

Kvalita komunikace sester v péči o pacienty na umělé plicní ventilaci

Alžběta Kundratová

Bakalářská práce
2022



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav zdravotnických věd

Akademický rok: 2021/2022

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(projektu, uměleckého díla, uměleckého výkonu)

Jméno a příjmení: **Alžběta Kundratová**
Osobní číslo: **H19039**
Studijní program: **B5341 Ošetrovatelství**
Studijní obor: **Všeobecná sestra**
Forma studia: **Prezenční**
Téma práce: **Kvalita komunikace sester v péči o pacienty na umělé plicní ventilaci**

Zásady pro vypracování

Rešerše literatury.

Vymezení pojmů a teoretických východisek v oblasti kvality komunikace sester v péči o pacienty na umělé plicní ventilaci.

Příprava metodiky kvalitativního výzkumu.

Formulace kritérií pro výběr participantů.

Realizace výzkumu technikou rozhovoru.

Zpracování, vyhodnocení a interpretace získaných informací.

Prezentace výsledků výzkumu, jejich shrnutí a návrh doporučení pro praxi.

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

Seznam doporučené literatury:

BARTŮNĚK, P., D. JURÁSKOVÁ, J. HECZKOVÁ a kol. *Vybrané kapitoly z intenzivní péče*. Praha: Grada, 2016. 752 s. ISBN 978-80-24-4343-1.

DITHOLE, K. S., G. THUPAYAGALE-TSHWENEAGAE et al. Communication Skills Intervention: Promoting Effective Communication between Nurses and Mechanically Ventilated Patients. *BMC Nursing* [online]. 2017, vol. 16, no. 1. [cit. 2021-15-10]. DOI: 10.1186/s12912-017-0268-5.

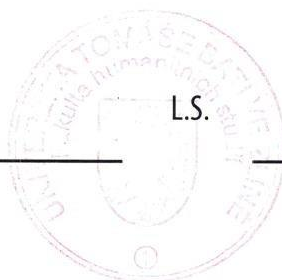
TOMOVÁ, Š. a J. KŘIVKOVÁ. *Komunikace s pacientem v intenzivní péči*. Praha: Grada, 2016. 134 s. ISBN 978-80-271-9540-4.

ZACHAROVÁ, E. *Komunikace v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada, 2016. 128 s. ISBN 978-80-271-0156-6.

Vedoucí bakalářské práce: **Mgr. Jitka Hůsková, Ph.D.**
Ústav zdravotnických věd

Datum zadání bakalářské práce: **22. října 2021**
Termín odevzdání bakalářské práce: **27. května 2022**

Mgr. Libor Marek, Ph.D.
děkan



PhDr. Pavla Kudlová, Ph.D.
ředitelka ústavu

Ve Zlíně dne 10. ledna 2022

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 ¹⁾;
- 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 ²⁾;
- podle § 60 ³⁾ 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 ³⁾ 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(a) samostatně a použitou literaturu jsem citoval(a). V případě publikace výsledků budu uveden(a) jako spoluautor.

Ve Zlíně

.....

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 vzdělávacího 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). Odpirá-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 licenci, 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 výdělku jim dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence podle odstavce 2 přiměřeně přispěl na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložily, a to podle okolností až do jejich skutečné výše; přitom se přihlédne k výši výdělku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.

ABSTRAKT

Tato bakalářská práce se zabývá kvalitou komunikace sester v péči o pacienty na umělé plicní ventilaci. Je rozdělená na část teoretickou a část praktickou. Teoretická část bakalářské práce je zaměřená na problematiku komunikace s pacienty a na umělou plicní ventilaci. V praktické části bakalářské práce je proveden kvalitativní výzkum technikou polostrukturovaných rozhovorů. Hlavní výzkumnou otázkou bakalářské práce je zjistit, jak vnímají kvalitu komunikace všeobecné sestry u vybraných pacientů na UPV (pacienti s RASS -5). Vedlejší výzkumnou otázkou je zjistit, jakým způsobem nejčastěji komunikují všeobecné sestry s pacienty na UPV s RASS -5.

Klíčová slova: kvalita komunikace, všeobecné sestry, pacienti na UPV

ABSTRACT

This bachelor thesis deals with the quality of communication of nurses in the care for patients on artificial lung ventilation. It is divided into theoretical part and a practical part. The theoretical part of this thesis is focused on a communication issues with patients and on artificial lung ventilation. In the practical part of this thesis there is done a qualitative research by a technique of semi-structured interviews. The main research aim of this thesis is to find out how nurses perceive the communication quality with selected patients on ALV (patients with RASS -5). The secondary research aim is find out the way of communication which is used by nurses in care for patients on artificial lung.

Keywords: communication quality, nurses, patients on ALV

Poděkování

Děkuji Mgr. Jitce Hůskové, Ph.D. za odborné vedení bakalářské práce, za podporu, čas, vstřícnost a trpělivost, kterou mně poskytovala. Dále bych chtěla poděkovat participantkám, které se zúčastnily výzkumné části bakalářské práce. Poděkování patří také mé rodině, která mě podporovala po celou dobu psaní bakalářské práce.

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

OBSAH

ÚVOD.....	10
I TEORETICKÁ ČÁST	12
1 KOMUNIKACE S PACIENTEM	13
1.1 VERBÁLNÍ KOMUNIKACE	14
1.2 NEVERBÁLNÍ KOMUNIKACE.....	15
1.3 FAKTORY OVLIVŇUJÍCÍ KOMUNIKACI S PACIENTEM.....	17
1.4 MOŽNOSTI KOMUNIKACE S PACIENTEM NA UPV.....	18
1.5 BAZÁLNÍ STIMULACE.....	22
2 UMĚLÁ PLICNÍ VENTILACE	24
2.1 INDIKACE K UMĚLÉ PLICNÍ VENTILACI.....	24
2.2 ZAJIŠTĚNÍ DÝCHACÍCH CEST	24
2.2.1 Endotracheální intubace	25
2.2.2 Tracheostomie	25
2.3 FORMY UMĚLÉ PLICNÍ VENTILACE	26
2.4 ANALGOSEDACE U PACIENTA NA UMĚLÉ PLICNÍ VENTILACI	27
2.4.1 Klasifikace vědomí u pacienta na umělé plicní ventilaci.....	28
2.5 SLEDOVÁNÍ PACIENTA NA UMĚLÉ PLICNÍ VENTILACI	28
2.6 OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE U PACIENTA NA UMĚLÉ PLICNÍ VENTILACI	30
2.7 RIZIKA U PACIENTA NA UMĚLÉ PLICNÍ VENTILACI	31
2.8 POLOHOVÁNÍ PACIENTA NA UMĚLÉ PLICNÍ VENTILACI	31
2.9 HYGIENICKÁ PÉČE U PACIENTA NA UMĚLÉ PLICNÍ VENTILACI.....	32
2.9.1 Péče o dýchací cesty.....	33
2.9.2 Péče o endotracheální kanylu a tracheostomii	34
2.10 EXTUBACE A DEKANYLACE	34
II PRAKTICKÁ ČÁST	36
3 METODIKA PRÁCE.....	37
3.1 VÝZKUMNÉ OTÁZKY PRÁCE	37
3.2 METODA A TECHNIKA SBĚRU DAT	37
3.3 CHARAKTERISTIKA VÝZKUMNÉHO VZORKU	38
3.4 ORGANIZACE VÝZKUMU.....	38
3.5 ZPRACOVÁNÍ ZÍSKANÝCH INFORMACÍ	39
4 VYHODNOCENÍ A INTERPRETACE ZÍSKANÝCH INFORMACÍ	40
4.1 ROZHOVORY	40
5 DISKUZE.....	52

5.1	DOPORUČENÍ PRO PRAXI.....	54
ZÁVĚR	.....	55
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	.....	56
SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK	.....	60
SEZNAM TABULEK	.....	62
SEZNAM PŘÍLOH	.....	63

ÚVOD

Komunikace je nedílnou součástí běžného lidského života. Pomocí komunikace jsme schopní vyjadřovat své pocity, potřeby, starosti, ale i obavy a sdílet je s ostatními lidmi. Komunikace je pro povolání všeobecné sestry nepostradatelnou součástí její práce. Pomocí komunikace se všeobecné sestry mohou s pacienty dorozumívat a zjišťovat tak důležité a podstatné informace.

Tématem této bakalářské práce je kvalita komunikace sester v péči o pacienty na umělé plicní ventilaci. Téma jsem zvolila, z toho důvodu, že mě zajímá problematika spojená s péčí o pacienta na UPV. Komunikace s tímto pacientem je nedílnou součástí ošetrovatelské péče a díky UPV má svá specifika.

Hlavní výzkumnou otázkou bakalářské práce je zjistit, jak vnímají kvalitu komunikace všeobecné sestry u vybraných pacientů na UPV (pacienti s RASS -5). Vedlejší výzkumnou otázkou této bakalářské práce je zjistit, jakým způsobem nejčastěji komunikují všeobecné sestry s pacienty na UPV s RASS -5.

Teoretická část bakalářské práce je rozdělena na dvě kapitoly. První kapitola se zabývá problematikou komunikace s pacientem. V kapitole je popsána forma verbální a neverbální komunikace, faktory, které ovlivňují komunikaci s pacientem, možnosti komunikace s pacientem na UPV a bazální stimulace. Druhá kapitola se zaměřuje na umělou plicní ventilaci. V kapitole jsou popsány indikace k umělé plicní ventilaci, zajištění dýchacích cest pomocí endotracheální intubace nebo tracheostomie, formy umělé plicní ventilace, analgosedace pacienta na UPV a jeho hodnocení vědomí, sledování pacienta na UPV, ošetrovatelská péče o pacienta na UPV, rizika u pacientů na UPV, polohování pacientů na UPV a hygienická péče u pacienta na UPV se zaměřením na péči o dýchací cesty a péči o endotracheální kanylu a tracheostomii.

Kvalitní komunikace mezi všeobecnou sestrou a pacientem na UPV je nedílnou a potřebnou součástí kvalitního ošetrovatelského procesu, a proto se touto problematikou budeme blíže zabývat.

V praktické části práce bude proveden kvalitativní výzkum technikou polostrukturovaných rozhovorů. Jak je již výše zmíněno hlavní výzkumnou otázkou je zjistit, jak vnímají kvalitu komunikace všeobecné sestry u vybraných pacientů na UPV (pacienti s RASS -5). Vedlejší výzkumnou otázkou je zjistit, jakým způsobem nejčastěji komunikují všeobecné sestry

s pacienty na UPV s RASS -5. Do výzkumu bude zapojeno pět participantek, kterými budou všeobecné sestry pracující na oddělení ARIM v KNTB.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 KOMUNIKACE S PACIENTEM

Komunikace je jedním z hlavních předpokladů pro dobré fungování mezilidských vztahů. Komunikace je důležitá a potřebná pro fungování a dorozumívání se mezi lidmi ve společnosti. Komunikace znamená, vzájemné předávání informací mezi jednotlivými osobami. Komunikovat se učí každý jedinec již od raného dětství. Komunikace patří k nedílné součásti běžného každodenního života jedince (Kapounová, 2020).

„Lidská komunikace je složitý a mnohvrstevný proces závislý na individuální psychice, inteligenci, na vzdělání a na individuálních i sociálních zkušenostech. Patří tedy k základní bio-sociální výbavě člověka, ale individuálně se liší svou vyvinutostí, vycvičeností, dědičnými dispozicemi, rozvojem komunikačních dovedností, výchovou v rodině i způsobem, jímž je realizována“ (Linhartová, 2007, s. 9).

Komunikace neodmyslitelně patří do ošetrovatelské péče, kdy je sestra v pozici komunikátorky a edukátorky. Aby byla ošetrovatelská péče poskytovaná kvalitně, je zapotřebí také kvalitní komunikace s pacientem. Kvalitní komunikace s pacientem umožní spolupráci a spoluúčast pacienta na léčebném procesu (Vévoda, 2013).

Dle Zacharové (2017) zahrnuje komunikační proces 5 základních složek:

- komunikátor = osoba, která předává informaci
- komunikant = osoba, která informaci přijímá
- komuniké = informace, která je předávána
- zpětná vazba = reakce, či odpověď komunikanta
- situační kontext = místo, či prostředí, kde komunikace probíhá

Jestliže sestra neumí během ošetrovatelské péče s pacientem správně komunikovat, nikdy nedosáhne takového úspěchu, jaký se od ní očekává. Existují různá doporučení pro sestry, díky kterým by si sestry měly získat důvěru a sympatie pacienta.

Mezi doporučení dle Kapounové 2020 patří:

- nepřenášet na pacienty své osobní problémy
- při komunikaci s pacienty by sestra měla v pacientovi vyvolat dojem, že je tu pro něj a že mu naslouchá

- při komunikaci s pacienty by sestra také měla udržovat stálý oční kontakt, který pacienta ujistí, že se mu sestra opravdu věnuje a naslouchá mu
- u hendikepovaných pacientů je vhodné, aby sestra nejprve zjistila, jakým způsobem lze pacientovi pomoci a jakým způsobem je pacient pomoc zvyklý přijímat
- je důležité, aby se sestra naučila trpělivosti, která bude potřebná pro její profesní život
- sestra by se měla naučit motivovat pacienta k rozhovoru s ošetřujícím personálem
- sestra musí umět zachovat mlčenlivost
- sestra se musí naučit vcítit do situace pacienta
- sestra musí umět přizpůsobit komunikaci pacientovi
- sestra by si měla udělat dostatek času k rozhovoru s pacientem

1.1 Verbální komunikace

Verbální komunikace je, běžná komunikace mezi jednotlivými lidmi. Je realizovaná pomocí slov a vět. Slova a věty mohou být mluvená, ale také psaná. Aby verbální komunikace mohla mezi jednotlivými lidmi správně fungovat a aby měla smysl je potřebné, aby účastníci dané komunikace chtěli komunikovat, uměli komunikovat a měli možnost komunikovat. Naprostá většina pacientů hospitalizovaných v nemocnici má potřebu komunikovat s ošetřovatelským personálem. Každá sestra se musí umět naučit komunikovat s pacienty, a to i s pacienty agresivními, odmítavými nebo nepřizpůsobivými. Téměř každý jedinec má možnost komunikace, sestra se však musí umět přizpůsobit i lidem, kteří hůře vidí, slyší, nebo mají problém v oblasti dorozumívání se. Sestra musí být připravená i na variantu toho, že může nastat situace, kdy bude komunikovat s pacientem, který je cizinec a komunikace bude kvůli jazykové bariéře náročná, i v tomto případě je však komunikace nezbytná (Kapounová, 2020).

K tomu, aby byla verbální komunikace považovaná za úspěšnou a zjistili jsme díky ní veškeré potřebné informace, je nutné do verbální komunikace zahrnout jednoduchost, stručnost, reciprocitu, zřetelnost, vhodné načasování, kognitivní přizpůsobivost a flexibilitu. Jednoduchost je důležitá hlavně proto, aby pacient pochopil to, co mu chceme sdělit. Je důležité v komunikaci nepoužívat odborné termíny, kterým pacient nemusí rozumět.

Stručnost je důležitá proto, abychom pacienta nezahltili přebytkem informací. Je důležité, aby sestra dokázala rozlišit důležité informace a tyto informace pacientovi také sdělit.

Reciprocita je důležitá k tomu, aby pacient mohl vyjádřit své pocity a případné dotazy k probíranému tématu.

Zřetelnost lze definovat jako jasné a výstižné pojmenování daných pojmů či problémů.

Vhodné načasování je důležitou součástí kvalitní komunikace. Sestra by měla vždy umět správně načasovat rozhovor či komunikaci s pacientem. Měla by si zajistit dostatek času pro rozhovor s pacientem. Důležité je také soukromí a klid, kdy je nutné dbát na to, že pacient nemusí chtít mluvit o svém zdravotním stavu před ostatními lidmi či pacienty.

Kognitivní přizpůsobivost je vlastnost, kdy se sestra dokáže přizpůsobit stavu a reakcím pacienta během komunikace.

Za flexibilitu je považovaná upřímnost, otevření komunikace, schopnost komunikaci navazovat a plynuje v ní pokračovat (Tomová, Křivková, 2016).

1.2 Neverbální komunikace

Neverbální komunikace je důležitou součástí interakce dvou či více lidí mezi sebou. Neverbální komunikaci lze definovat, jako komunikaci mimoslovní. Pomocí neverbální komunikace je předáváno 70-90 % informací (Kapounová, 2020).

Pokud je člověk schopný porozumět mimoslovní komunikaci je velmi pravděpodobné, že dokáže z této komunikace získat mnohem více informací, které by pouze prostřednictvím verbální komunikace nezískal (Pokorná, 2010).

Neverbální komunikace mezi sestrou a pacientem je nedílnou součástí ošetrovatelského procesu. Sestra by si měla být vědomá toho, že pacient vnímá jak verbální, tak i neverbální složku její komunikace. Každá sestra by měla být schopná za pomoci jak verbální, tak neverbální komunikace pacienta zjistit, jak se pacient cítí, jaké zaujímá emoce a postoje ke svému zdravotnímu stavu a jak daný ošetrovatelský problém s následným ošetrovatelským procesem prožívá (Plevová, 2011).

Kapounová (2020) do neverbální komunikace řadí tyto složky: mimiku, proxemiku, haptiku, posturiku, gestikulaci, vzhled a celkovou úpravu zevnějšku a paralingvistiku.

Mimika je metoda sdělení, která ke komunikaci využívá řeči svalů obličeje. Obličej je jedním z nejdůležitějších orgánů používaných v neverbální komunikaci. Pokud všeobecná

sestra dokáže porozumět mimickému chování pacienta, je pravděpodobné, že také dokáže během komunikace s ním z jeho výrazu v obličejí porozumět jeho citům, názorům, životním postojům a způsobu života (Kapounová, 2020).

Během komunikace mezi sestrou a pacientem hraje zásadní roli přímý zrakový kontakt mezi těmito osobami. Přímý zrakový kontakt je považován za důležitý prvek kvalitní komunikace. Přímý zrakový kontakt je velice důležitý v komunikaci s nehybnými pacienty, kteří jsou upoutáni na lůžko a potřebují celkovou ošetrovatelskou péči poskytovanou výhradně ošetřujícím personálem. Je důležité si uvědomit, že pro tyto pacienty je mnohdy oční kontakt a oční komunikace jedinou možnou formou komunikace (Kapounová, 2020).

Proxemikou se rozumí tělesná vzdálenost mezi dvěma či více lidmi, kteří spolu nějakým způsobem komunikují. Můžeme rozlišit čtyři vzdálenosti – vzdálenost intimní, vzdálenost přátelská, vzdálenost pracovní a vzdálenost veřejnou. Při komunikaci mezi sestrou a pacientem by za běžných okolností měla být zaujímaná přátelská vzdálenost, která by měla být v rozmezí 46-120 cm. Pokud pacient není schopný běžného zrakového kontaktu z důvodu nehybnosti či upoutání na lůžko je potřebné, aby sestra zaujala intimní vzdálenost (Kapounová, 2020).

Haptikou označujeme termín vyjadřující dotkový kontakt. Haptiku vyjadřuje každý člověk při představování se během běžné verbální komunikace, a to podáváním ruky. Jestliže sestra při komunikaci používá dotkový kontakt, zvyšuje důvěru pacienta. Dotyk nebo držení sestry za ruku může být také signalizačním a uklidňujícím projevem při bolestivých úkonech, které je u pacienta nutné provést (Kapounová, 2020).

Je nutné, aby si sestry uvědomovaly, že ne pro každého je dotkový kontakt příjemný. Vliv na to, že je někomu dotyk nepříjemný může mít to, které části lidských těl se vzájemně dotýkají. Dalším negativním vlivem může být to, zda z daného dotyku vyzraňuje upřímnost a přátelský postoj či nikoli (Janáčková, Weiss, 2008).

Jsou známé různé úrovně dotyku. Na společenské a profesionální úrovni je dotkový kontakt mířen na ruce a paže. Na přátelské a osobní úrovni je dotkový kontakt mířený na vlasy, tváře, ruce a ramena. V intimní úrovni jsou dotky neomezené (Mikuláščík, 2010).

Gestikulace definuje gesta nebo spontánní pohyb některých částí těla během rozhovoru s jinou osobou. Nejčastěji jsou používány ruce a hlava, někdy mohou být zapojeny i nohy. Gestikulace pomáhá zdůraznit důležitost toho, o čem je komunikace vedena (Kapounová, 2020).

Paralingvistika se zabývá rychlostí, hlasitostí, intonací a pomlkami během komunikace. Sleduje, zda se lidé překřikují nebo nechají jeden druhého domluvit a zda se během komunikace objevují pazvuky (např. pokašlávání, pobrukování či pozpěvování) (Kapounová, 2020).

1.3 Faktory ovlivňující komunikaci s pacientem

Komunikace mezi pacientem a ošetřujícím personálem je jedním ze základních předpokladů kvalitní ošetrovatelské péče. Existují však faktory, které ovlivňují tuto komunikaci. Faktory, které tuto komunikaci mohou ovlivnit můžeme rozdělit na individuální, sociální a situační (Tomová, Křivková, 2016).

Tomová, Křivková (2016) řadí mezi individuální faktory vlastnosti, vědomosti, dovednosti a motivaci jedinců, kteří se podílí na tvorbě, udržení a ukončení komunikace. K faktorům, které mohou pozitivně ovlivnit komunikaci řadí otevřenost, vstřícnost, toleranci, respekt, ochotu naslouchání, vnímavost a dobré emocionální naladění jedince.

Naopak k faktorům, které mohou negativně ovlivnit komunikaci, patří uzavřenost, strach nebo obavy, které se mohou objevit jak už před začátkem komunikace, tak i v průběhu komunikace, dále nejistotu, jazykovou bariéru mezi komunikujícími stranami, poruchu paměti a vybavení si, únavu či smyslový nebo tělesný hendikep jedince (Tomová, Křivková, 2016).

Do sociálních faktorů, které mohou komunikaci ovlivnit lze zařadit společenské normy, vztahy a klima. Společenské normy udávají to, co je v komunikaci dovoleno a co naopak dovoleno není. Sociální vztahy vznikají mezi lidmi, kteří spolu vzájemně komunikují. Společenské klima je prostředí, ve kterém se komunikace odehrává. Vlivy, které mohou kladně ovlivnit komunikaci jsou pozitivní vztahy, respektování a uznání role nadřízeného a podřízeného, tolerance, otevřenost, důvěra a ochota ke spolupráci. Mezi vlivy, které mohou tlumit či negativně ovlivňovat průběh komunikace patří negativní vztahy, nerespektování se navzájem, rivalita a nedůvěra mezi komunikujícími (Tomová, Křivková, 2016).

Mezi situační faktory, které také mohou komunikaci významně ovlivnit můžeme zařadit čas, prostor a médium. Médium mnohdy tvoří samotný člověk, který zprostředkovává či předává nějaké sdělení nebo informaci. Medium může být i technický prostředek. Zda medium tvoří člověk, nebo technický prostředek závisí na množství, kvalitě a potřebě přesnosti sdělovaných informací. V této kategorii faktorů ovlivňujících komunikaci můžeme mezi

pozitivní vlivy komunikace zařadit například dostatečný čas na komunikaci, zvolení vhodné denní doby ke komunikaci, dodržení přiměřené vzdálenosti mezi komunikujícími a zvolení vhodného prostředí, bez rušivých elementů. Mezi vlivy, které mohou negativně ovlivnit tuto kategorii patří nedostatek času na komunikaci, rušivé elementy z prostředí, které brání kvalitnímu předávání informací, a nekvalitní nebo zkreslený přenos informací (Tomová, Křivková, 2016).

V interpersonální komunikaci se mohou vyskytnout interní a externí bariéry, které mohou komunikaci negativně ovlivnit.

Mezi interní bariéry patří:

- osobní problémy pacienta
- strach z komunikace s ostatními lidmi
- nerespektování komunikačních schopností ostatních lidí
- neúcta a nesympatie ke komunikačnímu partnerovi
- skákání do řeči
- fyzické i psychické nepohodlí
- nesoustředěnost na vedenou komunikaci

Mezi externí bariéry patří:

- neobvyklé a neznámé prostředí ve kterém komunikace probíhá
- vyrušování vedené komunikace jinou nezainteresovanou osobou
- vizuální rozptýlení

Aby mohla komunikace mezi pacientem a ošetřujícím personálem probíhat, měly by být tyto bariéry odstraněny. Komunikace mezi pacientem a ošetřujícím personálem je nedílnou součástí úspěchu léčby. Každý pacient by měl být dostatečně informován o svém zdravotním stavu. Je důležité, aby ošetřující personál pacienta informoval o jeho zdravotním stavu účelně, uvážlivě a pro pacienta srozumitelně (Zacharová, 2016).

1.4 Možnosti komunikace s pacientem na UPV

Každý pacient je individuální bytost, která má své biologické, psychologické, sociologické a spirituální potřeby. Je důležité, aby pečující personál byl k pacientovi na umělé plicní

ventilaci vnímavý. Je potřebné, pokud je to možné, aby ošetřující personál a pacient našel vhodnou metodu způsobu komunikace. Komunikace musí vyhovovat jak pacientovi, tak ošetřujícímu personálu. Všeobecná sestra by měla být schopná umět navázat, podporovat a udržet komunikaci s pacientem o kterého pečuje. Navázání a udržení komunikace mezi pacientem a ošetřujícím personálem je důležitou součástí úspěšné léčby (Šamánková, 2011).

Pacienty na umělé plicní ventilaci může rozdělit do tří skupin. První skupinu tvoří pacienti na umělé plicní ventilaci, kteří jsou zároveň v plné analgosedaci (v umělém spánku), druhou skupinu tvoří pacienti při vědomí s nutností umělé plicní ventilace a třetí skupinu tvoří spontánně dýchající pacienti na umělé plicní ventilaci. Forma komunikace mezi ošetřujícím personálem a pacientem na UPV by měla být zvolená na základě aktuálního stavu a možnostech pacienta (Tomová, Křivková, 2016).

S pacientem na UPV při plné analgosedaci, kdy je dýchání řízeno pomocí přístroje a pacient je v tzv. umělém spánku, je komunikace velmi náročná. Komunikace mezi tímto pacientem a ošetřujícím personálem je mnohdy pouze jednostranná, a to ze strany pečujícího personálu s minimální nebo žádnou zpětnou vazbou od pacienta. Dá se říct, že pacientova komunikace s personálem se vztahuje pouze na změny ve vitálních funkcích, občasné grimasy či změny v napětí končetin, které se mohou vyskytovat i jako reakce na bolestivý podnět. I přes to, že komunikace s takto ventilovaným pacientem je mnohem více náročnější, měla by sestra udržovat s pacientem jak verbální, tak neverbální komunikaci, a to při každém kontaktu s ním (Tomová, Křivková, 2016).

Pacient, který je při vědomí, ale je u něj nutná umělá plicní ventilace obvykle není schopen hlasového projevu, ten je nutný pro klasickou komunikaci pomocí mluvené řeči. Je velmi důležité, aby sestra byla schopná nabídnout takto ventilovanému pacientovi jiné alternativy komunikace. Sestra by měla být k pacientovi vnímavá a schopná pochopit a následně splnit pacientovi potřeby (Tomová, Křivková, 2016).

Komunikace s pacientem, který je plně při vědomí, bez nutnosti ventilace, ale s neustále zajištěnými dýchacími cestami, by měla být ve většině případů aktivní jak ze strany pacienta, tak ze strany sestry. Pacient by se měl snažit naučit se „znovu“ komunikovat s ostatními lidmi. Sestra by měla být pacientovi při procesu učení se komunikovat nápomocná a měla by nabídnout pacientovi pomůcky, které by mu komunikaci mohly usnadnit (Tomová, Křivková, 2016).

S pacienty na umělé plicní ventilaci můžeme komunikovat pomocí různých metod. Mezi tyto metody můžeme řadit mluvenou řeč, která může obsahovat prvky gestikulace a mimiky, psané slovo, komunikaci pomocí obrázků, kartiček a fotografií, či komunikaci s pomocí počítačového zařízení (Zacharová, 2016).

Mluvená řeč je jednou z nejvíce používaných metod ke komunikaci mezi pacientem a ošetřujícím personálem. Aby však pacient s umělou plicní ventilací mohl efektivně a smysluplně komunikovat pomocí mluvené řeči je zapotřebí aby pacient měl zachované vědomí a byl orientován místem, časem i osobou. Ke komunikaci pomocí mluvené řeči je také důležité, aby u něj nebyly porušeny hlasové funkce a aby byl schopen alespoň částečné artikulace. Pokud je pacient orientován, nejsou u něj porušeny hlasové funkce a pokud je pacient ochoten komunikovat s ošetřujícím personálem, je mluvená řeč nejrychlejším způsobem komunikace (Elisek, 2008).

Jestliže jsou u pacienta na umělé plicní ventilaci porušeny hlasové funkce je možné jako způsob komunikace využít artikulaci. Podmínkou pro využití artikulace je, aby nebyly nijak postiženy svaly v oblasti obličeje tzv. mimické svaly. Tato možnost komunikace je náročnější. Jestliže pacient s ošetřujícím personálem komunikuje pouze pomocí artikulace, musí obě strany vyvinout více úsilí ke zvládnutí této komunikace. Pacient se musí mnohem více snažit, aby mu ošetřující personál porozuměl. Ošetřující personál musí být vnímavější a trpělivější při této formě komunikace, aby pochopil to, co mu pacient prostřednictvím artikulace sděluje (Heilmann, 2013).

Mimika je způsob neverbální komunikace, který vyjadřuje to, co člověk během komunikace prožívá. Z mimiky se dá zjistit, jaký vztah mezi sebou komunikující jedinci mají a jaký postoj jednotlivé komunikující strany zaujímají k informacím, které jsou obsahem komunikace. Pomocí mimiky neboli výrazu v obličeji komunikuje každý jedinec.

Tomová a Křivková 2016 popisují, že z výrazu v obličeji se dá vyčíst sedm základních emocí:

1. Výraz štěstí a neštěstí
2. Výraz radosti nebo smutku
3. Výraz očekávání nebo překvapení
4. Výraz strachu proti výrazu jistoty
5. Výraz klidu nebo rozčilení

6. Výraz spokojenosti a nespokojenosti

7. Výraz zájmu nebo nezájmu

K dalším možnostem komunikace mezi pacientem na umělé plicní ventilaci a ošetřujícím personálem patří psané slovo. Tato možnost se využívá tehdy, když pacient není schopen mluvené řeči ani artikulace. Podmínky pro komunikaci pomocí psaného slova jsou, zachovaný svalový tonus, svalová síla a koordinace pohybů v horních končetinách. Jestliže jsou tyto podmínky splněny, může se pacient vyjadřovat pomocí tužky, propisky či pastelky a papíru, psaným slovem nebo kresbou. Pokud by pacient tuto možnost odmítl, je možné mu nabídnout použití plastové či magnetické tabulky s písmeny a číslicemi. Na tabulku může pacientem skládat slova či celé věty a sdělovat tak svá přání a potřeby. Pokud je pro pacienta skládání slov či vět z písmenek kvůli narušené koordinaci pohybů horních končetin náročné, může pouze ukazovat na písmena či číslice a ošetřující personál si větu sám poskládá (Elisek, 2008).

Dalším způsobem, kterým může pečující personál komunikovat s pacientem na umělé plicní ventilaci je komunikace pomocí názorných obrázků, karet či fotografií. Tento způsob komunikace je upřednostňován u pacientů na umělé plicní ventilaci, kteří nejsou schopní nebo nechtějí využít již výše uvedené možnosti komunikace. Tento způsob komunikace spočívá v tom, že každá kartička, obrázek nebo fotografie znázorňuje jednoduché slovo, či větu. Kartičky, obrázky či fotografie pacient používá při potřebě něco sdělit nebo v případě, kdy je tázán od ošetřujícího personálu. Potřebné vybavení k tomuto způsobu komunikace může pacientovi poskytnout zdravotnické zařízení, které by jimi mělo být vybaveno, nebo mohou v případě zájmu tyto pomůcky pacientovi vyrobit rodinní příslušníci. Pokud se pacient rozhodne komunikovat pomocí těchto pomůcek, je důležité, aby je měl neustále k dispozici (Tomová, Krivková, 2016).

Možnost komunikace pomocí počítačového zařízení je velmi výhodná, jak pro pacienta, tak pro ošetřující personál a to tím, že pacient pomocí klávesnice, která je součástí počítačového zařízení jasně a srozumitelně napíše své potřeby, požadavky či přání. Díky této metodě by nemělo docházet k nedorozumění mezi pacientem a sestrou či jiným pečujícím personálem. Podmínkou pro využití této možnosti komunikace je to, aby pacient dokázal ovládat klávesnici a myš počítače. Pacient k psaní může použít buď klasickou počítačovou klávesnici, nebo elektronickou tužku, to, kterou variantu zvolí, závisí na jeho zručnosti. Existují také počítače či tablety, které mají dotykový displej, díky kterému pacient může rovněž komunikovat a zároveň trénovat jemnou motoriku. Další nezbytnou podmínkou je

přístup k internetu a k samotnému počítači. Upřednostňuje se přenosný počítač či tablet. Tento způsob komunikace je stále více preferovanější mezi pacienty, kteří se nedokáží vyjádřit slovně (Tomová, Křivková, 2016).

Díky počítačovému zařízení pacient může udržovat kontakt i s rodinou a přáteli během pobytu v nemocničním zařízení. Počítačové zařízení nemusí pacientovi sloužit jen ke komunikaci, pacient toto zařízení může využít i k procvičování paměti pomocí sledování seriálů, filmů a hraní zajímavých her, které jsou na internetových sítích běžně k dispozici. Pokud má pacient počítačového zařízení během hospitalizace v nemocničním zařízení, je to většinou výhodou (Tomová, Křivková, 2016).

V Botswaně v roce 2017 byla uskutečněná studie pojednávající o znalostech efektivní komunikace všeobecných sester s pacienty na umělé plicní ventilaci. Z této studie vyplynulo, že dotazované všeobecné sestry pracující na jednotkách intenzivní péče nemají dostatek prostředků a informací o tom, jak s ventilovanými pacienty kvalitně a efektivně komunikovat (Dithole, K. S., G. Thupayagale-Tshweneagae et al., 2017).

Způsob, jakým ošetřující personál komunikuje s pacientem, by měl vyhovovat oběma komunikujícím stranám. Ošetřující sestra by však měla být ochotná přistoupit na takovou formu komunikace, která vyhovuje pacientovi nejvíce.

1.5 Bazální stimulace

Bazální stimulace je nedílnou součástí ošetřovatelského procesu u pacientů na UPV. Podle oficiálních stránek českého Institutu Bazální stimulace lze bazální stimulaci definovat jako „*vědecký pedagogicko-ošetřovatelský koncept podporující vnímání, komunikaci a pohybové schopnosti člověka*“. Bazální stimulace je založená na práci s autobiografickou anamnézou pacienta. Tato anamnéza se zabývá běžným životem pacienta před onemocněním. Jestliže se ošetřující personál spolu s lékařem a psychologem rozhodnou zařadit bazální stimulaci do ošetřovatelského procesu pacienta, je potřebné a žádoucí informovat rodinu a blízké přátele pacienta, kteří by se měli do tohoto procesu aktivně zapojit. Během procesu bazální stimulace se hodnotí průběžné reakce pacienta na různé podněty. Tyto podněty souvisí s běžným životem pacienta před onemocněním.

Koncept bazální stimulace je tvořen základními a nastavbovými prvky. Mezi základní prvky patří prvky somatické, vestibulární a vibrační. Mezi nastavbové prvky bazální stimulace

patří prvky optické, auditivní, taktilně-haptické, olfaktorické a orální (Bazální stimulace – online).

Friedlová 2007 uvádí, že existuje tzv. desatero bazální stimulace, které uvádí různá doporučení pro jednání s pacientem. Mezi tyto doporučení patří:

- používání iniciálního dotyku při kontaktu s pacientem
- používání podobných a jednoduchých slov jak při vítání, tak při loučení
- mluvení na pacienta pomocí jasné, jednoduché, zřetelné a přiměřeně rychlé řeči
- při komunikaci používat odpovídající tón hlasu, nepoužívat zdvořilky
- když mluvíme s pacientem, neměli bychom mluvit s nikým jiným
- při komunikaci využívat autobiografických dat pacienta
- eliminovat rušivé faktory při komunikaci s pacientem
- umožnit pacientovi zpětnou vazbu

U pacienta na UPV je v rámci bazální stimulace vhodné udržovat kontakt hlavně prostřednictvím dotyků. V klinické praxi se využívá zejména iniciální dotyk sestry k navázání kontaktu s pacientem, k masáži pacientova těla a k polohování pacienta. K polohování pacienta by se měly používat nejrůznější polohovací pomůcky, které napomáhají pacientovi určit hranice těla a hranice lůžka. Pomůcky by měly být pro pacienta nápomocny k podpoře orientace v lůžku. V rámci nastavbové orální stimulace je vhodné používat glycerinové štětičky k ústní hygieně, dále se do orální stimulace může zařadit i podávání oblíbených potravin a nápojů pacienta, to však závisí na aktuální stavu pacienta. Je vhodné využívat i např. olfaktorickou stimulaci, která spočívá v tom, že rodinní příslušníci poskytnou ošetřujícímu personálu oblíbené vůně pacienta, které následně sestra dá pacientovi očichat. Taktilně-haptická stimulace funguje na principu vkládání předmětů do rukou pacienta a sluchová stimulace je založená na pouštění oblíbené hudby. Sestra by všechny tyto prvky bazální stimulace měla používat v pravidelných intervalech, měla by si všimnout pacientovi zpětné vazby na tyto prováděné úkony (Friedlová, 2007).

2 UMĚLÁ PLICNÍ VENTILACE

Umělá plicní ventilace (UPV) představuje takový způsob dýchání, kdy mechanický přístroj zajišťuje plný nebo částečný průnik dýchacích plynů respiračním systémem. Umělá plicní ventilace se používá jak ke krátkodobé, tak k dlouhodobé podpoře dýchání u nemocných jedinců, u kterých došlo ke vzniku závažné ventilační či oxygenační dysfunkce (Dostál a kol., 2014).

Hlavním cílem umělé plicní ventilace je dosažení takového způsobu dýchání, který se nejvíce podobá základním fyziologickým poměrům jedince, optimalizace dechové frekvence, velikosti dechového objemu, vytvoření vhodných podmínek pro roztažení plíce při nádechu a zabránění případnému kolapsu plíce při výdechu a ovlivnění práce dýchacího svalstva (Klimešová, Klimeš, 2011).

2.1 Indikace k umělé plicní ventilaci

Umělá plicní ventilace je často indikovaná pouze v případech, kdy spontánní ventilace pacienta není schopná ho udržet při životě. Mezi nejčastější indikace umělé plicní ventilace patří akutní onemocnění plic, syndrom dechové tísně, zástava dýchání, chronická obstrukční plicní nemoc (CHOPN), respirační acidóza s hodnotou $\text{PaCO}_2 > 6,7$ kPa, zvýšená práce dýchacích svalů při tachypnoe nad 35 dechů za minutu, hypoxemie s PaO_2 pod 9 kPa při frakci kyslíku 0,4 obličejovou maskou, extrémní oběhová nestabilita při sepsi, šokovém stavu a některých neurologických onemocněních. Brown a Roberts 2016 uvádí, že k zvážení indikace umělé plicní ventilace je i hodnota pod 8 bodů u Glasgow Coma Scale. Škála Glasgow Coma Scale je uvedena v příloze č. 2.

S ohledem na tyto příčiny vedoucí k indikaci umělé plicní ventilace musí lékař a ošetřující personál přihlížet i na celkový stav pacienta a mimoplicní postižení, jelikož indikace umělé plicní ventilace může vést k dalším zdravotním komplikacím pacienta. Je také velmi nebezpečná a dyskomfortní a finančně náročná. (Klimešová, Klimeš, 2011).

2.2 Zajištění dýchacích cest

Zajištění průchodnosti dýchacích cest je výkon, který je indikován u pacientů, kteří mají problémy se spontánním dýcháním. Mezi důvody indikace zajištění dýchacích cest patří například operace v celkové anestezii, zhoršení celkového stavu pacienta nebo polytraumata. Zajištění průchodnosti dýchacích cest můžeme rozdělit na invazivní a neinvazivní metody. Mezi invazivní metody zajištění průchodnosti dýchacích cest patří endotracheální intubace,

koniopunkce, koniotorie a tracheostomie. K neinvazivním metodám zajištění dostatečné průchodnosti dýchacích cest můžeme řadit Esmarchův trojitý hmat, obličejovou masku, vzduchovody a laryngiální masky.

Mezi nejčastěji používané formy zajištění dýchacích cest, patří již zmíněná endotracheální intubace a tracheostomie.

2.2.1 Endotracheální intubace

Endotracheální intubace je nejpoužívanější metodou k zajištění průchodnosti dýchacích cest. Při této metodě je nosem nebo ústy zavedena flexibilní trubice do průdušnice. Flexibilní trubice je v průdušnici utěsněná pomocí nízkotlakové manžety. Tato metoda zajištění průchodnosti dýchacích cest je nejčastěji používanou zejména proto, že chrání pacienta před aspirací a umožňuje ošetrovatelskému personálu provádět hygienu a odsávání dolních dýchacích cest a subglotického prostoru pacienta (Ševčík a kol., 2014).

Tracheální trubice se musí být zafixovaná, aby nedošlo k dalším komplikacím. Fixuje se k obličejí pacienta, nejčastěji pomocí fixační adhezivní pásky nebo tkalounem, forma fixace se liší dle zvyklostí oddělení, na kterém je pacient právě hospitalizovaný (Mohammed, Hassan, 2015).

Existují i kontraindikace zavedení endotracheální intubace. Mezi nejčastější kontraindikace patří těžká traumata v oblasti obličeje, úst a čelistí, tumory v oblasti krku, otoky nebo jiná obstrukce v oblastí obličeje v okolí úst a krku (Klimesšová, Klimeš, 2011).

2.2.2 Tracheostomie

Zajištění průchodnosti dýchacích cest pomocí tracheostomické kanyly se upřednostňuje u pacientů, u kterých je předpoklad dlouhodobé umělé plicní ventilace. Tracheostomie je umělé vyústění průdušnice na přední stěnu krku. Vzniká otvor, do kterého se zavede tracheostomická kanyla. Součástí této kanyly je obstrukční manžeta. Kanyla se musí fixovat, aby se nepohnula nebo nevypadla a nezpůsobila další komplikace. Kanyla se obvykle fixuje dle zvyklostí oddělení nejčastěji však tkalounem či páskou, která je opatřena suchým zipem, ten se upevňuje kolem krku pacienta. Mezi hlavní výhody tracheostomie patří to, že ji pacienti lépe snášejí, díky ní je jednodušší mobilizace pacienta a možnost důkladnější hygieny dutiny ústní pacienta. U pacienta s tracheostomickou kanylou je možný perorální příjem, což je rovněž velkou výhodou (Kapounová, 2020).

Existuje tzv. perforovaná kanyla neboli mluvící tracheostomická kanyla, která je variabilní a může pacientovi pomoci tvořit hlas, to však závisí na vyjmutí vnitřní kanyly. K dosažení produkce pacientova hlasu je nutné dodržet tyto podmínky:

- vyjmout vnitřní kanylu tzv. vložku kanyly
- dle potřeby odsát vzduch z obturační manžety
- utěsnit zevní otvor kanyly sterilním čtvercem nebo kolíčkem

Při úplném uzávěru perforované tracheostomické kanyly proudí vydechovaný vzduch do horních dýchacích cest, kde rozkmitá hlasivky čímž se umožní tvorba hlasu.

Kromě jednorázového uzávěru tracheostomické kanyly existují ještě další alternativy, které lze odejmout, jedná se o tracheostomické ventily a o sterilní zátku či kolíček. Sterilní ventil funguje na principu, toho že pacient vydechuje fyziologicky přes horní dýchací cesty, vydechovaný vzduch se zastaví o tracheostomický ventil, hlasivkové vazy se rozkmitají a tím dojde k tvorbě hlasu. Velkou výhodou tracheostomického ventilu je snadná aplikace a možnost v případě potřeby připojení ke kyslíku pomocí kyslíkového portu. Tracheostomický ventil by pacient neměl mít umístěný na tracheostomické kanyle v noci během spánku či v době kdy je pacient unavený.

Sterilní zátka (tzv. kolíček) těsně uzavírá okolí tracheostomatu pacienta. Tzv. „*kolíčkování*“ bývá používáno až jako poslední možnost před samotnou dekanylací pacienta. Pacient by měl být již plně dechově stabilizovaný a měl by dokázat samostatně vykašlávat (Tomová, Křivková, 2016).

2.3 Formy umělé plicní ventilace

Mezi základní formy umělé plicní ventilace patří ventilace pozitivním přetlakem, negativním tlakem, trysková a oscilační ventilace.

Za nastavení jednotlivých ventilačních režimů je plně zodpovědný lékař, sestra je zodpovědná za udržování jednotlivých indikovaných hodnot.

Jsou známy čtyři fáze dechového cyklu: inspirační fáze, inspirační pauza, expirační fáze a expirační pauza.

Inspirační fázi můžeme definovat jako zahajovací fázi dechového cyklu. Tato fáze je řízena pomocí nastaveného tlakového nebo objemového limitu. Inspirační pauza je zástava proudění dechového objemu. Expirační fáze dechového cyklu pacienta je fáze, na níž se

ventilátor nikterak nepodílí, je to tzv. pasivní fáze dechového cyklu. Expirační pauza je část dechového cyklu, které se aktivně ventilátor účastní. Tato fáze trvá od ukončení posledního výdechu do začátku iniciace dalšího dechového cyklu (Frei, 2017, online).

Ventilační režimy můžeme rozdělit do těchto kategorií:

- Podle způsobu řízení ventilace:
 - objemově řízená ventilace
 - tlakově řízená ventilace
- Podle stupně podpory dýchání
 - režimy s částečnou ventilační podporou
 - režimy s plnou ventilační podporou
- Podle synchronizace s inspiřiem nemocného:
 - synchronní ventilační režimy
 - asynchronní ventilační režimy

(Kapounová, 2020)

Každý člověk a obzvláště pak pacient má jiné somatické předpoklady k potřebě dechu, a právě proto by se na pacienta s nutností umělé plicní ventilace mělo nahlížet jako na zcela individuální bytost.

Je nutné zmínit a uvědomit si, že i přes profesionální přístup lékařů a sester je riziko vzniku možných komplikací u ventilovaných pacientů vysoké. Mezi nejčastěji vznikající komplikace u pacientů na UPV patří infekce dýchacích cest, které mohou být důsledkem napojení pacienta na UPV nebo také nedostatečnou hygienou dutiny ústní. Mezi další komplikace můžeme zařadit nežádoucí účinky spojené s vysokou koncentrací kyslíku a poškození plic inspirační tlakem. Další podstatné komplikace jsou mimoplicní, které mohou být také velmi závažné (Kapounová, 2020).

2.4 Analgosedace u pacienta na umělé plicní ventilaci

Podávání analgosedace je důležitou součástí ošetrovatelského a léčebného procesu u ventilovaného pacienta. Hlavním cílem analgosedace je odstranit bolest, strach a úzkost u ventilovaného pacienta. Podávaná analgosedace se obvykle skládá ze dvou lékových skupin a to, ze skupiny analgetik a celkových anestetik. Do analgetické skupiny přípravků podávané

intravenózně radíme nejčastěji opioidy. Pokud je opioidní medikace podávána více než sedm dnů, mohou nastat komplikace, při postupném vysazování této medikamentózní léčby. Používání a podávání anestetické medikace má negativní vliv na prodlužování doby zavedení umělé plicní ventilace (Klimešová, Klimeš, 2011).

Z již dostupných provedených studií vyplývá, že mnoho pacientů je udržováno v tzv. *oversedated* („nadměrně sedativním“) stavu, který může mít negativní následky v podobě prodloužení mechanické plicní ventilace, což souvisí s prodloužením pobytu pacienta na jednotce intenzivní péče a může vést vzniku plicní pneumonie u ventilovaných pacientů. Z tohoto důvodu se doporučuje vysazení sedace s tím, že se léčba zaměří na zvládnutí bolesti a úzkosti pacienta. Tím by se měla zkrátit doba, kdy pacient bude odkázán na umělou plicní ventilaci a doba pobytu pacienta na jednotce intenzivní péče (Laerkner, Egerot a Hansen, 2015).

2.4.1 Klasifikace vědomí u pacienta na umělé plicní ventilaci

Ke klasifikaci stavu vědomí u pacientů na umělé plicní ventilaci jsou obvykle využívány standardizované škály dle zvyklostí oddělení. U pacientů na UPV v bezvědomí, u kterých je používána sedativní medikace se k hodnocení stavu vědomí standardně používají škály Richmond Agitation-Sedation Scale (dále RASS), Ramsay Sedation Scale (dále RSS) a Riker Sedation-Agitation Scale (zkratka RSAS). Standardizovaná škála RASS slouží k přesnému a jednoznačnému hodnocení stupně sedace u pacienta. Škála RASS je složená z bodového ohodnocení od +4 do -5. Nula a kladné hodnoty na škále RASS vyjadřují, že pacient je bdělý, neklidný, agitovaný či výrazně agitovaný a bojovný. Záporné hodnoty vyjadřují to, že je pacient somnolentní, mírně sedativní, se středním stupněm sedace, s hlubokým stupněm sedace či neprobuditelný. Škála RASS obsahuje i jednotlivé stručné popisy těchto stavů.¹

Standardizovaná škála RASS tedy slouží k hodnocení stavu bdělosti nebo spavosti pacienta ale také k schopnosti reagovat (otevření očí, stisknutí ruky atd.) na běžné podněty. Škála RASS je uvedena v příloze č. 3.

2.5 Sledování pacienta na umělé plicní ventilaci

Sledování neboli monitorace pacienta na umělé plicní ventilaci je soubor činností, které vykonává ošetřující personál k tomu, aby aktivně a efektivně kontroloval pacientův stav,

¹ RASS [online]. Dostupné z: <http://www.mudr.org/web/rass> [cit: 2022-10-02].

který může být ohrožený na životě. Sledování neboli monitorace pacienta na UPV probíhá na základě celkového stavu pacienta a dle zvyklostí oddělení na kterém se pacient právě nachází. Z pravidla se pacient na UPV monitoruje v určitých časových intervalech nebo kontinuálně. Mezi základní sledované hodnoty, na které by se měl ošetřující personál zaměřovat řadíme srdeční frekvenci a rytmus, krevní tlak, frekvenci dechu, objem dechu, tlaky v dýchacích cestách, tělesnou teplotu, inspirační frakce kyslíku, množství vydechovaného oxidu uhličitého, saturaci hemoglobinu kyslíkem a hodinovou a celkovou diurézu moče. U ventilovaného pacienta je také důležitou součástí monitorace sledování stavu vědomí. Všechny tyto sledované hodnoty musí sestra pravidelně a pečlivě zaznamenávat do pacientovi dokumentace (Bartůněk, Juráková, Heczková a kol., 2016).

Do monitoringu ventilovaného pacienta spadá i vyšetření krevních plynů a acidobazické rovnováhy. Toto vyšetření je důležité zejména pro zjištění hodnot pH, parciálního tlaku kyslíku a oxidu uhličitého v krvi, pro zjištění saturace hemoglobinu kyslíkem, a pro zjištění hodnot hladin hydrogenuhličitanů v krvi. Vyšetření krevních plynů se provádí pomocí odběru krve. Druh krve může být arteriální, venózní nebo kapilární. Druh krve, který je k tomuto vyšetření zvolen závisí na celkovém stavu pacienta, dále na ordinaci lékaře a na zvyklostech oddělení na kterém se pacient v daný moment nachází (Klimešová, Klimeš, 2011).

Další důležitou v určitých intervalech sledovanou hodnotou je krevní oběh pacienta. Krevní oběh pacienta je sledován pomocí snímané křivky na elektrokardiogramu (EKG), pomocí pravidelného měření tepové frekvence a neinvazivního krevního tlaku. U pacienta, který je bezprostředně ohrožen na životě může být indikováno hemodynamické měření centrálního žilního tlaku nebo měření arteriálního tlaku. Arteriální tlak může být měřen v arterii femoralis či pulmonalis, také může být měřen tlak v pravé srdeční síni a komoře (Kapounová, 2020).

U ventilovaných pacientů hospitalizovaných na jednotkách intenzivní péče se také dle zvyklostí oddělení sleduje bilance tekutin a s tím spojená diuréza moče. Bilance tekutin by měla dosahovat pozitivních hodnot, což znamená, že příjem tekutin by měl převyšovat jejich výdej, bilance však může nabývat i negativních hodnot kdy naopak výdej tekutin převyšuje jejich příjem. U pacientů ve vážném zdravotním stavu, kteří jsou hospitalizováni na JIP bývá obvykle měřena tzv. hodinová diuréza (Bauchmuller, Faulds, 2015).

Zde jsou zmíněny další parametry, které mohou být u ventilovaných pacientů v případě potřeby sledovány. Mezi tyto parametry můžeme například zařadit monitoring nitrolebního

či nitrobršního tlaku, jugulární oxymetrie nebo také elektroencefalografie (Kapounová, 2020).

2.6 Ošetrovatelská péče u pacienta na umělé plicní ventilaci

Ošetrovatelská péče u pacienta, s nutností umělé plicní ventilace je ve většině případů velmi náročná. Pacient na umělé plicní ventilaci vyžaduje komplexní a vysoce specializovanou ošetrovatelskou péči. Péče o ventilovaného pacienta může být rozdělena na péči ústavní a na méně častou péči v domácím prostředí. Pokud je pacient s umělou plicní ventilací hospitalizován v nemocničním prostředí, obvykle bývá hospitalizovaný na oddělení ARO (Anesteziologicko-resuscitační oddělení) nebo na oddělení JIP (Jednotka intenzivní péče). Pacienti s předpokladem dlouhodobé umělé plicní ventilace jsou obvykle hospitalizováni na odděleních typu OCHRIP (Oddělení chronické resuscitační intenzivní péče), DIOP (Oddělení dlouhodobé intenzivní ošetrovatelské péče) či NIOP (Oddělení následné intenzivní ošetrovatelské péče). O oddělení, na které bude ventilovaný pacient přijat, rozhoduje lékař (Bartůněk, Juráková, Heczková a kol., 2016), (Zadák, Havel a kol., 2017).

Ošetrovatelská péče u ventilovaného pacienta musí být zcela komplexní a měla by být zajištěná multidisciplinárním týmem, který by se měl skládat z lékaře, všeobecných specializovaných sester, fyzioterapeutů, nutričního asistenta a psychologa. Je nutné, aby tento specializovaný tým byl k pacientovi empatický, citlivý a vnímal veškeré potřeby pacienta i přesto, že pacient mnohdy svá přání a potřeby nedokáže vyjádřit slovy. Je také velmi důležité, aby ošetrovatelský multidisciplinární tým při péči o ventilovaného pacienta myslel i na jeho rodinu a příbuzné a pokusil se je zapojit do ošetrovatelské péče (Klimešová, Klimeš, 2011).

Ošetrovatelská péče o ventilovaného pacienta je velmi náročná i z pohledu materiálního a personálního. O ventilovaného pacienta by se měla starat všeobecná sestra, která je dostatečně kompetentní k poskytování této ošetrovatelské péče. Všeobecná sestra se specializací ARIP dle vyhlášky č. 55/2011 sb., ve znění pozdějších předpisů může mimo jiné v péči o pacienta na UPV bez indikace a dohledu lékaře pečovat o dýchací cesty pacienta či provádět tracheobronchiální laváže u pacienta se zajištěnými dýchacími cestami. Pod odborným dohledem lékaře může mimo jiné provádět extubaci tracheální kanyly (Bartůněk, Juráková, Heczková a kol., 2016).

Všeobecná sestra, která se o ventilovaného pacienta v průběhu směny stará, musí neustále pečlivě sledovat celkový stav pacienta, plnit ordinace lékaře, sledovat funkčnost přístrojové

techniky v okolí pacienta a komunikovat s příbuznými pacienta. Komunikace s rodinou ventilovaného pacienta je taktéž důležitou součástí ošetrovatelského procesu, mnohdy je tato část pro všeobecné sestry pečující o tyto pacienty velmi psychicky náročná a stresující (Venglářová, 2011).

Realizace domácí péče u ventilovaného pacienta je náročná. Rodina či příbuzní, kteří si chtějí vzít ventilovaného pacienta do domácí péče, musí nejprve získat několik povolení a potvrzení. Mezi tato povolení a potvrzení patří žádost o realizaci domácí umělé plicní ventilace a získání pomůcek, které mohou být v domácí péči o ventilovaného pacienta velmi potřebné a užitečné. Legislativa DUPV - domácí umělé plicní ventilace se řídí dle zákona č. 372/2011 sb. Pokud rodina či příbuzní získají výše zmíněné povolení a dostatek pomůcek k výkonu domácí péče, rodina by měla být edukovaná o ošetrovatelské péči o pacienta na UPV a měla by prokázat schopnost se o pacienta postarat. Před zahájením a umístěním pacienta do domácí ošetrovatelské péče, je nutné rodinu pacienta upozornit, že je naprosto nezbytné zajistit i odbornou péči nemocnému, která bude rodině a pacientovi nápomocná. Poskytovatelem odborné zdravotní péče může být např. agentura domácí péče, která pravidelně navštěvuje nemocné a jejich rodiny.

2.7 Rizika u pacienta na umělé plicní ventilaci

Pokud je pacient připojen k umělé plicní ventilaci dlouhodobě může u něj vzniknout riziko závislosti na tento přístroj. Jestliže pacienta připojíme na umělou plicní ventilaci je zapotřebí správné a vhodné nastavení ventilátoru. Je-li pacient na umělé plicní ventilaci zároveň i v hluboké sedaci, může též vznikat závislost na tuto medikaci. Je nutné, aby ošetřující personál myslel i na to, že pacient, který se z hluboké sedace probouzí může reagovat agresivně, a to jak vůči ošetrovatelskému personálu, tak vůči sobě samému. Vlivem agresivního chování může dojít k tomu, že se pacient sám extubuje nebo si sám vytáhne některý z možných invazivních vstupů. U pacientů na UPV je také velké riziko vzniku tzv. ventilátorové pneumonie (Jeitziner, Hammers, 2017).

2.8 Polohování pacienta na umělé plicní ventilaci

Pravidelné polohování, nejen pacienta na UPV, je nedílnou součástí ošetrovatelského procesu. Hlavním cílem pravidelného polohování je předcházení imobilizačnímu syndromu a vzniku dekubitů u pacienta. Vznik dekubitů výrazně zhoršuje léčbu primárního onemocnění. Je vhodné a žádoucí, aby pacient, který je na umělé plicní ventilaci s hlubokou

sedací byl uložený na tzv. antidekubitní matraci. Interval polohování pacienta na UPV je vhodné stanovit na každé dvě hodiny. K tomu, aby bylo polohování pacienta co nejvíce efektivní je zapotřebí dostatečné množství potřebných polohovacích pomůcek. Polohování pacientů na UPV v hluboké sedaci by měly provádět minimálně dvě až tři osoby vzhledem k obtížné manipulaci s pacientem (Kim, Jeong, 2012).

U pacienta, který je připojen na umělou plicní ventilaci by se měla dodržet poloha se zvýšenou horní polovinou těla v úhlu asi 45 stupňů. Tato poloha je doporučena z důvodu prevence regurgitace žaludečního obsahu (Klimešová, Klimeš, 2011).

Je nutné, aby ošetřující personál předcházel vysokému riziku vzniku dekubitů u ventilovaných pacientů v hluboké analgosedaci. Šéflová a Janíčková (2010) ve svém odborném článku popisují, že u pacientů, kteří mají vysoký sklon ke vzniku dekubitů, mohou dekubity vzniknout již po necelých 30 minutách a nekróza v extrémních případech již po 1 hodině.

Šéflová a Janíčková (2010) uvádí, že na vzniku dekubitů se podílí i stav nutriční a hydratace. U pacienta by také měla být provedena včasná fyzioterapie. Je důležité, aby ošetřující personál pravidelně kontroloval predilekční místa. Pacient by měl být vždy uložený v čistém a suchém prostředí.

K hodnocení a k prevenci vzniku dekubitů můžeme využít různé hodnotící škály. Mezi tyto škály můžeme řadit např. hodnotící škálu dle Nortonové (Kim, Jeong, 2012).

2.9 Hygienická péče u pacienta na umělé plicní ventilaci

Hygienická péče u ventilovaného pacienta v hluboké sedaci je zcela závislá na ošetrovatelském personálu, jelikož pacient není schopný samostatně hygienu provést. Do hygienické péče u ventilovaného pacienta spadá, jak péče o celé tělo, tak péče o dutinu ústní a oči. Správnou a vhodnou hygienickou péčí o oči lze předejít poškození rohovky. Hygienické péče o dutinu ústní se skládá z péče o zuby, ústa, rty a jejich okolí. Do hygienické péče spadá i velmi důležitá péče o endotracheální kanylu na kterou nesmí ošetřující personál zapomenout. Hygienické ošetření endotracheální kanyly by měl ošetřující personál provádět minimálně dvakrát denně (Klimešová, Klimeš, 2011).

Neodmyslitelnou součástí hygienické péče je i celková koupel pacienta, která by se měla provádět minimálně 1x denně. Během celkové koupele pacienta je důležité, aby ošetřující

personál dbal na intimitu pacienta a zajistil dostatek klidu a soukromí na vykonání celkové hygienické péče (Bauchmuller, Faulds, 2015).

2.9.1 Péče o dýchací cesty

Péče o dýchací cesty ventilovaného pacienta se skládá z odsávání a tím udržování průchodnosti dýchacích cest. Do péče o dýchací cesty spadá podávání inhalační terapie a zvlhčování a ohřívání směsi plynů, které pacient vdechuje. Péče o dýchací cesty zahrnuje i péči o endotracheální rourku či tracheostomii (Klimešová, Klimeš, 2011).

Jak již bylo výše zmíněno proces odsávání je nedílnou součástí ošetrovatelské péče o pacienta na umělé plicní ventilaci a měl by být ošetřujícím personálem vykonáván v pravidelných intervalech. Je nutné mít na paměti, že proces, kdy je z dýchacích cest pacienta odsávaný sekret neboli hlen a sliny může být pro pacienta velmi nepříjemný a mnohdy i stresující. Odsávání může být doprovázeno různými komplikacemi, mezi které nejčastěji řadíme hypoxemii, poruchy srdečního rytmu, oběhovou nestabilitu, zvýšení nitrolebního tlaku, poškození sliznic dýchacích cest a mnoho dalších. Z důvodu těchto možných komplikací je odsávání indikováno dle individuálních potřeb pacienta. Doporučený interval minimálního odsávání pacienta je každých 6-8 hodin. Sestra musí být obezřetná a ventilovaného pacienta odsát vždy, když se u něj projeví některý z nežádoucích projevů jako např. probublávání poslechoových šelestů, dyspnoe, zvýšení tlaku v dýchacích cestách nebo vykašlávání hlenů.

Sestra by měla pacienta odsát jak z dýchacích cest, tak z dutiny ústní a krku. Při odsávání sestra musí postupovat přísně asepticky. K výkonu odsávání jsou potřebné speciální tracheální katetry a tzv. odsávačka. Díky těmto pomůckám je sekret z dýchacích cest pacienta odsáván pomocí krátkodobého a přerušovaného podtlaku.

Při odsávání pacienta by sestra měla předcházet možnému riziku styku se sekretem z pacientových dýchacích cest. Sestra může předejít riziku kontaktu se sekretem tím, že při odsávání použije ochranné prostředky, mezi které patří jednorázové sterilní rukavice, ochranný plášť a rouška.

Odborná literatura popisuje dvě techniky odsávání. Jednou z technik odsávání je odsávání tzv. otevřeným způsobem, kdy je zapotřebí rozpojit dýchací okruh a používá se ve většině případů jen k jednorázovému odsání z dýchacích cest. Druhá technika je odsávání tzv. uzavřeným způsobem, kdy není nutné rozpojovat dýchací okruh. Tato technika se využívá v případech, kdy je nutné častější odsávání pacienta. Odsávání uzavřeným způsobem je

indikováno i u pacientů, kteří jsou na vyšších hladinách PEEP (nad 10 cm H₂O), s FiO₂ >0.60 nebo na PVC (Pressure Control Ventilation) (Klimešová, Klimeš, 2011).

2.9.2 Péče o endotracheální kanylu a tracheostomii

Jestliže je endotracheální kanyla vybavena otvorem pro odsávání ze subglotického prostoru, odsává se z tohoto otvoru pomocí injekční stříkačky nebo tracheálního katetru a odsávačky. Odsávání subglotického prostoru pomocí tracheálního katetru a odsávačky snáší pacienti mnohem hůře, proto je doporučováno k tomuto odsávání používat spíše injekční stříkačku, která je šetrnější. Součástí endotracheální kanyly u pacienta na UPV je obturační manžeta jejíž tlak by měl být v rozmezí 20-36 mmHg. Tento tlak musí být pravidelně kontrolován ošetřujícím personálem. O endotracheální kanylu se musí pravidelně hygienicky pečovat. Je nutné tuto kanylu polohovat z jednoho koutku do druhého, aby u pacienta v těchto místech nevznikl dekubit. Minimální interval polohování je dle odborné literatury jednou za 24 hodin. Hygienická péče o endotracheální kanylu by se měla odehrávat za přítomnosti minimálně dvou ošetřujících osob. Endotracheální kanyla je fixovaná pomocí adhezivní pásky.

Ošetrovatelská péče o tracheostomickou kanylu je velmi podobná péči o endotracheální kanylu. Rozdíl je v tom, že tracheostomická kanyla se nemusí polohovat ani fixovat adhezivní páskou. Tato kanyla je totiž fixovaná pomocí obinadla, tkalounu nebo speciální fixační pásky, která je na suchý zip. Fixační páska je zpravidla podložena mulovými čtverci a fixuje se kolem krku pacienta. Ošetřující personál musí věnovat velkou pozornost péči o okolí vyústění tracheostomické kanyly. Úkolem ošetřujícího personálu je udržovat okolí tracheostomické kanyly čisté. Hygienická péče tracheostomatu by měla být prováděna pravidelně a minimálně 2x denně opět za přítomnosti minimálně dvou ošetřujících osob (Klimešová, Klimeš, 2011).

2.10 Extubace a dekanylace

Jestliže lékař u pacienta indikuje extubaci či dekanylaci, pacient musí splňovat různá kritéria, aby tento proces mohl být uskutečněný. Mezi tato kritéria musíme zahrnout schopnost udržet vědomí, schopnost spolupracovat, umět si odkašlat, polykat, a mít zachovány obranné reflexy dýchacích cest. Jestliže je extubace a dekanylace indikována u pacienta v hluboké analgosedaci, musí nejprve tento děj začít tím, že u pacienta budou snižovány dávky analgosedace.

Je důležité mít na paměti, že zhruba u 18 % intubovaných pacientů se vyskytnou při extubaci a dekanylaci komplikace. Z důvodu možných komplikací je nutné při plánované extubaci pacienta mít nachystány všechny pomůcky k případné opětovné intubaci.

Samotná extubace se provádí následovně: pacient zaujímá Fowlerovu polohu, sestra nebo lékař nejprve odsaje pacienta ze subglotického prostoru, z dutiny ústní a z dýchacích cest. Následně musí dojít k tomu, že sestra nebo lékař vyprázdní obturační manžetu, sestra nebo lékař může pacienta požádat, aby si odkašlal, poté je endotracheální kanyla pacientovi šetrně odstraněná. Jakmile dojde k odstranění endotracheální kanyly pacientovi je na obličej daná kyslíková maska. Proces extubace se děje za neustálého sledování vitálních funkcí pacienta.

Dekanylace neboli odstraňování tracheotomické kanyly probíhá obdobně jako extubace. Obvykle dle zvyklostí oddělení může dekanylizaci předcházet nejprve vyšetření ORL specialisty. (Kapounová, 2020).

II. PRAKTICKÁ ČÁST

3 METODIKA PRÁCE

Následující kapitola se věnuje výzkumným otázkám, technice sběru informací, charakteristice participantů a organizaci výzkumu.

V praktické části této práce jsou zpracovány výsledky kvalitativního výzkumného šetření, ve kterém bylo pomocí rozhovorů zjišťováno, jak vnímají kvalitu komunikace všeobecné sestry u vybraných pacientů na UPV (Pacienti na UPV s RASS -5) a dále také jakým způsobem všeobecné sestry nejčastěji komunikují s pacienty na UPV s RASS -5.

3.1 Výzkumné otázky práce

Hlavní výzkumnou otázkou práce bylo zjistit, jak vnímají kvalitu komunikace všeobecné sestry u vybraných pacientů na UPV (pacienti na UPV s RASS -5). Vedlejší výzkumnou otázkou bakalářské práce bylo zjistit, jakým způsobem všeobecné sestry nejčastěji komunikují s pacienty na UPV s RASS -5.

3.2 Metoda a technika sběru dat

Byla zvolena kvalitativní metoda sběru dat, technikou polostrukturovaného rozhovoru, kdy jsme chtěly využít možnosti zkoumání malého vzorku lidí a díky osobnímu kontaktu s participanty získat cenné a potřebné informace. *„Kvalitativní výzkum je proces hledání porozumění založený na různých metodologických tradicích zkoumáním daného sociálního nebo lidského problému. Výzkumník vytváří komplexní holistický obraz, analyzuje různé typy textů, informuje o názorech účastníků výzkumu a provádí zkoumání v přirozených podmínkách“* (Hendl, 2016, s. 50).

Polostrukturovaný rozhovor obsahoval 15 položek. Položky k rozhovorům jsou součástí přílohy č. 1. Rozhovor obsahoval úvodní představení výzkumníka a celého výzkumu a představení participanta, následovalo ujištění participanta o anonymitě a požádání o souhlas k nahrávání dialogu na diktafon a publikaci výzkumu. Souhlasy participantů jsou k dispozici u autorky výzkumu. První čtyři položky rozhovoru sloužily k představení participanta. K hlavní výzkumné otázce se vztahují položky **5-10**. K vedlejší výzkumné otázce se vztahují položky **11-15**.

Rozhovory s participanty trvaly 20-40 minut.

3.3 Charakteristika výzkumného vzorku

Participantky byly všeobecné sestry pracující na oddělení ARIM, které souhlasily s účastí na výzkumu. Rozhovory byly realizovány v KNTB ve Zlíně na oddělení ARIM během odborné blokované praxe autorky bakalářské práce na tomto oddělení. Rozhovorů se dobrovolně zúčastnilo 5 všeobecných sester. Základní údaje o participantkách jsou uvedeny v tabulce 1. Z důvodu zachování anonymity všeobecných sester nejsou uvedena jejich jména ani iniciály a participantky jsou označeny P1 až P5.

Tabulka 1: základní údaje o participantech

Participant	Pohlaví	Věk	Délka praxe na ARIM	Specializace ARIP	Četnost péče o pacienta na UPV za měsíc
P1	Žena	37 let	10 let	Ano	4 pacienti
P2	Žena	44 let	22 let	Ano	2-3 pacienti
P3	Žena	43 let	15 let	Ano	2 pacienti
P4	Žena	46 let	12 let	Ano	4 pacienti
P5	Žena	44 let	15 let	Ano	4 pacienti

Zdroj: autorka práce, 2022

3.4 Organizace výzkumu

Rozhovory byly uskutečněny v období měsíce února a března roku 2022. Participantky byly nejprve krátce seznámeny s teoretickou částí bakalářské práce a s jejím výzkumem. Po poskytnutí informovaného souhlasu probíhal rozhovor, při kterém byl pořízen audiozáznam na diktafon autorky bakalářské práce. Rozhovory probíhaly na oddělení ARIM v denní místnosti sester. Z důvodu pandemie COVID -19 a nutnosti nošení roušek či respirátorů v prostorách zdravotnických zařízení, při každém rozhovoru měly obě zúčastněné strany po celou dobu rozhovoru na ústech nasazený respirátor. Participantky s audiozáznamem a následným využitím získaných informací v bakalářské práci souhlasily.

3.5 Zpracování získaných informací

Rozhovory s participantkami byly nahrané na diktafon autorky bakalářské práce, následně byly přepsány do elektronické podoby v programu Microsoft Word. Jednotlivé soubory byly pojmenovány jménem participantky, text rozhovorů byl autorkou práce opakovaně pročitán a analyzován. Slangové výrazy, které participantky v rozhovorech používaly byly odstraněny a nahrazeny spisovnými výrazy tak, aby nebyla pozměněna podstata odpovědí. Pod každou otázku autorka vytvořila komentář, který slouží jako shrnutí obsahů jednotlivých odpovědí. Přepis jednotlivých rozhovorů je k dispozici u autorky výzkumu a celé bakalářské práce. Pro potřeby našeho výzkumu a kvůli zachování anonymity participantek byly participantky označeny dle pořadí v jakém s nimi byl rozhovor proveden P1 -P5.

4 VYHODNOCENÍ A INTERPRETACE ZÍSKANÝCH INFORMACÍ

4.1 Rozhovory

V úvodu rozhovoru byla ujasněna demografická data participantek, která obsahovala dotazy týkající se jejich věku, nejvyššího dosaženého vzdělání, specializace v oblasti intenzivní péče a frekvence péče o pacienta na UPV za měsíc. Tato zjištěná data jsou uvedena v podkapitole 3.3 v tabulce č. 1.

P1: Rozhovor probíhal v denní místnosti sester v odpoledních hodinách na denní směně participantky a trval 30 minut. Rozhovor nebyl nikým narušován. Participantka se výzkumu účastnila zcela dobrovolně po oslovení autorky práce.

P2: Rozhovor probíhal na sesterně v ranních hodinách před zahájením denní směny participantky a trval 20 minut. Rozhovor byl 1x přerušen, jelikož participantka musela vzít zvonící služební telefon, jinak byl rozhovor veden bezproblémově. Participantka se výzkumu účastnila dobrovolně po oslovení autorky práce.

P3: Rozhovor byl veden v odpoledních hodinách na denní místnosti sester v době denní směny participantky. Rozhovor nebyl ničím a nikým narušován, trval cca 40 minut. Participantka se výzkumu účastnila zcela dobrovolně po oslovení autorky práce.

P4: Rozhovor probíhal po skončení denní směny participantky ve večerních hodinách na denní místnosti sester. Rozhovor byl proveden bez problémů a nebyl nijak narušen. Rozhovor trval 25 minut s tím, že se participantka výzkumu účastnila dobrovolně po předchozím oslovení autorky práce.

P5: Rozhovor probíhal v odpoledních hodinách po skončení ranní směny participantky na denní místnosti sester. Rozhovor trval 20 minut a nebyl nijak narušen, jelikož participantka již měla po skončení pracovní doby. Participantka se výzkumu účastnila taktéž zcela dobrovolně po předchozím oslovení autorky práce.

První čtyři položky rozhovorů se týkaly základních údajů účastnic výzkumu a jsou uvedeny v podkapitole 3.3, v tabulce č. 1.

Otázka: Je pro Vás stresující komunikovat s pacientem na UPV?

Tabulka 2: stres při komunikaci s pacientem na UPV

Participant	Odpověď
P1	<i>„Komunikace s pacienty na UPV při vědomí je pro mě obtížnější, pokud jsou pacienti na UPV uspaní je to pro mě lepší.“</i>
P2	<i>„Ne není. Pokud mám být upřímná, jestliže je to pacient s RASS -5 je to naopak pro mě výhodou. Upřímně někdy potřebuji mít na práci klid a s pacientem na UPV s RASS -5 sice komunikuji, řeknu mu vše podstatné, ale ve většině případů není od těchto pacientů žádná zpětná odpověď či reakce, čímž je komunikace s takovými pacienty víceméně jednostranná.“</i>
P3	„Není to pro mě stresující.“
P4	„Ne.“
P5	„Ne.“

Komentář: Participantka P1 uvedla, že je pro ni lepší komunikovat s pacientem na UPV, který je plně sedovaný. U pacientů lucidních je pro ni komunikace náročnější. Participantka P2 ve své odpovědi uvedla, že mnohdy je pro ni lepší komunikovat s pacientem na UPV při RASS -5, než s pacientem, který je při vědomí. Uvedla, že díky tomu, že má pacient RASS -5 má větší klid na svou práci. P3, P4 a P5 se ve svých odpovědích shodly na tom, že pro ně komunikace s pacienty na UPV není nijak stresující a dále svou odpověď nijak nerozváděly.

Tomová, Křivková (2016), ve své knize uvádějí, že komunikace s pacientem na UPV, který je v bezvědomí, může být pro sestry, které o tyto pacienty pečují mnohem více časově i psychicky náročnější než komunikace s pacientem lucidním. Tomová a Křivková uvádí, že potíží je právě v tom, že komunikace s pacientem na UPV v bezvědomí je náročnější z hlediska toho, že pacient s personálem neudrhuje verbální kontakt.

Toto tvrzení je v rozporu s tím, co bylo zjištěno na základě polostrukturovaných rozhovorů tohoto výzkumu.

Otázka: Jak vnímáte pojem kvalitní komunikace s pacientem na UPV?

Tabulka 3: vnímání pojmu kvalitní komunikace s pacienty na UPV

Participant	Odpověď
P1	<i>„Určitě tak, aby se pacient nelekl, když k němu přijdu, aby pacient nebyl v šoku, když na něho mluvím, kvalitní komunikace je to, když pacient pochopí, co po něm chci, že se něco děje a proč se to děje a že já pochopím co po mě chce on. Ale uznávám, že ne vždycky se to podaří“.</i>
P2	<i>„Záleží na tom, jaký je u pacienta stupeň RASS, jestli vnímá či nikoliv, jestli dokáže mluvit nebo ne. Pokud je zachované vědomí, je dobré komunikovat s pacienty například pomocí tabulek, kdy já na ně mluvím klasicky verbálně a oni mi své odpovědi píšou na tabulku, čímž jsi myslím, že obě strany se mohou srozumitelně domluvit. Pokud je u pacienta RASS – 5 myslím si, že je důležité před každým výkonem nebo čímkoliv jiným říct pacientovi co se s ním teď bude dít. Myslím si, že je důležité, aby nějaká forma komunikace proběhla vždycky.“</i>
P3	<i>„Pokud je pacient při vědomí měla bych s ním mluvit verbálně, pokud není při vědomí měla bych se ho nejprve dotknout, aby vnímal to, že tam u něj jsem a následně bych ho měla upozornit na to, co mu budu dělat.“</i>
P4	<i>„Podle mě je kvalitní komunikace s těmito pacienty taková, když je zajištěný klid ke komunikaci, když mluví jen jedna osoba, když pacientovi říkám jednoduché pokyny.“</i>
P5	<i>„Důsledná, konkrétní k pacientovi, slušná.“</i>

Komentář: Na tuto otázku odpověděla každá participantka jinak. Participantka P1 uvedla, že za kvalitní komunikaci s pacientem na UPV považuje to, když pacient chápe, co mu personál oddělení sděluje a naopak také, když personál pochopí to, co se snaží sdělit pacient. Považuje za důležité v rámci kvalitní komunikace, že dojde k vzájemnému pochopení.

Uvedla také, že je důležité to, jak komunikace mezi pacientem a sestrou započne, že by se mělo předejít zbytečným úlekům pacienta a že by pacient měl vnímat přítomnost sestry.

Participantka P2 uvedla, že je důležité, aby nějaká forma komunikace mezi sestrou a ventilovaným pacientem probíhala za každých okolností. Zároveň tato participantka uvedla, že na tom, jaká bude zvolená forma komunikace záleží v souvislosti s tím, jaký je u pacienta stupeň RASS. Pokud je pacient při vědomí snaží se tato participantka ke komunikaci s pacientem na UPV využívat tabulky a mluvené slovo, pokud však je pacient při RASS -5 využívá pouze mluvené slovo, a to k tomu, aby pacienta informovala o čemkoliv.

Participantka P3 se shoduje s participantkou P1 v tom, že komunikace mezi pacientem a sestrou by měla začít tím, že pacient vnímá přítomnost sestry, tudíž u pacientů s RASS-5 komunikaci začíná dotykem. Dále se tato participantka domnívá, že kvalitní forma komunikace je taková, když na pacienty, kteří jsou plně při vědomí verbálně mluví.

Podle participantky P4 je kvalitní komunikace s ventilovanými pacienty tehdy, když je při komunikaci zajištěn klid a jsou pacientovi podávány jednoduché a srozumitelné pokyny a mluví na něj jen jedna osoba.

Participantka P5 se shoduje s participantkou P4 v tom, že za kvalitní komunikaci považuje, když jsou pacientovi sdělovány konkrétní a srozumitelné pokyny, zároveň jako jediná uvedla, že komunikace s ventilovanými pacienty by měla být slušná.

Šrámková (2011) ve své knize uvádí, že proto aby byla komunikace kvalitní a přínosná oběma komunikačním stranám musí dojít k navázání kontaktu mezi ošetřujícím personálem a pacientem.

Zacharová (2016) uvádí, že k úspěšné a komunikaci je zapotřebí odstranit možné komunikační bariéry mezi komunikačními stranami.

Kapounová (2020) uvádí, že je potřebné, aby komunikace mezi pacientem a sestrou probíhala jak formou verbální, tak formou neverbální.

Tomová, Křivková (2016) uvádí, že sestra pečující o pacienta na UPV by měla být schopná pacientovi vždy navrhnout nějakou přijatelnou alternativu komunikace. Je nutné, aby sestra byla k pacientovi vnímavá, a aby prostřednictvím zvolené formy komunikace docházelo mezi sestrou a pacientem k co možná největšímu pochopení. K tomu, aby komunikace byla kvalitní je potřebné do komunikace zahrnout aspekty jako jsou jednoduchost, stručnost, reciprocita, zřetelnost, vhodné načasování, kognitivní přizpůsobivost a flexibilitu.

Dále je v této knize uvedeno, že pro kvalitní komunikaci mezi sestrou a pacientem je zapotřebí využití jak verbální, tak neverbální komunikace.

Otázka: Co je pro vás nejhorší v komunikaci s rodinnými příslušníky pacientů na UPV?

Tabulka 4: nejhorší faktor při komunikaci s rodinnými příslušníky pacientů

Participant	Opověď
P1	<i>„Asi nic, nevnímám to jako stresující faktor“.</i>
P2	<i>„Nestýkám se s nimi, informace rodině podává lékař.“</i>
P3	<i>„Asi jejich strach o ty pacienty hlavně když jsou to mladí pacienti na ventilátoru, tak je komunikace taková složitá vzhledem k tomu strachu té rodiny, těžko se jim některé věci vysvětlují, přijde mi, že některé věci nejsou schopni pochopit.“</i>
P4	<i>„Nejhorší je ten jejich strach, nejistota, ale to se dá pochopit, někdy je nejhorší to, že jsou naštvaní na nás zdravotníky.“</i>
P5	<i>„Neznalost a přecitlivělost rodinných příslušníků pacientů na UPV.“</i>

Komentář: Participantka P1 uvedla, že komunikaci s rodinnými příslušníky nevnímá jako stresující faktor při své práci. Participantka P2 uvedla, že se s rodinnými příslušníky nestýká, že o stavu pacienta informuje lékař, čímž ona s nimi do kontaktu takřka nepřichází. Participantky P3, P4 a P5 uvedly, že nejhorší při komunikaci s rodinnými příslušníky pacientů na UPV je jejich strach, nejistota a neznalost problematiky UPV. Participantka P4 ke své odpovědi dodala, že mnohdy je překážkou v komunikaci mezi rodinnými příslušníky pacientů a zdravotníky, to že rodina a příbuzní pacienta jsou naštvaní a kladou vinu za stav pacienta právě zdravotníkům.

Tomová, Krivková (2016) ve své knize uvádí, že je důležité do ošetrovatelského procesu zapojovat rodinné příslušníky a přátele pacienta, a to formou komunikace. Pro ventilovaného pacienta, který je při vědomí, může být komunikace s jeho blízkými velmi prospěšná hlavně z hlediska psychiky.

Otázka: Co děláte pro zlepšení Vaší komunikace s pacientem na UPV s RASS -5?

Tabulka 5: zamyšlení se nad zlepšení komunikace s pacientem na UPV s RASS -5

Participant	Odpověď
P1	<i>„Přihlásila jsem se na kurz bazální stimulace“.</i>
P2	<i>„Asi nic, na žádné kurzy nebo tak nechodím.“</i>
P3	<i>„Občas si přečtu nějaký odborný článek, když na něj narazím někde na internetu.“</i>
P4	<i>„Upřímně asi nic.“</i>
P5	<i>„Občasné sebevzdělávání, občas si něco o komunikaci přečtu.“</i>

Komentář: Participantka P1 ve své výpovědi uvedla, že by svou komunikaci s pacienty na UPV s RASS -5 chtěla zlepšit a že se z tohoto důvodu přihlásila na kurz bazální stimulace, který pořádá vedení oddělení. Participantky P2 a P4 uvedly, že pro zlepšení komunikace s pacienty na UPV s RASS -5 nedělají nic. Participantky P3 a P5 se ve svých odpovědích shodly na tom, že jedinou činností, kterou pro zlepšení své komunikace s pacienty na UPV s RASS -5 dělají je, že si občas přečtou nějaký odborný článek na internetu, který se vztahuje ke komunikaci s pacienty

Otázka: Co by mohlo vedení oddělení udělat pro zlepšení komunikace s pacienty na UPV s RASS -5?

Tabulka 6: zamyšlení se nad podporou zlepšení komunikace v rámci oddělení

Participant	Odpověď
P1	<i>„Myslím si, že by mohlo zorganizovat nějaké workshopy a přednášky.“</i>
P2	<i>„Mělo by nás asi více motivovat k účasti na nějakých kurzech nebo přednáškách.“</i>
P3	<i>„Mohlo by zorganizovat nějaký seminář na toto téma.“</i>

P4	<i>„Nevím, možná by mohli zorganizovat nějaký kurz, který by mohla vést sestra, která má více zkušeností s komunikací s pacienty s RASS -5.“</i>
P5	<i>„Nemusí dělat nic, dělá kurzy bazální stimulace“</i>

Komentář: Participantky P1, P3 a P4 se shodly na to, že by vedení oddělení ARIM mohlo zorganizovat nějaký seminář či přednášku na téma kvalitní komunikace s pacientem na UPV s RASS -5, participantka P4 dokonce navrhovala, že by tento kurz mohla vést všeobecná sestra, která má s touto problematikou zkušenosti. Participantka P2 uvedla, že by stačilo, kdyby vedení oddělení všeobecné sestry více motivovalo k účasti na přednáškách či kurzech na toto téma, formu motivace však neuvedla. Participantka P5 ve své odpovědi jako jediná uvedla, že vedení oddělení ARIM v KNTB již organizuje kurzy na téma bazální stimulace u pacientů na UPV.

Otázka: Uvítala byste možnost účastnit se takového workshopu, přednášky?

Tabulka 7: možnost účastnit se na přednášce

Participant	Opověď
P1	<i>„Ano, a proto jsem se i sama přihlásila na kurz bazální stimulace.“</i>
P2	<i>„Asi záleží na tom, co by to bylo za seminář, kdo by ho vedl a co by bylo obsahem takové přednášky, ale ano asi bych se zúčastnila.“</i>
P3	<i>„Ano, ráda“</i>
P4	<i>„Ano“</i>
P5	<i>„Ano“</i>

Komentář: V odpovědích na tuto položku se všechny participantky shodly na tom, že by se zúčastnily na přednášce, kurzu či workshopu, který by byl zorganizovaný na téma kvalitní komunikace s pacienty na UPV s RASS -5.

Otázka: Při práci s pacienty na UPV s RASS -5 preferujete verbální nebo neverbální komunikaci?

Tabulka 8: preference komunikace s pacientem na UPV

Participant	Odpověď
P1	<i>„Spíše preferuji verbální komunikaci, ale využívám i neverbální. Pacienta s RASS -5 nejprve slovně oslovím a pak se ho dotknu.“</i>
P2	<i>„Využívám obě možnosti.“</i>
P3	<i>„Kombinuji obě dvě možnosti, záleží na stavu pacienta.“</i>
P4	<i>„U lucidního pacienta využívám verbální, u pacienta s RASS -5 preferuju neverbální.“</i>
P5	<i>„Používám obě možnosti.“</i>

Komentář: Participantky výzkumu P2, P3 a P5 jednoznačně odpověděly, že kombinují obě možnosti. Participantky P1 a P4 odpověděly, že využívají spíše verbální komunikaci s prvky neverbální u pacienta na UPV s RASS -5. Participantka P4 preferuje neverbální komunikaci s pacientem na UPV s RASS -5.

Kapounová 2020 ve své knize uvádí, že neverbální komunikace je velmi důležitou součástí komunikačního procesu. Prostřednictvím neverbální komunikace je předáváno 70-90 % informací z tohoto důvodu je důležité neverbální komunikaci využívat spolu s mluveným slovem.

Pokorná 2010 ve své knize uvádí, že člověk je pomocí neverbální komunikace schopen pojmout mnohem více informací než pouhým mluveným slovem.

Jak již bylo výše zmíněno k tomu, aby byla verbální komunikace kvalitní a úspěšná musí být do této komunikace zakomponována jednoduchost, stručnost, reciprocitu, zřetelnost, vhodné načasování, kognitivní přizpůsobivost a flexibilitu (Tomová, Křivková, 2016).

Otázka: Jak komunikujete s pacienty na UPV s RASS -5, Vy osobně?

Tabulka 9: možnosti komunikace

Participant	Odpověď
P1	<i>„Určitě je pokaždé oslovuji, říkám jim, co dělám, ale snažím se začínat iniciačním dotykem.“</i>
P2	<i>„Komunikuji s ním stejně jako s lucidním pacientem, jelikož si myslím, že není jednoznačně prokázané, že nevnímá. Normálně k němu přijdu a vysvětlím mu, co mu jdu dělat, nebo co se s ním bude nyní dít.“</i>
P3	<i>„Verbálně ho oslovím, když k němu dojdu tak se ho nejprve dotknu třeba na rameni, na ruce, aby vnímal, že tam jsem s ním.“</i>
P4	<i>„Dotykem, pohlazením, oslovím ho, nejprve ho oslovím a oznámím mu, co budu dělat.“</i>
P5	<i>„Verbálně i neverbálně, začínám oslovením.“</i>

Komentář: Všechny participantky, které se účastnily tohoto výzkumu se v této otázce shodují na tom, že u pacienta na UPV s RASS -5 používají verbální komunikaci. Participantky P1, P3, P4 a P5 zmiňují, že ke komunikaci s těmito pacienty využívají také neverbální komunikaci, zejména iniciační dotyk v začátcích komunikace. Participantka P2 s takovým pacientem komunikuje, jako se zcela lucidním a před každým výkonem nejdříve pacientovi vysvětlí, co se nyní bude dít. Participantka P1 dále uvedla, že komunikaci s pacientem na UPV s RASS -5 začíná oslovením. Participantka P4 uvedla, že komunikaci začíná dotekem a participantka P5 komunikaci začíná stejně jako participantka P1 oslovením.

Z bostwanské studie V roce 2017 vyplynulo, že všeobecné sestry pracující na jednotkách intenzivní péče nemají dostatečné informace o tom, jak správně efektivně a kvalitně komunikovat s pacienty na umělé plicní ventilaci, kteří jsou v hluboké analgosedaci (Dithole, K. S., G. Thupayagale-Tshweneagae et al., 2017).

Friedlová 2007 uvádí, že nedílnou součástí komunikace s pacientem na UPV je bazální stimulace, která by se měla hojně využívat zejména u pacientů v hlubokém bezvědomí. Bazální stimulace podporuje vnímání, komunikaci a pohybové vlastnosti pacienta.

Kapounová 2020 se domnívá, že kombinací verbální a neverbální komunikace dochází ke kvalitnímu předávání informací.

Otázka: Jak vnímáte pojem neverbální komunikace s pacientem na UPV?

Tabulka 10: zamyšlení nad pojmem neverbální komunikace s pacientem na UPV

Participant	Odpověď
P1	<i>„Tak všechno to, co je nemluvené, všechno ostatní.“</i>
P2	<i>„Neverbální komunikaci vnímám jako pohledy, grimasy, pohyby, doteky, všechno ostatní, co není mluvené.“</i>
P3	<i>„Neverbální komunikace je to, že se pacientů dotýkám, myslím si, že s pacienty na UPV s RASS – 5, žádná jiná možnost neverbální komunikace není.“</i>
P4	<i>„Myslím si, že neverbální komunikace je důležitá pro pacienty při částečném nebo plném vědomí, při RASS – 5 i myslím, že si to pacient stejně neuvědomuje ani nepamatuje.“</i>
P5	<i>„Doteky jsou pro mě forma neverbální komunikace“</i>

Komentář: Participantky P1 a P2 se výslovně shodují na tom, že neverbální komunikace vnímají všechno to, co je nemluvené. Participantky P2, P3 a P5 se shodují v tom, že mezi neverbální komunikaci řadí doteky mezi nimi a pacienty. Participantka P4 uvádí, že se domnívá, že pacient při RASS -5 neverbální komunikaci nijak nevnímá.

Kapounová (2020) řadí mezi neverbální komunikaci složky jako je mimika, proxemika, haptika, posturika, gestikulace, vzhled, celkovou úpravu zevnějšku a paralingvistiku.

Otázka: Jak často využíváte neverbální komunikaci s pacienty na UPV s RASS -5?

Tabulka 11: četnost využití neverbální komunikace s pacienty na UPV s RASS -5

Participant	Odpověď
P1	<i>„Jak jsem říkala, na začátku kontaktu s pacientem využívám iniciační dotek a pak udělám to, co mám, ale jinak neverbální komunikaci moc nepoužívám.“</i>
P2	<i>„Využívám jen iniciační dotyk a bazální stimulaci. Iniciační dotyk využívám vždy.“</i>
P3	<i>„Při každém kontaktu sním pomocí dotyků, při každém ošetření, vždy začínám iniciačním dotykem.“</i>
P4	<i>„Pokaždé když k němu přijdu tak začínám iniciačním dotykem.“</i>
P5	<i>„Při každé manipulaci s pacientem“</i>

Komentář: Participantka P1 uvádí, že využívá iniciační dotek, ale žádnou jinou formu neverbální komunikace nevyužívá. P2 uvedla, že při každém kontaktu s pacientem využívá iniciační dotek a bazální stimulaci. P3 uvedla, že využívá jen doteky jako formu neverbální komunikace. P4 uvedla, že v rámci neverbální komunikace využívá jen iniciační dotek. P5 sice uvedla, že neverbální komunikaci používá při každé manipulaci s pacientem, ale neuvedla, jakou formou.

Kapounová (2020) ve své knize uvádí, že neverbální komunikace je velmi důležitou součástí komunikačního procesu. Prostřednictvím neverbální komunikace je předáváno 70-90 % informací.

Zacharová (2016) uvádí, že je možné s pacientem mimoverbálně komunikovat pomocí obrázků, kartiček a fotografií, či komunikaci s pomocí počítačového zařízení

Otázka: Jaké prvky neverbální komunikace nejčastěji využíváte v komunikaci s pacienty na UPV s RASS -5?

Tabulka 12: využití prvků neverbální komunikace s pacienty na UPV s RASS-5

Participant	Odpověď
P1	<i>„Jak jsem říkala, na začátku kontaktu s pacientem využívám iniciační dotek a pak udělám to, co mám, ale jinak neverbální komunikaci moc nepoužívám.“</i>
P2	<i>„Iniciální dotyk je podle mě asi jediná možnost u pacientů s RASS – 5.“</i>
P3	<i>„Asi jen ten dotyk.“</i>
P4	<i>„Používám jen dotyk a pohlazení, myslím si, že jiné prvky u plně sedovaných pacientů nejsou možné.“</i>
P5	<i>„Dotek, potřesení poklepání.“</i>

Komentář: Všech pět participantek se ve svých odpovědích shodují na tom, že nejčastějším prvkem neverbální komunikace, který používají při kontaktu s pacientem na UPV s RASS -5 je dotek. Participantky P2 a P4 se dokonce domnívají, že dotek je u pacientů na UPV s RASS -5 jedinou možností neverbální komunikace. Participantka P4 jako prvek neverbální komunikace využívá dotyk a pohlazení. Participantka P5 jako prvek neverbální komunikace používá dotek, potřesení, poklepání.

Friedlová (2007) ve své knize uvádí, že u pacienta na UPV je v rámci bazální stimulace vhodné udržovat kontakt hlavně prostřednictvím dotyků. V klinické praxi se využívá zejména iniciační dotyk sestry k navázání kontaktu s pacientem, k masáži pacientova těla a k polohování pacienta.

Je vhodné u pacientů využít i např. olfaktorickou stimulaci, která spočívá v tom, že rodinní příslušníci seženou a poskytnou ošetřujícímu personálu oblíbené vůně pacienta, které následně sestra nechá pacienta očichat. Taktilně-haptická stimulace funguje na principu vkládání předmětů do rukou pacienta a sluchová stimulace je založená na pouštění oblíbené hudby pacienta. Sestra by všechny tyto prvky bazální stimulace měla používat v pravidelných intervalech a měla by si všimnout pacientovi zpětné vazby na tyto prováděné úkony (Friedlová, 2007).

5 DISKUZE

V praktické části bakalářské práce jsme se zabývali hledáním odpovědi na hlavní i vedlejší výzkumnou otázku pomocí polostrukturovaných rozhovorů. Hlavní výzkumnou otázkou bylo zjistit, jak vnímají kvalitu komunikace všeobecné sestry u vybraných pacientů na UPV (pacienti na UPV s RASS -5). Vedlejší výzkumnou otázkou bylo zjistit, jakým způsobem všeobecné sestry nejčastěji komunikují s pacienty na UPV s RASS -5.

K zjištění výsledků hlavní výzkumné otázky jsme položily otázky č. 5-10, ze získaných odpovědí lze usoudit, že kvalitu komunikace vnímá každá ze zúčastněných participantek trochu jinak. Obecně lze říci, že za kvalitní komunikaci mezi ventilovaným pacientem s RASS -5 a všeobecnou sestrou, participantky považují komunikaci, která je klidná, účelná, prospěšná a dojde k pochopení mezi komunikujícími stranami. Participantky uváděly, že za kvalitní komunikaci považují takovou, která začíná oslovením pacienta. Dále lze ze zjištěných výsledků usuzovat, že všeobecné sestry pracující na oddělení ARIM v KNTB nemají ucelené informace, o tom, jak kvalitně komunikovat s pacienty na UPV. Každá všeobecná sestra s pacientem na UPV komunikuje jiným způsobem. Nejčastěji však ke komunikaci s pacienty, sestry využívají verbální oslovení a iniciální doteky.

Podobným výzkumem se zabývala Bc. Lenka Švecová, Dis. (2018), která se ve své diplomové práci zaměřovala na komunikaci s pacienty v intenzivní péči, kde bylo cílem zjistit, jakým způsobem všeobecné sestry komunikují s pacienty na umělé plicní ventilaci. Její i náš výzkum se shodují v tom, že všeobecné sestry při volbě formy komunikace přihlíží na celkový stav pacienta. Dále z obou výzkumů vyplývá, že všeobecné sestry považují za důležité na začátku komunikace pacienta nějakým způsobem oslovit a upoutat jeho pozornost.

Zajímavé zjištění přinesly odpovědi na otázku č. 8, kdy všeobecné sestry uvedly, že pro zlepšení své komunikace s ventilovanými pacienty nedělají vůbec nic, nebo si přečtou nějaký náhodný článek, který o tématu pojednává. Zároveň však na otázku č. 9, která se týkala toho, zda by mohlo vedení oddělení něco udělat pro zlepšení kvality komunikace v péči o ventilované pacienty s RASS -5 téměř všechny z dotázaných participantek odpověděly, že by vedení oddělení mohlo zorganizovat nějaký kurz nebo přednášku na toto téma. Otázka č. 10, se týkala zájmu dotázaných participantek o kurz či přednášku, kterou by případně oddělení ARIM zorganizovalo, na tuto otázku jsme dostaly odpověď téměř ve všech případech již u otázky č. 9, což jsme předem nepředpokládaly.

Ze studie provedené v Bostwaně v roce 2017, vyplynulo shodě, že sestry by uvítaly možnost vzdělávání se komunikaci s pacienty na UPV. Hlavní výzkumná otázka byla splněna.

K vedlejší výzkumné otázce se pojily otázky č. 11-15, díky získaným odpovědím bylo zjištěno, že nejčastějším způsobem komunikace všeobecných sester v péči o pacienty na UPV s RASS -5, je formou verbálního neboli mluveného slova. Toto zjištění je částečně v rozporu s odbornou literaturou, kdy např. Friedlová uvádí, že pro pacienty na UPV je neverbální komunikace také velmi důležitá a snadněji pochopitelná než klasické mluvené slovo.

Dalším podstatným zjištěním bylo to, že nejčastější forma komunikace s pacienty na UPV závisí na vědomí pacienta. Participantky se ve většině odpovědí shodovaly v tom, že pokud je pacient na UPV s RASS -5, nejčastěji před zahájením verbální komunikace, využívají iniciální dotyk. Žádnou jinou formu neverbální komunikace participantky nezmínily. Z čehož lze usoudit, že žádnou jinou formu neverbální komunikace nevyužívají. Pokud jsou pacienti na UPV s RASS v kladných hodnotách, sestry s ním komunikují nejčastěji pomocí verbální komunikace.

Martina Němcová (2010) ve své bakalářské práci s názvem Komunikace sester s ventilovanými pacienty na Anesteziologicko – resuscitačním oddělení, zmiňuje, že sestry při práci s pacienty na UPV používají nejčastěji formu verbální komunikace. Vedlejší výzkumná otázka byla splněna.

První čtyři otázky tohoto výzkumu se zabývaly demografickými daty a seznámením se s participantem výzkumu.

5.1 Doporučení pro praxi

Na základě informací získaných pomocí výzkumu realizovaného na oddělení ARIM v KNTB, jsou navržena doporučení na zlepšení kvality komunikace všeobecných sester v péči o pacienty na UPV.

Hlavním návrhem, jak zlepšit kvalitu komunikace všeobecných sester s pacienty na UPV, je organizace přednášek nebo kurzů na téma kvalitní komunikace s pacienty na UPV. Všeobecné sestry, které se zúčastnily výzkumu, uvedly, že by o takový kurz, seminář či přednášku stály.

Dalším návrhem, jak zlepšit komunikaci s pacienty na UPV na oddělení ARIM v KNTB je zlepšení dostupnosti komunikačních pomůcek pro komunikaci s pacienty na UPV. Mezi tyto pomůcky by mohly být zařazeny komunikační karty, piktogramy, on-line metody či jiné pomůcky, které by mohly zlepšit a zkvalitnit komunikaci mezi pacientem a personálem.

Autorkou práce byl připraven návrh informačního materiálu o možnostech komunikace s pacienty na UPV, který je určen k dalšímu designerskému zpracování. Tento informační materiál by mohl sloužit jak pro sestry pracující na jednotce intenzivní péče, tak pro rodinné příslušníky pacientů.

ZÁVĚR

Bakalářská práce s názvem Kvalita komunikace v péči o pacienty na umělé plicní ventilaci se zabývala komunikací všeobecných sester s pacienty na UPV.

Jak již bylo zmíněno v úvodu této práce, komunikace je pro povolání všeobecné sestry nepostradatelnou součástí práce. Pomocí komunikace se všeobecné sestry mohou s pacienty dorozumívat a zjišťovat tak důležité a podstatné informace.

V teoretické části bakalářské práce byly popsány základní informace a možnosti obecné komunikace s pacientem se zaměřením na pacienta na UPV s RASS -5. Byly vymezeny pojmy verbální a neverbální komunikace. Dále byly popsány faktory, které ovlivňují komunikaci s pacientem, možnosti komunikace s pacienty na UPV a bazální stimulace pacientů. Druhá kapitola bakalářské práce se zaměřovala na umělou plicní ventilaci. V této kapitole byly popsány indikace k umělé plicní ventilaci, zajištění dýchacích cest pomocí endotracheální intubace nebo tracheostomie. Dále jsou uvedeny formy umělé plicní ventilace, analgosedace pacienta na UPV a jeho hodnocení vědomí. Druhá část popisuje sledování, ošetrovatelskou péči, rizika, polohování a hygienickou péči zaměřenou na dýchací cesty a péči o endotracheální a tracheostomickou kanylu.

V praktické části bakalářské práce byl proveden kvalitativní výzkum technikou polostrukturovaných rozhovorů. Byla definována jedna hlavní a jedna vedlejší výzkumná otázka. Hlavní výzkumnou otázkou bakalářské práce bylo zjistit, jak vnímají kvalitu komunikace všeobecné sestry u vybraných pacientů na UPV (pacienti s RASS -5). Vedlejší výzkumnou otázkou práce bylo zjistit, jakým způsobem nejčastěji komunikují všeobecné sestry s pacienty na UPV s RASS -5. Do výzkumu bylo zapojeno pět participantek, kterými byly všeobecné sestry pracující na oddělení ARIM v KNTB.

Z výsledků výzkumu vyplynulo, že za kvalitní komunikaci mezi ventilovaným pacientem s RASS -5 a ošetřujícím personálem (všeobecnou sestrou), participantky považují komunikaci, která je klidná, účelná, prospěšná a dojde při ní k pochopení sdělovaného obsahu mezi dotyčnými. Obecně, lze z výsledků usuzovat, že všeobecné sestry pracující na oddělení ARIM v KNTB nemají ucelené informace o tom, jak kvalitně komunikovat s pacientem na UPV s RASS -5. Každá všeobecná sestra s pacientem na UPV komunikuje jiným způsobem. Nejčastěji však ke komunikaci s pacienty na UPV s RASS -5 sestry využívají doteky.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

BARTŮŇEK, Petr a kol., 2016. *Vybrané kapitoly z intenzivní péče*. Praha: Grada. ISBN 978-80-24-4343-1.

DOSTÁL, Pavel a kol., 2014. *Základy umělé plicní ventilace*. Praha: Maxdorf. ISBN 978-80-7345-397-8.

FRIEDLOVÁ, Karolína, 2007. *Bazální stimulace v základní ošetrovatelské péči*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1314-4.

HEILMANN, Christa M., 2013. *Řeč těla: Gesta – mimika – emoce*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4394-3.

HENDL, Jan, 2016. *Kvalitativní výzkum: Základní teorie, metody a aplikace*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0982-9.

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

KAPOUNOVÁ, Gabriela, 2020. *Ošetrovatelství v intenzivní péči*. 2., aktualizované a doplněné vydání. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-0130-6.

KLIMEŠOVÁ, Lenka a Jiří KLIMEŠ, 2011. *Umělá plicní ventilace*. Brno: NCONZO. ISBN 978-80-7013-538-9.

LINHARTOVÁ, Věra, 2007. *Praktická komunikace v medicíně*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1784-5.

MIKULÁŠTÍK, Milan, 2010. *Komunikační dovednosti v praxi*. 2., doplněné a přepracované vydání. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2339-6.

PLEVOVÁ, Ilona a kol., 2011. *Ošetrovatelství II*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3558-0.

POKORNÁ, Andrea, 2010. *Efektivní komunikační techniky v ošetrovatelství*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. ISBN 978-80-7013-524-2.

ŠAMÁNKOVÁ, Marie a kol., 2011. *Lidské potřeby ve zdraví a nemoci*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3223-7.

ŠEVČÍK, Pavel a kol., 2014. *Intenzivní medicína*. Třetí, přepracované a rozšířené vydání. Praha: Galén. ISBN 978-80-7492-066-0.

TOMOVÁ, Šárka a Jana KŘIVKOVÁ, 2016. *Komunikace s pacientem v intenzivní péči*. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-9540-4.

VENGLÁŘOVÁ, Martina, 2011. *Sestry v nouzi: Syndrom vyhoření, mobbing, bossing*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3174-2.

VÉVODA, Jiří a kol., 2013. *Motivace sester a pracovní spokojenost ve zdravotnictví*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4732-3.

ZADÁK, Zdeněk, Eduard HAVEL a kol., 2017. *Intenzivní medicína na principech vnitřního lékařství*. 2. doplněné a přepracované vydání. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-0282-2.

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

ZACHAROVÁ, Eva, 2017. *Zdravotnická psychologie teorie a praktická cvičení*. 2., aktualizované a doplněné vydání. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-0155-9.

Seznam internetových zdrojů

BAUCHMULLER, Kris a Matthew C. FAULDS, 2015. Care of the critically ill patient. *Surgery (Oxford)* [online]. **33**(4), 165-171 [cit. 2022-10-26]. Dostupné z: doi:<https://doi.org/10.1016/j.mpsur.2015.01.009>.

Bazální stimulace [online], 2015. Frýdek-Místek: INSTITUT Bazální stimulace® [cit. 2022-04-17]. Dostupné z: <http://www.bazalni-stimulace.cz/o-bazalni-stimulaci/>.

BROWN, Ben a Justin ROBERTS, 2016. Principles of artificial ventilation. *Anaesthesia and Intensive Care Medicine* [online]. **17**(3), 120-132 [cit. 2022-10-02]. Dostupné z: <https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S1472029916000278?token=BCE7A6263A04481F08F4DBAA71A5BEEADF3505D11FB745A870034F46EAE8862336E5818E301F07EECE19736F5E6ABA2&originRegion=eu-west-1&originCreation=20220517142942>

DITHOLE, K.S. et al., 2017. Communication skills intervention: promoting effective communication between nurses and mechanically ventilated patients. *BMC Nursing* [online]. **16**(1) [cit. 2021-03-17]. Dostupné z: doi:[10.1186/s12912-017-0268-5](https://doi.org/10.1186/s12912-017-0268-5)

ELISEK, Stanislava, 2008. *KOMUNIKACE U PACIENTŮ S UMĚLOU PLICNÍ VENTILACÍ* [online]. Hradec Králové [cit. 2022-02-06]. Dostupné z: file:///C:/Users/micha/OneDrive/Plocha/BPTX_2007_2_11150_F0308371_191326_0_58285.pdf. Bakalářská práce. Univerzita Karlova - Lékařská fakulta v Hradci Králové. Vedoucí práce Mgr. Michaela Schneiderová.

FREI, Jiří, 2016. *Umělá plicní ventilace* [online]. [cit. 2022-04-11]. Dostupné z: <https://docplayer.cz/7055278-Umela-plicni-ventilace-bc-jiri-frei-rs.html>

JEITZINER, Marie-Madlen et al., 2015. Long-term consequences of pain, anxiety and agitation for critically ill older patients after an intensive care unit stay. *Journal of clinical nursing* [online]. **24**(17-18), 2419-2428 [cit. 2022-05-18]. Dostupné z: doi:[10.1111/jocn.12801](https://doi.org/10.1111/jocn.12801).

KIM, Hyeon Jeong a JEONG, Ihn Sook, 2012. Optimal Time Interval for Position Change for ICU Patients using Foam Mattress Against Pressure Ulcer Risk. *Journal of Korean Academy of Nursing* [online]. **42**(5), 730-737 [cit. 2022-11-03]. Dostupné z: <http://apps.webofknowledge.com/InboundService.do?product=WOS&SID=W1e1S4BxA LnfeUpJFHd&UT=WOS%3A000311775300012&SrcApp=EDS&DestFail=http%3A%2F%2Fwww.webofknowledge.com&action=retrieve&Init=Yes&SrcAuth=EBSCO&Func=Frame&customersID=EBSCO&IsProductCode=Yes&mode=FullRecord>

LAERKNER, Eva, Ingrid EGEROD a Helle Ploug HANSEN, 2015. Nurses' experiences of caring for critically ill, non-sedated, mechanically ventilated patients in the Intensive Care Unit: A qualitative study. *Intensive and Critical Care Nursing* [online]. **31**(4), 196 - 204 [cit. 2022-10-02]. Dostupné z: doi:<https://doi.org/10.1016/j.iccn.2015.01.005>

Lékařské klasifikace: RASS [online], 2008. Praha [cit. 2022-10-02]. Dostupné z: <http://www.mudr.org/web/>

MOHAMMED, Hanan Mohammed a Manal Sahal HASSAN, 2015. Endotracheal tube securements: Effectiveness of three techniques among orally intubated patients. *Egyptian Journal of Chest Diseases and Tuberculosis* [online]. **64**(1), 183-196 [cit. 2022-03-02]. Dostupné z: [doi:https://doi.org/10.1016/j.ejcdt.2014.09.006](https://doi.org/10.1016/j.ejcdt.2014.09.006).

NĚMCOVÁ, Martina, 2010. *Martina. Komunikace sester s ventilovanými pacienty na Anesteziologicko – resuscitačním oddělení* [online]. Brno [cit. 2022-04-25]. Dostupné z: <https://is.muni.cz/th/paqw5/>. Bakalářská práce. MASARYKOVA UNIVERZITA.

ŠEFLOVÁ, Lenka a JANČÍKOVÁ, Gabriela, 2010. Postupy v prevenci a léčbě dekubitů. *Medicína pro praxi* [online]. Olomouc, Suppl. A(7), 56-67 [cit. 2022-05-17]. Dostupné z: <http://www.medicinapropraxi.cz/pdfs/med/2010/88/07.pdf>.

ŠVECOVÁ, Lenka, 2018. *Komunikace u pacienta v intenzivní péči* [online]. Brno [cit. 2022-04-17]. Dostupné z: file:///C:/Users/micha/OneDrive/Plocha/Komunikace_u_pacientu_na_UPV__Automaticky_ulozeno_Elektronicka_verze.pdf. Diplomová práce. Masarykova Univerzita. Vedoucí práce PhDr. Natálie Beharková, Ph.D.

Tactical Combat Casualty Care - TCCC: Diagnostické a záchranné postupy [online], 2012. [cit. 2022-05-18]. Dostupné z: <https://armytccc.webnode.cz/>

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

ARIM oddělení anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny

ARIP specializační vzdělávání v oboru anesteziologie, resuscitace a intenzivní péče

ARO Anesteziologicko-resuscitační oddělení

DIOP Oddělení dlouhodobé intenzivní ošetrovatelské péče

DUPV domácí umělé plicní ventilace

FiO₂ frakce kyslíku

JIP Jednotka intenzivní péče

KNTB Krajská nemocnice Tomáše Bati ve Zlíně

mmHg milimetr rtuťového sloupce

OCHRIP Oddělení chronické resuscitační intenzivní péče

ORL otorinolaryngologie

P participant

NIOP Oddělení následné intenzivní ošetrovatelské péče

UPV umělá plicní ventilace

RASS Richmond Agitation Sedation Scale

č. číslo

s. strana

sb. sbírka

např. například

tzv. takzvaně

CHOPN chronická obstrukční plicní nemoc

PaCO₂ parciální tlak oxidu uhličitého

kPa kilopascal

PaO₂ parciální tlak kyslíku

PVC Pressure Control Ventilation

RSAS Riker Sedation-Agitation Scale

RSS Ramsay Sedation Scale

pH power of hydrogen

EKG elektrokardiogram

PEEP positive end expiration pressure

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1: základní údaje o participantech	38
Tabulka 2: stres při komunikaci s pacientem na UPV	41
Tabulka 3: vnímání pojmu kvalitní komunikace s pacienty na UPV	42
Tabulka 4: nejhorší faktor při komunikaci s rodinnými příslušníky pacientů.....	44
Tabulka 5: zamyšlení se nad zlepšení komunikace s pacientem na UPV s RASS -5.....	45
Tabulka 6: zamyšlení se nad podporou zlepšení komunikace v rámci oddělení	45
Tabulka 7: možnost účastnit se na přednášce	46
Tabulka 8: preference komunikace s pacientem na UPV	47
Tabulka 9: možnosti komunikace	48
Tabulka 10: zamyšlení nad pojmem neverbální komunikace s pacientem na UPV	49
Tabulka 11: četnost využití neverbální komunikace s pacienty na UPV s RASS -5.....	50
Tabulka 12: využití prvků neverbální komunikace s pacienty na UPV s RASS-5.....	51

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha P I: Otázky k rozhovorům

Příloha P II: Glasgow coma scale

Příloha P III: Stupnice RASS

Příloha P IV: Návrh informačního materiálu o možnostech komunikace s pacienty na UPV

PŘÍLOHA P I: OTÁZKY K ROZHOVORŮM

položky osobnostní:

1. Jaké je Vaše nejvyšší vzdělání?
2. Máte specializaci v oblasti intenzivní péče?
3. Kolik je Vám let a jak dlouho pracujete na ARIM?
4. Jak často se staráte o pacienty na UPV s RASS -5? *(jestli každou směnu, případně kolikrát za měsíc)*

Položky vztahující se k první výzkumné otázce:

5. Je pro Vás stresující komunikovat s pacientem na UPV?
6. Jak vnímáte pojem kvalitní komunikace na UPV?
7. Co je pro vás nejhorší v komunikaci s rodinnými příslušníky pacientů na UPV?
8. Co děláte pro zlepšení Vaší komunikace s pacientem na UPV s RASS -5?
9. Co by mohlo vedení oddělení udělat pro zlepšení komunikace s pacienty s RASS -5?
10. Uvítala byste možnost účastnit se takového workshopu, přednášky?

Položky vztahující se k vedlejší výzkumné otázce:

11. Při práci s pacienty na UPV s RASS -5 preferujete verbální nebo neverbální komunikaci?
12. Jak komunikujete s pacienty na UPV s RASS -5, Vy osobně?
13. Jak vnímáte pojem neverbální komunikace s pacientem na UPV?
14. Jak často využíváte neverbální komunikaci s pacienty na UPV s RASS -5?
15. Jaké prvky neverbální komunikace nejčastěji využíváte v komunikaci s pacienty na UPV s RASS -5?

PŘÍLOHA P II: GLASCOW COMA SCALE

S T A V V Ě D O M Í	OTEVÍRÁNÍ OČÍ		čas
		4 spontánní	
		3 na výzvu	
		2 na bolest	
		1 není	
	VERBÁLNÍ ODPOVĚĎ	5 orientovaná	
		4 zmatená	
		3 nepřiměřená	
		2 nesrozumitelná	
		1 není	
	MOTORICKÁ ODPOVĚĎ	6 uposlechnutí příkazu	
		5 lokalizace bolesti	
		4 uhnutí	
		3 flexe na bolest	
		2 extenze na bolest	
		1 není	
Celkový počet bodů			

(Tactical Combat Casualty Care - TCCC, 2012)

PŘÍLOHA P III: STUPNICE RASS

Skóre	Stav	Popis
+4	Bojovný	Očividně bojovný, násilný, bezprostředně ohrožuje personál
+3	Výrazně agitovaný	Tahá za či vytahuje invaze, agresivní
+2	Agitovaný	Časté bezcílné pohyby, zápasí s ventilátorem
+1	Neklidný	Úzkostný, ale pohyby bez známek živé agrese
0	Bdělý ale klidný	
-1	Somnolence	Není plně bdělý, ale reaguje při oslovení (otevření očí/oční kontakt > 10 s)
-2	Mírná sedace	Krátké probuzení a oční kontakt na oslovení (<10)
-3	Střední stupeň sedace	Pohyb či otevření očí na oslovení (bez očního kontaktu)
-4	Hluboká sedace	Žádná odpověď na oslovení, pouze pohyb či otevření očí na fyzikální podnět
-5	Neprobuditelný	Žádná odpověď na oslovení ani fyzikální podnět

(Lékařské klasifikace, 2008)

PŘÍLOHA P IV: NÁVRH INFORMAČNÍHO MATERIÁLU

CHCEŠ UMĚT KVALITNĚ KOMUNIKOVAT S PACIENTEM NA UPV?

POUŽIJ TYTO MOŽNOSTI

Iniciální dotek

- Zjistí místo iniciálního doteku pacienta
- Používej vždy při zahájení a při ukončení komunikace
- Používej před zahájením každé činnosti
- Doprovázej dotek slovy

Mluvená řeč

- Používej při každém kontaktu s pacientem
- Informuj pacienta
- Mluv jasně, zřetelně a srozumitelně
- Používej krátké jednoduché věty

Tužka a papír

- Navrhni, pokud pacient nemůže komunikovat mluveným slovem
- Využij, pokud je pacient schopný a ochotný psát či kreslit
- Nabídní pacientovi, pokud zjistíš, že rád píše nebo kreslí
- Posiluj pacientovu kreativitu
- Pacient si procvičí jemnou motoriku

Magnetická tabulka s písmeny a číslicemi

- Používej, pokud pacient není schopný komunikovat pomocí mluvené řeči či psaným slovem
- Ukaž pacientovi, jak se s tabulkou pracuje
- Buď trpělivá při sestavování slov či vět

Obrázky a fotografie

- Navrhni tuto možnost pacientovi
- Komunikuj tak, aby byl pacient schopný se komunikace pomocí těchto pomůcek účastnit
- Používej krátké a srozumitelné věty

Počítač nebo tablet

- Informuj pacienta o této možnosti komunikace
- Informuj rodinu o této možnosti komunikace
- Zajisti pacientovi počítačové zařízení