacienta .....	52
Graf 14 Řešení situace při nedorozumění .....	53
Graf 15 Komunikace s pacientem v umělém spánku .....	55
Graf 16 Stres v zaměstnání .....	56
Graf 17 Příčiny stresu .....	57
Graf 18 Možnosti pro zlepšení komunikace .....	60
Graf 19 Bazální stimulace .....	62
Graf 20 Druhy bazální stimulace .....	63
Graf 21 Spolupráce s rodinou .....	64

## SEZNAM PŘÍLOH

Příloha P1: Dotazník

# PŘÍLOHA P I: DOTAZNÍK

## DOTAZNÍK

Dobrý den,

jmenuji se Petra Matušů a jsem studentkou 3. ročníku bakalářského studijního programu Ošetřovatelství, obor Všeobecná sestra na Univerzitě Tomáše Bati ve Zlíně.

V rámci ukončení studia zpracovávám bakalářskou práci na téma „**Specifika komunikace sestry v intenzivní péči**“. Součástí výzkumné části je dotazník a proto bych Vás touto cestou chtěla požádat o jeho vyplnění. Pokud v dotazníku není uvedeno jinak, zaškrtněte pouze jednu odpověď. Předem Vám děkuji za spolupráci a ochotu.

### **1. Jak dlouho pracujete v intenzivní péči?**

- A) Do 1 roku
- B) 1-3 roky
- C) 4-10 let
- D) 11 a více let

### **2. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?**

- A) Střední odborné vzdělání - SZŠ
- B) Vyšší odborné vzdělání - VZŠ
- C) Vysokoškolské vzdělání - Bc., Mgr.

### **3. Uveďte prosím, na jakém oddělení pracujete?**

- A) Anesteziologicko- resuscitační oddělení
- B) Jednotka intenzivní péče
- C) Následná intenzivní péče

### **4. Se kterými pacienty se nejčastěji setkáváte na Vašem oddělení?**

- A) Spontánně ventilující pacienti
- B) Pacienti na UPV se zajištěnými DC endotracheální kanylou
- C) Pacienti na UPV se zajištěnými DC tracheostomickou kanylou

### **5. Kde jste získal/a informace o možnostech komunikace s pacientem v intenzivní péči? (možnost označit i více odpovědí)**

- A) Ve škole
- B) V zaměstnání
- C) Na vzdělávacím kurzu
- D) V odborné literatuře
- E) Jinde.....

6. **Myslíte si, že má komunikace pozitivní vliv na zdravotní stav pacienta?**

- A) Ano
- B) Ne

7. **Ovlivňuje podle Vás délka praxe ve zdravotnictví komunikační dovednosti sestry?**

- A) Ano
- B) Ne
- C) Nevím

8. **Jste podle sebe vždy dostatečně trpělivá/ý při komunikaci s pacientem v intenzivní péči?**

- A) Ano
- B) Ne

9. **Jakého pacienta upřednostňujete při poskytování ošetrovatelské péče na Vašem oddělení?**

- A) Ošetrovatelskou péči raději poskytuji u pacientů při vědomí
- B) Ošetrovatelskou péči raději poskytuji u pacientů s poruchou vědomí
- C) Ošetrovatelskou péči raději poskytuji u pacientů v umělém spánku

10. **Vysvětlujete rodině jak komunikovat s pacientem, který má zajištěny dýchací cesty a nemůže používat hlas?**

- A) Ano, vždy
- B) Ano, občas
- C) Ne, tyto informace poskytuje vždy lékař

11. **Jaké nejčastější alternativní techniky využíváte na oddělení při komunikaci s ventilovaným pacientem? (možnost označit i více odpovědí)**

- A) Papír a tužka
- B) Abecední tabulka, tabulka se slovy
- C) Piktogramy
- D) Odezírání ze rtů
- E) Kývání hlavou
- F) Mobil, tablet
- G) Elektrolarynx
- H) Jiné.....

12. **Co nejvíce ovlivňuje Vaši komunikaci s pacientem? Seřad'te postupně číselně odpovědi (1-5), které Vás nejvíce ovlivňují (1), a které nejméně (5).**

- A) .... Fyzický a psychický stav pacienta
- B) .... Nedostatek trpělivosti z mé strany
- C) .... Nedostatek času pro komunikaci

- D) .... Nedostatek pomůcek pro komunikaci
- E) .... Nevím jak s pacientem komunikovat

**13. Jak nejčastěji reaguje pacient, když mu nerozumíte?**

- A) Podrážděně a netrpělivě
- B) Přestane se mnou komunikovat
- C) Snaží se zopakovat, co chce sdělit
- D) Jiná odpověď:.....

**14. Co děláte, když pacientovi nerozumíte? (možnost označit i více odpovědí)**

- A) Vyzvu pacienta, aby mluvil pomalu, zřetelně artikuloval a mluvil jednoduše v heslech
- B) Přivolám na pomoc kolegu
- C) Snažím se využít jinou techniku komunikace
- D) Přeruším komunikaci a odejdu z pokoje
- E) Zatím jsem pacientovi vždy rozuměl/a
- F) Jiná možnost.....

**15. Mluvíte na pacienta, který má poruchu vědomí nebo je v umělém spánku (oslovujete ho, vysvětlujete mu všechny výkony, které provádíte)?**

- A) Ano, vždy
- B) Ano, ale někdy zapomínám
- C) Spíše, ne
- D) Nikdy

**16. Je pro Vás práce v intenzivní péči stresující?**

- A) Ano, vždy
- B) Ano, občas
- C) Ne

**17. Pokud jste odpověděl/a v otázce č. 16 Ano, uveďte prosím důvod? (možnost označit i více odpovědí)**

- A) Špatná komunikace nebo spolupráce s lékaři
- B) Špatná komunikace nebo spolupráce se sestrami na oddělení
- C) Akutní zhoršení zdravotního stavu pacienta
- D) Administrativa (vyřizování hovorů, vedení dokumentace pacienta)
- E) Jiné .....

**18. Co by podle Vašeho názoru mohlo zlepšit Vaši komunikaci s pacientem v intenzivní péči?**

.....  
.....



**19. Využíváte na oddělení koncept bazální stimulace?**

A) Ne

B) Ano, vypište prosím jaké techniky:.....

**20. Je vždy rodina zahrnuta do konceptu bazální stimulace?**

A) Ano

B) Ne

C) Občas