

UNIVERZITA PARDUBICE

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2014

Kristýna Dejdarová

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií

Problematika komunikace mezi sestrou a pacientem se zajišťovanými dýchacími
cestami

Kristýna Dejdarová

Bakalářská práce

2014

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií
Akademický rok: 2012/2013

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Kristýna Dejdarová**
Osobní číslo: **Z11158**
Studijní program: **B5341 Ošetřovatelství**
Studijní obor: **Všeobecná sestra**
Název tématu: **Problematika komunikace mezi sestrou a pacientem se zajištěnými dýchacími cestami.**
Zadávací katedra: **Katedra ošetřovatelství**

Z á s a d y p r o v y p r a c o v á n í :

1. Studium literatury, sběr informací a popis současného stavu řešené problematiky.
2. Stanovení cílů a metodiky práce.
3. Příprava a realizace výzkumného šetření dle stanovené metodiky.
4. Analýza a interpretace získaných dat.
5. Zhodnocení výsledků práce.

Rozsah grafických prací: dle doporučení vedoucího
Rozsah pracovní zprávy: 35 stran
Forma zpracování bakalářské práce: tištěná/elektronická
Seznam odborné literatury:

1. JANÁČKOVÁ, Laura a Petr WEISS. Komunikace ve zdravotnické péči. 1. vydání. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-477-9.
2. JANOVCOVÁ, Zora. Alternativní a augmentativní komunikace. 1. vydání. Brno: Masarykova univerzita, 2004. ISBN 80-210-3204-9.
3. POKORNÁ, Andrea. Efektivní komunikační techniky v ošetrovatelství. 3. vydání. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2011. ISBN 978-80-7013-524-2.
4. ŠPATENKOVÁ, Naděžda a Jaroslava KRÁLOVÁ. Základní otázky komunikace. Komunikace(nejen) pro sestry. 1. vydání. Praha: Galén, 2009. ISBN 978-80-7262-599-4.
5. VENGLÁŘOVÁ, Martina a Gabriela MAHROVÁ. Komunikace pro zdravotní sestry. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 2006. ISBN 80-247-1262-8.

Vedoucí bakalářské práce: Mgr. Hana Škvrňáková
Katedra ošetrovatelství

Datum zadání bakalářské práce: 1. října 2012
Termín odevzdání bakalářské práce: 9. května 2014


prof. MUDr. Arnošt Pellant, DrSc.
děkan

L.S.


PhDr. Kateřina Čermáková, DiS.
vedoucí katedry

V Pardubicích dne 28. ledna 2014

Prohlášení:

Tuto práci jsem vypracovala samostatně. Veškeré literární prameny a informace, které jsem v práci využila, jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

Byla jsem seznámena s tím, že se na moji práci vztahují práva a povinnosti vyplývající ze zákona č. 121/2000Sb., autorský zákon, zejména se skutečností, že Univerzita Pardubice má právo na uzavření licenční smlouvy o využití této práce jako školního díla podle § 60 odst. 1 autorského zákona, a s tím, že pokud dojde k užití této práce mnou nebo bude poskytnuta licence o užití jinému subjektu, je Univerzita Pardubice oprávněna ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložila, a to podle okolností až do jejího skutečné výše.

Souhlasím s prezentováním a postupným zveřejněním své práce v univerzitní knihovně.

V Pardubicích dne 10. 4. 2014

í í í í í í í í í

Kristýna Dejdarová

Podkování

Velmi ráda bych touto cestou podkovala vedoucí své bakalářské práce Mgr. Hanu Tvrákové za odborné vedení, za její cenné rady a připomínky a především za její trpělivost, kterou mi v průběhu zpracování této práce poskytla. Podkování také patří všem respondentům, kteří mi poskytli potřebné informace v dotazníkovém šetření.

Anotace

Tato bakalářská práce je věnována problematice komunikace mezi sestrou a pacientem se zajišťujícími dýchacími cestami. Skládá se z teoretické a praktické části.

V teoretické části jsou popsány různé formy verbální a neverbální komunikace, specifika komunikace s pacientem a různé možnosti zajišťující dýchacích cest.

Praktická část je věnována analýze výzkumu, který jsem prováděla v rámci bakalářské práce mezi sestrami formou dotazníkového šetření. Uvádím zde výzkumné záměry, metodiku výzkumu a výsledky výzkumu zpracované v tabulkách a grafech.

Klíčová slova

Verbální komunikace, neverbální komunikace, alternativní komunikace, augmentativní komunikace, zajišťující dýchacích cest

Title

The issue of communication between nurse and patient with secured airways.

Annotation

The thesis deal with the problem of communication between a nurse and a patient with secured airway. It consists of a theoretical part and practical part.

The theoretical part describes various forms of verbal and non-verbal communication, augmentative and alternative communication techniques, specificity of communication with the patient, and a variety of airway securing.

The practical part deals with the analysis of the research carried out within the thesis among nurses through a questionnaire procedure. In this part I present research methodology, and research results processed in tables and graphs.

Keywords

Verbal communication, non-verbal communication, alternative and augmentative communication, airway securing

Obsah

Anotace	6
Klí ová slova.....	6
Title.....	7
Annotation.....	7
Keywords	7
Obsah	8
Seznam obrázk	11
Seznam tabulek.....	12
Seznam zkratek a zna ek	13
Úvod	14
Cíle práce	15
I TEORETICKÁ ÁST.....	16
1 Pojetí komunikace.....	16
1.1 Verbální komunikace.....	17
1.2 Neverbální komunikace	18
1.2.1 Mimika.....	18
1.2.2 Proxemika	18
1.2.3 Haptika.....	19
1.2.4 Gestika	19
1.2.5 Pohledy	20
1.2.6 Úprava zevn j-ku	20
1.3 Alternativní a augmentativní komunikace	20
1.3.1 Metody alternativní a augmentativní komunikace	21
2 Charakteristika komunikace ve zdravotnické praxi.....	22
2.1 Specifika komunikace s pacientem	22
2.1.1 Zásady správné komunikace s pacientem.....	23
2.2 Komunikace s pacienty v intenzivní pé i	24
2.2.1 Narušená komunika ní schopnost	24
2.2.2 Poruchy v domí.....	24
2.2.3 Komunikace s pacientem s poruchou v domí.....	25
2.2.4 Zp soby zaji-t ní dýchacích cest	26
2.2.5 Komunikace s pacientem se zaji-t nými dýchacími cestami	27

II PRAKTICKÁ ČÁST.....	29
3 Výzkumné otázky	29
4 Metodika práce	30
4.1 Charakteristika vybraného souboru.....	30
4.2 Metoda práce.....	30
4.3 Zpracování získaných dat	31
5 Analýza dat a interpretace výsledk	32
5.1 Zpracování identifikační otázky.....	32
5.2 Statistické vyhodnocení cíle . 1	33
5.3 Statistické vyhodnocení cíle . 2	36
5.4 Statistické vyhodnocení cíle . 3	41
5.5 Statistické vyhodnocení cíle . 4	48
6 Diskuze.....	53
6.1 Výzkumy zaměřené na problematiku komunikace mezi sestrou a pacientem se zajišťujícími DC	56
6.2 Návrhy pro zlepšení problematiky vztahující se k výsledkům výzkumu	56
Závěr.....	58
Soupis bibliografických citací.....	60
Seznam příloh.....	62

Motto: *š To nejd lefít j-í v komunikaci je to, co nebylo e eno.õ*

P.F. Drucker

Seznam obrázk

Obrázek 1 - Graf typu oddělení.....	32
Obrázek 2 - Graf způsob komunikace	33
Obrázek 3 - Graf preferovaných komunikačních technik.....	34
Obrázek 4 - Graf preferovaných komunikačních technik celkov	35
Obrázek 5 - Graf nejdelší sdělení mezi sestrou a pacientem.....	36
Obrázek 6 - Graf informací nejastji sdělovaných pacientem.....	38
Obrázek 7 - Graf informací nejdelší pro sestru v krátkodobé péči.....	39
Obrázek 8 - Graf informací nejdelší pro pacienta v krátkodobé péči.....	39
Obrázek 9 - Graf informací nejdelší pro sestru v dlouhodobé péči.....	40
Obrázek 10 - Graf informací nejdelší pro pacienta v dlouhodobé péči.....	40
Obrázek 11 - Graf porozumění sester pacientovi.....	41
Obrázek 12 - Graf reakcí sester.....	42
Obrázek 13 - Graf času	43
Obrázek 14 - Graf způsob komunikace	44
Obrázek 15 - Graf trpělivosti sester.....	45
Obrázek 16 - Graf nejdelší dovedností při komunikaci.....	47
Obrázek 17 - Graf používání alternativních metod	48
Obrázek 18 - Graf možností použití alternativních technik.....	49
Obrázek 19 - Graf možností použití alternativních technik - celkov	50
Obrázek 20 - Graf chybějících alternativních pomůcek.....	51
Obrázek 21 - Graf chybějících alternativních pomůcek - celkem.....	52

Seznam tabulek

Tabulka 1 - Typ oddělení.....	32
Tabulka 2 - Způsob komunikace.....	33
Tabulka 3 - Preferované komunikační techniky.....	34
Tabulka 4 - nejdlejší sdělení mezi sestrou a pacientem.....	36
Tabulka 5 - informace nejastji sdělované pacientem.....	37
Tabulka 6 - Jak sestry rozumí pacientovi.....	41
Tabulka 7 - Reakce sester.....	42
Tabulka 8 - as.....	43
Tabulka 9 - Způsob komunikace.....	44
Tabulka 10 - Trpělivost.....	45
Tabulka 11 - Co je nejdlejší pí komunikaci.....	46
Tabulka 12 - použití alternativních metod.....	48
Tabulka 13 - Možnost použití alternativních technik.....	49
Tabulka 14 - Chybějící alternativní pomůcky.....	51

Seznam zkratek a značek

AAK	Alternativní a augmentativní komunikace
ARO	Anesteziologicko-ó resuscitační oddělení
atd	a tak dále
CMP	Cévní mozková příhoda
.	číslo
DC	dýchací cesty
DIOP	dlouhodobá intenzivní ošetrovatelská péče
DIP	dlouhodobá intenzivní péče
ETR	endotracheální roura
f_i	relativní četnost
GCS	Glasgow Coma Scale
HDC	horní cesty dýchací
JIP	jednotka intenzivní péče
n	celkový počet odpovědí
n_i	absolutní četnost
např.	například
PVC	polyvinylchlorid
str.	strana

Úvod

Problematika týkající se komunikace je v ošetřovatelsví často zmiňovaným problémem. Dorozumívání se pomocí řeči patří mezi základní lidské schopnosti a tato dovednost je považována za zcela samozřejmou. Jsou však mezi námi lidé, kteří z nějakého důvodu mluvenou řečí komunikovat nemohou. V nich kterých případech vůbec, nebo kdy pouze v omezené míře. Tento problém se často týká pacientů na odděleních intenzivní péče, kteří mají zajištěné dýchací cesty pomocí endotracheální nebo tracheostomické kanyly, mají různé poruchy v domě, jsou zmatení nebo mají posthypoxické poškození mozku. Právě na pacienty s takovýmto handicapem jsem se zaměřila v této bakalářské práci.

Poté, co dorozumívání se s ostatními, je pro pacienta velice důležité. Proto je důležité hledat a znát náhradní způsoby, kterými by mohli vyjadřovat své, co se obvykle vyjadřuje mluvenou řečí a mohli tak aktivně komunikovat a tím ovlivňovat svůj život, své okolí a dále se rozvíjet. Z tohoto důvodu jsem si v práci dala za cíl zjistit, jaké metody komunikace sestry při komunikaci s pacientem používají nejčastěji, které informace sdělované pacientem jim připadají nejdůležitější. Jak postupují, když se nemohou s pacientem dorozumět a jaká je dostupnost komunikačních pomůcek na odděleních, kde pracují.

V teoretické části práce jsem se zaměřila na vysvětlení základních pojmů, které se týkají dané problematiky. Popisuji zde verbální a neverbální komunikaci, augmentativní a alternativní techniky komunikace. Zaměřuji se na specifika komunikace ve zdravotnictví, zejména u pacientů se zajištěnými DC a u pacientů s poruchou v domě.

Praktická část je zaměřena na zpracování dat, která jsem získala z výzkumného šetření. Které jsem prováděla na odděleních dlouhodobé a krátkodobé intenzivní péče. Vyuffila jsem dotazníkovou metodu, určenou zdravotním sestřám na již zmíněných odděleních.

Doufám, že výzkum ukáže nejčastěji nedostatky, které se vyskytují při komunikaci s pacienty se zajištěnými DC.

Cíle práce

Bakalářská práce se zabývá problematikou komunikace mezi sestrou a pacientem se zajištěnými dýchacími cestami.

Cílem práce je zhodnocení aktivity sester a vyuffivání alternativních a augmentativních technik komunikace s pacientem se zajištěnými DC.

Pro tuto bakalářskou práci byly stanoveny tyto konkrétní cíle:

1. Zhodnotit a porovnat nejastji volenou formu komunikace a alternativní techniky komunikace u zdravotních sester peujících o pacienty se zajištěnými DC v závislosti na typu intenzivní pé e.
2. Zjistit, které informace v dané problematice považují zdravotní sestry za nejdlefitjí a které jim pacient nejastji sdluje.
3. Zjistit reakce sester p i neschopnosti porozum t pacientovi se zajištěnými DC.
4. Zjistit mofnosti a dostupnost pomcek k alternativní komunikaci na odd leních intenzivní pé e.

I TEORETICKÁ ÁST

1 Pojetí komunikace

Komunikace je proces předávání informací mezi dvěma nebo více komunikujícími subjekty. Slouží jako výraz pro mluvení i naslouchání. Každý nářprojev má dvě stránky, obsahovou a formální.

Mezi důležité prvky procesu komunikace patří komunikátor, kódování, zpráva, prostředek, dekodující příjemce, vzájemná vazba a účel. (Pokorná, 2011, str. 9)

Správný výběr sdělovacího prostředku má při komunikaci velký význam. Patří sem technická a formální stránka komunikace, která se nazývá komunikační kanál. Pro zvolení správného sdělovacího prostředku je důležité znát ostatní ústníky komunikace. Budeme volit jiné komunikační prostředky u osoby s poruchou sluchu, jiné u nemocného s vadou řeči a zase jiné například u osob s nízkým stupněm vzdělání. Výběr sdělovacího prostředku ovlivňují různé faktory: rychlost, okamžitá vzájemná vazba, osobní vliv, rétorický účel, délka, potřeba záznamu, počet účastníků a jejich vzdálenost od udávatele, dostupnost techniky a organizační omezení. (Pokorná, 2011, str. 10-11)

Komunikovat můžeme v různých úrovních, ty se od sebe liší obsahem zprávy, příjemcem zprávy, někdy i tím jaký vztah k osobě, se kterou komunikujeme, máme. Rozlišíme tyto úrovně komunikace: konverzace klíčová, předávání informací, vyjádření názoru, vyjádření emocí a otevřená dialogická komunikace.

Konverzace klíčová neboli zdvořilosti zahrnují pozdravy (Dobrý den.) a zdvořilostní dotazy (Děsí se Vám dobře?). Při předávání informací sdělujeme, o čem přemýšlíme, ale co nemá žádný emocionální význam. Jedná se o sdělení běžných věcí, neutrálního charakteru (Zítřejete na vyšetření). Vyjádřením názoru sdělujeme své postoje a názory (Podle mého názoru, je tento postup špatný.). Vyjádřením emocí popisujeme své pocity a emoce (Je mi to líto. Zlobím se.). Do otevřené dialogické komunikace patří vyjádření pocitů, postojů, vysvětlení příčin chování. (Pokorná, 2011, str. 11-12)

Cílem komunikace je sdělit někomu myšlenku, vyjádřit názor nebo přesvědčit něho o správnosti svého postoje. Abychom cíle komunikace dosáhli, musíme se řídit pravidly. Chceme-li vyjádřit všechny své myšlenky, je třeba disponovat dostatečnou slovní zásobou. Vytváření slovní zásoby je celoživotní proces, na který má velký vliv učení. (Pech, 2009, str. 8)

1.1 Verbální komunikace

Verbální komunikací nazýváme komunikaci pomocí slov nebo jinými znakovými symboly. Mohou jí dotvářet neverbální sloflky komunikace. (Venglářová, Mahrová, 2006, str. 19)

Aby verbální komunikace mezi sestrou a pacientem plnila svůj cíl, musí obě strany chtít komunikovat, umět komunikovat a mít možnost komunikovat. V oblasti zdravotní péče se nejčastěji setkáváme s pacienty, kteří neslyší, nevidí, mají problémy v orientaci v časovém i prostoru, nebo mají zhoršenou paměť. Na odděleních intenzivní péče je nejčastěji příčinou verbální komunikace ze strany pacienta zajištění dýchacích cest. V nich kterých případech bývá problém i pacient cizinec. (Kapounová, 2007, str. 170)

Kvalita verbální komunikace je závislá na schopnostech jedince využívat slovní zásobu, kterou máme rozdělit na aktivní a pasivní. Do pasivní slovní zásoby patří výrazy, kterým rozumíme, ale které nepoužíváme. Aktivní slovní zásoba zahrnuje slova, která běžně při komunikaci využíváme. (Pech, 2009, str. 21)

Komunikační schopnosti pacienta závisí na jeho aktuálním zdravotním a psychickém stavu. Nedílnou součástí verbálních komunikačních dovedností je naslouchání. Máme jej označit jako nejdůležitější součást rozhovoru. Díky naslouchání je zdravotní personál schopen porozumět a pochopit potřeby pacienta. Dáváme prostor pacientovi k navázání dalšího hovoru. Naslouchat máme o ušima, u srdcem nebo srdcem. (Venglářová, Mahrová, 2006, str. 25)

Verbálně komunikovat neznamená používat pouze slova, ale například i rychlost řeči, hlasitost, pomlky, výšku hlasu, přítomnost embolických slov, délku projevu a intonaci. To vše závisí na znalosti tématu, povaze sdělení, emocích, rovnocennosti partnera a významu sdělení. (Venglářová, Mahrová, 2006, str. 23 a 25)

Pro zdravotní sestru je dostatečná slovní zásoba velmi důležitá, máme lépe zvládnout jaká slova má vybrat pro dítě, posluchače, dospělé nebo seniory. Při komunikaci s pacientem se základním nebo naopak vysokoškolským vzděláním. (Pech, 2009, str. 22)

Do rozhovoru mohou komunikační příslušníci a dovednosti včetně sestry i pacienti. (Venglářová, Mahrová, 2006, str. 29)

1.2 Neverbální komunikace

Pojmem neverbální komunikace rozumíme tělo. Je považována za upřímnější než verbální projev. Za pomoci neverbálních komunikačních dovedností podporujeme nebo ji úplně nahrazujeme, vyjadřujeme jimi emoce a interpersonální postoje.

Tímto typem komunikace je předávána nejpodstatnější část sdělení.

Neverbální projevy jsou společným mezinárodním jazykem, i když někdy mohou být odlišné.

Komunikace je pojata jako celek, když s komunikačním partnerem mluvíme slovy, tělem i jinými. (Venglová, Mahrová, 2006, str. 39 a 40)

Mezi součástí neverbální komunikace patří mimika, proxemika, haptika, kinetika, gestika, pohledy a úprava zevnějšku.

1.2.1 Mimika

Lze ji definovat jako výraz obličeje, jímž sdělujeme emoce. Například štěstí a neštěstí, strach a pocit jistoty, klid a rozčilení, radost a smutek a podobně.

Lidský obličej máme rozdělit na několik mimických zón. První zóna oblasti čela a obočí nám ukazuje překvapení a úzkost. Druhá oblast očí je považována za nejdelší a vyjadřuje z ní smutek a strach. Do této zóny spadají tvář, nos a ústa a máme z ní určit štěstí.

Mezi nejvýraznější neverbální projevy, které pomocí mimiky vyjadřujeme, patří smích a pláč. Zcela mimovolně se ve tváři odrážejí projevy bolesti. (Venglová, Mahrová, 2006, str. 41 a 42)

Přímý zrakový kontakt je při komunikaci mezi sestrou a pacientem velice důležitý. Mnohdy je právě oční kontakt jedinou možnou komunikací s pacientem na oddělení intenzivní péče. (Kapounová, 2007, str. 170)

1.2.2 Proxemika

Jedná se o tělesnou vzdálenost mezi lidmi při komunikaci. Rozdělujeme 4 zóny, ve kterých může komunikace probíhat.

Intimní zóna sahá do vzdálenosti 30 a 45 cm od těla. Tuto zónu mají mezi sebou matka a dítě, milenec a milenka, manžel a manželka. Pustíme do ní jen toho, komu důvěřujeme. Pokud jí narušíme, který do ní nepatří, cítíme se ohroženi. Narušitel je vnímán jako vlezlý a komunikace v této pozici nevede k úspěchu.

Osobní zóna zahrnuje vzdálenost 45 a 120 cm. V této zóně se jedná o délku natažených paří. Dostane se do ní ten, s kým si podáváme ruce, například při pozdravu nebo obchodním

jednání. Delší setrvání v této zóně umocní ujemé pocity a snaha o ústup. Porušením této zóny vznikají nepříjemné pocity a snaha o ústup.

Společenská (sociální) zóna zahrnuje vzdálenost přibližně 120 až 360 cm. V této vzdálenosti komunikujeme při pracovních jednáních nebo neosobních rozhovorech.

Veřejná zóna sahá obvykle nad 360 cm. Do této zóny patří setkávání s lidmi na ulici nebo divadelní vystoupení. (Venglová, Mahrová, 2006, str. 50 až 52)

Rozmezí jednotlivých zón jsou u konkrétních lidí zcela individuální. V zdravotelské péči se často stane, že se sestra dostane do situace, kdy musí překročit osobní i intimní zónu pacienta. Osobní a intimní zóny jsou někdy popisovány jako fyzické prostory našeho těla. Jestliže do nich vnikne někdo, koho nedokážeme poznat, máme to vnímat jako útok. Sestra často narušuje intimní zónu pacienta a zároveň ho poukazuje do té své. K narušení by měla docházet pouze v nezbytných situacích a se souhlasem pacienta. Sestra by měla vždy pacienta informovat o tom, co ho čeká. Doba, po kterou dochází k narušení osobní zóny, by měla být omezena na nutné minimum. Důležité je, aby sestra postupovala ohleduplně, citlivě a aby u nemocného nevyvolala pocit ohrožení. (Janáčková, Weiss, 2009, str. 20 až 21)

1.2.3 Haptika

Haptika znamená komunikaci prostřednictvím doteků. Dotýkat se je základní lidská vlastnost. Prostřednictvím doteků se k nám dostává mnoho podnětů z okolního prostředí a také je vyvoláváme ke komunikaci se svým okolím. Dotekem projevujeme zájem o osoby ve svém okolí. Vyjadřujeme jimi blízkost s jiným člověkem, to může nám na něm záležet, že jsme tu pro něho. Nejpoužívanějším dotekem je podání ruky. Používáme ho při pozdravu nebo při seznamování.

Doteky jsou součástí zdravotelské péče, jejich prostřednictvím můžeme pacienta uklidnit, ale při použití nesprávných doteků můžeme u pacienta vyvolat pocity nejistoty a strachu. (Matenková, Králová, 2009, str. 32)

1.2.4 Gestika

Gestika zahrnuje pohyby, nejčastěji pohyby rukou v proužku těla. Pomocí gest doplňujeme verbální projev, zvyšujeme jeho názornost. Používání gest je v domě nebo nedomě. Gesta, která si člověk neuvědomuje, o něm mohou mnohé prozradit. Například při lhaní si zakrýváme ústa nebo saháme na nos i ucho, aniž bychom si to uvědomovali. (Venglová, Mahrová, 2006, str. 48)

Otevřeně ruce a paře vyjadují otevřenost a upřímnost při komunikaci. Pěkně držené paře mohou ukazovat na opatrnost nebo neochotu komunikovat. (Týmatenková, Králová, 2009, str. 33)

1.2.5 Pohledy

Okoní kontakt je při komunikaci velice důležitý. Pomocí zraku můžeme vyjádřit nebo ukázat postoje a emoce. Signály, které o nás sdělujeme, se liší v závislosti na délce, charakteru, směru pohledu, otevřenosti víček, velikosti zornic, mrkání, vráskách kolem očí nebo tvarem a pohybem obočí.

Prostřednictvím zraku podáváme mnoho informací. Rozířené nebo zúžené zornice ukazují intenzitu zájmu a emoce, například strach nebo překvapení. Vyhýbání se očí ním kontaktu může signalizovat nezájem o konverzaci. (Devito, 2002, str. 125 a 135)

1.2.6 Úprava zevnějšku

Do úpravy zevnějšku spadá úprava zevnějšku jednotlivce i úprava okolního prostředí. V profesi zdravotní sestry je základem celková upravenost, čistota a uniforma. Načistota, upravenost, čistota i úhlednost odráží naši osobnost i aktuální emocionální stav. To vše má vliv na první dojem a ovlivňuje to komunikaci.

Ve zdravotnickém zařízení můžeme k pohodlí pacientů přispívat například hezkou čistotou, úhledností, čistotou, upraveným prostředím i jeho okolí, alespoň minimální soukromí, čistým vzduchem. (Venglová, Mahrová, 2006, str. 49 a 50)

1.3 Alternativní a augmentativní komunikace

Augmentativní systémy komunikace jsou zaměřeny na podporu komunikačních možností a dovedností, které člověk má. Zaměřují se na osoby mající nedostatečné komunikační schopnosti a s tím spojené problémy s běžným dorozumíváním. Snaží se zlepšit kvalitu života a usnadnit jim tak vyjadřování.

Alternativní systémy komunikace slouží jako náhrada mluveného slova.

Alternativní a augmentativní komunikace se pokouší umocnit nebo usnadnit dorozumívání u osob se závažným postižením slova. To znamená u osob, jejichž slovo je málo srozumitelné, nesrozumitelné nebo vůbec mluvit nemohou.

Zahrnuje všechny formy dorozumívání, které doplňují nebo nahrazují slovo.

AAK může zlepšit vztahy mezi osobou s handicapem a okolím. Pokud je osoba s postižením schopná komunikovat s okolím, může vyjádřit své potřeby, myšlenky a názory. (Janovcová, 2004, str. 16)

1.3.1 Metody alternativní a augmentativní komunikace

Hlavní zásadou při vytváření podpůrných a náhradních komunikačních systémů je zachovat komunikaci co nejpřirozenější a využít co nejlépe všechny schopnosti uživatele.

Metody AAK dělíme na postupy, které využívají pomůcky a na postupy, které nevyužívají pomůcky. Ke správné volbě systému AAK je důležité vzít v úvahu verbální dovednosti pacienta, neverbální dovednosti (gesta, mimika, vizika), fyzické dovednosti (rozsah a přesnost pohybu), dobu po kterou můžeme s pacientem pracovat (únavnost, soustředění) a podporu rodiny.

Do postupů bez využití pomůcek řadíme především neverbální komunikace. Patří sem například sledování mimiky a gest, odcizování ze rtů nebo používání manuálních znaků.

Postupy s využitím pomůcek zahrnují písemný projev pacienta, tabulky s abecedou, tabulky s předepsanými slovy nebo větami, komunikační obrázky, fotografie, počítače.

(Janovcová, 2004, str. 17 a 20)

2 Charakteristika komunikace ve zdravotnické praxi

Je důležité rozlišovat mezi prostým povídáním, jehož hlavním cílem je udržování mezilidského kontaktu a profesionálním rozhovorem, který sleduje konkrétní cíl. Při předávání informací obvykle chceme, aby ten komu jsou informace určeny, jim správně porozuměl. To znamená zjistit, zda ten s kým komunikujeme, pochopil naše sdělení tak, jak bylo zamýšleno. Díky tomuto je součástí komunikace i starost o druhého člověka. Starost o to, co chce, co potřebuje a co zamýšlí udělat.

Při komunikaci s pacientem je důležité podávat informace ve srozumitelné formě s ohledem na pocity nemocného. Vždy se musíme snažit vyjádřit podstatu věci. Pacient musí mít prostor pro dotazy, možnost vyjádřit svůj názor. U závažných témat je důležité vhodné nasazení a nerušené prostředí. Například při sdělování závažné diagnózy nebo trvalých následků. (Venglová, Mahrová, 2006, str. 13)

V komunikaci mezi sestrou a pacientem pamatujeme na nutnost opakování, trpělivý přístup, vyjádření pochvaly a shrnutí problému s následnou vzájemnou vazbou, zda pacient vše pochopil. (Venglová, Mahrová, 2006, str. 31)

2.1 Specifika komunikace s pacientem

Jak je již výše popsáno, komunikace je nejdůležitějším prvkem pro fungování mezilidských vztahů. Zvláštním typem komunikace je komunikace v ošetřovatelském týmu, kdy zdravotní sestra zastupuje roli komunikátora i edukátora, to vše je důležité pro kvalitní ošetřovatelskou péči. (Kapounová, 2007, str. 170)

V ošetřovatelské praxi je schopnost komunikovat součástí profesionálního vybavení a slouží k navázání kontaktu s pacientem. Již studenti zdravotnických oborů se věnují výuce a tréninku komunikace se stále narůstající intenzitou.

Práce zdravotní sestry zahrnuje komunikaci s pacientem a jeho okolím a také komunikaci s ostatními členy ošetřovatelského personálu. Komunikace ve zdravotnické praxi může být rozdělena na sociální, specifickou a terapeutickou komunikaci.

Sociální komunikace zahrnuje běžný hovor, který vytváří vztah nemocného k pečujícími osobám. Nejvhodnějšími situacemi jsou například úprava lůžka, hygiena pacienta nebo pomoc se stravováním.

Specifická komunikace zahrnuje edukaci pacienta, motivaci k další léčbě a podobně. Klade nároky na srozumitelnost sdělení, přijatelnou formu v návaznosti na aktuální stav pacienta. Důležitá je ověřit si, zda nám pacient rozumí.

Do terapeutické komunikace patří podprůměrný terapeutický rozhovor, který zvyšuje účinnost jiných léčebných postupů u somaticky i psychosomaticky nemocných.

(Venglová, Mahrová, 2006, str. 11 a 13)

2.1.1 Zásady správné komunikace s pacientem

Správná komunikace s pacientem je pro sestru velice důležitá, pomáhá jí získat si důvěru pacienta a zajistit si jeho lepší spolupráci.

Mezi zásady správné komunikace patří nenosit do práce své osobní problémy a naopak nenosit si pracovní problémy domů. Při ošetřovatelské péči by sestra měla komunikovat s pacientem (nikdy by si například u hygieny neměla povídat s kolegyní o tom, co vaří k nedělnímu obědu). Sestra by neměla pacienty oslovovat familiárně (šbabiňo, šd doď), pokud o to sami nepožádají. Měla by se snažit udržovat s pacientem oční kontakt, aby si byl jistý, že sestra je tu opravdu pro něho. Dále by se měla naučit povzbudit nemocného k rozhovoru, osvojit si trpělivost a empatii. Při práci s handicapovaným klientem by se s ním měla snažit domluvit, jakým způsobem mu může nejlépe pomoci (například u nevidomých pacientů). Sestra by měla zachovávat mlčenlivost o věcech, co jí pacient sdělí. Důležitá je například sobě komunikaci nemocnému, mluvit jasně, informace opakovat a ověřit si, zda pacient sdělovanému rozumí. Je vhodné najít si pro rozhovor klidné místo a zajistit si dostatek času.

Sestra by měla mít schopnost empatie a schopnost vcítit se do jiného člověka. Díky ní může poznat mnohé věci, které by měla umět využít při ošetřovatelské péči. Empatie se skládá z emoční a kognitivní složky. Emoční složka zahrnuje pochopení emočního rozpoložení pacienta. Kognitivní složka zajišťuje pojmenování a interpretaci pocitů. (Kapounová, 2007, str. 171 a 172)

2.2 Komunikace s pacienty v intenzivní péči

Na odděleních intenzivní péče se ve velké míře setkáváme s pacienty, u kterých je nutné používat speciální formy komunikace. Formu komunikace volíme s ohledem na diagnózu a schopnosti pacienta.

Sestry často musí komunikovat s pacienty s různými poruchami v domí, zmatenými, neklidnými, agresivními nebo naopak s pacienty apatickými a depresivními. Jsou zde často hospitalizováni pacienti s posthypoxickým poškozením mozku, po CMP, s myastenia gravis, pacienti se závažnými DC a pacienti na dlouhodobé UPV. (Kapounová, 2007, str. 172 a 173)

2.2.1 Narušená komunikační schopnost

Narušená komunikační schopnost se může týkat verbální i neverbální komunikace. Pacienti hospitalizovaní na odděleních intenzivní péče jsou často ve velmi špatném zdravotním stavu. Často nemohou sami dýchat a ušlívají, tedy nemohou mluvit. Nemožnost verbální komunikace je často způsobena závažnými dýchacími cestami pomocí endotracheální nebo tracheostomické kanyly a napojením pacienta na dýchací přístroj. Dalšími zábranami v komunikaci verbální i neverbální jsou různé poruchy v domí a hluboká analgosedace pacientů na těchto odděleních.

Pacient často nechápe vážnost situace. Prostedím oddělení intenzivní péče je často pro pacienta velkou zátěží (nedostatek soukromí, neustálá monitorace fyziologických funkcí, ...). Pacient často cítí, že nemá kontrolu nad tím, co s ním dělají. Postupně ztrácí kontakt s okolím, ztrácí pojem o tom, co je za den, jestli je den ráno nebo večer.

Sestra může být tímto prostředím ovlivněna tak, že se zaměřuje především na obsluhu přístrojů a s pacientem komunikuje pouze minimálně. (Mátenková, Králová, 2009, str. 100 a 108)

2.2.2 Poruchy v domí

Poruchy v domí mohou být způsobeny vratným nebo nevratným poškozením mozku. Dělíme je na kvantitativní a kvalitativní.

Do kvantitativních poruch v domí patří somnolence, sopor a koma. Somnolence je stav, kdy pacient je spavý, probuditelný, nemluví spontánně, ale lze s ním navázat krátký slovní kontakt, reaguje na zvuky a doteky. Sopor označuje stav, kdy pacient reaguje pouze na silné vnitřní podněty. Reaguje nesrozumitelným zvukem nebo obrannou reakcí.

Kóma je nejzávažnější porucha v domí. Při tomto stavu mohou být oči mírně otevřené, není zde žádná reakce na zvuky, nejsou žádné spontánní pohyby, nemluví. Rozlišují se tři druhy

kómatu: povrchové (jsou snížené obranné reakce, je zachována fotoreakce), hluboké (zcela chybí obranné reakce na silné algické podněty), vigilní (neobvyklý stav, typický pro poškození mozkové tkáně).

Kvalitativní poruchy v domí jsou poruchy obsahu v domí. Patří sem psychomotorický neklid, amence a delirium. Amence je stav, kdy dochází k poruše chování, vnímání, nálady a myšlení. Středí se stav útlumu a vzrušení. Delirium je provázeno halucinacemi a celkovým vzrušením. Patří i otravy, alkohol nebo vysoké horečky. (Kapounová, 2007, str. 196 a 197)

2.2.3 Komunikace s pacientem s poruchou v domí

Ke správné volbě efektivní komunikační techniky je hlavním předpokladem hodnocení v domí a rozsahu analgosedace. K tomu účelu slouží celá řada nejrozšířenějších skórovacích systémů. Nejrozšířenější je Glasgow Coma Scale, což je jednoduché hodnotící schéma, umožňující objektivně hodnotit parametry stavu v domí. Hodnotí se otevírání očí, slovní odpověď a motorická odpověď pacienta. Nakonec se všechny tři kategorie sečtou a výsledek slouží ke zhodnocení stavu v domí. GCS 3 body znamená hluboké bezvědomí. GCS 8 a méně označuje pacienta s nutností intenzivní péče.

U nemocných, kteří jsou v bezvědomí, se používá forma pasivní komunikace. Jedná se o komunikaci, která je založena pouze na aktivitě a snaze sestry, bez vzájemné vazby ze strany pacienta. Sestra na pacienta mluví, oslovuje ho, oznamuje mu, co se u něj právě chystá dělat v rámci zdravotelské péče. Například: „Teď Vás otočíme na pravý bok.“ „Šneklek te se o zvednu vám levou ruku.“ U některých pacientů se využívá ke komunikaci koncept bazální stimulace. (Kapounová, 2007, str. 172)

U pacientů, kteří se probouzí z bezvědomí z důvodu zlepšení stavu nebo z důvodu sniflování analgosedace, je komunikace zaměřena na zjištění stavu v domí, na snaze zjistit, co pacienta trápí, co potěbuje a na zjištění komunikačních schopností pacienta. Jedna z často používaných frází je například: „Pane Nováku, slyšíte mě? Otevřete oči. Stiskněte mi ruku. Vyplázněte na mě jazyk.“ Je důležité snažit se podporovat pacienta v komunikaci. Mělo by se jednat například o stisk ruky nebo flexe horní končetiny (šanoš) a extenze dolní končetiny (šneš). Dále lze použít například mrkání nebo otáčení hlavou. (Kapounová, 2007, str. 173)

2.2.4 Zp soby zaji-t ní dýchacích cest

Maska

Oblíejové masky mají různé tvary a velikosti, což je důležité k tomu, aby dobře přiléhaly k obličeji. Většinou se používají ke krátkodobé aplikaci kyslíku. Masky nelze používat u pacientů, kteří zvrací nebo jsou neklidní. (Kapounová, 2007, str. 214 a 215)

Vzduchovod

Ústní vzduchovod se používá ke krátkodobému zajištění DC. Nejčastěji se používají plastové vzduchovody s protiskusovou vložkou. Důležité je vybrat správné velikosti vzduchovodu, ten by měl dosahovat na kořen jazyka a bránit jeho zapadnutí. Zavádí se navlhčený, zahnutým koncem nahoru a až když je zaveden ke kořeni jazyka otočí se směrem dolů.

Nosní vzduchovod se používá málo. Zavádí se rotačním pohybem, jeho délka by měla dosahovat od přímky nosu k ušnímu laloku. Jednou z nejčastějších komplikací je následné krvácení z nosu.

COPA vzduchovod je ústní vzduchovod s obturační manžetou, díky které se dá snadno ji zafixovat v určité poloze. Má zakončení, které je určeno k napojení na ambuvak nebo ventilátor. (Kapounová, 2007, str. 215)

Laryngeální maska

Laryngeální maska slouží k zajištění HDC. Zavádí se ústy do faryngu, měla by být v oblasti jícnového svrhu. Velikost laryngeální masky se volí podle pohlaví, věku a tělesné konstituce pacienta. Při zavádění, musí být pacient v hluboké anestezii, jinak je zde riziko laryngospasmu. (Kapounová, 2007, str. 216)

Tracheální kanyla

Zavedení tracheální kanyly do průdušnice z důvodu zajištění DC se nazývá tracheální intubace. Jedná se o nejbezpečnější a nejpoužívanější způsob zajištění DC. Tracheální kanyla se skládá z těsnící manžety, spojovací hadičky, kontrolního balónku a konektoru. Kanyly mají různé typy podle materiálu (PVC, silikon), podle způsobu zavedení (orální, nasální), podle typu rourky (standardní, perforované, armované, biluminární) a podle velikosti. (Zemanová, 2009, str. 97 a 98)

Kombirourka

Kombirourka se používá k zajištění DC v akutních případech, kdy nelze zavést tracheální kanylu. Kanyla má dvojí vyústění a dvě těsnící manžety, používá se při zavádění naslepo. Při

necht ním zavedení do jícnu se jednou obturací manžetou ucpe jícen a ventiluje se druhým koncem. Místo zavedení se kontroluje poslechem. (Kapounová, 2007, str. 216)

Tracheostomie

Používá se k zajištění DC u pacientů, u kterých se předpokládá dlouhodobá ventilační podpora, nelze zavést ETR, při intoleranci ETR a u pacientů s poraněným obličejem. Mezi výhody patří trvalý přístup do DC, snadná hygiena dutiny ústní, větší komfort nemocného, možnost přijímat stravu a tekutiny, snáhlí manipulace s pacientem, zmenšení mrtvého dechového prostoru, snadná postupné odpojování od ventilátoru.

Tracheostomie se provádí chirurgickou cestou nebo se provádí punkční dilatační tracheostomie. (Kapounová, 2007, str. 219 a 220)

Koniotomie a koniopunkce

Koniotomie se využívá u akutních stavů, kdy nelze zajistit průchodnost dýchacích cest jiným způsobem. Základem tohoto výkonu je řez mezi čítnou a prstencovou chrupavkou a následné zavedení endotracheální kanyly s menším průsvitem (set minitrach).

Koniopunkce je protnutí oblasti mezi dolním okrajem hrtanu a horním okrajem prstencové chrupavky punkční jehlou. Dále se pomocí kovového vodiče a dilatátoru zavede tenká kanyla (set quicktrach). (Kapounová, 2007, str. 220)

2.2.5 Komunikace s pacientem se zajištěnými dýchacími cestami

Zdravotnický personál by měl s pacientem aktivně komunikovat a snažit se mu pomoci překonat jeho potíže. Nejčastěji patří zmatenost a nemožnost verbální komunikace. Při komunikaci se doporučuje stručnost, jasnost a srozumitelnost. Je důležité, zorientovat pacienta v místě a čase. Vysvětlíme pacientovi, kde se právě nachází, jak se zde ocitl, kolik dní tady leží.

I když pacient nemůže komunikovat, neustále komentujeme vše, co právě děláme a co budeme dělat. Je vhodné přizpůsobit svoji řeč: zvolit pomalejší tempo, pečlivě artikulovat, správně intonovat, využívat mimiku a gesta, udržovat oční kontakt. Snažíme se umožnit pacientovi aktivní komunikaci. V tom nám pomáhají různé systémy augmentativní a alternativní komunikace, které volíme podle aktuálních možností a potřeb nemocného. (Mátenková, Králová, 2007, str. 108 a 109)

Zvláštní skupinou jsou nemocní, kteří jsou při v domě a mají zajištěné dýchací cesty. Nejčastěji je endotracheální nebo tracheostomickou kanylou. U pacientů je možné použít velké

mnohství různých alternativních nebo augmentativních technik. Mezi nejčastěji používané metody patří odezírání ze rtě, abecední tabulka a volný písemný projev.

Odezírání ze rtě je metoda, která není vhodná pro každého pacienta, vyžaduje z jeho strany dobrou artikulaci. Výhodou je, když má sestra s odezíráním jistě nějaké zkušenosti a v případě nerozumí, je ochotná zavolat kolegu na pomoc. V každém případě tato metoda vyžaduje trpělivost jak ze strany pacienta, tak ze strany sestry. Jestliže se komunikace touto cestou nedaří, pacient je netrpělivý a rozčiluje se, je vhodné pokusit se najít jiný způsob komunikace.

Tabulka s abecedou se využívá především při selhání předchozí metody odezírání ze rtě. Její nevýhodou jsou velké nároky na čas. Vyžaduje od pacienta jistou míru zrakovosti, když na tabulce ukazuje písmena, ze kterých pak sestra skládá jednotlivá slova. Modernější variantou je používání magnetické abecední tabulky, která je rychlejší, ale vyžaduje velkou zrakovost pacienta.

Nejjednodušší a nejrychlejší metodou je volný písemný projev, ale pouze tehdy, je-li v možnostech pacienta udržet papír a psát.

Mezi další možnosti patří používání komunikačních karet. Domluvení různých gest, která vyjadřují potřeby pacienta. Například ruce zkrácené přes hrudník vyjadřují šje mi zima. Používání elektrolarynxu, což je přístroj, který se přitiskne do oblasti hlasivek a umocní přenos hlasu v elektronické podobě. Používá se u pacientů, kteří jsou hospitalizováni na jednotkách dlouhodobé intenzivní péče, ale nepříliš často. U pacientů, kteří mají zajištěné dýchací cesty, ale nepotřebují ventilační podporu, je vhodné použít tzv. šmluvící kanylu nebo orátor. Jedná se o pomůcky, které umožní tvorbu hlasu. Orátor se nasazuje přímo na tracheostomickou kanylu. Je možné připojit k němu přívod kyslíku.

(Kapounová, 2007, str. 173 a 174)

II PRAKTICKÁ ČÁST

3 Výzkumné otázky

Výzkumná otázka . 1: Jaké formy komunikace, případně jaké alternativní techniky zdravotní sestry při komunikaci s pacientem se zajištěnými DC nejčastěji volí v závislosti na typu intenzivní péče?

Výzkumná otázka . 2: Jaké informace sdělované pacientem se zajištěnými DC jsou pro zdravotní sestry nejdůležitější a jaké nejčastější?

Výzkumná otázka . 3: Jaké jsou nejčastější reakce zdravotních sester při neschopnosti porozumět pacientovi se zajištěnými DC v závislosti na typu intenzivní péče?

Výzkumná otázka . 4: Jaké alternativní techniky mají zdravotní sestry možnost používat?

4 Metodika práce

4.1 Charakteristika vybraného souboru

Tato práce je teoreticko - výzkumná. V teoretické části popisují komunikaci verbální i neverbální, augmentativní a alternativní techniky komunikace. Dále také specifika komunikace s pacientem se zajišťujícími dýchacími cestami a poruchou v domě.

Praktická část je zaměřena na zdravotní sestry, pracující na odděleních intenzivní péče. Jako techniku sběru informací jsem použila anonymní dotazníkové šetření. Oslovila jsem tři nemocnice. Jednu okresní, jednu krajskou a jednu fakultní. Zde jsem dotazníky distribuovala na oddělení dlouhodobé a krátkodobé intenzivní péče. Dotazníkové šetření probíhalo v březnu 2014.

Celkem jsem rozdala 120 dotazníků. 50 dotazníků na oddělení dlouhodobé intenzivní péče, odkud se mi jich vrátilo 36 úplně vyplněných. 70 dotazníků jsem rozmístila na oddělení krátkodobé intenzivní péče. Vrátilo se mi 57 dotazníků, z toho 5 nebylo úplně vyplněno, a proto jsem je nezařadila do výzkumného šetření. Celého šetření se tedy celkem účastnilo 88 respondentů, to znamená návratnost 73%.

Před distribucí dotazníků jsem se domluvila s námstkyní pro ošetrovatelskou péči a vrchními sestrami jednotlivých oddělení a následně si zajistila jejich písemný souhlas s prováděním výzkumného šetření v dané nemocnici.

4.2 Metoda práce

Dotazník, který jsem vytvořila, obsahuje celkem 16 otázek, týkajících se problematiky komunikace s pacientem se zajišťujícími dýchacími cestami. Použila jsem otázky uzavřené s předem připravenými odpověďmi, ze kterých si respondent vybírá pouze jednu vhodnou možnost. Výhodou těchto otázek je relativně snadné a rychlé vyplnění a vyhodnocení. Také jsem použila otázky polouzavřené, ve kterých mají respondenti díky variantě širší možnost volně vyjádřit svůj názor, pokud jim žádná z připravených možností nevyhovuje.

Z uzavřených otázek jsem v dotazníku vyřadila otázky dichotomické, trichotomické a polytomické. Dichotomické otázky umožňují výběr pouze ze dvou variant (např. ano/ne), v dotazníku je to otázka č. 2. Otázky polytomické, které nabízejí respondentovi více možností výběru, jsou to otázky č. 2, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 13, 14 a 15.

Je zde otázka filtra ní, která podle ozna ené odpov di ur í, kterou dal-í otázkou má respondent pokračovat, v dotazníku se jedná o otázku . 3. Dále otázky vý tové umofl ující více správných odpov dí. Mezi n pat í otázky . 2, 4, 6, 7, 8, 9, 11, 13 a 15.

4.3 Zpracování získaných dat

Pro zpracování dat získaných z dotazníkového -et ení, jsem pouffila program Microsoft Office Excel 2007. K vyhodnocení otázek jsem pouffila statistický vzorec $f_i = (n_i/n) \times 100$. Kdy f_i znamená relativní etnost v procentech, n_i zna í absolutní etnost a n je celkový počet respondent . Výsledky, které jsem zpracováním dat získala, jsem pro p ehlednost do bakalá ské práce za adila ve form tabulek a graf . Ty jsem vřdy doplnila i o slovní hodnocení.

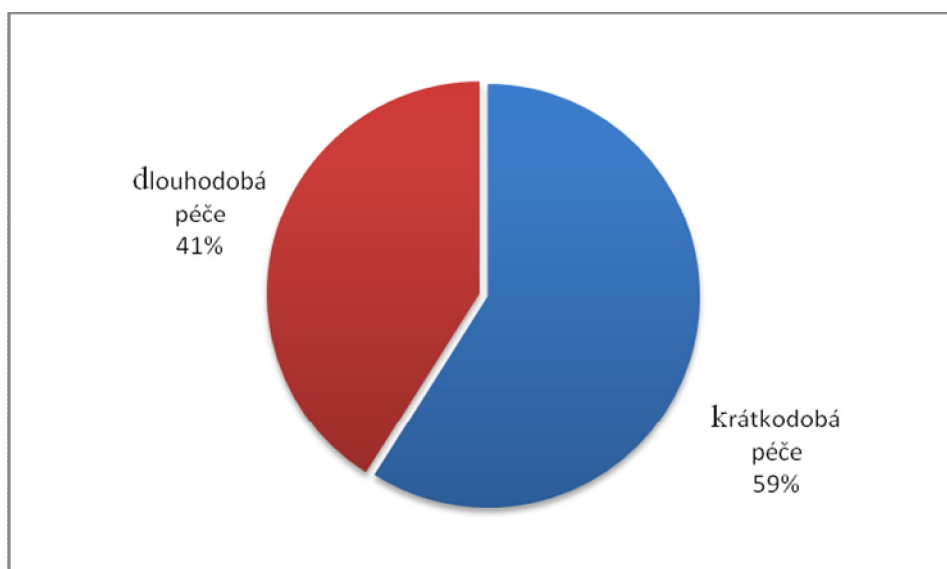
5 Analýza dat a interpretace výsledk

5.1 Zpracování identifika ní otázky

Otázka . 1 - Na jakém typu odd lení intenzivní pé e pracujete?

Tabulka 1 - Typ odd lení

	Po et sester	
	Absolutní etnost (n_i)	Relativní etnost (f_i)
krátkodobá pé e	52	59%
dlouhodobá pé e	36	41%
celkem (n)	88	100%



Obrázek 1 ó Graf typu odd lení

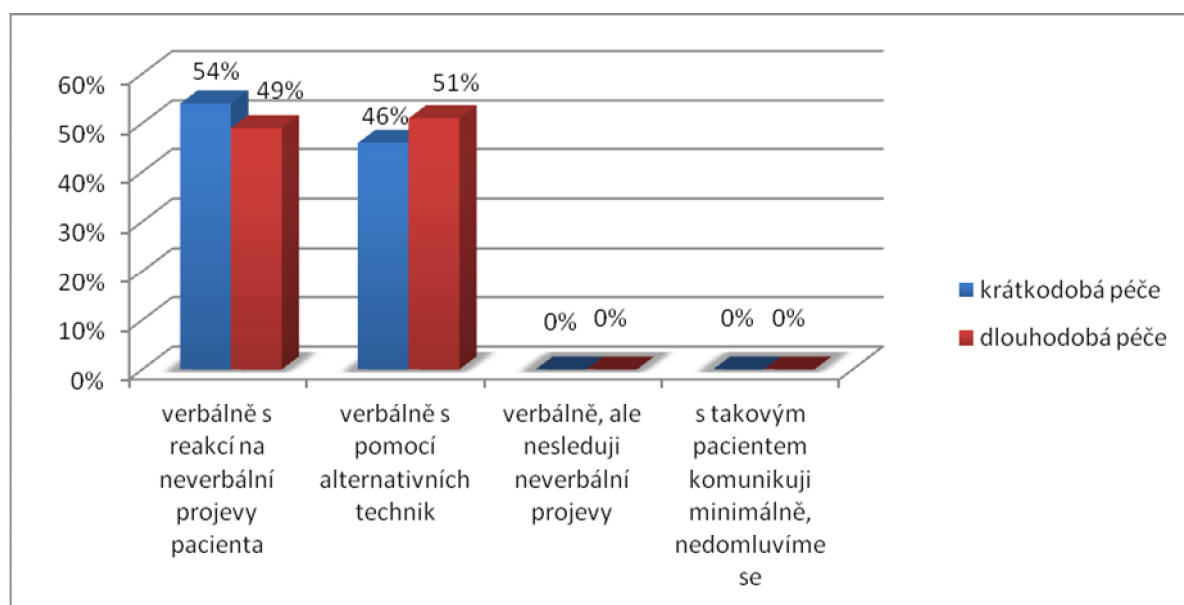
V tabulce a v grafu . 2 je znázorn n po et respondent v závislosti na typu odd lení, na kterém pracují. Z celkového po tu 88 respondent pracuje 52 (59%) na odd lení krátkodobé intenzivní pé e a 36 (41%) na odd lení dlouhodobé intenzivní pé e.

5.2 Statistické vyhodnocení cíle . 1

Otázka . 2 ó Jakým zp sobem komunikujete s pacienty se zaji-t nými dýchacími cestami? (Respondenti m li mořnost ozna it více odpov dí.)

Tabulka 2 - Zp sob komunikace

	Krátkodobá pé e		Dlouhodobá pé e	
	n _i	f _i	n _i	f _i
Verbáln s reakcí na neverbální projevy pacienta	37	54%	24	49%
Verbáln s pomocí alternativních technik	32	46%	25	51%
Verbáln , ale nesleduji neverbální projevy	0	0%	0	0%
S takovým pacientem komunikuji minimáln , nedomluvíme se	0	0%	0	0%
Celkem (n)	69	100%	49	100%



Obrázek 2 ó Graf zp sob komunikace

Tabulka a graf . 3 zobrazují, jakým zp sobem sestry nej ast ji komunikují s pacienty se zaji-t nými dýchacími cestami. Sestry pracující v krátkodobé intenzivní pé i nej ast ji uvád li mořnost verbáln s reakcí na neverbální projevy nemocného v 54% (37 respondent) a verbáln s pouřitím alternativních technik v 46% (32 respondent).

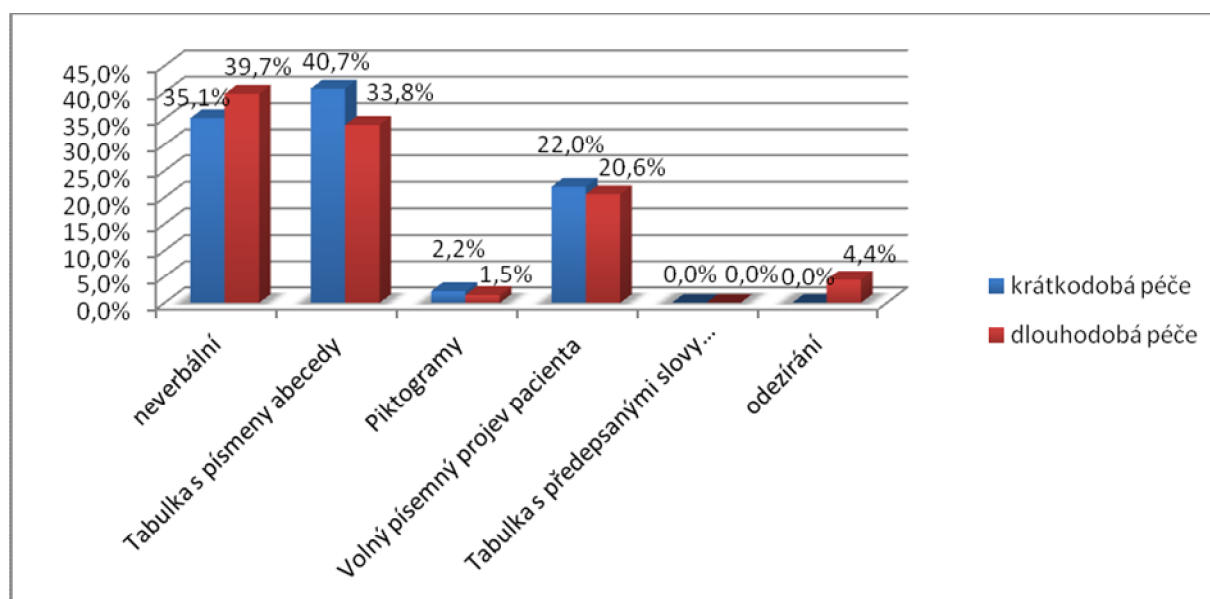
V dlouhodobé intenzivní pé i byly výsledky –et ení velmi podobné. 51% (25 respondent) získala odpov verbáln s pomocí alternativních technik a 49% (24 respondent) odpov verbáln s pomocí alternativních technik. Mořnosti, nesleduji neverbální projevy a s takovým pacientem nekomunikuji, nevedl řádný z respondent .

Otázka 6 Jaké komunikační techniky preferujete a používáte nejastji?

(Respondenti mohli možnost označit více odpovědí.)

Tabulka 3 - Preferované komunikační techniky

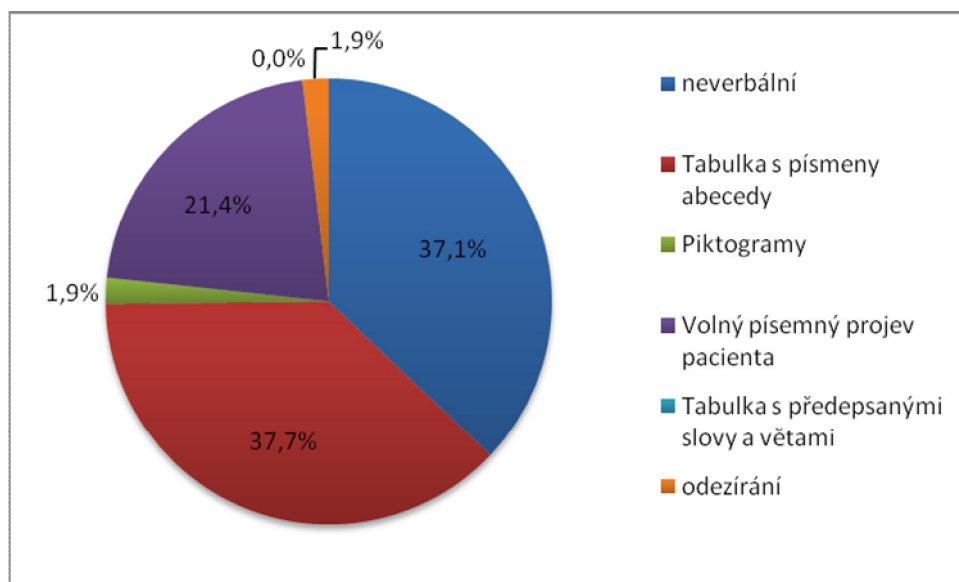
	Krátkodobá péče		Dlouhodobá péče	
	n _i	f _i	n _i	f _i
Neverbální- gestika, mimika,í ..	32	35,1%	27	39,7%
Tabulka s písmeny abecedy	37	40,7%	23	33,8%
Piktogramy	2	2,2%	1	1,5%
Volný písemný projev pacienta	20	22,0%	14	20,6%
Tabulka s předepsanými slovy a v tami	0	0,0%	0	0,0%
Odezírání	0	0,0%	3	4,4%
Celkem (n)	91	100%	68	100%



Obrázek 3 Graf preferovaných komunikačních technik

Touto otázkou jsem chtěla zjistit, jaké komunikační techniky zdravotní sestry preferují. Jak je z tabulky a obrázku 6 zjevné, sestry v krátkodobé intenzivní péči upřednostují tabulky s písmeny abecedy. Tato možnost zahrnuje 40,7%, označilo ji 33 respondentů. Druhou nejvíce preferovanou technikou je s 35,1% neverbální komunikace, kterou označilo 32 respondentů. Další je volný písemný projev pacienta, který má 22% (20 respondentů) a piktogramy se 2,2% (2 respondenti). Tabulku s předepsanými slovy a v tami a odezírání neuvědli nikdo.

V dlouhodobé intenzivní péči je nejpoužívanější technikou neverbální komunikace, s 39,7% (27 respondentů). Následuje tabulka s písmeny abecedy s 33,8% (23 respondentů) a volný písemný projev pacienta s 20,6% (14 respondentů). 4,4% (3 respondenti) má odezírání a 1,5% mají piktogramy, které označil pouze jeden respondent. Tabulku s předepsanými slovy a větami nevedl nikdo.



Obrázek 4 Graf preferovaných komunikačních technik celkov

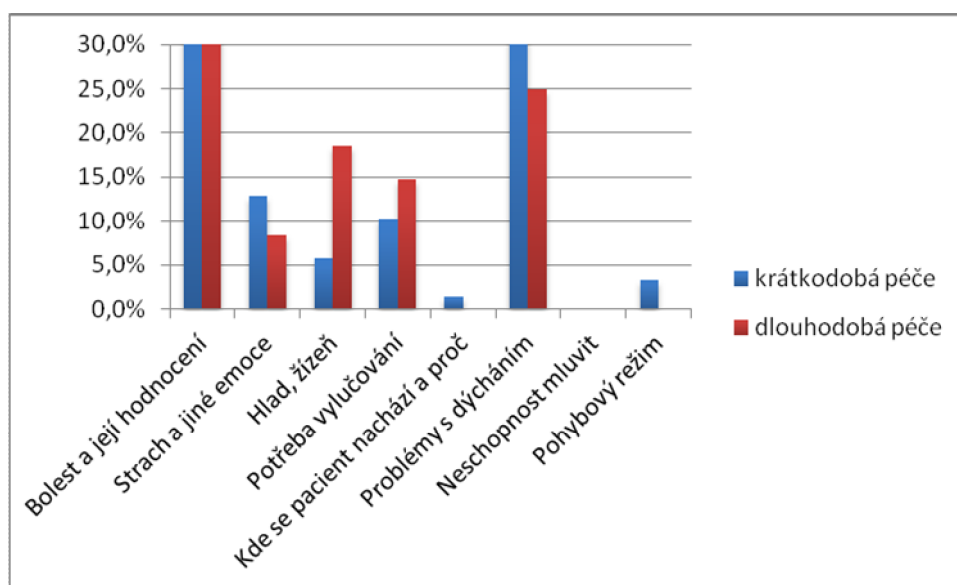
Zde jsem pro lepší přehlednost uvedla grafické znázornění otázky 6. Nerozdílovala jsem uváděné odpovědi podle typu oddělení, ale zaměřila se na celkově. Zde je vidět, že sestry bez rozdílu toho, na jakém oddělení pracují, nejčastěji preferují tabulky s písmeny abecedy v 37,7% a neverbální komunikaci v 37,1%. Velké zastoupení má také volný písemný projev nemocného, a to ve 21,4%. Odezírání a piktogramy měly pouze 1,9%. Tabulku s předepsanými slovy a větami nevedl žádný z respondentů.

5.3 Statistické vyhodnocení cíle . 2

Otázka . 8 ó Jakou informaci považujete za nejd leffit j-í sd lení mezi sestrou a pacientem? (Respondent m 1 mořnost za-krtnout 3 odpov di.)

Tabulka 4 - nejd leffit j-í sd lení mezi sestrou a pacientem

	Krátkodobá pé e		Dlouhodobá pé e	
	n _i	f _i	n _i	f _i
Bolest a její hodnocení	52	33,3%	36	33,3%
Strach a jiné emoce	20	12,8%	9	8,3%
Hlad, flíze	9	5,8%	20	18,6%
Pot eba vylučování	16	10,3%	16	14,8%
Kde se pacient nachází a pro	2	1,3%	0	0,0%
Problémy s dýcháním	52	33,3%	27	25,0%
Neschopnost mluvit	0	0,0%	0	0,0%
Pohybový režim	5	3,2%	0	0,0%
Celkem (n)	156	100%	108	100%



Obrázek 5 - Graf nejd leffit j-ích sd lení mezi sestrou a pacientem

Sestry na odd leních krátkodobé intenzivní pé e nej ast ji uvád li jako nejd leffit j-í sd lení bolest a problémy s dýcháním. Každá z t chto mořností m la po 33,3% (52 respondent), to znamená, fle tyto mořnosti ozna ila každá ze sester. Jako dal-í d leffité informace sestry uvád li strach a emoce v 12,8% (20 sester), pot ebu vylučování v 10,3% (16 sester), hlad

a flíze v 5,8% (9 sester), pohybový reffim v 3,2% (5 sester) a to, kde se pacient nachází a pro v 1,3% (2 sestry). Neschopnost mluvit neoznačil nikdo.

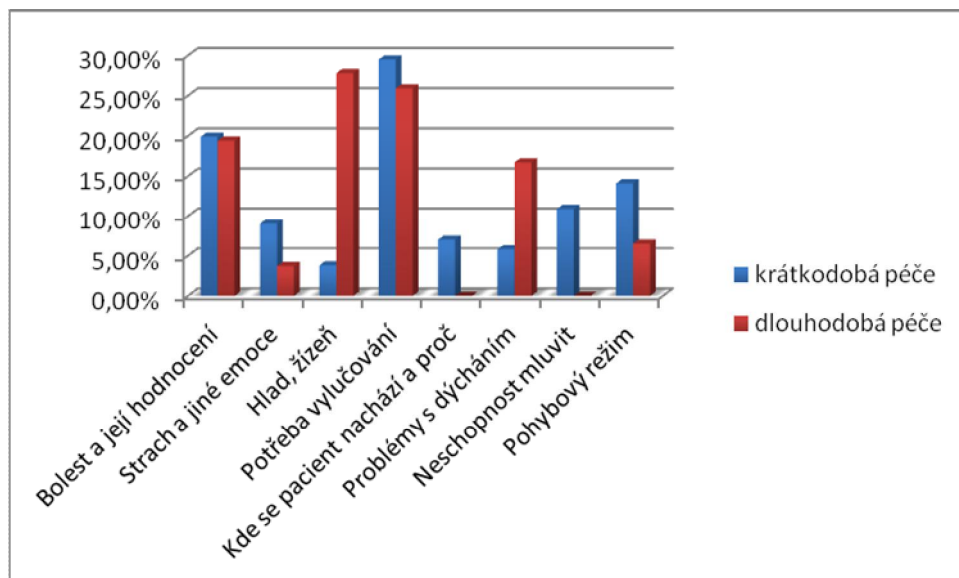
V dlouhodobé péči sestry nejčastěji uvádějí také bolest, a to v 33,3% (36 sester). Dále potom problémy s dýcháním 25% (27 sester), hlad a flíze 18,6% (20 sester), potěbu vylovování 14,8% (16 sester) a strach a jiné emoce 8,3% (9 sester). Neschopnost mluvit a pohybový reffim neoznačila žádná sestra.

Otázka 9. Jaké informace se Vám pacient snaží nejčastěji sdělit?

(Respondent má možnost zaškrtnout 3 odpovědi.)

Tabulka 5 - informace nejčastěji sdělované pacientem

	Krátkodobá péče		Dlouhodobá péče	
	n_i	f_i	n_i	f_i
Bolest a její hodnocení	31	19,9%	21	19,4%
Strach a jiné emoce	14	9,0%	4	3,7%
Hlad, flíze	6	3,8%	30	27,8%
Potěbu vylovování	46	29,5%	28	25,9%
Kde se pacient nachází a pro	11	7,0%	0	0,0%
Problémy s dýcháním	9	5,8%	18	16,7%
Neschopnost mluvit	17	10,9%	0	0,0%
Pohybový reffim	22	14,1%	7	6,5%
Celkem	156	100%	108	100%

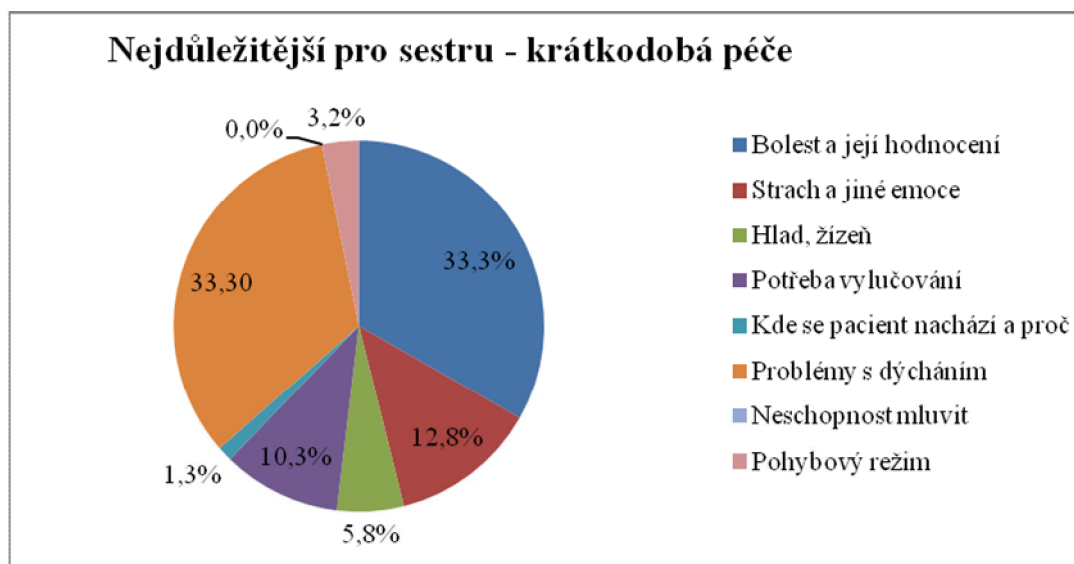


Obrázek 6 - Graf informací nejastji sdlovaných pacientem

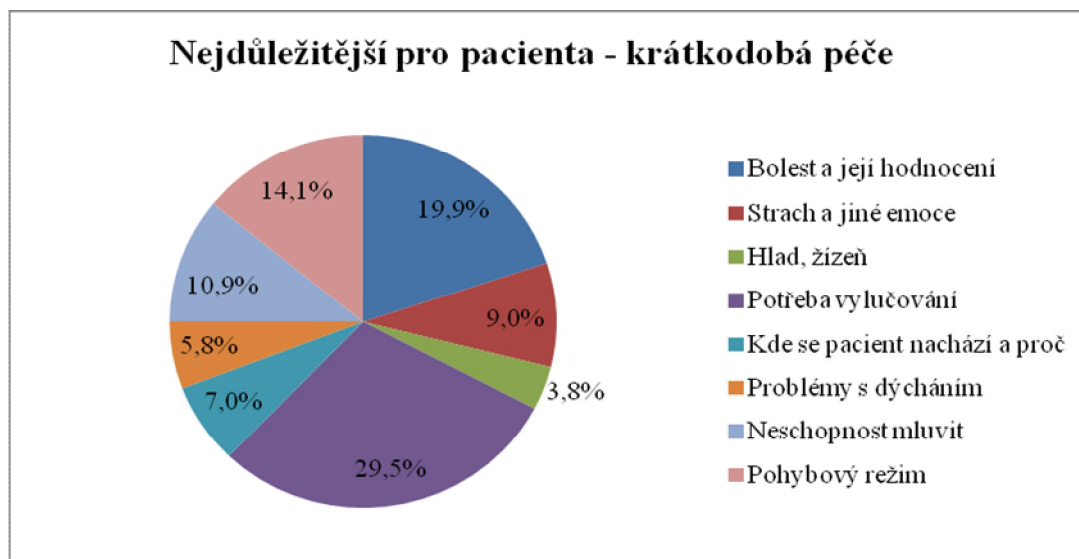
Z výsledků vyplývá, že pacienti hospitalizovaní na odděleních krátkodobé intenzivní péče nejastji sestrám sdlují informace, týkající se poteby vylučování, a to v 29,5% (46 respondentů). Ast také vyjadují bolest, v 19,9% (31 respondentů). eí pohybový režim, v 14,1% (22 respondentů) a neschopnost mluvit, v 10,9% (17 respondentů). V menší míře potom strach a jiné emoce, v 9% (14 respondentů). To, kde se pacient nachází a proč v 7% (11 respondentů), problémy s dýcháním 5,8% (9 respondentů) a hlad a žízeň 3,8% (6 respondentů).

V dlouhodobé intenzivní péči patří mezi nejastji sdlované informace hlad a žízeň s 27,8% (30 respondentů), což je velký rozdíl oproti krátkodobé péči, kde tato možnost měla pouze 3,8%. Vyjadování poteby vylučování má 25,9% (28 respondentů), informace o bolesti mají 19,4% (21 respondentů) a informace, týkající se problémů s dýcháním mají 16,7% (18 respondentů). Dále pohybový režim zahrnuje 6,5% (7 respondentů) a strach a jiné emoce 3,7% (4 respondenti). Možnost neschopnost mluvit neoznčil nikdo.

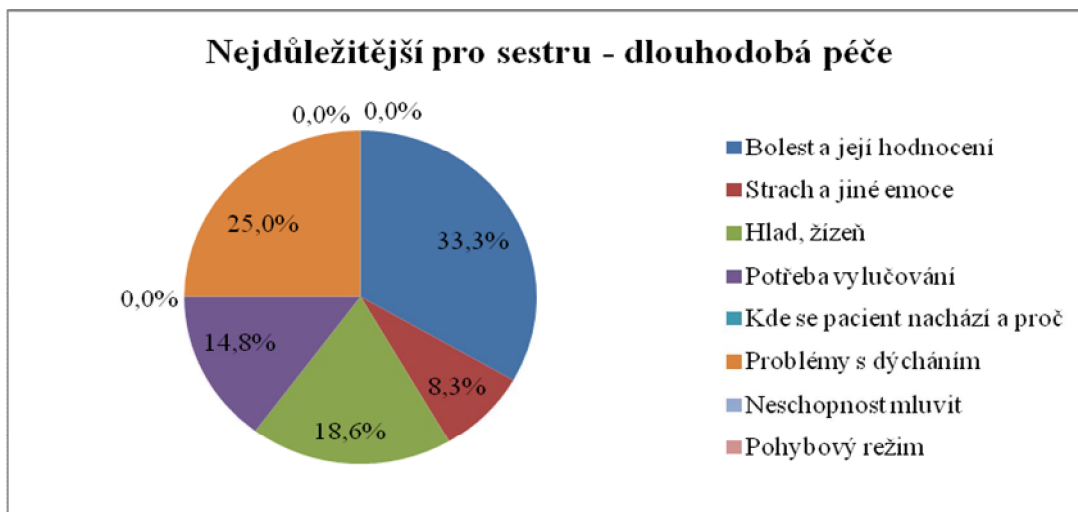
Jelikož v otázkách 8 a 9 byly značně rozdílné odpovědi, v následujících grafech jsem se k nim vrátila a pro lepší přehlednost graficky znázornila rozdíly v tom, co považují sestry za nejdůležitější sdělení mezi nimi a pacientem a tím, co se jim pacienti v praxi nejčastěji snaží sdělit.



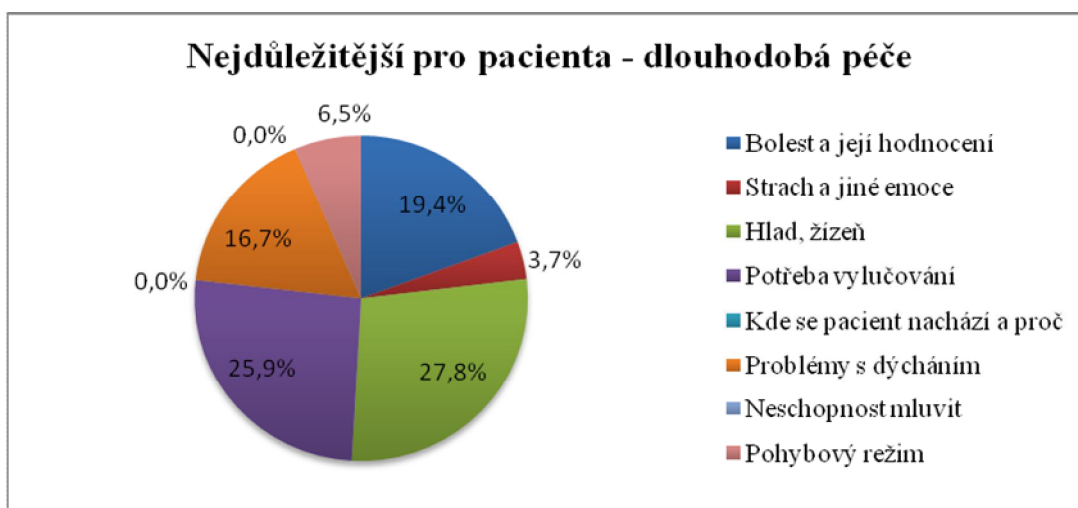
Obrázek 7 Graf informací nejdůležitější pro sestru v krátkodobé péči



Obrázek 8 Graf informací nejdůležitější pro pacienta v krátkodobé péči



Obrázek 9 Graf informací nejdůležitější pro sestru v dlouhodobé péči



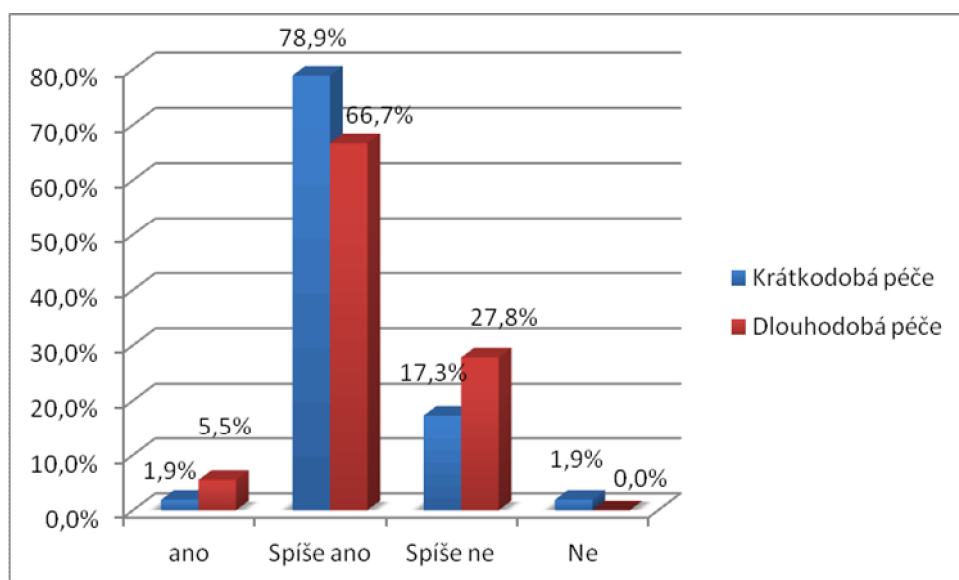
Obrázek 10 Graf informací nejdůležitější pro pacienta v dlouhodobé péči

5.4 Statistické vyhodnocení cíle . 3

Otázka . 10 ó Rozumíte vřdly tomu, co Vám pacient sd luje?

Tabulka 6 - Jak sestry rozumí pacientovi

	Krátkodobá pé e		Dlouhodobá pé e	
	n _i	f _i	n _i	f _i
Ano	1	1,9%	2	5,5%
Spí-e ano	41	78,9%	24	66,7%
Spí-e ne	9	17,3%	10	27,8%
Ne	1	1,9%	0	0,0%
Celkem (n)	52	100%	36	100%



Obrázek 11 - Graf porozum ní sester pacientovi

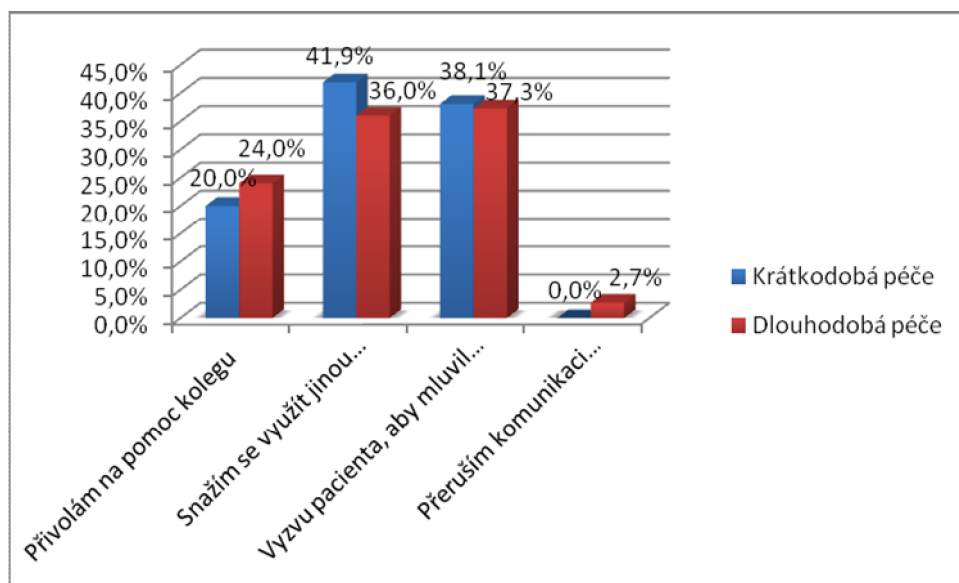
Jak je již vý-e z ejmé, v t-ina respondent uvedla, že pacientovi SPÍŠE ROZUMÍ. Takto odpov d lo 78,9% (41) respondent z krátkodobé a 66,7% (24) respondent z dlouhodobé intenzivní pé e. Odpov SPÍŠE NE ozna ilo 17,3% (9) respondent z krátkodobé a 27,8% (10) respondent z dlouhodobé intenzivní pé e. Dal-í ást respondent odpov d la ANO, rozumím pacientovi vřdly, toto uvedlo 1,9% (1) respondent z krátkodobé a 5,5% (2) respondent z dlouhodobé intenzivní pé e. Pouze 1,9% (1) respondent z krátkodobé a řádný respondent z dlouhodobé intenzivní pé e, uvedlo odpov , NE, nerozumím.

Otázka 11 - Jak reagujete, když nerozumíte, co Vám pacient sděluje?

(Respondenti měli možnost více odpovědí.)

Tabulka 7 - Reakce sester

	Krátkodobá péče		Dlouhodobá péče	
	n_i	f_i	n_i	f_i
Přivolám na pomoc kolegu	21	20,0%	18	24,0%
Snažím se využít jinou techniku komunikace	44	41,9%	27	36,0%
Vyzvu pacienta, aby mluvil pomalu, zřetelně artikuloval a vyjadřoval se jednoduše - v heslech	40	38,1%	28	37,3%
Přeruším komunikaci s pacientem a odejdu	0	0,0%	2	2,7%
Celkem (n)	105	100%	75	100%



Obrázek 12 - Graf reakcí sester

Touto otázkou jsem chtěla zjistit, zda si zdravotní sestry umí poradit v situaci, kdy pacientovi nemohou porozumět. Odpovědi, že se snaží využít jinou techniku komunikace a že vyzvou pacienta, aby mluvil pomalu, zřetelně artikuloval, vyjadřoval se jednoduše a v heslech byly v krátkodobé i dlouhodobé péči poměry vyrovnané.

Sestry pracující v krátkodobé intenzivní péči jako nejčastější reakci uvedly, že se snaží využít jinou techniku komunikace, a to v 41,9% (44 respondenti). Odpověď, že vyzvou pacienta, aby mluvil pomalu a zřetelně, měla 38,1% (40 respondentů). Na dalším místě byla možnost,

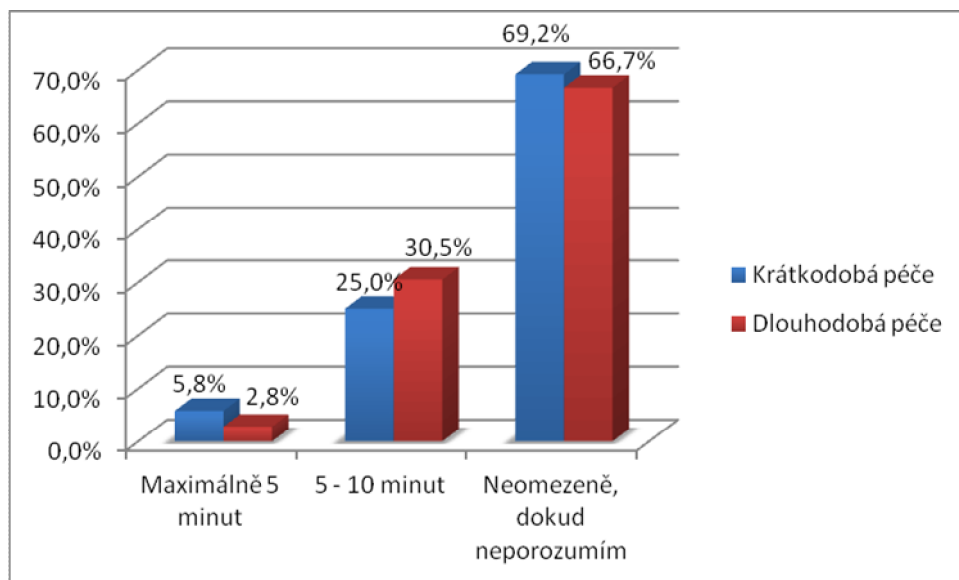
ře p ivolají na pomoc kolegu, s 20,0% (21 respondent). ře p eru-í komunikaci s pacientem a odejdou, nevedla fládná ze zdravotních sester.

V dlouhodobé intenzivní pé i bylo nej ast j-í mofností vyzvání pacienta, aby mluvil pomalu a z eteln a to s 37,3% (28 respondent). Dále pak to, ře se snaflí vyuffit jinou komunika ní techniku s 36% (27 respondent). 24% (18 respondent) m la mofnost, p ivolám na pomoc kolegu a pouhých 2,7% (2 respondenti), m la mofnost, p eru-ím komunikaci s pacientem.

Otázka . 12 ó Kolik asu trávíte snahou pacientovi porozum t?

Tabulka 8 - as

	Krátkodobá pé e		Dlouhodobá pé e	
	n _i	f _i	n _i	f _i
Maximáln 5 minut	3	5,8%	1	2,8%
5 - 10 minut	13	25,0%	11	30,5%
Neomezen , dokud neporozumím	36	69,2%	24	66,7%
Celkem (n)	52	100%	36	100%



Obrázek 13 - Graf asu

Zdravotní sestry nej ast ji uvád li, ře snahou porozum t pacientovi tráví neomezen dlouho asu. K této odpov di se p iklonilo 69,2% (36) sester z krátkodobé a 66,7% (24) sester z dlouhodobé intenzivní pé e. Dal-í ást zdravotních sester uvedla, ře jejich snaha porozum t

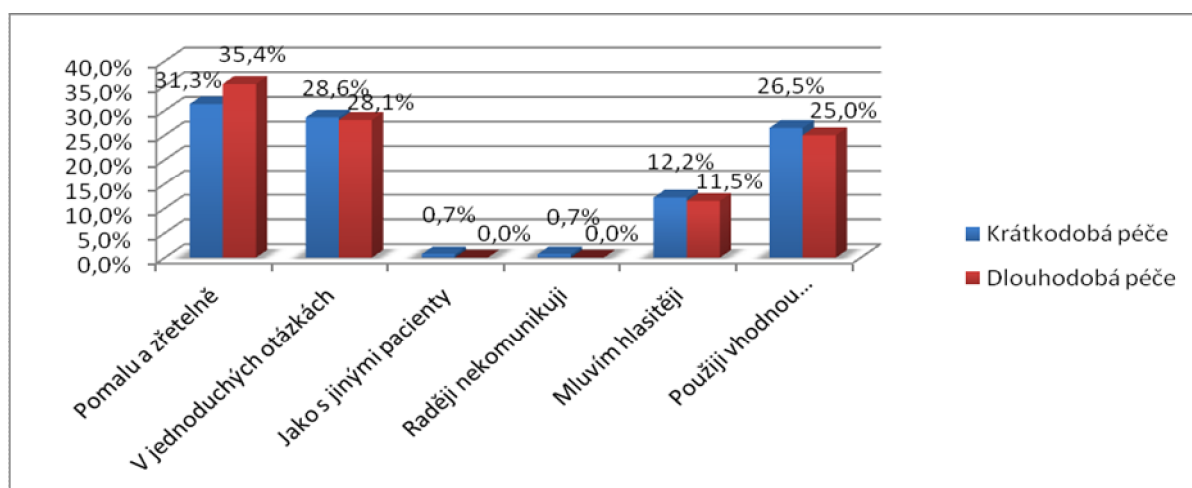
pacientovi trvá 5 ó 10 minut. Bylo to 25% (13) sester z krátkodobé a 30,5% (11) z dlouhodobé intenzivní pé e. Mořnost maximáln 5 minut uvedlo 5,8% (3) sester z krátkodobé a 2,8% (1) sester z dlouhodobé pé e. Potvrdila se mi domn nka, že nej ast ji budou zdravotní sestry volit mořnost, že se pacientovi budou snařit porozum t neomezen dluho.

Otázka . 13 ó Jak komunikujete s pacientem, se kterým je t řké se domluvit?

(Respondenti m li mořnost více odpov dí.)

Tabulka 9 - Zp soby komunikace

	Krátkodobá pé e		Dlouhodobá pé e	
	n _i	f _i	n _i	f _i
Pomalů a z eteln	46	31,3%	34	35,4%
V jednoduchých otázkách	42	28,6%	27	28,1%
Jako s jinými pacienty	1	0,7%	0	0,0%
Rad ji nekomunikuji	1	0,7%	0	0,0%
Mluví m hlasit ji	18	12,2%	11	11,5%
Pouřiji vhodnou alternativní techniku	39	26,5%	24	25,0%
Celkem (n)	147	100%	96	100%



Obrázek 14 - Graf zp soby komunikace

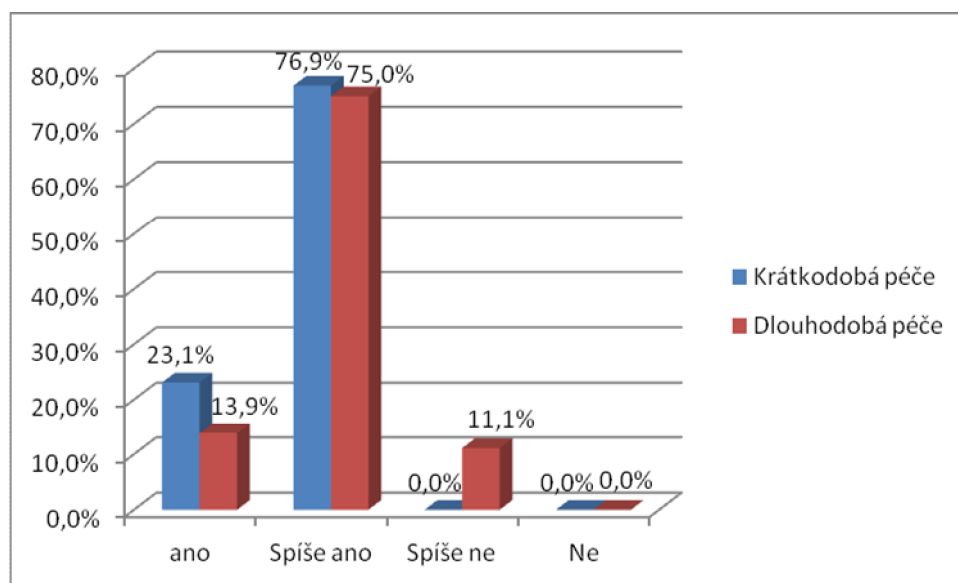
Z výsledku dotazníkového –et ení je z ejmé, že etnosti odpov dí se p i porovnání dlouhodobé a krátkodobé pé e p řili–neli–í. Jsou zde patrné tém vyrovnané procentuální hodnoty v odpov dích: pomalu a z eteln (31,3% a 35,4%), v jednoduchých otázkách (28,6%

a 28,1%), pouffiji vhodnou alternativní techniku (26,5% a 25,0%), mluvím hlasit ji (12,2% a 11,5%). Mořnost jako s jinými pacienty a rad ji nekomunikuji má po 0,7% (1 respondent) v krátkodobé pé i a 0% v dlouhodobé pé i, kde ji nevedl ani jeden respondent.

Otázka . 14 ó P i komunikaci s pacientem jste v t-inou trp livá/ý a ud láte si as?

Tabulka 10 ó Trp livost sester

	Krátkodobá pé e		Dlouhodobá pé e	
	n _i	f _i	n _i	f _i
Ano	12	23,1%	5	13,9%
Spí-e ano	40	76,9%	27	75,0%
Spí-e ne	0	0,0%	4	11,1%
Ne	0	0,0%	0	0,0%
Celkem (n)	52	100%	36	100%



Obrázek 15 - Graf trp livosti sester

U sester pracujících v krátkodobé intenzivní pé i má nejvyší zastoupení mořnost spí-e ano. Tuto mořnost uvedlo 76,9% (40) respondent . Dal-í ást respondent 23,1% (12) uvedla ano, p i komunikaci jsem trp livá. Mořnost spí-e ne a ne nevedl nikdo.

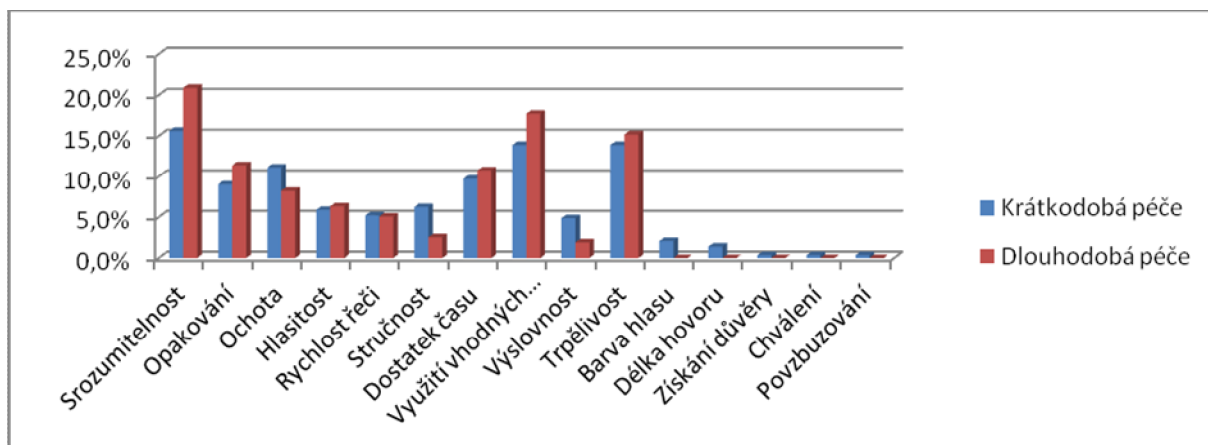
Podobné procentuální zastoupení bylo i u sester v dlouhodobé intenzivní pé i. Tady byla mořnost spí-e ano také nej ast ji volena, a to u 75,0% (27) respondent . Na dal-ím míst byla

možnost ano s 13,9% (5) respondentů a spíše ne s 11,1% (4) respondentů. Ne, nevedl žádný respondent.

Otázka 15. Co je podle Vás nejdůležitější při komunikaci s pacientem se zdravotními dýchacími cestami? (Respondenti mohli zvolit více odpovědí.)

Tabulka 11 - Co je nejdůležitější při komunikaci

	Krátkodobá péče		Dlouhodobá péče	
	n _i	f _i	n _i	f _i
Srozumitelnost	45	15,62%	33	20,89%
Opakování	26	9,03%	18	11,39%
Ochota	32	11,11%	13	8,23%
Hlasitost	17	5,90%	10	6,33%
Rychlost řešení	15	5,21%	8	5,06%
Stručnost	18	6,25%	4	2,53%
Dostatek času	28	9,72%	17	10,76%
Využití vhodných pomůcek	40	13,89%	28	17,72%
Výslovnost	14	4,86%	3	1,90%
Trpělivost	40	13,89%	24	15,19%
Barva hlasu	6	2,08%	0	0,00%
Délka hovoru	4	1,39%	0	0,00%
Získání důvěry	1	0,35%	0	0,00%
Chválení	1	0,35%	0	0,00%
Povzbuzování	1	0,35%	0	0,00%
Celkem (n)	288	100%	158	100%



Obrázek 16 - Graf nejčastějších dovedností při komunikaci

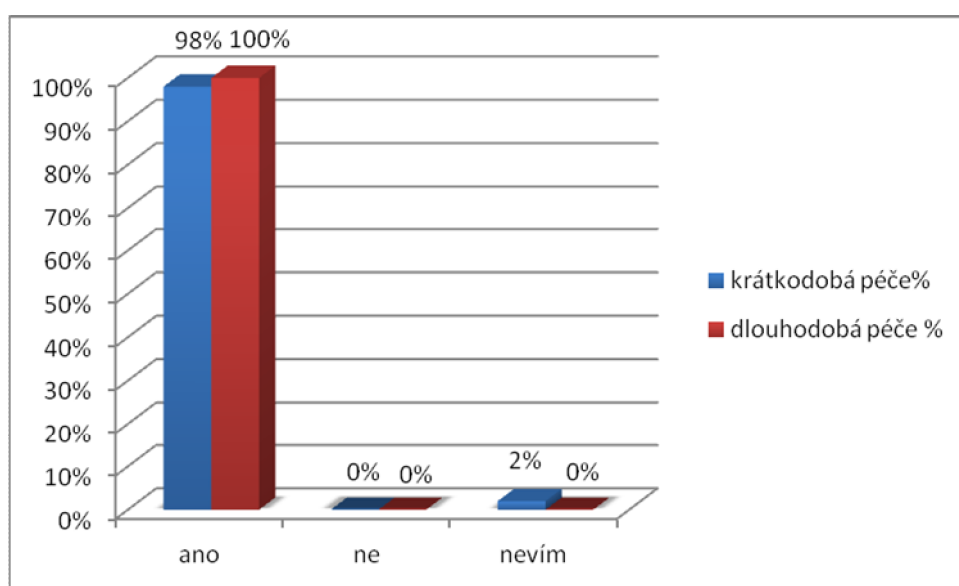
Pomocí této otázky jsem chtěla zjistit, zda si sestry uvědomují, co vše je v komunikaci s pacientem se zdravotními dýchacími cestami důležité. Nejčastěji si sestry na krátkodobém i dlouhodobém oddělení intenzivní péče uváděly srozumitelnost (15,62% a 20,89%), využití vhodných pomůcek (13,89% a 17,72%) a trpělivost (13,89% a 15,19%). Mezi další často volené možnosti patří opakování (9,03% a 11,39%), ochota (11,11% a 8,23%), dostatek času (9,72% a 10,76%). V možnosti jiné jeden z respondentů uvedl získání důvěry, chválení a povzbuzování.

5.5 Statistické vyhodnocení cíle 4

Otázka 3.3 Používáte na vaši péči alternativní metody komunikace?

Tabulka 12 - použití alternativních metod

	Krátkodobá péče		Dlouhodobá péče	
	ni	fi	ni	fi
Ano	51	98%	36	100%
Ne	0	0%	0	0%
Nevím	1	2%	0	0%
Celkem (n)	52	100%	36	100%



Obrázek 17 - Graf používání alternativních metod

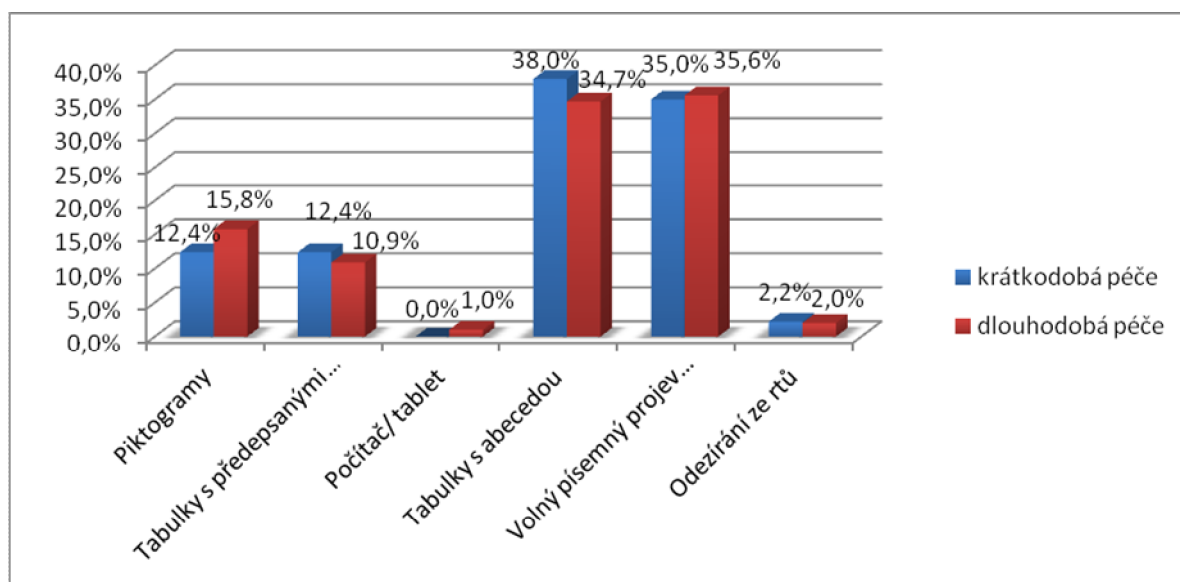
Na tuto otázku odpověděla většina respondentů kladně, ANO, používáme alternativní metody komunikace. 100% (36) respondentů z dlouhodobé intenzivní péče a 98% (51) respondentů z krátkodobé intenzivní péče. Pouze 2% respondentů (1) z krátkodobé péče odpověděla na tuto otázku NEVÍM. žádný respondent nevedl možnost NE.

Otázka 4.6 Jaké alternativní techniky máte možnost použít na vaším oddělení?

(Respondenti mohli možnost označit více odpovědí.)

Tabulka 13 - Možnost použití alternativních technik

	Krátkodobá péče		Dlouhodobá péče	
	ni	fi	ni	fi
Piktogramy	17	12,4%	16	15,8%
Tabulky s předepsanými slovy a vztahy	17	12,4%	11	10,9%
Počítač / tablet	0	0,0%	1	1,0%
Tabulky s abecedou	52	38,0%	35	34,7%
Volný písemný projev pacienta	48	35,0%	36	35,6%
Jiné - odezírání ze rt	3	2,2%	2	2,0%
Celkem (n)	137	100%	101	100%



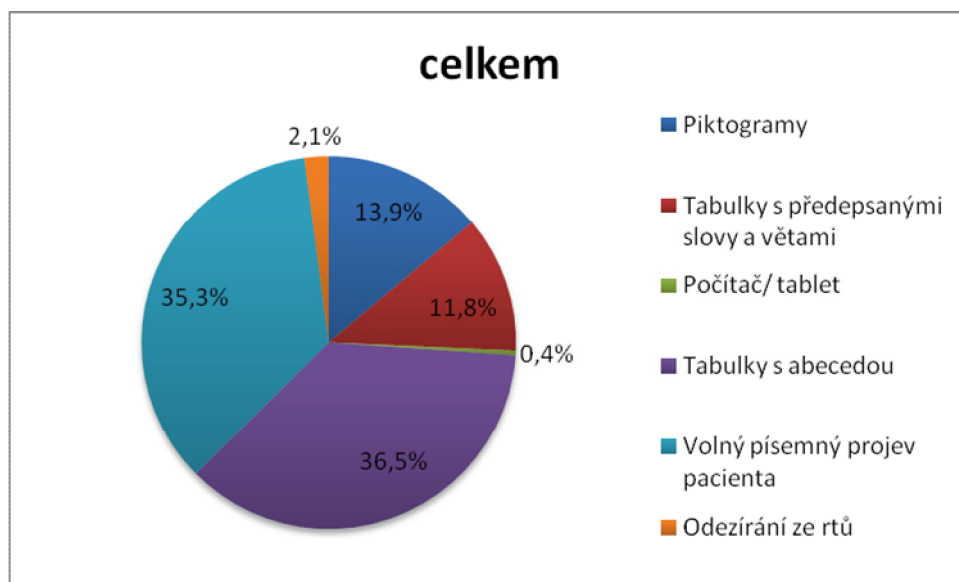
Obrázek 18 - Graf možností použití alternativních technik

Na tuto otázku odpovídaly pouze zdravotní sestry, které odpověděly na otázku 4.6 kladně a to, že na oddělení používají alternativní metody komunikace. Odpovědí bylo celkem 137 z krátkodobé a 101 z dlouhodobé intenzivní péče.

Z výsledkušetření vyplývá, že nejčastěji technikou neverbální komunikace na oddělení krátkodobé intenzivní péče je používání tabulek s abecedou, a to v 38%. Tuto možnost označilo všech 52 respondentů (100%). Další velmi často používanou metodou je volný písemný projev nemocného, s 35%, který uvedlo 48 respondentů. Piktogramy označilo 17 respondentů a to je dále na třetí místo v používání, s 12,4%. Na třetím místě jsou také

tabulky s předepsanými slovy a větami, které označilo stejné množství respondentů. Pouze 3 respondenti doplnili, že mají možnost využívat techniku odezírání ze rtů pacienta, to je 2,2%.

Zdravotní sestry pracující na odděleních dlouhodobé intenzivní péče jako nejastější alternativní techniku, kterou mají možnost používat na oddělení, uvedlo volný písemný projev pacienta, to je 35,6%, tuto možnost označili v jejich dotazování respondenti. Na dalším místě jsou tabulky s abecedou s 34,7% (35 respondentů), dále pak piktogramy s 15,8% (16 respondentů) a tabulky s předepsanými slovy a větami s 10,9% (11 respondentů). 2 respondenti uvedli odezírání ze rtů (2%) a pouze jeden počítač nebo tablet (1%).



Obrázek 19 - Graf možností použití alternativních technik - celkov

Na obrázku 19.5, jsou pro lepší přehlednost celkově zobrazeny alternativní techniky, které je možné používat bez ohledu na typ oddělení.

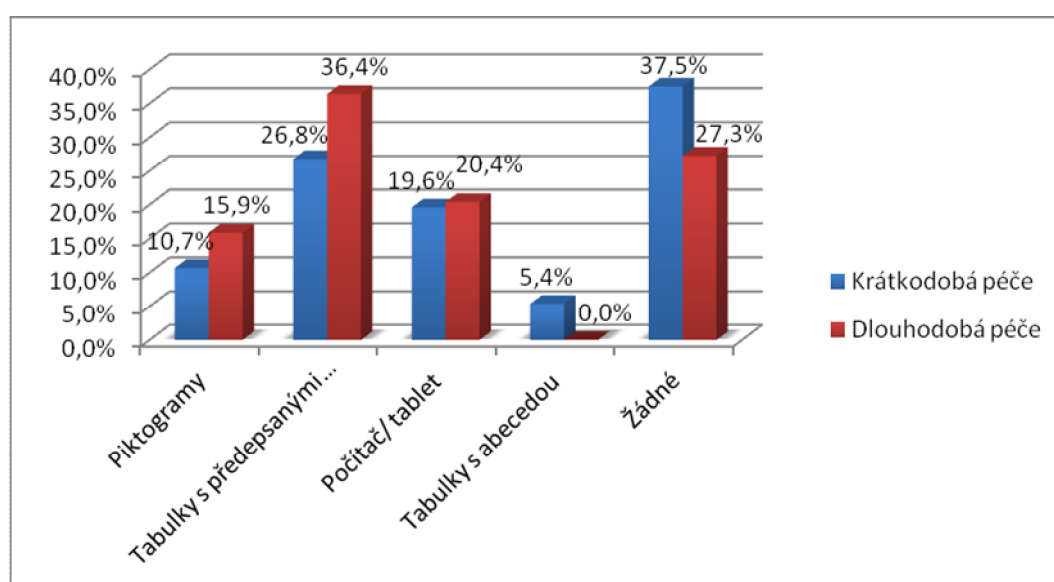
Otázka 5 - Z jakého důvodu na Vašem oddělení nepoužíváte alternativní techniky komunikace?

Na tuto otázku mohli odpovídat pouze respondenti, kteří na otázku 3 odpověděli záporně, tedy na oddělení nepoužívají alternativní techniky komunikace. Záporně neodpověděl žádný z respondentů.

Otázka 7 - Které alternativní pomůcky ke komunikaci podle Vás nejvíce chybí na vašem oddělení? (Respondenti mohli moznost více odpovědí.)

Tabulka 14 - Chybějící alternativní pomůcky

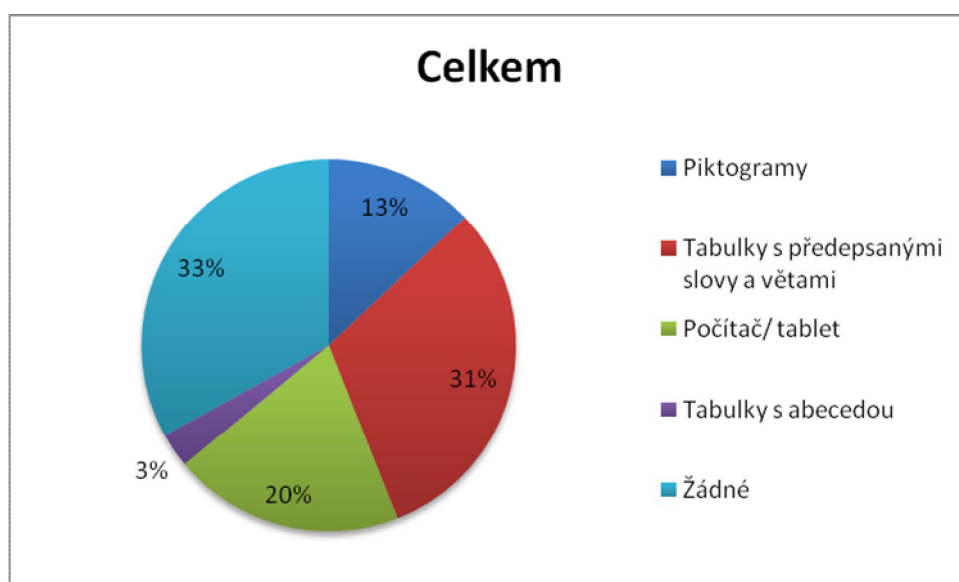
	Krátkodobá péče		Dlouhodobá péče	
	n _i	f _i	n _i	f _i
Piktogramy	6	10,7%	7	15,9%
Tabulky s předepsanými slovy a vztahy	15	26,8%	16	36,4%
Počítač / tablet	11	19,6%	9	20,4%
Tabulky s abecedou	3	5,4%	0	0,0%
žádné	21	37,5%	12	27,3%
Celkem (n)	56	100%	44	100%



Obrázek 20 - Graf chybějících alternativních pomůcek

Sestry na odděleních krátkodobé intenzivní péče nejastji volily možnost, že na oddělení podle nich nechybí žádné alternativní pomůcky, a to v 37,5% (21 respondent). Nejvíce dle sester chybí na odděleních tabulky s předepsanými slovy a větami ve 26,8% (15 respondent). 19,6% (11 respondent) má počítač nebo tablet, 10,7% (6 respondent) piktogramy a 5,4% (3 respondenti) tabulky s abecedou.

Na odděleních dlouhodobé intenzivní péče nejastji schází tabulky s předepsanými slovy a větami, tato možnost zaujímá 36,4% (16 respondent). Dále možnost počítače nebo tablet byla uvedena ve 20,4% (9 respondent), piktogramy zahrnují 15,9% (7 respondent). Tabulku s abecedou neuvedl nikdo z dotazovaných. Celých 27,3% (12 respondent) označilo, že na oddělení nechybí žádné pomůcky.



Obrázek 21 - Graf chybějících alternativních pomůcek - celkem

Zde je celkové znázornění toho, které alternativní pomůcky komunikace podle sester na odděleních nejvíce chybí. Sestry nejastji uváděly, že podle nich na oddělení žádné pomůcky nechybí. Ve velké míře uváděly, že na odděleních jim chybí tabulky s předepsanými slovy a větami, a to v 31%. Dále sem můžeme zařadit také počítač nebo tablet s 20% a piktogramy s 13%. Potvrdilo se mi, že nejméně na odděleních budou chybět tabulky s abecedou, ty byly uvedeny pouze v 3%.

6 Diskuze

V bakalářské práci jsem se zabývala problematikou komunikace mezi sestrou a pacientem se zajišťujícími dýchacími cestami. Zajímalo mě, jaké techniky komunikace používají sestry nejčastěji. Jestli získované informace dleřitě pro sestru, jsou stejné dleřitě i pro pacienta z pohledu sestry. Jak sestry reagují, když pacientovi nerozumí a jaké pomůcky ke komunikaci mohou používat na jednotlivých odděleních.

Výzkum jsem zaměřila na sestry pracující na odděleních dlouhodobé a krátkodobé intenzivní péče. Dotazníkové šetření probíhalo ve třech nemocnicích (okresní, krajské a fakultní) v březnu 2014. Rozdala jsem 120 dotazníků a celkem se mi jich vrátilo 88, z toho 52 dotazníků z oddělení krátkodobé a 36 dotazníků z dlouhodobé intenzivní péče.

Celkově jsem byla překvapena úrovní a poctou vyplněných dotazníků. Jifl výše zmíněný dotazník jsem zpracovala pomocí absolutní a relativní četnosti a výsledky následně porovnávala.

Z hledí praxe, ať už p i studiu nebo profesně mohu posoudit a připojit svůj názor na danou problematiku, kdy jsem prošla mnoha oddělení intenzivní péče, ať už krátkodobé nebo dlouhodobé. Na těchto odděleních jsem si všimla, že komunikace mezi sestrou a takovýmto pacientem je často problémem. Někdy krát jsem byla svědkem nepochopení pacientovi sestrou i lékaři, kteří neprojevili dostatek snahy o zjištění a zajištění potřeby pacienta. Velkým problémem je pro zdravotní sestry volba vhodné komunikační techniky.

Jako nejdelší jím v této práci, byl cíl číslo 1, ve kterém jsem chtěla zhodnotit a porovnat nejčastěji volenou formu komunikace a alternativní techniky komunikace u zdravotních sester pečujících o pacienty se zajišťujícími DC v závislosti na typu intenzivní péče. Pro tento cíl jsem vytvořila výzkumnou otázku: Jaké formy komunikace, případně jaké alternativní techniky zdravotní sestry p i komunikaci s pacientem se zajišťujícími DC nejčastěji volí?

K tomuto cíli se v mém dotazníku vztahovaly otázky číslo 2 a 6. Jím jsem se snažila zjistit, jak sestry komunikují s pacientem se zajišťujícími DC a jaké volí nejčastěji komunikační techniky. Dle vyhodnocení těchto otázek mohu konstatovat, že nejčastěji sestry volí zejména verbální komunikaci s ohledem na neverbální projevy pacienta, dále pak verbální komunikaci s použitím alternativních technik. Nejvíce využívají komunikační techniky neverbální (37,1%), tabulky s abecedou (37,7%) a také volný písemný projev pacienta (21,4%). Fakt, že zdravotní sestry využívají nejčastěji verbální komunikaci, potvrzuje i Martina Němcová ve své bakalářské práci na téma Komunikace sester s ventilovanými pacienty na Anesteziologicko-resuscitačním oddělení. (Němcová, 2010, str. 68)

Při hodnocení cíle a výzkumné otázky číslo 2, kdy jsem chtěla zjistit, které informace v dané problematice považují zdravotní sestry za nejdůležitější a které jim pacient nejčastěji sděluje, lze říci, že největší rozdíly byly v krátkodobé intenzivní péči v oblasti problémů s dýcháním. Kdy pro sestru byla taková sdělení velmi důležitá (33,3%), ale pro pacienta z pohledu sestry nikoli (5,8%). K potvrzení tohoto cíle byly v dotazníku vyřazeny otázky číslo 8 a 9, které jsem následně pro zajímavost mezi sebou porovnávala. Zajímalo mne jaký je rozdíl mezi tím, jaké informace jsou důležité pro zdravotní sestru, a mezi tím, co považuje za důležité pacient, z pohledu sestry. Během své profesní praxe jsem se často setkala s tím, že pacienta zajímaly a trápily věci, které se sestře zdály bezvýznamné nebo jí ani nenapadlo, že by pacienta mohly znepokojovat. Co se prokázalo i v dotazníkovém šetření, například výše zmíněné problémy s dýcháním nebo neschopnost mluvit. To v dotazníkovém šetření nepřiřadila důležitá žádná sestře, ale pacientům z pohledu sestry důležitá přiřadila. Na odděleních intenzivní péče je častým problémem, že sestry mají na starost mnoho přístrojů, techniky a dokumentace, a často zapomínají, že by zde měli být pro pacienta a ne pouze pro obsluhu přístrojů.

V cíli číslo 3 jsem se zaměřila na reakce sester při neschopnosti porozumět pacientovi se zajištěnými DC. Výzkumná otázka zněla: Jaké jsou nejčastější reakce zdravotních sester při neschopnosti porozumět pacientovi se zajištěnými DC? K tomuto cíli se vztahovaly v dotazníku otázky číslo 10, 11, 12, 13, 14 a 15. Zajímalo mě, jak odlišně budou reagovat sestry na oddělení dlouhodobé a krátkodobé intenzivní péče. Překvapilo mne, že odpovídá se u sester v závislosti na typu oddělení přílišně. Sestry zde uváděly, že když pacientovi nerozumí, snaží se vyřadit jiné techniky komunikace a vyzývají pacienta, aby mluvil pomalu, zetle a jednoduše. S tím bych souhlasila. Ovšem s tím nesouhlasím je to, že sestry uváděly, že jsou trpělivé a že si udělají čas na snahu domluvit se pacientem podle jeho potřeb. V poslední době jsem pracovala na Anesteziologicko-resuscitačním oddělení a na část úvazku i na oddělení Dlouhodobé intenzivní péče a mohu říci, že dle mého názoru sestry zdaleka nejsou tak trpělivé jak se ukázalo v dotazníkovém šetření. Z mého pohledu, sestry na krátkodobých odděleních intenzivní péče, jako je ARO nebo JIP, byly trpělivější a v novaly komunikaci s pacienty mnohem více času neřady sestry pracující na odděleních dlouhodobé intenzivní péče. Možná je to tím, že na ARO a JIP je jiná skladba pacientů, pacienti zde tráví kratší dobu, odcházejí a přicházejí. Kdežto na odděleních DIP a DIOP jsou pacienti hospitalizováni průměrně mnohem delší dobu, často uvl vzdali boj s nemocí a jejich pobyt jen málo kdy končí zlepšením stavu a následným uzdravením.

V cíli číslo 4, jsem zjistila možnosti a dostupnost pomůcek k alternativní komunikaci na odděleních intenzivní péče. Vytvořila jsem k tomuto cíli výzkumnou otázku: Jaké alternativní techniky mají zdravotní sestry možnost používat? K tomuto tématu se vztahovaly dotazníkové otázky č. 3, 4, 5 a 6. Snáhla jsem se zjistit, jaké alternativní techniky mají sestry na odděleních možnost používat a jaké podle nich nejvíce chybí. Analýza dotazníkového šetření potvrdila mé předpoklady, že nejrozšířenějšími a nejpoužívanějšími alternativními technikami jsou tabulky s abecedou a volný písemný projev nemocného. Ty jsou podle odpovědí sester dostupné téměř na všech pracovištích. Překvapilo mě, že poměrně velká část dotázaných uvedla, že mají na pracovišti možnost používat pictogramy a tabulky s předepsanými slovy a větami, protože na odděleních, kde jsem pracovala, tyto pomůcky nebyly. Je ale pravda, že v případě potřeby a dostatek času, byla možnost si pomoci počítačem a tyto pomůcky opatřit. Také bych chtěla upozornit, že sestry často uváděly, že na oddělení jim chybí počítač nebo tablet. Někomu se takováto technika při komunikaci s pacientem může zdát zbytečná, ale dle mého názoru by u některých pacientů mohla povzbudit v jejich snaze vyjádřit své potřeby. Myslím si, že by to fungovalo především u mladých lidí, kteří jsou na komunikaci podobnými prostředky zvyklí z běžného života a pomohla by jim také se zpevnit socializací. Je samozřejmě, že by sestra nedoporučila komunikaci pomocí tabletu i počítače pacientům, kteří jí předtím nevyužívali.

6.1 Výzkumy zaměřené na problematiku komunikace mezi sestrou a pacientem se zdravotními DC

Na téma problematiky komunikace s pacienty, kteří mají zdravotní DC, nebo s poruchou v domní probíhala výzkum. Jsou to průzkumy prováděné v rámci závěrečných prací nebo výzkumy, které provedli přímo zdravotní pracovníci. Tyto studie se zaměřují především na dostupnost a využití pomůcek k alternativní komunikaci a v neposlední řadě na nejvíce sdělované problémy ze strany pacientů i ze strany sester. Dále pak na zapojení rodiny pacienta v možnosti komunikovat s ním v případě, že je pít v domě a má zdravotní DC.

V roce 2012 byl proveden výzkum na téma s velmi podobnou problematikou, který provedla Jaroslava Čechová. Autorka v závěru své práce uvádí, že zdravotní sestry pít komunikaci s pacientem se zdravotními DC používají širokou škálu alternativních technik. Nezůstávají pouze u jedné techniky, ale kombinují je, což je ve výsledku pro ně složitější, ale s lepším efektem porozumění pro pacienta. Tak tomu bylo i v závěru mého dotazníkového šetření. (Čechová, 2012, str. 69–71)

Stejně tak mě zaujal výzkum autorky Zuzany Schánilcové, která ve svém výzkumu uvádí, že nejast jí volenými alternativními technikama je neverbální komunikace a písemný projev pacienta, stejně tak tomu bylo i ve výsledcích mého průzkumu. (Schánilcová, 2009, str. 76–77)

Z výše uvedených prací plynuly poznatky pro tvorbu mého šetření, které ukazuje v několika případech stejné nebo podobné výsledky.

6.2 Návrhy pro zlepšení problematiky vztahující se k výsledkům výzkumu

Podle mého názoru, je ke správné komunikaci s pacientem nejděležitější trpělivá a ochotná sestra, která ví jak komunikovat a zná různé alternativní techniky. Z toho důvodu by bylo dobré, zaměřit se na edukaci sester v rámci jednotlivých pracovišť. Výuka sester by mohla probíhat formou přednášek, seminářů nebo i distribucí tematických časopisů na jednotlivá oddělení.

Význam hraje také dostatek vhodných pomůcek na pracovišti, na což by měl dbát zaměstnavatel a vedoucí pracovníci oddělení. Sestra by měla umět posoudit možnosti pacienta

a doporučit mu vhodné pomůcky ke komunikaci. Stejně tak i informovat rodinu pacienta a pomoci jí s možnostmi komunikace. Přeci jen rodinný příslušník je pro pacienta ten nejbližší člověk, se kterým si toho má nejvíce co říci, postřehovat si mu, vypovídat se. V návaznosti na rodinu se tak můžeme často setkat s lepší reakcí ze strany pacienta, s čímž je spojené i jeho lepší postoj k léčbě a rekonvalescenci celkově.

Jelikož velké procento sester uvedlo, že na oddělení jim chybí tabulky s předepsanými vztahy a slovy, umístila jsem do přílohy této práce svůj vlastní návrh na takovou tabulku.

Také bych chtěla upozornit, že sestry také často uvádějí, že na oddělení jim chybí počítač nebo tablet. Z finančního hlediska můžeme být pořízením těchto pomůcek obtížné, ale dle mého názoru by to do budoucna nemělo být nemožné a opomíjené.

Důležitý je aktivní a ohleduplný přístup sester, protože právony jsou nejvíce v kontaktu s pacientem. Je třeba, aby se sestry nevyhýbaly kontaktu s pacientem, s kterým je obtížnější a časově náročnější komunikace. Protože právní faktor hraje v komunikaci důležitou roli. Nejčastěji dochází ke vzniku problémů je netrpělivost, nedostatečná zkušenosti personálu a v neposlední řadě také nemožnost získání zpětné vazby například u pacientů s poruchou v domě. Protože i u takových pacientů můžeme mít právní komunikace dobrý vliv na jejich celkový stav.

Aby mohla zdravotní sestra odvádět dobrou a kvalitní péči o pacienta je dle mého názoru nejdůležitější, aby měla dostatek odborných znalostí a nepodceňovala aktivní účast na odborných vzdělávacích akcích.

Závěr

Tématu problematiky komunikace je v posledních letech v novárodním dále více pozornosti. V porovnání verbální a neverbální komunikace můžeme konstatovat, že pomocí té neverbální komunikace nejen z pacientova obličeje vyčíst některé problémy či potřeby, nejste jí bolest nebo strach, které se nám pacient bojí nebo které nám nechce říci, a ušít z jakéhokoli důvodu. Proto by měla být spolupráce sestry a pacienta založena na úctě a důvěře.

V bakalářské práci jsem se zaměřila na problematiku komunikace mezi zdravotní sestrou a pacientem se zajišťovanými dýchacími cestami, která je v mnohém specifická. Pacient často nemůže komunikovat verbálně. Někdy se snaží komunikovat pomocí neverbálních projevů, například gesty nebo mimikou, ale velmi často není takto možné se domluvit. Potom je na sestře, aby se zamyslela a navrhla pacientovi vhodnou techniku alternativní nebo augmentativní komunikace.

Důvodem pro výběr tohoto tématu byly mé zkušenosti z praxe. Pracovala jsem na oddělení dlouhodobé i krátkodobé intenzivní péče, kde jsem se setkala s různými metodami komunikace a s rozdílným přístupem sester k ní. Proto jsem se rozhodla věnovat tomuto tématu a zjistit odlišnosti v závislosti na typu oddělení krátkodobé a dlouhodobé intenzivní péče.

V teoretické části popisují verbální a neverbální komunikaci, různé alternativní a augmentativní techniky komunikace. V neposlední řadě také specifika komunikace s pacientem se zajišťovanými dýchacími cestami a s pacientem s poruchou v domě.

Empirická část práce má za cíl zhodnotit způsob komunikace s pacientem se zajišťovanými dýchacími cestami, využívání alternativních technik komunikace, dostupnost sdělovaných informací, reakce sester a jejich trpělivost. Také zjistit možnosti a dostupnost pomůcek.

Díky analýze dat získaných dotazníkovým šetřením, které jsem provedla v náhodně vybraném vzorku zdravotních sester, můžeme říci, že sestry komunikují s pacienty pomocí verbální komunikace s reakcemi na neverbální projevy pacienta a s pomocí alternativních technik. Při volbě komunikačních technik nejste jí volí tabulky s písmeny abecedy, neverbální komunikaci (haptika, gestika, mimika atd.) a volný písemný projev nemocného. Na odděleních často chybí tabulky s předepsanými slovy a větami. Potvrdilo se mi, že je rozdíl mezi tím, jaké informace jsou dostupné pro zdravotní sestru, a mezi tím, co považuje za dostupné pacient, z pohledu sestry. Dozvěděla jsem se, že kdyby sestry pacientovi nerozumí,

nejastji se snaží vyuffít jiné techniky komunikace a vyzívají pacienta, aby mluvil pomalu, z eteln a jednodu-e.

Komunikace s pacientem se zaji-t nými dýchacími cestami je v mnohém specifická, proto je d leffité, aby sestry komunikaci v novali dostatek asu a trp livosti. Tím, fle si ud láme as, pacienta ujistíme, fle jsme tu s ním a pro n ho. Nedostatek asu v komunikaci je pro pacienta stresující, m fle mít strach, být nervozní, vztekly afl agresivní. Každý lov k je individuální, originální stvo ení, proto bychom ke každému m li p istupovat tak, jak bychom cht li, aby bylo p istupováno k nám, kdybychom se dostali do stejné situace, jako je práv pacient.

Soupis bibliografických citací

Ti-t né zdroje:

1. ADAIR, John. Efektivní komunikace. 1. vydání. Praha: Alfa Publishing, 2004. ISBN 80-86851-10-9.
2. DEVITO, Joseph. Základy mezilidské komunikace. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 2002. ISBN 80-7169-988-8.
3. JANÁ KOVÁ, Laura a Petr, WEISS. Komunikace ve zdravotnické pé i. 1. vydání. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-477-9.
4. JANOVCOVÁ, Zora. Alternativní a augmentativní komunikace. 1. vydání. Brno: Masarykova univerzita, 2004. ISBN 80-210-3204-9.
5. KAPOUNOVÁ, Gabriela. O-et ovatelství v intenzivní pé i. 1. vydání. Praha: Grada publishing, 2007. ISBN 978-80-247-1830-9.
6. PECH, Jaroslav. e t la a um ní komunikace. 1. vydání. Praha: NS Svoboda, 2009. ISBN 978-80-205-0606-1.
7. POKORNÁ, Andrea. Efektivní komunika ní techniky v o-et ovatelství. 3. vydání. Brno: Národní centrum o-et ovatelství a neléka ských zdravotnických obor , 2011. ISBN 978-80-7013-524-2.
8. TPATENKOVÁ, Nad fida a Jaroslava KRÁLOVÁ. Základní otázky komunikace. Komunikace (nejen) pro sestry. 1. vydání. Praha: Galén, 2009. ISBN 978-80-7262-599-4.
9. VENGLÁ OVÁ, Martina a Gabriela MAHROVÁ. Komunikace pro zdravotní sestry. 1. vydání. Praha: Grada publishing, 2006. ISBN 80-247-1262-8.
10. ZEMANOVÁ, Jitka. Základy anesteziologie. 2. vydání. Brno: Národní centrum o-et ovatelství a neléka ských zdravotnických obor , 2009. ISBN 978-80-7013-505-1.

Internetové zdroje:

11. E KOVÁ, Jaroslava. Neverbální komunikace v-eobecné sestry s pacientem [online]. Hradec Králové, 2012. Bakalá ská práce. Karlova univerzita. Dostupné z WWW: < <https://is.cuni.cz/webapps/zzp/detail/119551>>.

- 12.** N MCOVÁ, Martina. Komunikace sester s ventilovanými pacienty na Anesteziologicko-ó resuscitačním oddělení [online]. Brno, 2010. Bakalářská práce. Masarykova univerzita. Dostupné z WWW: <http://is.muni.cz/th/258910/lf_b/>.
- 13.** SCHÁNILCOVÁ, Zuzana. Komunikační dovednosti sester pracujících na ARO/JIP [online]. Praha, 2009. Magisterská práce. Karlova univerzita. Dostupné z WWW: <<https://is.cuni.cz/webapps/zzp/detail/71646>>.

Seznam p íloh

P íloha A: Dotazník

P íloha B: Piktogramy

P íloha C: Tabulka s abecedou

P íloha D: Návrh na tabulku s p edepsanými v tami

P íloha A: Dotazník

DOTAZNÍK

Dobrý den,

Jmenuji se Kristýna Dejdarová a jsem studentkou 3. ro níku bakalá ského studijního oboru Ošet ovatelství na Fakult zdravotnických studií Univerzity Pardubice.

Dovoluji si Vás tímto pořídat o vypln ní tohoto dotazníku. Dotazník slouží jako podklad pro výzkumnou ást mé bakalá ské práce s názvem **õProblematika komunikace mezi sestrou a pacientem se zaji-t ními dýchacími cestamiõ**. Dotazník je ur en pro sestry a je zcela anonymní. Získaná data budou zpracována výhradn v rámci mé bakalá ské práce.

Odpov di u jednotlivých otázek, prosím, zakroufkujte. Pokud není uvedeno jinak, za-krtíte pouze jednu odpov . V p ípad opravy, -patnou odpov p e-krtíte a zakroufkujete jinou.

P edem dí kuji za spolupráci.

1. Na jakém typu odd lení intenzivní pé e pracujete?

- a) krátkodobá pé e (ARO, JIP)
- b) dlouhodobá pé e (DIP, DIOP)

2. Jakým zp sobem komunikujete s pacienty se zaji-t ními dýchacími cestami? (mořnost ozna it více odpov dí)

- a) verbáln s reakcí na neverbální projevy pacienta
- b) verbáln s pomocí alternativních technik
- c) verbáln , ale nesleduji neverbální projevy
- d) s takovým pacientem komunikuji minimáln , nedomluvíme se

3. Pouříváte na Va-em odd lení alternativní techniky komunikace?

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

Pokud jste na otázku . 3 odpov dí l/a kladn , pokračujte otázkou íslo 4. Pokud jste odpov dí l/a záporn , pokračujte otázkou íslo 5.

4. Jaké alternativní techniky máte mořnost pouřít na Va-em odd lení? (mořnost ozna it více odpov dí)

- a) piktogramy
- b) tabulky s p edepsanými slovy a v tami
- c) po íta / tablet
- d) tabulky s abecedou
- e) volný písemný projev pacienta
- f) jiné í í í í í í í í í í .

5. Z jakého d vodu na Va-em odd lení nepouříváte alternativní techniky komunikace?

- a) na odd lení nejsou k dispozici
- b) rozumím pacient m i bez nich
- c) nejsou pro zji- ování informací efektivní
- d) nikdy jsem o nich nesly-ela
- e) nemám dostatek znalostí k jejich pouřívání
- f) nedostatek asu
- g) nevím
- h) jiné í í í í í í í í í í í í .

11. Jak reagujete, když nerozumíte tomu, co Vám pacient sděluje? (možnost zakrtnout více odpovědí)

- a) popíšu na pomoc kolegu
- b) snažím se využít jinou techniku komunikace
- c) vyzvu pacienta, aby mluvil pomalu, zřetelně artikuloval a vyjadřoval se jednoduše a stručně v heslech
- d) pokračuji v komunikaci s pacientem a odejdu

12. Kolik času trávíte snahou pacientovi porozumět?

- a) maximálně 5 minut
- b) 5 a 10 minut
- c) neomezeně, dokud neporozumím potřebám pacienta

13. Jak komunikujete s pacientem, se kterým je těžké se domluvit? (možnost označit více odpovědí)

- a) pomalu a zřetelně
- b) v jednoduchých otázkách
- c) jako s jinými pacienty
- d) raději nekomunikuji
- e) mluvím hlasitěji
- f) použiji vhodnou alternativní techniku

14. Při komunikaci s pacientem jste v minulosti trpěli a uděláte si čas?

- a) ano vždy
- b) spíše ano
- c) spíše ne
- d) ne, nikdy

15. Co je podle Vás nejdůležitější při komunikaci s pacientem se zajištěnými dýchacími cestami? (možnost označit více odpovědí)

- a) srozumitelnost
- b) opakování
- c) ochota
- d) hlasitost
- e) rychlost
- f) stručnost
- g) dostatek času
- h) využití vhodných pomůcek
- ch) výslovnost
- i) trpělivost
- j) barva hlasu
- k) délka hovoru
- l) jiné: í í í í í í í í í í í í í í í í ..

Příloha B: Komunikační karty ve formě piktogramů



(Němcová, 2010, str. 16)

Příloha C: Tabulka s abecedou

A	B	C	D	E	F
G	H	I	J	K	L
M	N	O	P	Q	R
S	T	U	V	W	X
Y	Z				

(Němcová, 2010, str. 87)

P íloha D: Návrh na tabulku s p edepsanými v tami

POT EBUJI ODSÁT.
POT EBUJI OTO IT.
POT EBUJI ZVEDNOUT POD HLAVOU.
TM PATN SE MI DÝCHÁ.
BOLEST.
JE MI ZIMA.
JE MI HORKO.
POT EBUJI NA ZÁCHOD.
BUDU ZVRACET.
MÁM HLAD.
MÁM řÍZE .
KDE TO JSEM?
PRO NEM řIU MLUVIT?
PRO NEM řIU VSTÁT Z POSTELE?
CO JE ZA DEN?
KOLIK JE HODIN?
CHCI MLUVIT S RODINOU.

