

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

Studijní program: Ošetrovatelství N5341

Bc. Dagmar Šloufová

Studijní obor: Ošetrovatelská péče v interních oborech

**PROBLEMATIKA KOMUNIKACE U PACIENTŮ
V ANALGOSEDACI**

Diplomová práce

Vedoucí práce: Mgr. Kateřina Ratislavová PhD.

PLZEŇ 2020

POZOR! Místo tohoto listu bude vloženo zadání DP s razítkem. (K vyzvednutí na sekretariátu katedry.) Toto je druhá číslovaná stránka, ale číslo se neuvádí.

PROSÍM NAHRADIT ZADÁNÍM DIPLOMOVÉ PRÁCE
S PODPISY A RAZÍTKEM

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně a všechny použité prameny jsem uvedla v seznamu použitých zdrojů.

V Plzni dne 27. 3. 2020

.....

vlastnoruční podpis

Abstrakt

Příjmení a jméno: Bc. Šloufová Dagmar

Katedra: Ošetrovatelství a porodní asistence

Název práce: PROBLEMATIKA KOMUNIKACE U PACIENTŮ V ANALGOSEDACI

Vedoucí práce: Mgr. Kateřina Ratislavová, PhD.

Počet stran – číslované: 109

Počet stran – nečíslované (tabulky, grafy): 7

Počet příloh: 6

Počet titulů použité literatury: 41

Klíčová slova: komunikace, pacient, plicní ventilace, analgosedace, sociální interakce

Diplomová práce se zabývá problematikou komunikace u pacientů v analgosedaci. Práce je rozdělena na část teoretickou a na část empirickou. Teoretická část nejdříve charakterizuje možnosti komunikace, jak a mezi kým probíhá, a seznamuje s druhy komunikace. Dále je porovnána komunikace s pacientem při vědomí a s pacientem v bezvědomí. Také je přiblížena komunikace mezi pacientem a jeho rodinnými příslušníky, kterou se následně zabývá hlavně empirická část. Cílem empirické části bylo prostřednictvím výzkumného šetření zmapovat největší obavy rodinných příslušníků při komunikaci s jejich nemocnými. Z metod výzkumného šetření byl využit kvalitativní výzkum a autorka práce provedla polostrukturované rozhovory s cíleně vybranými respondenty, rodinnými příslušníky pacientů v analgosedaci. Z výsledků vyplývá, že největší obavy při komunikaci s hospitalizovaným členem rodiny způsobuje neznalost neverbální komunikace a úzkost z přístrojů, které pacienta obklopují.

Abstract

Surname and name: Šloufová Dagmar

Department: Nursing and Midwifery

Title of thesis: THE ISSUE OF COMMUNICATION IN PATIENTS IN ANALGOSEDATION

Consultant: Mgr. Kateřina Ratislavová, PhD.

Number of pages – numbered: 109

Number of pages – unnumbered (tables, graphs): 7

Number of appendices: 6

Number of literature items used: 41

Keywords: communication, patient, pulmonary ventilation, analgo sedation, social interaction

The thesis deals with the topic communication of patients in analgo sedation. It contains theoretical and empirical parts. The theoretical part begins by describing the possibilities of communication, how and between whom it is going. I describe the types of communication. I also compared communication with the patient in consciousness and the unconscious patient. Last I have approached the communication between the patient and his family members, which I deal mainly with in the empirical part. The aim of the empirical part was, based on the research, to identify the greatest concerns of family members in communicating with their patients. I chose qualitative research as a research method and I used structured interviews with targeted respondents. I talked with eight family members of patients in analgo sedation. The results showed, that the greatest concern is the ignorance of non-verbal communication and the devices surrounding the patient.

Poděkování

Děkuji Mgr. Kateřině Ratislavové PhD. za odborné vedení práce, poskytování rad a materiálních podkladů. Poděkování také patří Mgr. Pavlíně Mokrejšové za poskytování odborných rad. Dále bych chtěla vyjádřit poděkování vybraným rodinným příslušníkům našich pacientů za ochotu a spolupráci při realizování rozhovorů. A v neposlední řadě Fakultní nemocnici Plzeň za umožnění výzkumného šetření.

OBSAH

SEZNAM TABULEK.....	9
SEZNAM ZKRATEK.....	10
ÚVOD	11
TEORETICKÁ ČÁST	14
1 KOMUNIKACE	14
1.1 Průběh komunikace	14
1.2 Druhy komunikace.....	17
1.2.1 Verbální komunikace.....	17
1.2.2 Neverbální komunikace	18
1.2.3 Posturologie.....	18
1.2.4 Gestika	19
1.2.5 Haptika.....	19
1.2.6 Proxemika	19
1.3 Komunikace s pacientem při vědomí.....	20
1.4 Komunikace s pacientem v bezvědomí.....	21
1.5 Porovnání obou komunikací.....	21
1.6 Komunikace mezi pacientem a rodinnými příslušníky.....	22
2 ANALGOSEDACE	23
2.1 Mírná analgosedace	23
2.2 Hluboká analgosedace	23
2.3 Škálování u analgosedace	24
3 UMĚLÁ PLICNÍ VENTILACE.....	26
3.1 Režimy umělé plicní ventilace	26
3.2 Diagnózy vedoucí k umělé plicní ventilaci.....	27
3.3 Postup zajištění dýchacích cest	28
4 SOCIÁLNÍ INTERAKCE MEZI PACIENTY A RODINOU	30
4.1 Snaha o navázání kontaktu.....	30
4.1.1 Vhodné prostředí	31
4.1.2 Potlačení rušivých elementů.....	32
4.1.3 Podpora pacienta a jeho rodiny ze strany zdravotnického pracovníka.....	33
4.1.4 Edukace rodinných příslušníků	34
4.2 Podpora komunikace a kognitivních funkcí.....	34
4.2.1 Materiály sloužící k dorozumívání.....	35
4.2.2 Bazální stimulace.....	37
4.2.3 Kognitivní trénink a rehabilitace.....	38

4.2.4	Augmentativní pomůcky.....	38
	EMPIRICKÁ ČÁST	40
5	CÍL A ÚKOLY PRÁCE.....	40
6	VÝZKUMNÉ OTÁZKY.....	41
7	CHARAKTERISTIKA SLEDOVANÉHO SOUBORU.....	41
8	METODIKA PRÁCE.....	41
8.1	Volba a charakteristika výzkumné metody.....	41
8.2	Realizace výzkumu.....	44
8.3	Organizace rozhovorů s jednotlivými respondenty.....	45
8.4	Obsahová analýza získaných dat.....	47
9	ANALÝZA A INTERPRETACE VÝZKUMNÝCH ZJIŠTĚNÍ	49
9.1	Vzorek respondentů.....	49
9.2	Diagnóza a zdravotní stav pacientů.....	50
9.3	Obsahová analýza rozhovorů	54
9.3.1	Kategorie 1 – Prožitky rodinných příslušníků pacientů v analgosedaci.....	54
9.3.2	Kategorie 2 – Komunikace rodinných příslušníků s pacientem v analgosedaci – bariéry	65
9.3.3	Kategorie 3 – Komunikace rodinných příslušníků s pacientem v analgosedaci – výzvy, úspěchy	73
9.3.4	Kategorie 4 – Komunikace rodinných příslušníků s pacientem v analgosedaci – pomůcky, techniky.....	80
9.3.5	Kategorie 5 – Podpora rodinných příslušníků ze strany zdravotnického personálu	83
10	DISKUZE	97
10.1	Doporučení pro praxi.....	103
	ZÁVĚR	105
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY A PRAMENŮ	107
	SEZNAM PŘÍLOH.....	110

SEZNAM TABULEK

Tabulka č. 1: Informace o respondentech	50
Tabulka č. 2: Informace o pacientech	50
Tabulka č. 3: Kategorie prožitky	97
Tabulka č. 4: Kategorie bariéry	99
Tabulka č. 5: Kategorie výzvy, úspěchy	99
Tabulka č. 6: Kategorie pomůcky, techniky.....	100
Tabulka č. 7: Kategorie podpora rodinných příslušníků ze strany zdravotníků.....	102

SEZNAM ZKRATEK

AED	automatický externí defibrilátor
ARDS	syndrom respirační tísně
cm	centimetr
CT	vyšetření počítačovou tomografií
DES	lékový stent
ECMO	extrakorporální membránová oxygenace
EKG	elektrokardiogram
ETCO ₂	monitorace oxidu uhličitého ve vydechované směsi
ETR	endotracheální rourka
GCS	stupnice k posouzení stavu vědomí
JIP	jednotka intenzivní péče
KARIM	Klinika anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny Fakultní nemocnice
kPa	kilopascal
KPCR	kardiopulmocerebrální resuscitace
mm Hg	milimetr rtuťového sloupce
Např.	například
Peep	pozitivní přetlak na konci výdechu
PSV	tlakově podporovaná ventilace
RASS	skórovací systém při sedaci dospělých
RIA	jedna ze dvou hlavních větví levé koronární tepny
RR	dechová frekvence
SKG	selektivní koronarografie
STEMI	infarkt myokardu s elevacemi ST segmentu
SpO ₂	saturace krve kyslíkem
UPV	umělá plicní ventilace
V-A	veno-arteriální

ÚVOD

Komunikaci všichni využíváme jako prostředek k navázání kontaktu, jako možnost spojení s okolním světem. Je spojena s emocemi, které prožíváme, a to s příjemnými i nepříjemnými. Bez možnosti komunikovat ztrácíme možnost lidské interakce. V běžném životě si často ani neuvědomujeme, jak je komunikace pro náš život důležitá, dokud nedojde k jejímu přerušení, například v důsledku zdravotní komplikace. Tato práce se zabývá problematikou komunikace u pacientů v analgosedaci. Jde o velmi zajímavé téma, ve kterém je stále mnoho neprozkoumaného. Při komunikaci s pacientem v analgosedaci je hlavním cílem předejít komunikačním chybám, protože by mohly mít závažné následky. Tito pacienti jsou přímo závislí na umění komunikovat jak ze strany zdravotnického personálu, tak rodiny. Cílem práce je zpracovat téma komunikace s pacientem v analgosedaci teoreticky a zjistit, jaké jsou zkušenosti a prožitky rodinných příslušníků (příbuzných) pacientů na jednotce intenzivní péče, které se týkají komunikace s pacientem v analgosedaci. Důležité je také zjistit, z které oblasti mají rodinní příslušníci pacientů na jednotce intenzivní péče největší strach a obavy, a následně na základě výsledků šetření získat podklady pro vytvoření edukačního materiálu.

Je třeba si uvědomit, že prostředkem dorozumívání není pouze verbální komunikace, ale také neverbální, která o nás vždy vypovídá daleko více. Neverbální komunikací rozumíme gesta, mimiku, haptiku, proxemiku a posturologii. U pacientů, kteří nemohou komunikovat verbálně, se musíme zaměřit právě na komunikaci neverbální. Hodnotíme tak například intenzitu bolesti, stav vědomí, vnitřní neklid, pocitové rozpoložení. Ztrátu komunikace pacient pociťuje ihned, je pro něj velice psychicky náročné, když nemůže vidět, slyšet, cítit a hlavně mluvit. Kdo nemá takovou zkušenost, nepřemýšlí o tom a neuvědomuje si, jak velkou míru sociální interakce může ztratit, je-li mezi ním a okolím komunikační bariéra.

U pacientů na umělé plicní ventilaci se tato problematika zcela zřetelně promítá. Zdravotnický personál i pacient se velice snaží o navázání kontaktu. Zaintubovaný pacient či pacient s tracheostomií vnímá velmi silně okolní podněty, pokud již není v trvalé analgosedaci. Výrazně vnímá slabost, bolest, únavu, nevolnost, je osamělý, většinou vůbec netuší, co se děje a jestli může věřit cizím lidem kolem sebe. Zdravotníci se musí ze všech sil snažit nemocnému pomoci s navázáním kontaktu jednak s nimi samotnými, jednak s jeho rodinnými příslušníky.

Vztah mezi všeobecnou sestrou a pacientem by měl být partnerský. Sestra se musí postarat, aby pacient byl v psychické pohodě, neboť psychický stav velmi úzce souvisí se stavem fyzickým. Pokud má pacient z něčeho strach, vidí, že o komunikaci s ním nikdo nestojí, uzavře se do sebe a přestává komunikovat úplně. Rodinní příslušníci jsou také v nové situaci, mnohdy netuší, jak mají kontakt s nemocným navázat. Obracejí se s nadějí na zdravotníky. Najednou vidí svého manžela, maminku, babičku, dědečka na lůžku bezmocného, napojeného na přístroje, kterých se příbuzní bojí a nerozumí jim. Neví, jestli se mohou pacienta dotknout, promluvit na něj, stát u něho blízko. Pokud na intenzivním oddělení není psycholog, který by rodině pomohl, musí ho zastoupit ošetrovatelský personál, který se o pacienta stará. Zde se projeví empatie a altruismus každého zdravotníka.

Diplomová práce je rozdělena na část teoretickou a část empirickou. První teoretická část popisuje možnosti komunikace, její druhy, jak a mezi kým probíhá. Ve zdravotnictví můžeme komunikovat s pacientem při vědomí a s pacientem v bezvědomí. Obě formy komunikace byly charakterizovány a porovnány, byly zdůrazněny jejich důležité prvky a specifická. Dále je přiblížena problematika komunikace mezi pacientem a rodinnými příslušníky, kterou se pak více zabývá empirická část. Jedna kapitola je věnována pojmu analgosedace, je rozlišena mírná a hluboká analgosedace a zmíněno její škálování prostřednictvím různých skórovacích systémů. Všichni pacienti, kteří byli zařazeni do výzkumného šetření, byli na umělé plicní ventilaci. Proto bylo vhodné v další kapitole přiblížit diagnózy, které vedou k umělé plicní ventilaci, postup zajištění dýchacích cest, režimy plicní ventilace a hodnocení hloubky sedace. Poslední kapitola teoretické části si všímá důležitosti sociální interakce mezi pacienty a rodinnými příslušníky. Obě strany se snaží navázat kontakt a potřebují k tomu vhodné prostředí, potlačit rušivé elementy, pomocné materiály sloužící ke komunikaci, edukaci od zdravotníků a jejich podporu, velmi dobře také funguje bazální stimulace.

Druhá empirická část obsahuje analyzované rozhovory s rodinnými příslušníky pacientů. Rozhovory jsou zaměřeny na zjištění zkušeností a prožitků, které vnímali při verbální a neverbální komunikaci se svými hospitalizovanými blízkými. Jako respondenti výzkumu byli cíleně vybráni rodinní příslušníci pacientů hospitalizovaných na kardiologické jednotce intenzivní péče. Tito pacienti byli v analgosedaci z důvodu náhlé zástavy krevního oběhu. Podrobněji je charakterizována výzkumná metoda, kdy vzhledem k tématu a cíli práce byl zvolen kvalitativní výzkum prostřednictvím obsahové analýzy

polostrukturovaných rozhovorů. Stěžejní z empirické části je analýza výzkumných zjištění a jejich interpretace podle jednotlivých výzkumných otázek. Respondenti se shodli, že největší obavy při komunikaci s hospitalizovaným členem rodiny vycházely z neznalosti neverbální komunikace a z úzkosti z přístrojů, které pacienta obklopují. Z vyhodnocení výzkumného šetření vyplynulo několik doporučení, která jsou vztažena ke konkrétnímu oddělení kardiologické jednotky intenzivní péče, na kterém autorka pracuje, ale platí obecně a mohou být inspirací i pro další obdobná pracoviště. Výstupním materiálem je edukační brožura, která obsahuje popis nejčastějších diagnóz, standardní postup léčby, popis přístrojového vybavení a možnosti bazální stimulace.

Literární rešerše k české literatuře byla zpracována ve Vědecké knihovně města Plzeň. K literární rešerši v cizojazyčné literatuře byla použita vědecká databáze ScienceDirect.

TEORETICKÁ ČÁST

1 KOMUNIKACE

Člověk je společenský tvor a od živočichů se odlišuje svojí schopností využívat řeč k dorozumívání a myšlení. Komunikace je podmínkou existence sociálního systému. Bez komunikace se neobejde žádná sociální skupina. Abychom uspokojili potřebu sociálního styku, musíme komunikovat, neboť se tím začleníme do sociální skupiny. Pojem komunikace znamená společně něco sdílet, spojovat, jednat, povídat si, radit se. Můžeme i říci, že komunikovat znamená předávat informace. Komunikací ale vyjadřujeme také to, jak sdělení prožíváme, jak nás emočně zaujalo, co v nás vzbuzuje. Týká se vždy všech zúčastněných. Probíhá i tehdy, když se sdělovatelem nesouhlasíme (Zacharová, 2016, s. 4).

1.1 Průběh komunikace

Komunikace není vždy viditelná, může být vnitřní, intrapsychická, ale i tak ji můžeme zaregistrovat a analyzovat. Nepředstavuje ji jen řeč, ale veškeré chování. Dá se říci, že je to proces vytváření významu mezi dvěma nebo více lidmi. Je nezbytná k efektivnímu sebevyjadřování. Je také přenosem a výměnou informací v mluvené, psané, obrazové formě a realizuje se mezi lidmi, což se projevuje nějakým účinkem. Použitím běžného systému symbolů dochází k výměně významů mezi lidmi. Komunikace je proces, jímž jeden člověk předává sdělení jinému prostřednictvím určitého kanálu a s určitým efektem.

Se sociální komunikací úzce souvisí sociální interakce. Sociální interakce je obecnějším a nadřazenějším pojmem. Sociální komunikace se dá specifikovat jako interakce kódovaných symbolů neverbálních nebo verbálních. Komunikační úroveň každého z nás je ovlivněna sociálním kontextem, a to jak vnějším, tak vnitřním.

Komunikace má svůj účel neboli funkci. Hranice mezi funkcemi se překrývají a jsou nejednoznačné. Můžeme rozlišovat funkci informativní (předávání dat a informací), přesvědčovací (záměrem je změnit postoj či názor jiného člověka), zábavnou (vytvořit pocit pohody a pobavit), instruktivní (znamená vysvětlení významu, postupu, popisu, návodu), poznávací (prostřednictvím jiných lidí získáváme informace), osobní identity (ujasnění věcí o sobě samém), posilující (posiluje pocity sebevědomí), socializační (sbližování, navazování kontaktů), únikovou (odreagování od shonu, od starostí) a svěřovací (zbavuje vnitřního napětí, překonává těžkosti). (Borg, 2013, s. 64)

Komunikování určitým způsobem se označuje jako komunikační styl. Tímto označením spojujeme způsob, účel i okolnosti mezilidského komunikování. Rozeznáváme například styl konvenční (komunikace probíhá pouze krátce v rámci výměny pozdravů a nezávazných vět), konverzační (vyměňují se názory, zajímavé informace, chceme se pobavit, popovídat), vyjednávací (náročná komunikace, stojí proti sobě dvě strany a musí se nějak rozhodnout), operativní (zde se jedná o jasné a účelné vymezení rolí, nadřizený versus podřizený) nebo styl osobní (charakteristické jsou emoce, intimita, empatie, opravdovost). Naše ošetrovatelství je zaměřeno na pacienta, který neplní jen roli pasivního příjemce služeb. Naše péče bude více účinná, když sestra a pacient spolu aktivně komunikují, a proto je důležité vytvoření přátelského vztahu mezi nimi. Ve všech fázích ošetrovatelského procesu toho lze využít. Vybudují si vztah založený na holistickém přístupu (Mikuláščík, 2010, s. 21).

Komunikace je také důležitá pro smysl života, neboť životní úkol člověka naplňuje, pokud přináší životní spokojenost. Je důležitá pro psychické rozpoložení a zdraví. V oblasti komunikování v ošetrovatelské péči má své místo i motivace. V interakci pacient versus sestra můžeme často skrytou motivaci pozorovat. To, jak pacienti jednají, jak se vyjadřují, často záleží na všeobecné sestře, na způsobu, jak je motivuje. Každého k určitému chování vede jiný motiv. Pro pacienta je komunikace se zdravotníky novou situací. Je to proces vyvolaný motivem a končící jeho realizací. Tyto motivy vychází z vnitřní potřeby komunikovat nebo jsou podmíněny prostředím, lidmi a situacemi (Zacharová, 2016, s. 8).

Proměnlivost komunikace v čase je jednou z nejdůležitějších charakteristik. Pochopit napsané či mluvené slovo můžeme jen tehdy, pokud jsou fáze přípravy, navazování myšlenek a vztahy k různým jiným vlivům známy. Dříve se na komunikaci pohlíželo jako na jednosměrně přímou cestu od mluvčího k posluchači. Mluvčí hovořil a posluchač naslouchal. Toto lineární pojetí znamenalo, že když někdo mluvil, nenaslouchal, a když naslouchal, nemluvil. Toto pojetí brzy nahradilo pojetí interakční, kdy mluvčí a posluchač současně střídají pozice. Nejlepší názor je zastáván v dnešní době, komunikaci považujeme za transakční proces, což znamená, že každá osoba funguje současně jako posluchač a mluvčí.

Ošetrovatelská péče probíhá v určitých podmínkách, a proto i komunikace má své speciální komunikační způsoby. Sestra musí zvolit vhodný model komunikace vzhledem k účelu sdělení a typu pacienta. Komunikační modely můžeme rozdělit na informační

model (poskytování informací bez emočního projevu), hovorový model (pacient spontánně komunikuje se sestrou), terapeutický model (edukace pacienta), sociální model (jde o chování v souladu s běžnými normami – představení se pacientovi), dialogický model (typická je zde otevřenost, důvěra, akceptace). Podstatou těchto modelů v praxi je kvalitní ošetrovatelská péče (Ptáček a Bartůněk, 2011, s. 18).

Komunikačním procesem rozumíme, že spolu mluví dvě osoby, a přitom se uvnitř každé z nich něco děje. Komunikují spolu vždy dvě nebo více osob. Každá se snaží toho druhého ovlivňovat, hledat u něho podporu, sebekotvrzování. Z projevu je patrné, kdo je ochoten ustoupit, kdo chce dominovat, kdo co má a nemá rád. Občas jeden z komunikujících změní taktiku a tím se snaží zapůsobit více na city. Při komunikaci komunikující častěji zachytí to, co má větší informační váhu. Základem komunikačního procesu je to, že lidé spolu chtějí mluvit, chtějí si sdělit nejen informace, ale i nálady, pocity, postoje. Jsou nastavena určitá pravidla a záleží na každém, jestli se jimi bude řídit nebo je ignorovat (Ptáček a Bartůněk, 2011, s. 20).

Sociální komunikace je proces, který probíhá v určitém čase, za určitých podmínek a v určitém prostředí. Jsou zde rovnoměrně zastoupeny určité složky:

- Komunikant – je člověk, jemuž jsou informace určené a vstřebává zprávu, kterou následně dekoduje. Vnímání je ovlivňováno jeho vlastními zkušenostmi, záměry, cíli, prožitky.
- Komunikátor – je člověk, který vysílá zprávu jiné osobě nebo skupině osob a čeká, že příjemce má podobný repertoár poznatků a porozumí tomu, co mu chce sdělit.
- Komunikační jazyk – jeho prostřednictvím se předává komunikační zpráva. Důležitou roli zde hrají procesy kódování a dekodování.
- Komunikační kanál – je způsob neboli cesta přenosu informací. Vzniká přímý kontakt mezi komunikantem a komunikátorem.
- Komuniké – představuje obsah informace, myšlenky, zprávy, potřeby, emoce. Zpráva má podobu verbální a neverbální.
- Komunikační prostředí – je prostor, ve kterém se komunikace odehrává. Může ho narušit komunikační šum.

- Zpětná vazba – je to reakce na přijatou zprávu v podobě potvrzení. Zjistíme díky ní, zda příjemce porozuměl sdělení.
- Komunikační kontext – je situace, ve které komunikace probíhá. Kontext vnitřní je to, co se odehrává v naslouchajících, vnější jsou pak stimuly, které na nás působí.

V ošetrovatelské péči se velmi často setkáváme se selháním komunikace z důvodu rušivých elementů a působením nevhodného prostředí na pacienta, jde například o rušné prostředí nebo komunikaci před ostatními pacienty. Ve zdravotnictví si musíme uvědomit, že člověk je v náročné životní situaci a z toho vyplývá, že sociální komunikace může být ovlivněna tímto stavem (Zacharová, 2016, s. 21).

1.2 Druhy komunikace

Komunikace patří k základním potřebám lidí i zvířat. Umožňuje nám přežít, prosadit se, pomáhat druhým, být úspěšný a porozumět dění okolo nás. Je to dovednost, která je pro nás samozřejmá, učíme se ji již od narození. Zdravotnický personál by měl nejen znát způsob, jak funguje, ale také ji umět efektivně využívat. Je důležité vědět, jak určitou zprávu použít, jak ji podat a u koho ji lze vůbec interpretovat. Pokud je vztah sestry a pacienta založen na důvěře, může pacient najít odvahu k vyjádření svých obav i emocí. Záleží také na zkušenostech z dřívější doby. Pokud má pacient špatné zkušenosti, promítá si zážitky do osoby každé sestry. Důležité jsou tedy obě strany a skutečnost, zda a jakým způsobem si vybudují vřelý vztah plný empatie (Tomová a Křivková, 2016, s. 25).

1.2.1 Verbální komunikace

Vyjádřování pomocí slov prostřednictvím příslušného jazyka je označováno jako verbální komunikace. Účel této komunikace je emocionální, motivační a kognitivní. Dále můžeme do verbální komunikace zařadit komunikaci přímou nebo zprostředkovanou, ústní, písemnou, živou, reprodukovanou. Probíhá ve dvou základních rovinách, v rovině emocionální a v rovině racionální. Emocionální rovina zahrnuje samostatný názor na sdělení, pocit z partnera, se kterým komunikujeme, formu a způsob podání a emoční stavy (smutek, pláč, radost). Racionální rovina je rozumová, racionální část komunikace, důsledně se z ní oddělují jakékoli emoce. Je těžké vyjádřit myšlenku tak, aby jí každý porozuměl.

Verbální komunikaci rozlišujeme formální a neformální. Formální je plánovaná, má své cíle a je realizována jako neveřejná. Může to být například přijímací pohovor. Neformální je častější, je spíše veřejná, není připravována, jedná se o přátelský rozhovor. Vyjadřujeme tak pocity a sdělení pomocí slov. Směrodatná je zde hlavně jasnost, stručnost, zřetelnost, úplnost a výstižnost informací. Sledujeme zde i sebeprojevoovou stránku, to znamená, že získáváme informaci o sdělovateli – jakou má náladu, zda spěchá, jakým jazykem hovoří, co je jeho hlavní potřeba. Důležitá je i vztahová stránka komunikace – jaký postoj má zdroj vůči příjemci. Tato stránka je velmi osobní, příjemce vnímá tón hlasu, intonaci, úšklebky, vyhýbání se očnímu kontaktu.

Při komunikaci musíme pomýšlet na to, s kým komunikujeme, a dle uvážení volit vhodná slova. Někdy mohou naše slova vyvolat negativní reakce a ohrozit náš vztah s partnerem rozhovoru. Před začátkem rozhovoru si musíme strukturovat své sdělení, ujasnit si účel a cíl, vhodně sdělení načasovat, nejdříve naslouchat, pak až mluvit. Snažíme se být zdvořilí a vcítit se do druhých lidí. Volíme spíše jednodušší výrazy a dáváme možnost dotazů. Jedná se o slovní kontakt, takže slova volíme uvážlivě, neboť jimi můžeme potěšit, ale také ublížit (Tomová a Křivková, 2016, s. 31).

1.2.2 Neverbální komunikace

Neverbální komunikace je označována jako řeč těla. Jsou to všechny signály, které vysíláme a kterými řeč doprovázíme, aniž bychom mluvili. Používáme ji k podpoře řeči nebo k úplné náhradě řeči. Vyjadřujeme tím interpersonální postoje a emoce. Považuje se za upřímnější než verbální komunikace. Základní gesta jsou stejná pro všechny obyvatele planety. Ostatní jsme se naučili od lidí kolem nás. Ve zdravotnictví je neverbální komunikace velmi významná. Potřebujeme se zde dorozumět a založit vztah na vzájemné důvěře. Dovedností zdravotnického personálu by mělo být vyznat se v řeči těla, pracovat se svými neverbálními projevy a naslouchat neverbálním projevům svých pacientů. Komunikace je prostě celek – mluvíme slovy, tělem a činy (Vymětal, 2010, s. 53).

1.2.3 Posturologie

Posturologii zařazujeme do neverbální komunikace, je to řeč držení těla a fyzických postojů. Člověk v sociální interakci zaujímá polohu, která vyjadřuje jeho postoj k probíhající události. Rozlišujeme tři základní polohy: vsedě, vestoje a vleže. Rovnocenná poloha nastává, když oba dva účastníci sedí. Pokud jeden sedí a druhý leží, je tam jasná dominance. To se ale děje ve zdravotnickém zařízení běžně, pacient leží a zdravotnický

personál stojí nad ním. Proto pokud to jde, alespoň si sedneme a zmírníme tak nerovnost mezi pacientem a zdravotníkem (samozřejmě na židli vedle pacienta, nikoli na postel).

Posturologie také vykládá význam naklonění těla, hlavy nebo polohy končetin. Křížení nohou je chápáno jako obrana, ruce v bok jako výzva. Záklon těla znamená nezáměr a předklon zájem. Zde je hlavně důležité, abychom se snažili vyhnout direktivnímu přístupu k pacientovi (Vymětal, 2010, s. 70).

1.2.4 Gestika

Jedná se o záměrné pohyby nohou, rukou a hlavy, které mají mít sdělovací účel. Doprovázejí a doplňují verbální komunikaci. Hrají mimořádnou roli v sociální komunikaci. Používáme gesta znaková, regulační, adaptační, ilustrační a emočně výrazová. V rámci znakových gest používáme nejčastěji palec směrem nahoru, palec směrem dolů. Některá gesta používáme pouze v naší zemi, protože nemají všude stejný význam. Například překřížení nohou je u nás běžné, ale v některých zemích jde o těžkou urážku (Tomová a Křivková, 2016, s. 38).

1.2.5 Haptika

Haptika je chápána jako komunikace pomocí dotyků. Společenské konvence předepisují, jaké jsou možnosti sociální interakce. Dotyk je prvním kontaktem při seznamování, je to důležitý znak k upevnění vztahu. Za kontakt považujeme tlak na kůži, který působí chvění, vibrace, teplo, chlad, ale také bolest. Empatická sestra dotykovou komunikaci dobře zvládá. Podání ruky dává o člověku první informaci. Je důležitý přiměřený stisk, který má trvat alespoň 5 sekund. S podáním ruky spojíme i zrakový kontakt, který naznačuje čestné úmysly a úctu. Ve zdravotnictví můžeme využít i dotyky, které mají široký význam. Je to pohazení, podržení za ruku, letmé dotyky končetin či objetí. Je zde také využívána „sebehaptika“, při které se pacient dotýká sám sebe (Zacharová, 2016, s. 58).

1.2.6 Proxemika

U této komunikace je směrodatná vzdálenost při kontaktu. V obou směrech (jak v horizontálním, tak vertikálním) je u každého člověka odlišná. Každý z nás potřebuje svůj vlastní prostor a hodnocení komunikační vzdálenosti je individuální. Kratší vzdálenosti při komunikaci udržují lidé, kteří jsou si sympatičtí. Vzdálenosti rozdělujeme do 4 zón, do zóny osobní, intimní, veřejné a společenské. Osobní zóna má rozsah od 0,5 do 1,5 metru. Komunikujeme v ní s lidmi, které známe a máme rádi. Intimní zóna je do vzdálenosti

50 cm, není vhodná pro pracovní prostředí, je typická u intimních vztahů. Hranice této zóny je velice individuální. Společenská zóna se pohybuje od 1,5 do 3,5 metru a řeší se v ní hlavně neosobní záležitosti. Jde většinou o situace, kdy jeden člověk mluví ke skupině, vzdálenost neumožňuje vidět detaily. Veřejná zóna je vzdálenost větší než 3,5 metru. Tato zóna se uplatňuje na konferencích a veřejných setkáních, neumožňuje nám vnímat detaily (Tomová a Křivková, 2016, s. 39).

1.3 Komunikace s pacientem při vědomí

V intenzivní péči jsou přijímáni pacienti v život ohrožujícím stavu, kdy selhává jeden či více důležitých orgánů. Ošetrovatelská péče je v rukou sestry, její znalosti a zkušenosti slouží k rozpoznání potřeb těchto pacientů. Sestra je prostředníkem mezi pacientem a lékařem a mezi pacientem a rodinou. Pacientem při vědomí může být spontánně ventilující pacient bez zajištění dýchacích cest, spontánně ventilující pacient se zajištěnými dýchacími cestami nebo pacient na umělé plicní ventilaci (Tomová a Křivková, 2016, s. 56).

Spontánně ventilující pacient bez zajištění dýchacích cest je pro zdravotnický personál rovnocenným partnerem. Dokáže plně vyjádřit své potřeby. Překážkou by spíše mohlo být, jestliže je neslyšící, nevidomý, handicapovaný nebo – s tím se nyní setkáváme často – nerozumí česky. Poté přichází na řadu neverbální komunikace.

Spontánně ventilující pacient se zajištěnými dýchacími cestami je schopen komunikace při plném vědomí. Je oboustranně aktivní, není třeba ventilační podpora. Pacient je schopen se domluvit s rodinou i zdravotnickým personálem. Sestra se snaží mu komunikaci usnadnit, nabízí nové cesty, poskytuje alternativní pomůcky, vede ho ke správné, samostatné komunikaci. Jsou to většinou chronici s tracheostomií.

Pacient na umělé plicní ventilaci již nemá zastřené vědomí, ale potřebuje podporu umělé plicní ventilace (UPV). Není schopen verbální komunikace, má vyřazené hlasivkové vazy. Uvědomuje si svoji závislost na přístroji. Ze svého lůžka se nemůže vzdálit z důvodu ventilátoru a to není pro nikoho příjemné. Je to stresor ovlivňující jeho psychosomatickou stránku. Pokud je sestra empatická, může svojí nezastupitelností ovlivnit stav pacienta. Hlavně tím, že identifikuje signály, pochopí a splní jeho potřeby. Pacienta k zapojení do komunikace zpravidla limituje jeho zdravotní stav (Tomová a Křivková, 2016, s. 58).

1.4 Komunikace s pacientem v bezvědomí

Jestliže je pacient na umělé plicní ventilaci zajištěn pomocí tracheální rourky, je nutná většinou farmakologická analgosedace z důvodu špatné tolerance rourky v dýchacích cestách. Má dobrý vliv i na odstranění úzkosti a bolesti spojené s odpovědí na stres, na akutní stavy zmatenosti a na diagnostické a léčebné výkony. Pacienta můžeme sedovat kombinací opioid + sedativum nebo opioid + anestetikum. Takovýto farmakologicky sedovaný pacient nezvládá vykonávat základní potřeby a nemá ani orientaci v čase a prostoru. Při vysoké analgosedaci je komunikace s okolím téměř nemožná, podobná jako u kvantitativní poruchy vědomí. Navázání kontaktu s pacientem je velmi náročné. Je bez zpětné vazby a výhradně v režii sestry. Komunikace bývá vnímána jako jednostranný rozhovor ze strany sestry a provedení ordinací lékaře, ale není tomu tak, neboť správným vedením komunikace sestra pacienta klasifikuje podle skórovacích systémů (Tomová a Křivková, 2016, s. 80).

1.5 Porovnání obou komunikací

U pacientů, kteří jsou již bez farmakologické sedace, je navázání kontaktu oproti sedovaným pacientům jednodušší. Lépe u nich rozpoznáme ošetrovatelské problémy, zajistíme potřeby, monitorujeme jeho stav. Nejdůležitější roli hraje snaha o navázání kontaktu. V intenzivní péči využíváme řadu alternativních metod k dorozumívání s pacientem. Tyto metody usnadňují komunikaci mezi ošetrovatelským personálem a pacientem a pacientem a rodinou. Můžeme je různě kombinovat. Záleží na pacientovi, v jakém je rozpoložení, jaké je právě schopen mentální činnosti, jakou má svalovou sílu, jaká je míra sedace. S některými pacienty v mírné analgosedaci se dá dobře spolupracovat, snaží se a chtějí komunikovat. Na druhou stranu někteří pacienti bez analgosedace komunikovat nechtějí, nespolupracují, a proto musí být farmakologicky tlumeni. Musíme se snažit vyjít pacientům vstříc, hledat správnou metodu komunikace, která bude pro ně přívětivá a dobře pochopitelná. Zde má hlavní roli ošetrovatelský personál, který si musí na tyto pacienty udělat více času a být vstřícný, empatický a hlavně trpělivý (Tomová a Křivková, 2016, s. 82, 84).

1.6 Komunikace mezi pacientem a rodinnými příslušníky

Velká část naší populace zastává názor, že umění komunikace je dar. Opak je pravdou, komunikaci se musíme učit. Setkáváme se s nutností komunikovat ve všech životních situacích. Jednou z takových situací je hospitalizace člena naší rodiny. Pokud je hospitalizován náš příbuzný v intenzivní péči, jde pro každého z nás o náročnou životní zkušenost. Komunikace neznamena jen být milý, ale zahrnuje řadu konkrétních postupů, které mají prokázanou efektivitu a pozitivní dopad na celkový stav pacienta. Stává se, že komunikace je klíčovým bodem pro našeho blízkého příbuzného a že je schopen komunikovat pouze s lidmi, které zná, tedy se svojí rodinou. Efektivní komunikace je ve zdravotnictví nezbytná, neboť slouží ke spokojenosti nemocného (Ptáček a Bartůněk, 2011, s. 58).

Rozhovor je nejsilnější a také nejcitlivější komunikací mezi lékařem a rodinnými příslušníky pacienta. Je velmi důležité, aby informace byly podávány srozumitelně a byla možnost se dále dotazovat. Při komunikaci pacient versus rodina již nadále pomůže sestra. Předává svoje zkušenosti a snaží se pomoci navázání kontaktu mezi oběma stranami. Informuje rodinné příslušníky o možnostech využití alternativních pomůcek, které oddělení nabízí (Ptáček a Bartůněk, 2011, s. 59).

2 ANALGOSEDACE

Prakticky denně se setkáváme na jednotkách intenzivní péče se stavem, kdy je vědomí pacienta ovlivněno farmakologicky analgosedací. Analgosedace neboli analgezie je vyřazení bolestivého vnímání, spojené s větším či menším útlumem vědomí. Dle zachovaného vědomí ji dělíme na dvě základní skupiny, na hlubokou a mírnou. Dle její hloubky ale nemůžeme odhadnout míru uvědomění si jednotlivých potřeb. Odhadovat to je zavádějící. Většina pacientů má po probuzení na celý průběh amnézii. Jejich vzpomínky jsou útržkovité, například poznají svoji ošetřující sestru jen po hlase (Šamánková a kol., 2011, s. 69).

2.1 Mírná analgosedace

Mírná analgosedace je takzvaná sedace při vědomí. Jde o řízený stav útlumu vědomí, ze kterého můžeme pacienta dobře probudit, a pacient je schopen spolupracovat se zdravotnickým personálem. Základní životní funkce jsou ovlivněny pouze minimálně. Reflexy jsou zachovány. Pacient vnímá, je schopen komunikovat a vykonávat úkony. Po úplném probuzení si dobře pamatuje situace, které kolem něho probíhaly. Pamatuje si i hrubší chování ze strany ošetřovatelského personálu. Vybaví si také převoz na sál a konverzaci mezi zdravotnickým personálem, která v tu dobu byla vedena. S těmito skutečnostmi musíme počítat (Šamánková a kol., 2011, s. 71).

2.2 Hluboká analgosedace

Při hluboké analgosedaci jde o monitorovanou anesteziologickou péči. Je to říditelný stav útlumu vědomí, z něhož není pacient ani silným podnětem, jako je bolest nebo hlas, probuditelný. Provází ho úplná či částečná ztráta ochranných reflexů. Není schopen udržet průchodné dýchací cesty a účelně reagovat na verbální komunikaci. Někteří pacienti vnímají tak, že po příchodu rodiny se jim zvýší krevní tlak a zrychlí srdeční frekvence. Je to takzvaná „vegetační odpověď“. Analgosedovaný má ale stejné potřeby jako člověk při vědomí, na to nesmíme zapomínat (Šamánková a kol., 2011, s. 72).

2.3 Škálování u analgosedace

U sedovaných pacientů lze hodnotit stav vědomí a hloubku sedace. K nejvíce používaným škálám hodnocení stavu vědomí patří glasgowská klasifikace (viz příloha č.1). Ve výsledku se hodnoty pohybují v rozmezí 3 – 15 bodů. Hodnota 15 bodů znamená, že pacient je při plném vědomí. Nejnižší hranice 3 bodů značí úplné bezvědomí, 8 bodů a méně naznačuje těžkou poruchu vědomí, kdy je nutné zajištění dýchacích cest.

Kontrolou zornic pacienta získáme cenné informace. Normální zornice jsou stejné na obou stranách a reagující na světlo. K reakci dochází vždy na obou stranách, i když je zdroj světla použitý jen na jedné straně. Směřujeme ho z boku ke středu zornic. Pokud jsou zornice zúžené, mióza je důsledkem použití opioidů nebo léze pontu. Pokud jsou zornice rozšířené, mydriáza je důsledkem některých drog a léků, mydriatik nebo závažného postižení funkce mozkového kmene. Anizokorické (nestejně velké) zornice můžeme najít u subdurálního krvácení nebo cévní mozkové příhody (Vytečková a kol., 2013, s. 54).

U pacientů v kritickém stavu je aplikována analgezie a také sedace. Pacient, který je v bezvědomí a nemá reakci na bolest, analgosedaci nepotřebuje. Podle chování pacienta hodnotíme působení analgosedace.

Toto hodnocení dle Ramseye je založeno na subjektivním úsudku hodnotícího personálu:

- **Minimální hranice** je stav, kdy pacient normálně reaguje na oslovení. Koordinace a vědomí mohou být zhoršeny. Činnost kardiovaskulárního ani dýchacího systému není ovlivněna.
- **Střední hranice** je farmakologicky navozený změněný stav vědomí. Pacient odpovídá na dotazy spojené s mírnou taktilní stimulací. Většinou bývá zachována spontánní ventilace i normální funkce kardiovaskulárního systému.
- **Hluboká hranice** je stav, kdy pacienta nemůžeme snadno probudit, ale je možnost vyvolat obranný pohyb na bolestivý podnět. Samostatně ventilovat nedokáže, potřebuje zajištění dýchacích cest. Funkce kardiovaskulárního systému je zachována.

K analgezií jsou nejčastěji využívána morfinomimetika (sufentanyl), která jsou dobrou volbou při vyšší intenzitě bolesti. Jejich nevýhodou je snížení či vymizení peristaltiky, proto se podávají jen první dny. Analgezie je také výhodná k usnadnění fyzioterapie, čímž zajistíme lepší plicní funkce a prevenci atelektáz. K sedaci využíváme nejčastěji benzodiazepiny (midazolam). Mají anamnestický účinek, proto se musí vysazovat postupně, jejich účinek odeznívá pomalu. Ke krátkodobé sedaci pacienta je možno aplikovat propofol intravenózně či přes lineární dávkovač. Lze vysadit ihned a návrat k vědomí je téměř okamžitý. Tato sedativní složka je využívána ke komfortu pacienta, zklidnění a sladění s ventilátorem (Bartůněk a kol., 2016, s. 117).

3 UMĚLÁ PLICNÍ VENTILACE

Umělá plicní ventilace je podpora funkce dýchání, slouží ke korekci respirační insuficience prvního a druhého typu. Respirační insuficience prvního typu je porucha transportu plynů na alveokapilární membráně. Způsobuje ji postižení plicního parenchymu – hypoxemie nebo současně i hyperkapnie, např. syndrom dechové tísně dospělých (ARDS), plicní fibróza nebo pneumonie. Umělou plicní ventilací redukuje plicní zkratky, tj. objem krve procházející plicemi v nevzdušných oblastech. Ke zlepšení výměny a zvětšení plochy pro výměnu plynů také slouží umělá plicní ventilace. Pomáhá i otevřít plicní sklípky. Dependentní jsou níže uložené části plic, jsou dobře prokrvené, ale snadno dochází ke kolapsu plicních sklípků a ke ztrátě vzdušnosti. V těchto oblastech nedochází k výměně plynů mezi alveolem a krví a dochází ke zkratům v plicním řečišti.

Respirační insuficience druhého typu je způsobena nedostatečnou výměnou vzduchu v plicích, ventilačním selháním. Jako příčina je označována periferní či centrální neurologická porucha, svalová slabost, mnohočetné zlomeniny žeber, pohrudniční výpotek. Umělá plicní ventilace usnadňuje svalovou práci a zajišťuje výměnu alveolárního vzduchu (Zadák a Havel, 2017, s. 58).

3.1 Režimy umělé plicní ventilace

V umělé plicní ventilaci využíváme umělou ventilaci pozitivním tlakem, objemovým či tlakovým způsobem.

Tlakově řízená ventilace monitoruje velikosti dechových objemů a generuje změny tlaku v dýchacím okruhu. Pokud dojde k tvorbě hlenové zátky, funguje stále stejný tlakový vzorec s tím, že se snižují dechové objemy. Tato ventilace je preferována, neboť je šetrná k plicní tkáni. Také je bezpečnější z důvodu prevence nárůstu nebezpečných tlaků.

Objemově řízená ventilace generuje zvolený objem s nastavenými parametry a sleduje tlaky v dýchacím systému. Jestliže se vytvoří hlenová zátka a dojde tím ke změně v systému, objem se nemění, mění se tlaky. Tento druh ventilace je velmi efektivní, dosáhne nastaveného objemu ventilace, je tu ovšem riziko generace nebezpečných tlaků. Ventilátory mají proto ventilační režimy, které snižují tlaky v průběhu generovaného nádechu či omezují inspirační tlak.

SIMV (synchronized intermittent mandatory ventilation) neboli synchronizovaná intermitentní zástupová ventilace znamená, že pacient dýchá sám a přitom jeho vlastní dechy buď jsou, nebo nejsou podporovány pozitivním tlakem. Vše probíhá na základě rozpoznání pacientovy nádechové aktivity. Pokud nádechová aktivita není žádná, ventilace probíhá dle nastavených parametrů. Podle nastavených nádechů za minutu ventilátor podá odpovídající časovou délku. Pokud pacient projeví aktivní nádech, spustí ventilátor strukturovaný nádech. Jestliže ho neprojeví, spustí ventilátor sám strukturovaný nádech. Snaží-li se pacient dýchat vyšší frekvencí než ventilátor, je mu to umožněno, dechy pak nejsou podporovány vůbec nebo jsou podpořeny tlakem. To umožňuje aktivitu dechového svalstva a redukuje kompresivní atelektázy.

Asist/kontrol režim – je základním režimem řízené ventilace servoventilátoru. Přístroj rozpozná všechny dechy dle nastavené charakteristiky. Pokud se pacient snaží nadechovat sám, jsou nádechy spuštěny přes funkci trigger. Tato funkce vytvoří podtlak signalizující snahu pacienta o nádech. Je možnost použití v tlakovém i objemovém režimu.

ASB (assisted spontaneous breathing) je asistované spontánní dýchání, kdy dechovou frekvenci plně řídí pacient. Dle zvolené úrovně je jeho nádech tlakově podpořen. Tento režim je užíván po stabilizaci klinického stavu. Jedná se už jen o minimální podporu, očekává se brzké odpojení pacienta od ventilátoru.

BIPAP (biphasic positive airway pressure) je obdobný režim jako SIMV. U tohoto režimu se střídají nádech a výdech dle zvolených parametrů. Není zde pevně uzavírán expirační a inspirační ventil, umožňuje spontánní dechovou aktivitu. Pokud pacient potřebuje zakašlat v nádechu, přístroj mu to umožní. Dochází k obrácenému proudu vzduchu, ale tlak zůstává v předepsané výši. V tomto režimu je umožněna nízká dávka sedace, snižuje se při něm také střední tlak v hrudníku a tím je menší riziko traumatu plic pozitivním tlakem. Zajišťuje i dobrou toaletu dýchacích cest.

Mnoho pacientů toleruje dobře i náročnější ventilační režimy. Záleží na klinickém stavu pacienta a zkušenostech lékaře, který režim zvolí (Streitová, Zoubková a kol., 2015, s. 64).

3.2 Diagnózy vedoucí k umělé plicní ventilaci

Diagnózy vedoucí k umělé plicní ventilaci jsou většinou individuální a kritéria orientační. U chronicky nemocných pacientů jsou indikace individuální. Pokud se jedná o

akutní stav a pacienti jsou indikováni k zajištění dýchacích cest, jsou současně indikováni k arteficiální ventilaci.

Klinické stavy, které vedou k ventilační podpoře, rozlišujeme takto:

- akutní dechová tíseň – pacient má více než 35 dechů za minutu, řekne dvě slova a musí se nadechnut
- alterace vědomí
- vyčerpání pro dechovou tíseň
- šokové stavy
- neprůchodnost dýchacích cest
- bezvědomí, riziko aspirace
- nedostatečná toaleta dýchacích cest – retence hlenu
- nedostatečné dýchání s apnoickými pauzami

Pokud je lékař postaven před těžké rozhodování, pomohou mu laboratorní a pomocná vyšetření. Může nastat situace, která se nejeví akutní, ale z laboratorních vyšetření vyplyne nutnost napojení na umělou plicní ventilaci, například porucha oxygenace s hyperkapnií (Zadák a Havel, 2017, s. 60).

3.3 Postup zajištění dýchacích cest

Dýchací cesty na jednotkách intenzivní péče zajišťujeme z velké části orotracheální intubací. Tracheální rourka je pomůcka, která zabezpečí oddělení horních dýchacích cest od proximální části zažívacího traktu.

Rourky byly dříve kovové a byly zaváděny podle zevního pohmatu – poslepu. V minulých dobách byla preferována intubace nosem, protože byla časově méně náročná. Když se zavedla svalová relaxancia k usnadnění, orotracheální intubace získala své trvalé místo. Anatomické zakřivení horních cest dýchacích kopíruje klasická Magillova tracheální rourka. Dnes jsou již rourky vyráběny z plastické hmoty, která jí zajistí tvarovou paměť za pokojové teploty, nedráždivost a nesmáčivost. Tracheální rourka obsahuje také těsnicí manžetu, která je nízkotlaká a velkoobjemová, bezpečná pro pacienta. Základními atributy tracheální intubace jsou bezpečná identifikace laryngeálních struktur, netraumatické zavedení rourky, přesné utěsnění a bezpečná fixace. Laryngoskopická lžice

má být zavedena zprava a jazyk vertikální stranou lžíce odsunut doleva (Málek a kol., 2011, s. 82).

K zajištění průchodnosti dýchacích cest je tracheální intubace nejbezpečnější metodou. U pacienta v bezvědomí nedochází k aspiraci žaludečního obsahu. Je to i prevence úniku vzduchu při přetlakovém dýchání. Je tady ovšem možnost, že dojde k tzv. tiché aspiraci, to znamená, že do dorzální části trachey zateče část regurgitovaného žaludečního obsahu. V intenzivní péči je to velmi častý výkon. Je zde důležitý nácvik, atraumatické zavedení a vysoce profesionální přístup. Tracheální intubaci provádíme v celkové anestezii, po podání nitrožilního anestetika a krátkodobě působícího myorelaxancia. Atraumatická intubace znamená, že je navozen klid hlasových vazů. Postupujeme takto: preoxygenace, zajištění anestezie, laryngoskopie, zavedení tracheální rourky, naplnění těsnicí manžety, ověření polohy tracheální rourky, fixace tracheální rourky, pomocné manévry. Fixaci endotracheální rourky (ETR) provádíme náplastí a pevným textilním pruhem. Jako prevenci komplikací kontrolujeme skousnutí nebo zalomení tracheální rourky.

K řešení urgentního zajištění dýchacích cest řadíme koniopunkci a tracheopunkci. Tyto metody používáme u bezprostředně hrozící asfyxie s následnou možnou ventilací. Jako prostředek dlouhodobé derivace dýchacích cest je využívána tracheostomie (Málek a kol., 2011, s. 83).

4 SOCIÁLNÍ INTERAKCE MEZI PACIENTY A RODINOU

Pacienti i jejich rodinní příslušníci procházejí každý den různými pocity, emocemi. Sociální interakce může být vysvětlena pojmem sociální vztahy. Jde o procesy, které spočívají v působení jedné osoby na druhou. V klinické praxi jde o interakci mezi zdravotníkem a pacientem, zdravotníky navzájem a mezi zdravotníkem a rodinou nemocného. Pro vytvoření vzájemných pozitivních vztahů platí etické zásady. Sociální vztahy mezi pacienty a rodinou jsou závislé na vzájemném dobrém osobním vztahu a na účinné výměně informací mezi nimi. Správná komunikace může zabránit konfliktním situacím a zvyšuje účinnost terapeutických zásahů. Samozřejmě velmi příznivě ovlivňuje průběh nemoci pacienta (Zacharová, 2011, s. 242).

4.1 Snaha o navázání kontaktu

Sociální interakce spočívá v působení jednoho jednajícího na druhého. Je spjata s pojmem sociální vztah. Interakce mezi pacientem a rodinou má velmi silný náboj a je založena na osobní znalosti zúčastněných osob. Interakce je širší pojem než rozhovor. Obsah slova vnímáme jako akci, která se děje mezi dvěma lidmi. Může zahrnovat komunikaci nejen verbální, ale i neverbální. Obě tyto komunikace využíváme u pacienta v analgosedaci. Dyadická sociální komunikace se soustředí na psychiku pacienta, na to, co se děje mezi komunikujícími a jak probíhá jejich vzájemná komunikace. Vzájemný kontakt vyžaduje schopnost empatie z obou stran, postřeh, angažovanost, umění správně jednat. Rodinný příslušník si musí uvědomit, že pacientova osobnost je právě v životní krizi, a dle toho k němu přistupovat.

Pacient se obrací na zdravotníka jako osobnost, touží být ošetřován se vztahem k jeho osobnosti a to samé očekává od svých příbuzných. Vztah mezi zdravotníkem a pacientem by měl být založen na respektu a vzájemné důvěře, jelikož zdravotník pak funguje jako prostředník mezi pacientem a rodinnými příslušníky. Zdravotník vytvoří pro pacienta dobrý psychosociální terén, do kterého se poté zakomponuje i jeho rodina. Vztah lékaře a pacienta je často plný rozporů, je složitý a i zde funguje jako prostředník sestra. Pacient k lékaři vzhlíží, ale často i s nedůvěrou, i když věří, že mu chce pomoci, není nemocný do všeho zasvěcen. Zde opět záleží na komunikaci lékař versus rodina pacienta, neboť to, co pacient nepojme od lékaře, přijme většinou od rodinných

příslušníků. Má-li být léčení úspěšné, vyžaduje partnerský vztah a aktivní účast všech zúčastněných (Zacharová, 2016, s. 72).

4.1.1 Vhodné prostředí

Vhodné prostředí pro pacienta je to, kde jsou uspokojovány jeho základní potřeby. Jedná se o tělesnou čistotu, vyprazdňování, péči o výživu, tlumení bolesti, prevenci imobilizačního syndromu. Tato péče se na různých odděleních zdravotnického zařízení od sebe příliš neliší. Určité postupy mohou být změněny dle aktuálního zdravotního stavu pacienta. V oblasti diagnosticko-terapeutické činnosti se sestra podílí na provedení nebo jen přípravě vyšetřovacích metod a poté sleduje stav pacienta. Odebírá biologický materiál a sleduje fyziologické funkce. Vede administrativu v papírové i počítačové formě.

Uspořádání pokojů pacientů se liší dle zaměření oddělení a provozu. Pacienti v těžkém stavu jsou zpravidla ukládáni na lůžkách nejbližší k sesterně. Pacienti, kteří nejsou bezprostředně ohrožení na životě, jsou hospitalizováni na standardní ošetrovací jednotce. Pokud dojde ke zhoršení stavu pacienta, překládá se na specializovanou ošetrovatelskou jednotku (Vytejková a kol., 2011, s. 32).

Bezpečnost pacienta závisí na absenci poškození v souvislosti se zdravotní péčí. Kolem jeho lůžka by měl být dostatek místa a podlaha z kvalitního materiálu s protiskluzovou úpravou. Lůžko musí být pojízdné, kolečka se musí dát zabrzdit. Ložní plocha je polohovatelná a pevná, polohovatelnost je zajištěna většinou již elektronicky. Lůžko by mělo být také výškově nastavitelné a hlavně vybavené zábranami. Vzdálenost mezi lůžky by měla být minimálně 75 cm, aby personál mohl dobře ošetřovat pacienta a snížilo se tak i riziko přenosu nozokomiálních nákaz. Důležité je také, aby lůžko bylo přístupné ze všech čtyř stran, hlavová i nožní část lůžka musí být dobře odstranitelná. V době úklidu je vhodné, aby byla část cesty suchá pro bezpečný průchod. Neméně důležité je dobré osvětlení kolem lůžka a prevence pádu. Předměty, které pacient potřebuje, je dobré umístit tak, aby měl k nim snadný přístup.

Je třeba mít pacienta pod stálým přímým dohledem. I když se ošetřující personál snaží nic nezanedbat, v krajních případech může dojít k záměně nemocných či špatné manipulaci a tím k poškození pacienta. Dle předpisů musí být poté proveden zápis do dokumentace. Musíme se snažit pacientům nemocniční prostředí nastavit dle stanovených požadavků. Pokud bude dobře působit na pacienta, bude dobře působit i na jeho rodinné

příslušníky a jejich rozpoložení a tím i komunikace bude klidného a příjemného rázu (Vytejčková a kol., 2011, s. 32).

4.1.2 Potlačení rušivých elementů

Každý pacient se zadaptuje na nemocniční prostředí individuálně. Musí si zvyknout na ztrátu soukromí, jiný režim dne, noční chrápání jiného pacienta. Tyto vlivy nemocničního prostředí výrazně naruší dosavadní zvyklosti člověka. Jedním z faktorů, které adaptaci ovlivňují, je sociální situace, například obavy ze ztráty zaměstnání. Dále je to věk, délka hospitalizace a psychika pacienta.

Jsou všeobecně rozlišovány čtyři fáze adaptace:

- Období náhlé změny životního stylu – je to hledání bezpečí a jistot. Pacient je hledá u své rodiny a u zdravotnického personálu. V této fázi může být pacient úzkostný a plačtivý, záleží na jeho okolí, jak se k tomu postaví.
- Období aktivní adaptace nemocného – zde dochází k duševní rovnováze a uklidnění. Pacient si uvědomí, že se chce uzdravit, a spolupracuje s rodinou i zdravotnickým personálem.
- Období maladaptace – zde ztrácí víru v uzdravení, psychicky selhal. Pacient vyvolává konflikty, je nesnášenlivý, přecitlivělý. Tato fáze je nejnáročnější pro rodinu i zdravotnický personál.
- Období rezignace – dlouhodobě a těžce nemocný pacient přestává bojovat, nespolupracuje, ztrácí smysl života. V této fázi ho rodina zkouší motivovat a zdravotnický personál ji podporuje.

Nemocniční prostředí a jeho provoz jsou velmi rušivým elementem a někdy negativně ovlivňují adaptaci. Pacienti negativně vnímají rušivé elementy. Je poškozena jejich anonymita, když jsou oslovováni diagnózou nebo číslem. Nepodávají se jim veškeré informace, neví, co je čeká, která vyšetření podstoupí, jaký bude způsob terapie či operačního zákroku. Vadí jim ruch prostředí, nemocniční pachy, sténání bolestí okolních pacientů. Většina pacientů má obrovský stres z vyprazdňování na lůžku před zdravotnickým personálem i rodinou. Příjemné není ani to, mají-li vedle sebe umírajícího nemocného. Někteří netolerují vytrhnutí z jejich každodenního života, od rodinného krbu. Nejhorší bývá porucha soběstačnosti, kdy pacient není schopen uspokojovat své běžné potřeby (Kelnarová a kol., 2015, s. 68).

Personál nemocnice a rodinní příslušníci se musí snažit, aby pacient zvládnul proces adaptace co nejlépe. Ošetrovatelský personál pacientům netyká a oslovují je titulem. Personál i rodina si musí najít dost času na rozhovory s pacienty a podávat jim dostatek informací. Preventivně očekáváme hospitalismus a bojujeme proti němu. Umožníme rodině být s jejich příbuzným co nejvíce. Zajistíme stimulační prostředí – barevné zdi, pestré malby, obrázky. Zvolíme zaměstnání pro pacienta, aby se odreagoval. Staráme se o duševní a tělesnou aktivitu, na které se podílí rodinní příslušníci a zdravotnický personál. Snažíme se pacienta přivést na jiné myšlenky a aktivizovat jej (Kelnarová a kol., 2015, s. 69).

4.1.3 Podpora pacienta a jeho rodiny ze strany zdravotnického pracovníka

Péče o těžce nemocné je náročná, je třeba k ní přistupovat s výrazným etickým rozměrem. Zdravotníci mohou snadno ovlivnit svobodu a život pacienta. Řeší problémy, které nezávisí jen na jejich odborných znalostech, ale i na osobním přesvědčení a názorech. Jsou na ně kladeny vysoké nároky etické a odborné. Toto povolání je širokou veřejností chápáno jako poslání, zdravotník i lékař by měli mít vysoké morální hodnoty. Neoddělitelnou součástí péče o pacienty je respektování lidských práv, kulturních práv, práva na život, práva na důstojnost a úctu a práva vlastního rozhodnutí. V rámci ošetrovatelské péče nesmí zdravotnický pracovník nemocného diskriminovat na základě barvy pleti, věku, kulturních vyznání, zvyklostí, pohlaví, sexuální orientace, národnosti, rasy, postižení nebo nemoci. Zdravotníci poskytují zdravotnické služby jedincům, komunitám a rodinám a slučují svoje služby se službami jiných. Zájmy zdravotnického pracovníka jsou vždy podřazené pod zájmy těch, kterým poskytuje zdravotní péči. Je povinen chránit informace o pacientech, kterým poskytuje své služby. Zdravotnickou dokumentaci vede pravdivě a pečlivě, chrání ji před zneužitím cizí osobou. Zdravotníci si aktivně prohlubují znalosti o právních předpisech pro danou profesi a dodržují je, nepodřizují poskytování péče komerčním zájmům. Přítomnost rodiny a blízkých by měla být zdravotnickým personálem vždy umožněna, pokud ji pacient nyní nebo dříve neodmítl. (Bartůněk a kol., 2016, s. 58).

S rodinou a blízkými pacienta by měli zdravotníci komunikovat na profesionální, ale současně i partnerské úrovni. V péči o pacienta jsou partnery. Rodina by měla být informována o tom, co se bude dít a co jejich blízkého aktuálně čeká. Rozhodnutí o strategii léčby kriticky nemocného pacienta na sklonku života by měl lékař projednat

s jeho rodinnými příslušníky, měl by znát jejich názor. Toto vše je ošetřeno v Etickém kodexu ČR (Bartůněk a kol., 2016, s. 62).

4.1.4 Edukace rodinných příslušníků

Pro pacienty v analgosedaci i jejich rodinné příslušníky je hnací silou motivace. Dle její síly jsou schopni překonávat překážky. Motivace dodává odvahu k naplnění cílů. Je to psychologický proces, který vede k energizaci organismu. Usměňuje naše chování. Podporuje nás v překonání překážek, dává nám účel a směr. Lidské chování je vždy ovlivňováno a motivováno biologickými a kulturními aspekty. Motivace situační vychází ze situace a vyzývá k jednání. Základní formou motivu je potřeba, která vychází z nadbytku nebo nedostatku něčeho. Pacienti a jejich rodinní příslušníci mají hlavně potřebu informací. A doufají, že tuto potřebu jim uspokojí zdravotnický personál. Pokud nejsou dostatečně informováni, mají strach a jsou deprimováni.

Závažná a dlouhodobá onemocnění se úzce dotýkají rodinných příslušníků nebo jiných nejbližších osob. Potřebují vědět, že pro jejich blízkého-nemocného je zde vhodné a dobré místo. Informace, na které mají právo, dostanou v plném rozsahu a dostanou je jen oni, ne nikdo nepovoláný. I oni mají své místo v péči o blízkého, potřebují vědět, na koho se mohou obrátit a s čím mohou pomoci, jak naleznou v chaosu a zmatku, který vznikl v rodině při onemocnění jejich rodinného příslušníka, řád a strukturu.

Všechny tyto informace by měl v rámci rozhovoru a edukace podat zdravotnický personál, aby zabránil vzniku nedorozumění (Šamánková a kol., 2011, s. 56).

4.2 Podpora komunikace a kognitivních funkcí

Kognitivní funkce patří mezi základní funkce našeho mozku. Jejich prostřednictvím poznáváme okolní svět, plánujeme naše jednání a vstupujeme do interakcí s lidmi kolem nás. U pacientů v analgosedaci jsou tyto funkce oslabeny. Mají proto pocity méněcennosti a obávají se selhání, ztrácí kus svébytného já. Běžné denní fungování pro ně není možné. V tréninku kognitivních funkcí má důležitou roli pozornost, u pacientů v analgosedaci je snižena. Analgosedací jsou ovlivněny i zrakově prostorové schopnosti. Ani potíže s orientací vlastní osoby v prostoru nejsou ojedinělé, především na neznámých místech. Krátkodobá paměť bývá u těchto pacientů také porušena. Lidská řeč vyžaduje složitou koordinaci pohybů jazyka, rtů, vnitřních úst a hlasivek, aby vytvořila zvuk. I tato schopnost je u pacientů porušena. Ztráta schopnosti mluvit je vyřadí ze společnosti. Stávají

se méně pružnými a přizpůsobivými v myšlení. Jsou méně pohotoví při řešení problémů. Špatně rozumí okolnímu světu a hůře se v něm orientují. Přemýšlejí o cíli svého snažení, ale neví jak jej dosáhnout (Klucká, 2016, s. 16).

Kromě cílené terapie pacienta je tedy důležitá i kognitivní rehabilitace, neboli procvičování a náprava deficitu kognitivních funkcí.

Kognitivní rehabilitace se zaměřuje na psychomotoriku ve smyslu senzomotoriky a koordinace, dále na pozornost, paměť, orientaci, motivaci. S pacienty v analgosedaci ji individuálně. V rámci kognitivní rehabilitace můžeme s těmito pacienty plánovat průběh dalšího života. Jak dlouho budou ještě ventilováni, dokdy setrvají v klidovém režimu, celková doba hospitalizace, vyhlídky do budoucnosti. Měli bychom je zapojit a motivovat. Důležité je odlehčit situaci a navodit zábavu. Postupujeme od jednoduchého zaměření pozornosti a zlepšení psychomotorického tempa až k procvičování prostorové představitivosti. Procvičujeme s těmito pacienty také vizuální vnímání, paměť, logické úlohy, abstrakce. Tréninkové bloky obsahují soubor několika cvičení, každé cvičení je zaměřeno na jednu či více kognitivních funkcí. Kognitivní rehabilitace je u těchto pacientů velmi důležitá, propojí je s okolním světem (Klucká, 2016, s. 20).

4.2.1 Materiály sloužící k dorozumívání

Výběr druhu komunikace je vždy nutné posuzovat dle individuálních možností pacienta. Pro různé druhy komunikačních systémů používáme souhrnný termín augmentativní a alternativní komunikace. Jedná se o různé pohyby těla, změny zabarvení a výšky hlasu, psaní, kreslení. Čím horší je schopnost mluvit, tím větší je potřeba augmentativních technik. Pro pacienty v analgosedaci představuje augmentativní komunikace hlavní komunikační prostředek.

Jako první můžeme využít schopnost artikulace. Ta je ovšem pro všechny účastníky náročná. Pacient do ní musí vložit mnoho úsilí a rodinní příslušníci a sestra se musí velmi snažit, aby mu porozuměli a byli trpěliví. Pokud s tím nemají doposud žádné zkušenosti, je to těžké a nepřesné pro obě strany.

Další možností je komunikace pomocí písma. Pacient musí mít zachovalou dobrou svalovou sílu, vyjadřuje se kresbou nebo písmem rukou na papír. Lze použít i znakovou řeč, pokud ji pacient i rodina ovládají. Na některých odděleních intenzivní péče používají tabulku s písmeny, pacient dostane magnetickou tabulku a skládá na ní slova pomocí písmen. Má-li špatnou koordinaci horních končetin, může na písmena pouze ukazovat.

Sdělení pomocí obrázků a piktogramů využíváme pro rychlejší komunikaci u většiny pacientů, kteří se nedokážou vyjádřit. Každé oddělení si vytvoří svůj systém a složení obrázků a piktogramů. Pacient by měl mít tuto pomůcku stále u sebe. Uvádíme na ně slova, krátké slovní spojení, jedná se o věci každodenní potřeby – spánek, strava, vyprazdňování, bolest. Dle potřeby je můžeme dále vytvářet, předělávat a upravovat. Komunikaci pomocí fotografie používáme nejčastěji u lidí s porušeným vědomím. Snažíme se pomocí fotografie podpořit pacientovu paměť. Může nám dát najevo, koho by chtěl vidět (Tomová a Křivková, 2016, s. 88).

Novější možností je komunikace pomocí počítače. Zvládne-li pacient ovládat klávesnici počítače, je možnost být ve validním kontaktu s rodinou i ošetrovatelským personálem. Vhodnější je použití notebooku, ten může mít pacient stále u sebe. Nevládá-li použití standardní klávesnice, je možností ještě speciální klávesnice, ale to už je v režii rodinných příslušníků pacienta.

Již dlouhodobě využívanou komunikací je komunikace pomocí mimiky. Nelze-li k dorozumívání použít mluvené slovo, artikulaci ani pohyby končetin, snažíme se použít mimiku. Pokud získáme pacienta a rodinu pro spolupráci, dohodneme si mezi sebou určité signály, které budeme používat. Nejčastěji jsou to pohyby očí. Položíme otázku, když pacient souhlasí, mrkne, pokud ne zavře oči. Můžeme k tomu připojit ještě například grimasování a plazení jazyka. Na komunikaci pacientů v intenzivní péči nepříznivě působí únava jich samotných i rodinných příslušníků a ošetrovatelského personálu. Aby komunikace probíhala bez problémů, je nutná jistá zkušenost a trpělivost zúčastněných (Tomová a Křivková, 2016, s. 90).

Pro pacienty v analgosedaci i jejich rodinné příslušníky je hnací silou motivace. Dle její síly jsou schopni překonávat překážky. Motivace dodává odvalu k naplnění cílů. Je to psychický proces, který vede k energizaci organismu. Usměňuje naše chování. Podporuje nás k překonání překážek, dává nám účel a směr. Lidské chování je vždy ovlivňováno a motivováno biologickými a kulturními aspekty. Motivace situační vychází ze situace a vyzývá k jednání. Základní formou motivu je potřeba, která vychází z nadbytku nebo nedostatku něčeho. Pacienti a jejich rodinní příslušníci mají hlavně potřebu informací. A doufají, že tuto potřebu jim uspokojí zdravotnický personál.

Závažná a dlouhodobá onemocnění se úzce dotýkají rodinných příslušníků nebo jiných nejbližších osob. Potřebují vědět, že pro jejich blízkého-nemocného je zde vhodné

a dobré místo. Informace, na které mají právo, dostanou v plném rozsahu a dostanou je jen oni, ne nikdo nepovoláný. I oni mají své místo v péči o blízkého, potřebují vědět, na koho se mohou obrátit a s čím mohou pomoci, jak naleznou v chaosu a zmatku, který vznikl v rodině při onemocnění jejich rodinného příslušníka, řád a strukturu (Šamánková a kol., 2011, s. 56).

4.2.2 Bazální stimulace

V oblasti ošetrovatelství patří bazální stimulace k uznávaným a aplikovaným konceptům. Byl vyvinut pro lidi, kteří jsou duševně nebo tělesně postižení, kteří jsou ve vigilním kómatu, u nichž je určitým způsobem postiženo vnímání. Počet odborníků, kteří s ním pracují, roste a zkušenosti se rozšiřují. První kurz bazální stimulace v České republice se konal v roce 2003 a od té doby je zaváděn do praxe. Koncept se využívá v péči na standardních odděleních, v intenzivní péči, v ústavech sociální péče, v zařízeních pro seniory, v domácí a hospicové péči. Důvodem použití je velké spektrum technik konceptu, které se specializují na vnímání, pohybové aktivity a podporu komunikace. U každého z nás zůstávají tyto potřeby zachovány. Vyškolený zdravotnický pracovník na základě pacientova somatického a mentálního stavu rozhodne o zařazení vhodných technik konceptu do péče. Dle pacientova stavu mění či přidává stimulační techniky.

Získáním kvalitní autobiografické anamnézy dosáhneme předpokladu účinné stimulace. Dáme si reálné cíle, sestavíme ošetrovatelský plán a do péče o pacienta integrujeme příbuzné. Stimulace dělíme na základní a nastavbové. K základním patří vestibulární, somatická a vibrační stimulace. Nastavbové pak rozlišujeme na auditivní, orální, optické, olfaktorické a taktilně-haptické stimulace (Válková, 2015, s. 94).

Somatická stimulace pomáhá pacientovi vnímat vlastní tělo. Jedná se o tělesné podněty, jako jsou masáže a doteky. Vestibulární stimulace orientuje pacienta v prostoru. Pomáhá mu s uvědomováním polohy v prostoru. Vibrační stimulací můžeme ovlivnit rytmické dýchání pacienta. Pomáhá mu vnímat vibrace a chvění lidského hlasu. V auditivní stimulaci se snažíme pacienta rozpomenout na jeho oblíbené a známé zvuky. V taktilně-haptické se zaměřujeme na osvojování manipulace s předměty. V orální stimulujeme receptory chuti prostřednictvím oblíbené tekutiny. V olfaktorické podněcujeme čichové receptory vůní a pachem. V optické stimulujeme zrakové receptory zajímavými obrázky či fotkami v zorném poli pacienta.

Pacienti v analgosedaci jsou na jednotce intenzivní péče napojeni na velké množství přístrojů. Kolem sebe mají jen sterilní prostředí a v něm mnoho nepříjemných zvuků, které přístroje vydávají. Toto prostředí nepůsobí uklidňujícím dojmem a může psychiku pacientů ještě zhoršovat. Jsou z toho ve stresu a cítí se opuštěni. Prostor ale nelze úplně změnit, přístroje pacient potřebuje. Koncept bazální stimulace se snaží stresující prostředí co nejvíce zmírnit a nepříjemné věci eliminovat. Jestliže má pacient kolem sebe kromě životně důležitých přístrojů i fotky své rodiny, působí to velmi dobře na jeho smyslové vnímání (Válková, 2015, s. 95).

4.2.3 Kognitivní trénink a rehabilitace

Čím více umožníme pacientovi, aby nám aktivně naslouchal, tím lépe nám bude rozumět. To znamená, že nebudeme mluvit příliš dlouho, příležitostně si ověříme pomocí otázky, zda nám rozuměl. Musí být aktivně zapojen do výkladu, abychom upoutali jeho zájem. Tím, že je aktivně zapojen, má pocit, že komunikuje. Zapojení je možno použitím společného slovníku, aktivním dotazem na pocity pacienta. Zda je vše jasné, srozumitelné, co můžeme zlepšit nebo jestli chce něco dodat. Podporujeme ho pomocí řeči našeho těla, přízvuku, vedení hlasu, gestikulace, tím mu umožňujeme komplexnější vnímání. Vše je závislé na postoji, určované vztahem a zaměřené na proces vývoje. Velmi důležitá je opravdovost, přijetí, bezpodmínečný respekt a empatické porozumění (Motschnig, 2011, s. 62).

4.2.4 Augmentativní pomůcky

Augmentativní komunikace je oblast klinické praxe, která se pokouší kompenzovat projevy poruchy u osob s komunikačními poruchami. Tato komunikace má podporovat existující, ale pro běžné dorozumívání nedostatečné komunikační schopnosti. Jde o narušení mluvené řeči. K dorozumívání s pacienty v analgosedaci jsou potřeba augmentativní pomůcky, a to jak ze strany rodiny, tak ze strany zdravotníků (Kroupová, 2016, s. 36).

MAKATON

Jazykový komunikační systém určený pro pacienty, kteří mají znemožněnou plnohodnotnou komunikaci s jejich sociálním okolím. Je to kombinace mluvené řeči a manuálních znaků, zapojují se i gestika, mimika, řeč těla, oční kontakt. Symboly Makatonu jsou černobílé obrázky, které obsahují základní slovní zásobu k dennímu použití. Pacienti mohou za jejich pomoci sestavovat věty. Jedná se o 450 znaků (Klimentová, 2019, s. 65).

KOMUNIKAČNÍ TABULKY

Jednotlivé symboly uspořádané do tematických celků. Pacient si z nich vybírá ty, které potřebuje k dorozumění s ostatními. Vytváření těchto tabulek je velmi individuální činnost. Musíme zvolit vhodnou velikost, četnost obrázků, vhodnou barvu a kontrast, logické tematické celky. Pacient se dorozumívá ukázáním na symbol prstem. Tabulky by se měly měnit dle potřeb uživatele. Tato pomůcka musí být trvale v jeho dosahu (Klimentová, 2019, s. 62).

BLISS SYSTÉM

Tento systém používá místo slov jednoduché obrázky. Obsahuje 26 grafických znaků. Při jejich kombinaci lze vytvářet až 2300 symbolů. Pacienti komunikují prostřednictvím ukázání na jednotlivé symboly (Klimentová, 2019, s. 64).

PIKTOGRAMY

Jsou stylizované obrázky, které na první pohled něco sdělí. Malý srozumitelný náčrt činnosti či věci.

VOKS

Jedná se o výměnný obrázkový systém. Pomocí výměny obrázků může pacient sestavit větu či příběh, kterým se může dorozumět s rodinnými příslušníky. Tato metoda je velice vítána z obou stran. Tento systém je srozumitelný, je možné jej využít v každém prostředí.

COGNIPLUS

Nejlepší nástroj pro kognitivní trénink. Tréninkový softwarový program je uživatelsky přístupný a pro pacienta velmi motivující. Modul využívá realistických scénářů. Programy lze přizpůsobit dle aktuálního stavu pacienta. Je-li potřeba snazší ovládní, můžeme použít reakční panel, jinak se ovládá klávesnicí. S pacientem trénuje paměť, pozornost, zpracování prostoru, vizuomotorickou koordinaci (Gudrun, 2019, s. 13).

DOTYKOVÉ MONITORY

Jsou pro pacienty v analgosedaci velmi snadno ovladatelné a vysvětlitelné. Umožní ovládat počítač bez klávesnice a myši.

Jako další prostředky k navázání augmentativní komunikace používáme fotografie a různé předměty.

EMPIRICKÁ ČÁST

5 CÍL A ÚKOLY PRÁCE

Cílem empirické části práce je zjistit, jaké jsou zkušenosti a prožitky rodinných příslušníků (příbuzných) pacientů na jednotce intenzivní péče, které se týkají komunikace s pacientem v analgosedaci. V teoretické části jsme popsali možnosti komunikace s pacientem v analgosedaci, která má svá pravidla a je při ní možné využívat specifických dovedností a pomůcek. Zajímá nás, zda je pro rodinné příslušníky pacientů komunikace s jejich blízkými obtížná, jaké bariéry vnímají, jak se vyrovnávají se závažným onemocněním svých příbuzných a jak vnímají podporu ze strany zdravotníků.

Pro všeobecnou sestru, která pracuje na jednotce intenzivní péče, není jen důležitá péče o samotného pacienta, ale měla by umět spolupracovat také s jeho rodinou a nabídnout rodinným příslušníkům vhodnou formu sociální a faktické podpory (podat informace, edukovat, naslouchat). Zdravotnický personál se snaží pomáhat s navázáním kontaktu rodinných příslušníků s pacientem při každé návštěvě.

Tím, že zjistíme zkušenosti a prožitky příbuzných pacientů, kteří je navštěvují v prostředí jednotky intenzivní péče, můžeme na ně v praxi lépe reagovat. Výstupem diplomové práce bude edukační materiál pro rodinné příslušníky pacientů v analgosedaci, ve kterém budou využity informace z teoretické i empirické části práce.

Pacientů s diagnózou náhlá zástava oběhu přibývá a praxe potvrzuje, že komunikace s rodinnými příslušníky je pro ně velice důležitá. Blízké osoby pro ně představují jistotu a uvědomění si toho, kým byli.

6 VÝZKUMNÉ OTÁZKY

Jak prožívají rodinní příslušníci návštěvu u pacienta v analgosedaci?

Jaké jsou zkušenosti rodinných příslušníků s komunikací s pacientem v analgosedaci?

Jak vnímají rodinní příslušníci podporu ze strany zdravotníků?

7 CHARAKTERISTIKA SLEDOVANÉHO SOUBORU

Jako respondenti výzkumu byli cíleně vybráni rodinní příslušníci pacientů hospitalizovaných na kardiologické jednotce intenzivní péče. Tito pacienti byli v analgosedaci z důvodu náhlé zástavy krevního oběhu. Výběrovým kritériem byla dobrovolnost účasti na výzkumném šetření, pravidelné navštěvování pacienta v analgosedaci. Osloveno bylo 8 příbuzných pacientů, s účastí na výzkumném šetření souhlasili 4 respondenti.

8 METODIKA PRÁCE

Tato kapitola se zabývá volbou a charakteristikou výzkumné metody, seznamuje s pracovištěm, kde výzkum probíhal. Je popsána organizace a realizace výzkumu a jeho náročnost.

8.1 Volba a charakteristika výzkumné metody

Ošetřovatelství jako vědecká disciplína nemá stabilizovanou metodologickou orientaci. Výzkum můžeme rozdělit podle metodologie na kvantitativní a kvalitativní. Tato diplomová práce je zpracována na základě kvalitativního výzkumu. Kvalitativní výzkum je systematický proces. Je využíván subjektivní přístup k popisu a interpretaci životních zkušeností. Analyzuje narativní informace ne organizovaným, ale intuitivním způsobem. Výsledků se nedosahuje pomocí statistických procedur nebo jiných způsobů kvantifikace. Tento výzkum se provádí nejčastěji jako dlouhý a intenzivní kontakt s životní situací. Bývají to banální situace, které se týkají každodenního života jedince nebo společnosti. Jeho hlavním cílem je prokázat, jak účastníci v každodenních situacích rozumí probíhajícím procesům, jak provádějí příslušné akce a jak je zvládají.

Současná odborná literatura zabývající se metodikou výzkumných šetření zdůrazňuje důležitost následujících faktorů (Hendl, 2011, s. 51):

- **Procesuálnost** – výzkum je procesem, v jehož průběhu se mění jeho jednotlivé prvky.
- **Zaměření na případ** – věnuje se pozornost jednotlivým případům, navrhuje se podle nich teorie, podrobně jsou popisovány.
- **Subjektivita** – každý výzkumník musí být subjektivní, musí dojít k částečné identifikaci se zkoumaným jevem. Tento postoj zaručí získání subjektivních interpretací zkoumaných osob. Přístup k subjektu musí být upřímný, čestný, otevřený. Zkoumaný jedinec může kdykoli ukončit své jednání, vyprávění, naslouchání, musí mu to být umožněno.
- **Otevřenost** – výzkumník je otevřen vůči zkoumaným osobám, ke zkoumané situaci, použitým metodám, ke zvláštnostem. Z toho plyne, že hypotézy a plán výzkumu se dotvářejí až v jeho průběhu. Důležitá je zvýšená vnímavost a citlivost k tomu, jak vše definují druzí, a umění přebírání jejich rolí.
- **Reflexivita** – znamená připravenost výzkumníka reagovat na nečekané situace a momenty.
- **Iterativní heuristika** – v tomto výzkumu vzájemně prostupují jeho etapy. Počáteční nejistota o směrech zkoumání celý plán poznamená. Analytický proces začíná ve fázi sběru dat a ovlivňuje další sběr dat a pak i celý plán výzkumu.
- **Kontextuálnost a historicita** – každá disciplína má vždy historii a jistým situacím můžeme porozumět, až když je situujeme do sociálního a historického kontextu. Snažíme se pochopit jevy a chování v jejich kontextu.
- **Problematizace determinovanosti** – zde se jedná o pojem „pravidlo“, který vychází z toho, že pravidelnosti v jednání lidí jsou vysvětlitelné používáním systému pravidel, který se však neustále mění. Určitý řád ale existuje a podle toho se řídíme.

Sběr dat byl proveden prostřednictvím polostrukturovaného rozhvoru. Byl sestaven návod, který obsahoval hlavní témata rozhvoru a k nim příslušné otázky. Obecně rozhvor může být proveden mezi dvěma nebo více účastníky, kteří touží získat důležitá fakta, záměry či informace. Je to velmi účinný prostředek pro sbírání informací. Může mít podobu řízeného rozhvoru nebo nezávazného společenského povídání. Tyto informace mají aktuální podobu a současně s nimi získáme i osobní reakce účastníků k aktuálním skutečnostem. Výzkumník získává zkušenost v podobě pocitu, jaké to je být v určité situaci. Sdílíme informace a pocity s lidmi, dostáváme příležitost pro zpětnou vazbu a konfrontaci názorů. Pokud někdo něčemu neporozumí, může se ihned zeptat, získáváme informace navíc, které nebyly cílem rozhvoru (Mikuláščík, 2010, s. 137).

Jestliže se můžeme na rozhvor připravit, je to velká výhoda. Účastník vidí, že jsme s přípravou strávili nějaký čas, váží si toho a respektuje nás. Příprava na rozhvor obnáší výběr osoby, shromáždění určitých informací, příprava otázek, příprava prostředí (Mikuláščík, 2010, s. 139). V našich rozhvorech jsme využívali hlavně otevřené otázky, které vedou k tomu, že dotazovaný rozvíjí své vlastní myšlenky a názory bez omezení. Většinou řekne i něco víc, na co nás ani nenapadne se zeptat, není omezován ve svém projevu. Nejde jen o kladení otázek, ale o maximální soustředěnost a napětí, je třeba umět si získat účastníka rozhvoru, pochopit jeho hodnoty, postoje a jeho svět.

Při vedení rozhvoru v žádném případě směrem k dotazovanému nemoralizujeme, jen posloucháme, ptáme se a neříkáme vlastní názory. Rozhvor obvykle probíhá v 5 fázích (Mikuláščík, 2010, s. 141):

Úvodní fáze – začínáme pozdravem, důležité je udělat dobrý dojem a vytvořit příjemnou atmosféru. Před začátkem dotazování je vhodné poděkovat za umožnění rozhvoru a za souhlas s dotazováním. Používaný diktafon umístíme tak, aby účastníka nerozrušoval.

Shromažďování základních dat – v této fázi získáváme nejzákladnější data. Kladení otázek je více pod kontrolou. Krátké seznámení účastníka s tím, na co bude dotazován.

Shromažďování doplňujících informací – cílem těchto doplňujících informací je zjistit nové pohledy, co není známé, co je pro lidi novinkou. Musíme si rozmyslet, které informace ještě potřebujeme získat a jak se budeme ptát, aby otázky působily srozumitelně.

Prostor pro otázky dotazované osoby – vždy je vhodné poskytnout možnost ptát se i druhé osobě.

Ukončení rozhovoru – hlavním úkolem této fáze je dotazovanému poděkovat. Je pro něj důležité sdělení, že nám svým rozhovorem pomohl. Na závěr je nezbytné říci, jak budou získané informace použity.

Po skončení rozhovoru se zamyslíme nad tím, zda splnil svůj účel. Důležité je i poučení z chyb, které jsme udělali.

8.2 Realizace výzkumu

Před zahájením samotného výzkumu byla kontaktována vrchní sestra a útvar náměstkyně pro ošetrovatelskou péči Fakultní nemocnice Plzeň a bylo požádáno o souhlas s výzkumným šetřením (viz příloha č. 6). Respondenti byli vybíráni v rámci oddělení kardiologické jednotky intenzivní péče, na kterém autorka pracuje.

Kardiologická klinika se skládá ze standardního oddělení s 30 lůžky, jednodenního stacionáře, který disponuje 4 lůžky, a z arytmiologie, jež disponuje 2 operačními sály. Dále je součástí intervenční kardiologie, která disponuje 2 operačními sály, jednotka intenzivní péče s 12 lůžky a úsek neinvazivní kardiologie a úsek specializovaných ambulancí. Na kardiologickou jednotku intenzivní péče je většina pacientů přivázena v akutním či kritickém stavu, což vyžaduje sebranou práci celého týmu. Nejčastěji jsou pacienti přijímáni pro akutní formy ischemické choroby srdeční. Pracuje zde 5 stálých lékařů, 25 všeobecných sester a nižší zdravotnický personál. Každou hodinu zde všeobecná sestra zapisuje vitální funkce nemocného, tiskne výsledky a plní ordinace lékaře.

Bylo osloveno osm respondentů, z toho dva odmítli. Rozhovory nakonec byly provedeny čtyři, jelikož dva respondenti vážně onemocněli, a probíhaly v období od listopadu 2018 do února 2019. Termín realizace byl předem domluven s účastníky. Rozhovory se uskutečnily v našem osobním volnu, v prostředí respondentům příjemném, aby byl dostatek času a cítili se dobře. Před začátkem byli účastníci vždy ujisti o zachování anonymity dat. Dle předchozí domluvy byly rozhovory nahrávány na diktafon a respondenty byl podepsán souhlas s výzkumem a pořízením hlasové nahrávky. Z důvodu anonymity není nahrávka součástí této diplomové práce, ale v případě potřeby je k dispozici. Vyslovením souhlasu respondent potvrzuje, že dostal adekvátní informace, chápe je a je schopný se rozhodnout svobodně. Informace byly poskytnuty ústně při vyslovení souhlasu s výzkumem. Byly striktně dodrženy všechny etické principy vztahující se k vědeckovýzkumným činnostem.

Při provádění rozhovorů byly pozorovány neverbální projevy dotazovaných, zapisovány a hodnoceny autorkou. Délka každého rozhovoru byla individuální, pohybovala se v rozsahu od 1,5 hodiny do 3 hodin. Okruhy k rozhovoru jsou uvedeny v příloze č. 4 této práce. Zapsané rozhovory byly autorkou práce opakovaně čteny, byly vypsány důležité poznámky a proveden jejich rozbor. Byla propojena důležitá zjištění, souvislosti, příčiny a vztahy, výzkumná zjištění byla nakonec obsahově analyzována.

Na rozhovoru se podíleli dva muži a dvě ženy:

- první muž – manžel pacientky, 68 let, základní vzdělání, velmi milý a vřelý vztah
- druhý muž – syn pacienta, 38 let, středoškolské vzdělání, vztah osobní
- první žena – snacha pacientky, 36 let, vysokoškolské vzdělání, velmi vřelý až mateřský vztah
- druhá žena – manželka pacienta, 41 let, střední odborné vzdělání, velice intimní vztah

8.3 Organizace rozhovorů s jednotlivými respondenty

Rozhovor č. 1 s manželem pacientky byl domluven na nedělní odpoledne u respondenta v domácím prostředí. U rozhovoru se sešla celá rodina, všechny to velmi zajímalo a chtěli se se mnou opět setkat. Tato rodina je velká, čítá asi 10 členů, ale všichni do jednoho jsou velmi přátelští. Při příchodu autorky manžel pacientky - respondent uvařil kávu a hovor proběhl v kuchyni. Přítomna byla ještě mladší dcera, která výstižně doplňovala svého otce. Po vysvětlení tématu rozhovoru a objasnění cíle výzkumu došlo na vlastní rozhovor.

Respondent odpovídal na počáteční základní otázky velice stroze. Jakmile ale došlo na věci týkající se hospitalizace, hned se rozpovídal. Již od začátku jeho manželství se o svoji ženu a rodinu láskyplně staral. I sama pacientka udává, že na něj bylo vždy spolehnutí a o vše se postaral. Pacientka pracovala jako ošetřující personál v diagnostickém ústavu. Neměla tolik času na rodinu a vyhovovala jí starostlivost manžela, který takto vychoval i jejich děti. Pacientka trpěla již 15 let diabetem mellitem 2. typu na inzulinoterapii a manžel ochotně zavedl dietní režim pro celou rodinu, aby jí to nebylo líto.

Na každou otázku odpověděl vše. Nebyl si jistý, jestli má autorka ještě zájem o doplňující odpovědi, po ujištění, že ano, se vždy rozpovídal s úsměvem na tváři. Někdy svou odpověď promýšlel delší čas, ale nebylo to z důvodu, že by otázce nerozuměl. Chtěl jen, aby bylo vše jasné a srozumitelné. Stále kontroloval, jestli opravdu odpověděl na vše. Byl velmi vnímavým respondentem. Rozhovor trval asi 2 hodiny, ale návštěva v této rodině celé odpoledne. Po skončení rozhovoru a poděkování bylo autorce nabídnuto, aby se ozvala vždy, když bude chtít, že kdykoli pomůžou. V současnosti vzájemný kontakt stále trvá a je častý, buď telefonický, nebo formou vzájemných návštěv. Autorka se cítí téměř jako člen jejich rodiny.

Rozhovor č. 2 se synem pacienta proběhl v kavárně, kterou navrhl respondent, v úterý dopoledne, protože pracuje v reklamní agentuře a některé dny má volněji. Kolem 9. hodiny v kavárně ještě mnoho lidí nebylo, a tak byl na rozhovor čas a klid. Respondent se velmi zajímal o realizovaný výzkum, zajímalo ho všechno. Váží si práce zdravotníků a obdivuje jejich sílu všem pomáhat. Ke každé otázce měl ještě spoustu doplňujících otázek. Respondent vyprávěl, jak srdeční zástava jeho otce změnila jejich do té doby vcelku chladný vztah. Souvisí to i s tím, že srdeční příhoda se udála přímo na Štědrý den a syn byl nucen otce resuscitovat. Nikdy předtím nepocítil takovou bezmoc a úzkost. I proto každá jeho návštěva na intenzivní péči byla ve znamení velké vyděšenosti a strachu. Sám respondent totiž před nedávnem srdeční příhodu také prodělal, to, co se stalo jeho otci, jej poznamenalo psychicky a nyní navštěvuje psychoterapeuta.

Po tomto úvodní naladění proběhl ale naprosto příjemný a milý rozhovor. Každá otázka ho oslovila a dokázal o ní hovořit dlouho. Celkový rozhovor trval 3 hodiny, poté jej autorka ukončila s tím, že je možné se kdykoli znovu sejít a pokračovat. Před odchodem respondent dostal kontakt na autorku s příslibem, že až bude diplomová práce napsaná, pošle mu ji e-mailem, aby si ji mohl přečíst.

Rozhovor č. 3 se snachou pacientky byl uskutečněn v restauraci ve městě, kde respondentka žije. Konal se v odpoledních hodinách, protože respondentka učí na základní škole a odpolední hodiny jí vyhovují nejlépe. Začátek rozhovoru byl ovlivněn značnou nervozitou respondentky. V tomto prostředí se cítila dobře, ale šlo o to, že její tchyně po velkém úsilí všech lékařů a sester nakonec zemřela. Jakmile jsme však vyslovily slovo „zemřela“, respondentka se rozpovídala a nervozita se úplně ztratila. V rodině s ní o tom nikdo nemluví, všichni jsou introvertní povahy, jen ona je extrovert a potřebuje svoje pocity ventilovat. I proto byla po celou dobu pacientčiny hospitalizace výhradně kontaktní

osobou ona. Snažila se vše zvládat, ale při každém zazvonění telefonu po dobu hospitalizace tchyně měla tachykardii a byla opocená. Výzkum a rozhovor ji potěšil, protože si konečně o tom mohla s někým promluvit.

Na všechny mé otázky odpovídala zcela jasně, dobře rozuměla a byla o všem informovaná. Sdělovala, že když na návštěvu přijížděla sama, byla šťastná, když tam s ní byla přítomna ošetřující všeobecná sestra, byla vystrašená ze všech zvuků na intenzivní péči. Rozhovor trval 2,5 hodiny a bylo velice příjemné slyšet, jak uklidňujícím dojmem na ni nelékařský personál působil. Rozhovor byl ukončen velkým poděkováním respondentce, že se setkáním souhlasila, i když bohužel pacientka zemřela. Respondentka nabídla autorce, že ji může kdykoli znovu kontaktovat.

Rozhovor č. 4 s manželkou pacienta se konal v nemocniční kavárně ve všední den v době kolem oběda. Respondentka je ze vzdálené vesnice a za manželem i tehdy dojížděla vlakem. Bylo potěšující, že s výzkumem souhlasila a udělala si na setkání čas. Přišla v dobré náladě, na rozhovor se těšila. O jejího manžela se autorka v době hospitalizace hodně starala a vznikl mezi nimi přátelský vztah. Po úvodním kamarádském popovídání začal samotný rozhovor. Její odpovědi na otázky byly velmi obsáhlé, chtěla k tomu vždy hodně povědět, ale držela se celou dobu osnovy, věděla, že je pro výzkum důležitá. Rozhovor trval 1,5 hodiny a probíhal velmi příjemně, nechyběl smích. Po skončení rozhovoru se omluvila, že už musí jít, aby stihla vlak domů, ale nabídla další setkání a popovídání.

8.4 Obsahová analýza získaných dat

Nejprve proběhl přepis nahrávek z diktafonu. Cílem byl přesný a doslovný přepis. V rozhovoru záměrně nejsou používána jména a příjmení respondentů, pouze věk a označení rodinného stavu. Neuplatňují se zde ani jména institucí a měst. Dalším krokem byla vlastní analýza přepsaných dat.

Kvalitativní obsahová analýza dat směřuje k porozumění výpovědím v kontextu a procesuálnímu vývoji (Klapko, 2013, s. 140). Nejprve byl přepsaný materiál opakovaně pročitán, data byla tříděna, kódována a byla prováděna redukce dat (Vévodová, Ivanová a kol., 2015, s. 108). K částem textu byla přiřazena klíčová slova využitím metody „tužka – papír“. Nejprve byla kódována data z jednotlivých rozhovorů, poté byly hledány vazby (podobnosti, rozdíly) mezi daty od jednotlivých respondentů. Byly vytvářeny jednotlivé kategorie:

Zkušenosti respondenta s komunikací s pacientem v analgosedaci

Prožívání respondenta

Vztah respondenta ke zdravotnickému personálu

Vyvozené závěry byly přehledně zpracovány do schémat a tabulek. Jednotlivé kategorie byly interpretovány v textu, doplněny citacemi respondentů. Syntéza získaných dat je vypracována v diskuzi k empirické části práce.

9 ANALÝZA A INTERPRETACE VÝZKUMNÝCH ZJIŠTĚNÍ

V této kapitole je podrobněji popsán vzorek respondentů a zdravotní stav jejich příbuzných. Jsou analyzovány jednotlivé rozhovory s respondenty a data jsou interpretována nejprve v jednotlivých případech, poté jsou schematicky porovnány jednotlivé kategorie a jsou vyvozeny závěry, které jsou diskutovány v další kapitole.

9.1 Vzorek respondentů

Výsledkem cíleného výběru byli tito čtyři respondenti:

- 1. manžel 70leté pacientky, která byla přijata pro akutní Q infarkt myokardu diafragmaticky, s implantací lékového stentu s komplikací in-stent trombózou a napojením na periferní V-A ECMO.
- 2. syn 62letého pacienta, který byl přijat pro fibrilační zástavu oběhu při akutním Q infarktu přední stěny s úspěšnou KPCR.
- 3. snacha 61leté pacientky, která byla přijata po KPCR pro náhlou zástavu oběhu na podkladě bezpulsové komorové tachykardie s přechodem do bezpulsové elektrické aktivity a asystolie z důvodu hemodynamicky významné aortální stenózy.
- 4. manželka 43letého pacienta, který byl přijat pro fibrilační zástavu oběhu při akutním koronárním syndromu s protražovanou resuscitací se zavedením periferního V-A ECMO.

Rozhovory s rodinnými příslušníky byly prováděny s odstupem po ukončení hospitalizace pacientů. Probíhaly v prostředí, které si zvolili respondenti sami, kde se cítili dobře a nebyli nikým vyrušováni.

Tabulka č. 1: Informace o respondentech

Respondent/ka	Věk	Pohlaví	Zaměstnání	Dosažené vzdělání
Manžel	68 let	muž	ve starobním důchodu	základní
Syn	38 let	muž	reklamní agentura	středoškolské
Snacha	36 let	žena	pedagog na základní škole	vysokoškolské
Manželka	41 let	žena	v domácnosti	středoškolské

Zdroj: vlastní zpracování

Tabulka č. 2: Informace o pacientech

Diagnóza	Věk	Pohlaví	Doba hospitalizace	Zdravotní stav nyní
Akutní infarkt myokardu	70 let	žena	48 dní	uspokojivý
Fibrilační zástava oběhu	62 let	muž	18 dní	výborný
Asystolická zástava oběhu	61 let	žena	26 dní	zemřela
Fibrilační zástava oběhu	43 let	muž	29 dní	výborný

Zdroj: vlastní zpracování

9.2 Diagnóza a zdravotní stav pacientů

Na psychickém stavu pacientů, a tudíž i rodinných příslušníků se podílí jejich diagnóza, doba hospitalizace, přidružená onemocnění, sociální a rodinná anamnéza. Proto je zde namíste uvést důležité informace o zdravotním stavu pacientů a jejich vztazích s rodinnými příslušníky.

70letá pacientka (manžel 68 let)

Tato pacientka byla přijata na kliniku cestou Emergency pro STEMI diafragmaticky. Byla zahájena úplná plicní ventilace a provedena urgentně selektivní koronarografie s implantací lékového stentu do RCx. Stav se komplikoval trombózou ve stentu ihned po příjezdu na jednotku intenzivní péče. Provedena reSKG. Dále se stav komplikoval náhlou zástavou oběhu – asystolie periprocedurálně. Pacientka byla napojena na veno-arteriální ECMO podporu. Probíhala standardní poremocitací péče, podán levosimendan. Postupně bylo možné odpojení od ECMO za 6 dní. V průběhu další hospitalizace se stav komplikoval infektem. Po cílené antibiotické terapii dochází ke

klinickému zlepšení, zdroj z urotraktu. Dále byla zavedena nasojejunální sonda a zahájena enterální nutrice. Pro protražovaný weaning od UPV byla zavedena perkutánní dilatační tracheostomie. Následovaly opakované neúspěšné pokusy o dekanylaci, k ozřejmění došlo při bronchoskopii – granulační tkáň nad glottis. Nasazena kortikoterapie. Za měsíc od počátku hospitalizace byla pacientka dekanylována.

Přidružená onemocnění – diabetes mellitus 2. typu na inzulinoterapii, arteriální hypertenze, dyslipidemie, hypotyreóza substitučně léčená, renální insuficience, hyperurikémie, varixy DKK, obezita, stav po fraktuře pravého bérce.

Alergie – penicilin.

Sociální anamnéza – pacientka nyní ve starobním důchodu, dříve pracovala jako vychovatelka v diagnostickém ústavu pro mládež. Celý život tuto práci dělala s láskou, na dětech jí velmi záleželo. Je klidná a mírné povahy.

Rodinná anamnéza – pacientka má tři děti – dceru z prvního manželství a dceru a syna z druhého manželství. Její první manžel zemřel mladý a ona byla dlouho sama. S druhým manželem si velice rozumí, mají mnoho společných zájmů. Bydlí spolu v rodinném domku v malém městě. Oba dva se starají o zahrádku a pěstují mnoho plodin. Jsou velice přátelští, umí rozdávat dobrou náladu. Ovšem nyní po srdeční příhodě je pacientka častěji depresivní, a tak jí psychiatrem byla nasazena antidepresiva. K depresivním stavům přispívá i nová diagnóza – karcinom prsu in situ.

Tato pacientka má velké štěstí na podporu ze strany rodiny, její manžel i děti ji podporují, jak jen to je možné. Než byla dekanylována, vadilo jí, že jí manžel nerozumí, byla až agresivní z toho, že se nemůžou domluvit. On to ale klidně a s rozvahou zkoušel znovu a znovu.

62letý pacient (syn 38 let)

Přijat na kliniku z terénu po KPR při náhlé zástavě oběhu z důvodu fibrilace komor. Čtyřikrát byl defibrilován, na elektrokardiografu ST elevace přední stěny. Provedena urgentní SKG s nálezem uzávěru proximální RIA, implantace 1x DES. Po výkonu byla zahájena poresuscitační péče, včetně řízené hypotermie pomocí přístroje Coolgard. Při postupném weaningu od katecholaminové podpory, UPV a analgosedace byl hladce za 5 dní extubován. Dále hemodynamicky stabilní, bez patologických dysrytmií. Za 18 dní po úspěšné rehabilitaci propuštěn do domácí péče. Zákaz řízení motorových vozidel nejméně

po dobu 1 měsíce. Maximální sekundární prevence, zdravá životospráva, dieta racionální a hlavně nekouřit.

Přidružená onemocnění – arteriální hypertenze, do téhle příhody zcela bez problémů.

Alergie – negativní.

Sociální anamnéza – pacient pracuje ve velké firmě jako konstruktér, nyní v pracovní neschopnosti. Ve společnosti je velice oblíben, je veselý a vtipný. I zdravotnický personál si ho hned oblíbil. Svoji práci dělá rád, ale hlavní životní náplní je myslivost, kterou miluje. Váží si práce zdravotníků a jeho spolupráce během hospitalizace byla obdivuhodná.

Rodinná anamnéza – je ženatý již 40 let, se svojí ženou mají vřelý vztah, ale již spolu moc často nebývají. Má dva syny. Starší syn žije daleko a mladší syn ho navštěvuje. Rád už by měl vnoučata, ale ještě bohužel nemá žádné. Hlavní bydliště má v panelovém bytě, ale většinu času přebývá na chatě, aby byl blízko lesa.

U toho pacienta bylo velmi zřejmé, že po fibrilační zástavě oběhu se o mnoho vylepšily rodinné vztahy. Rodina se semkla a snažila se ho vši silou podpořit. Pacient to cítil, a proto také jeho hospitalizace nebyla tak dlouhá, velmi se snažil, aby je nezklamal.

61letá pacientka (snacha 36 let)

Pacientka dispenzarizovaná pro asymptomatickou významnou aortální stenózu byla přijata po kardiopulmonální resuscitaci pro náhlou zástavu oběhu. Prvním registrovaným rytmem byla fibrilace komor, po prvním elektrickém výboji následně asystolie a poté bezpulsová aktivita. Po 28 minutách obnoven krevní oběh. Provedena echokardiografie, kde zjištěna těžká aortální stenóza. Provedena opět poresuscitační péče. Na začátku vysoká vazopresorická podpora, na EKG přechodně komorové extrasystoly i epizody krátké nesetrválé komorové tachykardie. Podávání amiodaronu nebylo přínosné. Došlo k rozvoji respiračního infektu, febrilie, elevace prokalcitoninu, nasazena antibiotická léčba. Transthorakální echokardiografie bez známek infekční endokarditidy. Při polohování pacientky došlo několikrát k zástavě oběhu s nutností KPR a agresivní ventilace. Pro předpoklad dlouhého weaningu provedena perkutánní dilatační tracheostomie. Po odtlumení se pacientka neprobírá do dobrého vědomí, pouze otevírá oči, nesleduje, nevyhoví výzvě. Provedeno CT vyšetření mozku a evokované potenciály bez prognosticky

negativního nálezu. Stav se nadále komplikoval rozvojem klostridiové kolitidy, byl zahájen bariérový režim ošetřování. Postupně pokles zánětlivých parametrů, průjmy ustoupily. Zlepšil se i stav vědomí, pacientka vyhověla výzvě, spolupracovala. Pokračováno ve weaningu, při spontánní ventilaci, ale respiračně dekompenzovaná, znovu sedace a SIMV. K další péči byla odeslána na oddělení dlouhodobé intenzivní péče, kde bohužel za 14 dní zemřela na refrakterní zástavu oběhu.

Přidružená onemocnění – arteriální hypertenze, středně významná funkční mitrální regurgitace.

Sociální anamnéza – pacientka celý život vykonávala těžkou práci v místním zemědělském družstvu, byla velice obětavá v práci i pro svou rodinu. Měla ráda dobré jídlo a navštěvovala kulturní akce. Snažila se všem pomáhat. Žila sama po tragické smrti manžela na malém městě v rodinném domku. Nyní je domek prázdný, rodina se ještě nesmířila s její smrtí a domek dochází jen vytápět.

Rodinná anamnéza – pacientka ovdovělá, žila sama. Měla tři děti, dva syny a jednu dceru, šest vnoučat. Všichni ji měli moc rádi. Synové introvertní povahy, dcera se s matčíným stavem nedokázala vyrovnat. Kontaktní osobou byla při hospitalizaci určena snacha od prvního syna. Ta z nich byla nejvíce komunikativní. Synové při každé návštěvě pouze mlčeli.

Rodinná podpora u pacientky byla také značná, každý den za ní někdo přijel a seděli u ní, i když někdy potichu i třeba přes hodinu. I když její reakce nebyly valné, vždy se usmála, když někoho z nich viděla. Pro pacienty v analgosedaci je velmi důležité, aby slyšeli známý hlas a pokud možno viděli známou tvář.

43letý pacient (manželka 41 let)

Pacient byl přijat po fibrilační zástavě oběhu z terénu. Provedena urgentní koronarografie se stenózou RIA, implantace 1x lékový stent. Pro výraznou oběhovou nestabilitu zavedeno veno-arteriální ECMO. Přeléčena aspirační bronchopneumonie. Vazopresorová podpora postupně snižována. ECMO odpojeno za 5 dní. Pacient oběhově stabilní. Provedena perkutánní dilatační tracheostomie z důvodu složitěho weaningu. Pacient netoleroval endotracheální rourku a nemohlo dojít k úplnému odtlumení. Při PDTs se stav velmi rychle zlepšoval a pacient byl za 10 dní dekanylován. Po dekanylaci se obnovil příjem per os, i psychický stav byl o mnoho lepší. Velmi mu pomohlo, že slyšel svůj hlas, mohl používat verbální komunikaci. Za 29 dní byl propuštěn do domácí péče.

Přidružená onemocnění – diabetes mellitus 2. typu na inzulinoterapii, diabetická nefropatie, psoriáza.

Sociální anamnéza – pacient byl v práci velmi oblíbený, pracoval jako dělník ve velké firmě. Srdeční příhoda ho postihla právě tam a nebyl jeho kolegů a přítomnosti AED, možná by nepřežil. Je původem ze Slovenské republiky, v České republice žije čtyři roky. Nemá tu žádné přátele. Je extrovertní a výbušný, ale snaží se se všemi vyjít po dobrém. Nikdy neodmítne pomoc druhým.

Rodinná anamnéza – ženatý, žije s manželkou ve starším pronajatém domě. Má tři děti, dva syny a jednu dceru. V domě s nimi žijí synové, dcera se už odstěhovala. Rodiče již ani on, ani manželka nemají, líto jim to není, jelikož s nimi dobré vztahy neměli. Celá rodina drží při sobě. Nikoho jiného vlastně nemají, jen jeden druhého.

U toho pacienta se manželka vzdala zaměstnání, aby mohla být každý den u něho, dojížděla dalekou cestu vlakem denně a poté se ještě starala o děti a domácnost. Již dlouho jsme v intenzivní péči takovou obětavost neviděli. Pacient vždy kolem oběda již čekal a ona vždy přišla. Ani jeden den ho nenechala samotného.

9.3 Obsahová analýza rozhovorů

Během analýzy kvalitativních dat byly identifikovány následující kategorie a podkategorie.

9.3.1 Kategorie 1 – Prožitky rodinných příslušníků pacientů v analgosedaci

Při analýze rozhovorů respondenti spontánně vyjadřovali své pocity a prožitky, které se objevovali při návštěvě jejich blízkých (pacientů v analgosedaci). Z jejich výpovědí je zřejmé, že je situace a setkání s blízkými, kteří se ocitli v náročné životní situaci, velmi zasáhla a že emoce, které se objevovaly, byly často velmi intenzivní. Pro zdravotníky je velmi důležité tyto prožitky znát a akceptovat je, počítat s nimi. Jen tak je možné navázat s příbuzným pacienta vztah důvěry a spolupráce, ze které následně profitují všichni zúčastnění (pacient, rodina, zdravotník).

Strach a šok na začátku

Lidé, kteří se denně v prostředí jednotky intenzivní péče nepohybují, jsou z něho nervózní. Mají strach z prostředí, uniforem, ze špatných zpráv, z toho, jak jejich blízký vypadá, jak vše dopadne. „*Před prvním vstupem na oddělení jsem se velmi bál. Byl jsem strašně úzkostlivý, ale věděl jsem, že tam musím a vlastně i chci. Každý den jsem za tátou chodil. Nebál jsem nemocničního prostředí jako takového, bál jsem se, co bude s tátou. Zemře nebo přežije. Nikdo mi to nemohl říct dopředu.*“ (syn) „*Stála jsem před oddělením a měla jsem strach zazvonit, strach jsem překonala až za několik minut, věděla jsem, že tam leží můj manžel a není na tom dobře. Bála jsem se, až to uslyším nahlas od lékařů. Jak jsem ho uviděla, jak se nehýbe a nemluví, myslela jsem, že vyskočím z okna.*“ (manželka) „*Přišla si pro mne velice milá sestřička a vzala mne za manželkou. To, co jsem viděl poté, byl pro mne šok. Manželka vůbec nevypadala tak, jak ji znám. Když jsem manželku viděl, jak tam tak bezmocně leží a spí, byl jsem zděšen. Takhle jí neznám.*“ (manžel) Přestože byl tento příbuzný rád, že je manželka v dobré péči, zažíval šok při kontaktu s ní na jednotce intenzivní péče. „*U srdeční zástavy mé tchýně byl mladší bratr mého manžela. Zavolal manželovi, co se stalo. Manžel zavolal mně a poprosil, abych s ním do nemocnice jela, že to sám nezvládne, je citlivý. Přijeli jsme do nemocnice, manžel celou cestu nemluvil, ani nyní to nebylo lepší. Na oddělení jsme čekali, lékař nám podal informace, které nebyly přívětivé, nevěděli jsme, že stav je tak vážný. Několik minut jsme se odhodlávali, než jsme se rozhodli, jestli vůbec chceme tchýni vidět...Byla jsem vyděšená z diagnózy, která nám byla sdělena.*“ (snacha) Snacha pacientky udávala, že měla velký strach o manžela, byl bledý a nemluvný.

Bezpečí pro pacienta, úleva pro příbuzné

Na druhou stranu rodinní příslušníci mluví o tom, že když ví, že je jejich příbuzný v nemocnici, mají pocit úlevy, že je jejich blízký v bezpečí. Prostředí se jim zdá neosobní, ale myslí si, že zde pracuje erudovaný personál, a tak jsou pacienti v dobrých rukou. „*Přemýšlel jsem o tom, že když je teď táta tady, je v bezpečí, tak na mne působila jednotka intenzivní péče.*“ (syn) „*Věděla jsem, že tchýně má aortální vadu, ale na kontroly poctivě chodila, vždy jsem šla s ní jako doprovod. Nikdy by mne napadlo, že ta vada je tak velká, že dokáže zastavit srdíčko, navíc můj manžel tuhle vadu má také. Z té hrůzy mne uklidňovalo pouze to, že tchýně už je v bezpečí, je tady v téhle velké a dobré nemocnici,*

*kde jsem také před mateřskou pracovala. **Měla jsem zde pocit bezpečí** a to je k nezaplacení.“ (snacha) Manžel pacientky mluvil o tom, že nemocnice na něj dobře působí už z venku, nebál se vstoupit dovnitř, docházel sem do ambulance a byl zde plně spokojen. „Vstoupil jsem velice klidně dovnitř, **nebál jsem se, byl jsem vlastně rád**, že tu manželka je, věděl jsem, že naději na vyléčení má, jinak by tu nebyla. Vypadala spokojeně, nemyslel jsem si, že by jí něco bolelo. Sestřičky kolem ní běhaly a bylo vidět, že jim není lhostejná.“ (manžel) Manželka čtvrtého pacienta na začátku moc nemluvila. Byla touto situací tak zlomená, nemohla tomu uvěřit. „Manžel měl srdeční zástavu v práci, nebyla jsem u toho. Stále jsem si myslela, že to bude někdo jiný, že to nebude on. Vždyť doted' měl pouze cukrovku a najednou taková hrůza. Když jsem o tom přemýšlela, děkovala jsem Bohu, že se to stalo v práci a hned mu zavolali pomoc a odvezli ho do téhle velké nemocnice. Doma bych vůbec nevěděla, co mám dělat. **Děkuji za to, že byl zde.**“ (manželka)*

Naděje a závislost pocitů příbuzných na vývoji stavu nemocného

Pro rodinu je velmi těžké, jestliže se zdravotní stav nemocného nelepší. Samozřejmě to není příjemné ani pro zdravotnický personál, také by rád sděloval pouze dobré zprávy. Někteří pacienti se už neproberou k dobrému vědomí, nejsou lucidní. „Je těžké dlouhodobě neslyšet žádnou dobrou zprávu. **Chodili jsme s nadějí**, že dnes už se vše zvrátí a tchyně se začne zlepšovat, ale nikdy se to vlastně nestalo. Dokonce dostala střevní infekci a musela být v izolaci. Chápala jsem to, ale **příjemné mi to nebylo**. Při návštěvě měla 5x stolici, strašné. Je pravda, že se snažila a na otázky mírně kývla hlavou, jestli ano nebo ne. Nikam se nic neposunulo, nikam se nic nevyvíjelo. Byl to stacionární stav.“ (snacha) „**Byl jsem velmi šťastný**, že můj otec se po třech dnech probudil. Byl velmi neklidný, ale moje obavy a úzkost, že mu nemůžu pomoci, ustupovaly. Najednou jsem ho mohl chytit za ruku a on se na mne podíval. Byl opravdu velmi neklidný, to mne na začátku vyděsilo, nečekal jsem to, ale sestřičky mne uklidnily, že to tak bývá.“ (syn) „Manželka nevnímala delší čas, trvalo to víc než týden. Ani lékaři nevěděli, co bude. Resuscitace u ní probíhala dlouho. **Věřil jsem celou dobu**, že vše dobře dopadne, ona je bojovnice celý život. Modlil jsem se každý den, ať mi ji Bůh vrátí, a stalo se tak. Funkce srdíčka se začala zlepšovat, byla odpojena od mimotělního oběhu a probudila se. Ten den, kdy otevřela poprvé oči, si budu pamatovat celý život.“ (manžel) „**Bylo pro mne nesnesitelné**, jak dlouho to trvalo. Všichni mi stále říkali, abych byla trpělivá, ale já už jsem nemohla. Manžel spal a já se tady starala o děti a **mohla jsem se strachy zbláznit**. Byla jsem snad na

*něj i našťvaná. Dobré zprávy dlouho nepřicházely. Chápala jsem lékaře, že mi nemůžou slíbit, že bude v pořádku, ale už jsem byla na pokraji sil. Jednoho dne se to stalo, přišla jsem a on koukal. Nejdříve jsem si toho ani nevšimla. Sedla jsem si k němu na židli a vzdychala a najednou periferně vidím, že na mne kouká. Takovou **radost a něhu** jsem v životě nepocítila.“ (manželka)*

Vyprávění o minulosti pacienta/pacientky pomáhalo všem zúčastněným

Zdravotnický personál je seznámen s příčinou a důsledkem onemocnění, s přidruženým onemocněním a anamnézou pacienta. Vidí pacienta při přijetí v bezvědomí. Zná jeho tělo, jeho laboratorní výsledky, jeho diagnózy. Vůbec ale neví, kým byl a jak žil. Je to velmi důležité k pochopení a k celostní péči o nemocného. Pacient získal vyprávěním jeho příbuzných svůj příběh, kterým jakoby opět „ožíval“. Zároveň vyprávění bylo dobrou příležitostí pro komunikaci rodinných příslušníků s pacientem v analgosedaci. *„Hrozně **nás potěšilo**, že se personál zajímal o tchyni jako o člověka. Ptali se, jak žila, jakou dělala práci, co ráda jedla, kam jezdila na dovolenou. S chutí jsme vyprávěli zážitky s ní. Bylo to, jako kdyby to zase byla ona a ne pacient, se kterým jsme si nevěděli rady. Když **jsme si ji představili zase jako dříve**, bylo nám lépe a přišla nová chuť bojovat. I když se stále neprobrala k vědomí, věřím, že historky z dovolených a různých oslav **sdílela s námi**. Přišlo mi to jako relaxační cvičení pro celou rodinu. Vykouzliho nám to úsměv na tváři úplně všem.“* (snacha) Naši respondenti často popisovali, že během vyprávění reflektovali svůj vztah k blízkému, což je někdy vedlo i k myšlenkám na změnu. *„Můj otec byl myslivcem tělem i duší, prostě myslivost miloval. Když jsem nevěděl, o čem s ním mluvit, povídal jsem mu o honech. Je to pro odlehčení skvělé, na chvíli zapomenete, jak otec vypadá nyní, a **vidíte ho zase jako dříve**. Musím přiznat, že **náš vztah** byl spíše chladný, neměl jsem na něj čas. Až teď si uvědomuji, jaká by to byla tragédie ho ztratit. Vždyť on byl vždy mým rádcem, partákem, kamarádem odmalička. Kam se ta doba ztratila. Seděl jsem vedle něj a přemýšlel, proč vztah takto ochladl. Slíbil jsem sobě a jemu, že teď bude vše jinak.“* (syn) *„Manžel **byl mojí velkou láskou**. Vůbec bych si neuměla život bez něj představit. Už jen proto musel tento boj vyhrát. Přece by mne zde nenechal samotnou. A co děti? Našemu nejmladšímu synovi je 6 let, neřekla jsem mu, že stav tatínka je takto vážný, na to nemám nyní sílu. Člověk je v této situaci poprvé, je velmi nepřipraven. Nikdo mi neporadil, jak bych mu to měla říct, že se tatínkovi zastavilo srdíčko a že už možná nebude jako dříve. Naštěstí mne držely nad vodou starší děti. Nikdy jsme nelitovala, že máme více*

děti, a teď vidím proč, jsou mi velkou oporou.“ (manželka) „Moje žena měla vždy svou hlavu, byla paličatá, **ale já jí tak miloval**. Nikdy bych nechtěl jinou. Báł jsem se moc, že mi zemře a už to nebudu já. Bez ní. I když jsem nevěděl, jestli vše dělám správně, když jsem byl u ní, snažil jsem se. **Vyprávěl jsem jí** i sestřičkám, jak jsme se seznámili, zamilovali. Jak byla statečná u porodu našich dětí. Přál jsem si, aby se na ní stále koukalo **jako na člověka a ne jako na pacienta** v analgosedaci.“ (manžel)

Reflexe vztahu

Vztah mezi příbuzným a pacientem před akutní příhodou byl velmi důležitý a často jej příbuzní reflektovali. Vědomí toho, že mohli o svého blízkého přijít, je někdy upozornila na nutnost vztah ještě prohloubit a užívat přítomné chvíle. „Vztah s otcem **byl dobrý, ale nikterak přátelský**. Po srdeční zástavě se vše změnilo, když jsem otci dával první pomoc – srdeční masáž, **jediné, co jsem si přál, aby přežil**. Hrozně jsem se báł, ale masíroval jsem ho, dokud nepřijela záchranná služba. Nikdy předtím jsem si neuvědomil, že by už mohl zemřít. Musím říci, že spolupráce s rychlou záchrannou službou byla vynikající, bylo mi zcela jasné, co mám dělat, a snažil jsem se to dělat co nejlépe. **Teď mne hřeje u srdce, že jsem to zvládnul**.“ (syn) „Můj vztah s tchýní **byl mimořádný** už před srdeční příhodou, nyní se ještě zintenzivněl. Měly jsme se rády od začátku, co jsem začala chodit s jejím synem. Byla jsem ráda, že jsme s dětmi příliš neotáleli a ještě měla čas si je trochu užít. Je to tak nespravedlivé. V životě nikomu neublížila, ke všem se chovala moc slušně. Její manžel spáchal sebevraždu, to už byl pro nás velký šok a teď ona, naše milovaná maminka.“ (snacha) „S manželem máme stále velmi intimní vztah, **milujeme se**. Proto vědomí, že bych ho mohla ztratit, mne dohání k šílenství. Přišli jsme sem ze Slovenska, moc kamarádů tu nemáme, jsme na sebe fixovaní. I spát v posteli bez něho bylo pro mne nepředstavitelné. A teď, po srdeční příhodě, ho nepustím vůbec z očí. Jsem strašně šťastná, že přežil.“ (manželka) „Jsem s manželkou 40 let a **velmi si jí vážím**. Někdy jsme se hádali a nemluvili spolu. Toho se nyní snažím vyvarovat. Po srdeční příhodě jsem si uvědomil, že **každý den si musíme užít**, může být totiž poslední. Vzal jsem si jí pro její srdečnost a otevřenost a ta se nevytratila, je to stále ona, moje žena.“ (manžel)

Strach z konce

Diagnóza náhlá zástava srdeční je nevyzpytatelná, nikdy nikdo nemůže vědět, jak dopadne. Pokud nedojde k obnovení účinného krevního oběhu, pacient je dle rozhodnutí lékařů napojen na mimotělní oběh, který překlene nejtěžší období a zvýší mu šance na přežití. Všichni respondenti udávali velké obavy ze smrti blízkého, vnímali závažnost situace a strach se někdy nutkavě připomínal především v akutní fázi onemocnění. *„Byl skoro večer, než jsem našla oddělení, na kterém manžel ležel. Asi 5 minut jsem stála před zvonkem a bála jsem se ho zmáčkout. **Měla jsem strašný strach, že mi řeknou, že manžel zemřel.** Že už tu není a nikdy nebude. Vůbec nevím, co bych dělala, máme jen jeden druhého a naše děti. Zazvonila jsem a čekala. Oznamili mi, že tu manžel leží, ať počkám na pana doktora, že mi vše vysvětlí. Vešla jsem dovnitř a čekala.“* (manželka) *„Když mi zavolali, že manželka je v kritickém stavu, měla rozsáhlý infarkt myokardu a neví, jestli přežije, úplně jsem lapal po dechu. Sedl jsem do auta a bezmyšlenkovitě jel za ní. Našel jsem oddělení, kde leží, a zazvonil, **srdce mi bušilo jako o závod.** Možná už zemřela, ani jsem jí neřekl, že jí mám rád, to by snad Bůh nedopustil. Naštěstí jsem se dozvěděl, že manželka žije. Je napojená na mimotělní oběh a bude čekat, jestli se srdíčko chytne. Vzali mne k ní a vše vysvětlili. Vymyslel jsem nějaké komunikační heslo s tím, že si můžu kdykoli zavolat, a pod tímto heslem mi pan doktor podá informace. Poté jsem zase bezmyšlenkovitě odjel domů. Tam až to na mne padlo, začal jsem strašně plakat, vlastně to, že žije, ještě neznamena, že přežije. Na každou další návštěvu už jsem chodil s touto myšlenkou, co když nepřežije. Každý můj sen byl tím také ovlivněn. **Moc jsem se bál,** ale nešlo na tuhle možnost nemyslet.“* (manžel) *„Moje tchýně do nemocnice byla transportována vrtulníkem, resuscitace u ní trvala dlouho a lékaři byli spíše skeptičtí. U resuscitace byl její mladší syn, který nám poté dal vědět, že maminka možná nepřežije. Ihned jsme za ní jeli do nemocnice. Vůbec jsem nevěděla, jak jsem to tam odřídila, najednou jsme stáli před dveřmi jednotky intenzivní péče, kde měla ležet. Zazvonila jsem a **čekala tu nejhorší možnou variantu.** Přišel sympatický pan doktor a oznámil nám s manželem, že maminka žije, ale je ve vážném stavu a uvidí se, co bude dál. Manžel byl úplně bílý, musel se posadit a napít se vody. První návštěva u ní byla krátká, **byli jsme oba dva vyděšení a nemohli ani promluvit,** jak to bylo pro nás nečekané. Tuhle myšlenku jsem po celou dobu z hlavy již nedostala. I když bojovala ze všech sil, zemřela.“* (snacha) *„Celou hospitalizaci mého otce mne provázela **myšlenka, že může zemřít.** Vkradla se mi do svědomí a už tam zůstala, dokud jsem si nebyl jistý, že otec přežije. Mluvil jsem tiše, byl jsem stále v depresi, co bych*

si počal, kdyby zemřel. Jako by mne to táhlo pořád zpátky, tahle černá myšlenka. I v práci jsem nepředváděl v tomhle období dobré výsledky.“ (syn)

Trvalý stres z telefonátu

Kontaktní osoba je zvolena hned při první návštěvě nemocného. A po celou dobu jeho hospitalizace je jeho zástupcem. Souvisí s tím i oznámení úmrtí pacienta telefonicky. Respondenti chtějí být na jedné straně informováni jako první. Na druhé straně je možnost telefonátu z nemocnice zdrojem stresu a obav. *„Jsem silná osobnost, ale taky nevydržím všechno. Moc se snažím ostatním nepřidělovat starosti. Při každém zazvonění mého telefonu se mi zrychlil tep a bylo mi na omdlení. Očekávala jsem špatnou zprávu z nemocnice. Umřela, měla zase srdeční zástavu a už se ji nepovedlo oživit? Byla jsem **vystresovaná** v práci, doma, na návštěvě u tchýně. Vlastně už jsem za ní šla vystresovaná. Bála jsem se, že to na mně pozná.“ (snacha)* *“Bylo jasné, že kontaktní osoba budu já. Děti jsem tím nechtěl rozrušovat. Kdyby se něco s manželkou stalo, **chtěl bych to vědět jako první**, abych to poté šetrně sdělil dál. Dříve jsem u sebe mobilní telefon moc nenosil, nyní jsem bez něho dům neopustil. Byl jsem stále ve střehu. Tohle, kdo nezažil, nepochopí. Můžou se kdykoli ozvat se špatnou zprávou. **Lekal jsem se každého zazvonění.**“ (manžel)* *„U svého otce jsem po domluvě s matkou byl kontaktní osobou. Byl jsem silnější než matka, ona byla velmi rozrušená z každé náročnější situace. Věřil jsem tomu, že telefon s číslem fakultní nemocnice nikdy nezazvoní, a měl jsem pravdu. Táta byl bojovník. Vůbec nevím, jak bych reagoval. Nikdy jsem ani nepomyslel na to, že by k tomu mohlo dojít.“ (syn)* *„Jsem nejbližší osobou mého manžela, tak kdo jiný by měl být kontaktní osobou. Věděla jsem, že vyhráno nemáme a dokud manžel bude na jednotce intenzivní péče, tak ani nebudeme. Byla jsem obeznámena s tím, že úmrtí se oznamuje telefonicky, že už se neposílá telegram jako dříve. Vlastně jsem si říkala, který způsob je šetrnější, žádný, obojí je strašné. Několikrát denně jsem koukala na telefon, jestli nemám zmeškaný hovor. **Bála jsem se**, že telefon neuslyším a budu muset volat zpátky, to byla moje noční můra. Nepřipouštěla jsem si, že by mi mohli chtít sdělit i dobré zprávy. Ten den, když jsem odcházela na autobus a na zastávce mi zvonil telefon, **jsem byla jako opařená**. A jaké bylo moje překvapení, když mi sdělili, ať se vrátím, že se manžel probral.“ (manželka)*

Můžu plakat?

Rodinní příslušníci polemizovali nad tím, jestli můžou před příbuznými plakat, jestli je to ještě více nerozruší v jejich už tak těžkém stavu. Zároveň vnímali, jak pláč přináší úlevu a uvolnění z těžkého psychického napětí. Pokud to napětí drželi v sobě, nemohli se nemocnému plně věnovat. Někteří plakali v soukromí, někteří spolu se svým blízkým (což někdy vedlo k většímu pocitu sounáležitosti) a někteří si pláč nedovolili. Muži měli častěji zábrany plakat v nemocnici. „**Stále se mi chtělo plakat, ale nevěděla jsem, jestli můžu.** Manžel si bude myslet, že situaci nezvládám, a pan doktor a sestřička, že jsem slaboch? Snažila jsem se, ale přišel stav, kdy už jsem byla na konci svých sil a **plakat jsem musela.** Sestřička mi přinesla kapesníky, objala mne a řekla mi, ať pláču a jestli chci, tak klidně nahlas, že mi to pomůže. A měla pravdu. Ve zdravotnictví nemůžou dělat lidé chladní bez soucitu a zde jsem někoho takového nikdy nepotkala.“ (manželka) „**Jsem chlap a můj otec také. Chlapi nepláčou.** Ale tohle byla tak těžká situace, že jsem nezvládl odejít z návštěvy u táty bez slzy. **Je těžké se ubránit pláči,** když vidíte svého tátu na jednotce intenzivní péče. A když mi lékař řekl, že se mu zastavilo srdíčko a jen díky mé účinné masáži přežil, musíte brečet. Vlastně i štěstím. Plakal jsem jednou i před ním a to, když se probudil z bezvědomí a usmál se na mne. Byl jsem dojatý tou situací. Otec několikrát plakal také, oba nás to velmi sblížilo. Bylo to vlastně poprvé, co jsem ho viděl plakat. Já plakal i doma každý večer, když mne nikdo neviděl, **byl to osvobozující pocit.**“ (syn) „**Moje žena je hodně citlivá, všechno prožívala daleko více než já. Miluju ji za to. Při každé návštěvě jsem se ptal, jak to udělat, abych před ní neplakal a ještě víc ji nerozrušoval.** Na druhou stranu jsem zase nechtěl, aby to vypadalo, že je mi lhostejné, co se jí stalo. Strašně se to ve mne pralo. Většinu návštěv jsem vydržel neplakat. Emoce vyšly najevo vždy večer doma. Sedli jsme si s dětmi a drželi se za ruce. Manželka plakala pokaždé, když mne viděla. Byl jsem z toho rozrušený, jelikož se jí zrychlovalo srdíčko a to nebylo v jejím stavu vůbec dobré.“ (manžel) „**Někdy už jsem byla tak vyčerpaná, že jsem nedokázala ani brečet.** Chodila jsem do práce, starala se o děti, o manžela, který přestal fungovat, denně jezdila za tchýní. Emoce jsem měla zavřené v sobě, musela jsem fungovat. Tak strašně bych chtěla plakat, ale nešlo mi to, vlastně až do té doby, než tchýně nakonec zemřela. Celou dobu jsem sledovala její boj o život a byla všem ostatním oporou. Na otázku: **Můžu plakat?** jsem měla odpověď jasnou, **nemůžu.** Bylo to velmi psychicky náročné období mého života.“ (snacha)

Pocity viny

Příbuzní pacientů se zamýšleli nad situací a nad tím, co měli nebo mohli udělat, aby ke kritické situaci u jejich blízkých nedošlo. Pocity viny se často pojily s úzkostí. *„Nejhorší pro mne bylo, že táta předtím nebyl vůbec nemocný a najednou tohle – zastaví se mu srdce. Proč až taková hrůza? Myslel jsem, že tohle ani není možné. **Z dosud zdravého člověka je najednou ležící na přístrojích.** Kéž by byl po operaci kýly nebo žlučníku, to bych se tak nebál. I komunikace by byla jiná, mluvil by a věděl bych, jak se cítí a co potřebuje. Sestřičky se velmi snažily nám komunikaci usnadnit, ale někdy to bylo nad mé síly.“* (syn) *„Manželka vždy všechno zlehčovala, teď už to nebylo možné, věděl jsem, že je v těžkém stavu, a neustále se mi vkrádaly myšlenky, co když nepřežije. Ta **úzkost** je velmi svíravá, nenechá člověka se nadechnout. Dokola jsem přemýšlel, jestli už jsem nemohl něco udělat dřívě, měl jsem jí vzít k lékaři, i když nechtěla, vůbec se ji neptat! Pozoroval jsem, že jí není dobře, a jen tomu přihlížel. **Člověk se chybami stále učí,** ale tohle učení se mi tedy vymstilo.“* (manžel) *„Byla jsem velmi **úzkostná** z toho, že to takhle vůbec nemuselo dopadnout. Tchýně byla sledovaná, na kontroly chodila. Nevím tedy, co jí tam přesně kardioložka říkala, třeba už jí operaci nabízeli a ona to odkládala. Ale i kdyby, prostě se jí neměli ptát a poslat ji rovnou do nemocnice. Nic z tohohle by se nepříhodilo a děti mohly mít alespoň ještě babičku. Ona si nikdy nestěžovala, zajímala se pouze o starosti druhých. Třeba mi chtěla něco říci a já špatně poslouchala. Mám v sobě tu úzkost **a strach, že jsem mohla něco udělat a neudělala.**“* (snacha)

Vděčnost

K srdeční zástavě může dojít kdekoli a kdykoli. V zaměstnání, doma, na zahradě, v bazénu, ráno, v poledne, večer, v noci. Příbuzní pacienta byli vděční za to, že jejich blízkým byla poskytnuta profesionální pomoc, byli vděční za to, že oni sami byli schopní poskytnout pomoc, nebo za čas, který mohli se svým příbuzným ještě strávit. *„Byla jsem **velmi šťastná,** že se to manželovi stalo na místě, kde mu dokázali pomoci. Kdyby se mu to stalo doma, zpanikařila bych a nevěděla, co mám dělat. Zaměstnavatel mi po obědě zavolal a sdělil mi, co se manželovi stalo. V první chvíli jsem mu vůbec nevěřila. Myslela si, že je to hloupý vtip. Když mi to během chvíle došlo, hned jsem mu volala zpátky a chtěla vše vysvětlit. Zhroutila jsem se. To není možné, vždyť je tak mladý. Zavolala jsem si do zmíněné nemocnice a dozvěděla jsem se, že informace mi po telefonu sdělit nemůžu, že*

*musím přijet osobně. Nejdříve jsem byla z manželova stavu opravdu hodně rozrušena, pak jsem si uvědomila, že se mu to stalo na správném místě, kde se mu hned dostalo pomoci. Den předtím byl s nejmladším synem na výletě, nechci ani domyslet, jak by to těžce náš syn nesl, kdyby byl u toho. Nemá mobilní telefon, ani s ním neumí, pomoc by mu nejspíše nepřivolal a manžel by umřel. Syn by si to určitě vyčítal do konce života. Ještě, že to dopadlo takhle, teď už jen, aby svůj boj vyhrál.“ (manželka) „Manželka nechtěla do poslední chvíle zavolat záchrannou službu. Už delší dobu se jí špatně dýchalo, jednou šla na zahrádku a zůstala tam sedět na zemi, že nemůže dýchat. Už jsem nečekal a zavolal. Do nemocnice ji ještě dovezli při vědomí, srdíčko se zastavilo až na akutním příjmu. **Jsem hrozně rád, že se sem dostala.** Starali se zde o ni vzorně. Říkal jsem si, že co mohli, pro ni udělali, a že teď musí bojovat ona. Před příhodou se strašně bála doktorů. Pracovala dříve jako sanitárka, nikdy jsem nemohl pochopit tu její fobii, teď když jsem byl denně v nemocnici, už ji vlastně chápu.“ (manžel) „**Jsem moc vděčný** všem, kdo se podíleli na záchraně mého otce. Díky včasnému zásahu je z něj nadále normální žijící člověk. Tím, že jsem ho oživoval a správně, jak jsem byl pochválen, jsem předčil sám sebe. Je to věc, která měla smysl a jsem velmi pyšný, že jsem ji zvládl. Objevil jsem v sobě 13. komnatu. Už nikdy nedopustím, aby náš vztah ochladl. Je to můj táta a jiného už mít nikdy nebudu.“ (syn) „Moje tchýně zkolabovala po obědě na zahradě u bazénu. Ještě si dala svoje oblíbené jídlo – palačinky s jahodou merendou a pak se srdíčko zastavilo. Přiletěla letecká záchranná služba a přes jednu hodinu ji oživovali. **Velmi se snažili**, ale aortální vada byla zanedbaná, už nemohli nic moc udělat. I na jednotce intenzivní péče se jí srdíčko několikrát ještě zastavilo, jednou jsme byli u toho. **Jsmo vděční**, že nám byl dán čas se rozloučit. Sice se už úplně neprobudila, ale alespoň ten její úsměv si budu pamatovat navždy.“ (snacha)*

Být užitečný

Někteří respondenti v rozhovorech zmínili svojí potřebu být užiteční v péči o jejich blízké. Pocit užitečnosti byl zdrojem pozitivních emocí a poskytoval energii pro další návštěvy.

*„Na fotky reagoval úžasně. **Konečně jsem si připadala užitečně.**“ (manželka)
„Poté už jsem každou návštěvu poprosil sestřičku, ať tam je se mnou a povídá si o ní. To mne nabíjelo. Měl jsem **pocit, že jsem užitečný.**“ (manžel)*

Potřeba sociální opory od rodiny

Sociální opora celé rodiny a blízkých dodávala příbuzným sílu a odvalu při návštěvách u pacienta.

*„Po srdeční zástavě mé tchýně se naše rodina úplně rozložila. Nedokázali jsme spolu normálně mluvit. Báli jsme se dlouho mluvit, aby nepřišla řeč na ni. Manžel, který už je takhle uzavřený a málomluvný, přestal mluvit zcela. **Byl to také velký šok pro naše dvě malé děti.** Jako by tušily. Dcera, které je 9 let, mi řekla, že ví, že babička už se domů nikdy nevrátí. Nerozumím tomu, jak to věděla, já jsem do poslední chvíle věřila, že to dopadne dobře.“* (snacha) *„Po srdeční příhodě mého táty jsme se jako rodina **hodně semkli.** Přítelkyně se chovala úžasně, jako by mezi námi vzniklo něco nového, začal jsem si jí víc vážit, jelikož mne držela nad vodou, vlastně i mámu. Plakali jsme si s mámou v náručí, jako když mi bylo 5 let a někdo mi nechtěl půjčit hračku. Musím říct, že nás tahle hrůzostrašná situace svedla jako rodinu opět dohromady.“* (syn) *„Jsem hodně citlivá osobnost, klasický melancholik, všechno si hrozně беру. A tenhle manželovo kritický stav, mne porazil na kolena. Jediné mé štěstí bylo v tom, že máme ty tři úžasné **děti, ty mne držely nad vodou.** Povzbuzovaly mne, abych vydržela a byla tátovi oporou, a díky nim jsem to zvládla se nesložit.“* (manželka). *„Ten den, kdy se to přihodilo, jsem po návštěvě z nemocnice přijel domů a dětem jsem to zavolal, už jsou velké, žijí jinde. Rovnou jsem jim řekl, že dnes chci být sám a se situací se vyrovnat. Neposlechly a přijely. Nejdříve jsem byl naštvaný, ale pak **mi velmi pomohlo, že jsem na to nebyl sám.** Probírali jsme to s nimi, přesvědčovaly mne, že to mamka určitě zvládne, že to je bojovnice. Brečeli jsme všichni spolu celou noc, ale **dodalo mi to sílu a odvalu se téhle situaci postavit čelem.**“* (manžel)

Radost ze zlepšení

Stav některých pacientů se zlepšuje velmi rychle, jiný pomaleji. Blízcí sledují pečlivě stav pacientů a jsou rádi za každý, třeba i malý pokrok, úsměv, slovo.

*„Měla jsem čím dál tím větší **radost.** Manžel se zlepšoval. Nejdříve malé pokroky, později i velké. Lékaři ani sestřičky tomu nemohli uvěřit, jak se snažil. Chtěl se uzdravit, měl motivaci, svoji rodinu. První velký úspěch bylo odpojení od mimotělního oběhu, poté provedení tracheostomie přes krk, ta ho už nedráždila a uklidnil se. Po vyndání tracheostomie, když promluvil, jsem se rozplakala.“* (manželka) *„Každý den, co jsem přišel na návštěvu, byl táta lepší. Pouze první tři dny to stagnovalo, potom už to bylo den ode dne*

lepší. Začal jsem se na návštěvy těšit, sestřičky už jsem znal a táta každý den předvedl něco nového. Ovšem nejkrásnější bylo, když jsem ho slyšel promluvit. Začal dýchat sám, měl dost svalové síly, tak ho lékaři zbavili dýchacího přístroje. **Nikdy v životě jsem nikoho neslyšel raději promluvit než nyní svého tátu.**“ (syn) „Tchýně se moc nezlepšovala, začala trošičku reagovat, ale když jsem viděla jiného pacienta, tušila jsem, že u nás to dobře nedopadne. Slyšela jsem pacienta, jak se směje a povídá, a viděla rodinu, jak je šťastná, tolik jsem jim to záviděla. **My jsme byli šťastní** za to, že na nás otevřela oči a občas se usmála nebo plakala. Vůbec jsme netušili, co se jí honí hlavou.“ (snacha) „S manželkou to vypadalo velmi špatně, ale postupně malé krůčky dělala. Na začátku jsem měl **velkou radost**, když mi lékaři řekli, že léky na srdíčko se postupně snižují, že srdíčko pomalu, ale jistě začíná pracovat. Pak se začala probouzet, reagovat na mne, zvedla ruku. Za týden bylo možno mimotělní oběh odpojit, srdíčko pracovalo samo. To jsme tenkrát s dětmi doma **oslavili**. Když jí udělali tracheostomii a začala pomalu i polykat, měli jsme Vánoce.“ (manžel)

9.3.2 Kategorie 2 – Komunikace rodinných příslušníků s pacientem v analgosedaci – bariéry

Je velmi důležité, na jaké úrovni byla komunikace mezi pacientem a rodinnými příslušníky v předchorobí, jaký měli mezi sebou vztah. Osoby, které si byly velmi blízké, mají s navázáním komunikace v nemocnici menší problém. I člověk, který komunikuje v běžném životě bez problémů, zde problém mít může z důvodu bariér, které nemocniční prostředí přináší.

První návštěva – co říkat?

Je velmi těžké najít ta správná slova při první návštěvě. Prostě se někdy stane, že člověka nic nenapadá. Neví, jak má začít, chce jen stát a vnímat tu změnu situace. Každý svou bolest prožívá jinak. Silné emoce, nezvyklá situace. Všichni respondenti potřebovali čas a podporu.

„Věděli jsme, že na tchýni můžeme mluvit, ale ještě jsme na to nebyli připraveni. Na návštěvu jsme jezdili většinou na tři skupiny – já s manželem, druhý syn s přítelkyní, dcera s manželem. Ani jedna skupina na ni nedokázala na začátku promluvit. Neměli jsme zkušenosti s člověkem v bezvědomí. S tak blízkým člověkem v bezvědomí. Potřebovali jsme to strávit. **Byli jsme šťastní, že nás nikdo do ničeho nenutil.** Sestřička se nám snažila

*pomocť, ale pochopila, že náš čas teprve přijde.“ (snacha) „Když mne poprvé sestřička zavedla za manželem, **byla jsem jako opařená. Jen jsem stála a koukala.** První, co mi blýsklo hlavou, jestli je to vůbec on, vypadal úplně jinak. Strašně jsem na něj chtěla promluvit, ale nemohla jsem najít slova, plakala jsem a plakala. Ptala jsem se sestřičky, co bych vlastně měla říkat, když mne stejně neslyší. Řekla, že to tak být nemusí, že mne vnímat může. **Nedokázala jsem to,** ale vnímala jsem, že je moc dobře, že tu u něj jsem, jak pro mne, tak pro něho.“ (manželka) „Vztah otce a syna není vždy tak o komunikaci a svěřování se. První návštěva u mého táty byla pro mne šokující, vůbec jsem nevěděl, **jak se chovat a co říkat.** Jak těžko se hledají slova. Stál jsem a koukal na něho, bylo to zvláštní. Srdeční zástava ho postihla zrovna na Štědrý den, když jsme byli s přítelkyní u nás doma. Normálně už moc času nemám a vídáme se sporadicky. Ale na Štědrý den býváme spolu a srdce se mu zastavilo v poledne, jako by čekal, až tam budu. Jsem tak rád, že žije.“ (syn) „Moje první návštěva u mé ženy byla krátká. Nebyl jsem připraven na to, že její stav bude tak vážný. Když jsem viděl, jak tam bezmocně leží, **nezmohl jsem se na slovo.** Koukal jsem na ni z dálky, neměl jsem odvalu jít blíže. Nebyl jsem připraven, jen tak jsem koukal. Sestřička mi raději přinesla židli, moje nohy mne najednou nemohly udržet. Na tohle se asi ani nejde připravit. Potřeboval jsem jít domů a strávit to.“ (manžel)*

Jak komunikovat, když pacient(ka) nevnímá?

Je velmi těžké navázat kontakt s pacientem, který je po dlouhou dobu v bezvědomí, nereaguje, neposkytuje zpětnou vazbu svým blízkým. Příbuzní sdělovali, že bylo pro ně těžké navázat slovní nebo haptický kontakt.

*„Každou návštěvu čekáme, že přijdeme a bude koukat, bude se smát. Je demotivující, když je stav stále stejný, nikam nevede. **Jak s ní máme komunikovat, vždyť nevnímá.** Co máme každý den povídat, když není žádná odezva? Byla jsem strašně depresivní. Rozumím haptice, doteky jsem zkoušela, ale nenaplňovaly mne. Vyšetření nedopadly špatně, tak proč nekomunikuje.“ (snacha) „Když byla manželka v umělém spánku, bylo velmi těžké navázat kontakt, **bál jsem se na ni sáhnout.** Tak jsem povídal, co je doma nového, a seděl jsem blízko ní, měl jsem tak pocit, že cítí moji blízkost. Snažil jsem se a bylo to pro mne účelné, měl jsem pocit, že alespoň něco pro ni teď můžu udělat.“ (manžel) Pacientův syn byl vysoké postavy, svalnatý, bývalý boxer. Bylo pro něj velkým problémem na otce mluvit, když neodpovídal. „Než jsem šel za tátou do nemocnice,*

*přemýšlel jsem, co mu budu říkat. Připravil jsem si věty, které budu říkat. Když jsem byl u něho, **nebyl jsem schopný mluvit** na někoho, kdo spí a nevnímá mne. Sestřičky říkaly, že neví, jestli mne neslyší, třeba jo. Ale já jen stál a koukal. Asi mi stačilo, že jsem tam s ním.“ (syn) „Bylo pro mne nesmírně těžké komunikovat s manželem, když jsem nevěděla, jestli se někdy ještě vůbec probudí. Bála jsem se, že už nikdy nebude normálně myslet, že už mne nepozná, nebude mne milovat. Tento strach mne doslova ovládal. **Nemohla jsem vůbec nic.**“ (manželka)*

Respekt k přístrojům

Na každé jednotce intenzivní péče se používá mnoho přístrojů k monitoraci vitálních funkcí a zajištění podávání léků pacientům. Jsou zde také přístroje, které pacienta v akutní fázi drží při životě. To si příbuzní jasně uvědomovali a měli respekt z přístrojů, vnímali jejich zvuky, přemýšleli o jejich činnosti a byli vděční zdravotníkům za vysvětlení jejich funkce.

*„První den jsem přístroje, které tátu obklopovaly, jen pozoroval. Sestřička mi vysvětlila ty zásadní. Druhý den už jsme se bavili i o těch ostatních. Zaujal mne přístroj COOLGARD, který tátu ochladil na 33 stupňů, aby mu neotekl mozek, jak jsem byl poučen. Netušil jsem, že něco takového existuje. Měl ho u nohou, a když jsem seděl u postele a povídal mu, pozoroval jsem ho. Tak divně vrčel, asi je tam spirála, pomyslel jsem si. Tento přístroj mne opravdu zaujal. Zjišťoval jsem od sestřičky, jak přesně funguje. A pravda, že tátův mozek opravdu zachránil. Dnes by nikdo nepoznal, jak těžkou nemoc má za sebou.“ (syn) „Bála jsem se ke tchýni přiblížit, měla kolem sebe moc **přístrojů, z kterých jsem měla respekt.** Stále vydávaly různé zvuky, které jsem neznala. Pozorovala jsem tchýni v obklopení těchto všech přístrojů a říkala jsem si, že to nepřežije. Vždyť ty přístroje pracovaly za ni, **bude moct bez nich někdy fungovat.** Obdivovala jsem je, ale zároveň **jsem se jich bála.** Co když do některého strčím a ublížím jí tím. Nebyla jsem nikdy technický typ. Chodila jsem kolem nich obloukem.“ (snacha) „Manželka měla zavedený mimotělní oběh. Vůbec jsem nevěděl, že je možné krevní oběh odpojit mimo tělo, vždyť to není snad ani lidské. Ale brzy jsem pochopil, že nebyť tohohle vynálezu, moje žena by vůbec neměla šanci přežít. Odpojili krevní oběh mimo srdíčko do přístroje, aby si srdce mohlo odpočinout po velkém infarktu, který manželka prodělala. Je to zázrak. **Chodil jsem kolem něho opatrně,** aby se nic nestalo.“ (manžel) „Můj manžel měl velký infarkt, srdíčko*

dlouho stálo. Když mne lékař informoval, řekl mi, že manžela museli napojit na mimotělní oběh. Vůbec jsem tomu nerozuměla, až když jsem přístroj uviděla, **zhrozila jsem se**. Pochopila jsem, že na tomhle přístroji závisí manželovo život, a bála jsem se, aby se s ním nic nestalo. **Měla jsem respekt** i k ostatním přístrojům, prostě ke všemu, co manželovi zachránilo život. Obdivovala jsem zdravotníky, že s těmito přístroji umějí pracovat.“ (manželka)

Neosobní prostředí

Když se přestěhujeme do nového domu, také potřebujeme nějakou dobu, abychom si zvykli na nové prostředí. Nemocniční prostředí vnímali příbuzní jako strohé, neosobní a neútluné. Zároveň si uvědomovali, že důležitější než prostředí je péče a léčba. Možnost přinést například fotografie pomohlo k zútulnění a podpořilo to komunikaci s nemocným.

„Prostředí na mne působilo **studeně a neosobně**. Stále jsem si říkala, jak se tady asi pacienti cítí. U tchyně to bylo skoro jedno, jelikož byla zatím stále v bezvědomí, ale co bude, až se vzbudí. Líbit se jí tady určitě nebude, má ráda pastelové barvy. Zde jsou bílé dlaždice, stará okna a lino. Musím tedy říci, že čisto a teplo tady je, to uznávám, že je důležitější. Byla jsem nadšená, když nám bylo nabídnuto, že **můžeme přinést fotografie** a vylepit je kolem tchyně. To úplně prolomilo naše mlčení. Následující návštěvu už jsem koukala na fotky dětí a povídala o nich.“ (snacha) „Prostředí na mne působilo **velmi neosobně**, není na něm vůbec nic pozitivního. Když se člověk probudí z umělého spánku, musí mít šok. Na stěnách nic povzbudivého, **je velmi strohé**. Už jsem byla na návštěvě i na jiných odděleních a tam se mi to líbilo víc než tady. Studené prostředí se **spoustou přístrojů a různých zvuků**. Ale chápu, že to není nejdůležitější. Na prvním místě je péče o mého manžela a s tou jsem byla nadmíru spokojena.“ (manželka) „Když jsem přišel poprvé za manželkou, dýchnul na mne z prostředí jednotky intenzivní péče socialismus. Vše tam bylo **zastaralé** – lino, zářivky, rolety, okna. Mimo přístrojů, ty se mi zdály pěkné a nové. Překvapilo mne to, jelikož na dětském oddělení této nemocnice to mají moc hezké a útulné. Uznávám ale, že prostředí není to nejdůležitější.“ (manžel) „Prostředí jednotky intenzivní péče, které znám z televize, vypadá trochu jinak. Čekal jsem ho více moderní a ne tak **neosobní**. Ale problém jsem s tím neměl, záleželo mi jen na tom, jak je o tátou postaráno a s tím jsem byl velmi spokojen. Všichni se o něho starali, vlastně i o mne. Okna tedy byla vážně už hrozná, strašně přes ně foukalo, potřebovala vyměnit. Zdálo se mi, že byla tátovi i

zima, tak jsem poprosil sestřičku, aby mu dala ještě jednu peřinu. Přece jen byl prosinec a okna nedoléhala.“ (syn)

Endotracheální rourka – bariéra v komunikaci

Pokud je pacient po srdeční zástavě v analgosedaci, dýchá za něj dýchací přístroj. Pacient je zaintubován, v průdušnici má rourku a ta je okruhem napojena na ventilátor. V příbuzných vyvolává dýchací přístroj i endotracheální rourka úzkost a strach. Zároveň pozorují, že rourka brání komunikaci s příbuzným, znemožňuje mu mluvit, což většinou vyvolává u nemocného rozrušení a dráždění.

*„Poslouchal jsem lékaře, zdálo se mi, že všemu rozumím a že to snad zvládnu. Nedovedl jsem si akorát představit ty přístroje, proto když jsem přišel ke své ženě, uvědomil jsem si, že jsem vlastně nic nepochopil. **Bál jsem se**, aby tou slabou trubičkou, co měla v ústech, mohla vůbec dýchat a neudusila se přes ni. Zeptal jsem se ošetřující sestry a ta mne ujistila, že manželce se dýchá dobře, vysvětlila mi měření pulsní oxymetrie. Další kámen úrazu byl v tom, že přes ni **nemohla mluvit**. Jakmile ji začali probouzet, chtěla mi hned něco povědět, byla neklidná, nešlo to. Nikdy v takovém stavu nebyla a nebyla na to připravena. Ani já ne. Bohužel. Snažil jsem se, ona mi rozuměla dobře, ale já jí vůbec. **Měl jsem z toho velké deprese**. Každá návštěva se ukončila tím, že jsem nevěděl, co mi chce manželka říci, a ona z toho začala hůře dýchat, zrychlil se jí tep. Tohle jsem nezvládl. Ale snažil jsem se, aby cítila, že jsem stále nablízku. To přece také hodně znamená.“ (manžel)*

*„Nemám rád tyhle situace, když nevím, jak se mám chovat. Tahle byla jedna z nich. Za tátu dýchal přístroj, byl na něm plně závislý a já nevěděl, jak s tím naložit. Chvilku mi trvalo, než jsem se s tím srovnal. Pak jsem přišel na to, že prostě **prozatím budu mluvit já a on bude jen poslouchat**. Uklidňoval jsem ho, že mu trubičku určitě brzo vyndají, že musí být trpělivý. Strašně ho dráždila, tak musel být alespoň trochu uspaný, aby ji toleroval.“ (syn)*

„Manžel je strašně netrpělivý, někdy až výbušný. Bylo mi jasné, že až se začne budit z umělého spánku, bude tahle trubička kámen úrazu. Nevydrží to. Bála jsem se k dýchacímu přístroji i přiblížit, abych do něj nějak nestrčila a trubička mu z krku nevypadla. Bylo mi vysvětleno, že sám by v analgosedaci dýchat nemohl. Pokaždé když přístroj zapípal, hrklo ve mne a bála jsem se. Sestřička mi vysvětlila, že manžel jen dýchal rychleji, že se nic nestalo, ale stejně jsem se moc bála.“ (manželka) „Vůbec jsme neměla

*povědomí o tom, že pacienti po srdeční zástavě musí mít tolik přístrojů. Za tchýni dýchal dýchací přístroj, ona sama by to určitě nezvládla. Ještě k tomu měla bolesti, při srdeční masáži jí zlomili žebra. Byla chudák tak slabá. Nezvládla ani odkašlat, a tak ji přes tu trubičku i odsávali, to jsem vždy odcházela na chodbu. **Nedělalo mi to vůbec dobře.** Nechápu, že sestřičkám to nevadí.“ (snacha)*

Strach z katétrů – bariéra v komunikaci

Pacient v analgosedaci má zavedeno několik katétrů. Arteriální katétr, centrální žilní katétr, periferní katétr, může mít i Swan-Ganzův katétr a jiné. Je potřeba monitorovat vitální funkce a reagovat na ně. Příbuzní potřebovali znát význam všech katétrů, měli z nich někdy strach, obavy, aby neublížili svým blízkým tím, že o ně zavadí, a tak někdy vytvářely katétry bariéru při haptickém kontaktu.

*„Taková spousta hadiček, co vede ke katétrům. Byl jsem úzkostný, že o něco zakopnu a vytrhnu to. Manželka vykrvácí kvůli mně. Sestřička mi říkala, že je přišitý, ale na hadičky mám dávat velký pozor. Manželku **jsem hladil ve větší vzdálenosti od katétrů.** Nejhorší byly ty „hadice“, co měla v tříselech od mimotělního oběhu, z toho jsem měl opravdu hrůzu.“ (manžel) „Tchyně měla spoustu hadiček, ležely na posteli kolem ní, **bála jsem se k nim přiblížit.** Hadičky vedly z katétrů, jak tomu sestřička říkala, které byly zavedeny v jejím těle. Říkala jsem si, že bylo štěstí, že tchyně byla v bezvědomí, to zavedení muselo strašně bolet. Jeden katétr měřil krevní tlak a dala se z něj i nabrat krev. Bylo mi vysvětleno, že je zaveden v tepně, že ho nesmím hlavně vytrhnout, jinak tchyně vykrvácí. **Měla jsem z toho noční děsy. Bála jsem se ji vzít za ruku,** kde byla tato hadička. Raději jsem k ní chodila z druhé strany. Na této straně byl zase centrální žilní katétr, ale toho jsem se nebála. Byl mi nějak sympatičtější.“ (snacha). „Druhý den návštěvy u svého otce jsem si nechal od sestřičky vysvětlit, co to jsou ty katétry, jak říkal pan doktor, že otec musí mít. Vlastně to bylo logické. Otcí bylo třeba měřit tlak, podávat léky a chladit krevní oběh, aby neotekl mozek, jak už jsem zmiňoval. Měl jsem z nich **velký respekt,** ale asi jsem se nebál. Spíše **mne to zajímalo a zjišťoval jsem o tom podrobnosti.** Je skvělé, co dnes zdravotnictví nabízí.“ (syn) „Manžel měl kolem sebe spoustu hadiček, vlastně byly všude. Děsily mne. Když byly u něho děti, stále jsem byla ve stresu, aby za nějakou nezatáhly. Ty katetry byly zavedené zevnitř manželova těla. Mimotělní oběh byl nejhorší. To byl obrovský katétr, ze kterého vystupovaly dvě „zahradní hadice“. Koukala jsem mu na nohy, jestli je*

nemá modré, jestli se vůbec prokrvují. Strašně špatně působily na mnou psychiku, vadilo mi, jak moc to manžela ohrožuje. Stačilo za něco zavadit a mohl být mrtev.“ (manželka)

Velký strach z monitorů a infuzních pump – bariéra v komunikaci

Zvuky a alarm monitoru a infuzních pump na příbuzné velmi negativně působily. Všem respondentům to nahánělo opravdu velký strach. Byli z toho rozladěni a rušilo je to v navázání kontaktu s příbuzným.

*„Snažíme se o navázání kontaktu, ale nevíme vlastně jak, když je tchýně v bezvědomí. **Když se jí chci dotknout a pohládit ji, zapípá monitor nebo zazvoní pumpa. Budu si muset na ty přístroje nejdříve zvyknout. Nikdy jsem je takhle zblízka a na své mamince neviděla. Poprosila jsem sestřičku, aby mne alespoň trochu zasvětila do tajů téhle techniky.**“ (snacha) „Strašně mne děsily zvuky monitorů a infuzních pump. Lekal se jich i manžel. Často se stávalo, že mu z prstu spadl ten kolík, co měří okysličení a monitor začal hned pípat. Byla jsem vyděšená, nerozpoznala jsem rychle, co to znamená. Nebo **jsem ho hladila a najednou začala pípat pumpa, kde měl léky. Většinou to bylo z toho důvodu, že lék došel a sestřička ho šla vyměnit, ale to jsem také nemohla vědět. Monitory jsou důležité, bylo mi vysvětleno, co která barva značí. Měla jsem strach, že se manželovi znovu zastavilo srdíčko nebo že mu klesl krevní tlak, přestal dýchat. Bylo toho tolik, co sledovat, obdivuji sestřičky, že se v tom vyznaly.**“ (manželka) „Přemýšlel jsem, co bych manželce vyprávěl a několikrát, **kdy už jsem začal a byl jsem rád, jak mi to jde, to přerušil zvuk monitoru či pumpy.** Pak už jsem se nedokázal soustředit. Hrozně mne to rušilo a děsilo, nevěděl jsem, co se děje. Někdy jen zvedla ruku a monitor už začal řvát, jelikož v ruce měla katétr na měření tlaku a ten přestal měřit.“ (manžel) „Jak byl otec neklidný, monitor často pípal. Měl jsem strach, že si něco vytrhl a budou mu to muset zavádět znovu. Většinou se tedy jednalo pouze o artefakt, jak mi sestřička sdělila. Často pípaly i pumpy, otec měl výživu do žaludku i do žíly a stávalo se, že se hadička zalomila a pumpa začala hned pípat. Je pravda, že **tohle nám navázání komunikace moc neulehčovalo, prostě zde na jednotce intenzivní péče není chvilka klidu.**“ (syn)*

9.3.3 Kategorie 3 – Komunikace rodinných příslušníků s pacientem v analgosedaci – výzvy, úspěchy

Komunikace v rámci intenzivní péče není jen jednostranná aktivita. U pacientů v analgosedaci je velmi důležitá neverbální komunikace. Musí být ve shodě s verbální komunikací a efektivně používaná. Zásadní postavení mají také dotyky, které se u pacientů v bezvědomí uplatňují hojně. Pro rodinné příslušníky je komunikace s pacientem v analgosedaci náročná, ale na druhou stranu je to zlomový bod, kdy se vše obrací k lepšímu. Začínají mít pocit, že nyní mohou oni sami pro svého příbuzného něco udělat. Mají velkou radost, když začínají navazovat oční kontakt, když se s nimi dorozumí.

Tracheostomie – strach, ale jednodušší komunikace

Z důvodu dlouhodobého weaningu a netolerance endotracheální rourky se přistupuje k provedení perkutánní dilatační tracheostomie. Respondenti měli z výkonu obavy a někdy nevěřili, že jejich blízkým tracheostomie pomůže. Komunikace s ní však byla jednodušší pro všechny zúčastněné a výsledný pocit byl pozitivní.

*„Lékaři mi oznámili, že manželce bude proveden výkon. Endotracheální rourku vytáhnou a udělají přístup přes krk. Nemám se bát, bude to pro všechny lepší. Nevěřil jsem a **bál jsem se**. První den ještě spala, vůbec se neprobudila při návštěvě, ale sestřička mi vysvětlila, že má léky na bolest, aby ji rána nebolela. Následující den **jsem byl v němém úžasu**. Manželka se usmívala, nekašlala jako předtím a měla dobrou náladu. Zvládla mi ukázat na písmenkách několik slov, od kterých jsme se odpíchli, a **už jsme si více rozuměli**. Většinou stačilo jedno slovo a už jsem si domyslel, co asi může chtít říci.“ (manžel)*
*„Tchýně se stále nebudila k dobrému vědomí. Ústní koutky už měla otlačené, až rozedřené do krve od té trubičky na dýchání. Pan doktor mi oznámil, že jí budou muset udělat tracheostomii, že zavedou hadičku na dýchání přes krk, jelikož už měla endotracheální rourku moc dlouho. Souhlasila jsem, říkala jsem, že to ji nebude tak bolet a dráždit. Když jsme pak přišli druhý den, už měla tracheostomii. Zdálo se mi, že je klidnější, rozhodně jí nedráždila jako ta trubička. **Byla jsem ráda**.“ (snacha)*
„Můj otec měl trubičku na dýchání jen pár dní, byl moc šikovní, říkaly sestřičky. Na začátku u něj dominoval neklid, ale pak se uklidnil a bylo možné se brzo trubičky a tedy i dýchacího přístroje zbavit. Viděl jsem u ostatních, že měli později trubičku přes krk. U mého otce k tomu naštěstí nedošlo.“ (syn)
„Jak jsem předpokládala, pro manžela bylo velmi těžké tolerovat dýchací trubičku. Když se

začal budit, museli ho stále ještě přispávat, jelikož se strašně dávil. Trubička mu vadila strašně moc, vlastně ho nezajímalo nic jiného než ona. Sestřičky ho musely stále odsávat, vytékala mu z úst kolem rourky kvanta slin a z nosu sekret, tracheostomie byla pro něj vysvobozením. **Měla jsem strach**, když mi to pan doktor řekl, jestli to nebude ještě horší, ale nebylo. Tracheostomie už ho tolik nedráždila. Pokud ležel v klidu, šlo to. Když ho sestřičky otáčely na boky, aby se neproležel, dráždila ho i ta tracheostomie, prostě to s ním nebylo jednoduché, **ale bylo to lepší.**“ (manželka).

Komunikace přináší radost

Když je pacient den ode dne lepší, příbuzní mají velkou motivaci pokračovat v podpoře svého nemocného příbuzného. Vidí, že to, co pro něj dělají, má smysl. Jakmile se pacient zbaví endotracheální rourky, začne sám dýchat a mluvit, je vše o moc veselejší.

„Táta mne velmi překvapil, když jsem přišel na návštěvu a už neměl v ústech tu rourku. Najednou promluvil, chtělo se mi plakat. Byl tak šikovný a snaživý. Bůhví, jestli bych já to takhle zvládnul. Ten den **jsem mluví a mluvili. Nikdy na tento datum nezapomenu**, do nového roku už vstoupím s nadějí v dobré zítřky.“ (syn) „Trvalo dlouho, než se podařilo manželku odpojit od dýchacího přístroje, bylo to velmi problémové. Jednoho dne jsem přišel a ona **promluvila, byl jsem radostí bez sebe**, nejkrásnější dárek, co jsem mohl dostat. Po dlouhé době jsem zase slyšel její hlas, už jsem zapomněl, jak vlastně zní.“ (manžel) Pokud ke zlepšení zdravotního stavu příbuzného dlouho nedochází, převládá strach a smutek. „U manžela to dlouho nevypadalo dobře, měla jsem strach, že bude mít poškozený mozek. **Moc jsem se bála**, že už to nebude on. **To čekání mne ničilo.** Když jsem čekala na autobus domů, smutná a přešla po návštěvě u manžela, zazvonil mi telefon a bylo mi sděleno, jestli se můžu vrátit, že manžel otevřel oči a kouká. Samozřejmě jsem se vrátila **a viděla ten zážrak, koukal na mne a usmíval se.** Poté to šlo rychle, vyndala se trubička na dýchání a za pár dní už seděl v křesle.“ (manželka)

V některých případech bohužel ke zlepšení stavu nemocného nedochází vůbec, pak příbuzní prožívají frustraci a smutek.

„Bylo mi moc líto, když jsem viděla u ostatních pacientů, jak se rychle zlepšoval jejich stav a má tchýně se stále neprobouzela. Samozřejmě sem jejich rodině to štěstí přála, ale já byla o to víc smutná. Na vedlejší lůžku se po dobu hospitalizace mé tchýně vystřídalo spoustu pacientů. Všichni se rychle zlepšili a odcházeli na standardní oddělení.“

*Jen my jsme tam pořád chodili bez důvodu k radosti. Venku jsem se vždy rozplakala. **Bylo to tak ubíjející.***“ (snacha)

Význam neverbální komunikace

K diagnóze srdeční zástava oběhu většinou dochází z plného zdraví pacienta, který tak nemá vůbec možnost se na to připravit. Po probuzení z bezvědomí má v ústech endotracheální rourku a u sebe přístroje. Najednou se ocitne v sociální izolaci. Personálem je mu vysvětleno, že je to jen dočasné, ale je to u každého individuální. Záleží na závažnosti stavu a spolupráci pacienta.

*„Slovo neverbální komunikace jsem slyšel poprvé v životě. Když jsem si pak přečetl, co to znamená, znal jsem ji. Hráli jsme s manželkou rádi pantomimu a tohle bylo podobné. Ale nevěděl jsem, jak začít. Bylo mi vysvětleno, že neverbální komunikace jsou i **doteky**. To jsem nevěděl. Bylo to vlastně ale úplně jasné. Co cítí člověk v bezvědomí, hlavně doteky a přítomnost osoby vedle sebe. Je to jako, když spíme. Manželku jsem hladil ve vlasech, to má ráda.“* (manžel) *„Neverbální komunikaci znám, zajímala mne už dříve. Ale je to něco jiného, když je to vaše rodina. U tchýně byly dobře čitelné pouze **grimasy**. Pochopila jsem, že plakala dojetím nebo že se pokoušela zavrátět hlavou, že ji nic nebolí. Dle mého názoru ji opravdu nic nebolelo, byla v jakémsi stavu blaženosti, ze kterého se nikdy neprobudila.“* (snacha) *„Neverbální komunikaci jsem vůbec předtím neznal, ale nikdy mi nedělalo problémy odezírat, když někdo nemohl mluvit nebo mluvil nesrozumitelně. První dny, když táta spal, jsem opatrně na něj mluvil jen já. **Pak jsme se dorozumívali rukama, nohama a šlo to.**“* (syn) *„Jednou jsem sledovala v televizi pořad o neverbální komunikaci, jak jsou důležité doteky. Manžel, jak byl úzkostlivý a nervózní, špatně gestikuloval, nerozuměla jsem mu. Komunikační pomůcky odmítal, ty byly pod jeho úroveň. Až když jsem se mu podívala do očí, mnoho věcí jsem v nich přečetla.“* (manželka)

Oslovení a oční kontakt

Když se pacient budí z bezvědomí, má rodina radost i z malých krůčků. Jedním z nich je oční kontakt. Jakmile udrží oční kontakt, zdá se, že má vyhráno. Mluví na pacienta, on reaguje na oslovení a udrží oční kontakt.

„Vůbec jsme to nečekali, přišli jsme a sestřička nám řekla, ať ji vezmeme za ruku a oslovíme ji. Udělali jsme to a ona se na nás podívala a usmála, to byl zázrak. Ten den jsem si myslela, že vše špatné je už za námi. Bylo domluveno, že až se tchýně trochu zotaví, provede se jí valvuloplastika aortální chlopně. Modlila jsem se, ať se toho dožije. Stále mne sledovala, hladila jsem ji po ruce. I manžel se odvážil. Byl to po dlouhé době **úžasný zážitek**.“ (snacha) „Když manžela začali budit z umělého spánku, stále jsem se bála, jestli nebude mít poškozený mozek. Poprvé otevřel oči a litaly mu po celém pokoji, vůbec se na mne nekoukal. Nefixoval pohled. Řekla jsem si, to bude špatné. Druhý den už to ale bylo lepší. Chytla jsem ho opatrně za ruku, abych nezatáhla za nějakou hadičku, a oslovila ho, podíval se a chvilku na mne koukal. Poté se to začalo zlepšovat. Za pár dní už udržel pevný oční kontakt.“ (manželka) „Manželka se budila do neklidu, nemohla udržet pozornost, kvůli dráždivému kašli z důvodu trubičky na dýchání. Snažil jsem se jí pomáhat, uklidňovat ji, ale vůbec mne nevnímala. Vlastně až když jí lékaři udělali tracheostomii, tak začala plně reagovat a udržela se mnou **oční kontakt**. Člověk by si i mohl myslet, že má poškozený mozek, z jejich reakcí, ale bylo to tím, že se nemohla soustředit.“ (manžel) „Několikrát jsem otci vysvětloval, co se mu stalo. Když se začal budit z umělého spánku, jakoby tomu stále nerozuměl a měl strach z toho, kde se tady vzal. Sestřičky na něj byly milé a snažily se ho zaujmout a zklidnit. Já i moje přítelkyně jsme se taky snažili, ukazovali jsme mu na mobilu nějaké fotky a videa z dřívějších dob, aby přemýšlel sám o sobě. Bylo to náročné, ale zvládli jsme, **když se mi koukal do očí a jeho oči byly klidné a usmívaly se, věděl jsem, že je zpátky**.“ (syn)

Dotýkat se

U pacientů v hluboké analgosedaci se nejvíce využívá navázání kontaktu v podobě haptiky, tedy doteku. Pro zdravotníky je to běžná věc, ale příbuzní netuší, co si můžou dovolit. Pro někoho byl dotek zcela přirozený, někdo měl obavy, aby svému blízkému neublížil.

„Nevěděla jsem, jestli se můžu k manželovi přiblížit. Bála jsem se, abych mu něco neudělala. Stále něco pípalo a já byla vyděšená. Sestřička mi vysvětlila, že to jsou přístroje k podávání léků a na monitoru jsou manželovi životní funkce. **Vzala moji ruku a položila na ruku mého muže**. Rozklepala jsem se. Cítila jsem, jak je jeho ruka bezvládná, ale krásně teplá. Vzala jsem si židli a posadila se k němu. Hladila jsem ho a koukala na něj,

*jak spí. Vypadal klidně a mne to uklidnilo také.“ (manželka) „Hladila jsem tchýni při každé návštěvě, **byl to vlastně náš nejbližší kontakt. Ale moc milý kontakt. Cítila jsem její blízkost. Mám doteky ráda, je to moc něžné navázání kontaktu. Když už nevím, jak dál, dotyky mi dodají sílu.“ (snacha) „Nikdy předtím by mne nenapadlo, že budu tátu hladit. Tak blízký vztah jsme dříve neměli. Alespoň k něčemu byla tahle hrůza dobrá. Nechal jsem si poradit od sestřičky, kde ho můžu pohladit, abych mu neublížil. Bylo to zvláštní, i když byl ještě v umělém spánku, ježily se mu chlupy tam, kde jsem ho hladil.“ (syn) „Hladili jsme se doma často, vždy večer u televize, to bylo naše. Pro mne tedy **kommunikace dotekem byla zcela přirozená. Je snad normální, že hladím toho, koho miluji.“ (manžel)*****

Mluvit, aby slyšel/a můj hlas

Nejčastější obavy mají rodinní příslušníci z toho, co mají nemocnému při návštěvě říkat. Časem si však zvyknou, že obsah řeči není tak důležitý jako vlastní kontakt s pacientem, známý hlas pacienta stimuluje a přináší nakonec příjemný pocit i samotným příbuzným.

*„Chodila jsem za manželem každý den a bylo těžké říkat stále něco nového, když není co. Můj život v tu dobu spočíval v tom, že jsem doma zaopatřila děti a jela za manželem. Přijela jsem večer, udělala večeri a šla zase spát. Sestřička mne uklidňovala, že můžu říct některou informaci či vzpomínku klidně i opakovaně, hlavně aby manžel slyšel můj hlas. Musela jsem si doma rozmyslet, co budu druhý den říkat. Dle rady jsem přivezla i rodinné fotky a ukazovala mu je. Na fotky reagoval úžasně. Konečně jsem si připadala užitečně.“ (manželka) „Než jsem se naučil na tátu mluvit a vymýšlet, co bych tak asi měl říkat, chvíli trvalo. Rozmýšlel jsem si to vždy už v práci, bylo to pro mne náročné. Hlavně na začátku, když jsem ještě nevěděl, jestli mne slyší nebo ne, bylo těžké něco říkat. **Připadal jsem si strašně hloupě, že tam plkám jen tak do vzduchu.** Táta říkal, že poznával můj hlas, ale co jsem říkal, vůbec neví. Pro mne bylo důležité, že tedy opravdu cítil, že jsem u něj.“ (syn) „Pro nás to na začátku bylo těžké, ale měli jsme motivaci, že se tchýně brzy probudí, a tak jsme se snažili, co jsme jen mohli. Nosili fotky, oblíbenou hudbu, parfém, myli ji jejím sprchovým gelem. Postupem času jsme naději ztratili a to je snad ještě těžší, než kdyby naděje nebyla už od začátku.“ (snacha) „Komunikovat s člověkem, který není při vědomí, je nelehký úkol. Stále jsem přemýšlel, co bych měl říkat. Čím víc jsem přemýšlel, tím to bylo horší. Pak už jsem se naučil prostě **povídat, co mi přijde na mysl, a to bylo to***

pravé. Asi bylo opravdu o dost důležitější, že slyší můj hlas, který znala. Někdy jsem přinesl knihu a četl jí, to ji dovedlo i na chvíli uklidnit. V reakcích jsem ji poznával už od začátku, co byla ještě v bezvědomí, ležela s hlavou natočenou na pravou stranu, to dělala vždy.“ (manžel)

Naladění na stejnou notu a neverbální komunikace

Příbuzným pomáhala v komunikaci s pacientem především láska k jejich blízkým, naladění a snaha o porozumění jejich gestům, mimice a ostatním neverbálním signálům.

*„Po překonání prvotního strachu a úzkosti jsme si s tátou rozuměli vcelku dobře. Jeho **gestikulace** jsem si pamatoval z dětství. Když jsem něco provedl nebo měl ze mne radost. Zůstaly stejné. A den ode dne bylo vše lepší. Přestal být neklidný, uvědomoval si, kde je a co se s ním stalo, už nepotřeboval léky na zklidnění. **Rozuměli jsme si jako nikdy dřív.**“ (syn) „Při každé návštěvě jsem hned poznala, jak je manžel naladěný, poznala jsem mu to na očích, když už koukal a byl uspaný jen mírně, aby ho neдрáždila rourka. **Byli jsme si opravdu blízcí**, takže jsem jeho **gesta** dobře znala, někdy nemusel udělat vůbec nic a poznala jsem, že návštěva nebude dlouhá, že mu není dobře. Později, když už měl tracheostomii, jsem se snažila odezírat, ale to mi tedy nešlo. Problém byl v tom, že byl netrpělivý, proto s ním komunikace občas nešla ani navázat. Jak se cítí, jsem poznala, ale co mi chce říci ne.“ (manželka) „Měly jsme s tchýní moc hezký vztah. Říkala jsem jí maminko a měla ji i ona mne moc ráda. Když jsem za ní přišla asi po páté, **usmívala** se na mne. Občasně udělala i nějakou **grimasu**. Myslím, že **jsme byly naladěny na stejnou notu**, ale problém byl v tom, že se nikdy úplně neprobrala k plnému vědomí. Vnímala jsem, že mne ráda vidí. Když jsem jí pohládila, podívala se na mne. Cítila jsem z toho **pohledu** něhu jako od maminky. Povídala jsem jí, co dělají děti, a bylo vidět, že poslouchá.“ (snacha) „Měli jsme s manželkou problém se sladit a naslouchat si. Na začátku ji velmi dráždila ta rourka na dýchání a neudržela pozornost. Museli jsme si zvyknout na novou situaci, až po několika návštěvách **jsme se dokázali sladit**. Když měla tracheostomii a mohla se trochu soustředit na to, co jí říkám, velmi se to zlepšilo. Začali jsme se tomu i **smát**, když ona **gestikulovala** a já jí nerozuměl.“ (manžel)*

Podpora, kterou potřebuje pacient i jeho blízký

Respondenti často popisovali, že potřebovali podporu a sdílení těžké životní situace. Podporu jim vyjádřili jejich blízcí nebo zdravotníci povzbuzujícím slovem, úsměvem nebo hapticky objetím. To dodalo příbuzným pacientů opět energii a odhodlání, které se následně projevilo větší snahou o komunikaci s pacientem.

*„S panem doktorem i několika ošetřujícími sestřičkami jsem měla opravdu moc hezký vztah. Když mi bylo nejhůř, moje oblíbená sestřička mne objala a řekla, že vše bude v pořádku, musím tomu věřit. **Dodala mi obrovskou sílu**, jakoby se mi vlévala nová krev do žil. V tu chvíli jsem věděla, že to zvládnou, že vlastně musím, jelikož ona mi věří a nemůžu ji zklamat. **Podporoval mne i místní sanitář, snažil se, abych se odreagovala, a vykouznil mi úsměv na rtech. Takový personál by měl být všude. I s manželem jsem měla poté více trpělivosti a náladu se mu snažit více porozumět.**“ (manželka) „V téhle situaci jsem byl velmi šťastný za své děti, když mi bylo nejhůře, **objali jsme se** a věděl jsem, že zase budu mít sílu na další boj. I personál v nemocnici byl velmi **vstřícný**. Když jsem šel plakat na chodbu, aby to manželka neviděla, přišla za mnou sestřička, **objala mne a nabídla vodu**. Jednou jsem i viděl, jak sestřička objala manželku, aby jí dodala sílu. Prostě poznala, že to manželka potřebuje. Tohle je pro mne i manželku moc důležité, je to **velká podpora** vědět, že někdo cítí s vámi, že se o něj můžete opřít.“ (manžel) „Jsem spíše uzavřený a tvrdý, ale po téhle příhodě jsem si uvědomil, že potřebuji někoho, kdo mne v mé situaci bude **provázet a podporovat**. Přítelkyně zde byla, když jsem ji potřeboval. **Objala mne** a mohl jsem plakat, nevadilo jí to. Když tátovi vyndali trubičku na dýchání a já přišel a viděl, že mluví, spontánně jsem ho objal, to by se dříve nestalo. Změnil jsem se, musím uznat, že city jsem dříve moc neprožíval.“ (syn) „Jsem citlivá žena, mám ráda, když lidé vyjadřují své city. Můj manžel je uzavřený sám do sebe, ale zlepšuje se. Stalo se, že situace byla taková, že jsme se se sestřičkou **objaly**, viděla, že už tu tíhu sama neunesu. Bylo to povzbudivé. Tchýni jsem se bála obejmout kvůli přístrojům a katétrům. Sestřička mi pomohla a několikrát jsme to zrealizovaly. Reakci jsem na tchýni viděla, štěstím se rozplakala. Nikdy předtím se mi nestalo, že bych ráda viděla někoho plakat. Nyní ano, byla to reakce.“ (snacha)*

9.3.4 Kategorie 4 – Komunikace rodinných příslušníků s pacientem v analgosedaci – pomůcky, techniky

Komunikaci mezi pacientem a příbuznými je možno zprostředkovat pomocí různých komunikačních materiálů a technik. Na jednotkách intenzivní péče by měly být k dispozici piktogramy, různé komunikační tabulky či modernější technika. U správně zvolených pacientů může dobře zafungovat i bazální stimulace. Pokud při komunikaci spolupracují rodinní příslušníci se zdravotníky, pacient z toho velmi profituje.

Piktogramy a komunikační tabulky

Na jednotkách intenzivní péče jsou pacientům k dispozici komunikační materiály – obrázky a tabulky s písmeny. Respondenti popisovali své zkušenosti s těmito materiály, které byly individuální. Piktogramy většinou pacienti odmítali, obrázky byly malé.

*„Na jednotce intenzivní péče nám byly nabídnuty **obrázky ke komunikaci**. Když se manželka probudila z umělého spánku a nemohla mluvit, sestřička mi podala takovou tabulku, kde byly různé potřeby a situace – například: mám hlad, chce se mi na záchod, něco mne bolí, chci vyčistit zuby atd. Mně se to zdálo úžasné, ale manželku to nezaujalo, spíše bych řekl, že ji to rozčilovalo. Poté mi řekla, že si přišla jako v první třídě. Zkusil jsem ještě **tabulku s písmenky** a ta se chytla. Sice to trvalo hodně dlouho, než jsme sestavili jedno slovo, ale oba jsme měli čas.“ (manžel) „Sestřička nám nabídla **tabulku s obrázky**. Byly na ní nejčastější věci, které člověk potřebuje. Tátu i mne to bavilo, ukazoval na ni vlastně skoro všechno a smál se, pak zvažněl a ukázal třikrát na jednu věc – bylo tam, chci domů. Troufal jsem si mu odpovědět, že to bude brzo, když se bude snažit. Byla to motivace a on se opravdu moc snažil.“ (syn) „Manžela velmi deprimovalo, že nemůže mluvit. Když nám sestřička nabídla **komunikační tabulku**, zaradovala jsem se. Vůbec jsem nevěděla, že něco takového existuje. Manžel z ní nadšený nebyl, obrázky byly na něj moc malé a špatně jim rozuměl. Jako druhou možnost jsme se sestřičkou ještě vymyslely **tabulku s písmeny**. Ta už byla pro něho snesitelnější, akorát to strašně dlouho trvalo a manžel trpělivý nebyl.“ (manželka)*

*„Snažil jsem se o navázání kontaktu s manželkou hned od začátku. Po probuzení z umělého spánku sestřička nabízela piktogramy. Takové obrázky, na kterých může moje žena ukázat, jak se cítí a co by potřebovala. **Ona se ale vztekala, nechtěla na tom ukazovat**. Později mi řekla, že jí to přišlo hloupé. Chtěla něco kultivovanějšího. Mně se to*

zdálo výstižné, když nemůžu mluvit, ukázat alespoň, co potřebuji. Manželka je však nenáviděla.“ (manžel) „Zkoušela jsem tchýni piktogramy ukazovat, **usmívala se ně**, asi se jí zdály vtipné nebo se jí líbily, to už nikdy nezjistíme.“ (snacha) „Piktogramy mi sestřička přinesla, když už manžel udržel oční kontakt a fixoval pohled. Byly to malé obrázky s popisem toho, co by asi tak nyní mohl potřebovat. Myslela jsem si, že ho tím potěším, ale **nelíbily se mu**. Já to ale chtěla stále zkoušet, jestli ho nepřemluví, aby mi ukázal, co teď potřebuje. **Byl naštvaný a odstrkoval je**.“ (manželka) „Táta byl za komunikační pomůcky rád. Viděl v tom spojení se světem a se mnou. Piktogramy jsem mu vysvětlil, jak mi to podala sestřička. Těšil se na ně, ale **obrázky byly malé a on na ně moc neviděl**, nosil brýle, ale u sebe je neměl. Nemohli jsme se doma najít a myslel jsem, že tady je potřebovat nebude. Na piktogramy špatně viděl a z toho vyplývalo, že jim nerozuměl. Už je nechtěl.“ (syn)

Super nápad - tužka a papír

Při zlepšení svalové síly je pacientům a jejich blízkým nabízena tužka a papír. Je to jednoduchý způsob efektivní komunikace, kdy pacient ještě nemůže mluvit, ale svalovou sílu už má dobrou. Většina respondentů popisovala radost svých blízkých, když mohli využívat „inteligentní“ způsob komunikace pomocí psaní. Začátky byly někdy obtížné, ale trénink se vyplatil.

„Manželce zavedení tracheostomie velmi pomohlo, jak už jsem říkal, už ji to tolik nedráždilo. Dostal jsem ke komunikaci zalisovanou abecedu a ukazovali jsme slova. Zase pokrok v komunikaci. Od sestřičky jsem dostal **tužku a papír**, ať to taky zkusíme. Že už by **mohla manželka psát**. Z toho byla nadšená, ale kámen úrazu byl v tom, že ruku měla ještě slabou a tužku dlouho neudržela. Byla z toho rozhořčená, chtěla psát. Přišlo jí to jako první normální spojení se světem. Trénovala ruce s rehabilitační sestrou a brzo tužku udržela.“ (manžel) „Hrozně moc už jsem chtěl s tátou navázat nějakou smysluplnou komunikaci. Neverbální už mne nebavila. Zkoušeli jsme tabulku s písmeny nebo pocity. Zabalili jsme se tím na dlouho dobu, ale táta už chtěl něco víc. Prosil jsem sestřičku, jestli ještě nemá nějaký nápad. Dala mi tužku a papír, že neví, jestli už to půjde, ale že to můžeme zkoušet. Tátovi se nápad líbil, ale na začátku mu to vůbec nešlo, tužka mu neustále vypadávala z ruky a **rozčilovalo ho to**.“ (syn) „Manžel je inteligentní člověk a některé způsoby komunikace se mu zdály jako z mateřské školy. Tabulka s pocity u něj rozhodně

nevyhrála. Abeceda ta šla, tam se snažil ukazovat slova, ale šlo to na jeho vkus dost pomalu. Když se stav začal zlepšovat, rozhodli jsme se zkusit tužku a papír, že by třeba nějaké slovo napsal, ale bylo to ještě brzo. Tužku v ruce neudržel a akorát **ho to vynervovalo**. Byl potřeba delší trénink.“ (manželka)

„Táta už byl při plném vědomí, dobře rozuměl a vyhověl. Zvládl jsem dle jeho gestikulací rozpoznat, co se děje. A ještě jsme dostali od sestřiček **tužku a papír, aby trénoval psaní**. To byl **super nápad**, táta měl velkou radost. Tento projev už mu přišel jako vlastní, konečně to byl zase on. Sice ještě nemluvil, ale mohl se projevovat jako inteligentní člověk. Tak jednoduché a tak geniální.“ (syn) „Když měl manžel už tracheostomii, začal pomalu přes ní polykat, pil čaj a jedl přesnídávky. Tím se mu o hodně zlepšila svalová síla. Sestřička nám nabídla **tužku a papír, to bylo radosti**. Tenhle způsob komunikace již nepřišel manželovi pod úroveň a zkoušel psát, až psal tak, že se to po něm dalo i přečíst. Byla to pro něho velká výzva a výzvy on miluje.“ (manželka) „Moje tchýně nikdy neměla takovou svalovou sílu, aby vzala tužku do ruky, jednou jsme to i s manželem zkusili, ale bez výsledku.“ (snacha) „Jakmile udělali manželce lékaři tracheostomii, začala i trochu jíst a cvičila s rehabilitační sestrou. Její svalová síla se zvyšovala. Byla nám místo tabulky s písmenky nabídnuta **tužka a papír**. Nejdříve jí to ještě nešlo, ale zkoušeli jsme to každý den, jak sestřičky, tak já. A jednoho dne to vyšlo. Když manželka viděla, že už to lze přečíst, popsala celý papír, vše, co mi chtěla celou dobu říci, napsala v jeden den na papír.“ (manžel)

Bazální stimulace

Bazální stimulaci využívala v péči o svoji příbuznou hlavně respondentka, jejíž příbuzná byla ve velmi vážném stavu, který se dlouhodobě nelepšil, a její stav nedovoloval využití jiných komunikačních materiálů, nebo manželka jednoho z pacientů, který komunikační materiály odmítal.

„Žádné komunikační pomůcky nám nabízeny nebyly, asi by ani nebylo proč je nabízet. Zkoušely jsme se sestřičkou **bazální stimulaci**. **Ta se mi líbila**. Přinesla jsem tchýni sluchátka a pouštěly jsme jí oblíbenou hudbu do sluchátek, usmívala se, reakce byla. Muzikoterapie se ujala. Umyly jsme jí sprchovým gelem, na který byla zvyklá – bez reakce. Snažily jsme se, ale k použití komunikačních materiálů jsme se vůbec nedostaly. Sestřičky jí ukazovaly fotky dětí, daly do úst čokoládu, kterou milovala.“ (snacha) „Bazální

stimulace fungovala na úrovni vůně – voněla jsem ho voňavkou, na kterou byl doma zvyklý, to se mu moc líbilo. Vůně domova.“ (manželka)

9.3.5 Kategorie 5 – Podpora rodinných příslušníků ze strany zdravotnického personálu

Zajímalo nás, jak rodinní příslušníci pacientů v analgosedaci vnímají podporu ze strany zdravotnického personálu – především lékařů a všeobecných sester. Kladli jsme si otázku, jak se formuje vztah mezi příbuzným pacienta a zdravotníky z jednotky intenzivní péče, co jej ovlivňuje a jaké jsou zkušenosti našich respondentů s kontaktem se zdravotnickým personálem. Má na vztah rodiny a zdravotníků vliv prostředí a řád na oddělení?

První kontakt s lékařem

U pacientů v bezvědomí informuje rodinné příslušníky nejdříve lékař. Sdělí jim, co se pacientovi stalo. Vysvětlí, že nyní jsou v hluboké analgosedaci a na dýchacím přístroji. Po informaci od lékaře si pro ně přijde všeobecná sestra a zavede je k pacientovi. Respondenti vnímali neverbální projevy lékaře, na základě kterých jej hodnotili (milý, zodpovědný apod.). Všimli si času, který jim lékař věnoval, a míry poskytovaných informací. Ocenili, pokud byly informace úplné a oni se dozvěděli, proč k vážnému stavu došlo a jaké jsou vyhlídky.

*„Čekala jsem na pana doktora a ani jsem nedýchala, jaký jsem měla strach. Bála jsem se, že dostanu vynadáno, co tu dělám takhle večer. **Přišel pan doktor a usmíval se, ledy se prolomily.** Nejdříve jsem se omluvila, že jsem se sem dříve nemohla dostat. Řekl, že se nic neděje, hlavně že jsem přišla. Vysvětlil mi, že manžel měl infarkt, a proto se srdce zastavilo. Žije, ale srdce nyní odpočívá, má krevní oběh přepojený do přístroje vedle lůžka, aby si odpočinulo. To jsem si vůbec nedokázala představit. Zeptal se mne, s čím se manžel před příhodou léčil. Nemají zde o něm žádné informace a je důležité, aby to věděli. Podrobně jsem mu popsala, že manžel má cukrovku a aplikuje si inzulín a má lupenku, ale s tou se nijak neléčí. Poté pro mne přišla sestřička a vzala mne k lůžku mého muže.“ (manželka)*
*„Čekali jsme s manželem na lavičce u vstupu do oddělení, až přijde lékař nám podat informace, **bez podání informací nás tam nechtěly sestřičky vzít.** Už tak nějak jsme věděli, co se stalo, bylo nám jasné, že srdíčko se tchýni zastavilo z důvodu aortální vady. Přišel lékař a vlastně nám potvrdil náš úsudek. Srdeční zástava byla dlouhá a nikdo teď*

neví, do jakého vědomí se maminka probudí. Tenkrát jsem si říkala, že ona je bojovnice, vše zvládne. To jsem ještě netušila, že tenhle boj už je bohužel prohraný. **Lékař byl milý, ale dlouho se s námi nezdržel. Řekl základní informace a odešel.** Sestřička si pro nás přišla a dovedla nás k ní.“ (snacha) „Když jsem poprvé přijel za tátou, informace mi podával mladý lékař, který ho přijímal. Byl **velmi milý a působil na mne zodpovědně.** Hned jsem věděl, že zde je táta v dobrých rukou. **Popsal mi vše, proč se to přihodilo a jaké jsou vyhlídky.** Viděl na mně, jak jsem vyděšený, a dal si na tom moc záležet. Řekl mi, že je táta nyní uspaný a sám nedýchá a že musím mít nyní s ním trpělivost a zachovat si naději. Co mi nejvíce povzbudilo, že **mne pochválil** za velmi kvalitní srdeční masáž. To mne utvrdilo v tom, že jsem udělal vše, co šlo, a nemusím mít výčitky.“ (syn) „Čekal jsem u vstupu na oddělení na pana doktora, až mi přijde říct informace o manželce. Co se jí přesně stalo a proč. **Vysvětlil mi to zběžně,** že měla srdeční infarkt, že srdíčko se naštěstí zastavilo až tady v nemocnici a že je nyní na mimotělním oběhu, tedy na plné srdeční podpoře, a budeme čekat, jestli zase začne pracovat samo. Pak mne vzala sestřička k manželce a mně se zamotala hlava, když jsem to tam viděl. Pokoj plný přístrojů a v prostředku leží moje žena. Byla tam židle, sedl jsem si a přemýšlel, že jsem měl manželku odvést k doktoru už dávno. Nemuselo to dojít, tak daleko.“ (manžel)

Forma podání informací

Informace jsou podávány nejbližším příbuzným, pokud je pacient při příjmu v bezvědomí, pokud ne, určí si sám komu informace podávat. Po hlášení na soud, o které se starají lékaři, přidělí soud nemocnému opatrovníka, který se poté o něj stará a má právo za něj rozhodovat. Respondenti měli do určité míry možnost rozhodovat o prostředí, kde jim byly informace o zdravotním stavu jejich blízkých podávány (u lůžka, na chodbě). Nejčastěji to bylo u lůžka pacienta. To bylo praktické, ale někdy jim vadilo, že informace slyší i jejich blízcí nebo i návštěvníci jiných pacientů. Měli pocit malého soukromí. Pokud některým výrazům nerozuměli, většinou využili přítomnosti všeobecných sester, které jim pojmy vysvětlily.

„Když byla manželka v umělém spánku, nevadilo mi, že mi podávali informace **přímo u lůžka.** Ve stavu s tracheostomií, kdy už byla plně při vědomí, ano. Nechtěl jsem, aby to slyšela a byla ještě více rozrušená. Zvykl jsem si na podání informací mimo ni. Navazovalo to parádně. Lékař mi řekl, co je nového, a já se pak zeptal sestřičky na výrazy,

kterým jsem nerozuměl, a ona mi je vysvětlila. Spolupráce fungovala výborně. Za nějaký čas už jsem znal skoro všechny sestry jmény a některé jsem si velmi oblíbil. Na začátku mi právě trochu vadilo, že informace o mojí ženě slyší i pacient vedle, ale je to prostě intenzivní péče a já to tak bral. Informace po telefonu jsem moc nevyužíval, to volaly spíše děti. Jako identifikační heslo jsme dali jméno našeho pejska – toho všichni znali.“ (manžel) „Podávání informací mi zde vyhovovalo, když jsem přišel poprvé, byly mi sděleny ve vstupním filtru oddělení. Od druhé návštěvy přišel lékař na zavolání a podal mi informace přímo u tátova lůžka. Když jsem něco nepobral, reagoval jsem na to ihned, jelikož jsem měl vše na dohled a lépe mi napadaly doplňující dotazy. Lékař se mi i zeptal, jestli potřebuji něco vysvětlit a že kdyby mne ještě něco napadlo, ať řeknu sestřičce a ona ho zavolá. To jsem nikdy nevyužil, nerad otravuji. A zdravotnické termíny, které jsem neznal, mi sestřička vysvětlila.“ (syn) „Poprvé mi pan doktor podal informace na lavičce u vstupu na oddělení a při každé další návštěvě přímo u manžela, nebo když jsem nechtěla mluvit před ním, tak na chodbě. Vyhovovalo mi, že se přizpůsobil mně, jak jsem to cítila. Jsme mladí, zajímala mne třeba i sexualita. Někteří lékaři moc dobře komunikovat neuměli, ale ošetřující lékař mého manžela je skvělý člověk, doted' k němu chodíme do ambulance a jsme nadšeni.“ (manželka) „Poprvé nám informace lékař podal u vstupu na oddělení na lavičce. Žádnou speciální místnost pro podávání informací a sdělování zpráv tu nemají. Další zprávy jsme se dozvídali už přímo u lůžka maminky. Když jsem nechtěla mluvit před ní nebo před zbytkem rodiny, stáli jsme s lékařem na chodbě. Strašně také záleželo na tom, který lékař nám informace podává. Někteří vůbec nebyli empatičtí a neuměli mluvit soucitně s rodinami, už jsem je znala a raději jsem si počkala na další den, až tam bude zase někdo jiný. Také mi vadilo, že rodina od sousedního pacienta poslouchala a na můj vkus až moc se zajímali o naše neštěstí.“ (snacha)

Nerušit zdravotníky

Většina respondentů se snažila zdravotníky nerušit v jejich práci. Vnímali vysoké pracovní zatížení profesionálů na jednotkách intenzivní péče a měli obavy, aby „neotravovali“ svými dotazy.

„Nikdy jsem nebyl nějak průbojný. Chtěl jsem vše zvládnout sám, bez pomoci. Jsem taková povaha. To se projevilo i zde. Některé informace, které se týkaly táty, by mne zajímaly, ale nechtěl jsem rušit, když jsem viděl, že mají všichni spoustu práce. Vím, že je

to špatně, ale měl jsem strach. Nechtěl jsem, aby říkali, že je **otravuji**. Asi by si to nedovolili, ale já bych to tak cítil. Raději jsem rezignoval.“ (syn) „Lékaři a sestry na jednotce intenzivní péče mají hodně práce, mockrát jsem je neviděla se posadit. Chápala jsem, že u tchýně nebude každý den něco nového, a tak **jsem zbytečně nevyrušovala**. Když jsem viděla, že pan doktor podává informace u vedlejšího pacienta, zeptala jsem se taky, jinak jsem většinou volala k večeru, jestli je něco nového. Od tchýně jsem se samozřejmě nedozvěděla vůbec nic.“ (snacha) „Na začátku jsem se ptala velmi často, jelikož manželův stav byl kritický. Pak **už jsem nechtěla vyrušovat**. Měla jsem strach, aby si neřekli, že stále **otravuji** jen já a to už je manžel z nejhoršího venku. Když už mohl psát na papír, i mi napsal, co mu řekli a co s ním přes den dělali.“ (manželka) „Když manželku přivezli a přišel jsem za ní, nezdálo se mi, že bych někoho vyrušoval. Všichni kolem ní pobíhali a snažili se ji zachránit. Později už jsem **si připadal trapně**, že jsem se stále vyptával a přitom se několik dní ani nic nového neudálo.“ (manžel)

Nepochopené informace – stres, stud, obavy, neznalost odborných pojmů

Z rozhovorů s respondenty vyplývá, že většina z nich se setkala při rozhovoru s lékaři s některými pojmy, kterým nerozuměli. Některé příbuzné nenapadlo v době rozhovoru s lékařem požádat o vysvětlení z důvodu stresu, studu nebo nesmělosti.

„Věděl jsem, že nemám příliš dobrý projev a že asi děti přesně nepochopí, co se stalo. Několik dní jsem přemýšlel, jak s tím naložit. Nejjednodušší prostě bylo, aby naše děti, o které mi hlavně šlo, byly u podávání informací se mnou. Na začátku jsem je tím, nechtěl zatěžovat, ale uvědomil jsem si, jak se asi cítí, když neví. Překonal jsem svou hrdost a poprosil ošetřující sestřičku, **aby nám některé výrazy vysvětlila** všem, i dětem.“ (manžel) „Stalo se mi, že jsem vše, co říkal pan doktor a sestřička, **nepochopila**. Říkala jsem si, že si to pak doma najdu na internetu, ale vždy jsem přijela domů z návštěvy úplně vyřízená a nedošlo na to. A tak se stávalo, že jsem **vůbec nevěděla, o čem mluvím**, a pak jsem si dětem doma něco vymýšlela. To nebylo dobré, vím to. O víkendu, když bylo na jednotce intenzivní péče klidněji, jsem se **vyptávala sestřičky** a pak jsem uvedla věci na pravou míru.“ (manželka) „Na stav mojí tchýně jsem se většinou dotazovala já. Ostatní z rodiny na to neměli sílu, bylo pro ně jednodušší si to nechat přetlumočit ode mne. Ale já také nejsem zdravotník, **nerozumím všem věcem** a neumím je také dobře vysvětlit. Některé pojmy jsme na internetu našli, některé ne. Pojmy mi mohla vysvětlit i **sestřička a vysvětlila**.“ (snacha)

„Jsem po tátovi samorost a to, co mi doktor řekl, jsem si vyslechl a odkýval. **Bál jsem se znovu zeptat** na něco, čemu jsem nerozuměl. Ale přítelkyně většinou chodila se mnou a ta byla racionálnější. Byla klidná a zeptala se, byl jsem za ní moc rád, jelikož to po té přetlumočila i mojí mamce. Mamka na návštěvy chodit nemohla, zlomila si nohu a moc ji to stále bolelo.“ (syn)

Významnou roli při vysvětlování pojmů hrály všeobecné sestry, které byly vždy přítomné, ochotné edukovat a příbuzní pacientů neměli před nimi takové zábrany se zeptat jako před lékaři. Dalším pomocníkem, kterého respondenti využívali při nepochopení některých odborných výrazů, byl internet.

„Nikdy jsme v rodině tak závažné onemocnění neměli. Můžu říci, že vyšetření koronarografie jsem vůbec netušil, co je. A stent také ne. Ale odkýval jsem to s tím, že se zeptám později. Srdeční zástava jsem rozuměl dobře, to jsem věděl už od záchranky, která k nám přijela. Ta slova, kterým jsem neporozuměl, jsem zapomněl dřív, než jsem přišel k manželce. Bylo to pro mne stresující, a **tak jsem se zeptal sestřičky**. Ta mi hned ochotně vysvětlila, že je to vyšetření věnčitých tepen a stent je pružinka, která brání znovuuzavření té tepny. Dokonce mi ho ukázala i na obrázku a dala obrázek domů, abych to mohl ukázat dětem. Velmi mne to uklidnilo.“ (manžel) „Velmi záleželo, kdo mi informace podával. Někteří **lékaři byli spíše stroží a mluvili hodně odborně**, a když jsem se dále neptala, považovali to za vyřízené. Možná jsem vypadala, že všemu rozumím, ale rozhodně to tak nebylo. Spíše jsem uzavřená a nechci nikoho otravovat. U podání informací bývala i sestřička a ta to na mě poznala pokaždé a pak se snažila to, co říkal lékař, podat lépe, abych tomu rozuměla. Za to jsem jí byla moc vděčná.“ (manželka) „Zdravotnictví byla pro mne před tátovou srdeční příhodou španělská vesnice. Nevěděl jsem ani pořádně, kde srdce je, takže jsem úplně laik. Při rozhovoru s lékařem jsem vždy poslouchal a snažil se ho plně vnímat. Vnímal jsem, ale spoustu věcí vám dojde až později, **v tom stresu se špatně přemýšlí**. Mnoho pojmů bylo pro mne úplně nových a je těžké o nich přemýšlet, když kousek od vás leží táta, který „utekl hrobníkovi z lopaty“... **Sestřičky byly ochotné**, a tak jsem se většinou zeptal ještě jich, když se mi to rozleželo. Nebo jsem doma hledal **na internetu**.“ (syn) „Jsem hodně precizní, jsem učitelka. V odborných pojmech ve zdravotnictví se ale nevyznám, a když je člověk ve stresu, jeho mozek pobírá ještě méně informací. Vše je o lidech a i tady to tak bylo. Někdo byl empatičtější více, někdo méně. Většinu pojmů jsem si pak třeba našla na **Googlu** nebo se **zeptala sestřiček**.“ (snacha)

Pro příbuzné je velmi důležité, aby získali informace, které jsou pro ně srozumitelné. Nerozumí odborným výrazům a potřebují je vysvětlit laicky. Všichni respondenti udávali, že by byli rádi, kdyby na oddělení byl dostupný edukační materiál a oni si ho mohli vzít domů a v klidu si ho pročíst.

*„Moc si vážím toho, že pan doktor a sestřičky se snažili mi vše zjednodušit. Pokud jsme něčemu nerozuměla, zeptala jsem se přímo pana doktora nebo potom sestřičky. Všichni mi ochotně vše vysvětlovali. Hledala jsem doma i na internetu, ale vysvětlení v nemocnici bylo většinou více pochopitelné. Byla jsem z toho udivená, jak se **všichni snažili mi vše vysvětlit** a podpořit mne. Lékaři, ošetřující sestřičky i staniční sestra. Ze zkušeností z jiného zdravotnického zařízení jsem nebyla zvyklá na tak vlidné zacházení. Musím říci, že mi zde ale chyběl nějaký materiál, kde bych si přečetla, co je pro toto onemocnění typické a jak se postupuje při léčbě.“* (manželka) *„Zdravotnictví je náročný obor, proti tomu pedagogika je jednodušší. Ta nemá tolik odborných výrazů, v tom zdravotnictví určitě vede. Nechtěla jsem vypadat, jako že tomu vůbec nerozumím, něco jsem pochytila z televize, něco z internetu a něco vím. Ale někdy jsem opravdu vůbec nerozuměla a to jsem se musela prostě ozvat a **žádat převedení do laického jazyka**, nikomu to nepřišlo divné a hned rádi vysvětlili. Sestřička mi říkala, že je to tam pro ně už rutina a někdy nepostřehnou, že by se s tím někdo ještě nesetkal. To bylo skvělé, jen jsem si říkala, že kdyby to měli sepsané vše v nějaké brožůře, moc by mi pomohlo to vidět i napsané.“* (snacha) *„Jsem ještě mladý a moje zkušenosti se zdravotnickými výrazy nejsou valné. **Vůbec jsem netušil, co je to bažant**. Pro sestřičky to bylo úsměvné, pro ně to je denní chleba. Při návštěvě se občas stalo, že jsme se zasmáli, když já se ptal, co jsem tu zaslechl, a ony odpovídaly. Název emitní miska jsem taky nikdy předtím neslyšel. Samozřejmě i lékaři mi vysvětlovali pojem stent, ventilační režim, nasogastrická sonda. Je toho tolik. Napadlo mne, že by s tím neměli tolik práce, kdyby to měli sepsané v nějaké knížce a mohli mi jí dát přečíst.“* (syn) *„Se mnou měli spoustu práce a vysvětlování. Už jsem starý a těžko porozumím odborným věcem. Moje nejodbornější zkušenost byla, že jsem byl na operaci kýly a dali mi tam sítku, to jsem pochopil. Manželka měla za sebou během jednoho dne spoustu výkonů, podávali jí strašně léků a její organismus podporovalo moc přístrojů. To by bylo těžko uchopitelné pro každého. Naštěstí se mnou měli lékaři i sestřičky slitování a **podali mi to na laické úrovni**. Na chirurgickém oddělení měli takový manuál – běžný postup léčby, to mi tady chybělo, rád bych si to přečetl a pak se třeba doptal.“* (manžel)

Lékař jako autorita, sestřička jako partnerka

Všeobecné sestry jsou zvyklé zachovávat soukromí pacientů i rodinných příslušníků. Někteří rodinní příslušníci preferují spíše soukromí a klidný průběh. Jiní jsou zase raději, když je tam s nimi sestra a pomáhá v navázání kontaktu s nemocným. Z výpovědí vyplývá, že všeobecná sestra, která pracuje na jednotce intenzivní péče, je pro příbuzné pacientů partnerka, poskytuje psychickou oporu, dává pocit jistoty, poskytuje rady, vysvětlení, pomáhá s navázáním komunikace mezi příbuzným a nemocným.

*„Byl jsem velice nejistý, jak navázat s manželkou první kontakt. Bylo to velice složité, když byla v bezvědomí. Přišla sestřička a zeptala se, jestli potřebuji pomoc. Nevěděl jsem, co odpovědět, byla to přece moje žena a já ji znám nejlépe. Ale pak jsem si uvědomil, že jsem se vlastně s člověkem, který je v umělém spánku, ještě nesetkal. Pomoc jsem přijal. **Sestra mi vysvětlila**, že ji můžu chytnout za ruku, hladit ji a povídat něco hezkého. Manželky ruku vyndala z polohovací pomůcky proti proleženinám a předala mi ji, byl to zvláštní pocit, držet tu bezvládnou ruku své ženy. Poté už jsem každou návštěvu **poprosil sestřičku, ať tam je se mnou** a povídá si o ní. To mne nabijelo. Měl jsem pocit, že jsem užitečný.“* (manžel) *„Když jsem přišel na návštěvu za tátou s přítelkyní, byli jsme tam spolu s tátou raději sami. **Pokud jsem tam byl sám, byl jsem rád, že byla sestřička přítomna**. Je milé, když si někdo s vámi v tak těžké situaci popovídá i jen tak o počasí. A vůbec bylo fajn, že jsem tam prostě na to nebyl sám. Vysvětlila mi třeba, že rourka v krku se musí 2x denně přehazovat na druhou stranu, aby se koutek neproležel, že se z ní musí odsávat sekret, jelikož táta sám neodkašle. Prostě důležité věci k ošetřování, které jsem nevěděl, proč dělají.“* (syn) *„Byla jsem za sestřičky moc ráda. **Lékař je pro mne autorita, sestřička byla pro mne partnerka**, některé pak dokonce i kamarádky. Věděly, že mne podpoří, když budou u manžela se mnou, že se hrozně bojím těch přístrojů a hadiček. Prostě mě jistily. I když jsme tam byli s dětmi všichni, stejně **jsem tam sestřičku chtěla mít**, byla jsem pak o dost klidnější. A myslím, že manžel v pozdějších fázích, kdy už nebyl v hlubokém spánku, také.“* (manželka) *„Za tchýní jsem jezdila v týdnu sama, o víkendy jsme se tam střídali celá rodina. Když jsem tam byla sama, byla jsem úzkostná, jsem sice silná, ale nikdo nemůže být stále silný. Několikrát jsem sestřičce řekla, jestli by tam nemohla být se mnou. Byla a **poradila mi**, jak s tchýní komunikovat, abychom přinesli fotky, knížku, četli jí, prostě aby i nám bylo lépe, že pro ni můžeme něco udělat. A poradila nám velmi dobře, zaměstnali jsme hlavu nápady, jakou knihu jí číst, jaké fotky vybrat, bylo to moc fajn.“* (snacha)

Průběžné informace – stačí většinou málo

Na začátku hospitalizace pacienta na jednotce intenzivní péče potřebovali příbuzní nejvíc informací, opakovaně je zajímalo, co se stalo a jak se bude stav jejich blízkého dále vyvíjet. Při pravidelných návštěvách, pokud se stav výrazně neměnil, jim stačily od sester základní informace o aktuálním stavu nemocného v daný den. Důležitý byl pro ně pocit důvěry ve zdravotnický personál.

*„Informace o tátovi jsem měl a stačily mi. Nepotřeboval jsem vědět, co mu dávají sestřičky za léky a na jakém vyšetření ten den byl. **Měl bych toho v hlavě moc a nemohl bych normálně fungovat. Zásadní informace pro mne byla, že se táta probudil a začal mne poznávat. Když se tohle stalo, cítil jsem, že to nejhorší už je za námi. Sestřička mezi námi fungovala jako prostředník. Povídala o tom, jak je táta zatím velmi neklidný, ale je šikovný a zlepšuje se.**“ (syn) „**Na začátku jsem samozřejmě chtěl co nejvíce informací, proč se to stalo, jak se bude dále manželčin stav vyvíjet. Jakmile se začala zlepšovat a viděl jsem, že má skvělou péči, už mi stačilo vždy jen pár nových informací, co se dělo ten den. Někdy jsem ani pana doktora nepotřeboval, stačilo mi se zeptat sestřičky, jak se manželka vyspala, jakou má dnes náladu. Prostě základní všední informace.**“ (manžel) „**Zajímalo mne samozřejmě vše, co se týkalo manžela. První dny jsem se lékařů ptala opakovaně, co bude dál, jestli to manžel přežije, jaká léčba bude následovat. Když jsem si byla jistá, že pro něj dělají vše, uklidnila jsem se. Pak už mi pan doktor vždy řekl ve zkratce, jak se stav vyvíjí, a to mi stačilo. Na běžné věci kolem chodu oddělení a péči o manžela mi vždy odpovídala sestřička, s tou jsem stejně mluvila raději. Skoro všechny byly milé a moc mi pomáhaly, držely mne nad vodou.**“ (manželka) „**Na začátku jsem stavu, ve kterém se tchýně nacházela, nemohla uvěřit, bylo mi jasné, že někdo udělal chybu, a tak jsem nevěřila ani těmto doktorům a sestřím. Ale stačilo, abych viděla, jak kolem tchýně pobíhají, několikrát jí srdíčko znovu nahodili a už měli moji plnou důvěru. Informace jsem vyžadovala každý den, ten stav byl tak vážný, že se tomu nikdo nemohl snad divit. Nejraději jsem to dělala tak, že jsem si nechala zavolat lékaře a pak jsem se ještě doptala sestřičky na běžné věci, takhle jsem byla spokojena.**“ (snacha)*

Informace po telefonu

Informace po telefonu jsou podávány rodinným příslušníkům, kteří znají identifikační heslo. Toto heslo si určí sami při první návštěvě pacienta a po prokázání totožnosti. Je jim sdělen telefonní kontakt na lékaře a na sestry. Respondenti své příbuzné pravidelně navštěvovali, tak informace po telefonu příliš nevyužívali. Vnímali, že informace od lékařů byli po telefonu stručné, rychlé a lékař jim nevěnoval dostatek času. Raději tedy využívali osobní kontakt.

*„Informace po telefonu jsme moc nevyužívali, jezdili jsme na návštěvu každý den. Musím tedy říci, že jsem je ani nechtěla využívat. Lékaři byli do telefonu uspěchaní, **informace podávali pouze rychle a stručně**. Vůbec si se mnou nepovídali. Chápu, že provoz na jednotce intenzivní péče je hektický, ale tohle velice špatně působí na psychiku rodiny. Zdálo se mi, že berou pacienta jako zboží na krámu. Neměla jsem z toho dobrý pocit. Ještě že jsem volala jen já, manžel ani jeho bratr by tohle nezvládli.“* (snacha)

*„Informace po telefonu jsem moc nevyužíval, pouze máma několikrát zavolala, jelikož nemohla chodit na návštěvy z důvodu zlomené nohy. Říkala, že základní informace jí řekli, ale že musela volat třeba 3x, než měl ošetřující lékař čas, působilo to na ni, že **když nemají čas na ni, jak se pak věnují tátovi, také na něj nemají čas?** Vysvětlil jsem jí, že je tam spousta práce a ta je přednější než telefon.“* (syn)

*„Informace po telefonu jsem moc nevyužívala. Jezdila jsem za manželem každý den. Občas jsme se jen se sestřičkou domluvily, že zavolám večer a ona mi řekne, jakou má náladu a jestli dobře usnul. Bylo mi jasné, že když mám tu možnost sem za ním denně přijet, **nebudu obtěžovat ještě po telefonu**.“* (manželka)

*„Bylo mi nabídnuto, že si můžu o informace o manželce zavolat. Domluvili jsme se sestřičkou komunikační heslo, aby mi informace mohly být podány. Využil jsem to asi 3x, když mi nebylo dobře a raději jsem zůstal doma, abych manželku nenakazil. **Byl jsem spokojen, pan doktor mi řekl, co je nového** a že se mám vyležet, abych manželku v tak vážném stavu ještě nenakazil.“* (manžel)

Co vy o pacientovi víte?

Na odděleních intenzivní péče většinou slouží i lékaři, kteří tam nejsou denně. Jsou to lékaři, kteří jsou přes den na sále, na ambulanci či na lůžkovém oddělení. Respondentům bylo divné, že o jejich blízké pečuje občas někdo, kdo na oddělení není stále. Takový lékař se často zeptal: *Co už o pacientovi víte?* A pak teprve podával další informace. Na

příbuzné to nepůsobilo dobře, měli dojem, že vlastně lékař své pacienty nezná. Jedné respondentce proto spíše vyhovovalo, když takový lékař poskytl souhrn informací „od začátku“, často ji tyto informace určitým způsobem obohatily.

*„Několikrát se nám stalo, že když jsme se při návštěvě u tchyně ptali na nové informace, **lékař nejdříve jako by vyzvídal, co vlastně už víme.** Nepůsobilo to vůbec dobře. Vlastně nám řekl, že se stará o někoho, koho nezná. Chvíli nám trvalo, než jsme se s tím srovnali. Sestřička nám vysvětlila, jak je to, že pan doktor tu slouží třeba jednou za týden, a proto nemůže znát všechny podrobnosti. Ale neznamená to, že by se o pacienty nezajímal.“* (snacha) *„Moji ženu už na oddělení všichni znali, její projev byl velice spontánní. Někdy se stalo, že sloužil pan doktor, který tam bývá jen občas, a ten, když přišel, koukal, jaké dělala manželka pokroky. Informace mi samozřejmě sdělil, ale bylo mi jasné, že mu je předali kolegové, jelikož on sem chodí jen sloužit a **podrobně manželku nezná.** Mě to nevadilo, líbilo se mi, že ji vlastně vidí s odstupem a je nadšen z pokroků, které udělala.“* (manžel) *„**Bylo to divné, že lékař se ptá, co o manželovi vlastně vím,** dělali to dva. Jeden, který tam taky moc nebyval, **se neptal a vše převyprávěl vždy od začátku. To bylo příjemné,** vůbec mi nevadilo si to poslechnout několikrát, každý to podával trochu jinak a někdy jsem se dozvěděla i něco bližšího, co ty předtím neřekli.“* (manželka) *„**Netušil jsem, že je to normální věc, že na oddělení může sloužit i někdo, kdo tam primárně není každý den.** Na to jsem koukal divně. **Doktor se mne zeptal, co už o tátovi vím,** no tak jsem mu to řekl a on mi povídá, tak dneska nic nového, co byste ještě nevěděl, není, zkuste zase zítra. Přišel jsem si jako blázen. Ptal jsem se sestřičky, ta mi to vysvětlila, že se doktor ptal jen orientačně, jelikož se mnou ještě nemluvil. To mne uklidnilo.“* (syn)

Individuální návštěvní řád - vděčnost

Práva pacientů a návštěvní řád je na každém oddělení volně dostupný. Návštěvní hodiny jsou všude pouze doporučené. V intenzivní péči se stav pacienta mění z hodiny na hodinu, a proto se zde striktně návštěvy nedodržují. Respondenti byli vděční za možnost návštěv v době, která jim vyhovovala. Snižovalo to jejich stres v běžném dni. Délku návštěvy přizpůsobovali stavu nemocného a dali na radu sester na jednotce intenzivní péče.

*„Bylo mi jasné, že dobu a délku návštěvy musí určit lékaři a sestry. Dovolili mi chodit až k večeru po práci, za což **jsem jim byl velmi vděčný.** Vždy jsem se ptal, jak můžu dlouho u táty být, abych ho nepřetěžoval. Sestřička mi sdělila, že mi řekne, až si bude*

*myslet, že táta potřebuje klid. První dny to bylo tak půl hodinu, hodinu, pak už špatně dýchal a potřeboval klid. Na noc ještě potřeboval léky, také ho dráždila ta trubička na dýchání.“ (syn) „**Moc se mi líbilo**, že návštěvy na tomto oddělení nebyly striktně dané. Máme děti, dojížděla jsem z daleka, bylo by pro mne náročné, dostat se v přesně určenou dobu za manželem. Věděla jsem, že mne netlačí čas, že nemusím být ještě ve stresu, že se tam nedostanu v přesnou hodinu. O víkendu jsme jezdili i se staršími dětmi hned po obědě, ale v týdnu záleželo na tom, jak měl nejmladší syn školu, přece jen nastoupil letos do první třídy. **Byl to skvělý pocit**, že jsem tam v jakoukoli dobu vítaná.“ (manželka) „Dojížděl jsem z daleka a někdy jsem stihl přijít až pozdě odpoledne, bylo pro mne **milé zjištění**, že to vůbec nevadilo. Vždy jsem se domlouval se sestřičkou, jak na tom manželka ten den je, abych ji nerozrušoval moc dlouho. Už jsem poznal, že když začala rychleji dýchat, je čas jít a nechat ji odpočívat. Chápal jsem, že pacienti v kritickém stavu potřebují klid, aby se uzdravili. Ale bylo hrozně fajn, že jsem **nebyl omezený časem**, že záleželo pouze na manželce. Tu jsem plně respektoval.“ (manžel) „Za tchýní jsem na návštěvy jezdila převážně já, manžel to psychicky nezvládal, raději se staral o děti a čekal, s čím se vrátím. O víkendu jsme jezdili všichni, na etapy, ale celá rodina. Nikdy nevadilo, že jsme přijeli dříve nebo později. **Na délce návštěvy jsme se domlouvaly se sestřičkou**. Jednou se stalo, že tchýně měla při návštěvě opět zástavu srdíčka. Všichni jsme byli posláni ven na chodbu a čekali jsme. Bylo to snad nejdelších 20 minut mého života. Sice jsme byli na chodbě, ale slyšeli jsme, jak ji pan doktor a sestřička zachraňují. Prováděli opět resuscitaci. Sestřička přišla za námi, že se povedlo, dovolila nám ještě se rozloučit a pak nás poslala domů, aby tchýně mohla odpočívat. Hrozná situace, nikomu bych to nepřála, ale utvrdila nás v tom, že je tchýně v dobrých rukou.“ (snacha)*

Čisto a teplo, atmosféra

Jednotky intenzivní péče ve valné většině nepůsobí útulným a osobním dojmem. Příbuzní pacientů vnímali důležitost čistoty prostředí, intimity pacientů, tepla a atmosféry na oddělení, kterou vytvářeli zaměstnanci. Pozitivně na ně působil častý úklid, sterilní prostředí a milé chování zdravotníků. Opět zdůraznili možnost přinést fotografie, které podle jejich názorů pomáhaly i pacientům cítit se lépe.

„Přišla jsem k manželovi a nepoznala jsem ho. Měl kolem sebe mnoho přístrojů a ležel tam jako mrtvý. Vyděsila jsem se. Ošetřující sestřička se mi představila a ujistila mne,

že manžel žije. Stála jsem vedle postele a zděšeně koukala. Prostředí na mne působilo dobře. Bylo tam **velmi čisto a teplo**. To je pro mne důležité. Dle mého názoru nezáleží ani na prostředí jako **na zdravotnickém personálu a ten byl milý**. Takoveto prostředí bych doma nechtěla, ale tohle byla nemocnice.“ (manželka) „Jednotka intenzivní péče na mne nepůsobila dobře, ale asi i z toho důvodu, co se tu odehrává. Chápu, že tu nemůžou být obrázky a květiny jako doma. Bylo pro mne fajn, že jsem mohl **donést tátovi fotografie**, kde je s mamkou a se mnou, aby se cítil lépe. Jinak nemůžu říct, že by tu byla špína. Uklízečku jsem viděl během mých návštěv často. Někdy mi až vadilo, jak je tam často, a zdálo se mi, že na tátu divně kouká. Táta se stále odkrýval a já ho přikrýval, asi mu zima nebyla, ale já měl k němu úctu a chtěl jsem, aby byl před uklízečkou přikrytý.“ (syn) „Jak už jsem říkal, prostředí jednotky intenzivní péče je velmi neosobní, ale vlastně to chápu. Důležité bylo, že tam mají **čisto a teplo**. Uklízečku jsem potkával při každé návštěvě, dokonce i poslala sestřičku na chodbu, aby mohla pořádně vytrít. Vytírala s velkou vervou, nebo alespoň přede mnou. Teplo tam bylo také, vždy jsem šel tam odsud zpocený. Asi to bylo i mým celkovým rozrušením. Byl jsem rád, že manželka leží ve sterilním prostředí a nemusím se bát, že k tomu dostane ještě infekci.“ (manžel) „Vždy, když jsem přišla za tchýní, **bylo čistě vytřeno a teplo**. Prostředí se mi moc nelíbilo, ale utvořila jsem ho příjemnějším fotkami, které jsem donesla. Paní uklízečku jsem potkávala denně, už jsme se s úsměvem zdravily. Nikdy jsem si nevšimla, že by tchýně ležela v krvi nebo výkalech, musím říct, že o ní bylo **dobře postaráno**. Alespoň v tomhle jsem mohla býti klidná.“ (snacha)

Upřímný zájem sester – velká podpora

Příbuzní rádi vyslechli, jak probíhal den v nemocnici, tj. denní harmonogram pacienta. Vždy je potěšilo, když jim sestra odvyprávěla, co pacienti přes den dělali, jaké je čekají procedury, jak spali v noci. Byl tak budován pocit důvěry v péči všeobecných sester, přátelská atmosféra, navázán vztah mezi příbuzným a sestrou. Upřímný zájem sester o pacienty i jejich příbuzné byl vnímán jako psychicky podpůrný.

„Nikde jinde jsem se nesečkala s tak **přátelským přístupem** zdravotních sester. Pokaždé mi povídaly, jaký měla tchýně den. Kdy byla vizita, ranní hygiena, co jí pustily v televizi, aby ji stimulovaly. Ukazovaly jí fotky dětí, daly do úst čokoládu, kterou milovala, v rámci bazální stimulace. **To bylo obdivuhodné a nikdy na to nezapomenu**, i když naše mamča nakonec zemřela.“ (snacha) „Na sestřičky jsem si rychle zvykl a pak už jsem se na

ně těšil. **Pro mne znamenaly hodně, nebyl jsem na to sám.** A táta je také měl rád, i nyní za nimi občas zajde. Když táta ještě nemohl mluvit, i ony samy s ním cvičily s komunikačními pomůckami. Polohovaly ho, aby se neproležel, a stále měly dobrou náladu. Vždy štěbetaly a povídaly, co táta celý den prováděl. Lezl jim z postele, dávaly ho zpátky, nevěděl, kde je, ukázaly mu věci, co měl kolem sebe, aby pochopil. V noci tam většinou spal dobře, říkaly. “ (syn) „Když jsem přišla k manželovu lůžku, hned tam **byla sestřička u mne a povídala, co manžel od rána dělal. Jak v noci spal, jestli mu bylo horko nebo zima, jestli se usmíval nebo mračil. Jak je na tom teď jeho lupenka, čím ji namazaly atd. A ony zase vždy vyslechly mě, jak to doma zvládám, co děti, co ten nejmladší. Prostě partnerky do nepohody.**“ (manželka) „Sestřičky mne hned od začátku přesvědčily, že to s manželkou myslí dobře a že se mi o ni postarají. Ona, když byla při vědomí, se na ně stále usmívala. Skamarádily se rychle. Já jsem byl za informace od nich velmi rád, týkaly se toho, jak se manželka má, co dělala večer – co jí pustily v televizi za pořad jako kulisu. Jakou má náladu, kdo ji rozladil třeba. Že byla za ní rehabilitační sestra a ona s ní nechtěla cvičit a později, že už chtěla, tak ji volaly zpátky. Jaké vyšetření dnes měla, jestli byla na stolicí, že dobře močí. Prostě denní harmonogram života mé ženy v nemocnici. **Bylo to od nich velmi láskyplné a upřímné, vůbec to říkat nemusely.**“ (manžel)

Psychologickou pomoc si zajistíte sami

Většina respondentů by uvítala pomoc psychologa, který by je vyslechl a pomohl jim s procesem vyrovnávání se s takovou těžkou situací, do které se dostali. Scházela jim nabídka psychologické pomoci. Jen jeden z našich respondentů raději sdílel své pocity s rodinou a psychologickou pomoc by nevyužil. Pro ostatní bylo složité v této situaci samostatně psychologickou pomoc hledat, potřebovali by ji zajistit ze strany zdravotníků.

„Vadilo mi, že **nám nikdo nenabídl psychologa. Bylo přece vidět, že ho potřebujeme.** Když jsem se po něm ptala, lékař mne odkázal na psychologickou poradnu nemocnice. Měl by to být standard na takových odděleních. Švagrová se zhroutila, přestala úplně fungovat, nebyla už ani schopná matku dojet navštívit. Vymýšlela si důvody, proč na návštěvu nemůže přijet. Bylo to smutné, všichni jsme potřebovali mluvit i s někým cizím. Já byla šťastná, že alespoň sestřičky byly ochotny s námi denně komunikovat.“ (snacha) „**Psychologa jsem rozhodně nevyhledával, raději jsem naši situaci doma probral s přítelkyní nebo s mámou. Ani nevím, co bych mu jako povídal, je to pro mne dost intimní.**

*S vámi mi nevadí o tom mluvit, jelikož se už také dobře známe a líbí se mi, že se od vás dozvím něco, co mne někam zase posune ve vědomostech ze zdravotnictví.“ (syn) „Na oddělení intenzivní péče mi **chyběl nějaký člověk, co by mne vyslechnul**, abych se mohl vyprávět a ulevilo se mi. Sestřičky byly zlaté, ale neměly tolik času, aby si mohly se mnou povídat stále. Nikdo takový tam nebyl, **o psychologovi jsem zde nikdy neslyšel**.“ (manžel) „Myslím si, že na oddělení, kde leží lidé na mimotělním oběhu, by měl být někdo, kdo podpoří rodinu tohoto těžce nemocného pacienta. Ptala jsem se, jestli by byla možnost si s někým promluvit, nechtěla jsem pořád děsit svými myšlenkami děti. Bylo mi oznámeno, že **psychickou pomoc si musím zajistit sama**. To už se mi nechtělo, tak jsem to raději nějak zvládla bez toho, je to moc velká škoda, **byla jsem zklamaná**.“ (manželka)*

10 DISKUZE

Výzkum byl realizován formou kvalitativního šetření. Byly provedeny polostrukturované rozhovory s rodinnými příslušníky pacientů hospitalizovaných na intenzivní péči. Tito pacienti byli v analgosedaci z důvodu zástavy oběhu. Výzkumné šetření proběhlo na kardiologické jednotce intenzivní péče a do výzkumu byli zapojeni čtyři pacienti a jejich rodinní příslušníci. U rodinných příslušníků se jednalo o manžela, manželku, syna a snachu, všichni ochotně spolupracovali.

Hlavním cílem empirické části práce bylo zjistit, jaké jsou zkušenosti a prožitky rodinných příslušníků (příbuzných) pacientů na jednotce intenzivní péče, které se týkají komunikace s pacientem v analgosedaci, a dle zjištění vytvořit edukační materiál, který by rodinným příslušníkům pomohl jejich obavy překonat. Byly položeny tři výzkumné otázky.

Výzkumná otázka č. 1

Jak prožívají rodinní příslušníci návštěvu u pacienta v analgosedaci?

Tabulka č. 3: Kategorie prožitky

<u>KATEGORIE - PROŽITKY</u>	Pocity příbuzných
Podkategorie - strach a šok na začátku	strach, šok, byla jsem vyděšená
Podkategorie - bezpečí pro pacienta	nebál jsem se, tady je v bezpečí
Podkategorie - naděje	chodili jsme s nadějí, věřil jsem, bylo snesitelné
Podkategorie - vyprávění o minulosti	jsme si ji představili jako dříve, člověk - ne jen pacient
Podkategorie - reflexe vztahu	vztah byl dobrý, milujeme se, velmi si ji vážím
Podkategorie - strach z konce	bála jsem se, že zemřel, srdce mi bušilo, může zemřít
Podkategorie - stres z telefonátu	zrychlení tepu, lekala jsem se zazvonění, bála jsem se
Podkategorie - můžu plakat?	plakat jsem musela, chlapi nepláčou, neubráním se
Podkategorie - vděčnost	byla jsem šťastná, dodalo mi to sílu, odvahu
Podkategorie - pocity viny	chybami se učím, jsem úzkostný, jestli jsem udělal vše
Podkategorie - být užitečný	skvělý pocit, jsem užitečný, nabíjelo mne to
Podkategorie - sociální opora od rodiny	semkli jsme se, nebyl jsem na to sám, brečeli jsme
Podkategorie - radost ze zlepšení	tak rád jsem ho slyšel promluvit, velká radost, oslava

Zdroj - vlastní

Na začátku měli příbuzní velký strach o své blízké, nevěděli, jestli přežijí. Diagnóza náhlá zástava oběhu je velice závažná. Rodinní příslušníci uváděli, že nejhorší pro ně byla psychická stránka celé rodiny a od té se vše odvíjelo. Pokud se stav pacienta nevyvíjel dobře, žili všichni v trvalém stresu. Nevěděli, co mají říkat, jestli vůbec můžou plakat, aby nemocného ještě více neohrozili. V některých případech nejvíce pomohly děti. Pokud měl pacient již starší potomky, byla jim návštěva povolena. Na JIP mají zákaz vstupu dětí do 12 let. Kupodivu děti zvládaly situaci lépe než manžel nebo manželka. Byly bezprostřední a nemocní na ně velmi dobře reagovali. Dále respondenti udávali, že jim hodně pomohlo, když v předchorobí byl vztah mezi nemocným a rodinou blízký a důvěrný, lépe si pak rozuměli. Na druhou stranu se vztah mezi jedním respondentem a jeho otcem po této příhodě velmi zlepšil. Paradoxně si začali více rozumět zde. Někteří respondenti trpěli pocity viny, přemýšleli, jestli nemohli pro svého blízkého udělat více, odvézt ho dříve k lékaři či zavolat dříve záchrannou službu. Nevěděli, jak mohou pomoci s péčí o své blízké, co můžou udělat. Když byl pacient probuzen z hluboké analgosedace a začal reagovat, rodinní příslušníci měli velkou radost a snažili se s ním navázat kontakt, poté už si připadali užiteční. Práci všeobecných sester a lékařů oceňovali, věděli, že jejich blízký je v bezpečí, že je o něj dobře postaráno. Z každého sebemenšího zlepšení stavu byli přímo euforičtí.

V práci Dobosiové (2016, s. 54) je uvedeno, že pacienti na umělé plicní ventilaci prožívají spoustu negativních emocí, jako je frustrace, strach, osamění, a o to více potřebují, aby na ně jejich rodina působila pozitivně a snažila se je těchto pocitů zbavit. Rodina samozřejmě obavy z této komunikace má a dělá chyby, ale zdravotnický personál ji musí podpořit, neboť s těmito pacienty už zkušenosti má.

Výzkumná otázka č. 2

Jaké jsou zkušenosti rodinných příslušníků s komunikací s pacientem v analgosedaci?

Tabulka č. 4: Kategorie bariéry

KATEGORIE - Bariéry	Pocity příbuzných
Podkategorie - první návštěva - co říkat?	nikdo nás nenutil, jako opařená, co říkat?
Podkategorie - pacient nevnímá	jak komunikovat?, bála jsem se na ni sáhnout
Podkategorie - respekt k přístrojům	měla jsem respekt, bála jsem se jich, chodila opatrně
Podkategorie - neosobní prostředí	studené a neosobní, strohé, zastaralé, fotografie super
Podkategorie - endotracheální rourka	nemohla mluvit, měla deprese, nedělala mi dobře
Podkategorie - strach z katétrů	bál jsem se přiblížit, větší vzdálenost od katétrů
Podkategorie - strach z monitorů a pump	pípá monitor, zazvoní pumpa, neulehčí komunikaci

Zdroj - vlastní

Rodinní příslušníci nevěděli, co si můžou dovolit. Báli se pacientů dotknout, byli úzkostní z přístrojů, infuzních pump a hadiček. Všichni vyžadovali přítomnost sestřičky při návštěvě. Dle výsledků šetření na rodinné příslušníky pacientů špatně působí nová emoční situace, ve které se ocitli. Není jim příjemné nemocniční sterilní a strohé prostředí. Mají obavy se k nemocnému přiblížit, aby mu neublížili. „Pípání přístrojů“ v nich vyvolává paniku a úzkost. Velkou bariérou byla endotracheální rourka, pacient nemohl mluvit a dráždila ho ke kašli, to nebyl pro příbuzné příjemný pohled. Invazivní katétr je také děsily, báli se, že zavadí o infuzní linku a příbuznému způsobí trauma. Přístroje kolem pacienta je velmi zajímavé, ale na druhou stranu z nich měli velký respekt, věděli, že je na nich jejich blízký závislý.

Tabulka č. 5: Kategorie výzvy, úspěchy

KATEGORIE - Výzvy, úspěchy	Pocity příbuzných
Podkategorie - tracheostomie	už jsme si více rozuměli, byl jsem v němém úžasu
Podkategorie - komunikace - radost	promluvila, byl jsem radostí bez sebe, slyšel jsem hlas
Podkategorie - neverbální komunikace	doteky, grimasy, dorozumíval se rukama nohama
Podkategorie - oslovení, oční kontakt	úžasný zážitek, kouká na mne, oči klidné, usmívaly se
Podkategorie - dotýkat se	komunikace dotekem přirozená, držela jsem jeho ruku
Podkategorie - mluvit, aby slyšel(a) hlas	povídat, co mi přijde na mysl, jen tak plkám
Podkategorie - naladění na stejnou notu	byli jsme si blízcí, rozuměli jsme si, sladění, pohled
Podkategorie - podpora pacient i blízký	podporovaly mne sestry, objaly jsme se, provázely

Zdroj – vlastní

O neverbální komunikaci respondenti slyšeli, ale málokdo jí rozumí a umí ji použít. K navázání kontaktu se svým nemocným potřebují sestru jako prostředníka. Uvědomují si, že se musí spolehnout jen na zdravotnický personál. Snaží se proniknout do oboru intenzivní medicíny, najednou si uvědomují, jak je tento obor důležitý, když se dotýká jejich rodiny. Někdy ale stačilo pouze mluvit, nemocní poté udávali, že bylo velmi příjemné slyšet pouze známý hlas, že bylo úplně jedno, o čem příbuzný mluvil.

Ze zavedení tracheostomické kanyly měli respondenti obavy, někteří si to nedokázali představit. Když poté viděli, jak to ulehčilo situaci jim i nemocnému, byli v úžasu. Navázání komunikace bylo snadnější. Z nové, kvalitnější komunikace měli obrovskou radost.

V práci Studíkové (2009, s. 43) je popsáno, že z neverbální komunikace na pacienty nejvíce působí gesta. Špatně na ně působí, pokud sestra či jejich rodinní příslušníci neustále sledují hodinky a mají roztěkané oči. Pacienti v mírné analgosedaci vnímají nezáměr a pocit nejistoty. Velmi dobře si všimají rozporu mezi verbální a neverbální komunikací. Tyto formy komunikace by se měly doplňovat a ne rozcházet.

Tabulka č. 6: Kategorie pomůcky, techniky

<u>KATEGORIE - Pomůcky, techniky</u>	Pocity příbuzných
Podkategorie – piktogramy a tabulky	komunikační obrázky nezaujaly, tabulka s písmeny ano
Podkategorie - super nápad - tužka a papír	zabavili jsme se tím, super, ale chtělo to trénink
Podkategorie - bazální stimulace	muzikoterapie se líbila, jeho voňavka mu dělala dobře

Zdroj - vlastní

Podle výsledků výzkumného šetření u někoho šla komunikace velmi dobře hned od začátku, u někoho byla nutná pomoc při každé návštěvě. Překážkou bylo hlavně neznámé prostředí, rozrušení z diagnózy pacienta a z možného konce jeho života, z toho, že pacient nevnímá, neodpovídá. Při zapojení celého týmu se vždy komunikace navázat podařila. Švecová (2018, s. 77) ve své práci uvádí, že při komunikaci s rodinou záleží na zájmu a na schopnostech komunikovat jak ze strany rodiny, tak ze strany pacienta. Někdo potřebuje větší dopomoc zdravotnického personálu, někdo menší. Respondenti dále uváděli, že jim komunikační materiály většinou nabídnuty byly, ale nemocní s nimi pracovat nechtěli. Piktogramy, které jsou na oddělení k dispozici, se pacientům příliš nezamlouvají, jsou malé a špatně je rozeznávají. Z tabulky s písmeny měli větší radost. Ti pacienti, kteří měli alespoň nějakou svalovou sílu, se snažili na ni ukazovat a někteří rodinní příslušníci jim za

asistence všeobecné sestry dobře porozuměli. Největší úspěch ale měla obyčejná tužka a papír. Dle respondentů tato forma nemocným vyhovovala nejlépe, považovali ji za inteligentní formu komunikace a velice se snažili. Je zde ale předpoklad dobré svalové síly, kterou pacienti zpravidla obnoví až soustavnou rehabilitací. Dejdarová (2014, s. 61) ve své práci uvádí, že jejich oddělení také používá tabulku s písmeny, tužku a papír. Chtěli by pro pacienty komunikační tablet a notebook, ale ještě se jim to nepodařilo na oddělení vyjednat. Je tedy na rodině, aby tuto moderní techniku sehnala sama, pokud má možnost.

Pokud není pacient schopen komunikovat se zdravotníky a svými blízkými dochází často k frustraci, pocitu izolace a snížení sebevědomí. Pro zlepšení komunikace mezi pacientem a pečujícími byla vyvinuta řada nástrojů, nedostatek vědeckých důkazů však vylučuje doporučení konkrétního komunikačního zařízení (Modrykamien, 2019, s. 536). Zatímco některé komunikační nástroje jsou primitivní a vyžadují od pacientů psaní nebo ukazování, byly vyvinuty i špičkové technologie, které přináší vyšší úroveň sofistikovanosti. Společnost medicíny kritické péče (Society of Critical Care Medicine, USA) vyvinula například aplikaci „ICU Patient Communicator“, která byla navržena ke zlepšení komunikace mezi pacienty, rodinou a pečujícími. Aplikace umožňuje i komunikaci v českém jazyce (s drobnými chybami) na různá témata, jako je bolest (kde, jaké intenzity, charakteru apod.), potřeby a nálady. V aplikaci je i funkce deníku, která umožňuje pacientům (nebo rodinným příslušníkům) sledovat jejich pokrok během a po pobytu v nemocnici. Bohužel slovník pojmů a brožura „Porozumění pobytu na JIP: Informace pro pacienty a rodiny“ je dostupná pouze v anglickém jazyce.

Výsledky výzkumů prokázaly spokojenost pacientů a zdravotníků s nástroji na zlepšení komunikace (Modrykamien, 2019, s. 536). Je doporučeno věnovat se dalším výzkumům komunikačních zařízení a jejich přínosu pro rozvoj komunikačních schopností pacientů JIP.

Výzkumná otázka č. 3

Jak vnímají rodinní příslušníci podporu ze strany zdravotníků?

Tabulka č. 7: Kategorie podpora rodinných příslušníků ze strany zdravotníků

<u>KATEGORIE - podpora rodinných příslušníků ze strany zdravotníků</u>	Pocity příbuzných
Podkategorie - první kontakt s lékařem	usmíval se, ledy se prolomily, milý, dlouho se nezdržel
Podkategorie - prostředí pro sdělení informací	přímo u lůžka pacienta nebo raději na chodbě, vadilo
Podkategorie - nerušit zdravotníky	připadám si trapně, nechci vyrušovat, otravoval jsem
Podkategorie - nepochopené informace	vůbec jsem nevěděla, o čem mluví, internet, sestřičky
Podkategorie - lékař autorita, sestra partnerka	lékař je pro mne autorita, sestřička pomáhala - partner
Podkategorie - průběžné informace - stačí málo	měl jsem toho v hlavě moc, stačilo pár nových info
Podkategorie - informace po telefonu	byly podávány rychle a stručně, nemají na mne čas
Podkategorie - co vy o pacientovi víte?	lékař nejdříve vyzvídal, co vědí, bylo to divné, zná je?
Podkategorie - individuální návštěvní řád	mohl jsem chodit večer, byl jsem vděčný, nebyl striktní
Podkategorie - čisto a teplo, atmosféra	působilo dobře teplo a čisto, denně vytřeno, postaráno
Podkategorie - upřímný zájem sester - podpora	sestry pro mě znamenaly hodně, vyslechly mne, fajn
Podkategorie - psychologickou pomoc si zajistíte	nikdo nenabídl psychologa, byla jsem zklamaná, chyběl

Zdroj – vlastní

Většina respondentů uvádí, že pro ně bylo velmi obtížné čekat, než k nim přijde lékař a řekne informace, a poté čekat na sestru, než je odvede k pacientovi. Věděli, že probíhala vizita nebo vyšetření, ale stejně měli obavu, že se něco děje s jejich příbuzným a zdravotnický personál přemýšlí, jak jim tu špatnou zprávu sdělit. Když přišel lékař a sdělil jim nové informace o nemocném, uklidnili se. Důležité bylo, že nezemřel. Udávali také, že lékaři podali základní informace a všeobecné sestry se poté snažily dovysvětlit to, čemu nepochopili. Jednalo se spíše o lékařské výrazy nebo o zkratky a různá vyšetření. Dále nebyl pro ně vyhovující telefonní kontakt, lékaři na ně neměli tolik času, jak by si představovali, a informace byly podávány ve spěchu. Sestřičky jim sice vysvětlovaly, že v provozu jednotky intenzivní péče, kde je někdy až osm příjmů a osm překladů denně a probíhají výkony, resuscitace, to jinak nejde, ale pro ně to bylo stresující. Přáli by si, aby mohli mluvit s lékařem klidně a bez stresu. Pšenícová (2015, s. 64) ve své práci shodně uvádí, že velký důraz při podávání informací je kladen na prvotní dojem, dobře navozenou spolupráci, vhodné prostředí a dostatek klidu.

Jedna respondentka se vyjádřila, že jí chybí na takovémto oddělení pomoc psychologa. Rodinní příslušníci by zajisté komunikovali mnohem lépe, kdyby s jejich psychickou stránkou pracoval odborník a uklidnil jejich vypětí a stresové reakce. Na oddělení je možnost zajištění klinického psychologa pro pacienty, ale nikoli pro rodinné příslušníky. Toto zjištění bude prezentováno jako námět přednostovi oddělení kardiologické jednotky intenzivní péče.

Respondenti také uváděli, že zdravotnickému personálu důvěřovali, působil na ně důvěryhodně. Všeobecné sestry se jim věnovaly více než lékaři, snažily se dopomoci při komunikaci. Nikdy je tam nenechaly jen tak stát a koukat, pokud si to výslovně nepřáli. Nabízely pomoc, jejich přítomnost při návštěvách byla velice povzbudivá a účelná. Byly prostředníky v navázání kontaktu mezi pacientem a příbuzným. Uváděli, že bylo milé, když se sestřička dotazovala, jak pacient žil v předchorobí, co rád dělal, kam rád chodil, to pro ně bylo velmi povzbudivé. Také uvítali, že jim ochotně dovysvětlila, když nebyl nějaký výraz od lékaře dostatečně pochopen.

Veselská (2018, s. 78) ve své práci uvádí, že lékaři by se měli více zapojit do komunikace s pacientem, chybí jim většinou trpělivost. Tato komunikace nepatří k nejrychlejším. Pomohlo by provádět komunikační kurzy přímo na oddělení, protože když pacient vidí zájem, chce spolupracovat. Jedna ze sester by absolvovala kurz a pak by ostatní jako lektor školila, jak sestry, tak lékaře.

10.1 Doporučení pro praxi

Z vyhodnocení výzkumného šetření vyplynulo několik doporučení, která jsou vztažena ke konkrétnímu oddělení kardiologické jednotky intenzivní péče, na kterém autorka pracuje, ale platí obecně a mohou být inspirací i pro další obdobná pracoviště.

Prostřednictvím rozhovorů s rodinnými příslušníky bylo zjištěno, že na oddělení se nachází velmi málo pomocných komunikačních materiálů. Piktogramy se zobrazením pocitů jsou příliš malé, pacienti je špatně vidí, a proto je odmítají. Tabulka s písmeny je přijímána častěji, ale u pacientů v analogosedaci se nedá využívat, protože je třeba, aby byl pacient již plně při vědomí. Metoda tužka a papír je pacienty i rodinnými příslušníky vnímána nejlépe, ale vyžaduje dobrou svalovou sílu, kterou většina pacientů nemá. Proto navrhuje vytvořit velké komunikační karty, aby na ně všichni pacienti dobře viděli. Dále doporučujeme přidělit na oddělení alespoň jeden tablet či notebook jako prostředek

pro usnadnění komunikace mezi pacientem a rodinnými příslušníky. Pak by bylo možné využít aplikaci „Patient Communicator“ a vyzkoušet její přínos pro pacienty v praxi na JIP.

Dalším návrhem je, aby byl na odděleních intenzivní péče klinický psycholog, se kterým budou moci navázat kontakt rodinní příslušníci pacientů. Bylo by vhodné, aby kontakt na něj dostávali hned na začátku s identifikačním heslem. Zdravotnický personál se velmi snaží s příbuznými mluvit a uklidnit je, ale profesionální pomoc je určitě také namístě.

Na oddělení není nikdo, kdo by absolvoval kurz zaměřený na komunikaci s příbuznými, nebo dokonce s pozůstalými. Tato komunikace vyžaduje mnoho znalostí, empatie a úsilí. Bylo by vhodné, aby alespoň jedna všeobecná sestra takový kurz měla a školila poté všechny ostatní. Pacienty i jejich rodinu bychom tím velmi podpořili, protože když uvidí zájem z naší strany, přijde i snaha z jejich strany. Po domluvě se staniční sestrou a vedoucím lékařem kurzem krizové intervence prošla autorka práce, neboť ji tato oblast velmi zajímá.

Hlavním úkolem rozhovorů bylo zjistit, zda by rodinní příslušníci měli zájem o edukační brožuru. Všichni respondenti se shodli, že ano. Výsledky výzkumného šetření daly podnět k vytvoření edukační brožury a potvrdily, že by měla obsahovat popis a vysvětlení funkce přístrojů, které obklopují pacienta, dále pak možnosti komunikace s pacientem, hlavní lékové skupiny, které jsou takovýmito pacientům nejčastěji podávány, a charakterizovat běžný postup léčby.

ZÁVĚR

Cílem práce bylo zpracovat téma komunikace s pacientem v analgosedaci teoreticky a zjistit, jaké jsou zkušenosti a prožitky rodinných příslušníků (příbuzných) pacientů na jednotce intenzivní péče, které se týkají komunikace s pacientem v analgosedaci. Důležité bylo také zjistit, z které oblasti mají rodinní příslušníci pacientů na jednotce intenzivní péče největší strach a obavy, a následně na základě výsledků šetření získat podklady pro vytvoření edukačního materiálu.

Většina respondentů má největší strach z dalšího vývoje stavu jejich příbuzného. Bojí se ho dotknout, aby mu neublížili, neví, na jakou vzdálenost se k němu můžou přiblížit. Najednou zjistí, že o neverbální komunikaci už slyšeli, ale neumí ji používat. Potřebují pomoc někoho jiného, sami to nezvládnou, nečekaně jsou závislí na zdravotnickém personálu. Každé „pípnutí“ přístroje v nich vyvolává úzkost, neví, co se děje. Nemocniční prostředí je velmi neosobní a strohé, necítí se tu na začátku dobře, za čas si ale zvyknou. Velmi jim pomůže, když mohou přinést příbuznému fotografie jeho rodiny a vylepit je kolem něj. I pro pacienta je to povzbudivé.

Dále respondenti uváděli, že na ně velice negativně působilo čekání na informace. První informace příbuzným vždy podává lékař a bohužel se v intenzivní péči stává, že lékař je zaneprázdněn a rodinní příslušníci musí chvíli čekat. Informace jsou podávány ve vstupní části oddělení, kde je malý prostor se sedačkou. Respondenti udávali, že tenhle prostor není úplně vhodný ke sdělování intimních informací. Proto byl vytvořen prostor v rohu chodby, kde jsou dvě křesla, stůl a intimita je zajištěna posuvnými dveřmi. Při rozhovoru je nutno přihlížet k věku, psychickému rozpoložení a intelektu rodinného příslušníka. Po předání informací lékařem všeobecná sestra zavede rodinné příslušníky za pacientem. Vysvětlí jim důležitost bariérového režimu a hygienických návyků. Obleče je do zástěry, rukavic a roušky. Vezme si na rodinu kontakt a předá jim kontakt na lékaře a sestry. Sdělí jim nejvhodnější dobu návštěv a telefonického kontaktu z hlediska podávání informací. Domluví se na identifikačním hesle, které bude platit po celou dobu hospitalizace.

Z rozhovorů vyplynulo, že většina informací od lékaře je pro rodinné příslušníky pochopitelná a pokud něčemu neporozuměli, doptali se všeobecné sestry, která jim vždy ochotně odborné výrazy vysvětlila. Ocenili snahu všeobecných sester, které si samy všimaly pochopení či nepochopení informací sdělených lékařem.

Zjištění z výzkumného šetření upozornila na to, že na pracovišti není dostupný žádný edukační materiál, který se týká přístrojů kolem pacienta. A přitom přístroje představují největší bariéru ze strany rodinných příslušníků. Pacient v akutní fázi onemocnění má kolem sebe mnoho přístrojů, které zajišťují jeho životní funkce. Výstupem diplomové práce je proto také podnět k vypracování edukační brožury, která bude obsahovat popis a vysvětlení funkce přístrojů, které obklopují pacienta, dále pak možnosti komunikace s pacientem, hlavní lékové skupiny, které jsou takovýmito pacientům nejčastěji podávány, a charakteristika běžných postupů léčby.

Z vyhodnocení problematiky komunikace s pacienty v analgosedaci dále vyplývá doporučení, aby alespoň jedna všeobecná sestra na oddělení kardiologické jednotky intenzivní péče absolvovala komunikační kurz či kurz krizové intervence a následně předávala informace ostatním členům ošetrovatelského týmu. Tento kurz již absolvovala autorka diplomové práce. Souvisejícím doporučení pak je zajistit možnost, aby i rodinní příslušníci pacientů mohli využívat pomoc klinického psychologa.

Cíl práce byl splněn. Kvalitativní výzkum umožnil větší vhled do pocitů příbuzných pacientů, jejich potřeb a obav. Tato zjištění jsou pro zdravotníky velmi důležitá a mohou přispět ke zkvalitnění péče o rodinu pacientů v analgosedaci a potažmo o samotné pacienty.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY A PRAMENŮ

AGARWAL, A., NAG, K., ChAKRABORTY, S. & ALI, K., 2011. *Doctor patient communication-A vital yet neglected entity in indian medical education systém* [online] č. 3, s. 184-186. Indian Journal of Surgery [cit. 2018-06-10]. Dostupné z: <http://dx.doi.org/10.1007/s12262-010-0208-z>

BARASH, Paul G., Bruce F. CULLEN a Robert K. STOELTING, 2015. *Klinická anesteziologie*. Praha: Grada Publishing. 816 s. ISBN 978-80-247-4053-9.

BARTŮNĚK, Petr, JURÁSKOVÁ, Dana, HECZKOVÁ, Jana, NALOS, Daniel (editoři), 2016. *Vybrané kapitoly zintenzivní péče*. 1. vyd. Praha: Grada. 712 s. ISBN 978-80-271-9328-8.

BASU, A., FAUST, L., 2013. *Umění úspěšné komunikace: Jak správně naslouchat, řešit konflikty a mluvit s druhými lidmi*. Praha: Grada Publishing. 112 s. ISBN 9788024750323.

BORG, J., 2013. *Umění přesvědčivé komunikace: Jak ovlivňovat názory, postoje a činy druhých*. 3., rozšířené vydání. Praha: Grada Publishing. 240 s. ISBN 9788024748214.

ČESKO. Zákon č. 372/2011 Sb., zákon o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách) ze dne 8. 12. 2011, částka č. 131/2011 Sb. [online]. [cit. 2019-03-10]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-372>

DEJDAROVÁ, K., 2014. *Problematika komunikace mezi sestrou a pacientem se zajištěnými cestami*. Pardubice: Univerzita Pardubice, Fakulta zdravotnických studií. Vedoucí práce Hana Škvrňáková [online]. [cit. 2019-04-09]. Dostupné z: https://dk.upce.cz/bitstream/handle/10195/57772/DejdarovaK_ProblematikaKomunikace_HS_2014.pdf?sequence=3&isAllowed=y

DOBOSIOVÁ, R., 2016. *Komunikácia s pacientom na umelej pľúcnej ventilácii z pohľadu pacienta*. Brno: Masarykova Univerzita, Katedra ošetrovatelství. Vedoucí práce Natália Beharková [online]. [cit. 2019-03-30]. Dostupné z: https://is.muni.cz/th/436245/lf_m/

DOSTÁL, P. a kol., 2014. *Základy umělé plicní ventilace*. Praha: Maxdorf. 394 s. ISBN 978-80-7345-397-8. Dostupné z: <https://cz.clipartlogo.com/istock/hospital-doctor-nurse-and-patient-pictogram-347372.html>

GULOVÁ, L., ŠÍP, R., 2013. *Výzkumné metody v pedagogické praxi*. Praha: Grada Publishing. 139-167s. ISBN 978-80-247-8813-5.

HENDL, J, REMR, J., 2017. *Metody výzkumu a evaluace*. 1. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-1192-1.

HENDL, Jan, 2012. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. Vyd. 3. Praha: Portál. 407 s. ISBN 9788026202196.

HEŘMANOVÁ, J. a kol., 2012. *Etika v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada Publishing. 200 s. ISBN 978-80-247-3469-9.

- KAPOUNOVÁ, J., KAPOUN, P., 2017. *Bakalářská a diplomová práce: Od zadání po obhajobu*. Praha: Grada Publishing. 136 s. ISBN 9788027100798.
- Kardiologická klinika Fakultní nemocnice Plzeň* [online]. [cit. 2018-12-05]. Dostupné z: <https://kard.fnplzen.cz>
- KELNAROVÁ, J., 2009. *Psychologie a komunikace pro zdravotnické asistenty*. Praha: Grada Publishing. 136 s. ISBN 978-80-247-2831-5.
- KOUKOLÍK, František, 2013. *Já: o mozku, vědomí a sebeuvědomování*. Vyd. 2., přeprac. Praha: Karolinum. 223 s. ISBN 978-80-246-2249-1.
- KUTNOHORSKÁ, J., 2009. *Výzkum v ošetrovatelství*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-2713-4.
- MÁLEK, J. a kol., 2011. *Praktická anesteziologie*. Praha: Grada Publishing. 188 s. ISBN 9788024736426.
- MIKULÁŠTÍK, M., 2010. *Komunikační dovednosti v praxi*. Praha: Grada Publishing. 328 s. ISBN 978-80-247-2339-6.
- MLATECOVÁ, Pavlína, 2016. *Životní zkušenost rodičů dětí s poruchami autistického spektra* [online]. [cit. 2019-04-13]. Diplomová práce. Brno: Masarykova univerzita, Pedagogická fakulta. Vedoucí práce doc. PhDr. Mgr. Dagmar Opatřilová, Ph.D. Dostupné z: <https://theses.cz/id/33hk6w/>
- MODRYKAMIEN, A. M., 2019. Strategies for communicating with conscious mechanically ventilated critically ill patients. *Baylor University Medical Center Proceedings*, 32:4, 534-537. DOI: 10.1080/08998280.2019.1635413
- PLEVOVÁ, I., 2011. *Ošetrovatelství II*. Praha: Grada Publishing. 224 s. ISBN 978-80-3558-0.
- PŠENICOVÁ, Radka, 2015. *Rodinný příslušník pacienta v prostředí intenzivní péče*. Praha: Univerzita Karlova, 1. lékařská fakulta. Vedoucí práce Mgr. Vaňková Milena [online]. [cit. 2019-04-10]. Dostupné z: <https://is.cuni.cz/webapps/zzp/download/120182754>
- PTÁČEK, R., BARTŮNĚK, P. a kol., 2011. *Etika a komunikace v medicíně*. Praha: Grada Publishing. 528 s. ISBN 978-80-247-3976-2.
- ROUSSEAU, M., DAVELUY, W., a KOZLOWSKI, O., 2010. Communication in conversation in stroke patients. *Journal of Neurology*, 257 (7), 1099-107. Dostupné z: https://www.researchgate.net/publication/41417442_Communication_in_conversation_in_stroke_patients
- STREITOVÁ, D., ZOUBKOVÁ, R., 2015. *Septické stavy v intenzivní péči*. Praha: Grada Publishing. 165 s. ISBN 978-247-9933-9.

- STUDÍKOVÁ, M., 2009. *Význam neverbální komunikace pro pacienta*. České Budějovice: Jihočeská Univerzita, Zdravotně sociální fakulta. Vedoucí práce Hana Sloupová Burgerová [online]. [cit. 2019-04-02]. Dostupné z: https://theses.cz/id/393r9g/downloadPraceContent_adipIdno_13258
- ŠAMÁNKOVÁ, M., 2011. *Lidské potřeby ve zdraví a nemoci*. Praha: Grada Publishing. 136 s. ISBN 978-80-247-3223-7.
- ŠPATENKOVÁ, N., KRÁLOVÁ, J., 2009. *Základní otázky komunikace: Komunikace (nejen) pro sestry*. Praha: Galén. 135 s. ISBN 978-80-7262-599-4.
- ŠVECOVÁ, Lenka, 2018. *Komunikace u pacienta v intenzivní péči* [online]. [cit. 2019-04-13]. Diplomová práce. Brno: Masarykova univerzita, Lékařská fakulta. Vedoucí práce PhDr. Natálie Beharková, Ph.D. Dostupné z: <https://theses.cz/id/3g46bc/>
- TOMOVIČKA, Š., KŘIVKOVÁ, J., 2016. *Komunikace s pacientem v intenzivní péči*. Praha: Grada Publishing. 136 s. ISBN 978-80-271-9540-4.
- TŮMA, P., 2011. *Analgoedace kriticky nemocných* [online]. Praha: Univerzita Karlova [cit. 2018-06-05]. Dostupné z: <https://is.cuni.cz/webapps/zzp/detail/71967>
- VÁLKOVÁ, L., 2015. *Rehabilitace kognitivních funkcí v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada Publishing. 112 s. ISBN 9788024755717.
- VÉVODOVÁ, Šárka, IVANOVÁ, Kateřina a kol., 2015. *Základy metodologie výzkumu pro nelékařské zdravotnické profese*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. 215 s. ISBN 978-80-244-4770-4.
- VESELSKÁ, Martina, 2018. *Komunikace s rodinou nemocného v intenzivní péči* [online]. [cit. 2019-04-13]. Diplomová práce. Brno: Masarykova univerzita, Lékařská fakulta. Vedoucí práce PhDr. Natálie Beharková, Ph.D. Dostupné z: <https://theses.cz/id/n2ki5s/>
- VYBÍRAL, Zdeněk., 2009. *Psychologie komunikace*. Praha: Portál. 319 s. ISBN 9788073673871.
- VYMĚTAL, Jan, 2010. *Úvod do psychoterapie*. 3. aktualizované a doplněné vyd. Praha: Grada. 288 s. ISBN 978-80-247-2667.
- VYTEJČKOVÁ, R., SEDLÁŘOVÁ, P., WIRTHOVÁ, V. a kol., 2013. *Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné II. Speciální část*. Praha: Grada Publishing. 288 s. ISBN 978-80-24784687.
- ZADÁK, Z., HAVEL, E. a kol., 2017. *Intenzivní medicína na principech vnitřního lékařství*. 2., doplněné a přepracované vydání. Praha: Grada Publishing. 448 s. ISBN 9788027109227.
- ZACHAROVÁ, E., 2016. *Komunikace v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada Publishing. 121 s. ISBN 978-80-271-0156-6.
- ZACHAROVÁ, E., 2017. *Zdravotnická psychologie – teorie a praktická cvičení*. Praha: Grada Publishing. 264 s. ISBN 978-80-271-9674-6.

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. 1 Glasgow coma scale

Příloha č. 2 Tabulka s písmeny

Příloha č. 3 Pacientské lůžko v intenzivní péči

Příloha č. 4 Okruhy k rozhovoru

Příloha č. 5 Souhlas s výzkumem – respondent

Příloha č. 6 Povolení k provedení výzkumného šetření

Příloha č. 1 Glasgow coma scale

Otevření očí	dospělí a větší děti	malé děti
1	neotvírá	neotvírá
2	na bolest	na bolest
3	na oslovení	na oslovení
4	spontánně	spontánně
Nejlepší hlasový projev		
1	žádný	žádný
2	nesrozumitelné zvuky	na algický podnět sténá
3	jednotlivá slova	na algický podnět křičí nebo pláče
4	neadekvátní slovní projev	spontánně křičí, pláče, neodpovídající reakce
5	adekvátní slovní projev	brouká si, žvatlá, sleduje okolí, otáčí se za zvukem
Nejlepší motorická odpověď		
1	žádná	žádná
2	na algický podnět nespecifická extenze	na algický podnět nespecifická extenze
3	na algický podnět nespecifická flexe	na algický podnět nespecifická flexe
4	na algický podnět úniková reakce	na algický podnět úniková reakce
5	na algický podnět cílená obranná reakce	na algický podnět cílená obranná reakce
6	na výzvu adekvátní motorická reakce	normální spontánní pohyblivost
Vyhodnocení		
15 – 13	žádná nebo lehká porucha	
9 – 12	středně závažná porucha	
do 8	závažná porucha	

Příloha č. 2 Tabulka s písmeny

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

Zdroj: vlastní zpracování

Příloha č. 3 Pacientské lůžko v intenzivní péči



Zdroj: vlastní zpracování

Příloha č. 4 Okruhy k rozhovoru

Okruhy k rozhovoru v rámci výzkumného šetření:

1. Příbuzenský vztah – pacient versus rodinný příslušník
2. Charakter jejich vztahu
3. Charakter příhody
4. Nová zkušenost
5. Nemocniční prostředí
6. Návštěva jednotky intenzivní péče
7. První kontakt s pacientem
8. Důvěra k zdravotnickému personálu
9. Dostatek či nedostatek informací o zdravotním stavu
10. Seznámení s přístrojových vybavením
11. Porozumění
12. Snaha o navázání kontaktu
13. Bariéry
14. Nabídka komunikačních pomůcek
15. Podání informací
16. Porozumění neverbální komunikaci
17. Povědomost o neverbální komunikaci
18. Dotyky
19. Potřeba všeobecné sestry při komunikaci
20. Vhodnost edukační brožury před návštěvou

Příloha č. 5 Souhlas s výzkumem – respondent

Informovaný souhlas respondenta s rozhovorem v rámci výzkumného šetření

NÁZEV DIPLOMOVÉ PRÁCE: PROBLEMATIKA KOMUNIKACE U PACIENTŮ
V ANALGOSEDACI

STUDENT: Bc. DAGMAR ŠLOUFOVÁ

Jméno: Dagmar Šloufová

Katedra ošetrovatelství a porodní asistence

Fakulta zdravotnických studií ZČU

e-mail: dasenkasloufova1@gmail.com

VEDOUcí MP : Mgr. Kateřina Ratislavová PhD.

Jméno: Kateřina Ratislavová

Katedra ošetrovatelství a porodní asistence

Fakulta zdravotnických studií ZČU

e-mail: ratislav@kos.zcu.cz

CÍL STUDIE: Cílem studie bylo rozpoznat, jaké jsou zkušenosti a prožitky rodinných příslušníků (příbuzných) pacientů na jednotce intenzivní péče, které se týkají komunikace s pacientem v analgo sedaci. Zjistit, z které oblasti mají rodinní příslušníci (příbuzní) našich pacientů největší strach a obavy, a následně na podkladě výsledků šetření vytvořit edukační materiál.

S Vaším svolením bude s Vámi proveden rozhovor, který bude zaznamenán na diktafon. Pořízený záznam nebude sdílen nikým jiným než studentem a vedoucím diplomové práce. Záznamy budou ihned po kompletaci studie vymazány. Úryvky z rozhovoru mohou být použity při prezentaci studie, ale tyto citace budou vždy anonymní. Vaše identita nebude rozpoznána, bude použit pseudonym.

Nemusíte odpovídat na žádné specifické otázky, pokud nebudete sám/sama chtít, a můžete také kdykoliv odstoupit od rozhovoru nebo studie.

SOUHLAS S VÝZKUMEM

Já

souhlasím s účastí ve výzkumné studii. Souhlasím se záznamem rozhovoru na diktafon. Rozumím, že mohu kdykoliv od rozhovoru nebo studie odstoupit a že citace rozhovoru budou použity anonymně, nebudu ve studii identifikován(a).

Podpis účastníka výzkumu:.....Datum:

Podpis studenta:.....Datum:

Zdroj: Fakulta zdravotnických studií

Příloha č. 6 Povolení k provedení výzkumného šetření

Vážená paní

Dagmar Šloufová

Studentka oboru Ošetrovatelství v interních oborech

Fakulta zdravotnických studií, Katedra ošetrovatelství a porodní asistence

Západočeská univerzita v Plzni

Povolení sběru informací ve FN Plzeň

Na základě Vaší žádosti Vám jménem Útvaru náměstkyně pro ošetrovatelskou péči FN Plzeň **povoluji** Vaše šetření na *Kardiologickém oddělení (KARD)* FN Plzeň, v souvislosti s vypracováním Vaší diplomové práce s názvem „*Problematika komunikace u pacientů v analgosedaci*“. Vaše šetření bude probíhat pomocí rozhovorů, vedených s blízkými hospitalizovaných pacientů a analýzou zdravotnické dokumentace.

Podmínky, za kterých Vám bude umožněna realizace Vašeho šetření ve FN Plzeň:

- Vrchní sestra *KARD* souhlasí s Vaším postupem.
- Vaše šetření osobně povedete.
- Vaše šetření nenaruší chod pracoviště ve smyslu provozního zajištění dle platných směrnic FN Plzeň, ochrany dat pacientů a dodržování Hygienického plánu FN Plzeň. Vaše šetření bude provedeno za dodržení všech legislativních norem, zejména s ohledem na platnost zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, v platném znění.
- ***Analýzu zdravotnické dokumentace budete provádět pod vedením vrchní sestry KARD FN Plzeň.***
- Údaje o zdravotním stavu pacientů, jakož i údaje o respondentech, včetně citlivých údajů, jež o sobě respondenti případně sdělí, musí být před zveřejněním ve Vaší diplomové práci, zcela anonymizovány.
- Po zpracování Vámi zjištěných údajů poskytnete Útvaru náměstkyně pro ošetrovatelskou péči FN Plzeň závěry Vašeho šetření na níže uvedený e-mail, nejpozději k datu vaší obhajoby a budete se aktivně podílet na případné prezentaci výsledků Vašeho šetření na vzdělávacích akcích pořádaných FN Plzeň.

Toto povolení nezakládá povinnost respondentů či zdravotnických pracovníků s Vámi spolupracovat, pokud by spolupráci s Vámi respondenti považovali jako újmu či s rozhovorem nevyslovili souhlas nebo pokud by spolupráce s Vámi narušovala plnění pracovních povinností zaměstnanců FN Plzeň. Účast respondentů / zdravotnických pracovníků na Vašem šetření je dobrovolná.

Přeji Vám hodně úspěchů při studiu.

Mgr. Bc. Světluše Chabrová
manažerka pro vzdělávání a výuku NELZP
zástupkyně náměstkyně pro oš. péči