

**Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích**  
**Zdravotně sociální fakulta**

**BAKALÁŘSKÁ PRÁCE**

**2011**

**Miloslava Frolíková**

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích  
Zdravotně sociální fakulta

**Komunikace jako součást každodenní ošetrovatelské péče na JIP**  
BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Vedoucí práce:  
Mgr. Zdeňka Pavelková

2011

Autor práce:  
Miloslava Frolíková

## **Abstract: Communication as a Part of Everyday Nursing Care at ICUs<sup>1</sup>**

Bachelor's Thesis, worked up and focused on the topic of "Communication as a Part of Everyday Nursing Care at Intensive Care Units" is engaged in problem area of contemporary communication. In the work's theoretical section we have dealt with general characteristics of both verbal and non-verbal communication as well as an appropriate communication at the intensive care units with adult or children patients has been described inclusive particularities thereof and its contingent difficulties, too. This section also involves a concept of basal stimulation and its subsequent integration into the nursing attendance at the intensive care units. The work also deals with a nurse's role within education of the ICU in-patients' family.

Objectives and hypotheses are introduced in further section of the Bachelor's Thesis. The first objective was aimed at identification of possible differences while using communication skill at the ICUs of various medical scopes. The second objective was focused on finding out of prospective utilization of the basal stimulation concept for the purpose of nursing attendance as a communication chance. The third objective set a goal to identify what communication way was preferred by the ICU nurses while providing nursing care. Pursuant to these objectives of the Thesis hypotheses were defined. Hypothesis 1 (H1) anticipated that the communication skill was differentiated according to the scope of the intensive care unit. Hypothesis 2 (H2) supposed that an important element affecting any communication was medical performances frequency. Hypothesis 3 (H3) assumed that the important element affecting any communication was frequency of nursing interventions. Hypothesis 4 (H4) envisaged that time necessity while providing nursing attendance at the ICUs influenced the efficiency of the basal stimulation application with patients. Hypothesis 5 (H5) anticipated that verbal communication was preferred more with patients at the ICUs according to the medical scope.

---

<sup>1</sup> Translator's note: Intensive Care Units

A quantitative method was used for the research investigation of the Bachelor's Thesis by help of interrogatory investigation. Nameless questionnaires were set and distributed to nurses at the intensive care units of various scopes in the Faculty Hospital Plzeň<sup>2</sup>.

It was found out through the research investigation that hypothesis 2 (H2), hypotheses 4 and 5 (H4, H5) were confirmed and hypothesis 1 (H1) and hypothesis 3 (H3) weren't confirmed. However, all three objectives were fulfilled.

At the end of the Bachelor's Thesis it is especially recommended for providing nursing care at the intensive care units regardless of their medical scope to respect any intimacy of the patients while executing nursing interventions and any efforts to get higher quality of communication skill at treatment of an unconscious patient, to provide education both of theoretical but first of all practical elements of the basal stimulation concept with the nursing staff.

---

<sup>2</sup> Translator's note: transcribed as Pilsen

### **Prohlášení :**

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma Komunikace jako součást každodenní ošetrovatelské péče na JIP vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č.111/1998 sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejich internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 3. 5. 2011

.....

Podpis studenta

Poděkování:

Děkuji Mgr. Zdeňce Pavelkové za cenné rady, připomínky, trpělivost a za odborné vedení mé bakalářské práce.

## Obsah

Úvod .....	3
1 Současný stav .....	4
1.1 Obecná charakteristika komunikace .....	4
1.2 Komunikace v ošetřovatelství.....	5
1.2.1 Neverbální komunikace .....	7
1.2.2 Verbální komunikace.....	10
1.3 Komunikace na jednotce intenzivní péče .....	12
1.3.1 Zvláštnosti komunikace na JIP.....	12
1.3.2 Doporučení pro komunikaci na JIP .....	15
1.3.3 Komunikace s rodinou pacienta na JIP.....	19
1.4 Komunikace s dětmi na JIP .....	20
1.4.1 Zvláštnosti komunikace s dětmi na JIP .....	21
1.4.2 Komunikace s rodiči a dítětem na JIP.....	22
1.5 Bazální stimulace .....	23
1.6 Edukace rodiny pacientů hospitalizovaných na JIP .....	26
2 Cíle práce a hypotézy .....	28
2.1 Cíle práce.....	28
2.2 Hypotézy.....	28
3 Metodika .....	29
3.1 Metodika sběru dat.....	29
3.2 Charakteristika výzkumného souboru .....	29
4 Výsledky .....	30
5 Diskuze .....	65
6 Závěr.....	74
7 Seznam použité literatury .....	78
8 Klíčová slova .....	81
9 Přílohy .....	82

## Úvod

K volbě tohoto tématu mě přivedla má dlouholetá praxe v intenzivní medicíně a ze zkušeností se domnívám, že komunikace je jedna z prioritních věcí, na které by měl být během léčby kladen důraz. Dá se předpokládat, že komunikace je jedním ze základních prvků úspěchu léčby a poskytované péče.

Téma, týkající se komunikace, jsem si vybrala i z důvodu viditelných nedostatků v komunikaci mezi pacientem a ošetřujícím personálem. Volit správná slova, umění vést rozhovor a zároveň projevovat empatii by měl ovládat každý zdravotník. Pacienti však mnohdy od zdravotníků postrádají trpělivost a dostatečné vysvětlení své nemoci, potažmo vysvětlení různých výkonů, které se jich přímo týkají.

Nejvíce času s pacientem tráví většinou sestra, která je, zvláště v intenzivní péči, zaneprázdněna rovněž jinými povinnostmi a mnohdy se stará i o více pacientů a tak není schopna se danému pacientovi individuálně naplno věnovat, což se může odrazit v uspokojování základních potřeb pacienta.

V dnešní moderní době je zdravotnictví na vysoké odborné úrovni, se špičkovými pracovníky ve svém oboru, ale mnohdy je postrádán právě lidský přístup k pacientům. Zvláště v intenzivní péči se pacient dostává do jiné životní role, na kterou není zvyklý a neumí s ní bojovat. A proto jsou zde zdravotničtí pracovníci, kteří by pacientovi měli umět pomoci nejen po odborné stránce, ale také v psychologických aspektech.

Cílem bakalářské práce je zmapovat, jaké jsou rozdíly při aplikaci komunikačních dovedností ošetřovatelské péče na jednotkách intenzivní péče různého zaměření, zmapovat zda sestry využívají basální stimulaci jako způsob komunikace v rámci každodenní ošetřovatelské péče. Dalším cílem je zmapovat, jaký způsob komunikace je v ošetřovatelské péči preferován sestrami.

Tato práce poukazuje na možné bariery v komunikaci mezi zdravotnickým personálem a pacientem, hospitalizovaným na jednotce intenzivní péče. Vybrané téma poskytuje informace jak komunikovat s pacientem v kritickém stavu a jakou formu komunikace zvolit.



## **1 Současný stav**

### ***1.1 Obecná charakteristika komunikace***

Lidská komunikace je složitý, mnohvrstevný proces, závislý na individuální psychice, inteligenci, vzdělání a na individuálních i sociálních zkušenostech jedince.

Projev účasti, naslouchání, vnímání, zájem o druhého, objevování, akceptování, empatie, autentičnosti a úcta, to vše jsou základní složky komunikace. Může se tedy říci, že komunikace je prvním předpokladem fungování mezilidských vztahů a jeho přímým projevem (4, 14).

To, zda budeme prospěšní a úspěšní nejen ve své práci, ale i ve svém životě, závisí nejen na našich znalostech, ale i na tom, zda jsme schopni správně navázat kontakt s lidmi a především na tom, umíme-li s nimi i dobře spolupracovat, a tudíž i komunikovat. Sociální kontakt je nedílnou součástí nejen zdravotnické profese (5).

Komunikovat přece neznámá pouze mluvit, ale především vědět, co daný jedinec chce říci, rozhodnout se, kdy danou informaci sdělit, vybrat správné místo a zvolit, jak danou informaci nejlépe podat (5).

Základem současné kvalitní ošetrovatelské péče je ošetrovatelský proces, založený na dostatku informací, které sestra o pacientovi získá především při komunikaci s ním. Proto je nutné ke každému pacientovi přistupovat individuálně s jistou dávkou vědomostí o jeho bio-psycho-sociálních i duchovních potřebách a s přihlédnutím k jeho momentálnímu psychickému stavu (2, 7).

Kvalitní ošetrovatelská péče je bez dobré komunikace nemyslitelná a špatně realizovatelná. Pacient v ohrožení života vnímá mnohem citlivěji jednak slova, ale též neverbální projevy sestry či ošetřujícího personálu. Pacienti na jednotkách intenzivní péče jsou přímo závislí na sestrách, ale také na ostatních lidech, kteří se o ně starají. Proto by si sestra i ošetřující personál měly získat důvěru pacienta i jeho blízkých (11).

Komunikace je dovednost, a jestliže sestra má zájem, může tuto dovednost neustále rozvíjet. Procesem komunikace sestry s pacientem lze získat důležité

informace, díky nimž se může usnadnit i léčebný proces, který vede k uzdravení pacienta (11).

Slovo komunikace je latinského původu, termínem *communico, communicare* se rozumí učiniti to veřejným, sdělovati, spolupodílet se. Komunikovat tedy znamená poskytovat zprávy, sdílet informace, vyměňovat si myšlenky a vyjadřovat se takovým způsobem, aby si účastníci komunikace vzájemně rozuměli (8, 21).

Komunikovat lze téměř kdykoliv a kdekoliv. Komunikace vyžaduje správné načasování, klid, soukromí, a pokud to lze, tak i nerušený prostor a dostatek času. Nedostatek času či spíše subjektivní pocit časové tísně může zásadním způsobem ovlivnit průběh a dopad komunikace jako takové. Naše zpráva by měla být jasná, stručná, srozumitelná, měla by být sdělována odpovídajícím tónem a přiměřeným tempem. Je vhodné brát v úvahu pocity našeho komunikačního partnera a umožnit mu, aby se v dostatečné míře vyjádřil a mohlo tak dojít ke zpětné vazbě (21, 5).

Říká se, že slovem se lze naslouchajícího dotknout, je možné jej ranit, ale je možné ho také potěšit, povzbudit, pomoci mu postavit se na vlastní nohy. Slova totiž mají velkou moc a jsou schopna mnohé napravit, ale také umí velmi uškodit (20).

## ***1.2 Komunikace v ošetřovatelství***

Kvalitní ošetřovatelská péče je nemyslitelná bez komunikace mezi sestrou a pacientem nebo komunikace mezi zdravotnickými pracovníky navzájem. Komunikace tedy tvoří základ veškeré ošetřovatelské péče, je základem humánního ošetřovatelství (4, 14).

Stejně tak jako v jiných povoláních, tak ani v ošetřovatelství nelze vystačit pouze s komunikací, kterou si jedinec osvojí v běžném životě, v rodině či ve škole. Komunikace v rámci profese vyžaduje zcela specifické dovednosti, které se musí zdravotníci naučit již během profesní přípravy. I když sestry poměrně dobře zvládají společenskou komunikaci, stále se musí učit analyzovat své vztahy s lidmi a záměrně používat své dovednosti k tomu, aby zlepšily svou ošetřovatelskou péči.

Komunikace v ošetrovatelství je odpovědný a zainteresovaný vztah, a aby byl smysluplný, musí si být sestry vědomy samy sebe i osobnosti druhého člověka (4, 14,26).

Chce-li sestra chápat pacienty a komunikovat s nimi, musí respektovat a věřit v hodnotu, jedinečnost, dobrotu a sílu druhého člověka. Stejně jako pacienti, tak i ošetřující personál vnáší do rozhovoru soubor přesvědčení, morálních hodnot a postojů, které vychází z jejich vlastní výchovy, kultury a zkušeností (14, 22).

Sestra v rámci ošetrovatelského procesu vyzývá naprosto cizí lidi k tomu, aby odhalili intimní části jak svého těla, tak i duše. Ptá se pacientů na velmi citlivé záležitosti, o kterých se jinak na veřejnosti nemluví. Dotýká se nejrůznějších částí jejich těla, a dokonce jim provádí i velmi nepříjemné úkony. Ošetrovatelský proces to však nejen umožňuje, ale přímo i vyžaduje. Proto je důležité, aby sestra uměla vytvořit nejen atmosféru důvěry, bezpečí, ale i pocitu jistoty, aby s pacientem navázala vztah založený na vzájemné úctě a respektu. Nesmí se však zapomínat, že bez dobré komunikace není možná dobrá spolupráce mezi sestrou a pacientem. Komunikace sestry s ostatními zdravotnickými pracovníky pak vede k adekvátní týmové spolupráci a kvalitní péči o pacienta. Bez kvalitní komunikace není možná ani kvalitní péče. V ošetrovatelském procesu je komunikace vzájemnou výměnou informací týkajících se zdraví a péče mezi pacientem a sestrou. Komunikaci lze považovat za kontinuální a dynamický proces, kdy sestra a pacient nejen sdílejí a interpretují určité informace, ale také budují a rozvíjejí svůj vzájemný vztah. Ošetrovatelský proces je tedy procesem setkávání se člověka s člověkem, jedince s jedince. Komunikace ve vztahu sestra a pacient se zaměřuje především na pacientovy potřeby, kdy sestra zjišťuje, co vlastně pacient potřebuje. Musí zhodnotit pacientův psychický a fyzický stav, jeho ochotu schopnost komunikace a úroveň jeho sociálního fungování, popřípadě jeho spirituální potřeby (21, 9).

Vytvoření dobrého vztahu mezi zdravotnickým personálem a pacientem je jedním z nejdůležitějších předpokladů úspěšného léčení. Součástí profesionality sestry je i odpovědnost za dobré zvládnutí komunikace s pacientem, možných komunikačních pastí a nesnází (8).

Tempo moderního ošetrovatelství neumožňuje dlouhé diskuse s pacienty, ale čas i prostor na komunikaci je třeba najít za všech okolností. Je to investice, která se ošetřujícímu personálu vrátí. Důležité je pracovat i s informovaným souhlasem, který komunikaci zdravotnických pracovníků s pacientem předpokládá (21).

V praxi lze rozlišit tři druhy profesionální komunikace, z nichž každá má své zákonitosti a svá specifika. Za prvé je to sociální komunikace, kdy se jedná o běžný hovor s pacientem. Pod tímto termínem rozumíme konverzaci při vhodné situaci, například při úpravě lůžka, pacientovo hygieně, pomoci při jídle. Obvykle se tato komunikace využívá při volnějších chvílích v denním režimu oddělení, kdy sestra může s pacientem rozmlouvat na pokoji. Druhým typem profesionální komunikace je komunikace specifická, neboli strukturovaná, během níž jsou sdělována důležitá fakta a nemocný je motivován k další léčbě. Zde jsou velmi důležité nároky, které jsou kladeny na srozumitelnost sdělení. Příkladem může být sdělování postupu vyšetření. Třetím a posledním druhem profesionální komunikace je komunikace terapeutická, která je běžně využívána při denním kontaktu s pacientem. Poskytuje mu tak oporu a pomoc v těžkých životních situacích (24).

I když je již v dnešní době dostatečná teoretická vybavenost psychologickými poznatky o tom, jak jednat s pacientem, mnohdy si sestry neuvědomují, že i jejich mlčení, postoje, tvář, doteky jsou významnou součástí jejich komunikace, kterou tyto prvky nejen neobyčejně pozitivně umocňují, ale naopak mohou být zdrojem nepříjemných pocitů a nekomunikativního chování pacientů (2).

### ***1.2.1 Neverbální komunikace***

Mezilidská komunikace je definována jako sdělování informace prostřednictvím signálů a prostředků a to buď ústně, písemně, mimikou, gesty a dalším neverbálním chováním. Neverbálně se projevují i specifické postoje jako je podřízenost, prestiž, očekávání, pochvaly a uznání, ale také psychické stavy, mezi něž patří úzkostlivost, nejistota a agresivita (5, 17).

Může se tedy říci, že neverbální projev může buď potvrzovat sdělení, nebo může být v rozporu či dokonce vypovídá o něčem jiném, než je to, co je obsaženo ve verbálních sděleních. Nemělo by se zapomínat, že pacienti velmi citlivě vnímají neverbální komunikaci sestry a všech zdravotnických pracovníků. Je proto velice důležité, aby byl každý pacient vnímán jako individuum, jako celek a zároveň si ošetřující personál uvědomil, že pacientova neverbální komunikace může být výsledkem socializace kulturních vzorců. Neverbální komunikace je tedy komunikace beze slov, mimoslovní. Může se říci, že mnohé pocity a city lze vyjádřit nejlépe právě beze slov, pouhým výrazem v obličeji a pohyby těla (2, 21).

Tvář je považována za nejdůležitější komunikační orgán, který vyjadřuje právě prožívané pocity, city, životní postoje, názory, myšlení a způsob života dané osoby. Člověk pouhým okem vnímá až 87% všech informací, 9% sluchem a ostatními smysly pouze 4%. Sestra toho nemusí mnoho říci a pacient, aniž by si to uvědomoval, si představuje, zda je nerudná, rozčilená, nedůtklivá nebo zda je klidná, vstřícná a spolehlivá. Totéž samozřejmě platí i z druhé strany. Můžeme proto říci, že oční kontakt je důležitým momentem neverbální komunikace. Oči jako takové jsou nejcitlivějším receptorem neboli přijímačem informací o lidech. Sestra má při práci s pacientem k očnímu kontaktu mnoho příležitostí. Nezapomínejme na sílu úsměvu, který je snad jedním z nejúčinnějších prostředků komunikace, nejlépe vyjádřenou pochvalou a nejrychlejším prostředkem k vytvoření přátelského kontaktu s pacientem. Při komunikaci je podstatný přímý zrakový kontakt, zvláště u pacientů, kteří jsou nehybní, upoutáni na lůžko a jejich zrakový kontakt je omezen. Právě oči a tvář jsou mnohdy jedinou možnou komunikací pro pacienty hospitalizované na jednotkách intenzivní péče (2, 11, 20).

Podstatné informace je možné sdělovat i vzdáleností k druhé osobě. Tato tělesná vzdálenost se nazývá proxemika. Sociální psychologové rozlišují čtyři zóny, ve kterých komunikace probíhá, a to je (jinak přátelskou, veřejnou) vzdálenost intimní, přátelská, pracovní a veřejná. Sestra by měla při běžném hovoru s pacientem zaujímat vzdálenost přátelskou, při které nenarušuje pacientovu intimní zónu. Výjimkou jsou pacienti, u kterých sestra provádí ošetřovatelské výkony, nebo pacienti upoutaní na lůžko, přičemž

zrakový kontakt je omezen. V těchto případech využívá sestra nejčastěji vzdálenost intimní, u které může uplatnit i dotykové projevy, které se mohou posléze uplatnit i u koncepce bazální stimulace (11).

Dotykovým kontaktem neboli haptikou se nazývá fyzický kontakt. Dotek sám o sobě může snadno překonat jazykovou, věkovou, ale i jinou bariéru. Může pacienty uklidnit, ujistit a povzbudit. Dotek je neskutečně mocný nástroj, který může mít mnoho významů. Dotekem lze snížit úzkost pacientů ve stresových situacích a při bolestivých výkonech (11, 21).

Dalším nástrojem neverbální komunikace je posturika neboli řeč fyzických postojů, polohy, držení těla a končetin. Sestra si všímá, jakou polohu pacient zaujímá, což může napovědět mnohé o pacientově stavu. Stává se, že o intenzitě bolesti si sestra učiní jasnější obraz na základě pozorování, než na základě slov, jichž pacient užil (5, 11).

Spontánní pohyb částí těla, nejčastěji rukou, během řeči se nazývá gestikulace. Gesta zvyšují názornost toho, o čem se hovoří, a zdůrazňují určité podávané informace. Gesta a pozici těla je možné rozdělit na gesta vstřícně otevřená a gesta bariérová. Je pouze na každém, jakou formu zvolí během své práce (2,11).

Specifickou formou neverbální komunikace je vzhled a úprava zevnějšku, která napoví mnohé o daném jedinci. I sesterskou uniformu je možno považovat za určitý symbol jisté pozice, role a tedy i kompetence v určité situaci (11, 21).

Paralingvistiku lze považovat za přechod neverbální komunikace ke komunikaci verbální. Zesiluje, nebo naopak zeslabuje obsah sdělení, zpochybňuje ho, nebo naopak potvrzuje, ukazuje postoj řečníka k dané věci, jeho zaujetí, vřelost, sympatii nebo zlobu. Pacient, který má obavu nebo některé věci tají, hovoří obvykle velmi pomalu, tiše a s pomlkami. Pacient, který vědomě lže, se obvykle nemůže ošetřujícímu personálu podívat přímo do očí a začíná třeptat pohledem. V neposlední řadě velmi tiše hovoří pacienti o věcech, které považují za intimní (11, 21).

### ***1.2.2 Verbální komunikace***

Verbální komunikace znamená komunikaci pomocí slov, která by měla být stručná, jasná a srozumitelná. Aby se verbální komunikace mezi sestrou a pacientem mohla uskutečnit a mohla plnit svůj základní úkol, tedy vzájemnou výměnu informací, musí obě strany především chtít komunikovat. Sestra se musí naučit navázat rozhovor se zmatenými pacienty nebo s pacienty s faktickými poruchami, ale také vést rozhovor s podezřívavými, odmítavými či agresivními pacienty, neboť tyto dovednosti ještě v praxi uplatní. V intenzivní péči se lze často setkat s další specifickou překážkou, která spočívá v zajištění dýchacích cest tracheální rourkou nebo tracheostomickou kanylou, která pacientovi znemožňuje verbální komunikaci. Sestra je aktivní složkou dialogu a je zároveň tím, kdo rozhovor s pacientem iniciuje a vede. Ve chvílích, kdy hovoří pacient, řídí sestra komunikaci tím, že pacienta k hovoru vybízí či klade otázky, které ho pobízejí k dalšímu sdělování důležitých informací (21, 15, 2).

Aby verbální komunikace mezi sestrou a pacientem byla úspěšná, dbá se na jistá kritéria, která doporučují postupy k zlepšení dané komunikace. Prvním důležitým bodem je jednoduchost, čímž lze docílit toho, že je sdělení stručné a jasné. Dalším důležitým kritériem je vhodné načasování, které se zohledňuje zvláště u závažných témat. Jednou z nejdůležitějších a nejpodceňovanějších komunikačních dovedností je naslouchání, což je aktivní složka rozhovoru (24).

Komunikace zdravotníků s pacienty je vysoce odborná, velmi obtížná a náročná činnost, která vyžaduje od zdravotníků vůli, kvalifikaci, empatii, čas a především víru, že tato činnost je smysluplná a užitečná (15, 21).

Pro úspěšnou realizaci ošetrovatelského procesu založeného na aktivním kontaktu sestry s pacientem je nutné, aby měl pacient i jeho rodina k sestře maximální důvěru. V tomto vztahu je důvěra naprosto zásadní, protože se pacient nachází ve zranitelné pozici jak fyzické, tak i psychické. Ani ta nejlepší, nejšikovnější a nejrychlejší sestra nedosáhne při ošetrování pacientů takového úspěchu, jakého by chtěla, pokud neumí správně komunikovat se svými pacienty (21).

Důležitou součástí komunikace je také empatie, kterou je možné definovat jako pochopení zkušenosti druhého člověka. Empatie dovoluje sestře zaměřit se na základní potřeby nemocného a ošetrovatelské intervence se pak orientují na zdravotní problémy daného pacienta a také na jeho schopnost nebo neschopnost vyrovnat se a adaptovat na změny v běžném životě. Je podstatné si uvědomit, že empatie zahrnuje dvě věci a to vnímání a komunikaci (21).

Respekt, empatie, autentičnost, aktivní naslouchání, důvěra a důvěrnost jsou důležité nejen ve vztahu s pacientem, ale také ve vztahu sestry s rodinou pacienta a koneckonců také ve vzájemném vztahu s jinými zdravotnickými pracovníky, proto se preferuje především individuální přístup k pacientovi (8, 21).

Pokud je ošetrovatelská péče zaměřena pouze na uspokojování základních biologických potřeb člověka, třebaže i na špičkové úrovni, ale nezohledňuje principy autonomie, smysluplnosti a důstojnosti, tak není a nemůže být považována za kvalitní péči. Jestliže má sestra pocit, že pacient nepochopil obsah slov, zkusí daná slova neopakovat, najít vhodnější přiblížení dané skutečnosti bez použití cizojazyčné a slangové lékařské terminologie. Sestry jsou jen lidé, a proto i ony mají právo chybovat, ale je potřeba chybu vždy přijmout a pokusit se ji co nejrychleji napravit (20).

Kdykoliv se při vyšetřování bude ošetřující personál obracet na pacienta, musí ho oslovit jménem nebo titulem, aby věděl, že mluví s ním. Vždy se na pacienta obrací přímo, nikdy s ním nemluví prostřednictvím doprovodu, s kterým se mu mnohdy komunikuje snadněji zvláště, pokud má pacient překážku ve verbální komunikaci (6).

Zvláštní kapitolu tvoří přístup k lidem, kteří mají určité nezvratné poškození. Pro ošetřující personál je velmi důležitým bodem mít za všech okolností profesionální přístup, kdy se chová bez předpojatosti, předsudků a štitivosti. Což není vždy úplně snadné. Nemělo by se zapomínat respektovat nárok na život a za všech okolností učinit péči o pacienty naším prioritním zájmem. Někdy je velmi složité rozpoznat hranice svých profesionálních kompetencí, zvláště při podávání informací rodině pacienta (20, 15, 22).



V jednání s emočně labilním pacientem si sestry musí být obzvláště vědomy své zodpovědnosti za to, co a jak sdělují nejenom slovy, ale celým svým postojem. Měly by proto mít na paměti, že chybná nebo nezvládnutá verbální komunikace může být intenzivním zdrojem sororigenie, tedy poškození pacienta sestrou, respektive jiným zdravotnickým pracovníkem (8).

### ***1.3 Komunikace na jednotce intenzivní péče***

Na jednotkách intenzivní péče (dále jen JIP) se velmi často ošetřující personál setkává s pacienty, kteří vyžadují speciální formu komunikace již z důvodu samotné diagnózy. Většina pacientů se zde nachází v těžkém, kritickém stavu, v bezvědomí, v navozeném farmakologickém útlumu, a proto komunikace nemůže probíhat tak, jak obvykle probíhá. Vždy je důležité mít na paměti, že každý pacient komunikuje jiným způsobem a naší povinností je naučit se s ním komunikovat a naučit komunikovat i jeho s námi. V mnoha případech je velmi podstatné najít specifickou komunikační techniku, která bude vyhovovat jak pacientovi, tak i ošetřujícímu personálu (10, 13).

#### ***1.3.1 Zvláštnosti komunikace na JIP***

Způsob komunikace na JIP se svou technikou a přístupem liší od komunikace na standardním oddělení, neboť je zde zcela odlišná skladba pacientů. Závažnost pacientova stavu vyžaduje technické vymoženosti moderní resuscitační a intenzivní péče. Práce sestry i komunikace je tedy na těchto pracovištích v mnoha ohledech velmi specifická, náročná jak po psychické, tak i fyzické stránce. Pacient zde vyžaduje a potřebuje maximální pozornost po celých 24 hodin (10, 13).

Jestliže je pacient hospitalizován na JIP, může to pro něj být velmi stresující záležitost. U takového pacienta se začínají objevovat obavy ze závažnosti svého onemocnění, neboť všechny ty přístroje, cizí zvuky, umělé osvětlení mohou být pro pacienta děsivé a rozhodně nevytvářejí vlídné prostředí pro komunikaci. Kromě toho může pacient trpět velkými bolestmi, může být zaintubován, pod sedativní či jinou

medikací, nebo může být v bezvědomí ať už z důvodu navození umělého spánku či poruchou smyslového vnímání. Toto všechno může komplikovat samotnou komunikaci, která se může komplikovat ještě tím, že pacient nemůže pochopit vážnost dané situace, cítí nedostatek kontroly nad tím, co se s ním a kolem něj děje, nezná důvod k nejrůznějším ošetrovatelským intervencím, pomalu, ale jistě ztrácí kontakt s okolním světem, včetně pojmu o dni a čase. Ošetřující personál by měl mít proto neustále na zřeteli, že i pacient v této život ohrožující situaci je stále jen člověk, pro kterého je komunikace důležitější než kdykoliv jindy (21, 12).

Říká se, že komunikace s druhým jedincem, v tomto případě s pacientem, je nejen věda, ale i velké umění. Proto pomocí efektivní komunikace by měl ošetřující personál aktivně naslouchat, ale i přiměřeně na daný rozhovor reagovat, a nezapomínat poskytovat tak zpětnou vazbu. Komunikace s pacientem může být značně různorodá a v mnoha ohledech výrazně odlišná, protože není pacient jako pacient. Navázání dobrého kontaktu je nejdůležitějším úkolem ošetřujícího personálu při prvním setkání s pacientem. Říká se, že se nikdy nezíská druhá šance udělat první dojem. Neexistuje jediný postup, který ukáže, jak to udělat. Ošetřující personál by se proto měl snažit být empatický, identifikovat potřeby pacientů a reagovat na ně (21, 17).

Komunikace s pacienty na JIP může být nesmírně těžká a frustrující pro obě strany. Chování pacientů může být obtěžující až agresivní. Ošetřující personál by si měl uvědomit, že ne s každým pacientem se dá dobře vycházet, zdaleka ne všichni pokorně přijímají ošetrovatelskou péči a jsou za ni vděční. Existuje řada specifických problémů, které souvisejí s víceúrovňovou komunikací v prostředí intenzivní péče. Tato pracoviště poskytují svým pacientům vysoce specializovanou multidisciplinární péči. Jsou zde hospitalizováni pacienti, u nichž bezprostředně hrozí selhání životních funkcí, nebo pacienti u kterých k tomuto selhání již došlo. Tato oddělení představují poměrně uzavřenou komunitu složenou z odborníků více profesí, jejichž společné pracovní nasazení pramení z různých pohledů, zkušeností, vzdělání a jejichž cílem by měl být vždy prospěch konkrétního pacienta. Sestry v intenzivní péči jsou rovnoprávnými členy této komunity či týmu, měly by ke svým empatickým vlastnostem připojit i technické a odborné znalosti, pohotovost a flexibilitu v myšlení, umění komunikovat, schopnost

samostatného rozhodování a měly by umět vzít na sebe zodpovědnost za svoji práci či případné pochybení (23, 25).

Komunikaci je možné si rozdělit na komunikaci s pacientem, komunikaci s příbuznými a komunikaci interpersonální, která je nedílnou součástí ošetrovatelské péče. V dnešní intenzivní péči je trend udržovat pacienty v mírné analgosedaci, aby byl snižován jejich dyskonfort. Tito pacienti jsou pak schopni komunikace na dané úrovni, která odpovídá jejich postižení. Proto se od sester zaměřených na intenzivní péči, vyžaduje speciální dovednost, trpělivost a ochota komunikovat s pacienty (3, 11).

U pacientů v bezvědomí lze používat formu pasivní komunikace, která je obtížná, jelikož se ošetřujícímu personálu nedostává zpětné vazby. U pacientů, kteří jsou při vědomí, ale mají dýchací cesty zajištěny endotracheální nebo tracheostomickou kanylou, lze využít celou řadu technik, počínaje od odezírání ze rtů, abecední tabulky, magnetické tabulky, obrázkové karty, jednoduché domluvené pohyby, psaní, pomocí počítače, mluvící kanyly, popřípadě elektrolarynx (11).

Specifickou skupinou jsou pacienti s posthypoxickým poškozením mozku, u kterých je lepší zvolit zpočátku spíše kamarádský, trpělivý přístup a postupně brát ohled na normalizaci jejich zdravotního stavu. Těmto pacientům je třeba vše vysvětlovat velmi jednoduše a opakovaně. Sestra se musí však uvědomit, že se jejich psychický stav může postupně normalizovat, a proto je třeba postupně měnit také formu komunikace (11).

Naproti tomu pacienti po vysoké míšňí lézi jsou obvykle apatičtí a depresivní. Najednou u nich došlo ke komplexní změně života, hodnot, cílů a plánů do budoucna. Komunikace bývá obtížná hlavně proto, že sami pacienti ani komunikovat nechtějí a odmítají jakékoli intervence okolí. Z komunikačních technik nelze u takto postižených lidí využít ani abecedních či obrázkových tabulek, natož psaní. Zbývá tedy jen odezírat ze rtů, což však vyžaduje velkou trpělivost a spolupráci jak pacienta, tak ošetřujícího personálu. Pokud tato technika z jakéhokoliv důvodu selže, je nutné najít jinou formu, která bude pacientovi spíše vyhovovat. Snahou sestry je tedy zvolit signály, které je pacient schopen pochopit, a dát najevo odpověď. Takovým signálem může být například kývání hlavy jako odpověď. Při této formě rozhovoru je třeba mít na paměti,

že zde lze využívat pouze uzavřené otázky, na které je možné odpovědět pouze ano či ne (11, 13).

V intenzivní péči se často vyskytují pacienti dezorientovaní, neklidní až agresivní. Sestra si musí uvědomit, že většinu nevhodných až agresivních projevů si pacienti nejsou schopni uvědomovat a že jsou to pouze projevy ovlivněné zdravotním stavem, popřípadě léky. S těmito pacienty se snaží hovořit klidným a trpělivým tónem s využitím jednoduchých, krátkých sdělení směřujících k orientaci pacienta jak v čase, tak i prostoru. U většiny pacientů převládají utkvělé představy a nedoporučuje se je radikálně vyvracet. Naopak je vhodné s pacientem spolupracovat, bez projevů zesměšnění a následně se pokusit o správnou orientaci po možném zklidnění. Je však také skupina pacientů, kteří jsou neklidní, někdy až agresivní, protože mají nereálnou utkvělou představu, že něco musí dělat. U těchto pacientů vede k uklidnění pouze „vykonání“ určité činnosti, kterým může být pomyslné uhašení požáru či vyhnání bílých myší z místnosti (11).

Celkově lze říci, že u pacientů v intenzivní péči, vedle složky verbální komunikace, je významná i neverbální komunikace, obsahující například mimiku, proxemiku, haptiku, gestikulaci (23).

### ***1.3.2 Doporučení pro komunikaci na JIP***

V intenzivní péči, hlavně při řešení akutních život ohrožujících stavů, je velmi zásadní spolupráce lékaře a sestry partnerského typu. Oba tvoří těsný tým v péči o konkrétního pacienta, kde jsou jasně stanovená pravidla. V sesterské komunitě je dobré preferovat otevřenou komunikaci při řešení konfliktních situací. Je vhodné rozebrat, zanalyzovat konkrétní událost v bezpečném prostředí bez emotivních nálad, nenechávat problémy neřešeny a tím zanechávat stopy nespravedlnosti a frustrace, která vede následně k negativní pracovní atmosféře (23, 12).

Mezi nejčastější omyly v komunikaci patří především zbytečné zvyšování hlasu v domněnku, že nás pacient s poruchou vědomí lépe uslyší. Ošetřující personál by se měl vyvarovat vynášení soudů nad pacientem o jeho zdravotním stavu, neboť nikdo

s jistotou neví, co vše dotyčný vnímá, popřípadě slyší. Nad pacientem by ošetřující personál neměl rozebírat soukromé věci, které se pacienta nijak netýkají, neboť může dojít k dezinformovanosti. Ošetřující personál by měl vynechat i devalvující, infantilní výrazy, které mohou pacienta urážet a zároveň nesvědčí o jejich profesionalitě. Specifikou daného chodu oddělení se zapomíná i na rozdělení dne a noci, kdy se nerespektuje přirozený rytmus odpočinku a aktivity. Dalším nešvarem dané péče je, že se pacienti ponechávají odhalení, což není vždy vědomé, spíše se zapomíná na intimitu pacientů, kteří jsou odkázáni na čtyřiašedesátihodinovou péči (11, 1).

Zcela odlišnou skupinu tvoří komunikace s pacienty, kteří jsou při vědomí, ale mají dýchací cesty zajištěny endotracheální rourkou nebo tracheostomickou kanylou. U těchto pacientů je možné využít celou řadu komunikačních technik a je jen na ošetřujícím personálu, kterou zvolí. Nejjednodušší a asi i nejrozsáhlejší technikou, pro kterou je podstatná dobrá artikulace ze strany pacienta a určitá zkušenost s odezíráním sestry je verbální komunikace. Obě strany se musí obrnit velkou trpělivostí, neboť se stává, že se pacient rozčiluje, když mu sestra nerozumí. Odezírání je velmi náročné na pozornost, dlouhé soustředění je velmi vysilující, únava se projevuje již po pěti minutách. Kromě sledování rtů mluvícího je zde podvědomá soustředěnost na všechny optické jevy ve svém okolí, které mohou rozptylovat (11, 6).

Další možností jak komunikovat v intenzivní péči beze slov je abecední tabulka, která se především využívá z důvodu časové náročnosti, nebo pro doplnění první komunikační techniky v případě, že sestra není schopna ani po opakovaných pokusech porozumět sdělení pacienta. Také tuto techniku lze využít jako komunikační prostředek mezi pacientem a rodinnými příslušníky, kteří nemají určitou trénovanost v odezírání ze rtů. Pacient na tabulce ukazuje písmenka, která jsou zde zaznamenána velkým tiskacím písmem a ze kterých posléze sestra nebo rodinný příslušník skládá jednotlivá slova. Modernější modifikací je magnetická abecední tabulka, která je rychlejší, ale vyžaduje od pacienta poměrně velkou zručnost (11).

Mezi další varianty jak komunikovat je psaní, kdy je zapotřebí, aby pacient udržel tužku a desky s papírem. Sestra však musí pacienta upozornit, aby psal, pokud to

je možné, velkými tiskacími písmeny, nebo popřípadě alespoň ve větším formátu klasickým písmem (11).

Pro rychlou komunikaci je také možné pacienta naučit jednoduchým pohybům, které nám budou posléze prezentovat jeho nejčastější potřeby. Příkladem může být pohyb ruky k ústům vyjadřující, že pacient má žízeň a přál by se napít. Rukama překříženými přes hrudník ukazuje, že mu je zima a přál by se přikrýt (11).

Jedním z dalších způsobů, který se může uplatňovat v komunikaci, především v intenzivní péči starající se o děti, je používání komunikační karty. Jsou to obrázky, které vystihují nejběžnější potřeby a přání pacientů. Pacient si je vybírá z balíčku jako karty nebo na ně ukazuje prstem, pokud jsou pouze na jednom archu papíru. V některých nemocnicích se můžeme setkat i s kartami, které jsou doplněny o překlad významu do několika světových jazyků, především však do anglického, či německého. Tyto karty ulehčují komunikaci především s cizinci (11).

Na odděleních chronické intenzivní péče o dlouhodobě nemocné pacienty se zajištěnými dýchacími cestami, se lze setkat s přístrojem, který se nazývá Elektrolarynx. Pokud se tento přístroj přitiskne do oblasti hlasivek, umožňuje přenos hlasu pacienta v elektronické podobě, který připomíná toporné vyjadřování robota. Přístroj usnadňuje komunikaci mezi ošetřujícím personálem a pacientem (11).

U pacientů, kteří stále musí mít zajištěné dýchací cesty, ale již nepotřebují ventilační podporu ani vysokou frakci kyslíku, může být využita „mluvící kanyla“, nebo orátor. Jsou to pomůcky, které umožňují tvorbu pacientova hlasu. Orátor se připevní přímo na tracheostomickou kanylu. Zároveň je zde k dispozici spojka, která umožňuje přívod kyslíku do dýchacích cest přes průtokoměr. U některých pacientů může být orátor využíván pouze na určitou dobu, například v průběhu návštěv, či ke komunikaci s lékaři specialisty, kteří potřebují získat důležité poznatky o pacientovi (11).

Pobyt v nemocnici je dlouhý, stereotypní, nudný, a proto pacienti, kteří jsou dlouhodobě na ventilátoru, uvítají zcela normální komunikaci, která je zaměřena na běžná témata. Tím se ošetřujícímu personálu může povést pacienta povzbudit, pozitivně naladit a celkově odlehčit atmosféru. Nemělo by se zapomínat, že opravdu nelze nekomunikovat. Lidé mohou být ve své možnosti projevu různě omezeni, ať již

nemohou mluvit, pohybovat se, nebo mají smyslový handicap. Přesto mohou komunikovat a to pohledem, dotykem, či samotným pohybem hlavy (22, 11).

Specialisté na komunikaci uvádějí různé možnosti, které se týkají komunikace s pacienty na JIP. Jakmile to stav pacienta dovolí, měla by tu být snaha ošetřujícího personálu pomoci pacientovi získat náhled na jeho onemocnění a na poskytovanou léčbu. Při komunikaci s pacientem se doporučuje stručnost, jasnost a srozumitelnost. Ošetřující personál by se měl připravit na to, že bude muset svá sdělení několikrát po sobě opakovat, ale přesto by neměl dát na sobě znát náznak nelibosti. Sestra by měla být pro svého pacienta jistotou, proto není vždy vhodné střídání různých zdravotnických pracovníků, což může pacienta, který touží mít i své zázemí, stresovat. A nejen z tohoto důvodu je velmi užitečné docílit toho, aby každý pacient měl svoji sestru, která mu poskytuje nejen ošetrovatelskou péči, ale i pomoc a emocionální oporu, zvláště když příbuzní mohou na návštěvu jen krátce, nebo omezeně (21, 10).

Ošetřující personál by se měl snažit překonat pacientovu zmatenost a to pomocí průběžných informací o poskytované ošetrovatelské péči v čase, popřípadě místě. Neměl by zapomínat pravidelně hodnotit fyzický stav pacienta, zároveň s jeho psychickými potřebami. Přestože pacient nemůže mluvit z důvodu intubace, či bezvědomí, mělo by se předpokládat, že může vnímat. Pozdrav, představení se a mluvení na pacienta tak, jako kdyby vše slyšel a vnímal, k tomu patří. Nemělo by se však v tomto případě očekávat, že dojde ke zpětné vazbě. Sestra verbalizuje co právě dělá, popřípadě upozorňuje, co dělat bude. Chová se prostě zcela přirozeně, jako kdyby ošetřovala jakéhokoliv pacienta při vědomí (21).

Důležitým prvkem, zejména nonverbální komunikace je dotek, který se uplatňuje při jakékoli činnosti s pacientem. Mělo by zde být využito kreativity v komunikaci s pacienty, kteří nemohou mluvit, ale mohou používat ruce. Ke komunikaci se mohou též využít poznámkové bloky, obrázky, nebo magnetické tabulky (21).

### ***1.3.3 Komunikace s rodinou pacienta na JIP***

Nemoc nepostihuje pouze pacienta, ale také jeho rodinu a blízké. Dříve se lidé léčili převážně doma, nemocnice byla krajním řešením, a tak rodina, pokud to bylo možné, o své členy pečovala sama. Nemělo by se zapomínat, že příbuzní pacienta jsou důležitým aktérem komunikace, s nimiž se ošetřující personál seznamuje a komunikuje, samozřejmě s ohledem na informovaný souhlas pacienta a s ohledem na své kompetence. Pokusit se být oporou nejen pacienta, ale i jeho příbuzným a zkusit získat jejich důvěru, aby věděli, že jejich blízký je v rukou kompetentních profesionálů, by mělo být cílem ošetřujícího personálu. Pokud se podaří s příbuznými pacienta vybudovat dobrý vztah, je to nejlepší způsob, jak předejít případným problémům a konfliktům. Ukázat členům rodiny, jak lze s pacientem komunikovat, a popřípadě jim vysvětlit, jak s ním mohou za daných okolností komunikovat. Nemělo by se zapomínat, že rodina pacienta může poskytnout cenné informace o jeho zdraví a zároveň se může podílet na péči o svého blízkého. Také mohou pacientovi poskytnout psychickou i fyzickou podporu, ochranu a v neposlední řadě i přípravu do opětovného domácího prostředí, nebo zajištění další potřebné péče (21, 23, 1).

Na JIP je běžnou praxí, že návštěvu k lůžku pacienta uvádí sestra. Po uvedení členů rodiny, případně jeho blízkých k pacientovi, může setra zodpovědět případné dotazy rodiny, samozřejmě v rámci své kompetence, vyzvat návštěvu ke komunikaci či fyzickému kontaktu s pacientem nebo ponechat rodině čas k adaptaci na nově vzniklou situaci. V průběhu návštěv by sestra měla vytvořit u pacienta maximální soukromí, ale pokud by bylo zapotřebí, měla by být okamžitě k dispozici. Pokud rodina vznesе požadavek na rozhovor s lékařem, měla by ho sestra domluvit (11, 23, 24).

Úroveň komunikace s blízkými pacienta je dána především psychickým stavem příbuzných, kteří jsou první postaveni před nečekanou životní situací a vnímají citlivě závažnost zdravotního stavu svého příbuzného. Úkolem ošetřujícího lékaře je poskytovat informace a zároveň komunikovat s příbuznými o zdravotním stavu, riziku, prognóze, komplikacích či případném skonání pacienta. Velkým plusem je, když je při daném rozhovoru přítomna i ošetřující sestra, která má důvěru rodiny. Sestra je nejen



svědkem rozhovoru, ale může přispět pouhou svou přítomností a hlasovou intonací ke klidnému průběhu rozhovoru bez zkratových reakcí. Je zde posléze doporučeno, aby členové rodiny měli dostatek času a vhodný prostor, kde se budou moci vypořádat se svou obavou a budou se snažit pochopit situaci, která nastala. Právě komunikace a prezentace sester je mnohdy hlavní vizitkou oddělení pro pacientovo blízke, kteří často podle prvního dojmu vnímají celé oddělení a jeho atmosféru (23, 19).

Komunikace s rodinou pacienta představuje pro mnoho zdravotnických pracovníků nejnáročnější a nejrizikovější část v péči o pacienta. Zejména první kontakt s rodinou pacienta hraje v komunikaci mezi sestrou a příbuznými pacienta podstatnou roli. Je to totiž jedinečná a obvykle neopakovatelná možnost navázání dobrého kontaktu a následně získání si jich k možné spolupráci při ošetřování pacienta. To samé lze říci i o posledním kontaktu s příbuznými. Jeho průběh může ovlivnit mimo jiné i to, zda příbuzní pacienta odcházejí s přesvědčením, že bylo dobře postaráno o jejich blízkého a že o něj pečovali profesionálně, nebo zda opouštějí zdravotnické zařízení plni hořkosti, hněvu a odhodlání podat stížnost nebo žalobu (21, 6).

Pokud si sestra neví rady při komunikaci s rodinou pacienta, může požádat o radu klinického psychologa, který je obvykle k dispozici. Pokud psycholog bude respektovat práva pacienta i jeho blízkých, obvykle sestře pomůže vyvarovat se nepříjemnostem. Při navazování kontaktu a představování se sestra nezapomene představit celým jménem, případně svou funkcí. Zároveň by měla mít na paměti své kompetence a respektovat je, stejně jako informovaný souhlas pacienta, a tím předcházet případným nedorozuměním. Pokud poskytuje informace, tak se pokusí o srozumitelnost, snaží se uplatnit vstřícnost a takt. Přesto by měla být obezřetná a nejprve zvážit obsah a dosah svých slov při každém rozhovoru, nebo ještě lépe před jeho začátkem si stanovit cíl a formu daného rozhovoru (21, 18).

#### ***1.4 Komunikace s dětmi na JIP***

Dětský pacient není obvykle schopen racionálně pochopit význam všeho, co se s ním děje, je v mnoha směrech kvalitně jiný než dospělý jedinec. Tato rozdílnost

spočívá především v nediferencovanosti, v nejasné a málo ohraničené strukturovanosti psychických funkcí a procesů i jejich chování (8, 21).

V komunikaci s dítětem by měla sestra brát ohled nejen na jeho věk, ale i na vývoj řeči, kognitivních funkcí, emoční a sociální zralost. Měla by si uvědomit, že bez dobrého kontaktu s dítětem se nic nedozví o jeho pocitech, úzkosti, vztazích k důležitým osobám. Dítě zpravidla není dobrovolným pacientem, do nemocnice bylo přivezeno, někdy i dovléčeno. Navázat kontakt s takovým dítětem pak není vůbec jednoduché, ale není to ani nemožné (8, 21).

#### ***1.4.1 Zvláštnosti komunikace s dětmi na JIP***

Dítě je v období nemoci zvláště citlivé, proto by měl být ošetřující personál obzvláště opatrný v komunikaci s ním. Jsou zde zásady, nebo lze říci, dobrá doporučení při komunikaci s ním. Prvním a asi nejdůležitějším je, že se dítěti nikdy nelze, ani tehdy, když sestra dítě připravuje na bolest. Nikdy netvrdí opak. Trpělivě vysvětluje vše, s přihlédnutím na věk dítěte. Sděluje mu vše, co se bude dít, jak dlouho to bude trvat, kdo tam bude. K tomu používá jednoduchý slovník a krátké, jasné věty. Posléze se vhodným kladením otázek přesvědčí, zda dítě všemu rozumělo (24, 19).

Velmi mnoho lze dětskému pacientovi sdělit i společnou hrou, četbou vhodných příběhů, vypravováním příběhů obdobných situací dítěte. Vděčné jsou i bajky a příběhy o nemocných zvířatech. Mohou se ale využívat také hračky, obrázky, knihy. Při zapojení dětského pacienta by se nemělo opomínat na pochvaly a ocenění jakéhokoliv úsilí nebo činnosti. Zároveň se nesmí zapomínat na věk dítěte, jeho psychickou i intelektovou zralost, nechat dítěti vyjádřit jeho strach a bolest ať již pláčem či verbálně. Ukázat mu, že v sestře má oporu a může se na ni kdykoli obrátit, pokud se tak samo rozhodne (15, 24).

Pokud existuje možnost aktivní spolupráce s rodiči, je třeba je začlenit do ošetrovatelského procesu. Dítě se také nikdy z komunikace nevynechává, nemluví se o něm, ale s ním. Především se k němu nelze chovat jako k malému dospělému (24).

### ***1.4.2 Komunikace s rodiči a dítětem na JIP***

Při každém rozhovoru je důležité si uvědomit, že nejen dítě, ale i rodiče prožívají krizový stav, ve kterém dochází k tranzovému stavu vědomí. Rodiče v těchto případech mohou být značně nepřístupní, nebo naopak velmi ovlivnitelní a podřizují se. Člověk v takovém stavu si z rozhovoru pamatuje obvykle jen kusé, nebo zkreslené informace a až po nějaké době zjišťuje, že se zapomněl zeptat na spoustu předem připravených věcí. Tento fakt klade nárok na kvalitní a velmi obezřetnou komunikaci zdravotnického personálu, kdy je důležité průběžné ujišťování, že rodiče předávaným informacím rozumí. V případě potřeby by jim měl ošetřující personál opakovaně a laskavě poskytnout již jednou sdělenou informaci, zároveň jim dát najevo ochotu, že se mohou opět kdykoli zeptat na jakékoli podrobnosti stran léčby a pobytu jejich dítěte (8, 19).

Nelze opomínat na možnost kontaktu rodiny s kaplanem, neboť někteří rodiče oceňují možnost hovořit o nemoci svého dítěte s někým, kdo stojí v odborných znalostech na jejich úrovni, kdo není zdravotnický profesionál. Je pro ně také důležité vědět, že stojí před někým, před kým si mohou dovolit být slabí. Před svými dětmi musejí vystupovat jako ti, kdo dodávají odvalu, ti silní. Před kaplanem mohou ventilovat i svou slabost, stres ze své bezmoci i hluboké spirituální problémy, které přicházejí s vážnou nemocí dítěte (8).

Jak tedy přistupovat a napomáhat dobrému procesu vyrovnání se s tíživou situací rodiny a současně přispět k ochraně duševního zdraví rodičů i dítěte? Není na to jasné doporučení, ale najde se pár bodů, které by danou situaci mohly ulehčit. První krok je na lékaři, který by měl základní informace o diagnóze a léčbě sdělit co nejdříve. Není vhodné daný rozhovor odkládat, neboť odložení, byť i v nejlepší vůli, vyvolává na straně rodičů zpravidla reakci tím bolestivější a ve svých důsledcích i útočnější. Při takovémto rozhovoru by neměl být lékař sám, ale měl by s sebou vzít i sestru, která bude oporou pro rodiče po odchodu lékaře (1, 18).

Je třeba dát najevo účast s bolestí rodičů, projevit porozumění a pochopení pro jejich duševní stav, nabídnout pomoc, srozumitelně ukázat svoji sympatizující

angažovanost. Nic však nepřepínat, zvláště ne utěšování, neboť to v prvních fázích zpracovávání otřesu působí spíše rušivě (8).

Je třeba připomenout si i jejich kritické, nebo hostilní projevy, které jsou častým doprovodem obranných tendencí ve fázi obviňování. Pozor na vlastní obranné mechanismy. Obranné tendence nepracují pouze na straně rodičů, ale i na straně lékařů, sester a je zde nebezpečí, že v jednání s rodiči budou příliš úseční, strozí, nebo naopak rozvláční a lítostiví, takže nebudou poskytovat důvěryhodnou oporu a péči, což pro budoucí spolupráci není dobrý začátek (8).

### ***1.5 Bazální stimulace***

U komunikace v intenzivní péči nelze zapomenout na komunikaci s pacientem prostřednictvím konceptu bazální stimulace. Bazální stimulace je významná metoda, která se snaží redukovat závislost pacienta na ošetrovatelské péči, podporuje lokomoci, percepci, komunikaci a vnímání pacienta. Je základem nového pochopení ošetrovatelské péče, která významně přispívá k podpoře rozvoje vlastní identity pacienta. Tato metoda též přispívá k orientaci v prostoru a čase, zlepšení funkcí organismu, navázání komunikace s pacientem na takové úrovni, kterou mu dovoluje jeho porucha vnímání. Vždyť každý z nás vnímá pomocí smyslů, smyslových orgánů, které počínají, vyvíjejí se v embryonální fázi a mají od narození až do smrti nenahraditelný význam (9).

Díky smyslům je možné vnímat nejen sebe sama, ale též okolní svět. Vždyť pohybovat se a komunikovat se jedinec naučil díky možnosti vnímání. Pohyb, vnímání a komunikace se vzájemně ovlivňují a doplňují (9).

Bazální stimulace se zaměřuje především na pacienty například v bezvědomí, s umělou plicní ventilací, na hemiplegické pacienty, na pacienty dezorientované, s apalickým syndromem, v somnolentních stavech. Tuto metodu lze aplikovat na děti a dospělé s těžkými změnami v oblasti smyslového vnímání, hybnosti a komunikace. Díky této metodě si mohou těžce postižení lidé uvědomovat své základní potřeby (9).

Zdravotnický personál často ošetřuje nemocné, jejichž schopnost vnímání je z důvodu jejich onemocnění snížena, nebo velmi ohraničena jen na jejich tělo. Jsou to především pacienti, kteří nejsou schopni, vzhledem k jejich zdravotnímu stavu, rozpoznat slova. Pacienti, kteří nemohou používat své ruce a nemohou také změnit svou tělesnou pozici, která je především vleže. Bazální stimulace napomáhá právě těmto lidem cítit své tělo, vnímat své okolí (9, 16).

Koncepce bazální stimulace je postavena na procesu odhalování a objevování světa pacienta, kterého okolí považuje dlouhou dobu za neschopného vnímání a komunikace (9).

Bazální stimulace však neznamená jen snahu učinit pro pacienta něco prospěšného, ale je péčí, která se snaží rozvíjet a přesně orientovat svůj růst a zároveň má své terapeutické účinky. Proto nelze strukturu, zkušenosti pacienta se svým tělem a okolím, smysluplnost, individuální normalitu, utváření vztahů a vedení, považovat za základní body bazální stimulace (9).

Ošetrovatelská péče je v daném konceptu strukturovaná v čase. To znamená, že určité ošetrovatelské činnosti se pravidelně opakují denně ve stejném čase. Jsou prováděny přesně stejným postupem, mají jasně dané prvky, které se během dne rytmicky opakují v pevně definovaných časech. Současně je míněna také určitá struktura ošetrovatelských postupů, které jsou předem promyšleny a cíleně orientovány na daný úkon (9).

Díky těmto postupům jsou činnosti prováděné pro pacienta realizovány tak, že si na ně může pacient zvyknout a nalézt v nich jistý režim. Proto je opakované cvičení smysluplné. V tomto procesu by se mělo pokračovat několik týdnů, aby se příslušné nervové komplexy mohly znovu podněcovat a nově organizovat (9).

V praxi to znamená, že se pacient s příslušným postižením bude umývat denně ve stejnou dobu a to přesně dle jeho návyku. Také se budou používat ritualizované, iniciální doteky, na kterých se ošetřující personál s rodinou postiženého domluvili (9, 16).

Lidé s postižením vnímání mohou vnímat své tělo i okolí nejen zkrlesně, ale i jakoby vzdáleně. Bazální stimulace se tedy pokouší takovými lidem poskytnout

zřetelnější vjemy a zkušenosti. To se vztahuje na přímé zážitky z vnímání vlastního těla, ale také na zážitky z vlastního okolí, které se pojí jak s oblečením, tak i prostředím pacienta. Informace zdravotnického personálu o tom, že se s pacientem bude manipulovat, dává pacientovi pomocí iniciálního doteku, který je pro každou činnost jednoznačně zvolen a nesmí být v žádném případě změněn. Daný dotek zvolí na základě biografické anamnézy, kterou o daném pacientovi získá ošetřující personál nejlépe od příbuzných, nebo blízkých osob. Sestra vždy pevným, zřetelným dotekem pacienta informuje o počátku a ukončení své přítomnosti či jakékoli činnosti. Tímto způsobem s daným pacientem komunikuje, i když není vždy zcela jasná, zřetelná zpětná vazba (9).

Pokud vstoupí do ošetřovatelské péče nové úkony, nemusí být pravidlem, že se stávají pro pacienta stresující a zatěžující. Mohou naopak, díky bazálně stimulující péči, probudit pacientovu pozornost a podráždit pacientův zájem o danou ošetřovatelskou intervenci. Pacient si může uvědomit nejen danou intervenci, ale i její význam, cíl, popřípadě společenský kontext (9).

Všechny úkony, které se u pacienta provádí, sestra vždy doprovází řečí. U lidí v těžkých stavech požívá co nejjednodušší slova z důvodu nepřetížení informacemi. Pacient musí mít možnost porozumět smyslu naší řeči i práce. Aby mohla pacienta cíleně vést, musí znát a mít neustále na paměti jeho individualitu. Díky individuální, strukturované a smysluplné péči může pacientovi ukázat, že s ním do budoucna počítá, že není objektem její péče, ale důležitým subjektem. Pacient je sice závislý, ale zároveň má snahu a touhu vyjádřit své pocity a přání, i když je to možné jen prostřednictvím dýchání, sekrece potu, nebo spasticky (9).

Pacient má nárok na poznání sebe sama, na kontakt, pozornost a zájem o svou osobu. Ošetřovatelská péče v konceptu bazální stimulace akceptuje reakce pacientů a odpovídá na ně. Nepřetěžuje zbytečně schopnost pacientovi pozornosti, a proto kvalita a kvantita informací poskytovaná pacientovi musí být přizpůsobena jeho schopnosti vnímání. Nikdy nesmí dojít k tomu, že sestra provede iniciální dotek a okamžitě začne s ošetřovatelským výkonem. Musí nejprve vyčkat na zažití daného doteku a potom teprve může začít provádět příslušný výkon (9).

Bazální stimulace je péče, která se neustále vyvíjí. Snaží se respektovat vlastní rozhodnutí pacienta a nabízí mu doprovod, pokud bude chtít. Sleduje jasné cíle pacienta a nechává mu čas na rozhodnutí, která chce učinit, a čas najít sám sebe (9, 16).

### ***1.6 Edukace rodiny pacientů hospitalizovaných na JIP***

Většina příbuzných má zájem a snahu přispět k uzdravení či zlepšení kvality života svého blízkého, jen neví přesně jak. Nemělo by se zapomínat, že doménou sestry je právě edukace rodiny. Nejdůležitějším prvkem edukace je naučit rodinu komunikační technice, která pacientovi nejvíce vyhovuje, zdůraznit rodině možnost a význam fyzického kontaktu a pasivní komunikace u pacienta v bezvědomí. Mnoho lidí se bojí pacienta vzít za ruku, pohládit ho (11).

Edukace rodiny znamená poskytnout rodině informace týkající se ošetřování pacienta. Nejsou to jen předané informace, ale jedná se o proces, který je možno předat formou výuky, nácviku a který lze kontrolovat pomocí zpětné vazby. Nemělo by se zapomínat, že lékař i sestra se od sebe liší kompetencemi, které jsou dány zákonem a charakterem profese. Sestra odkazuje rodinu na lékaře pouze v případech, kdy se jedná o otázky charakteru diagnostického, o léčbu, léky a prognózu. V ostatních případech by měla umět odpovědět na kladené otázky sama (11, 15).

Sestra by neměla opomenout vysvětlit pacientovi a také jeho rodině, nutnou přípravu na vyšetření, které bude pacient podstupovat. Zároveň by jim měla vysvětlit a předvést konkrétní postup či výkon, kterým může být například ošetření stomie, aplikace inzulínu, převazy, ale i základní hygienická péče. Dalším úkolem sestry je vysvětlit rodině i pacientovi případná pohybová omezení, která nemusí být vždy trvalá, popřípadě poskytnout jim dostatečné informace o kompenzačních ošetrovacích pomůckách. Sestra by také měla poskytnout pacientovi a jeho rodině informace o možnostech, které zajišťují agentury domácí péče, stacionáře, sociální nebo pečovatelské služby. Dále též předat pacientovi a rodině informace o zásadách správné výživy, nutnosti úpravy životosprávy, popřípadě vysvětlit jim případná dietní opatření

a domluvit jim setkání s dietní sestrou. V neposlední řadě poučit pacienta a jeho rodinu o nutnosti dispenzarizace a nutnosti užívání předepsaných léků (11, 1).



## **2 Cíle práce a hypotézy**

### **2.1 Cíle práce**

1. Zmapovat jaké jsou rozdíly při aplikaci komunikačních dovedností ošetrovatelské péče na jednotkách intenzivní péče různého zaměření.
2. Zmapovat zda sestry využívají basální stimulaci jako způsob komunikace v rámci každodenní ošetrovatelské péče.
3. Zmapovat jaký způsob komunikace je v ošetrovatelské péči preferován sestrami.

### **2.2 Hypotézy**

1. Komunikační dovednosti v ošetrovatelské péči se liší dle zaměření jednotky intenzivní péče.
2. Významným faktorem ovlivňující komunikaci je četnost léčebných výkonů.
3. Významným faktorem ovlivňující komunikaci je četnost ošetrovatelských výkonů.
4. Časová náročnost v rámci ošetrovatelské péče na jednotkách intenzivní péče ovlivňuje efektivnost aplikace basální stimulace na nemocných.
5. Dle zaměřenosti jednotky intenzivní péče je v ošetrovatelské péči více preferovaná verbální komunikace.

### **3 Metodika**

#### **3.1 Metodika sběru dat**

Ke sběru dat byla použita technika kvantitativního šetření formou dotazníku. Sledovaným souborem byly sestry pracující ve Fakultní nemocnici v Plzni.

Dotazník osahoval 36 otázek. První 4 otázky se vztahovaly k identifikaci zkoumaného souboru (věk, pohlaví, délka praxe, nejvyšší dosažené vzdělání). Následující otázky byly zaměřeny na komunikační dovednosti, především na znalosti o komunikaci, časté překážky při komunikaci s pacientem, užívaný druh komunikace, který je nejčastěji využíván, či zda má ošetrovatelský personál problém s komunikací během jednotlivých léčebných nebo ošetrovatelských intervencí. V neposlední řadě se výzkumné šetření zabývalo nedostatky a chybami v komunikaci mezi sestrami a pacienty.

Z celkového počtu otázek bylo 5 otázek otevřených, 23 otázek uzavřených a 8 otázek polouzavřených. Dotazníková metoda probíhala v období dvou měsíců leden 2011 - únor 2011. Rozdání dotazníků proběhlo se souhlasem manažerky pro vzdělávání a výzkum ve Fakultní nemocnici Plzeň Bc. Chabrové Světluše.

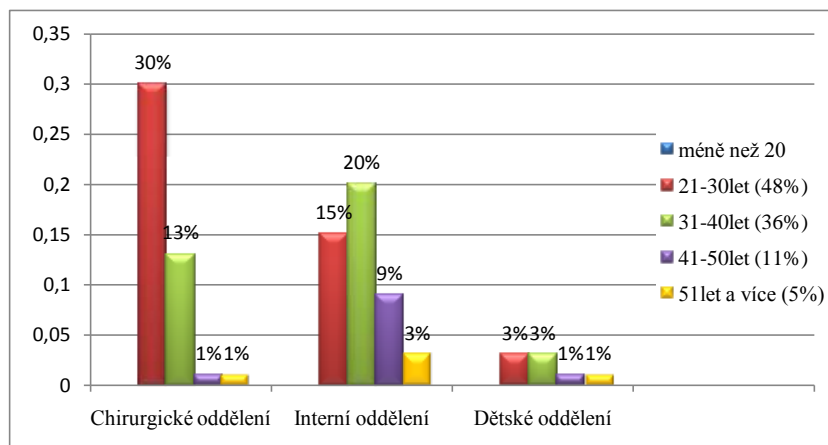
#### **3.2 Charakteristika výzkumného souboru**

O spolupráci byly požádány sestry pracující na interně zaměřených JIP, chirurgicky zaměřených JIP a okrajově dětských oddělení JIP.

Celkem bylo rozdáno 130 (100%) dotazníků, s návratností 123 (95%), z čehož muselo být 7 (5%) dotazníků vyřazeno pro neúplnost. Výsledky šetření byly zpracovány ze 116 (100%) řádně vyplněných dotazníků. Z celkového počtu 116 (100%) dotazníků tvořilo 54 (46%) respondentů z interně zaměřených JIP, 52 (45%) respondentů z chirurgicky zaměřených JIP a pro zajímavost i 10 (9%) respondentů z DEO JIP.

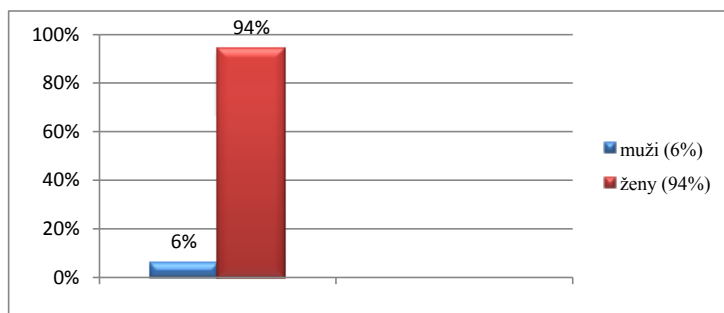
## 4 Výsledky

**Graf 1 Věk respondentů (v %)**



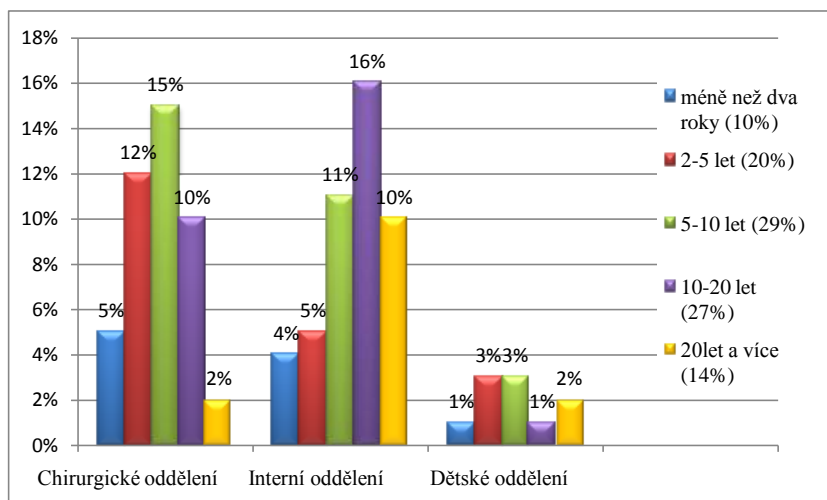
Z celkového počtu 116 (100%) respondentů je patrné, že nejvyšší počet 56 (48%) personálu pracujících v intenzivní péči se pohybuje ve věku 21-30 let. V rozmezí 31-40let je to 42 (36%) respondentů; 41 – 50 let 13 (11%); 51 let a více 5 (5%). Z chirurgicky zaměřených JIP odpověď 21-30 let označilo 35 (30%), odpověď 31-40 let 15 (13%), odpověď 41-50 let 1 (1%), 51 let a více 1 (1%). Z interně zaměřených JIP odpověď 21-30 let označilo 17 (15%), odpověď 31-40 let 23 (20%), odpověď 41-50 let 11 (9%), 51 let a více 3 (3%). Z DEO JIP odpověď 21-30 let označilo 4 (3%), odpověď 31-40 let 4 (3%), odpověď 41-50 let 1 (1%), 51 let a více 1 (1%).

**Graf 2 Pohlaví respondentů (v %)**



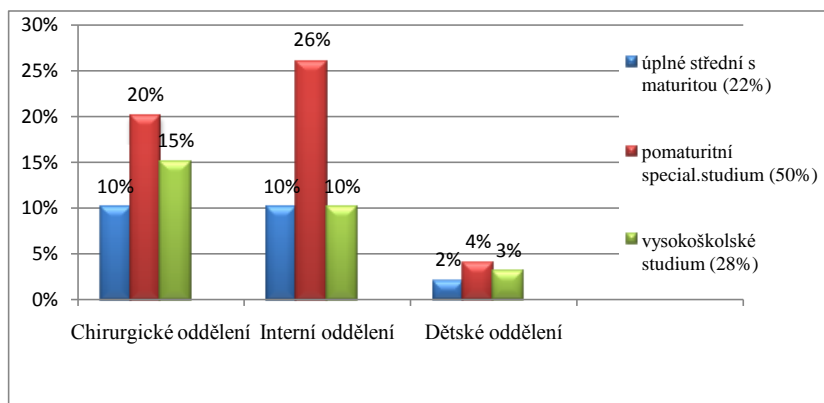
Z celkového počtu 116(100%) respondentů je zastoupení žen pracujících v oboru intenzivní péče dominantní a to v počtu 109 (94%); 7 (6%) je mužů.

**Graf 3 Délka praxe ve zdravotnictví (v %)**



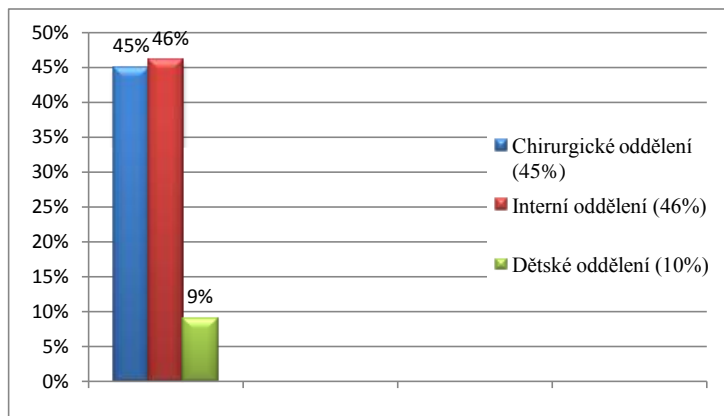
Z celkového počtu 116 (100%) respondentů je patrné, že na jednotkách intenzivní péče pracuje personál s praxí 5-10 let a to v počtu 34 (29%). S praxí 10-20 let 31 (27%); 2-5 let 23 (20%); 20 let a více 16 (14%); méně než 2 roky 12 (10%). Z chirurgicky zaměřených JIP odpověď méně než dva roky označilo 5 (5%); odpověď 2-5 let 14 (12%); odpověď 5-10 let 18 (15%); odpověď 10-20 let 12 (10%); odpověď 20 let a více 2 (2%). Z interně zaměřených JIP odpověď méně než dva roky 5 (4%); odpověď 2-5 let 6 (5%); odpověď 5-10 let 13 (11%); odpověď 10-20 let 18 (16%); odpověď 20 let a více 12 (10%). Z DEO JIP odpověď méně než dva roky 1 (1%); odpověď 2-5 let 3 (3%); odpověď 5-10 let 3 (3%); odpověď 10-20 let 1 (1%); odpověď 20 let a více 2 (2%).

**Graf 4 Nejvyšší dosažené vzdělání (v%)**



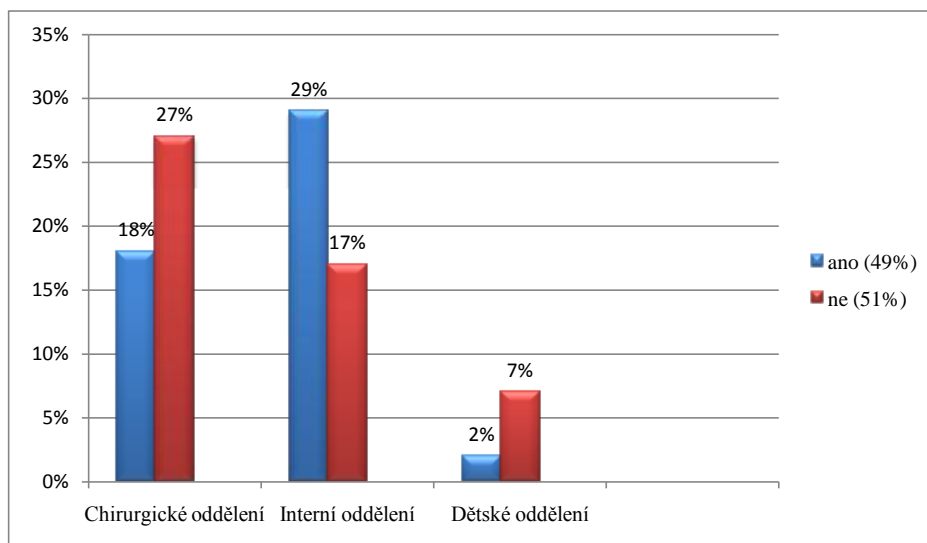
Z celkového počtu 116 (100%) respondentů označilo odpověď úplné střední ukončené maturitou 26 (22%); odpověď pomaturitní specializační studium 58 (50%); odpověď vysokoškolské studium 32 (28%). Z chirurgicky zaměřených JIP odpověď úplné střední s maturitou 12 (10%); odpověď pomaturitní specializační studium 23 (20%); odpověď vysokoškolské studium 17 (15%). Z interně zaměřených JIP odpověď úplné střední s maturitou 12 (10%); odpověď pomaturitní specializační studium 30 (26%); odpověď vysokoškolské studium 12 (10%). Z DEO JIP odpověď úplné střední s maturitou 2 (2%); odpověď pomaturitní specializační studium 5 (4%); odpověď vysokoškolské studium 3 (3%).

**Graf 5 Zaměření JIP ( v %)**



Z celkového počtu 116 (100%) respondentů je 54 (46%) respondentů z JIP interního zaměření; 52 (45%) respondentů z JIP chirurgického zaměření; z JIP dětského pak 10 (9%) respondentů.

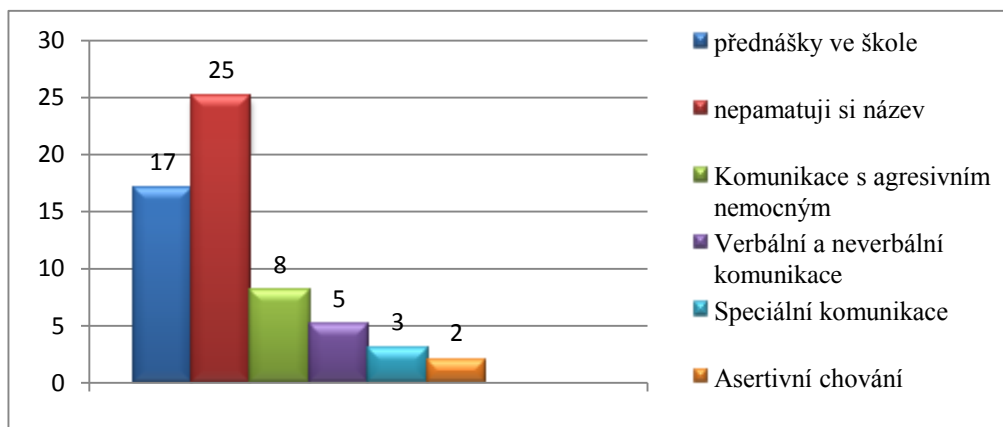
**Graf 6 Účast na seminářích nebo kongresu týkající se komunikace (v %)**



Z celkového počtu 116 (100%) respondentů označilo odpověď ano 57 (49%); odpověď ne 59 (51%). Z chirurgicky zaměřených JIP odpověď ano 21 (18%); odpověď ne 31 (27%). Z interně zaměřených JIP odpověď ano 34 (29%); odpověď ne 20 (17%). Z JIP DEO odpověď ano 2 (2%); odpověď ne 8 (7%).

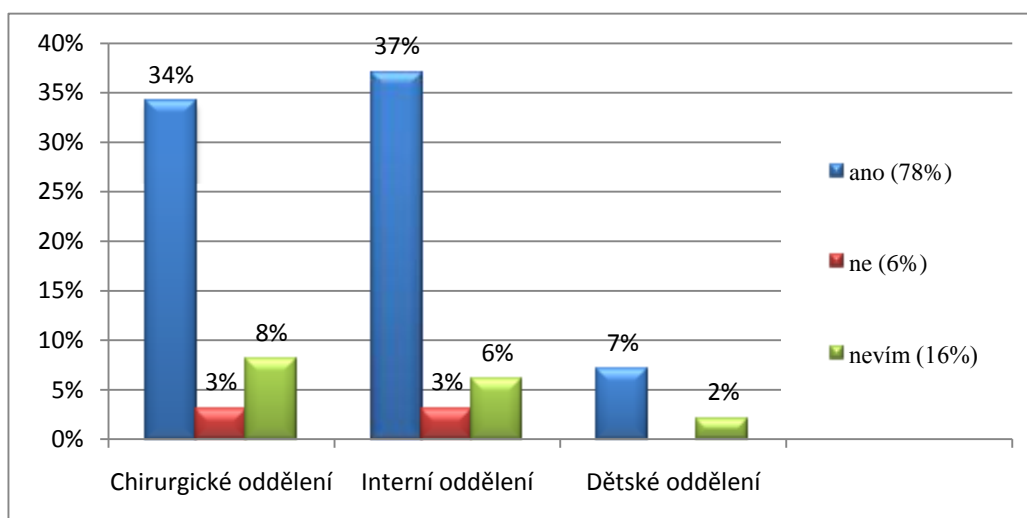


**Graf 7 Absolvované akce (v relativním čísle)**



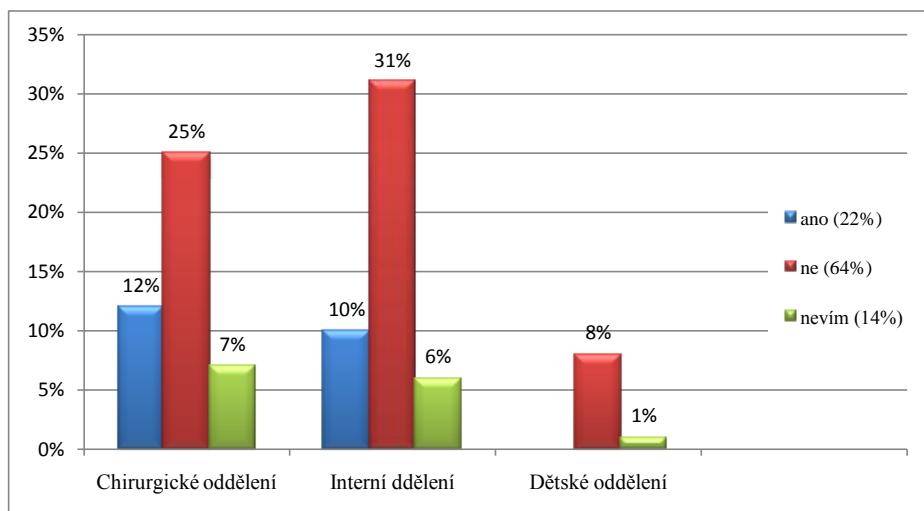
Graf 7 rozvíjí odpověď ano z grafu 6. Respondenti absolvovali přednášky a akce: ve škole (17); 25 respondentů si název akce nepamatuje; Komunikace s agresivním pacientem (8); Komunikace s vážně nemocným (5); Verbální a neverbální komunikace (5); Speciální komunikace s nemocným (3); Asertivní chování (2).

**Graf 8 Přínos seminářů (v %)**



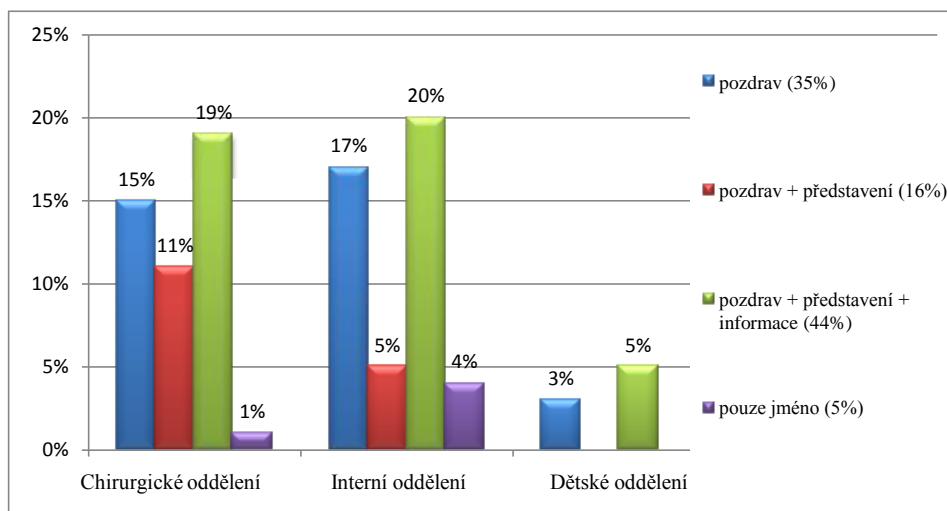
Z celkového počtu 116 (100%) respondentů, označilo odpověď ano 91 (78%); odpověď ne 7 (6%); odpověď nevím 18 (16%). Z chirurgicky zaměřených JIP odpověď ano 39 (34%); odpověď ne 4 (3%); odpověď nevím 9 (8%). Z interně zaměřených JIP odpověď ano 44 (37%); odpověď ne 3 (3%); odpověď nevím 7 (6%). Z JIP DEO odpověď ano 8 (7%); odpověď nevím 2 (2%).

**Graf 9 Odlišnosti v komunikační dovednosti dle typu JIP (v %)**



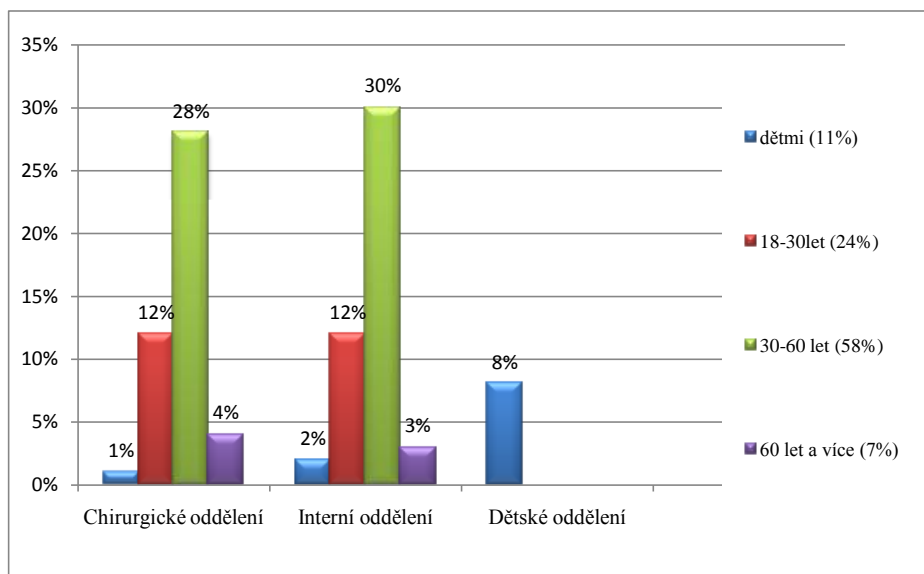
Z celkového počtu 116 (100%) respondentů označilo odpověď ano 25 (22%); odpověď ne 74 (64%); odpověď nevím 17 (14%). Z chirurgicky zaměřených JIP odpověď ano 14 (12%); odpověď ne 29 (25%); odpověď nevím 9 (7%). Z interně zaměřených JIP odpověď ano 11 (10%); odpověď ne 36 (31%); odpověď nevím 7 (6%). Z JIP DEO odpověď ne 9 (8%); odpověď nevím 1 (1%).

**Graf 10 Představení se pacientovi ( v %)**



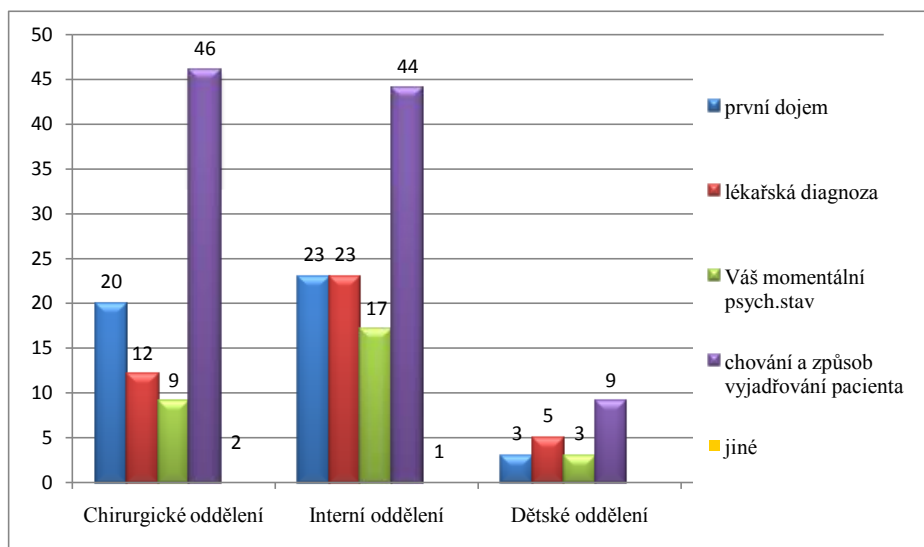
Z celkového počtu 116 (100%) respondentů, byly vypsány odpovědi pozdrav+ představení+ informace „budu se o vás starat“ 51 (44%); odpověď pozdrav bez představení 41 (35%); odpověď pozdrav + představení 18 (16%); odpověď uvedení jména 6 (5%). Respondenti z chirurgicky zaměřených JIP uvedli pozdrav bez představení 17 (15%); pozdrav+ představení 12 (11%); pozdrav+ představení+informaci „budu se o Vás starat“ 22 (19%); uvedení pouze svého jména 1 (1%). Z interně zaměřených JIP respondenti uvedli pozdrav bez představení 20 (17%); pozdrav+ představení 6 (5%); pozdrav+ představení+informaci „budu se o Vás starat“ 23 (20%); uvedení pouze svého jména 5 (4%). Z JIP DEO respondenti uvedli pozdrav bez představení 4 (3%); pozdrav+ představení+informaci „budu se o Vás starat“ 6 (5%).

**Graf 11 Nejlepší komunikace je s pacienty (v %)**



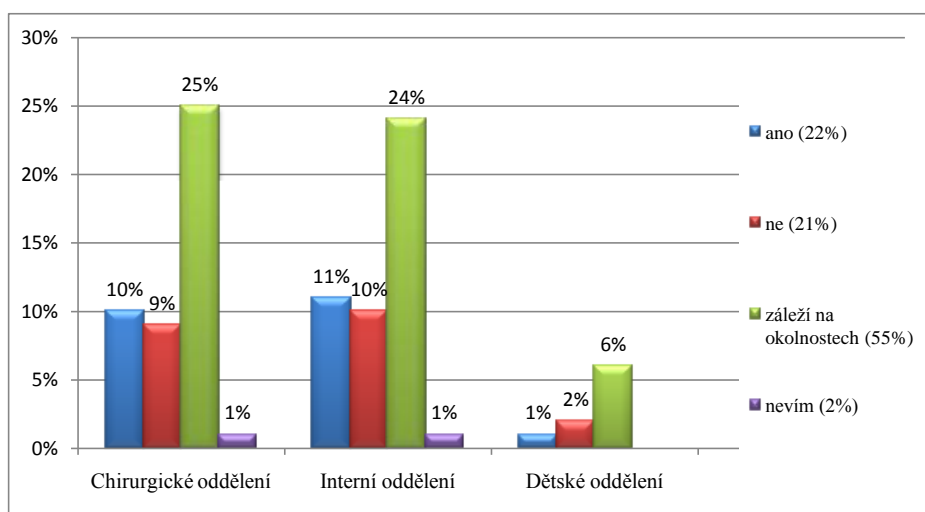
Z celkového počtu 116 (100%) respondentů odpověď dětmi označilo 13 (11%); odpověď ve věku 18-30 let 28 (24%); odpověď ve věku 30-60 let 67 (58%); odpověď ve věku 60 a více 8 (7%). Z chirurgicky zaměřených JIP odpověď dětmi 1(1%); odpověď ve věku 18-30 let 14 (12%); odpověď ve věku 30-60 let 32 (28%); odpověď ve věku 60 a více 5 (4%). Z interně zaměřených JIP odpověď dětmi 2 (2%); odpověď ve věku 18-30 let 14 (12%); odpověď ve věku 30-60 let 35 (30%); odpověď ve věku 60 a více 3 (3%). Z JIP DEO jednoznačně odpověď dětmi 10 (8%).

**Graf 12 Co ovlivňuje komunikaci s pacientem (v relativním čísle)**



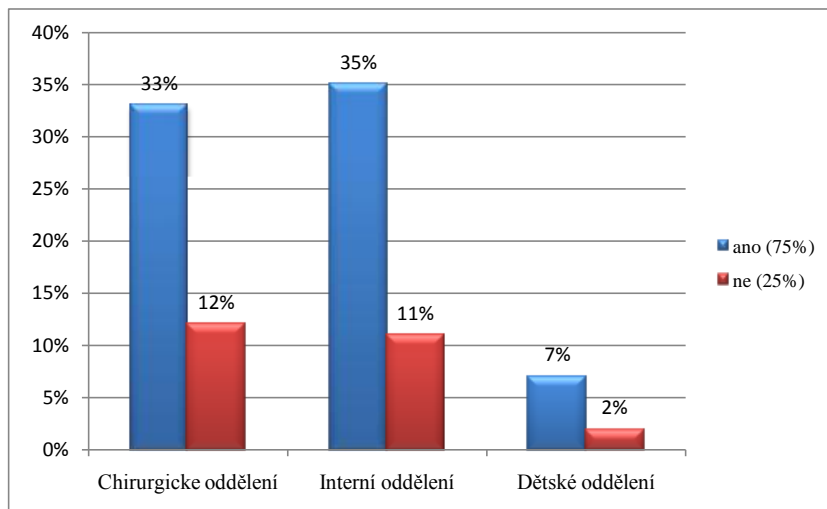
Z celkového počtu 116 (100%) respondentů na chirurgicky zaměřených JIP byla označena odpověď chování a způsob vyjadřování pacienta (46); odpověď první dojem (20); odpověď lékařská diagnóza pacienta (12); odpověď momentální psychický stav respondenta (9); odpověď jiné, kdy respondenti uvedli ebrietu pacienta a agresivitu pacienta (2). Na interně zaměřených JIP respondenti označili odpověď chování a způsob vyjadřování pacienta (44); odpověď první dojem (23); odpověď lékařská diagnóza (23); odpověď momentální psychický stav respondentů (17); odpověď jiné, kdy byla vypsána odpověď ebrieta pacienta (1). Na JIP DEO respondenti nejvíce uvedli odpověď chování a způsob vyjadřování pacienta (9); odpověď lékařská diagnóza (5); odpověď první dojem (3); odpověď momentální psychický stav respondentů (3).

**Graf 13 Všechny způsoby komunikace lépe ovládá sestra s delší praxí (v %)**



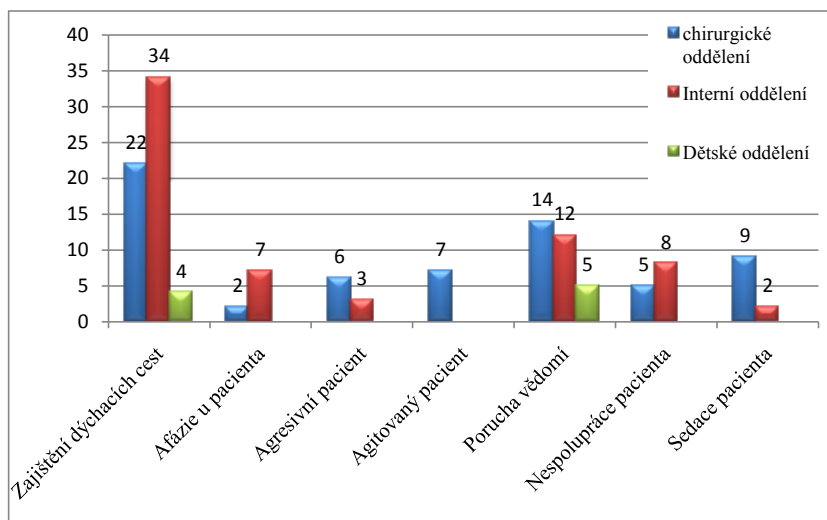
Z celkového počtu 116 (100%) respondentů byla označena odpověď záleží na okolnostech; odpověď věk a délka praxe nehraje roli 64 (55%); odpověď ne 24 (21%); odpověď ano 26 (22%); odpověď nevím 2 (2%). Z chirurgicky zaměřených JIP odpověď záleží na okolnostech; odpověď věk a délka praxe nehraje roli 29 (25%); odpověď ne 10 (9%); odpověď ano 12 (10%); odpověď nevím 1 (1%). Z interně zaměřených JIP odpověď záleží na okolnostech; odpověď věk a délka praxe nehraje roli 28 (24%); odpověď ne 12 (10%); odpověď ano 13 (11%); odpověď nevím 1 (1%). Z DEO JIP odpověď záleží na okolnostech; odpověď věk a délka praxe nehraje roli 7 (6%); odpověď ne 2 (2%); odpověď ano 1 (1%).

**Graf 14** Překážka v komunikaci u pacientů hospitalizovaných na JIP (v %)



Z celkového počtu 116 (100%) respondentů odpověď ano označilo 87 (75%); odpověď ne 29 (25%). Z chirurgicky zaměřených JIP odpověď ano 38 (33%); odpověď ne 14 (12%). Z interně zaměřených JIP odpověď ano 41 (35%); odpověď ne 13 (11%). Z DEO JIP odpověď ano 8 (7%); odpověď ne 2 (2%).

**Graf 15 Překážky v komunikaci (v relativním čísle)**

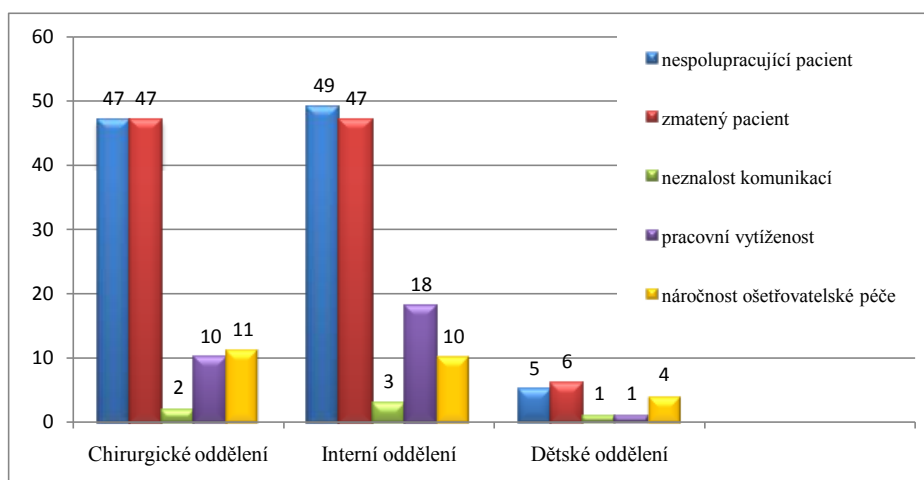


Graf 15 rozvíjí odpověď ano z grafu č. 14 a znázorňuje četnost odpovědí, neboť respondenti zde mohli uvést více možností.

Na chirurgicky zaměřených JIP uvádějí respondenti jako největší překážku v komunikaci zajištění dýchacích cest (22); dále poruchu vědomí (14); sedaci pacienta (9); agitovaný pacient (7); pacientovu agresivitu (6); nespolupráci ze strany pacienta (5); afázii (2). Na interně zaměřených JIP jako největší překážku v komunikaci s pacientem respondenti uvádějí zajištění dýchacích cest (34); dále pak poruchu vědomí (12); pacientovu nespolupráci (8); afázii (7); pacientovu agresivitu (3); sedaci pacienta (2). Na JIP DEO zajištění dýchacích cest (4); poruchu vědomí (5).

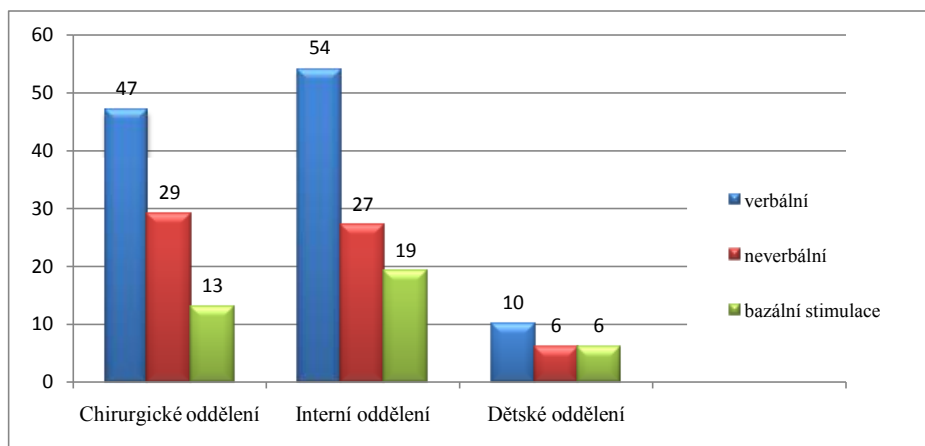


**Graf 16 Nejčastější komplikace při komunikaci (v relativním čísle)**



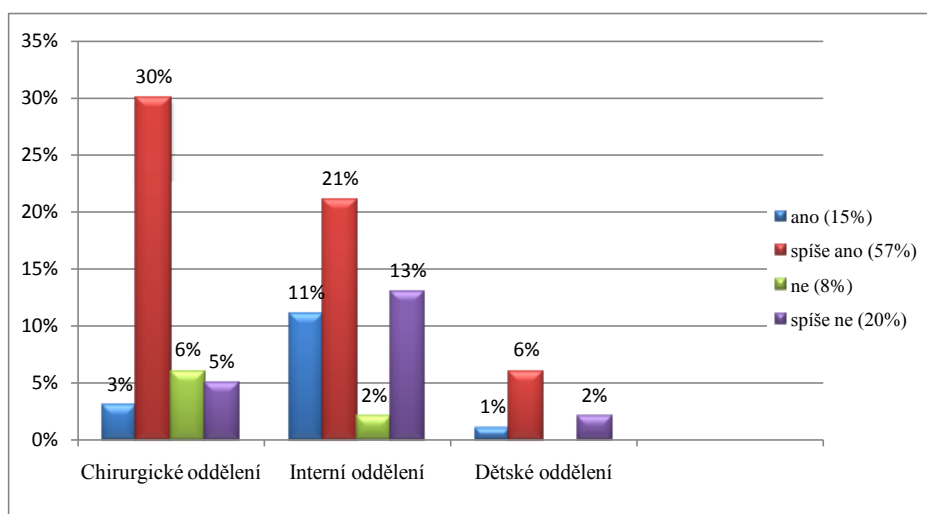
Z celkového počtu 116 (100%) respondentů je patrné, že z chirurgicky zaměřených JIP respondenti nejčastěji uváděli nespolutracujícího (47) a zmateného pacienta (47); náročnost poskytované ošetrovatelské péče (11); dále pak pracovní vyčerpání (10); zmatený pacient (10); neznalost různých způsobů komunikace (2). Respondenti z interně zaměřených JIP nejčastěji uváděli odpověď nespolutracující pacient (49); zmatený pacient (47); pracovní vyčerpání (18); náročnost poskytované ošetrovatelské péče (10); neznalost různých způsobů komunikace (3). Respondenti z DEO JIP nejvíce uváděli odpověď zmatený pacient (6); nespolutracující pacient (5); náročnost poskytované ošetrovatelské péče (4); neznalost různých způsobů komunikace (1) a pracovní vyčerpání (1).

**Graf 17** Nejčastěji používané druhy komunikace (v relativním čísle)



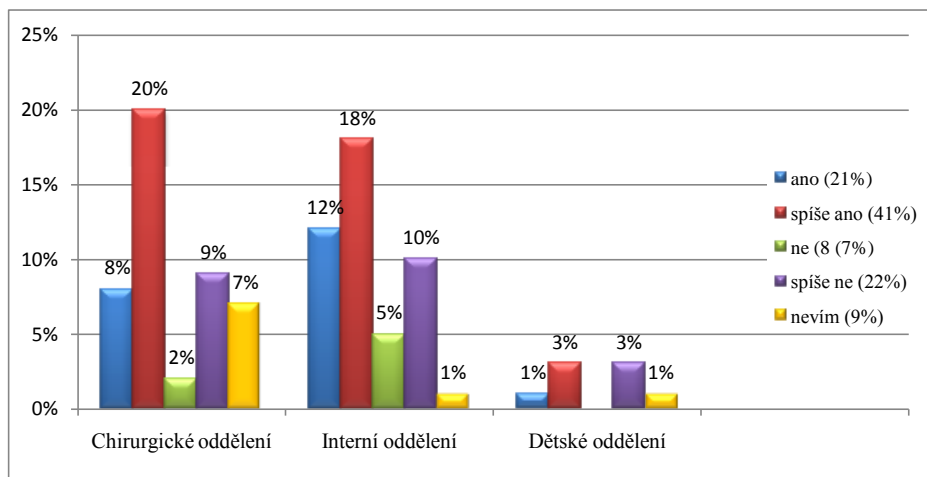
Z celkového počtu 116 (100%) respondentů je patrné, že na chirurgicky zaměřených JIP je nejčastěji uváděna odpověď verbální komunikace (47); odpověď neverbální komunikace (29); odpověď komunikace pomocí bazální stimulace (13). Na interně zaměřených JIP převažuje odpověď verbální komunikace (54); následně odpověď neverbální komunikace (27); odpověď bazální stimulace (19). Respondenti z DEO JIP nejvíce uváděli odpověď verbální komunikace (10); následně odpověď neverbální komunikace (6); odpověď bazální stimulace (6).

**Graf 18 Vliv čtenějších léčebných intervencí na pacientovu komunikaci (v %)**



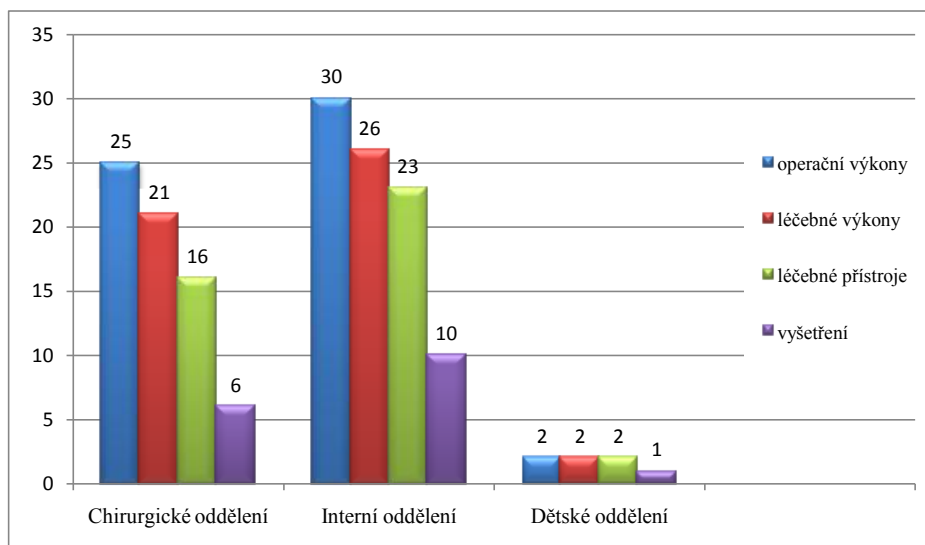
Z celkového počtu 116 (100%) respondentů byla označena odpověď spíše ano 66 (57%); odpověď spíše ne 23 (20%); odpověď ano 18 (15%); odpověď ne 9 (8%). Z chirurgicky zaměřených JIP odpověď spíše ano 35 (30%); odpověď ne 7 (6%); odpověď spíše ne 6 (5%); odpověď ano 4 (3%). Respondenti z interně zaměřených JIP označili odpověď spíše ano 24 (21%); odpověď spíše ne 15 (13%); odpověď ano 13 (11%); odpověď ne 2 (2%). Respondenti z DEO JIP odpověď spíše ano 7 (6%); odpověď spíše ne 2 (2%); odpověď ano 1 (1%).

**Graf 19** Vliv vyšší četnosti léčebných výkonů na komunikaci ošetřujícího personálu (v %)



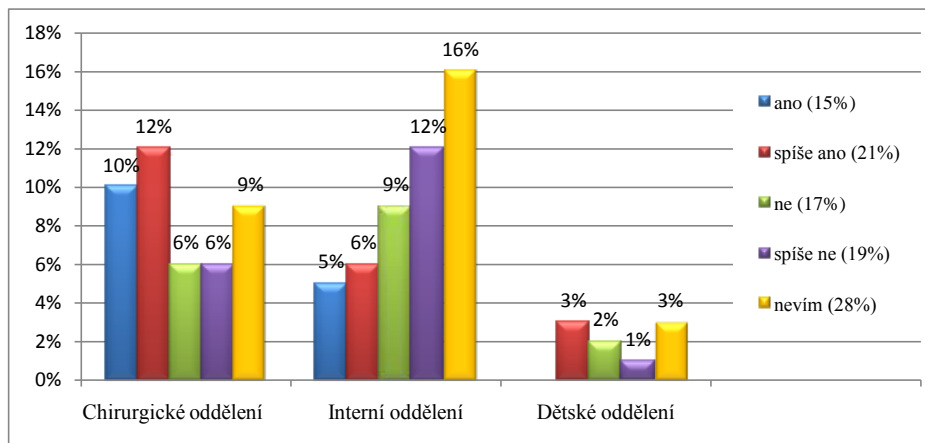
Z celkového počtu 116 (100%) respondentů byla označena odpověď spíše ano 48 (41%); odpověď spíše ne 26 (22%); odpověď ano 24 (21%); odpověď nevím 10 (9%); odpověď ne 8 (7%). Z chirurgicky zaměřených JIP odpověď spíše ano 23 (20%); odpověď spíše ne 10 (9%); odpověď ano 9 (8%); odpověď nevím 8 (7%); odpověď ne 2 (2%). Z interně zaměřených JIP odpověď spíše ano 21 (18%); odpověď ano 14 (12%); odpověď spíše ne 12 (10%); odpověď ne 6 (5%); odpověď nevím 1 (1%). Z DEO JIP odpověď spíše ano 4 (3%); odpověď spíše ne 4 (3%); odpověď ano 1 (1%); odpověď nevím 1 (1%).

**Graf 20 Výkony narušující komunikaci (v relativním čísle)**



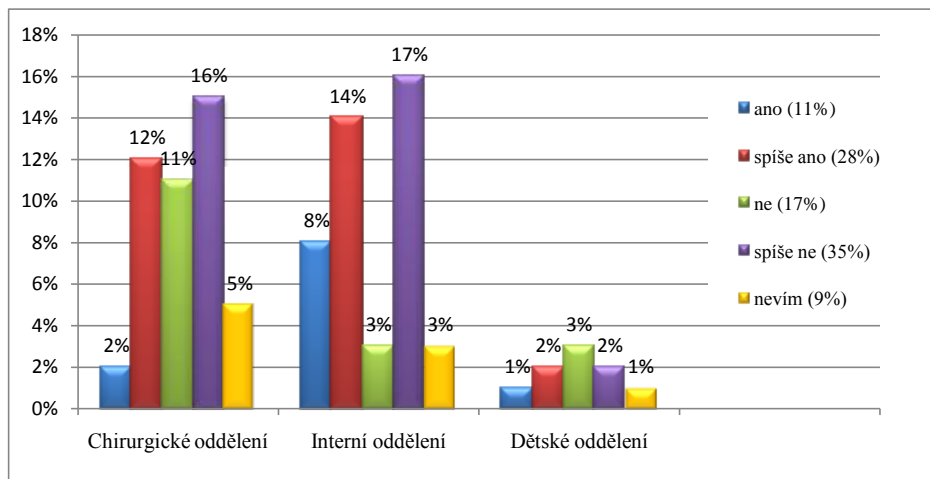
Z celkového počtu 116 (100%) respondentů je patrné, že nejčastěji označovanou odpovědí respondentů z chirurgicky zaměřených JIP byla odpověď operační, invazivní léčebné výkony (25); následně odpověď častější léčebné výkony u lůžka (21); odpověď napojení pacienta na léčebné přístroje (16); odpověď častá neinvazivní vyšetření (6). Respondenti z interně zaměřených JIP nejčastěji označovali odpověď operační, invazivní léčebné výkony (30); odpověď častější léčebné výkony u lůžka (26); odpověď napojení pacienta na léčebné přístroje (23); odpověď častá neinvazivní léčebná vyšetření (10). Respondenti z DEO JIP označovali vyrovnaně odpověď operační a invazivní léčebné výkony (2) a odpověď častější léčebné výkony u lůžka (2); následně odpověď napojení pacienta na léčebné přístroje (2); odpověď častá neinvazivní léčebná vyšetření (1).

**Graf 21 Častější narušování komunikace léčebnými výkony na chirurgickém JIP oproti JIP interním (v %)**



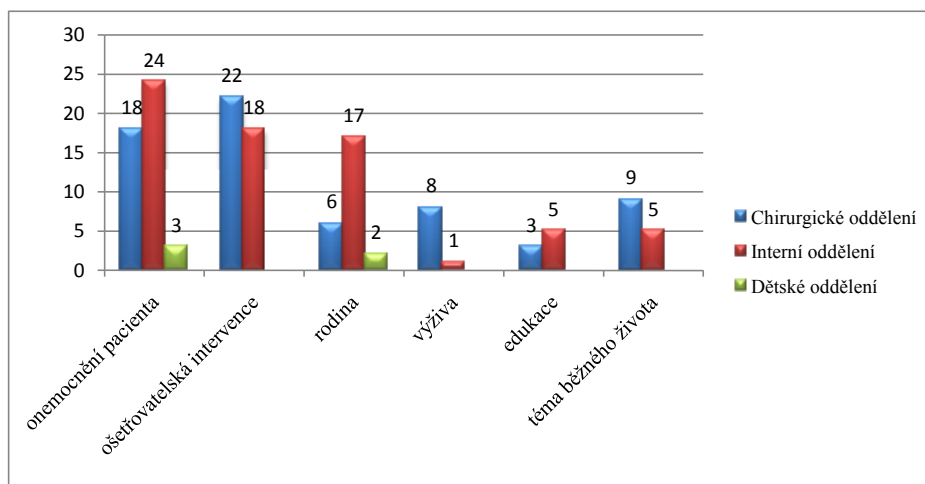
Z celkového počtu 116 (100%) respondentů byla označena odpověď nevím 32 (28%); odpověď spíše ano 25 (21%); odpověď ne 20 (17%); odpověď spíše ne 22 (19%); odpověď ano 17 (15%). Respondenti z chirurgicky zaměřených JIP označili odpověď spíše ano 15 (12%); odpověď ano 11 (10%); odpověď nevím 11 (9%); odpověď ne 8 (6%); odpověď spíše ne 7 (6%). Respondenti z JIP interně zaměřených označovali odpověď nevím 17 (16%); odpověď ne 10 (9%); odpověď spíše ne 14 (12%); odpověď spíše ano 7 (6%); odpověď ano 6 (5%). Respondenti z JIP DEO odpověď nevím 4 (3%); odpověď spíše ano 3 (3%); odpověď ne 2 (2%); odpověď spíše ne 1 (1%).

**Graf 22** Vliv větší četnosti ošetrovatelských intervencí na komunikaci mezi ošetrujícím personálem a pacientem (v %)



Z celkového počtu 116 (100%) respondentů byla označena odpověď spíše ne 40 (35%); odpověď spíše ano 32 (28%); odpověď ne 20 (17%); odpověď ano 13 (11%); odpověď nevím 11 (9%). Z JIP chirurgicky zaměřených označovali respondenti odpověď spíše ne 17 (16%); odpověď spíše ano 14 (12%); odpověď ne 13 (11%); odpověď nevím 6 (5%); odpověď ano 2 (2%). Respondenti z JIP interního označili odpověď spíše ne 19 (17%); odpověď spíše ano 17 (14%); odpověď ano 10 (8%); odpověď ne 4 (3%); odpověď nevím 4 (3%). Respondenti z DEO JIP odpověď spíše ano 2 (2%); odpověď ne 4 (3%); odpověď spíše ne 2 (2%); odpověď ano 1 (1%); odpověď nevím 1 (1%).

**Graf 23 Komunikační bariéry (v relativním čísle)**

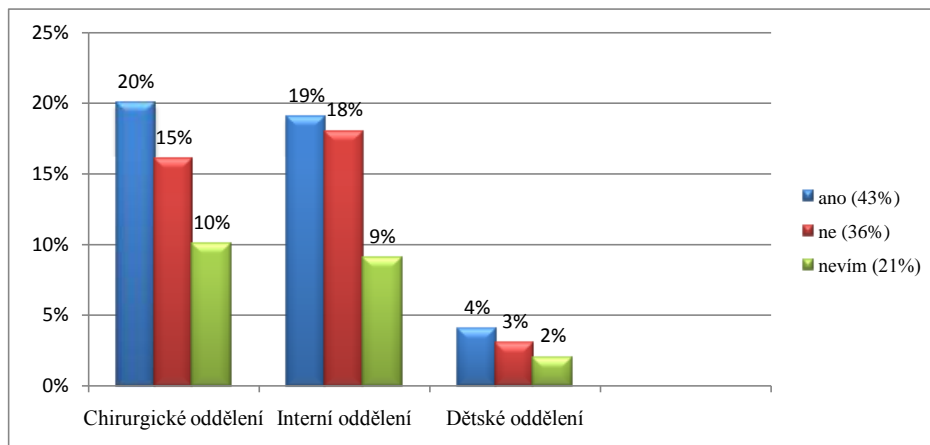


Graf 23 rozvíjí odpověď ano z grafu 22, znázorňuje četnost odpovědí, neboť respondenti zde mohli označit více možností a vypsát při jakých ošetřovatelských intervencích mají největší komunikační bariéry.

Respondenti z JIP chirurgicky zaměřených nejvíce uváděli ošetřovatelské intervence (22); onemocnění pacienta (18); témata běžného života (9); výživa (8); rodina (6); edukace pacienta (3). Respondenti z interně zaměřených JIP uváděli onemocnění pacienta (24); ošetřovatelské intervence (18); rodina (17); témata běžného života (5); edukaci pacienta (5); výživu (1). Respondenti z JIP DEO uvedli onemocnění pacienta (3); rodina (2).

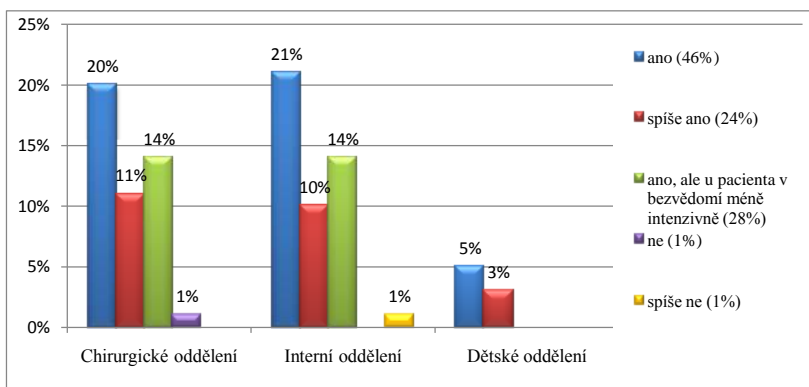


**Graf 24 Časté ošetrovatelské intervence a jejich negativní ovlivnění komunikace s pacientem (v %)**



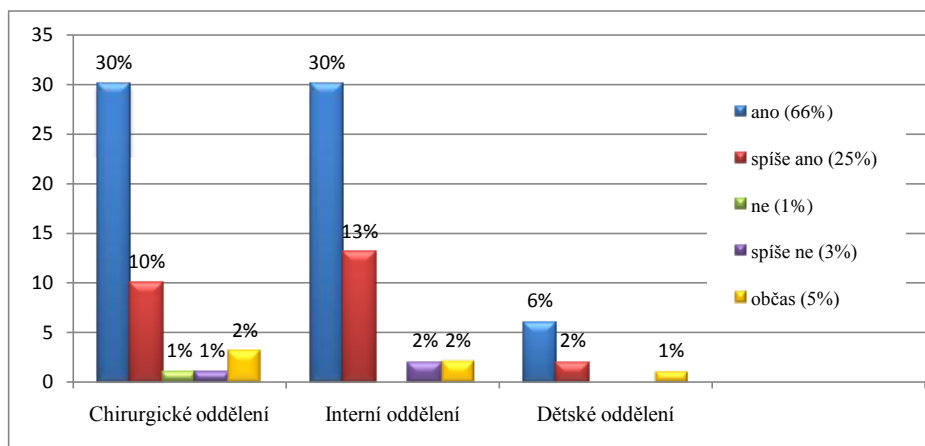
Z celkového počtu 116 (100%) respondentů byla označena odpověď ano 49 (43%); odpověď ne 42 (36%); odpověď nevím 25 (21%). Respondenti z JIP chirurgického zaměření označovali odpověď ano 23 (20%); odpověď ne 17 (15%); odpověď nevím 12 (10%). Respondenti z interně zaměřených JIP odpověď ano 22 (19%); odpověď ne 21 (18%); odpověď nevím 11 (9%). Respondenti z JIP DEO odpověď ano 5 (4%); odpověď ne 3 (3%); odpověď nevím 2 (2%).

**Graf 25 Verbální komunikace bez ohledu na stav vědomí pacienta (v %)**



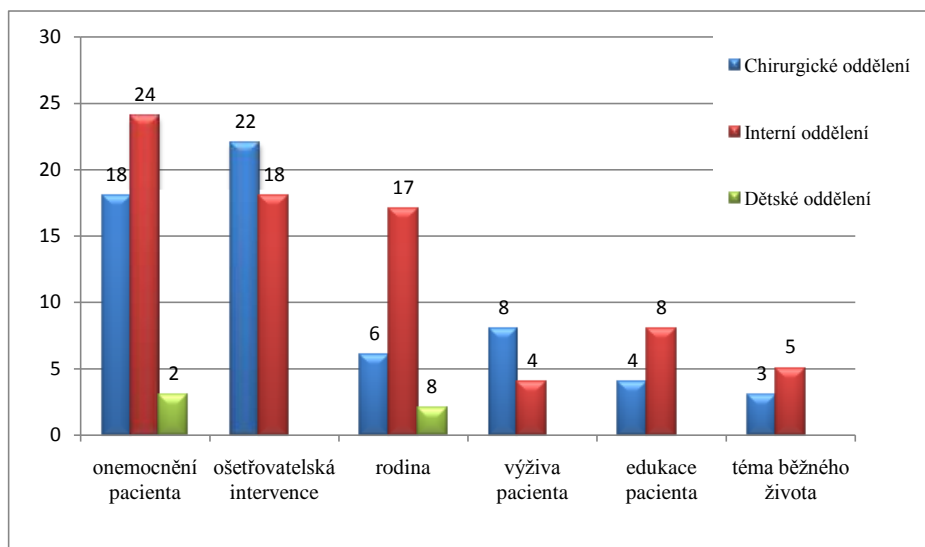
Z celkového počtu 116 (100%) respondentů byla označena odpověď ano 54 (46%); odpověď ano, ale u pacienta v bezvědomí méně intenzivně 32 (28%); odpověď spíše ano 28 (24%); odpověď ne 1 (1%); odpověď spíše ne 1 (1%). Respondenti z JIP chirurgického zaměření uváděli odpověď ano 23 (20%); odpověď ano, ale u pacienta v bezvědomí méně intenzivně 16 (14%); odpověď spíše ano 12 (11%); odpověď ne 1 (1%). Respondenti z JIP interně zaměřených označili odpověď ano 25 (21%); odpověď ano, ale u pacienta v bezvědomí méně intenzivně 16 (14%); odpověď spíše ano 12 (10%); odpověď spíše ne 1 (1%). Respondenti z JIP DEO označili odpověď ano 6 (5%); odpověď spíše ano 4 (3%).

**Graf 26 Komunikace sestry s rodinou pacienta (v %)**



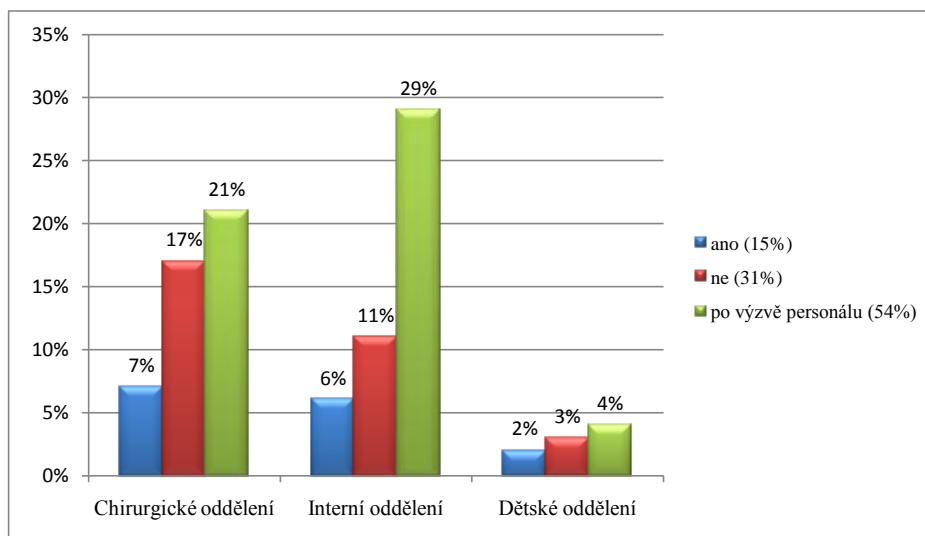
Z celkového počtu 116 (100%) respondentů byla označena odpověď ano 77 (66%); odpověď spíše ano 29 (25%); odpověď občas 6 (5%); odpověď spíše ne 3 (3%); odpověď ne 1 (1%). Respondenti z JIP chirurgicky uvedli odpověď ano 35 (30%); odpověď spíše ano 12 (10%); odpověď občas 3 (2%); odpověď ne 1 (1%); odpověď spíše ne 1 (1%). Respondenti z JIP interně zaměřených uváděli odpověď ano 35 (30%); odpověď spíše ano 15 (13%); odpověď spíše ne 2 (2%); odpověď občas 2 (2%). Respondenti z JIP DEO označili odpověď ano 7 (6%); odpověď spíše ano 2 (2%); odpověď občas 1 (1%).

**Graf 27 Nejčastější téma komunikace sestry s pacientem (v relativním čísle)**



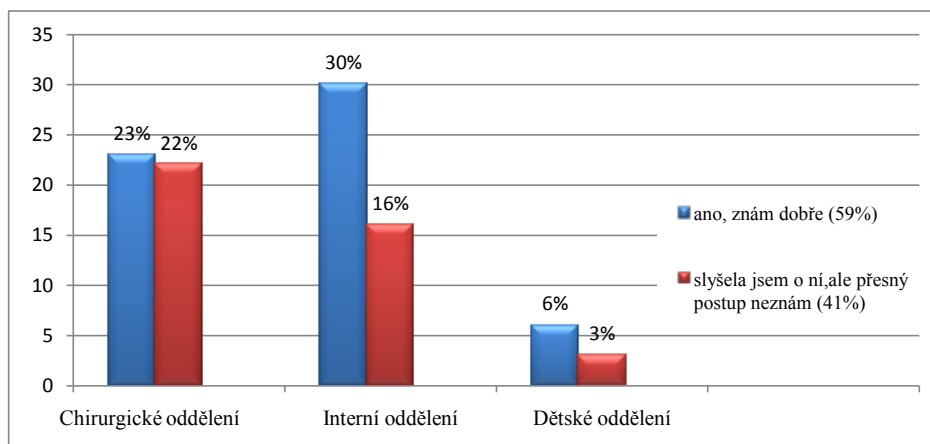
Z celkového počtu 116 (100%) respondentů je patrné, že na JIP chirurgického zaměření respondenti nejvíce uváděli jako téma komunikace s pacientem jeho onemocnění (18) ; ošetřovatelské intervence (22) ; rodina (6); výživa (8); edukace (8) a téma běžného života (3). Na JIP interně zaměřených respondenti uváděli nejčastěji jako téma onemocnění pacienta (24); ošetřovatelské intervence (18); rodina (17); výživa (4); edukace (8) a téma běžného života (5). Respondenti z DEO uváděli téma onemocnění pacienta (2) a rodina (8).

**Graf 28 Zapojení rodiny do ošetrovatelského procesu (v %)**



Z celkového počtu 116 (100%) respondentů byla nejvíce označena odpověď, kdy se rodina zapojí do ošetrovatelského procesu u pacienta až po výzvě personálu 63 (54%); odpověď ne 36 (31%); odpověď ano označilo 17 (15%) respondentů. Respondenti z chirurgicky zaměřených JIP nejvíce označili odpověď po výzvě personálu se aktivně zapojí 24 (21%); odpověď ne 20 (17%); odpověď ano 8 (7%). Respondenti z interně zaměřených JIP nejvíce označili odpověď po výzvě personálu se aktivně zapojí 34 (29%); odpověď ne 13 (11%); odpověď ano 7 (6%). Respondenti z DEO JIP nejvíce označili odpověď po výzvě personálu se aktivně zapojí 5 (4%); odpověď ne 3 (3%); odpověď ano 2 (2%).

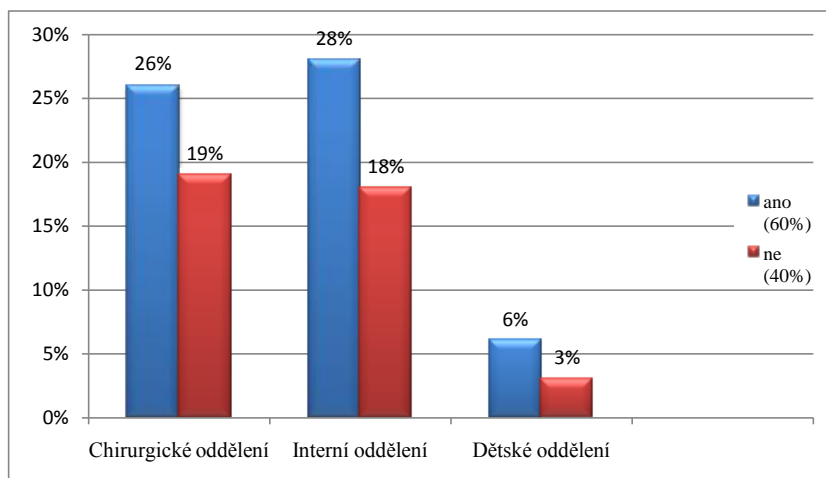
**Graf 29 Pojem bazální stimulace (v %)**



Z celkového počtu 116 (100%) respondentů odpověď ano označilo 69 (59%) dotázaných; odpověď, kdy respondenti neznají přesný postup 47 (41%). Respondenti z chirurgicky zaměřených JIP uvedli odpověď ano 27 (23%); odpověď kdy slyšeli o pojmu „bazální stimulace“, ale neznají postup 25 (22%). Respondenti z interně zaměřených JIP uvedli odpověď ano 35 (30%); odpověď kdy slyšeli o pojmu „bazální stimulace“, ale neznají postup 19 (16%).

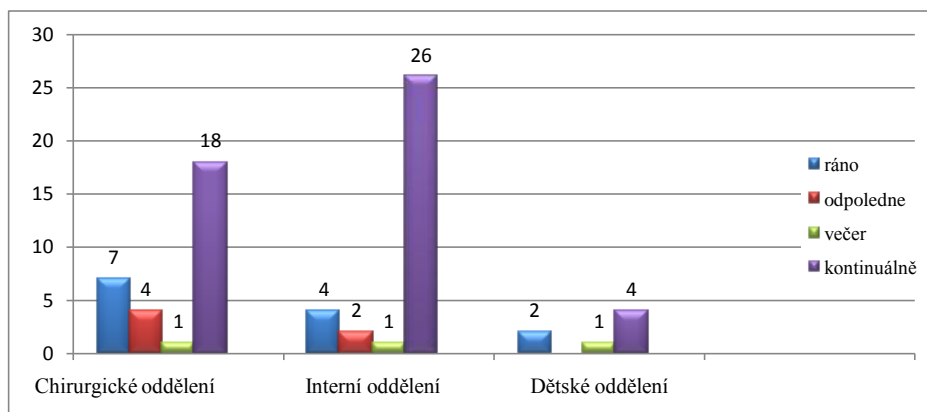
Respondenti z DEO JIP uvedli odpověď ano 7 (6%); odpověď kdy slyšeli o pojmu „bazální stimulace“, ale neznají postup 3 (3%).

**Graf 30 Aplikace bazální stimulace (v %)**



Z celkového počtu 116 (100%) respondentů byla označena odpověď ano 70 (60%); odpověď ne 46 (40%). Z chirurgicky zaměřených JIP odpověď ano 30 (26%); odpověď ne 22 (19%). Z interně zaměřených JIP odpověď ano 33 (28%); odpověď ne 21 (18%). Z JIP DEO odpověď ano 7 (6%); odpověď ne 3 (3%).

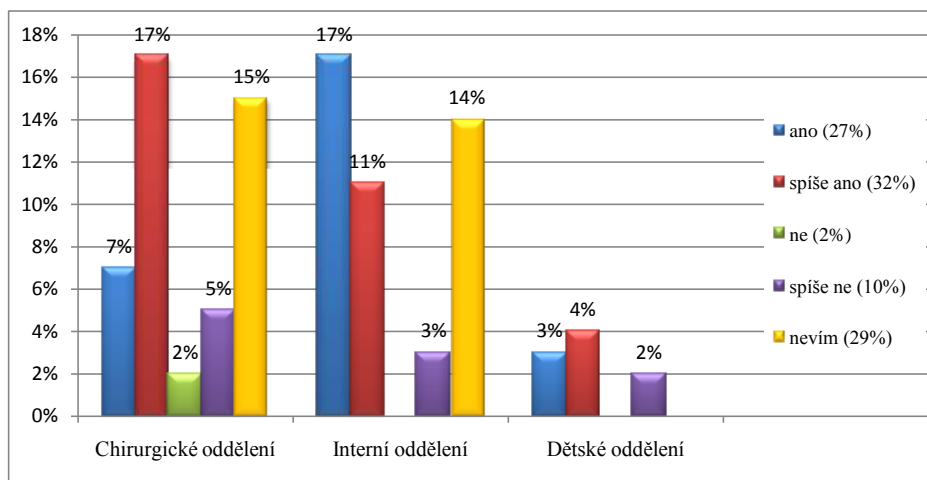
**Graf 31 Nejčastější aplikace prvků bazální stimulace (v relativním čísle)**



Graf 31 navazuje na graf 30, kdy rozvíjí kladnou odpověď. Z chirurgicky zaměřených JIP byla nejčastěji označena odpověď kontinuálně (18); odpověď ráno při hygieně (7); odpověď odpoledně během návštěv (4); odpověď ve večerních hodinách (1). Z interně zaměřených JIP byla označena odpověď kontinuálně (26); odpověď ráno při hygieně (4); odpověď odpoledně během návštěv (2); odpověď ve večerních hodinách (1). Z DEO JIP byla označena odpověď kontinuálně (4); odpověď ráno při hygieně (2); odpověď ve večerních hodinách (1).

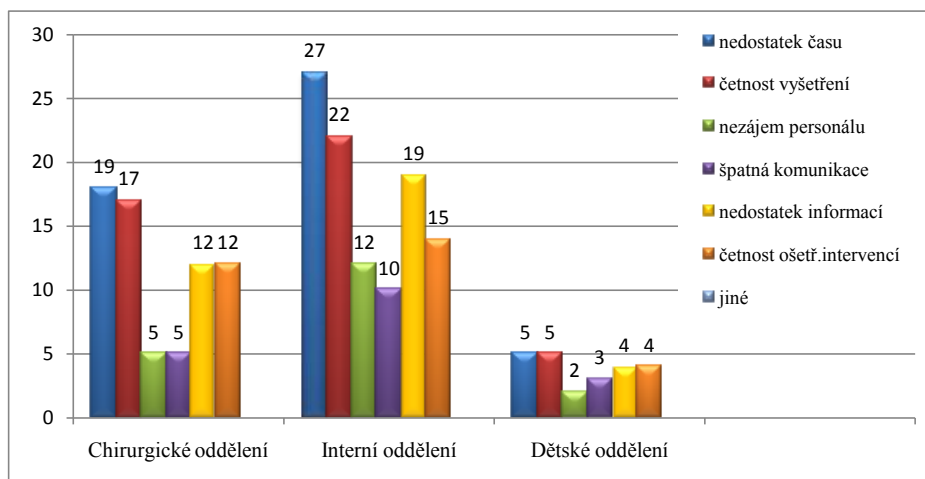


**Graf 32 Rozdíly v aplikaci bazální stimulace mezi JIP (v %)**



Z celkového počtu 116 (100%) respondentů byla označena odpověď spíše ano 37 (32%); odpověď nevím 33 (29%); odpověď ano 32 (27%); odpověď spíše ne 12 (10%); odpověď ne 2 (2%). Z chirurgicky zaměřených JIP byla označena odpověď spíše ano 19 (17%); odpověď nevím 17 (15%); odpověď ano 8 (7%); odpověď spíše ne 6 (5%); odpověď ne 2 (2%). Z interně zaměřených JIP byla označena odpověď ano 21 (17%); odpověď nevím 16 (14%); odpověď spíše ano 13 (11%); odpověď spíše ne 4 (3%). Z JIP DEO odpověď spíše ano 5 (4%); odpověď ano 3 (3%); odpověď spíše ne 2 (2%).

**Graf 33 Nejčastější důvody odlišnosti bazální stimulace na JIP (v relativním čísle)**

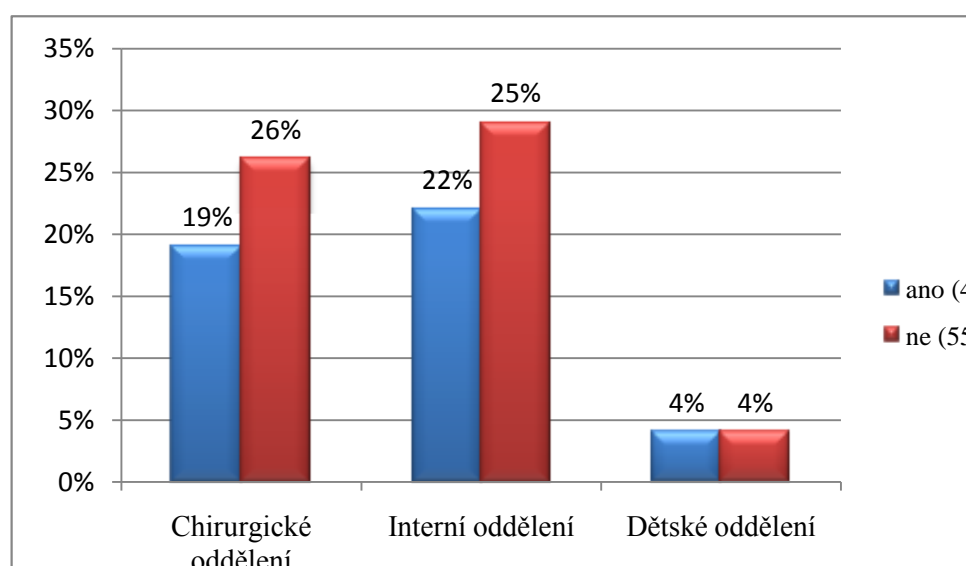


Graf 33 navazuje na kladnou odpověď grafu 32. Z grafu 33 je patrné, že z chirurgicky zaměřených JIP respondenti nejvíce označovali odpověď nedostatek času (19); četnost různých vyšetření, případně operačních výkonů (17); nedostatek informací o bazální stimulaci ze strany ošetřujícího personálu (12); četnost ošetřovatelských intervencí (12); nezájem personálu (5); špatná komunikace (5).

Respondenti z interně zaměřených JIP nejvíce označovali odpověď nedostatek času (27); četnost různých vyšetření, případně operačních výkonů (22); nedostatek informací o bazální stimulaci ze strany ošetřujícího personálu (19); četnost ošetřovatelských intervencí (15); nezájem personálu (12); špatná komunikace (10).

Z JIP DEO respondenti nejvíce označovali odpověď nedostatek času (5); četnost různých vyšetření, případně operačních výkonů (5); nedostatek informací o bazální stimulaci (4); četnost ošetřovatelských intervencí (4); špatná komunikace (3); nezájem personálu (2).

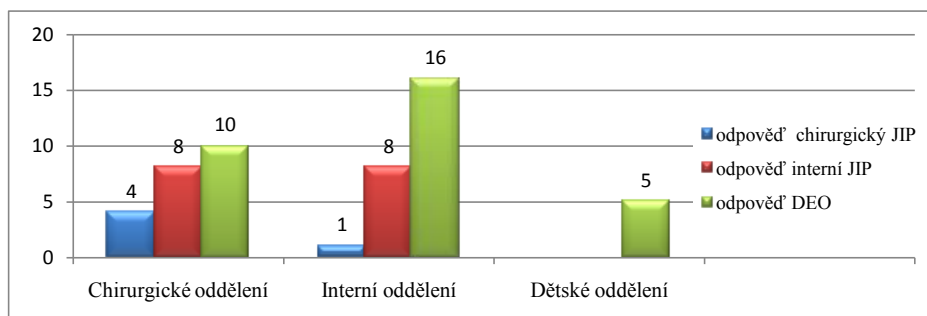
**Graf 34** Odlišnosti aplikace bazální stimulace dle zaměřenosti JIP (v %)



Z celkového počtu 116 (100%) respondentů byla označena odpověď ano 52 (45%); odpověď ne 64 (55%). Z chirurgicky zaměřených JIP odpověď ano 22 (19%); odpověď ne 30 (26%). Z interně zaměřených JIP odpověď ano 25 (22%); odpověď ne 29 (25%).

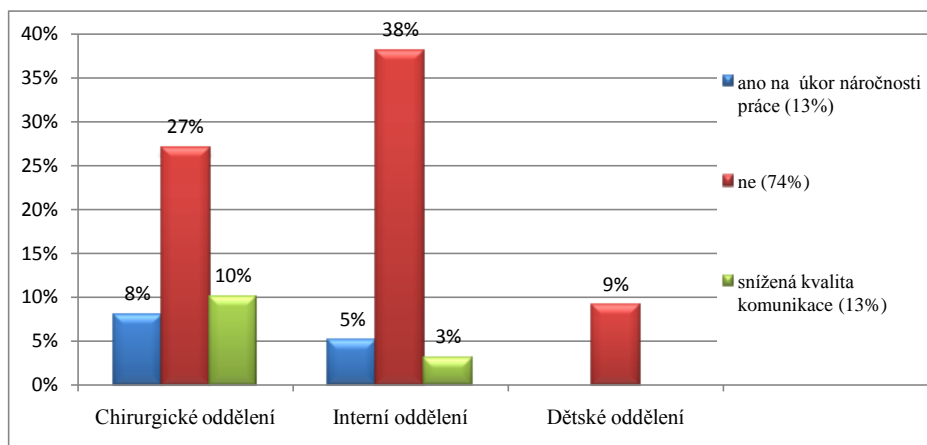
Z DEO JIP odpověď ano označilo 5 (4%) respondentů; odpověď ne 5 (4%) respondentů.

**Graf 35 Přínos bazální stimulace dle typu JIP (v relativním čísle)**



Graf 35 rozvíjí odpověď ano z grafu 34. Respondenti z chirurgicky zaměřených JIP nejvíce označili odpověď JIP DEO (10); odpověď JIP interního zaměření (8); odpověď JIP chirurgického zaměření (4). Respondenti z interně zaměřených JIP označili odpověď JIP DEO (16); odpověď JIP interního zaměření (8); odpověď JIP chirurgického zaměření (1). Respondenti z DEO JIP jednoznačně označili JIP DEO (5).

**Graf 36 Volba povolání sestry na JIP pro menší uplatnění komunikace s pacientem (v %)**



Z celkového počtu 116 (100%) respondentů byla označena odpověď ne, komunikace je součástí práce na JIP 86 (74%); odpověď ano je to na úkor komunikace vzhledem k náročnosti práce na tomto oddělení 15 (13%); odpověď komunikace na JIP není zcela kvalitní jako na oddělení s nižší četností intervencí, jak ošetrovatelských, tak léčebných a diagnostických 15 (13%). Respondenti z chirurgicky zaměřených JIP označili odpověď ano je to na úkor komunikace vzhledem k náročnosti práce na tomto oddělení 9 (8%); odpověď ne, komunikace je součástí práce na JIP 31 (27%); odpověď komunikace na JIP není zcela kvalitní jako na oddělení s nižší četností intervencí, jak ošetrovatelských, tak léčebných a diagnostických 12 (10%). Respondenti z interně zaměřených JIP označili odpověď ano je to na úkor komunikace vzhledem k náročnosti práce na tomto oddělení 6 (5%); odpověď ne, komunikace je součástí práce na JIP 45 (38%); odpověď komunikace na JIP není zcela kvalitní jako na oddělení s nižší četností intervencí, jak ošetrovatelských, tak léčebných a diagnostických 3 (3%). Respondenti z JIP DEO označili odpověď ne, komunikace je součástí práce na JIP 10 (9%)

## 5 Diskuze

Bakalářská práce na téma „Komunikace jako součást každodenní ošetrovatelské péče na JIP“ se zabývá těmito cíli: 1. Zmapovat rozdíly při aplikaci komunikačních dovedností ošetrovatelské péče na jednotkách intenzivní péče a to na JIP interního, JIP chirurgického a JIP dětského, 2. Zmapovat, zda sestry využívají basální stimulaci jako možný způsob komunikace v rámci každodenní ošetrovatelské péče, 3. Zmapovat způsoby komunikace v ošetrovatelské péči, které jsou nejčastěji preferovány sestrami na JIP. Na podkladě těchto cílů byly stanoveny následující hypotézy: H1 – komunikační dovednosti v ošetrovatelské péči se liší dle zaměření jednotky intenzivní péče, H2 – významným faktorem ovlivňující komunikaci je četnost léčebných výkonů, H3 – významným faktorem ovlivňující komunikaci je četnost ošetrovatelských výkonů, H4 – časová náročnost v rámci ošetrovatelské péče na jednotkách intenzivní péče ovlivňuje efektivnost aplikace basální stimulace na nemocných, H5 – dle zaměřenosti jednotky intenzivní péče je v ošetrovatelské péči více preferovaná verbální komunikace.

Výzkumné šetření bylo prováděno ve FN Plzeň a přineslo informace o komunikačních dovednostech ošetrovatelského personálu, možných problémech v komunikaci z důvodu hospitalizace pacienta na jednotce intenzivní péče, možnosti využití konceptu basální stimulace do ošetrovatelské péče a v neposlední řadě i míru edukovanosti oslovených respondentů.

Celkový počet oslovených respondentů byl 130 (100%) z čehož 60 (46%) dotazníků sestrám na jednotky intenzivní péče chirurgického zaměření, 60 (46%) dotazníků sestrám na jednotky intenzivní péče interního zaměření, 10 (8%) dotazníků na dětskou jednotku intenzivní péče). Návratnost řádně vyplněných dotazníků byla 123 (95%), z čehož muselo být 7 (5%) dotazníků vyřazeno pro neúplnost.

Výzkumné šetření tedy probíhalo na podkladě 116 (100%) řádně vyplněných dotazníků, z čehož 52 (45%) dotazníků bylo z jednotek intenzivní péče chirurgicky zaměřených, 54 (46%) dotazníků z jednotek intenzivní péče interně zaměřených a pro zajímavost i 10 (9%) dotazníků z dětské jednotky intenzivní péče. Na dětskou jednotku

intenzivní péče bylo rozdáno 10 dotazníků i z důvodu, že ve většině nemocnic nejsou dětské jednotky intenzivní péče striktně rozděleny na interní a chirurgické zaměření.

První část praktické části bakalářské práce (graf 1, 2, 3, 4) mapuje identifikační údaje respondentů, jako je věk, pohlaví, délka praxe ve zdravotnictví a nejvyšší dosažené vzdělání. Graf 1 znázorňuje věkové složení respondentů. Z celkového počtu 116 (100%) respondentů je 56 (48%) respondentů ve věkové hranici 21 – 30 let, poté následuje věkové rozmezí 31 – 40 let a to v zastoupení 42 (36%) respondentů. Graf 2 vypovídá o dominantním postavení žen ve zdravotnictví v oboru intenzivní péče 109 (94%). Graf 3 a 4 vypovídá o vzdělání a následné délce pracovní činnosti na JIP. Nejpočetnější skupinu tvořili respondenti s pomaturitním specializačním vzděláním 58 (50%), následně respondenti s vysokoškolským vzděláním 32 (28%) a respondenti s úplným středním vzděláním 26 (22%). Délka pracovní činnosti u respondentů byla nejvíce označena 5-10 let 24 (29%).

Otázky 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13 se vztahují k prvnímu cíli a hypotéze H1. Cílem otázek bylo zjistit, zda existují rozdíly v komunikaci s pacienty na JIP, které se liší svým zaměřením a ukázka toho, jak ke komunikaci jako takové ošetřující personál přistupuje.

Tato práce je zaměřena hlavně na komunikační rozdíly mezi JIP chirurgického zaměření a JIP interního zaměření, proto je stěžejní otázka 5 a následně i graf 5, kde respondenti odpovídali na jakém druhu JIP pracují. Respondentů na JIP interního zaměření bylo 54 (46%), chirurgického zaměření 52 (45%) a dětského 10 (9%).

Graf 6, 7, 8 se zabývá účastí respondentů na seminářích či kongresech týkajících se komunikace, a zda dané akce považují respondenti za přínosné pro svou práci v intenzivní medicíně. Z grafu 6 je patrné, že 57(49%) respondentů se účastnilo akce s tématem komunikace, z toho z chirurgicky zaměřených JIP 21 (18%) respondentů, z interně zaměřených JIP 34 (29%), z JIP DEO 2 (2%) respondenti. Zarážející však je, že většina respondentů se žádného semináře či kongresu nezúčastnila vůbec 59 (51%). Z celkového počtu 57 (49%) respondentů, kteří odpověděli, že se účastnili semináře nebo kongresu na téma komunikace, si 25 dotázaných nepamatuje název dané akce, nejvíce respondentů uvedlo přednášky ve škole (17). Z grafu 8 je patrné, že převážná

většina respondentů 91 (78%), ze všech jednotek intenzivní péče, vidí semináře týkající se komunikace, pro své povolání jako přínosné.

Graf 9 znázorňuje odlišnost komunikačních dovedností na JIP interně zaměřených a JIP chirurgicky zaměřených. Většina dotázaných 74 (64%) odpověděla záporně na otázku, zda se liší komunikační dovednosti ošetrovatelské péče na jednotkách intenzivní péče různého zaměření. Graf 10 popisuje, jak se respondenti pacientovi představí při prvním kontaktu s na počátku ošetrovatelských intervencí. Nejpočetněji v počtu 54 (44%) odpovědí 51 respondentů tvrdí, že vždy při příchodu k pacientovi pozdraví, představí se a následně informuje o své následující ošetrovatelské činnosti. Tato odpověď je srovnatelná mezi JIP chirurgicky zaměřenými 22 (19%) a JIP interně zaměřenými 23 (20%). Graf 11 poukazuje, že dotázaným jako z chirurgicky zaměřených JIP 32 (28%), tak interně zaměřených JIP (35 (30%) se nejlépe komunikuje s pacienty ve věku 30 -60 let, na rozdíl od respondentů z JIP DEO, kdy všichni respondenti jednoznačně označili, že nejlépe si jim komunikuje s pacienty dětskými 10 (8%).

Graf 12 a 13 ukazuje ovlivnitelnost komunikace mezi sestrou a pacientem. V grafu 13 převažovala odpověď, kdy záleží na okolnostech, věk a délka praxe nehraje roli kdy stejný počet respondentů jak z chirurgicky zaměřených JIP 29 (25%), tak i z JIP interně zaměřených 28 (24%), následně i JIP DEO 7 (6%). Neméně důležité je i chování a způsob vyjadřování pacienta, což respondenti označili v nejvyšším počtu, jak z chirurgicky zaměřených JIP(46), tak interně zaměřených JIP(44) a následně i respondenti z JIP DEO (9). Jako další z možných překážek ovlivňující komunikaci respondenti uvádějí první dojem při setkání s pacientem z chirurgicky zaměřených JIP (20), interně zaměřených JIP (23), JIP DEO(3). Na komunikaci má však ve velké míře vliv i lékařská diagnóza (29).

Otázky a grafy 5, 18, 19, 20, 21 se také vztahují k prvnímu cíli, ale jsou zaměřené na hypotézu H2. Cílem otázek bylo zjistit, zda četné léčebné výkony ovlivňují komunikaci jak ze strany pacienta, tak ze strany ošetřujícího personálu. V těchto otázkách se respondenti shodují, že léčebné výkony ovlivňují komunikaci, ale bez ohledu na zaměření JIP. Z celkového počtu 116 (100%) respondentů se 66 (57%)



dotázaných domnívá, že dané léčebné výkony spíše ovlivňují pacientovu komunikativnost (graf 18) a zároveň je zde i vliv na komunikaci ze strany ošetřujícího personálu, kdy se respondenti opět shodují v názoru, že spíše ano 48 (41%), (graf 19).

Graf 20 ukazuje, že nejčastější důvod k narušení dané komunikace jsou operační výkony, invazivní léčebné výkony (57), kdy respondenti z chirurgicky zaměřených JIP (25) se shodly s respondenty interně zaměřených JIP (30) i na JIP DEO (2). Jako dalším častým narušením komunikace respondenti uvádějí častější léčebné výkony a to opět shodně jak na chirurgicky zaměřených JIP (21), tak i interně zaměřených JIP (26), na JIP DEO (2). Následují výkony, kdy je pacient napojen na léčebné přístroje respondenti z JIP s chirurgickým zaměřením (16), respondenti z JIP s interním zaměřením (23), respondenti z JIP DEO (2). Častá neinvazivní vyšetření však nemají takový podíl na narušení komunikace mezi pacientem a sestrou což označili respondenti z JIP chirurgického zaměření (6), respondenti z JIP interního zaměření (10), respondenti z JIP DEO (1).

Nepatrný rozdíl je v grafu 21, kde respondenti z chirurgicky zaměřených JIP si myslí, že na chirurgických odděleních se častěji setkáme s narušením z důvodu léčebných výkonů než na interních, odpověď ano označilo 11 (10%), odpověď spíše ano 15 (12%). Též respondenti z JIP DEO odpověď ano označili v největším zastoupení 6 (5%). Respondenti z JIP interních oborů označovali nejvíce odpovědi nevíím (17 (16%) a odpověď spíše ne 14 (12%).

Otázky 22, 23, 24 se týkají prvního cíle, ale vztahují se k hypotéze H3. Úkolem bylo zjistit, zda i četné ošetřovatelské intervence mají vliv na komunikaci mezi ošetřujícím personálem a pacientem.

Graf 22 mapuje, zda má vliv větší četnost ošetřovatelských intervencí na komunikaci mezi ošetřujícím personálem a pacientem. Z tohoto grafu vyplývá, že respondenti nevidí v tomto směru rozpor, neboť většina respondentů 60 (52%) se přiklonila spíše k negativní odpovědi. Z JIP chirurgického zaměření 30 (27%), z interně zaměřených JIP 23 (20%), z JIP DEO 6 (5%).

Následující graf 23 souvisí s předchozí otázkou 22, kdy rozvíjí kladnou odpověď. Pokud respondenti kladně odpověděli v otázce 22 a udávají problém právě

v četnosti ošetrovatelských intervencí, tak nejčastěji vidí problém právě v samotné ošetrovatelské intervenci na chirurgicky zaměřených JIP (22), následně vnímají i onemocnění pacienta (18) jako komunikační bariéru. Respondenti z JIP interního zaměření vnímají jako bariéru v komunikaci ve vztahu k ošetrovatelským intervencím nejvíce onemocnění pacienta (24), následně i dané ošetrovatelské intervence (18). Graf 24 mapuje, zda je komunikace negativně ovlivněna častými ošetrovatelskými intervencemi. Z tohoto grafu vyplývá, že častější ošetrovatelské intervence mohou negativně ovlivnit komunikaci z celkového počtu 116 (100%) respondentů na tuto otázku odpovědělo kladně 49 (43%), u interně zaměřených JIP kladnou odpověď označilo 22 (19%) respondentů, z chirurgicky zaměřených JIP 23 (20%) respondentů, z JIP DEO 5 (4%).

Z výzkumného šetření je patrné, že se komunikační dovednosti v ošetrovatelské péči na jednotkách intenzivní péče se výrazněji neliší, což nepotvrdilo hypotézu H1. Co se týká sebevzdělávání v oblasti komunikace, tak více seminářů absolvovali respondenti spíše z interně zaměřených JIP, ve většině odpovědí absolvované přednášky byly v rámci školy.

Z výzkumného šetření dále vyplývá, že respondenti si uvědomují riziko negativního ovlivnění komunikace díky častějším ošetrovatelským intervencím. Větší četnost ošetrovatelských intervencí však nemá vliv na komunikaci, nejsou patrné markantnější rozdíly při komunikaci s pacientem na jednotkách intenzivní péče různého zaměření. Významným faktorem, který daný problém vystihuje je převaha častějších léčebných výkonů na chirurgicky zaměřených JIP oproti interním či dětským, což potvrdilo hypotézu H2. Respondenti však nevidí problém v četnosti ošetrovatelských intervencí, což zcela nepotvrdilo mou hypotézu H3.

Otázky a grafy 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35 se pojí k druhému cíli a hypotéze H4. Cílem bylo zjistit, zda se respondenti setkali s koncepcí bazální stimulace a zda jsou schopni na odděleních, kde pracují danou možnost komunikace využívat.

Graf 28 vypovídá o ochotě rodinných příslušníků zapojit se do ošetrovatelského procesu. Kapounová (11) ve své knize uvádí, že většina příbuzných má snahu zapojit se do ošetrovatelského procesu u svého blízkého, jen neví přesně jak,

což potvrzuje i graf 28. Je tedy na ošetřujícím personálu, aby edukoval rodinu a naučil tak rodinné příslušníky komunikační techniku, která bude pacientovi vyhovovat. Respondenti jak z interně zaměřených JIP 34 (29%), tak z chirurgicky zaměřených JIP 24 (21%) a následně i z JIP DEO (5 (4%)) se shodli, že rodinní příslušníci se do ošetrovatelského procesu zapojují až po výzvě personálu 63 (54%).

Graf 29 udává znalost pojmu bazální stimulace. S pojmem bazální stimulace se setkali všichni respondenti 116 (100%) z toho počtu však pouze 69 (59%) respondentů zná pojem bazální stimulace velmi dobře. Zároveň 47 (41%) respondentů o bazální stimulaci pouze slyšelo, ale neznají přesný postup. Friedlová (9) ve své knize o bazální stimulaci uvádí, že prvky bazální stimulace může aplikovat pouze personál po absolvování kurzu Bazální stimulace. Z tohoto grafu je patrné, že bazální stimulaci aplikuje i zdravotnický personál, který o bazální stimulaci pouze slyšel, ale přesný postup nezná. Z grafu vyplývá i skutečnost, že větší znalosti mají respondenti z JIP interního zaměření 35 (30%) a JIP DEO 7 (6%), respondenti z JIP chirurgického zaměření již méně 27 (23%).

Graf 30 se zaměřuje na aplikaci bazální stimulace do praxe na daném oddělení. Na všech odděleních se snaží respondenti danou metodu využívat 70 (60%) z čehož na chirurgicky zaměřených JIP 30 (26%), interně zaměřených JIP 33 (28%), na JIP DEO 7 (6%). Otázka 31 a názorně i graf ověřuje a rozvíjí kladnou odpověď z otázky č. 30 a to, zda je koncept bazální stimulace správně používán na daných odděleních. Z tohoto grafu vyplývá, že respondenti většinou prvky bazální stimulace aplikují správně a to kontinuálně bez přerušení. Správnou odpověď, tedy odpověď kontinuálně označili v největším počtu respondenti z JIP interně zaměřených (26), respondenti z JIP DEO (4) a respondenti z chirurgicky zaměřených JIP (18).

Graf 32, 33, 34 a 35 se zaměřuje na možné rozdíly v aplikaci bazální stimulace dle zaměřenosti JIP. Z daného průzkumu vyplývá, že jsou patrné rozdíly v aplikaci bazální stimulace. Respondenti ze všech jednotek intenzivní péče zvolili převážně odpověď spíše ano 37 (32%) či odpověď ano 37 (32%). Zároveň se shodují i v nejčastějších důvodech, které k dané odlišnosti vedou. Nejčastěji je zde zmiňován

především nedostatek času (51) a následuje četnost různých vyšetření popřípadě operačních výkonů (44).

Z výzkumného šetření vyplívá, že se ale neliší efektivnost aplikace bazální stimulace dle zaměřenosti JIP, což znázorňuje graf 34, neboť respondenti shodně z interně zaměřených JIP i chirurgicky zaměřených JIP označili převážně odpověď ne 59 (51%). Pouze na JIP DEO byly označeny odpovědi vyrovnaně. V následujícím grafu 35, který rozvíjí kladnou odpověď z grafu 34, je patrné, že největší přínos aplikace bazální stimulace je pro pacienty na JIP DEO. Z chirurgicky zaměřených JIP tuto možnost označilo 10 respondentů, z interně zaměřených JIP tuto možnost označilo 16 respondentů a respondenti z JIP DEO jednoznačně označili tuto možnost v plném počtu (10).

Výzkumné šetření svědčí o tom, že v současné době se všichni respondenti již setkali s pojmem bazální stimulace a pokud mají možnost a dostatek informací jsou ochotni daný koncept provádět i v ošetrovatelské péči. Nedostatek času však mnohdy danou péči neumožňuje a brání tak možnému rozšíření do každodenní péče o pacienty hospitalizovaných na JIP. Toto šetření potvrzuje hypotézu H4, že jsou rozdíly v aplikaci bazální stimulace dle zaměřenosti JIP v souvislosti s časovou náročností, ale neliší se efektivnost při aplikaci bazální stimulace. Z tohoto šetření je patrné, že sestry na JIP s interním zaměřením jsou s konceptem bazální stimulace více obeznámeny a více aplikují bazální stimulaci na svých odděleních. Respondenti z chirurgicky zaměřených JIP, interně zaměřených JIP a též z JIP DEO se jednoznačně shodli na tom, že největší přínos aplikace bazální stimulace je pro pacienty na dětském oddělení.

Otázky 14, 15, 16, 17, 25, 26, 27, 36 se vztahují k třetímu cíli a hypotéze H5. Cílem otázek bylo zjistit, jaký způsob komunikace se preferuje a používá na jednotkách intenzivní péče dle různého zaměření a jakým způsobem zde sestry překonávají bariéry, které mohou z různých důvodů nastat.

Graf 14 a 15 se zabývá překážkami v komunikaci na jednotkách intenzivní péče. Naprostá většina respondentů 87 (75%) z celkového počtu 116 (100%) se s překážkami na JIP jak chirurgické, tak interní a potažmo dětské, setkává.

Z následujícího grafu 15 jsou patrné překážky, které respondenti nejvíce udávali. Nejčastější bariérou je zajištění dýchacích cest (60) a následuje porucha vědomí (31). Tyto překážky v komunikaci vyzdvihuje do popředí i Bláha (2), je nutné, aby sestra byla aktivní složkou komunikace potažmo dialogu a zároveň byla i tím, kdo rozhovor s pacientem iniciuje a vede. Ve chvílích, kdy pacient není schopen adekvátní komunikace, klade sestra jednoduché otázky, na které může pacient odpovědět pouhým gestem, což uvádí též Trnková (24).

Graf 16 poukazuje na nejčastější komplikace při komunikaci ve vztahu ošetřující personál a pacient. Na všech jednotkách intenzivní péče byly shodně v největším počtu označeny odpovědi, kdy komplikaci v komunikaci mají respondenti převážně s nespolupracujícím pacientem (101), následně se zmateným pacientem (100), ale v poměrně vysokém počtu respondenti označili i odpověď, kdy komplikaci v komunikaci mají z důvodu pracovní vytíženosti (29), což potvrzuje ve své publikaci i Pokorná (21). Je zde patrné, že při komunikaci s problematickým pacientem je třeba uplatňovat specifickou komunikační techniku, která bude vyhovovat jak pacientovi, tak i ošetřujícímu personálu, což ostatně uvádí ve své knize i Hůstková (10).

Graf 17 se zabývá nejčastějšími způsoby komunikace na JIP dle různého zaměření, kdy nejčastěji na všech jednotkách intenzivní péče se používá převážně verbální komunikace (111), následuje neverbální komunikace (62), potažmo komunikace pomocí bazální stimulace (38).

Graf 25 poukazuje na možnost a využití verbální komunikace s pacientem bez ohledu na pacientův aktuální stav vědomí. Většina respondentů uvádí, že s pacientem komunikuje verbálně bez ohledu na stav jeho vědomí 82 (71%), na což klade důraz ve své knize i Pokorná (21). Následuje odpověď, kdy respondenti verbálně komunikují s pacientem, ale s pacientem s poruchou vědomí méně intenzivně 32 (28%).

Pokorná (21) ve své publikaci uvádí, že nedílnou součástí komunikace ošetřujícího personálu je i komunikace s rodinou pacienta, kdy je nutné, aby pacient a jeho rodina měli k sestře maximální důvěru. To vše znázorňuje graf 26, kdy 106 (91%) respondentů uvádí, že s rodinou komunikuje.

Graf 27 se zabývá tématem komunikace mezi ošetřujícím personálem a samotným pacientem, kdy nejčastějším tématem je onemocnění pacienta (44), poté následují ošetřovatelské intervence (40) a rodina (31).

Poslední graf 36 znázorňuje, zda si respondenti při volbě svého zaměstnání, se zaměřením na intenzivní péči, zvolili tuto práci i z důvodu zdánlivě menší komunikace s pacientem. Z tohoto grafu je patrné, že největší počet respondentů označilo odpověď ne 86 (74%), následně odpověď ano, na úkor komunikace vzhledem k náročnosti práce na tomto oddělení 15 (13%).

Z výzkumného šetření je patrné, že bez ohledu na zaměření JIP se preferuje verbální komunikace na všech jednotkách intenzivní péče bez rozdílu zaměření, čímž se nepotvrdila hypotéza H 5. Zároveň jsou zde popsány možné překážky, které musí ošetřující personál překonávat, aby zjistil a uspokojil všechny potřeby pacienta.

## 6 Závěr

Bakalářská práce byla zpracována na téma Komunikace jako součást každodenní ošetrovatelské péče na JIP z ošetrovatelského hlediska. Ke sběru dat byla použita technika kvantitativního šetření formou dotazníku. Sledovaným souborem byly sestry pracující ve Fakultní nemocnici v Plzni.

Dotazník osahoval 36 otázek. První 4 otázky se vztahovaly k identifikaci zkoumaného souboru (věk, pohlaví, délka praxe, nejvyšší dosažené vzdělání). Následující otázky byly zaměřeny na komunikační dovednosti, především na znalosti o komunikaci, časté překážky při komunikaci s pacientem, užívaný druh komunikace, který je nejčastěji využíván, či zda má ošetrovatelský personál problém s komunikací během jednotlivých léčebných nebo ošetrovatelských intervencí. V neposlední řadě se výzkumné šetření zabývalo nedostatky a chybami v komunikaci mezi sestrami a pacienty.

Z celkového počtu otázek bylo 5 otázek otevřených, 23 otázek uzavřených a 8 otázek polouzavřených. Dotazníková metoda probíhala v období dvou měsíců leden 2011 - únor 2011. Rozdání dotazníků proběhlo se souhlasem manažerky pro vzdělávání a výzkum ve Fakultní nemocnici Plzeň Bc. Chabrové Světluše.

Dotazníkovým šetřením a následným zpracováním byl naplněn cíl 1 - Zjišťuje rozdíly při aplikaci komunikačních dovedností ošetrovatelské péče na JIP interního, chirurgického popřípadě dětského zaměření.

Z provedeného šetření byl naplněn cíl 2 – Zjištění, zda sestry využívají basální stimulaci jako možný způsob komunikace v rámci každodenní ošetrovatelské péče. Šetřením bylo prokázáno, že sestry jsou seznámeny s konceptem basální stimulace a pokud by měly více informací a příležitosti, byly by ochotné ji v ošetrovatelské péči vykonávat. Velkým problémem je zde totiž nedostatek času, který je velmi citelný a proto mnohdy neumožňuje využití basální stimulace v ošetrovatelské praxi. Třetí cíl práce – Zjistit možné způsoby komunikace v ošetrovatelské péči, které jsou nejčastěji používaná sestrami na JIP. Zde se potvrdilo, že ošetřující personál nejčastěji využívá, verbální komunikaci bez ohledu na zaměření jednotky intenzivní péče.

Hypotéza H1 - Komunikační dovednosti v ošetrovatelské péči se liší dle zaměření jednotky intenzivní péče, se nepotvrdila. Zvláštní skupinou jsou jednotky intenzivní péče, které jsou zaměřeny na děti, kdy je zcela jiný přístup ke komunikaci a k samotnému dětskému pacientovi a zároveň k jeho doprovodu tedy zákonným zástupcům.

Hypotéza H2 - Významným faktorem ovlivňující komunikaci je četnost léčebných výkonů, se potvrdila. Ošetřující personál si uvědomuje, že tato problematika se týká především chirurgicky zaměřených jednotek intenzivní péče, kde se častěji setkává s invazivními zákroky, které dokážou velmi ovlivnit komunikaci mezi pacientem a ošetřujícím personálem.

Hypotéza H3 - Významným faktorem ovlivňující komunikaci je četnost ošetrovatelských výkonů, se nepotvrdila. Ošetřující personál nevidí problém ve větší míře ošetrovatelských intervencí.

Hypotéza H4 - Časová náročnost v rámci ošetrovatelské péče na JIP ovlivňuje efektivnost aplikace basální stimulace na nemocných, se potvrdila. Zavedení konceptu basální stimulace do každodenní péče o pacienta je v blízké době nereálné a to vzhledem k nedostatku ošetřujícího personálu, ale především v časové náročnosti dané aplikace.

Hypotéza H5 - Dle zaměření JIP je v ošetrovatelské péči více preferovaná verbální komunikace, se potvrdila. Většina ošetřujícího personálu preferuje verbální komunikaci, která usnadňuje komunikaci mezi pacientem a ošetřujícím personálem.

Ze zjištěných údajů vyplývá, že rodina pacienta se po výzvě ošetřujícího personálu ochotně zapojí do ošetrovatelské péče. Proto je velmi důležité edukovat nejen samotného pacienta, ale i rodinu a blízké, neboť pokud jim nevysvětlíme co vše je možné, nemůžeme počítat s jejich zapojením do péče. Proto edukaci považují za perspektivní téma, které je třeba rozvíjet zvláště na jednotkách intenzivní péče. Pro ošetrovatelskou praxi by bylo dobré využívat kvalitní edukační materiály, a to nejen o konceptu basální stimulace, které jsou tvořené odborníky, ale věnovat se edukaci individuálně. Brát ohled nejen na zdravotní stav pacienta, ale i na duševní schopnosti a informovanost všech zúčastněných.



V závěru práce při hodnocení výsledků výzkumného šetření jsme dospěli k závěru, že ošetřující personál se snaží využívat všechny možné komunikační techniky, které jsou součástí ošetřovatelské péče o pacienta na jednotkách intenzivní péče. Před započítím výzkumného šetření jsme předpokládali, že nejen léčebné, ale i četné ošetřovatelské intervence znemožňují kvalitní komunikaci mezi pacientem a ošetřujícím personálem. Jsme překvapeni, že se naše domněnka nepotvrdila, spíše naopak. Důležité je věnovat se i nadále rozvoji dovednosti v rámci komunikačních schopností, soustavné edukaci jak samotného ošetřujícího personálu, tak i pacientů o komunikaci a možných úskalích, získávat a prohlubovat zkušenost v rámci konceptu basální stimulace a to nejen po teoretické, ale především praktické stránce. Kvalitní profesionální komunikace mezi ošetřujícím personálem a pacientem je základním pravidlem správně poskytnuté péče. Využití komunikace v konceptu ošetřovatelství má několik základních významů, ať již psychické přípravy pacienta k ošetřovatelským tak i k lékařským výkonům. Určitě je velmi důležité získání důvěry pacienta a tím následně i usnadnění jeho spolupráce. Sestra je v tomto případě základní jednotkou v dobře fungujícím ošetřovatelském procesu.

Hlavní činností ošetřujícího personálu je ošetřování. Kvalitní ošetřovatelskou péči nelze provádět bez komunikace, která je její nezbytnou součástí. Umožňuje nám získávat nejen důležité informace o pacientovi, ale zároveň poznávat i sám sebe.

Touto prací bychom chtěli přispět k uvědomění si a možnému zkvalitnění komunikace na jednotkách intenzivní péče bez ohledu na jejich zaměření, upozornit na možná úskalí, která se mohou během komunikace vyskytnout a jak je možné jim předejít. Řešení tohoto problému se zakládá na ochotě a informovanosti zdravotnických pracovníků v oblasti komunikace. Navrhovaným východiskem by bylo pořádat kurzy, kde bude zdravotnický personál motivován ke zlepšení svých komunikačních dovedností a to nejen po teoretické ale především po praktické stránce.

Vzhledem k časové náročnosti a mnohdy komplikované komunikaci na jednotkách intenzivní péče by bylo vhodné lépe koordinovat léčebné i ošetřovatelské výkony. Tím bychom mohli získat větší časový prostor, který lze využít na potřebnou a mnohdy podceňovanou komunikaci mezi pacientem a zdravotnickým personálem.

Další navrhované opatření by mohlo být pravidelné působení klinických psychologů u lůžka pacientů. Kliničtí psychologové by měli být součástí lékařských i sesterských vizit.

V intenzivní medicíně nesmíme opomínat ani na již zmiňovaný koncept bazální stimulace a jeho aplikace do praxe. V této oblasti je nutné, aby prvky bazální stimulace aplikovali pouze zdravotničtí pracovníci k tomu vyškolení. Ideálním stavem je absolvování kurzu bazální stimulace celého týmu jednotky intenzivní péče. Právě nedostatek proškoleného zdravotnického personálu je častým problémem, se kterým se setkáváme.

V neposlední řadě nezapomínat na rodinné příslušníky, kteří mohou být v komunikaci s pacientem velkým přínosem. Žádoucím opatřením se nabízí rozšíření návštěvních hodin u lůžka pacienta a kvalitní edukace rodiny v komunikaci s pacientem v intenzivní péči.

## 7 Seznam použité literatury

1. BERAN, J. *Lékařská psychologie v praxi*. Praha: Grada, 2010. 140 s. ISBN 978-80-247-1125.
2. BLÁHA, K., a kol. *České ošetřovatelství 13. : sestra a pacient (komunikace v praxi)*. 1. vyd. Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2004. 67 s. ISBN 80-7013-388-0.
3. CVEKOVÁ, L., HALUZÍKOVÁ, J. Komunikace s pacientem v bezvědomí. *Diagnóza v ošetřovatelství: odborný a informační časopis pro zdravotnické pracovníky*. 2006, roč. 2, č. 4, s. 179-180. ISSN 1801-1349.
4. ČECHOVÁ, V. *Speciální psychologie*. 2.přeprac. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání v Brně, 1997. 173 s. ISBN 80-7013-243-4.
5. JANÁČKOVÁ, L., PAVLÁT, J. *Psychologické aspekty zdravotnické dokumentace*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2007. 111 s. ISBN 978-80-210-4230-8.
6. JANÁČKOVÁ, L., WEIS, P. *Komunikace ve zdravotnické péči*. 1. vyd. Praha: Portál, 2008. 134 s. ISBN 978-80-7367-477-9.
7. FARKAŠOVÁ, D. a kol. *Ošetřovatelství-teorie*. 1. vyd. Martin: Osveta, 2006. 211 s. ISBN 80-8063-227-8.
8. FENDRYCHOVÁ, J., KLIMOVIČ, M. *Péče o kriticky nemocné dítě*. 1. vyd. Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2005. 414 s. ISBN 80-7013-427-5.
9. FRIEDLOVÁ, K. *Bazální stimulace v základní ošetřovatelské péči*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007. 168 s.
10. HŮSTKOVÁ, J. Komunikace na ARO a JIP, poskytování informací o ošetřovatelské péči. *Sborník Ošetřovatelství na prahu 3. tisíciletí*. 1. vyd. Velká bystřice: Galén, 6. - 7. září 2000. s. 142. ISBN 80-86257-21-5.
11. KAPOUNOVÁ, G. *Ošetřovatelství v intenzivní péči*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007. 352 s. ISBN 978-80-247-1830-9.

12. KELNAROVÁ, J; MATĚJKOVÁ, E. *Psychologie a komunikace pro zdravotnické asistenty*. 1. vyd. Praha: Grada, 2009. 135 s. ISBN 978-80-247-3270-1.
13. LÁLOVÁ, I. JURÁSKOVÁ, D. Kompetence sester na JIP. *Florence: časopis moderního ošetrovatelství*. 2007, roč. 3, č. 12, s. 10-12. ISSN 1801-464X.
14. LEMON 1, *Learning materiál on nursing*. 1. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání zdravotnických pracovníků v Brně, 2001. 184 s. ISBN 80-7013-234-5.
15. LINHARTOVÁ, V. *Praktická komunikace v medicíně: pro mediky, lékaře a ošetřující personál*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007. 152 s. ISBN 978-80-247-1784-5.
16. MECHOVÁ, I., MAJKUSOVÁ, K. Bazální stimulace na JIP. *Sestra: ZDN.cz* [online]. 2006, 12, [cit. 2011-01-12]. Dostupný z WWW: <<http://www.zdn.cz/clanek/sestra/bazalni-stimulace-na-jip-281815>>. ISSN 1210-0404.
17. MECHOVÁ, I; MAJKUSOVÁ, K. Bazální stimulace na JIP. *Sestra*. 2006, roč. 16, č. 12, s. 30-31. ISSN 1210-0404.
18. MIKULÁŠTÍK, M. *Komunikační dovednosti v praxi*. 1. vyd. Praha: Grada, 2003. 361 s. ISBN 80-247-0650-4.
19. NESÉTOVÁ, I., HORTVÍKOVÁ, P. *Základy péče o společensky nepřizpůsobivé občany*. 1. vyd. Ostrava: Ostravská univerzita, 2004. 73 s. ISBN 80-7042-304-8.
20. PLEVOVÁ, I., SLOWIK, R. *Komunikace s dětským pacientem*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010. 247 s. ISBN 978-80-247-2968-8.
21. POKORNÁ, A. *Efektivní komunikační techniky v ošetrovatelství*. 2. přeprac. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně, 2008. 100 s. ISBN 978-80-7013-466-5.
22. ŠPATENKOVÁ, N., KRÁLOVÁ, J. *Základní otázky komunikace: komunikace (nejen) pro sestry*. 1. vyd. Praha: Galén, 2009. 135 s. ISBN 978-80-7262-599-4.
23. TATE, P. *Příručka komunikace pro lékaře: komunikace (nejen) pro sestry*. 1. vyd. Praha: Grada, 2005. 164 s. ISBN 80-247-0911-2.

24. TRNKOVÁ, I. Úskalí komunikace v resuscitační péči, *Vinohradské ošetřovatelství: 105 let zkušeností pro současnost a budoucnost: recenzovaný sborník příspěvků z konference Ošetřovatelství v roce 2007*. Praha: Evropské sociálně zdravotní centrum, 2008. s. 140. ISBN 978-80-87244-14-2.
25. VENGLÁŘOVÁ, M., MAHROVÁ, G. *Komunikace pro zdravotní sestry*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006. 144 s. ISBN 80-247-1262-8.
26. VYBÍRAL, Z. *Psychologie lidské komunikace*. 1. vyd. Praha: Portál, 2000. 264 s. ISBN 80-7178-291-2.
27. WORKMAN, B., BARBARA, A. *Klíčové dovednosti sester*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006. 259 s. ISBN 80-247-1714-X.

## **8 Klíčová slova**

Bazální stimulace

Jednotka intenzivní péče

Komunikace

Komunikační dovednost

Pacient

Sestra

## **9 Přílohy**

Příloha č. 1 Dotazník

## **Příloha č. 1 Dotazník**

Vážené kolegyně, vážení kolegové,

jmenuji se Miloslava Frolíková. Jsem studentkou Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulty, kde studuji 3. ročník bakalářského studia, obor Všeobecná sestra. Chtěla bych Vás požádat o vyplnění tohoto dotazníku, který je podkladem pro zpracování mé bakalářské práce na téma „Komunikace jako součást každodenní ošetrovatelské péče na JIP“. Dotazník si prosím, nejprve pozorně přečtete a následně u každé otázky vyberte jednu odpověď a označte ji, pokud není uvedeno jinak.

Dotazník je anonymní a údaje z něj nebudou zneužity. Děkuji za čas strávený vyplňováním dotazníku.

### **1. Váš věk**

- a) méně než 20 let
- b) 21-30 let
- c) 31-40 let
- d) 41-50 let
- e) 51 let a více

### **2. Vaše pohlaví**

- a) muž
- b) žena

### **3. Ve zdravotnictví pracujete**

- a) 21 - 30 let
- b) 31 - 40 let
- c) 41 – 50 let
- d) 51let a více

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

- a) úplné střední, ukončené maturitou
- b) pomaturitní specializační studium
- c) vysokoškolské studium (Bc., Mgr.)
- d) jiné (prosím, doplňte jaké)

.....



**5. Na jakém typu JIP pracujete?**

- a) chirurgicky zaměřené
- b) interně zaměřené
- c) dětské JIP

**6. Zúčastnil/a/ jste se někdy semináře nebo kongresu, týkající se komunikace?**

- a) ano
- b) ne

**7. Pokud jste v předešlé otázce odpověděl/a/ ano, uveďte prosím jakých akcí.**

.....  
.....

**8. Myslíte si, že jsou pro sestry, pracující v intenzivní medicíně, přínosné semináře zaměřené na komunikační dovednosti s pacienty?**

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

**9. Myslíte si, že se liší komunikační dovednosti ošetrovatelského personálu dle typu JIP? (interně zaměřené JIP x chirurgicky zaměřené JIP x dětské JIP)**

- a) ano
- c) ne
- d) nevím

**10. Prosím, napište jak se, při příchodu k pacientovi, představujete:**

.....

**11. Nejlépe se mi komunikuje s pacienty:**

- a) dětskými
- b) ve věku 18-30 let
- c) ve věku 30-60let
- d) ve věku 60let a více

**12. Co ovlivňuje Vaši komunikaci s pacientem? Možno označit více odpovědí.**

- a) první dojem (sympatie x antipatie)
- b) lékařská diagnóza pacienta
- c) Váš momentální psychický stav
- d) chování a způsob vyjadřování pacienta
- e) jiné, prosím vypište:.....

**13. Myslíte si, že všechny způsoby komunikace lépe ovládá sestra s delší praxí?**

- a) ano
- b) ne
- c) záleží na okolnostech; věk a délka praxe nehraje roli
- d) nevím

**14. Setkáváte se s překážkou v komunikaci u pacientů na JIP?**

- a) ano
- b) ne

**15. Pokud se setkáváte s překážkou v komunikaci, uveďte prosím příklad**

.....

**16. Co podle Vás nejvíc komplikuje komunikaci mezi Vámi a pacientem?**

**Možno označit více odpovědí.**

- a) nespolupracující pacient
- b) zmatený pacient
- c) neznalost různých způsobů komunikace
- d) časová náročnost
- e) náročnost poskytované ošetrovatelské péče
- f) jiné, prosím uveďte:.....

**17. Jaké druhy komunikace nejčastěji používáte na oddělení? Možno označit více odpovědí.**

- a) verbální komunikace
- b) neverbální komunikace
- c) bazální stimulace
- d) jiné, vypište prosím.....

**18. Myslíte si, že větší četnost léčebných intervencí ovlivňuje (snižuje) pacientovu komunikativnost?**

- a) ano
- b) spíše ano
- c) ne
- b) spíše ne

**19. Myslíte si, že větší četnost léčebných výkonů má vliv na komunikaci ze strany ošetřujícího personálu?**

- a) ano
- b) spíše ano
- c) ne
- d) spíše ne
- e) nevím

**20. Pokud jste v předešlé otázce odpověděl/a/ ano, jaké léčebné výkony nejčastěji narušují komunikaci? Možno označit více odpovědí.**

- a) operační výkony, invazivní léčebné výkony
- b) častější léčebné výkony u lůžka (například zavádění katétrů, sond, drenáží, punkce...)
- c) napojení pacienta na léčebné přístroje (dialýza, ventilátor, měření hemodynamiky...)
- d) častá neinvazivní léčebná vyšetření (USG, CT a Rtg vyšetření, bronchoskopie, kolonoskopie,...)
- e) jiné, prosím vypište.....

**21. Domníváte se, že komunikace na JIP chirurgického zaměření je častěji narušována léčebnými výkony oproti JIP interního zaměření?**

- a) ano
- b) spíše ano
- c) ne
- d) spíše ne
- e) nevím

**22. Myslíte si, že větší četnost ošetřovatelských intervencí má vliv na komunikaci mezi ošetřujícím personálem a pacientem?**

- a) ano
- b) spíše ano
- c) ne
- d) spíše ne
- e) nevím

**23. Pokud jste v předešlé otázce odpověděl/a/ ano, při jakých ošetrovatelských intervencích máte největší komunikační bariery? Prosím vypište.**

.....

**24. Myslíte si, že časté ošetrovatelské intervence mohou negativně ovlivnit komunikaci s pacientem?**

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

**25. Komunikujete verbálně s každým pacientem bez ohledu na stav jeho vědomí?**

- a) ano
- b) spíše ano
- c) ano, ale u pacienta v bezvědomí méně intenzivně
- d) ne
- e) spíše ne

**26. Komunikujete s rodinou pacienta?**

- a) ano
- b) spíše ano
- c) ne
- d) spíše ne
- e) občas

**27. Jaké je nejčastější téma Vaší komunikace s pacientem? Prosím napište.**

.....  
.....  
.....

**28. Zapojuje se, na vašem oddělení JIP, rodina aktivně do ošetrovatelského procesu u pacienta?**

- a) ano
- b) ne
- c) po výzvě od personálu se aktivně zapojí

**29. Znáte pojem“bazální stimulace“?**

- a) ano, znám dobře
- b) slyšela jsem o ní, ale přesný postup neznám
- c) ne

**30. Aplikujete prvky bazální stimulace na Vašem oddělení u pacientů?**

- a) ano
- b) ne

**31. Pokud provádíte u pacienta bazální stimulaci, kdy nejčastěji aplikujete prvky bazální stimulace?**

- a) ráno po hygieně
- b) odpoledne během návštěv
- c) ve večerních hodinách
- d) kontinuálně (při jakékoli intervenci)
- e) jindy, prosím uveďte.....

**32. Myslíte si, že jsou rozdíly v aplikaci bazální stimulace mezi JIP?**

- a) ano
- b) spíše ano
- c) ne
- d) spíše ne
- e) nevím

**33. Pokud jste v předešlé otázce odpověděli ANO, jaké si myslíte, že jsou nejčastější důvody odlišnosti aplikace bazální stimulace na JIP? Možno označit více odpovědí.**

- a) nedostatek času
- b) četnost různých vyšetření, případně operačních výkonů
- c) nezáměr ošetřujícího personálu
- d) špatná komunikace mezi ošetřujícím personálem
- e) nedostatek informací o bazální stimulaci ze strany ošetřujícího personálu
- f) četnost různých ošetřovatelských intervencí
- g) jiné.....

- 34. Domníváte se, že se liší efektivnost aplikace bazální stimulace, dle zaměření JIP?(JIP chirurgického zaměření x JIP interního zaměření x JIP DEO)**
- a) ano
  - b) ne
- 35. Pokud jste v předešlé otázce odpověděl/a/ ano, na jakém druhu JIP je bazální stimulace, v rámci časové náročnosti, nejvíce přínosná pro pacienty?**
- a) JIP chirurgického zaměření
  - b) JIP interního zaměření
  - c) JIP DEO
- 36. Myslíte si, že sestra pracující na JIP si zvolila toto povolání i proto, že je zde méně uplatňovaná komunikace s pacientem?**
- a) ano, je to na úkor komunikace vzhledem k náročnosti práce na tomto oddělení
  - b) ne, komunikace je součástí práce na JIP
  - c) komunikace na JIP nikdy není zcela kvalitní jako na oddělení s nižší četností intervencí, jak ošetrovatelských, tak léčebných a diagnostických
  - d) jiné, doplňte prosím.....

Zdroj: vlastní