

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2024

Adéla Stadlerová

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

Studijní program: Všeobecné ošetrovatelství

Adéla Stadlerová

**ROLE SETRY PŘI KOMUNIKACI
S TRACHEOSTOMICKÝM PACIENTEM**

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Mgr. Jana Křivková

PLZEŇ 2024

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracoval/a samostatně a všechny použité zdroje jsem uvedl/a v seznamu použitých zdrojů.

V Plzni dne 20. 3. 2024.

.....

vlastnoruční podpis

Abstrakt

Příjmení a jméno: Stadlerová Adéla

Katedra: Ošetrovatelství a porodní asistence

Název práce: Role sestry při komunikaci s tracheostomickým pacientem

Vedoucí práce: Mgr. Jana Křivková

Počet stran – číslované: 67

Počet stran – nečíslované: 11

Počet příloh: 3

Počet titulů použité literatury: 31

Klíčová slova: Intenzivní péče, Komunikační bariéry, Komunikace, Role sestry, Sestra, Tracheostomie, Zásady komunikace

Souhrn:

Téma této práce se zaměřuje na významnou roli sester při komunikaci s pacientem, kteří mají tracheostomickou kanylou. V rámci této problematiky zkoumáme konkrétní role sester v průběhu komunikace s těmito pacienty na oddělení intenzivní péče. Práce je strukturována do teoretické a praktické části. Teoretická část vychází z odborných publikací, které se zabývají popisem rolí sester, osobností zdravotnického personálu a vztahem mezi sestrou a pacientem. Klíčovými tématy jsou definice komunikace, její rozdělení, vývoj řeči a hlasu, specifická komunikace s tracheostomickým pacientem a péče o tracheostomickou kanylu. Důležitou součástí je také edukace pacienta. V praktické části se zaměřujeme na subjektivní názory sester pracujících na oddělení ARO/JIP v Nemocnici Hořovice. Z polostrukturovaných rozhovorů s nimi získané poznatky mají za cíl popsat jejich pohledy na role sester při komunikaci s tracheostomickým pacientem. Výsledky studie odhalují rozdíly v subjektivních názorech na tyto role a na jejich konkrétní obsah při komunikaci s těmito pacienty.

Abstract

Surname and name: Stadlerová Adéla

Department: Nursing and midwifery

Title of thesis: The nurse's role in communication with the tracheostomy patient

Consultant: Mgr. Jana Křivková

Number of pages – numbered: 67

Number of pages – unnumbered: 11

Number of appendices: 3

Number of literature items used: 31

Keywords: Intensive care, Communication barriers, Communication, Role of the nurse, Nurse, Tracheostomy, Principles of communication

Summary:

The topic of this thesis focuses on significantly the role of nurses in communicating with patients who have a tracheostomy tube. Within this context, we investigate the specific roles of nurses during communication with these patients in the intensive care unit. The thesis is structured into theoretical and practical parts. The theoretical part is based on professional publications that describe the roles of nurses, the personalities of healthcare staff, and the relationship between nurses and patients. Key topics include definitions of communication, its classification, the development of speech and voice, specific communication with tracheostomy patients, and tracheostomy tube care. Patient education is also an important component. In the practical part, we focus on the subjective opinions of nurses working in the ICU at Hořovice Hospital. Insights gained from semi-structured interviews aim to describe their perspectives on the roles of nurses in communicating with tracheostomy patients. The study's results reveal differences in subjective opinions on these roles and their specific content during communication with these patients.

Poděkování

Děkuji Mgr. Janě Krívkové za odborné vedení práce, poskytování rad a podkladů.
Dále děkuji mé rodině a příteli za podporu a během celého svého studia na fakultě.

OBSAH

SEZNAM OBRÁZKŮ	9
SEZNAM TABULEK.....	10
SEZNAM ZKRATEK.....	11
ÚVOD	12
TEORETICKÁ ČÁST	13
1 TEORETICKÁ VÝCHODISKA	13
2 ROLE SESTRY	14
2.1 Vývoj role sestry.....	15
2.2 Osobnost zdravotníka.....	16
2.2.1 Sestra poskytovatelka a výzkumnice	17
2.2.2 Sestra koordinátorka a obhájkyně.....	18
2.2.3 Sestra edukátorka a mentorka.....	19
2.2.4 Role manažerky a role sestry navrhovatelky.....	20
2.3 Vztah sestry a pacient.....	21
2.4 Postavení sestry v multidisciplinárním týmu	21
3 KOMUNIKACE V OŠETŘOVATELSKÉ PRAXI	23
3.1 Verbální komunikace	24
3.2 Neverbální komunikace	24
3.3 Fyziologický vývoj řeči a hlasu.....	25
3.3.1 Obnovení hlasu.....	25
3.4 Komunikace u pacienta s tracheostomií na oddělení intenzivní péče	26
3.5 Komunikace mezi sestrou a rodinou.....	27
3.6 Trojúhelník pacient-rodina-zdravotníci	27
3.7 Komunikační bariéry v intenzivní péči.....	28
3.8 Alternativní a augmentativní komunikace	28
3.8.1 Metody bez pomůcek.....	29
3.8.2 Metody s pomůckami.....	29
3.8.3 Náhradní hlasové mechanismy.....	30
4 TRACHEOSTOMIE	31
4.1 Psychosociální problémy	32
4.1.1 Spolek laryngektomovaných pacientů České republiky	32
5 OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE O PACIENTA S TRACHEOSTOMICKOU KANYLOU	
33	
5.1 Ošetrovatelský personál	34
5.2 Odsávání z dýchacích cest.....	34
5.2.1 Endotracheální odsávání	35

5.3	Edukace pacienta	35
	PRAKTICKÁ ČÁST.....	36
6	FORMULACE VÝZKUMNÉHO PROBLÉMU.....	36
6.1	Hlavní výzkumná otázka.....	36
7	CÍLE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY/PŘEDPOKLADY	37
7.1	Hlavní cíl.....	37
7.2	Dílčí cíle a výzkumné otázky	37
7.3	Operacionalizace pojmů.....	37
8	METODIKA KVALIFIKAČNÍ PRÁCE	38
8.1	Metodologie výzkumu	38
8.2	Charakteristika sledovaného souboru	38
8.3	Organizace výzkumu	39
8.4	Zpracování dat	40
9	PREZENTACE A INTERPRETACE VÝSLEDKŮ	42
9.1	Grafické znázornění analýzy rozhovoru	42
9.1.1	První oblast: Subjektivní názory na role.....	42
9.1.2	Druhá oblast: Subjektivní názory na náplň rolí.....	59
	DISKUZE.....	65
	ZÁVĚR	71
	SEZNAM LITERATURY	72
	SEZNAM PŘÍLOH.....	75

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obrázek 1 Postoj k rolím sester	45
Obrázek 2 Role sestry	55
Obrázek 3 Interpersonální vztahy	58
Obrázek 4 Náplň rolí sestry s tracheostomickým pacientem	64

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1 Přehled zdrojů a řešerší.....	13
Tabulka 2 Postoj k rolím sester	42
Tabulka 3 Role sestry.....	44
Tabulka 4 Interpersonální vztahy	55
Tabulka 5 Náplň rolí sestry s tracheostomickým pacientem.....	59

SEZNAM ZKRATEK

DC	Dýchací cesty
HCD.....	Horní cesty dýchací
TSK.....	Tracheostomická kanyla
Tzv.....	Takzvaně
UPV	Umělá plicní ventilace
WHO.....	Světová zdravotnická organizace

ÚVOD

V současné době se mnoho zdravotnických zařízení zaměřuje na poskytování kvalitní a bezpečné péče. Bezpečnost práce je klíčová jak pro pacienty, tak i pro personál vykonávající ošetrovatelskou péči. Pro dosažení těchto cílů a poskytování kvalitní péče je nezbytné, aby sestry přistupovaly ke svým rolím důsledně a svědomitě. Role sester jsou nezbytné nejen v ambulantní péči a na standardních odděleních, ale také na jednotkách intenzivní péče. Plevová et al., 2018 popisuje role sester jako očekávané chování, jehož cílem je poskytovat kvalitní ošetrovatelskou péči. Sestra, v souladu se svými kompetencemi a pozicí v ošetrovatelském týmu, může vykonávat jednu nebo více rolí současně, přičemž každá role má své specifické vlastnosti. Uvědomění si těchto rolí přispívá k neustálému rozvoji a zdokonalování profese sestry, což následně vede k efektivnímu poskytování péče pacientům ve všech fázích jejich léčby.

Naší práci odkazujeme na oddělení intenzivní péče v Hořovicích, kde se sestry denně setkávají s tracheostomickými pacienty. Naší snahou je zjistit pomocí výzkumného šetření jejich role a subjektivní názory. Pacientům se na oddělení uměle vytvoří otvor do průdušnice, kam se následně zavede tracheostomická kanyla. Tento výkon se provádí u pacientů, kteří musí mít zajištěny dýchací cesty pro umožnění ventilace, ať už spontánní nebo pomocí přístroje. Tracheostomii může mít pacient dočasně, a to do celkového zlepšení stavu pacienta nebo někdy je nutná i trvalá. S tímto zákrokem a následnou ošetrovatelskou péčí je spojeno mnoho rizik, které mohou celkovou rekonvalescenci pacienta ztěžovat a významně prodloužit.

Sestra, díky svým rozmanitým rolím a kompetencím, hraje klíčovou roli v poskytování odborné péče. Jejím hlavním cílem je podpořit pacienta při návratu do stavu kompenzace a optimalizovat jeho zdravotní stav. Tato podpora zahrnuje nejen léčbu konkrétního onemocnění, ale také poskytování emocionální podpory a vytváření prostředí, které pacientovi umožní úspěšně se reintegrovat do běžného života. Pro dosažení těchto cílů je důležité, aby sestra měla schopnost efektivně komunikovat s pacientem a jeho blízkými, aby mohla sdílet informace o léčbě, poskytovat podporu a odpovídat na otázky týkající se péče a procesu zotavování. Sestra také může hrát roli v edukaci pacienta a jeho rodiny o zdravotním stavu a potřebách péče po propuštění z nemocnice, aby byli schopni správně pokračovat v péči a léčbě doma. Celkově lze říci, že sestra představuje klíčového spojence pacienta na cestě k uzdravení a návratu do plnohodnotného života.

TEORETICKÁ ČÁST

1 TEORETICKÁ VÝCHODISKA

V současné době je role sestry při poskytování kvalitní ošetrovatelské péče zásadním faktorem, avšak stále se potýká s řadou výzev. Pro efektivní plnění svých povinností musí sestra disponovat širokým spektrem dovedností, zahrnujících všestrannost, empatii, spolehlivost a dodržování etických standardů. S postupem času a zkušeností by měla sestra stále více uznávat a uvědomovat si tyto aspekty své role. Role sestry jsou do značné míry ovlivněny společenskými normami a historickými kontexty, avšak v moderním prostředí je kladen důraz na holistický přístup sester k pacientům bez ohledu na jejich národnost či zdravotní stav. Pacienti s tracheostomickou kanylou často čelí frustraci v důsledku narušené možnosti komunikace. Je proto úkolem sestry zajistit efektivní komunikaci s těmito pacienty, což zahrnuje nejen ovládnutí komunikačních dovedností, ale také seznámení s komunikačními pomůckami a poskytování edukace (Plevová et al. 2018).

Při přípravě na vyhledávání odborné literatury k našemu tématu jsme se zaměřili na porozumění a orientaci v dané problematice. V úvodní fázi jsme systematicky strukturovali naše myšlenky pro teoretickou i praktickou část práce. Stanovením klíčových slov jsme uspořádali nalezené publikace a postupně rozšiřovali seznam klíčových slov o další relevantní termíny související s jednotlivými kapitolami. Při vyhledávání informací jsme využívali zdroje jak v českém, tak i v anglickém jazyce. Před samotným hledáním literatury jsme stanovili kritéria pro aktuálnost a relevanci zdrojů. Veškeré použité zdroje jsme následně citovali v souladu s citační normou ISO 690:2022.

Tabulka 1 Přehled zdrojů a rešerší

Tištěné zdroje	
- Vlastní	Žádné
- Knihovny	Studijní a vědecká knihovna Plzeňského kraje Univerzitní knihovna ŽČU
E-zdroje	
- Databáze	Bookport Pubmedcentral
- Vyhledávače	Google Scholar

Zdroj: Vlastní

2 ROLE SESTRY

Role sestry představuje vysoce náročné povolání, které klade důraz na udržování a dosahování standardů péče neustále se vyvíjejícím zdravotnickém prostředí. V současné době se po sestrách vyžadují nejenom tradiční ošetrovatelské dovednosti, ale také schopnost efektivně se vypořádat se sociálními a emocionálními problémy pacientů. Sestra musí být schopna poskytnout nejenom fyzickou péči, ale také emocionální podporu a poradenství. Poznání vlastní role a uvědomění si jejího významu je pro sestru klíčové. Toto uvědomění se promítá do celé její osobnosti a ovlivňuje způsob, jakým interaguje s pacienty, jejich rodinami a dalšími členy zdravotnického týmu. Sestra, která je si vědoma své role a odpovědnosti, může efektivněji plnit své povinnosti a přispívat k pozitivnímu výsledku péče o pacienty. Vzhledem k dynamice a náročnosti práce sestry je nezbytné, aby měla neustálou motivaci ke vzdělávání a rozvoji svých dovedností. Pouze tak může udržovat kvalitu péče na co nejvyšší úrovni a zůstat součástí neustále se vyvíjejícího zdravotnického prostředí (Zacharová, 2016).

Často jsou role spojeny s nějakým očekáváním ve více skupinách lidí, kdy na jedné straně jsou lékaři a management nemocnice a na druhé straně se objevují pacienti. Dále spolupracovníci a spolupracovnice, široká veřejnost a příbuzní nemocných. Role je chápána jako dynamický aspekt statusu, což je definice, za kterou se ztrácí skutečnost, že každá profese se může dostat do rozporu s rolí. Absurdita příkladů, kdy by sestra vyhovovala pouze přání pacienta a nechala stranou požadavky lékaře, by vedlo k takzvané (tzv.) konfliktům rolí. Konflikt role představuje vnitřní problém jedince, komu a čemu se věnovat v okamžiku, kdy je na něj vyvíjen nátlak z více stran. Typický konflikt rolí nastává u žen, kdy například profese vede k emoční a citové angažovanosti (Kořa, 2017).

Role sestry podle Světové zdravotnické organizace (WHO) jsou osoby, které byly formálně přijaty do ošetrovatelského vzdělávacího programu, řádně uznané členským státem, v němž byl program zajištěn, úspěšně dokončila předepsaná studia ošetrovatelství a následně dostala požadovanou kvalifikaci k výkonu ošetrovatelské praxe. Sestry mají za cíl pomáhat pacientům, rodinám a skupinám dosáhnout fyzického, mentálního a sociálního potenciálu. Sestry potřebují určité kompetence k jejich rozvíjení se a udržování zdraví s předcházením nemocí. Hodnotí, plánují, poskytují a vyhodnocují svou profesionální péči v průběhu nemoci a rekonvalescence pacienta. Jsou oprávněny pracovat samostatně jako člen zdravotnického týmu (Plevová et al., 2018).

2.1 Vývoj role sestry

Během krátkého období bylo povolání sestry relativně hodně pozměněné. Významné místo v rozvoji měla Florence Nightingelová, která již od jejích dob kladla důraz na technickou stránku sesterské činnosti. V polovině 19. století byl tento vývoj umocněn prudkým rozvojem techniky v medicíně. Během dalšího období postupně docházelo k dehumanizaci ošetrovatelství, stejně jako v léčebném procesu. Změny v ošetrovatelství přišly ve 20. století, kdy Hendersonová viděla základní funkci sestry během pomoci jak zdravému, tak nemocnému člověku. Role sestry upoutala v 50. letech 20. století pozornost sociologů, kteří definovali a charakterizovali rolové znaky profese sestry. Mezi základní čtyři znaky role sester je funkční specifika, což vyjadřuje nutnost formální a faktická kompetence pro výkon tohoto povolání. Kompetence může být omezena horizontálně, což jsou sestry působící na odděleních, nebo vertikálně, kam spadají sestry s rozhodovací kompetencí. Za další máme socio-centrismus neboli kolektivní orientace, znamená, že sestra při své práci nevychází ze svých zájmů a potřeb, ale pouze z potřeb nemocného. Za třetí máme univerzalizmus, ten definujeme jako schopnost sestry zaujmout svoji roli vůči všem pacientům bez ohledu na náš vlastní postoj k nim. Toto se také očekává ve vztahu k spolupracovníkům. Můžeme ho přeložit jako „odosobnění“. Jako poslední se nachází emocionální neutralita, kdy sestra je schopna svoji emocionalitu vždy podřídit rozumové kontrole. Všechny uvedené znaky výše jsou paralelní jak pro sestry, tak pro lékaře. Profesní činnost sester začala vycházet z orientace na zdraví jako celek. Tento přístup je nadále i v 21. stoletím podporován a odpovídá využíváním technologií, výzkumům a praxe založené na důkazech s mezioborovou a mezinárodní spoluprací. Role sestry a jejich charakteristiky zaznamenaly vývoj a definice uvedených ve WHO (Plevová et al., 2018).

S vývojem moderního ošetrovatelství se rozšiřuje repertoár rolí, které sestra ve zdravotnickém prostředí přebírá. Mezi základní role patří sestra pečovatelka, která poskytuje péči o fyzické potřeby pacientů, edukátorka, která informuje pacienty a jejich rodiny o léčebných postupech a zdravotní prevenci, obhájkyň nemocného, která zastává zájmy pacienta v rámci zdravotnického systému, koordinátorka, která organizuje a sleduje průběh péče, asistentka lékaře, která podporuje lékaře při vykonávání lékařských úkonů, manažerka, která řídí a koordinuje provozní procesy na oddělení, výzkumnice, která se podílí na výzkumných projektech a inovacích ve zdravotnické péči, nositelka změn, která se angažuje v implementaci nových postupů a technologií a další. Činnost sestry lze rozdělit na několik hlavních oblastí,

včetně poskytování základní ošetrovatelské péče, která zahrnuje péči o hygienu, stravu, pohyb a další základní potřeby pacientů. Kromě toho se sestra věnuje diagnostické činnosti, jako je například měření vitálních funkcí, terapeutické činnosti, jako je podávání léků a ošetřování ran, psychologické činnosti, kde poskytuje podporu a poradenství pacientům a jejich rodinám, a sociální činnosti, kde pomáhá pacientům zvládat sociální a emoční obtíže. Nevyhnutelnou složkou práce sestry jsou také administrativní úkoly, které zahrnují vedení dokumentace, přípravné práce spojené s přípravou léků a materiálů a dokončovací práce, jako je například zhodnocení péče a komunikace s dalšími členy zdravotnického týmu. Díky těmto různorodým rolím a činnostem má sestra zásadní vliv na kvalitu péče poskytované pacientům a na celkový chod zdravotnického zařízení (Hlinovská, Němcová, 2012).

2.2 Osobnost zdravotníka

Každý zdravotník má své obecné vlastnosti, kterými rozumíme ty pozitivně ovlivňující vztah zdravotník a pacient. Snažíme se hlavně o kladnou podporu lidské komunikace. K obecným vlastnostem náleží autenticita, akceptace a empatie. Autenticitu popisujeme jako otevřenost, souhlas projevu a prožívání člověka. Akceptace je bezpodmínečné přijetí, úcta, důvěra akceptace vůči pacientovi. Naposled je empatie, kdy se snaží zdravotník vcítit a porozumět druhému člověku. Neexistuje žádná ideální osobnost zdravotníka, jelikož všechny specifické vlastnosti zdravotníka se uplatňují individuálním způsobem. Důležitá je skladba ošetrovatelského týmu, atmosféra i dynamika. Vnitřní stabilita, frustrační intolerance a osobnostní zralost jsou nezbytné pro osobnost zdravotníka (Plevová et al., 2018).

Z opakovaných výzkumů vyplynuly nezbytné předpoklady k výkonu povolání sestry jako jsou předpoklady senzomotorické (šikovnost, zručnost, pohybová obratnost), estetické (mysl pro úpravu vlastního zevnějšku a zdravotnického prostředí), intelektové (schopnost řešit proměnlivé situace a schopnost vybrat optimální řešení z možných komplexů), sociální (pozitivní vztahy k lidem, empatie, schopnost navázat kontakt a vést dialog, schopnost ovládat své projevy), autoregulační (přizpůsobivost, sebezapření, schopnost se přizpůsobit fyzickému a psychickému stresu), komunikační (schopnost naslouchat, stimulace hovoru, reflexe, sumarizování, mlčení). U sester se stává, že v různé míře neodpovídají danými předpoklady výše uvedenými. Osobnosti sestry mohou být náladové, psychastenické, podezřívavé či hysterické (Plevová et al., 2018).

V praxi se sestra často dostává do velmi náročných situací, které musí umět odborně, spolehlivě a lidsky zvládat. Sestra podle Florence Nightingelové má být citově zralá, čilá,

důkladná, kritická a kritiku umět přijímat, loajální, nezávislá, tolerantní, umět dobře spolupracovat, mít respekt k nadřízením a mnoho dalších. Navíc by měla mít kulturní a společenský rozhled, smysl pro krásu a pro humor. Je otázka, jak vybírat vhodné lidi, jak se přibližovat k definovanému ideálu či alespoň udržet a ochránit již existující hodnoty. K aktuálním publikacím, kde se píše o požadavcích sester a na základě, kterých si můžeme vytvořit konkrétnější představu o tom, jaké jsou aktuální požadavky na osobnost klade české ošetrovatelství. Mezi aktuální publikace patří například oborová kompetenční legislativa nebo Etický kodex sester (Špirudová, 2015).

2.2.1 Sestra poskytovatelka a výzkumnice

Role sestry poskytovatelky neboli pečovatelky má tradičně spojitost s pokutováním základní ošetrovatelské péče, avšak její úkoly a odpovědnosti jsou mnohem rozsáhlejší. Sestra pečovatelka je pověřena péčí o nemocné jak v nemocničním prostředí, tak i v terénní péči, což zahrnuje širokou škálu činností od zjištění základní hygieny a péče o fyzické potřeby pacienta až po poskytování emocionální a psychologické podpory. Jednou hlavních úloh sestry je identifikace ošetrovatelských problémů a následné navrhování a provádění plánu péče, který je zaměřen na jejich řešení. To zahrnuje nejen poskytování lékařských procedur, aplikaci léků a monitorování stavu pacienta, ale také podporu při zvládnání denních aktivit, vytváření prostředí, které podporuje rychlé uzdravení, zajištění komfortu a důstojnosti pacienta. Sestra poskytovatelka musí být schopna pracovat samostatně a rozhodně, a to zejména v terénní péči, kde může být často vystavena neočekávaným situacím a musí rychle reagovat na potřeby pacienta. Její práce vyžaduje nejenom odborné znalosti a dovednosti v oblasti zdravotnictví, ale také empatii, soucit a schopnost komunikovat s pacienty a jejich rodinami. Role sestry poskytovatelky tak představuje klíčovou součást týmu poskytující zdravotní péči a má zásadní vliv na komplexnost, účinnost a lidskost poskytované péče (Smith et al. 2020).

Sestra výzkumnice má v oblasti ošetrovatelství zásadní význam, neboť přispívá k posunům inovací ve zdravotnické péči. Jejím hlavním úkolem je nejenom získat nové poznatky z různých odborných periodik a vědeckých studií, ale také aktivně spolupracovat nebo dokonce vést rozvojové projekty, které mají za cíl zlepšení standardů péče. Sestra výzkumnice je klíčovou postavou při zavádění nových postupů a technologií do praxe. Pracuje na vývoji a implementaci inovativních intervencí, které mohou zlepšit kvalitu péče poskytované pacientům. To může zahrnovat testování na nových léčebných metod, aplikaci nových technologií nebo vyhodnocování účinnosti různých intervenčních strategií. Mimo to může sestra

výzkumnice také provádět vlastní výzkum, sbírá data, analyzuje je a publikuje vědecké články, které přinášejí nové poznatky do oboru ošetrovatelství. Díky práci sestry výzkumnice dochází k neustálému zdokonalování a inovacím v oblasti ošetrovatelství, což má za přímý pozitivní dopad na kvalitu a výsledky pro pacienty. Její úsilí přispívá k pokroku v oblasti péče o zdraví a zvyšuje úroveň profesionálních standardů v ošetrovatelském oboru (Plevová et al., 2018).

2.2.2 Sestra koordinátorka a obhájkyň

Sestra koordinátorka má významnou roli při následném plánování a realizaci ošetrovatelské péče, protože právě ona má na starosti organizaci a koordinaci jednotlivých kroků péče. Spolupracuje úzce s ostatními členy zdravotnického týmu, jako jsou lékaři, terapeuti a další zdravotničtí pracovníci, aby byla zjištěna komplexní a efektivní péče pro pacienta. Sestra má za úkol zajistit, aby péče byla individuálně přizpůsobena potřebám konkrétního pacienta a aby byla soustavná v celém procesu. To zahrnuje sledování a vyhodnocování stavu pacienta, plánování konkrétních ošetrovatelských intervencí a monitorování jejich účinků. Kromě tohoto má sestra ještě důležitou roli při komunikaci s pacientem a jeho rodinou. Získává je a aktivní spolupráci na plánování a realizaci individualizované péče. Poskytuje jim informace o diagnóze, léčebných postupech a možnostech péče, aby mohli být informováni a zapojeni do rozhodování ohledně zdravotního stavu. Jejím cílem je vytvořit prostředí, ve kterém se pacient a jeho rodina cítí respektováni, podporováni a informováni o všech aspektech jejich péče. Sestra koordinátorka tak přispívá k efektivnímu a lidskému poskytování ošetrovatelské péče a k dosažení optimálních výsledků pro pacienta (Plevová et al., 2018).

Sestra obhájkyň, je nezbytná ve chvíli, kdy se pacient nachází v situaci, kdy není schopen sdělit své potřeby, problémy a přání. V takových případech se stává sestra obhájkyň pacienta, přebírá jeho hlas a zastupuje jeho zájmy. Skrze průběh ošetrovatelského procesu má sestra obhájkyň možnost detailně poznat a porozumět pacientovi jeho individuálním potřebám a specifickým situacím, kterými si prochází. Tímto způsobem se snaží zjistit, aby byly respektovány jeho preference, hodnoty a práva, a aby byla poskytnuta péče, která je co nejvíce přizpůsobena jeho individuálním potřebám. Sestra tak zastává klíčovou roli v zachování důstojnosti a autonomie pacienta, a vytváří prostředí, ve kterém se cítí respektován a podporován. Jejím cílem je zjistit, aby pacient byl aktivně zapojen do rozhodování o své péči a aby se mu dostalo péče, která je nejen efektivní, ale i empatická a lidská (Plevová et al., 2018).

2.2.3 Sestra edukátorka a mentorka

Úloha edukace se především zaměřuje na předcházení nemocí, udržení nebo navrácení zdraví a v neposlední řadě vede jedince k navození kvalitního života s nezvratným zdravotním stavem. Edukaci vnímáme jako soubor ošetrovatelských intervencí ve fázi realizace ošetrovatelského procesu. Ošetrovatelský proces je série vzájemně propojených činností neboli intervencí, které vedou k uspokojování nemocného. Jde o jednorázové podání informací, ale jako řádně připravený a kvalitně realizovaný edukační proces neboli činnost lidí, při které dochází k učení, a to buď záměrné nebo nezáměrné. Edukační činnosti sestry je účinná, pokud lze sledovat její efektivitu, postačí nám důsledně vedená dokumentace. Sestra zaznamenává zjištěné informace, navrhovaný plán, účinek použitých metod, rozvoj a změnu ve znalostech, dovednostech a celkových postojích edukanta. Při edukaci se zaměřujeme na to, co právě řešíme, vedeme edukanta k soustředěnosti, podporujeme ho umožňujeme mu vyjádřit své myšlenky. Sestra se touto rolí podílí zejména na uplatňování zdraví a prevenci poruch, předcházíme komplikacím, pomoci nemocným a jejich rodinám naučit žít relativně spokojeně s dlouhodobým onemocněním a praktický nácvik různých dovedností (Tóthová, 2014).

Sestra mentorka hraje klíčovou roli v identifikaci potřeb a podpoře studentů v průběhu jejich studia. Její rolí je aktivní analyzování vstupních znalostí a dovedností každého studenta a dále sleduje jejich pokrok v průběhu času. Na základě této analýzy sestra mentorka spolupracuje s pedagogem a dalšími členy výukového týmu k tvoření individuálního plánu pro každého studenta. Individuální plán studenta je tvořen školou, ze které přichází na praxe. Plán je vychází vstříc potřebám studenta, a přitom se snaží pro něj zachovat rovné podmínky s jeho kolegy. Tento individuální plán obsahuje jasné cíle, které jsou v souladu s učebními plány a požadavky. Sestra mentorka nejenže objasňuje tyto cíle studentům, ale také navrhuje vhodné strategie a způsoby, jak dosáhnout těchto cílů. Každý mentor má určitý počet studentů, za které je zodpovědný, a je klíčové, aby měl dostatek času a zdrojů k poskytnutí individuální podpory každému z nich. Sestra mentorka musí být schopna flexibilně reagovat na potřeby a pokroky studentů a přizpůsobit svůj přístup v souladu s těmito změnami. Důležitou součástí role sestry mentorky je také monitorování pokroku studentů a poskytování jim zpětné vazby. Tato zpětná vazba by měla být konstruktivní a podporující, a měla by být zaměřena na posilování pozitivního chování a úspěchů studentů. Zároveň by měla být poskytována prostřednictvím otevřené komunikace, která umožňuje studentům sdílet své myšlenky, obavy a potřeby. Celkově je úspěch sestry mentorky spojen s tím, jak

efektivně dokáže identifikovat a reagovat na individuální potřeby studentů, a jak účinně dokáže vést a podporovat jejich akademický rozvoj v souladu s cíli studijního programu (Gurková, Zeleníková, 2017).

2.2.4 Role manažerky a role sestry navrhovatelky

Role zdravotnického manažera jsou ovlivněny pracovním zařízením, strategií péče a osobnostními charakteristikami. Spočívá v kombinaci klinických a manažerských povinností. Zahrnuje péči o pacienty, organizaci a řízení personálu a zajištění kvalitní péče ve zdravotnickém zařízení. Povinnosti, které jako sestra manažerka může zahrnout jsou například poskytování přímé péče pacientům, monitorování jejich stavu a zjištění potřebných lékařských postupů. Dále role zahrnuje nábor a výběr personálu, školení nových zaměstnanců, hodnocení výkonu, motivaci týmu a řešení nejrůznějších konfliktů. Sestra se zodpovídá za plánování směn, řízení zásob a zajištění potřebného vybavení pro poskytovatele péče. Sleduje kvalitu poskytované péče přiřazenou sestrou a s tím hodnotí její postupy se standardem péče. Nesmíme také zapomenout na to, že sestra manažerka musí umět efektivně komunikovat jak se sestrami, tak i s lékaři, pacienty, s rodinou pacientů a dalšími členy týmu. Na závěr je dobré zmínit, že tato role je velice náročná na vykonávání, musí dodržovat veškeré předpisy a směrnice týkající se zdravotní péče a bezpečnosti pacientů (Brodský, 2014).

Role sestry navrhovatelky má velký význam na rozvoj ošetrovatelství, což reaguje na nové výzvy, technologické inovace a změny ve zdravotnických potřebách společnosti. Proto je klíčové, aby sestry nejenom sledovaly tyto trendy, ale aktivně se podílely na jejich formování a implementaci. Role sestry jako navrhovatelky představuje zásadní prvek tohoto procesu. Efektivní komunikace je základem úspěšného sdílení informací v rámci týmu ošetrovatelské péče, ale také mezi odborníky různých oborů a s pacienty. Sestry, které excelují v komunikaci, mohou sloužit jako spojovací článek mezi těmito skupinami, přenášejíce nejenom klinické informace, ale také potřeby a preference pacientů. Jejich schopnost inovativního myšlení umožňuje přizpůsobit péči individuálním potřebám každého pacienta a využívat nejnovějších postupů a technologií k dosažení optimálních výsledků. Sestry mohou být hnací silou za změnami v ošetrovatelství tím, že aktivně navrhuje a prosazuje inovativní přístupy, které zvyšují kvalitu péče, zlepšují patientské výsledky a zároveň podporují profesní růst ošetrovatelského personálu. Tato role zahrnuje nejenom aktivní sledování vývoje ve svém oboru, ale také účast na výzkumu, vzdělávání kolegů a přispívání k tvorbě politik a standardů péče. Celkově lze konstatovat, že sestry hrají klíčovou úlohu v procesu kontinu-

álního rozvoje ošetrovatelství. Jejich schopnost efektivně komunikovat a inovativně přemýšlet umožňuje řídit změny a posouvat obor vpřed směrem k vyšší kvalitě péče a lépe naplněným potřebám pacientů (Hálková, 2012).

2.3 Vztah sestry a pacient

Dobrá sestra mentorka je nejen schopná profesionálka, ale také člověk s výrazným důrazem na lidskost a komunikaci. Její schopnost naslouchat a vcítit se do potřeb a pocitů studentů je klíčová pro vytvoření důvěry a podpory v učebním prostředí. Vstřícnost a empatie jsou základními pilíři, které jí umožňují budovat pozitivní vztahy se studenty a pomáhají jí porozumět jejich individuálním potřebám. Důležitá je také ochota slyšet a reagovat na potřeby studentů. Sestra mentorka by měla být otevřená k dialogu a diskuzi, což umožňuje efektivní komunikaci a spolupráci. Respektování autonomních rozhodnutí jednotlivých studentů je dalším důležitým aspektem, zejména pokud jde o jejich péči o vlastní zdraví. To znamená uznání jejich práva na sebeurčení a podporu jejich schopnosti činit informovaná rozhodnutí. Vzájemná interakce mezi sestrou mentorkou a studenty je klíčová pro úspěšnou péči a vzdělávání. Tato interakce by měla být založena na důvěře, respektu a porozumění. Sestra mentorka by měla být schopná vytvořit prostředí, ve kterém se studenti cítí podporováni a povzbuzováni k aktivnímu zapojení do svého vlastního vzdělávání a osobního rozvoje. Celkově lze říci, že lidskost, komunikativnost, empatie a ochota jsou klíčovými vlastnostmi dobré sestry mentorky. Jejich schopnost navázat důvěrný a podpůrný vztah se studenty, respektovat jejich autonomii a aktivně komunikovat s nimi je zásadní pro úspěch v péči a vzdělávání (Halmo, 2014).

Průběh komunikace v interakci sestry a pacient prochází určitým vývojem, kdy je závislá na uvědomění si podstaty sociální role pacienta. Na počátku může být důvěra nemocného k sestře a následné spolupráci bezmezná. Problémy nastávají při komplikacích, kdy pacient během svého onemocnění narušuje snižená trpělivost a výdrž pacienta. Vztah se díky tomuto může měnit. V praxi sestra naslouchá pacientům, kdy pacienti se svěřují se svými problémy a názory. K základním dovednostem sestry ve vzájemné interakci by mělo patřit pozitivní ovlivňování vzájemné důvěry, a to využitím zpětné vazby spolu s empatií v každodenní klinické praxi. Role sestry a pacienta jsou naprosto odlišné (Zacharová, 2016).

2.4 Postavení sestry v multidisciplinárním týmu

V současné době se vlivem transformace zdravotní péče včetně ošetrovatelství výrazně změnilo postavení sester v multidisciplinárním týmu. Vliv na kvalitu poskytované

péče a na její výsledky má veliký vliv dostatečný počet sester, optimální personální složení, pracovní atmosféra a vzájemná spolupráce mezi členy týmu. Kvalifikovaná sestra má neza-
stupitelnou roli v tomto týmu a dostává se v něm do partnerského postavení. Role sestry
v multidisciplinárním týmu a také ve vztahu mezi sestry a lékaři jsou neposledních letech
předmětem zvýšeného zájmu. Vztah sestry a lékaře je jeden z významných aspektů celkové
atmosféry na pracovišti a vyžaduje mnohostranný přístup. Multidisciplinární přístup v péči
o pacienta je výhodný a také nutný, jelikož ošetrovatelská péče je založená na spolupráci
odborníků z různých oborů. Umožňuje se podívat na problém jak zdravého, tak nemocného
člověka z několika úhlů pohledu. Tam, kde je tým funkční se to pozná na lepších výsledcích
poskytované péče jako například v délce hospitalizace pacienta, mortalitě pacientů a náklady
na zdravotní péči (Vévoda et al, 2013).

3 KOMUNIKACE V OŠETŘOVATELSKÉ PRAXI

Komunikace popisujeme jako jedno z nejslabších míst celého zdravotnictví. Komunikovat znamená společně se podílet s někým na něčem společném. Je chápána jako výměna informací mezi dvěma a více živými bytostmi. V ošetrovatelské praxi je myšleno komunikace mezi sestrou a pacientem nebo sestrou a rodinou. Komunikace představuje jedinečnou a nevyhnutelnou složku každého zdravotníka (Špatenková, 2013).

Komunikovat můžeme pomocí slov, písemným sdělením či textovou zprávou. Komunikace může být ovlivněna několika faktory, díky kterým může být narušeno jak porozumění, tak vzájemné pochopení. Je vhodné brát v potaz námi zvolené tempo řeči, intonaci, hlasitost, srozumitelnost a také délku celkového projevu. Projev mezi dvěma lidmi by měl fungovat formou cyklu, který obsahují dané prvky (Venglářová, 2013).

Faktory ovlivňující komunikaci s pacienty jsou nedílnou součástí v ošetrovatelské praxi. Mohou se vyskytovat, jak na straně zdravotníka, tak na straně pacienta. Dělíme je na individuální (vlastnosti, zkušenosti, dovednosti, vědomosti), sociální (společenské normy, vztahy a společenské klima) a situační (čas a prostor pro sdělení). Jednotlivé faktory mohou komunikační výměnu podporovat, to jsou tzv. akcelerátory. Naopak na druhé straně jsou tzv. retardéry, který výměnu zpomalují. Akcelerátorem může být zejména vstřícnost, ochota naslouchat či emoční vyladění, zatímco retardérem může být uzavřenost jedince, nedostatek času nebo jeho jazykové nedostatky (Tomová, Křivková, 2016).

Pokud chceme komunikovat efektivně, musíme znát její zásady. Pojem efektivní komunikace znamená, že během samotné komunikace dokážeme využít všechny její složky, mezi které patří komunikace verbální a neverbální, komunikace činem při dialogu, prezentaci nebo následně vyjednávání. Je několik možností, jak vést a udržet komunikaci efektivní. Jednou z technik je aktivní naslouchání, u kterého jde o kombinaci poslouchání, vnímání a projevení zájmu s následným respektem a pochopením pacienta. Naslouchání od běžného poslechu je rozdílné v tom, že naslouchající věnuje plnou pozornost sdělovaným informacím a nevykonává během toho jinou činnost. Jeden z důvodů, proč aktivně naslouchat je projevením úcty k pacientovi, uklidníme jej a porozumíme mu. Pokud lékař dokáže citlivě a přesně pojmenovat, co pacient prožívá, dokáže se v pacientovi lépe orientovat a lépe zvládne pochopit situaci, kterou prožívá. Naslouchání může být přerušeno tehdy, kdy se soustředíme na vlastní sdělení informace a v tomto momentu pacienta přestáváme vnímat (Bednařík, 2020).

3.1 Verbální komunikace

Verbální neboli slovní komunikace je jedním z důležitých nástrojů v práci zdravotníků. Důležité je, aby si každý zdravotník osvojil schopnosti a zásady účelné a efektivní komunikace. Komunikace v ošetrovatelské praxi je neoddelitelnou součástí v prevenci, uchování a podpoře zdraví. Cílem je dosažení spokojenosti pacientů ve všech jejich potřebách. Předpokladem úspěšné komunikace je navození pohody, snížit strach a obavy pacienta. Na dosažení kvalitní komunikace je zapotřebí dodržovat individuální přístup k pacientovi, empatii, zachovat úctu a pozitivní vztah. Důležité je při komunikaci s pacientem sdělovat informace srozumitelně, jasně, výstižně a vhodně je načasovat. V neposlední řadě k úspěšné komunikaci patří i oboustrannost v dialogu, respektive cyklická změna role hovořícího a poslouchajícího (Zacharová, 2016).

Komunikace může probíhat v racionální nebo emocionální rovině. Racionální rovina využívá rozumovou část komunikace a z celého jejího průběhu se důsledně oddělují jakékoliv emoce. V rovině emocionální je způsob podání informací individuálním názorem a vyskytují se různé emoční stavy, jako je například pláč, křik či radost. Verbální komunikaci je vhodné doplnit i písemnou formou jako součást prevence nepochopení či nepochopení mezi komunikátorem a komunikantem. Často dochází k přeslechnutí informace zvláště u lidí, kteří jsou nervózní, ve stresu nebo pod vlivem medikamentózní léčby (Tomová, Křivková, 2016).

3.2 Neverbální komunikace

Neverbální komunikace neboli komunikace mimoslovní bývá označovaná také jako řeč těla. Tato komunikace se týká postupů, kterými jedinci zprostředkují informace o svých emocích, záměrech, postojích a myšlenkách bez verbálního vyjádření. Verbální komunikaci můžeme neverbálně buď podpořit, oslabit, zesílit nebo dokonce i nahradit. Neverbální sdělení má větší váhu než verbální, a proto pro sestru má také větší výpovědní hodnotu. Sestra díky ní může lépe pochopit, jak vnímání pacienta, jeho emoce, tak i postoje. Komunikace v některých případech může prokázat pravdivost, lež, zastírání, předstírání nebo klamání. Pokud je neverbální komunikace v souladu s verbální, mluvíme o tzv. kongruenci. V opačném případě o tzv. inkongruenci. Komunikace zahrnuje haptiku (komunikace dotekem), kinetiku (komunikace pohybem), mimiku (komunikace výrazem obličeje), gestiku (komunikace gesty), viziku (komunikace pohledem), posturiku (komunikace postojem, polohou a konfigurací těla), proxemiku (komunikace pomocí vzdálenosti) a chronemiku (zacházení

s časem při komunikaci). Mezi další způsob neverbální komunikace je úprava zevnějšku, vzhled těla a různé předměty, doplňky nebo komunikace barvami. Neverbální projevy hodnotí také pacienti (Plevová, 2019).

3.3 Fyziologický vývoj řeči a hlasu

Pro správné pochopení správné komunikace v intenzivní péči s pacientem s tracheostomií je potřeba si vysvětlit, kde se hlas tvoří. Komunikace je velice obtížná, kde zásadní podmínkou k fyziologickému vývoji řeči je normální anatomicko-funkční vztah v oblasti hlavy a krku. Zde vzniká vývoj CNS a je zde zachován stav řečového a fonačního ústrojí. Dále musí být fyziologický normální sluch, rozumové schopnosti a adekvátní stimulující sociální prostředí (Dlouhá, 2022).

Řeč probíhá v dutině ústní v hltanu. Samohlásky vznikají resonancí, kdy pro každou samohlásku náleží odpovídající tvar dutiny, polohy jazyka i postavení rtů. Souhlásky vznikají při průchodu vzduchu zúženými místy mezi zuby (s, z, t), postavením jazyka vůči patru (l, r, ř), nárazem vzduchu mezi rty (b, p, v), náhlým otevřením závěru mezi hřbetem jazyka a měkkým patrem (k), nárazem vzduchu na uzavřené rty a únikem vzduchu kolem uvolněného měkkého patra do dutiny nosní (m) nebo nárazem vzduchu na přední část jazyka přitisknutého k patru a únikem vzduchu kolem měkkého patra do dutiny nosní (n) (Čihák, 2013).

K tvorbě hlasu napomáhá glottis, jejíž okraje jsou podloženy hlasivkovými vazy a působením hrtanových svalů se napínají a vzájemně sblížíjí či oddalují. Kvůli úzké šterbině se napjaté hlasivkové vazy proudem vzduchu cíleného výdechu rozechvívají. Tomuto se říká mechanismus retné píšťaly, jelikož tón je sám o sobě slabý a řezavý, je rezonancí v dutinách nad hrtanem formován do barvy lidského hlasu (Čihák, 2013).

3.3.1 Obnovení hlasu

Mluvení je nepřírozenější způsob sdělení zprávy nebo myšlenky člověku, a právě tuto formu pacienti nejvíce preferují. Kromě zlepšení komunikace má obnovení řeči ještě další zjevné výhody, mezi které může patřit zlepšení kvality života, pomáhání multidisciplinárnímu týmu lépe porozumět pacientově úrovni a hodnocení kvality hlasu, což poskytuje indikaci k potenciaálnímu poranění a dysfunkci hrtanu. Kromě tohoto má obnovení normální fyziologie horních cest dýchacích řadu smyslových výhod. Patří sem smysly pro chuť a čich, podpora glotického uzávěru potřebného pro účinný kašel a funkci dýchacích cest (DC), což zajistí spuštění laryngálního adduktorového reflexu. Dále podporuje smyslovou

stimulaci hrtanu a zlepšuje povědomí o přítomnosti nahromaděného sekretu slin a nutnosti polykat. Všechny tyto faktory poskytují optimální prostředí pro rehabilitaci hrtanového komplexu, kdy prioritou je obnovení proudění vzduchu a funkce hrtanu. Tento proces je nezbytnou součástí připravenosti pacienta na dekanylaci (Wallace et al, 2023).

3.4 Komunikace u pacienta s tracheostomií na oddělení intenzivní péče

Komunikace v intenzivní péči je odlišná a náročnější oproti komunikaci na standardních odděleních. Odlišná je nejen technika, ale také postoj k samotné komunikaci. Často se řeší i otázka života a smrti. Na odděleních intenzivní péče bývají pacienti často dezorientovaní, agresivní, neklidní, úzkostní až depresivní, mnohokrát i umírající. Dále tu jsou pacienti s poruchami vědomí, v bezvědomí nebo s endotracheální či tracheostomickou kanylou k zajištění optimální funkčnosti DC. Po provedení daného výkonu pacient ztrácí hlas, proto je naším cílem nalézt vhodný způsob komunikace pomocí vhodných pomůcek, které si následně také popíšeme (Tomová, 2016).

Cílem komunikace je optimalizovat poskytovanou péči pacientům. Terapeutická komunikace zahrnuje povzbuzení pacienta, vyjadřování pocitů či myšlenek a neposlední řadě vyjádření respektu a jeho přijetí. Při budování efektivního terapeutického vztahu je zapotřebí zaměření se na pacienta a skutečný projev empatie. Empatie je schopnost porozumět a sdílet emoce druhého člověka. Je třeba prozkoumat komunikační zkušenosti sestry, protože dodržování zásad efektivní komunikace je zásadní. Komunikace zaměřená na pacienta a rodinu přispívá k podpoře bezpečnosti a zlepšení kvality péče (Bednařík, 2020).

Mezi hlavní zásady správné neverbální komunikace s pacienty na jednotkách intenzivní péče patří obecná doporučení pro komunikaci s pacienty na standardních odděleních. Pro získání pacientovy důvěry je důležité ho správně oslovovat, nepřenášet na něj svoje starosti, vyčlenit si dostatek času a snažit se vyvarovat komunikačním bariérám. Soustředíme se jak na komunikaci s pacientem, tak i na dialog s rodinou. Dále je důležitá také multioborová komunikace v celém zdravotnickém týmu (Tomová, 2016).

Důležité v komunikaci je cyklická změna role sestry. Komunikační cyklus je proces, který je nezbytný v předávání informací. Cyklus se skládá z několika zásadních prvků. Komunikátor je původce a odesílatel zprávy. Informace, kterou předává je komuniké a příjemce sdělení je komunikant. Komunikační kanál je prostor a zároveň cesta, kterou si zvolíme pro své sdělení. Komunikační šum jsou signály, které nějakým způsobem příjem komuniké ztíží. Jako poslední je důležitá nejen zpětná vazba, ale i odezva přijaté zprávy, například kývnutí

hlavy nebo slovní vyjádření. Předpokladem úspěšné verbální komunikace je dodržení zásad efektivní komunikace, především prvky jako je jednoduchost, stručnost, zřetelnost, vhodné načasování a upřímnost. Při nedodržování zásad efektivní komunikace mohou vzniknout komunikační bariéry (Tomová, 2016).

3.5 Komunikace mezi sestrou a rodinou

V intenzivní péči se komunikace s rodinou stává nedílnou součástí a významným komponentem léčby hospitalizovaného pacienta. Pro ošetrovatelský personál je komunikace s rodinou zcela nevyhnutelná. Sestra by měla dokázat odpovídat na různé dotazy příbuzných a získat je k aktivní spolupráci. Jednou z významných rolí sestry se stávají jejich komunikační dovednosti, které mohou zásadně ovlivnit vztah mezi sestrou a rodinou pacienta. Již při prvním kontaktu s rodinou by sestra měla svojí komunikativností a aktivním vystupováním příbuzné zbavit počáteční nedůvěry. Rodina je nenahraditelným zdrojem významných informací při odběru anamnézy, kdy pacient není schopen informace poskytnout (Tomová, 2016).

Úkolem všech blízkých osob v okolí pacienta je navodit a opakovaně posilovat vzájemný kontakt. Nejvhodnější je oslovovat křestním jménem, říkat jednoduché a klidné informace, které se přímo váží k jeho právě probíhajícím a plánovaným úkonům a výkonům. Hlasitost se odvíjí od sluchových a percepčních schopností pacienta, tracheostomovaní pacienti se zavedenou nasogastrickou sondou často hůře slyší, nedokážou se rychle významově orientovat, je třeba na ně hovořit pomaleji, hlubším hlasem, aby chápali význam. Po dobu, kdy u pacienta bude návštěva, lze mu nabídnout sluchadlo, univerzální mikrofoněk či fonační chlopeň. Rodina má často během komunikace za úkol pacienta posuzovat klinické pokroky, chválit pacienta, opakovat několikrát jednoduchá sdělení, kdy při další návštěvě se na něj dotazuje a tím nenásilně kontroluje paměť (Drábková, 2018).

3.6 Trojúhelník pacient-rodina-zdravotníci

Ošetrovatelský personál hraje klíčovou roli jako hlavní složka v trojúhelníku pacient-rodina-zdravotníci. Jejich přístup může vytvářet velmi pozitivní, kvalitní a motivující prostředí pro pacienty, nebo naopak může být zatěžující a demotivující. Tento výsledek je částečně ovlivněn řadou osobních vlastností pacientů, rodin a samotného zdravotnického personálu. Mezi výhodné parametry pro tvorbu pozitivní komunikační atmosféry patří extrovertní typ osobnosti pacienta, což znamená, že pacient je aktivní i mimo pracovní činnosti a má tendenci se zapojovat do sociálních interakcí. Důležitou roli hraje také snaha pacienta a

rodiny zvládnout situaci, jakož i sociálně-ekonomická stabilita rodiny, která poskytuje podporu bez závislosti na momentálním příspěvku pacienta. Rovněž je klíčové vnímání a hodnocení ošetrovatelského personálu ze strany pacientů a jejich rodin. Naopak, mezi nevýhodné parametry patří pacienti s nedostatkem pozitivního přístupu a ztrátou motivace a zájmu o klidnou komunikaci. V takových případech může být nutné posílit motivaci ke spolupráci pomocí antidepressivní léčby, aby se odvrátila pozornost od subjektivních obtíží a negativních představ o budoucnosti. Tato skupina pacientů se často vyznačuje introvertní povahou a může pocházet z dysfunkční rodiny (Drábková, 2018).

3.7 Komunikační bariéry v intenzivní péči

Komunikační bariéry jsou překážky, které ztěžují nebo brání efektivní komunikaci mezi členy ošetrovatelského týmu. Často vznikají náhodně i bez našeho vědomí a ani nedojde k jejich rozpoznání. Komunikační bariéry nepřímo ovlivňují kvalitu ošetrovatelské péče. Bariéry můžeme rozdělit na interní a externí. Interní bariéry se týkají člověka samotného, který může mít různé obavy, zlost či nesoustředěnost. Naopak externí překážky vznikají z okolí, jako jsou nějaké hlasité zvuky, lidi okolo nebo vzhled prostředí, kde probíhá komunikace. Jako specifické bariéry označujeme bariéry ze strany sestry, kdy sestra si nedokáže najít čas na samotného pacienta, nedokáže mu naslouchat, vnucuje pacientovi vlastní názory, používá odbornou terminologii nebo je neochotná ke vzájemné komunikaci. Pacienti hospitalizováni na jednotce intenzivní péče jsou v těžké životní situaci a z tohoto důvodu se u nich často objevuje frustrace, negativismus či strach. Bariéry mohou negativně ovlivnit psychický stav pacienta, jeho výchovu i inteligenci. Překážky mohou vznikat také v důsledku onemocnění, medikace, únavou či nedůvěrou pacienta. Komunikační bariéry je třeba vyhledat, uvědomit si je a následně je překonat a odstranit. Sestra vzhledem ke své interakci k pacientům by měla již zmíněné bariéry zvládat. Důležité je dávat pacientům dostatek času, brát v potaz jejich onemocnění, aktuální zdravotní stav pacienta, volit vhodný komunikační slovník, a hlavně navodit důvěru a příjemnou atmosféru mezi sestrou a pacientem (Tomová, 2016).

3.8 Alternativní a augmentativní komunikace

Nabídka a šance především pro pacienty, kteří nemohou dostatečně komunikovat mluvenou řečí, nebo se může vyskytovat i u pacientů s poškozenou schopností psaní. Slouží také jako podpora ke komunikaci pro slyšící uživatele, případně pro osoby s kombinovaným postižením, kde jedno je sluchové. Augmentativní systém má podporovat již existující dorozumívání, které je nedostatečné ke komunikaci, zatímco alternativní komunikační systémy

se používají jako náhrada mluvné řeči. Při využívání těchto metod musíme zapojovat všechny zbytky mluvené řeči, vokalizaci, přirozených gest či mimiky. Využívají se metody jak s pomůckami, tak i bez pomůcek (Šarounová, 2014).

3.8.1 Metody bez pomůcek

Metody bez pomůcek zahrnují neverbální komunikace a není jí třeba nějak učit. Jedná se převážně o pohledy, mimiku, gesta, manuální znaky a systémy využívající minimální znaky. Jde o systémy využívající omezený počet znaků a doprovod k mluvené řeči. Jejich výhodou je rychlé a bezprostřední užití pro komunikaci. V naší zemi se pro komunikaci slyšících osob užívají nejvíce tři systémy a to Makaton, Znak do řeči a Znaky podle Anity Portman. Makaton je znak do řeči a znak podle Anity Portmann je jazykový program vytvořeným Margaret Walker, Katy Johnson a Tony Cornforth (MA-KA-TON). Obsahuje slovní zásobu a specializovanou slovní zásobu dle tematických okruhů, pomocí níž je možno záhy tvořit věty a velikost slovníků. Znak do řeči vytvořila Libuše Kubová s kolektivem jsou v příručce rozděleny do okruhů na povolání, lidé, domácnost, rodinu, dopravu, oblečení, jídlo a další. Znaky podle švýcarské logopedky Anity Portmann, která vytvořila znaky využívající se při mluvené řeči, se nejčastěji zavádí u malých dětí s mentálním postižením (Šarounová, 2014).

3.8.2 Metody s pomůckami

Systémy můžeme dělit na netechnické a technické. Netechnické pomůcky nepotřebují ke svému využití elektrický proud ani baterii, také nevyžadují žádný nácvik k ovládnutí pomůcky. V naší zemi jsou tyto pomůcky poměrně rozšířené, protože jsou na rozdíl od technických pomůcek levné, a tudíž dobře dostupné. Do této skupiny spadají fotografie (zobrazují činnosti, předměty), komunikační tabulky (mohou zobrazovat místa, mohou s kombinovat s fotografiemi), grafické symboly (obsahují pojmy), symboly Picture Communication Symbols (rozsáhlý systém grafických barevných symbolů obsahující pojmy), piktogramy (jednoduché černobílé symboly, jsou typické jejich jednoduchostí a striktností), předměty (trojrozměrné symboly, se kterými můžeme manipulovat), systém Bliss, jakožto jazykový systém mluvící různými jazyky, v současné době se již moc nevyužívá (Šarounová, 2014).

Technické pomůcky jsou často využívány, ovšem musí se počítat s rychlým zastaráním a následným nahrazováním. U těchto pomůcek je velice důležitý nácvik, trénink a musí být zajištěna snadná přenosnost pomůcky. K dispozici jsou pomůcky s hlasovým výstupem, které se kombinují se symboly, pomocí nichž se sdělení nahraje pod symbol k následné aktivaci pomůcky a přehrání sdělení. BigMack je jednoduchá pomůcka, jež obsahuje pouze

jedno tlačítko, na které se přes mikrofon nahraje pouze jedno sdělení. Go Talk je pomůcka fungující na stejném principu jako BigMack pouze s tím rozdílem, že zde se vyskytuje více tlačítek pro nahrání více sdělení. BaBAR je pomůcka na čtení čárových kódů, kdy každý symbol má přidělený čárový kód, který se načte pomocí čtečky a přehraje se nahrané sdělení. Pomůcka s dynamickým displejem Spring Board je ve formě kufříku, má v sobě zabudované skenování a některé mají dokonce i kameru. K dražším pomůckám, které jsou propojené s počítačem či softwarem, lze připojit alternativní ovládání počítače, jako jsou velkoplošné klávesnice, speciální počítačové myši jako je myš MouthMouse nebo ovládání ústy, adaptéry a spínače k počítači, ovládání hlavou, komunikační software nebo tablety. Boardmaker je počítačový program, který je určen především pro výrobu a tisk komunikačních tabulek, kartiček nebo šablon (Šarounová, 2014).

3.8.3 Náhradní hlasové mechanismy

Náhradní hlasové mechanismy přicházejí tehdy, kdy u pacienta proběhla totální laryngektomie neboli operativně vyjmutý celý hrtan. Z tohoto důvodu je u pacientů provedena trvalá tracheostomie se zajištěním DC. Pacienti ztrácí hlas a jsou nuceni komunikovat pomocí náhradních hlasových mechanismů, což někteří velice špatně snáší. Jako první pomůcku, co mohou pacienti využít je elektrický vibrační přístroj Elektrolarynx. Příkladá se na měkkou část krku v podčelistní oblasti. Pacient artikuluje a přístroj vyhodnotí jeho zvukové vibrace, které přenesou elektrický generátor do dutiny ústní, čímž lze vytvořit hlasitou řeč. Další pomůcka je Jícnový hlas, který pomocí dlouhého a náročného procesu v nácvičku tvorby náhradního hlasu vytvoří kmitání při horním jícnovém ústí. Poslední pomůckou je Hlasová modulace tracheozofageální fistulou neboli umělé vytvoření píštěle mezi průdušnicí a jícnem do které lze zavést shunt, který působí jako jednocestný ventil. Následně ventil tvoří silný hlas vydechovaného vzduchu z plic (Tomová, Křivková, 2016).

Speciální pomůckou pro obnovení hlasu se využívá jednocestný ventil, kdy při jeho využívání je třeba vypustit tracheostomickou manžetu, protože veškerý vydechovaný vzduch je přesměrován kolem vypuštěné manžety do horních cest dýchacích (HCD) pacienta, jenž poté umožňuje použití hrtanu k produkci hlasu (Wallace et al, 2023).

4 TRACHEOSTOMIE

Vzhledem k tématu bakalářské práce je nutné si vysvětlit pojem tracheostomie se kterou je také spojena následná ošetrovatelská péče. Jedná se o chirurgický zákrok k vytvoření otvoru neboli stomie v přední části průdušnice. Průdušnice je spojena otvorem s povrchem těla. Můžeme jej dělit na urgentní, plánovanou, dočasnou a trvalou. Urgentní vytvoření volíme tehdy, kdy nelze u pacienta zajistit DC jinou metodou. Indikací k tomuto výkonu je předpokládaná dlouhodobá umělá plicní ventilace (UPV), kam spadají pacienti s chronickou obstrukční plicní nemocí, závažná poranění centrálního nervového systému, polytrauma pacientů nebo u pacientů se ztrátou obranných reflexů DC. Dále se tracheostomie využívá jako prevence stomatochirurgických výkonech nebo při nemožnosti zajištění DC endotracheální intubací (Ševčík, 2014).

Tracheostomické kanyly se liší velikostí a typem provedení. U dospělých pacientů jako prevenci pneumonie volíme raději použití tracheostomické kanyly s možností odsátí nad manžetou. Kanyly s nízkotlakovou manžetou se preferují k dlouhodobému zajištění DC. Poté máme kanyly armované neboli vyztužené, které se využívají u pacientů s nutností hlubšího zavedení kanyly (Kapounová, 2020).

Výhodou tracheostomické kanyly je trvalý přístup do DC, usnadnění toalety dutiny ústní, zmenšení mrtvého dechového prostoru, provádění důkladné hygieny dutiny ústní, lehčí manipulace s pacientem, následný komfort pro pacienta, ale naopak zásadní nevýhodou je nemožnost přijímat potravu ústy. S několika výhodami se pojí také důkladná ošetrovatelská péče pro předcházení komplikací, které i přes veškerou péči mohou vzniknout (Kapounová, 2020).

Komplikace po zavedení tracheostomie se vyskytují velice často. Rané komplikace vznikají v krátké časové době po zavedení tracheostomické kanyly (TSK). Mezi ně zahrnujeme infekce, které se vyskytují zřídka, častější jsou obstrukce TSK způsobené krví či hlenem, pneumotorax, vzduchová embolie. Mezi pozdní komplikace spadá stenóza trachey, tlaková nekróza vzniklá v důsledku nadměrného nafouknutí manžety v oblasti tracheostomické rourky. Velmi vzácně se vyskytuje tracheoezofageální píštěl, méně než u 5 % pacientů s TSK. Léčbou je provedení resekce píštěle s primárním uzávěrem jícnu, anastomózy trachey a interpozici životaschopného svalového laloku (Raimonde, 2023).

4.1 Psychosociální problémy

Zavádění a následná tracheostomická kanyla je spojena s tělesnou, psychickou, sociální a někdy ekonomickou zátěží. Pacienti, kteří mají zavedenou TSK často propadají pocitům nejistoty, strachu, rozpaků, ztráty sebeúcty nebo dokonce zlosti a hněvu na sebe či své okolí. Všechny tyto pocity a prožívání mají za následek narušení kvality života. Pacienti v důsledku TSK jsou vážně handicapováni jak v pracovním, tak i sociálním a společenském kontaktu. Pro pacienty může ztráta společenské prestiže znamenat, jako hrozba sociální izolace z důvodu ztráty hlasu, který často vede k narušení bezmoci, beznaděje, úzkosti a studu. Dochází k poruše přizpůsobení a změny v myšlenkovém procesu. Pacienti, kteří jsou navíc napojeni na UPV, jsou daleko více sociálně izolováni, jejich vzdálenost bývá do 1,5 metrů, což pacienta může frustrovat (Trachtová, 2018).

4.1.1 Spolek laryngektomovaných pacientů České republiky

Spolek vznikl na základě iniciativy laryngektomovaných pacientů a klinické logopedky. Pacienti s danou problematikou vnímali nedostatek informací a sociální izolaci po ztrátě komunikace. Většina lidí s TSK neznají nikoho se tracheostomií a zajímalo by je, jak se po ztrátě hrtanu vyrovnávají jiní lidé. Díky tomuto byla vytvořena tato platforma, kde se lidé mohou ptát a svěřit se s problémy. Spolek zahrnuje přes laryngektomované lidi, rodinné příslušníky, přátelé, logopoedy, lékaře a foniatry. Společně pořádají nejrůznější akce, terapie a sezení. Členem se může stát každý s řádně vyplněnou přihláškou a je občanem České republiky, který souhlasí s jeho posláním a chtěl by se podílet na jeho činnosti. Spolek je spolufinancován Evropskou unií (Kocábková, 2018).

5 OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE O PACIENTA S TRACHEOSTOMICKOU KANYLOU

S ošetrovatelskou péčí se následně pojí pochopení v oblasti komunikace s těmito pacienty. Zásadní úkolem sester je vhodně pečovat o tracheostomickou kanylou, kdy se snažíme poskytnout bezpečné prostředí pro pacienty. O pacienty s TSK pečují multidisciplinární tracheostomický tým, který má dovednosti týkající se právě tracheostomií. Poskytují odborné znalosti v oblasti komunikačních potřeb, výběru TSK, rozhodnutí o dekanylaci, výživy, udržení průchodnosti DC spolu s navození psychické pohody pacienta. Do multidisciplinárního tracheostomického týmu patří respirační terapeuti, kde jejich zásadní role je řízení fyzické rehabilitace zejména u pacientů s prodlouženým klidem na lůžku, nečinnosti, slabostí a chřadnutím svalů. Dále se patří logopedi, specializovaný ošetrovatelský personál, zdravotnický personál, psychologové, rodina a přátelé. Obecně multidisciplinární péče má za cíl zvládnout komplexní potřeby a očekávání pacientů s tracheostomií. Ve chvíli, kdy je pacient odpojený od plicní ventilace, v tuto dobu se pacient začíná učit komunikaci (Bonvento, 2017).

Jak jsme již zmiňovali, tracheostomie je operační rána, tudíž jí musíme udržovat čistou a suchou. Péče spočívá v aseptickém přístupu k ráně i jejímu okolí. Vyměňujeme krytí a snažíme se jej udržet v průchodnosti. Sterilní převaz provádíme 2x denně či dle potřeby. Odstraníme sekrety a ošetříme dezinfekcí stomat a jeho okolí. Mezi tracheostomickou kanylou a kůží vložíme nastříhnutý mulový čtverec či jiný materiál v souladu se standardy jednotlivých pracovišť. Kontrolujeme dostatečné nafouknutí tlaku v obturační manžetě, kterou měříme alespoň dvakrát denně přes manometr. Kanyla se fixuje obinadlem, tkalounem nebo fixačním páskem. Fixaci musí být přiměřeně utažena, při nedodržení vhodné fixace můžeme porušit integritu kůže nebo naopak můžeme změnit polohu zavedené TSK. Velkou pozornost věnujeme kožnímu krytu v oblasti tracheostomie. V péči o DC věnujeme zvláštní pozornost na endotracheální odsávání či bronchoskopické odsátí, které popíšu v následující podkapitole. Pečujeme o zvlhčování DC pomocí směsi a aplikace inhalace s medikací (Veverková et al., 2019).

Pokud je tracheostomický pacient propuštěn do domácího ošetření je nutné ho vybavit všemi potřebnými pomůcky jako mohou být TSK se zavaděčem, který se dá používat opakovaně. Poté dostane potřebné množství obvazového materiálu, kartáček na čištění kanyly, ochranné šátky a také odsávačku je-li indikována. V případě zavedení hlasové protézy

i dezinfekční prostředek a kulatý kartáček. Kanyla se musí vyměňovat jednou denně, nejlépe v ranních hodinách při celkové hygieně, pokud pacient či rodina výměnu nezvládne lze zprostředkovat službu přes home care. Důležité je edukovat pacienta o vhodném prostředí k pobytu. Měl by se vyvarovat zejména prašnému prostředí a chladného vzduchu. Dostatečné množství tekutin slouží jako prevence zasychání sekretu a tvorby krust. Pacient musí dávat pozor při vykonávání hygienické péče, aby se do stomatu nedostala voda nebo při jídle kousky stravy (Kapounová, 2020).

5.1 Ošetřovatelský personál

Počáteční výměna trubice na klasických oddělní je spojena s vyšším rizikem ztráty DC ve srovnání s jednotkou intenzivní péče. Rutinní změny na všeobecných odděleních jsou obvykle bezpečné za předpokladu, že bude k dispozici vyškolený personál, dostatečné vybavení a výměna první trubice může vyžadovat vyšší úroveň ošetřovatelské a pomocné podpory, kterou na všeobecných odděleních nenajdete. Pro požadovaný personál a postupy při změnách tracheostomie existují různé pokyny a místní protokoly. První výměnu obvykle provádí nebo na ni alespoň dohlíží starší rezident. Jinak lze změny provádět otolaryngologem nebo anesteziologem vyškoleným v tomto postupu a výměně trubice, sestrou vyškolenou v tracheostomii, vyškolenými sestrami intenzivní péče, zkušenými logopedy a jazykovými terapeuty, respiračními terapeuty nebo zdravotními sestrami (Jimmy, Mahrang-Yousefi, Agarwal, 2023).

5.2 Odsávání z dýchacích cest

Odsávání z DC slouží pro odstranění sputa, které může být jedním z faktorů neefektivní komunikace. Při neodsávání pacienta, dochází ke kašli a následnému obtížnému dorozumívání. Odsávání je pro pacienta velice náročná, nepříjemná a stresující záležitost. Během výkonu může dojít ke mnoha komplikacím jako jsou poruchy srdečního rytmu, oběhová nestabilita, hypoxemie, zvýšení intrakraniálního tlaku či arytmií. Může dojít k poškození tracheální sliznice, což následně vede ke krvácení. K tomuto lze předejít šetrným odsáváním, kdy je katétr zaveden do místa odporu, a až po následným povytažení cca 1 centimetr, začneme přerušovaně odsávat se současným vytaháním. Je uvedeno, že používaný podtlak by neměl přesahovat 120 mmHg, u menších dětí 100 mmHg. U nutnosti opakovaného odsávání je nezbytné jednotlivá odsávání přerušit na nejméně 3–4 dechové cykly. Vysoká frekvence odsávání může vést k již zmiňovanému krvácení (Kapounová, 2020).

5.2.1 Endotracheální odsávání

Patří mezi základní složku v péči o toaletu DC. Probíhá v případě, kdy dojde k zajištění DC invazivním způsobem a neschopnosti spontánního odstranění hlenu. Nejčastěji to bývá u pacientů s endotracheální rourkou nebo TSK. Frekvenci odsávání přizpůsobujeme potřebám a stavu pacienta. Lze jej provádět dvěma způsoby, otevřeným a uzavřeným. Otevřený způsob odsávání je z hlediska realizace náročnější, vyžaduje spolupráci dvou osob. Je třeba použít jednorázový empír spolu s rouškou, jelikož může dojít k rozpojení dýchacího okruhu. Odsávání probíhá pomocí sterilních katétrů, u nichž je velikost rozlišena barevně. Jedná se zásadně o sterilní výkon za pomoci sterilní pinzety či čtverce. Přítomnost aerosolu při otevřených DC ve volném prostředí je rizikem přenosu infekce. U odsávání pomocí uzavřeného způsobu se používá stejně jako u předchozího systému jednorázový empír a rukavice. Pro tuto metodu se používá odsávací systém Trach-Care, což je odsávací cévka uložena v ochranném obalu s možností proplachu. Doba použitelnosti je udávána výrobcem, však při poškození či znečištění obalu je nutná častější výměna. Katétr v systému zůstává sterilní, což vede ke snížení infekčních komplikací. Na některých odděleních se tento systém využívá u všech pacientů se zajištěnými DC buď s TSK nebo endotracheální rourkou (Bartůněk, 2016).

5.3 Edukace pacienta

Edukaci můžeme v obecné rovině definovat jako ovlivnění vědomostí a dovedností člověka s cílem navodit žádoucí změny v jeho postojích, názorech, v chování či jednání. Funkce edukace není pouhé poskytnutí informace pacientovi, respektive znamená učení pacienta novým a podstatným věcem potřebným k životu. Edukace je proces ovlivňující všechny tři roviny učení. Jak kognitivní, kde se poskytuje informace, tak emotivní neboli postojová a závěr praktická. Pokud chceme pouze informaci poskytnout, cílíme na výhradně na kognitivní rovinu učení, kde výsledkem je zapamatování znalosti či vědomostí. Zapamatování informace mohou být pro pacienta nepoužitelné a při jejich praktické nevyužívání se informace stane „mrtvou“. Znalost či vědomost ještě neznamená, že pacient se ve svém skutečném životě bude informacemi řídit. Jako příklad zde mohu uvést problematiku kouření či u diety diabetiků (Špirudová, 2015).

PRAKTICKÁ ČÁST

6 FORMULACE VÝZKUMNÉHO PROBLÉMU

U pacientů, kteří mají zavedenou tracheostomickou kanylou se může vyskytovat snížená soběstačnost a dochází k narušení schopnosti komunikace s okolním světem. Díky tomuto problému mohou u pacienta převládat pocity strachu a úzkosti. Tyto problémy můžeme zmírnit nebo odstranit efektivní komunikací. Kvalitní komunikace mezi pacientem a ošetřujícím personálem celkově podporuje zvýšení úspěšnosti léčby a celkového stavu pacienta. Sestry během komunikace s tracheostomickým pacientem musí dbát na dodržování zásad efektivní komunikace. Při jejich nedodržení mohou vzniknout možné komunikační bariéry, které následně chceme eliminovat nebo úplně odstranit.

Nedílnou součástí osobnosti sestry je poznání vlastní role, která je potřebná k vykonávání ošetrovatelské praxe. Role sester se vzájemně prolínají a postupnou délkou praxe vznikají nové role. Pokud sestra nepozná vlastní role, může to mít negativní dopady jak na psychiku pacienta, tak i na jeho aktuální léčbu. Při správném vyjadřování, jasnosti, přesnosti a dbání na srozumitelnost informací vede ke kvalitní komunikaci a navození důvěry mezi sestrou a pacientem. Důležitost klademe také na projevy empatie, povzbuzení a motivaci pacienta ke zlepšení celkového zdravotního stavu.

6.1 Hlavní výzkumná otázka

Jaká je role sestry při komunikaci s tracheostomickým pacientem?

7 CÍLE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY/PŘEDPOKLADY

7.1 Hlavní cíl

Hlavním cílem realizovaného výzkumu bylo zjistit, jaká je role sestry při komunikaci s tracheostomickým pacientem.

7.2 Dílčí cíle a výzkumné otázky

Dílčí cíle

1. Zmapovat, subjektivní názory sester na role při komunikaci s tracheostomickým pacientem.
2. Zmapovat, subjektivní názory sester na náplň rolí při komunikaci s tracheostomickým pacientem.

Dílčí otázka

1. Jaké jsou subjektivní názory sester na role při komunikaci s tracheostomickým pacientem?
3. Jaké jsou možnosti naplnění jednotlivých rolí sester při komunikaci s tracheostomickým pacientem?

7.3 Operacionalizace pojmů

Pacient: Nemocný, osoba v lékařské péči (Vokurka, 2015).

Sestra: Sestry jsou vnímány jako představitelky povolání, které je pro dosažení všeobecného pokrytí péče o zdraví zásadní (Koncepte ošetřovatelství, 2021).

Tracheostomie: Chirurgický výkon, při němž je na krku vytvořen v průdušnici otvor umožňující trvalé dýchání. Po vyléčení základního onemocnění lze otvor opět chirurgicky uzavřít (Vokurka, 2015).

Vnímání: Proces odrazu předmětů a jevů, které v daném okamžiku způsobí na smyslové orgány (Klimeš, 2010).

8 METODIKA KVALIFIKAČNÍ PRÁCE

8.1 Metodologie výzkumu

Pro praktickou část mé kvalifikační práce jsme se rozhodli využít metodiku kvalitativního výzkumu, jelikož prostřednictvím polostrukturovaných rozhovorů je možné lépe porozumět zkoumané problematice a dalším souvisejícím aspektům. Otázky vytvořené pro rozhovory jsou formulovány jasně, srozumitelně a takticky, aby nedošlo k možnému nedorozumění ze strany respondentů. Hlavní část rozhovoru se zaměřuje na otázky spojené s hlavním tématem výzkumu a jeho cíli. Během průběhu rozhovoru má výzkumník možnost přizpůsobovat otázky nebo jejich hierarchii podle aktuální situace a potřeb respondentů. Tímto způsobem je zajištěno, že rozhovory budou mít co největší užitek a přinesou relevantní data pro analýzu a interpretaci v rámci práce.

Kvalitativní výzkum vykazuje několik klíčových charakteristik, které napomáhají vzájemnému porozumění a harmonii mezi účastníkem výzkumu a výzkumníkem. Výzkumník má za úkol vytvořit komplexní a holistický obraz zkoumané problematiky, což zahrnuje důkladnou analýzu různých typů textů a dat. Při provádění kvalitativního výzkumu je klíčové navodit atmosféru vzájemné důvěry, rovnosti a otevřenosti, což vede k větší otevřenosti a autentičnosti účastníků výzkumu. Výzkumník by měl usilovat o vytvoření prostředí, ve kterém se účastníci cítí pohodlně a respektováni, což umožňuje hlubší porozumění jejich postojům, motivacím a zkušenostem. Zároveň je důležité, aby výzkumník bral v potaz různorodé perspektivy a zkušenosti účastníků výzkumu, což může vést k bohatším a komplexnějším interpretacím získaných dat. Účastníci kvalitativního výzkumu jsou aktivně zapojeni do procesu a jejich hlasy a zkušenosti jsou klíčovými faktory při dosahování cílů výzkumu. Výsledky výzkumu jsou tedy často obohaceny o jejich perspektivu a kontext, což přispívá k hlubšímu porozumění zkoumané problematiky a přináší relevantní informace pro praxi či další výzkumné úsilí (Mišovič, 2019).

8.2 Charakteristika sledovaného souboru

Sběr participantů pro účely výzkumného šetření byl proveden záměrně, což znamená, že výběr účastníků byl pečlivě promyšlen a specifikován podle přesně stanovených kritérií. Výzkumný vzorek zahrnoval sestry, které aktivně pracují na oddělení intenzivní péče ARO/JIP. V tomto procesu nebyly kladené žádné omezení týkající se pohlaví, věku nebo délky praxe, což umožnilo získat rozmanitý pohled na zkoumanou problematiku. Hlavním kritériem pro zařazení respondentů do výzkumu byla tak aktuální pracovní vztah na

daném oddělení, což zajišťovalo relevantní perspektivu na téma a adekvátní zkušenosti s daným pracovním prostředím. Tímto způsobem byla zajištěna reprezentativnost a relevance vzorku pro účely výzkumného šetření. Dalším kritériem byla znalost péče o pacienty s tracheostomií, kteří buď spontánně dýchají či jsou napojeni na UPV. Rozhovorů se zúčastnilo celkem 3 všeobecných sester a 2 zdravotničtí záchranáři.

Prvním účastníkem, označovaný jako P1, je muž ve věku 23 let, který má na oddělení ARO/JIP teprve krátkou praxi, přesněji řečeno pouze 1 rok. Na oddělení intenzivní péče nastoupil do dokončení vysokoškolského bakalářského studia v oboru zdravotnického záchranáře.

Druhým účastníkem, označený jako P2, je muž ve věku 31 let. Pracuje již 8 let na oddělení intenzivní péče jako všeobecná sestra. Naopak, je velmi spokojený se svou prací v intenzivní péči, kde se mu líbí dynamika a nečekané situace, které vyžadují rychlou reakci. Své studium zakončil bakalářským titulem a s plánem si udělat specializaci ARIP.

Třetím účastníkem, označovaný jako P3, je muž ve věku 26 let. Na oddělení intenzivní péče pracuje teprve 6 měsíců, což znamená, že se teprve seznamuje s pracovními procesy a prostředím. Pracuje na pozici zdravotnického záchranáře. Jeho nejvyšší dosažené vzdělání je vysokoškolské magisterské studium.

Čtvrtým účastníkem, označovaným jako P4, je žena ve věku 48 let. Předchozí pracovní zkušenosti získala na jednotce intenzivní péče v Berouně, avšak později se rozhodla přestoupit na oddělení ARO/JIP v Hořovicích. Zde působí již 25 let a během této doby si rozšířila své odborné znalosti absolvováním specializace ARIP, což jí poskytlo více možností pro další profesní růst. Pracuje na pozici všeobecné sestry od té doby, co dokončila vysokoškolské bakalářské vzdělání. Na oddělení intenzivní péče v Hořovicích se cítí spokojená, hodnotí kolektiv jako přátelský a příjemný, což přispívá k pozitivní pracovní atmosféře.

Pátý účastník, označený jako P5, je žena ve věku 50 let. Celý život pracuje na oddělení ARO/JIP a už ani neuvažuje o změně. Zde má praxi již 27 let a troufá si říct, že jí už nic nepřekvapí. Své studium ukončila vysokoškolským bakalářským vzděláním a pracuje na pozici všeobecné sestry. Později se dodělávala specializaci ARIP.

8.3 Organizace výzkumu

Výzkumné šetření probíhalo v prostorách Nemocnice Hořovice – NH Hospital a. s., a to za předchozího souhlasu vedení nemocnice. Rozhovory sestávaly z období od 1. března

2024 do 8. března 2024 a byly zaměřeny na sestry působící na oddělení intenzivní péče (ARO/JIP). Všichni účastníci výzkumu poskytli svůj informovaný souhlas, což bylo nezbytné pro průběh studie. Část rozhovorů proběhla při osobních setkáních v prostorách nemocnice, kde jsme měli k dispozici zasedací místnost pro klidné a nerušené dotazování. Během jednoho rozhovoru došlo k přerušení, když telefon jednoho z účastníků zazvonil, což vyžádalo krátkou pauzu v průběhu dotazování. Druhá část rozhovorů se uskutečnila online prostřednictvím aplikace Skype. Všechny rozhovory byly nahrávány pomocí mobilní aplikace Diktafon a zároveň byly zaznamenány i písemně. Celkem bylo realizováno 5 rozhovorů, kdy nebyl stanoven žádný limit. Při analýze dat byl využit tradiční přístup založený na ručním zaznamenávání a kategorizaci informací systémem „tužka/papír“.

8.4 Zpracování dat

Pro zajištění kvalitních dat byly hloubkové rozhovory nahrány a zaznamenány ve zvukové podobě. Získaná data z rozhovorů byla následně analyzována pomocí otevřeného kódování a metodou „tužka/papír“. Při této analýze byl každý zvukový záznam přepsán doslovně a bez jakékoli úpravy. Po přepsání textu byly identifikovány klíčové myšlenky a opakující se prvky. Kódování bylo prováděno na základě konkrétních vět, které účastníci v rozhovorech použili. Poté dle jednotlivých kódů byly tvořeny kategorie a subkategorie. Zpracování dat a interpretace bude prezentováno formou přehledných tabulek, které usnadní porozumění výsledkům analýzy. Tímto způsobem je zajištěno strukturované a systematické zpracování dat získaných z hloubkových rozhovorů. Grafické znázornění analýzy rozhovoru jsou vyobrazeny níže v tabulkovém schématu.

První oblast jsou *subjektivní názory sester na jejich jednotlivé role*.

První kategorie se zaměřuje na postoje sester k jednotlivým rolím, přičemž zkoumáme jejich vlastní pohledy na tyto jednotlivé role a vlastnosti, které považují za klíčové při jejich plnění. Tato část analýzy se zabývá subjektivními pohledy jednotlivých účastníků na své role a jejich charakteristiky, které je provázejí při výkonu těchto rolí.

Druhá kategorie zkoumá role sester v kontextu péče o pacienty s tracheostomickou kanylou. Participantů identifikovali klíčové charakteristiky jednotlivých rolí a popsali, zda jsou s těmito rolí seznámeni, jak je využívají a jaký je jejich vliv na péči poskytovanou pacientům se tracheostomickou kanylou. Jednotlivé role sestry jsou dány jako subkategorie a k nim podléhají jednotlivé kódy.

Třetí kategorie zkoumá interpersonální vztahy ve zdravotnickém prostředí, s důrazem na dynamiku mezi lékařem a sestrou, stejně jako mezi sestrou a rodinnými příslušníky pacientů. Zajímalo nás, jak se tyto vztahy projevují, jaké jsou hodnoty, které tato interakce ovlivňují, a jaké další faktory.

Druhá oblast se věnuje *subjektivním názorům sester na náplň rolí*.

Zde je určena jedna kategorie, která se zabývá náplní rolí sester a jejími pracovními povinnostmi sester v péči o pacienty s tracheostomickou kanylou. Analyzujeme každodenní výzvy v prostředí jednotek intenzivní péče, identifikujeme překážky při plnění těchto povinností a zkoumáme strategie pro zlepšení a optimalizaci péče poskytované těmto pacientům.

9 PREZENTACE A INTERPRETACE VÝSLEDKŮ

Následující kapitola se soustředí na prezentaci výsledků provedeného výzkumného šetření. První část této kapitoly je věnována podrobné identifikaci účastníků studie, což je prezentováno prostřednictvím přehledové tabulky. Tato tabulka poskytuje komplexní přehled o účastnících výzkumu, zahrnující jejich demografické údaje, pracovní pozici a další relevantní informace. Díky této strukturované prezentaci je výhodou rychlé a přehledně porozumět charakteristikám a kontextu jednotlivých účastníků, což usnadňuje následnou interpretaci výsledků a jejich aplikaci v praxi. V dalších kapitolách si popíšeme jednotlivé kategorie a subkategorie s kódy k nim určenými.

9.1 Grafické znázornění analýzy rozhovoru

9.1.1 První oblast: Subjektivní názory na role

Tabulka 2 Postoj k rolím sester

<p>Kategorie: Postoj k rolím</p> <p>Subkategorie: Vlastní pohled na výskyt rolí</p>
<p>Kód: Role manažerky</p> <p>P1: „V neposlední řadě si musíme tu práci rozvrhnout, abychom vše stíhali dle plánu.“</p> <p>P2: „Sestra si na své směně musí dokonale naplánovat veškeré aktivity, které během dne musí a chce udělat.“</p> <p>P3: „Je velmi důležité, si svou práci skvěle naplánovat“</p>
<p>Kód: Role obhájkyně</p> <p>P4: „Protože s ním trávím hodně času a obhajuji ho v situacích, kdy je potřeba.“</p>
<p>Kód: Role edukátorky</p> <p>P1: „Sestra u nás na oddělní pacienty edukuje, edukujeme i rodinu, pokud pacient chce.“</p> <p>P3: „Edukujeme o TSK, o pomůckách, respektive o všem.“</p> <p>P4: „Komunikujeme s ním a s jeho rodinou, edukujeme ho, když je potřeba.“</p>

P5: „Při roli edukátorky musíme pacienta prostě edukovat, podat mu informace o tom co se s ním bude a nebude dělat.“

Kód: Role mentorky

P3: „Sestra mentorka přichází na řadu tehdy, kdy k nám přijdou na praxi studenti a já se jim snažím toho co nejvíc ukázat z naší práce.“

P5: „Čas od času k nám chodí pacienti na praxe, a já jako starší sestra s mnoha zkušenosti se jich ráda ujmu a starám se o ně.“

Kód: Role poskytovatelky

P1: „Samozřejmě poskytujeme odbornou péči pacientovi.“

P4: „...no jednoduše o pacienta pečujeme.“

P5: „Během role poskytovatelky pečujeme o pacienta, sledujeme jeho vitální funkce, podáváme různé medikace a celkově provádíme ošetrovatelskou péči dle standardů, které nám jsou určeny.“

Kód: Zodpovědnost

P4: „Mám velkou zodpovědnost za pacienta, musím nejen sledovat vitální funkce, ale rozpoznat počínající komplikace a rizika s tím spojená.“

P5: „Zodpovědnost musím mít během celé péče o pacienta, jak při vykonávání úkonů, tak i při podávání léků či psaní dokumentace.“

Subkategorie: Vlastnosti sester

Kód: Komunikativnost

P2: „Měla by mu vše vysvětlit, aby nebyl ve stresu, že nemá dostatek informací.“

P3: „Teda když to tedy jde, a pacient není v bezvědomí, nebo v analgosedaci.“

P4: „Pro pacienta jsem v tomto případě nejbližší osobou, se kterou se denně na oddělení stýká, proto je důležitá vzájemná komunikace.“

P5: „Komunikativností dokážeme pacienta uvolnit, opadne stres a dokáže s námi lépe komunikovat.“

Kód: Empatie

P2: „Musím být empatický, aby pacient neměl strach se mě na něco zeptat.“

P3: „Empatie neboli vlastnosti sestry, kde se musím vcítit do pacienta“

P4: „Ale kromě klinických znalostí, bych měla projevit empatii a porozumění.“

P5: „Musím být empatická, protože empatická sestra navodí příjemnou atmosféru s pacientem.“

Kód: Vstřícnost

P3: „Vstřícnost vidím, tak že se snažím vyhovět pacientovi jeho přáním a potřebám.“

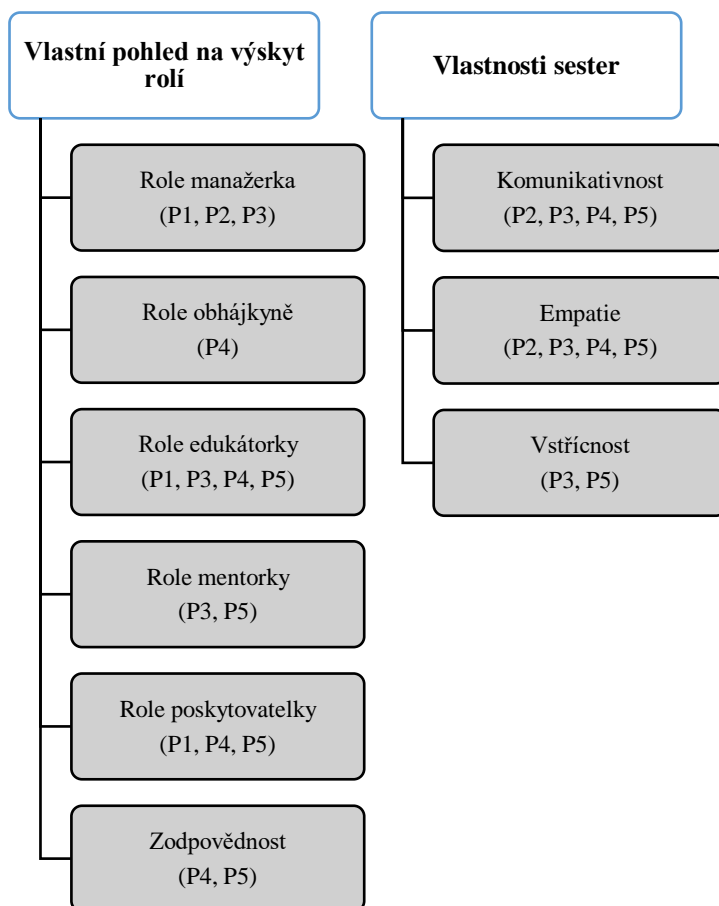
P5: „Vstřícnost bych popsala, že je důležitá k nalezení nějakého kompromisu.“

V rámci kategorie postoje k rolím sester byly identifikovány dvě subkategorie. První se zaměřuje na jejich osobní přehled na výskyt jednotlivých rolí. Sestry na daném oddělení mají obecný přehled o rozložení rolí, které zastávají. Participanti P1, P3, P4 a P5 se shodli na tom, že sestry převážně vykonávají roli edukátorky, kde předávají informace a znalosti jak rodinám, tak pacientům. Roli manažerky popisovali P1, P2 a P3 jako organizaci a plánování časového harmonogramu pro práci. Jediný P4 zmínil, že na oddělení se často stává obhájcem pacienta, což považuje za důležitou roli. Velkou zodpovědnost za péči o pacienty vnímají P4 a P5. Roli poskytovatelky potvrdili P1, P4 a P5 a mentorskou roli si připomněli P3 a P5, protože občas na oddělení přicházejí studenti absolvovat praxi.

Druhá subkategorie se zaměřuje na jednotlivé vlastnosti sester. U účastníků P2, P3, P4 a P5 došlo k dohodě ohledně významu efektivní komunikace na oddělení a její klíčové role v jejich práci. Zároveň se shodli na důležitosti projevu empatie v jejich interakcích s pacienty. Přestože všechny tyto vlastnosti jsou považovány za klíčové, zdůrazněním vstřícnosti vynikli zejména účastníci P3 a P5.

Je důležité poznamenat, že v této diskusi se P1 nezmiňuje o žádné z těchto vlastností.

Obrázek 1 Postoj k rolím sester



Zdroj: Vlastní

Tabulka 3 Role sestry

<p>Kategorie: Role sestry</p> <p style="text-align: center;">Subkategorie: Role poskytovatelky</p>
<p>Kód: Standardy ošetrovatelské péče</p> <p>P1: „Ošetrovatelská péče probíhá více méně pořád stejně, ale zároveň podléhá standardům.“</p> <p>P2: „Ošetrovatelská péče probíhá dle standardu a chodu oddělení.“</p> <p>P3: „V této roli jde o to, že musíme péči vykonávat holistickým přístupem a chápáním jedince, což je něco jako jednotně respektive bez rozdílů na to, jaký pacient je.“</p> <p>P5: „Sestra poskytuje pacientovi komplexní a holistickou péči. Pečujeme o pacienta jako celek.“</p> <p>Kód: Hygiena a rehabilitace</p> <p>P1: Při hygieně musíme vždy kontrolovat stav kůže. Hygiena se dá říct, že je i taková rehabilitace pacienta.“</p> <p>P2: „Dále jde sestra již za pacientem, probíhá hygiena a při ní i rehabilitace.“</p> <p>P5: „Provádíme hygienu, se kterou je často spojena i rehabilitace.“</p> <p>Kód: Dopomoc pacientovi dle ADL</p> <p>P1: „Pacienta se snažíme mobilizovat, dopomáhat mu, aby se snažil a neztrácel naději.“</p> <p>P2: „Pacienta se snažím zapojovat do všech činností, které mu dále pomůžou. Tedy spíš se snažím než pomáhat a dělat některé činnosti za pacienta, tak mu dopomáhám.“</p> <p>P3: „Snažíme se ho zapojovat a dopomoc, aby co nejvíce co nejdříve zvládal co nejvíce aktivit sám a tím se mu zlepší i jemná motorika.“</p> <p>P5: „Dále se snažíme pacienta virtualizovat, mobilizovat, aby nám pomáhal, protože když to budu za něj dělat já, tak mu to moc nepomůže.“</p> <p>Kód: Komunikace s pacientem</p>

P2: „Se všemi pacienty se snažím komunikovat tak abych se s nimi naladit na stejnou notu.“

P3: „Než začneme provádět jakékoliv úkony, musíme pacientovi vše říkat a vysvětlit, aby se nebál či nebyl ve stresu.“

P4: „Pokud je pacient schopnější dát mu papír a tužku a zkoušet se domluvit přes písmo.“

Kód: Psychická podpora pacientovi

P2: „Každý z těchto pacientů potřebuje vlídné slovo, zasmát se, a to vyústí v dobrou náladu, a to pak hodně usnadní komunikaci.“

P3: „Snažíme se, aby se pacient cítil dobře, v rámci jeho možností. Toto můžeme navodit pomocí efektivní komunikace po čas celé naší práce.“

P5: „Pacient nám nesmí ztratit naději z vyléčení, musíme ho podporovat.“

Kód: Trpělivost v roli

P1: „Během vykonávání plánu péče u pacienta musíme být trpělivý, i když to mlže pacientovi něco trvat déle, musíme se kousnout a vyčkat.“

P4: „Při poskytování péče musíme s pacientem být trpělivý, protože pacient je často po umělém spánku a chvílku mu trvá, než se vše vrátí do normálu.“

P5: „Během péče o pacienta musíme být trpělivý, je normální, že pacientovi ne všechno půjde hnedka samo“

Subkategorie: Role edukátorky

Kód: Informovanost pacienta

P1: „Vždy se snažíme dávat informace pacientovi postupně, mluvíme pomalu, jednoduše a srozumitelně.“

P2: „Sestra dbá na informovanost pacienta o různých úkonech, které jsou spojené s ošetrovatelskou péčí.“

P3: „Když se pacient probouzí, první se setkává se sestrou a vyžaduje po ní informace.“

P4: „Je potřeba pacientovi vysvětlit co a proč to v tom krku vlastně má, jak je důležité to tam ponechat a nevytahovat to, že v rámci vytahování hrozí velké nebezpečí udušení nebo celkové poranění DC.“

P5: „Při edukaci pacienta se zaměřujeme na to, aby pacient měl dostatek informací o jeho stavu, o TSK, ...“

Kód: Trpělivost v roli

P2: „Společně se dostávají do pozice, kdy sestra se svou trpělivostí a trpělivostí pacienta najdou společnou řeč.“

P3: „Občas je samozřejmě i dost složité pacientovi vysvětlit že my nemůžeme slyšet to co se on nám snaží říct, a kolikrát už z nich jde vidět a cítit i třeba vztek, proto je pro sestru i pacienta v tomto ohledu velmi důležitá trpělivost. “

Kód: Edukace rodiny

P2: „Je nutná edukace rodiny v oblasti komunikace, jak efektivně komunikovat, aby došlo ke vzájemnému porozumění.“

P3: „Je potřeba jej důkladně edukovat o stavu pacienta, že jim pacient sice rozumí, a třeba by jim i chtěl odpovědět, ale z důvodu tracheostomie to prostě nejde.“

P5: „Rodinu edukuje většinou lékař, ale sestra říká třeba jak s pacientem komunikovat a další věci.“

Kód: Sebejistota v roli

P4: „Nejvíce se vyhledáván v roli edukátorky.“

Subkategorie: Role manažerky

Kód: Časová tíseň

P1: „Protože tady na oddělení je opravdu málo času.“

P2: „Bohužel tady, jakož to v akutní intenzivní péči je tohoto času velice málo.“

P4: „Když není čas na delší rozhovory, ptáme se pouze na bolest a pohodlí při a po polohování.“

P5: „Někdy se prostě stane, že nestíhám, ale to je normální přeci.“

Kód: Sebejistota v roli

P2: „Myslím si, že v této roli se cítím bezpečně a sebevědomě, jsem schopný si vše rozvrhnout a naplánovat.“

P3: „Díky této roli, kterou si myslím, že dokážu obstojně ovládat si najdu čas i na svůj odpočinek a nabírání sil na další úkony se stoprocentním nasazením.“

P5: „Jelikož mám už dlouhou praxi na oddělení intenzivní péče, jsem schopna říct, že tady v té roli nemám sebemenší problém.“

Subkategorie: Role mentorky

Kód: Praktické zaškolování jedince

P1: „Rád předávám své zkušenosti a nové podněty mladším zájemcům o tuto práci.“

P2: „Mým úkolem, ale i úkolem ostatních sester je předávat znalosti a zkušenosti novým zájemcům o tuto krásnou a náročnou práci“

P3: „Snažíme se jim oddělení ukázat, poradit, informovat, aby si vyzkoušeli různé výkony, co děláme u pacientů a spoustu dalších věcí.“

P4: „Je důležité vytvářet příjemné prostředí pro možnost se zdokonalit a naučit se novým věcem.“

P5: „Ráda předávám znalosti a zkušenosti mladším, protože proč ne, jednou ta stará generace odejde a potřebujeme si vybudovat šikovné mladé lidi, kteří se jednou o nás budou starat.“

Kód: Sebejistota v roli

P1: „Tady v té roli se cítím docela sebejistě, protože jsem hodně mluvný a přátelský.“

P4: „V této roli se hodně vyhledávám, ráda předávám své podněty a znalosti. Baví mě někoho učit, když vidím, že má zájem a touhu se učit.“

P5: „V této roli, jak jsem již na začátku zmiňovala se také cítím sebejistě.“

Subkategorie: Role výzkumnice

Kód: Zdokonalování v komunikaci s pacientem

P1: „Pokud pacient není spokojený s danou komunikační pomůckou, snažím se vyzkoumat, jaká je ta jeho vyvolená, se kterou by se mu komunikovalo lépe.“

P2: „Snažíme se vyzkoumat co nejvíce vhodnou komunikační pomůcku.“

P4: „Zkoušíme různé způsoby komunikace, na pacienta stále mluvíme, co u něj děláme, protože se nemohou zeptat, bohužel zpětnou vazbu nemáme, jestli to pacienta uspokojuje nebo ne, že na něj takhle pořád mluvíme.“

Kód: Ošetrovatelská péče o TSK

P1: „Třeba v péči o ránu po TSK.“

P4: „Dále zkoumáme rány po tracheotomii a u těch komplikovaných zkoušíme různé druhy léčebných roztoků, gelů a obvazového materiálu“

Subkategorie: Role koordinátorky

Kód: Plán ošetrovatelského procesu

P2: „Sestra na oddělení by měla umět zkoordinovat celý multidisciplinární tým, vlastně vést u svého pacienta celý ošetrovatelský proces spojený s edukačním procesem.“

P3: „V roli koordinátorky se ocitnu, ve chvíli, kdy je pacientovi potřeba objednat vyšetření.“

P5: „Jinak já si sama koordinuju svůj plán u pacienta.“

Kód: Koordinace ošetrovatelského týmu

P1: „V roli koordinátorky je hlavně naše staniční sestra, která nás koordinuje, kontrolujeme práci, doplňuje zásoby a radí nám, když jsme v nesnázích.“

P2: „Jinak mě osobně koordinuje staniční sestra nebo sestra vedoucí směny.“

P4: „Tuto funkci má na starosti staniční sestra, popřípadě vedoucí směny, která určí sestru k pacientovi.“

P5: „V roli koordinátorky je naše staniční sestra, kdy vlastně má na starosti nás sestry, veškeré pomůcky, léky.“

Subkategorie: Role obhájkyň

Kód: Vyhledávání potřeb pacienta

P2: „Sestra by měla saturovat jeho potřeby a konzultovat je s celým ošetrovatelským týmem.“

P5: „Následně aktivně vyhledávám pacientovi potřeby a snažím je uspokojit.“

Kód: Hájení práv pacienta

P1: „Obhajuju jeho práva a povinnosti týkající se pobytu v nemocničním zařízení.“

P2: „Sestra by měla hájit práva pacienta.“

P3: „Spočívá v tom obhajovat pacienta a jeho práva.“

P4: „Musíme hájit jeho práva.“

P5: „Pacienta obhajujeme tehdy, kdy není schopen pacient sdělit své potřeby.“

Kód: Motivace pacienta

P2: „Aby se cítil potřebně jako osobnost a měl motivaci zlepšovat svůj stav.“

Kód: Konzensus na formě komunikace

P1: „Během komunikace se často stává, že musím tlumočit pacientovi požadavky, protože já s pacientem trávím více, tak se více s pacientem chápeme.“

P2: „Často dochází k situacím, kdy lékař edukuje pacienta a sestra musí do vysvětlovat informace.“

P3: „Asi bych i zmínil že u některých pacientů se dá domluvit i pouhým odezíráním, ale to je taky občas oříšek, jelikož každý máme jiný slovník a volíme jiná slova.“

P4: „Pacienta nejvíce obhajujeme při vizitách, jsme jejich mluvčí, všechny poznatky musíme předat lékařům.“

P5: „S pacientem se snažíme o vzájemné pochopení a nalezení jednotného způsobu, který je někdy opravdu těžký najít.“

Subkategorie: Role navrhovatelky

Kód: Odstranění komunikačních bariér a limitů během komunikace

P1: „V této roli bych jen dodal to, že při chtění efektivní komunikace se musíme snažit odstranit možné bariéry a limity vedoucí k následnému nepochopení.“

P5: „Pro efektivní komunikaci je důležité odstranit nebo eliminovat komunikační bariéry, které nás ruší při komunikaci.“

Kód: Nalezení jednotného způsobu komunikace

P1: „Pro efektivní komunikaci, je nutné, abychom mluvili s pacientem tak, jak mu to je příjemné, dát mu na výběr z několika dostupných pomůcek k nalezení efektivní komunikace.“

P2: „Sestra by se měla na své směně snažit o nalezení možností komunikace s pacientem a tento způsob předat ostatním členům kolektivu.“

Kód: Formy komunikace s pacientem

P1: „Já osobně s pacientem nejradši komunikuju přes systém tužka papír.“

P2: „Pomůcky, které používáme na oddělení nepotřebují rozsáhlou edukaci, pacient se poté cítí jistě a sebevědomě při komunikaci.“

P3: „Snažíme se zdokonalit prostě jeden typ komunikace, nejčastěji to je tužka/papír.“

P4: „Efektivní komunikací se snažíme zlepšit vhodnými pomůckami pro pacienta, aby mu vyhovovali, nebyl si nejistý v komunikaci a aby se cítil bezpečně při ní. Nejčastěji využívám systém tužka/papír nebo odezírání.“

P5: „Naše oddělení má k dispozici základní pomůcky jako jsou tabulky, symboly, karty a podobně.“

Kód: Podpora moderní technologie ke komunikaci

P2: „Určitě by nám pomohlo při komunikaci využívat moderní technologii jako je tablet či telefon.“

P3: „Co se týče nějakých změn, je otázkou jako měrou zasáhnou do komunikace dnešní nové technologie a umělá inteligence, a třeba se v budoucnu dočkáme nějaké vychytávky která na s tím vším pomůže, tak aby ta efektivita komunikace byla co nejlepší.“

P5: „Za mě bych na oddělní uvítala třeba tablety, protože tam by pacient vlastně naklikal větu a nemusela bych se trápit s ničím jiným.“

Kód: Nepodpora moderní technologie ke komunikaci

P1: „Musí se to pořád nabíjet, lehce se to rozbije, je nutná delší edukace pacienta, a hlavně jsou finančně náročné.“

P4: „Už jsem sestra v nějakém věku a toto je spíše pro mladé.“

Kód: Trpělivost v roli

P1: „No a pokud mi pacient neodpoví, nechám mu prostor si urovnat myšlenky a přijdu za chvíli.“

P2: „Mnohdy se stane, že nám pacient neodpoví, ať už nechce nebo z jiného důvodu, snažíme se zachovat chladnou hlavu, pomůžeme jej s komunikací či dáme pacientovi chvíli času na rozmyšlení a snažíme se o komunikaci později.“

P3: „Musíme mu to vysvětlit, být trpělivý s jeho myšlenkovými pochody a uklidnit ho.“

Zde máme kategorii zaměřující se na role sester. Role sester jsme rozdělili na jednotlivé subkategorie, kde každá z nich se zabývá jinou rolí.

Role poskytovatelky obsahuje první kód s názvem standardy ošetrovatelské péče, kterou popisuje všech 5 participantů. Kód hygiena a rehabilitace se vyskytl u P1, P2 a P5. Dopomoc pacientovi dle ADL se popisuje u P1, P2, P3 a P5. Další kód zaměřující se na komunikaci s pacientem je popsán u P2, P3 a P4. Psychickou podporu dávají P2, P3 a P5 a jako poslední P1, P2 a P5 pociťují nutnost trpělivosti v roli.

Role edukátorky nám participanti pospali celkem podrobně a hodně stejnorodě. První kód se zaměřuje na podávání informovanost pacienta a vyskytl se celkem 5x, což je u všech dotazovaných. Dále tu máme kód edukace rodiny, ten se zde vyhledal celkem 3x, u P2, P3 a P5. Trpělivost v této roli vnímají P2 a P3 a jediný P4 si je v této roli sebejistý.

Participanti popsali roli manažerky pomocí dvou kódů. Participanti P1, P2, P4 a P5 popsali časový tlak na oddělení, kde vyjadřují nedostatek času a zdůrazňují důležitost organizace práce. V této roli si jsou sebejistí P2, P3 a P5.

U role mentorky nám vznikl kód praktického zaškolování jedince, který se vyhledal u všech pěti participantů. Sebejistotu v roli popisují P1, P4 a P5.

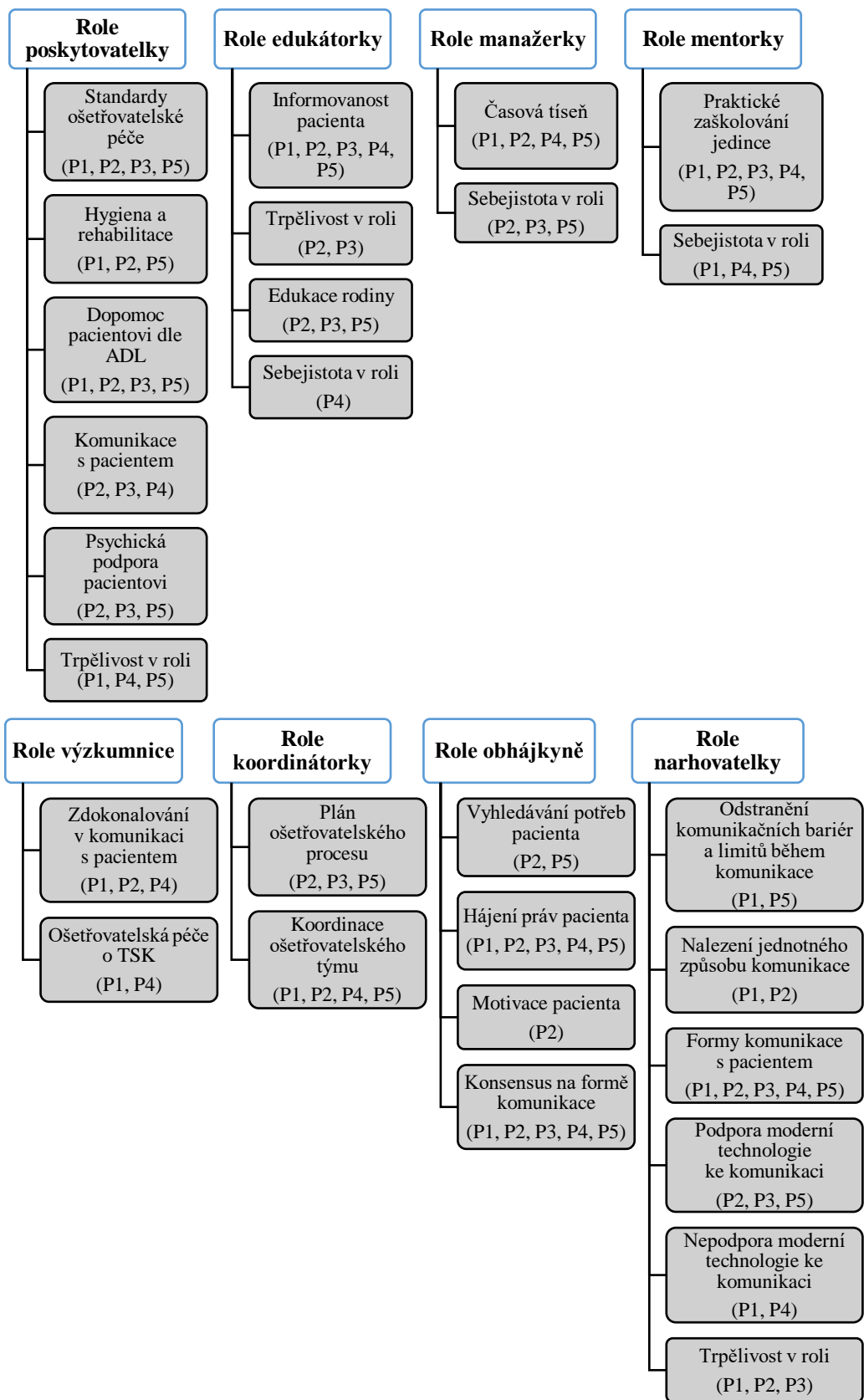
Role výzkumnice byl znamenán kód zdokonalování komunikace s pacientem 3x, u účastníků P1, P2 a P4. Druhý kód, který je s touto rolí spojený významněji, se týkal ošetrovatelské péče o tracheostomickou kanylu a byl zmiňován 2x, u účastníků P1 a P4, kteří se snažili zajistit co nejvhodnější péči o uměle vytvořený otvor.

Sestra koordinátorka dle našich participantů plánuje ošetrovatelský proces, což je náš první kód, který byl popsán 3x, u P2, P3 a P5. Druhý kód koordinace ošetrovatelského týmu byl popsán 4x, u P1, P2, P4 a P5.

Dále máme roli obhájkyň, kde je kód na hájení práv pacienta, ten byl zaznamenán celkem 5x u všech dotazovaných. Nicméně účastníci, zejména P2 a P5, vyjádřili nepochopení této role a zdůraznili, že se snaží identifikovat potřeby pacienta. Kromě toho byl opakovaně zmíněn konsensus ohledně formy komunikace, což se shodovalo s odpověďmi všech dotazovaných, přičemž P2 také zdůraznil motivaci pacienta.

Úlohu sestry navrhovatelky pro efektivní komunikaci jsme u všech účastníků vnímali jako zásadní. U P1 a P5 je prioritou odstranění komunikačních bariér a limitů. Dále se účastníci P1 a P2 snaží nalézt jednotný způsob komunikace, který by vyhovoval oběma stranám. Zjistili, že požadavek na moderní technologie se potvrdil u účastníků P2, P3 a P5 celkem 3x. Naopak 2x, u P1 a P4 vyjádřila opozice vůči moderním technologiím. Pro efektivní komunikaci podle účastníků P1, P2 a P3 je důležitá trpělivost. U P1 a P3 dochází k nejčastější komunikaci pomocí systému tužka/papír, a u účastníka P4 k tomuto systému přidává i možnost odezírání. Poté P2 a P5 využívají běžné pomůcky dostupné na oddělení, jako jsou karty, symboly, tabulky a podobně.

Obrázek 2 Role sestry



Zdroj: Vlastní

Tabulka 4 Interpersonální vztahy

<p>Kategorie: Interpersonální vztahy</p> <p>Subkategorie: Lékař a sestra</p>
<p>Kód: Důvěra</p> <p>P2: „Myslím si, že lékaři nám důvěřují ve vykonávání námi poskytované ošetrovatelské péče, pokud by nedůvěřoval, může to mít negativní následky a dopady, které nikdo nechce.“</p> <p>P5: „důvěra lékařů v naši ošetrovatelskou péči je klíčová.“</p> <p>Kód: Respekt</p> <p>P1: „Vnímám ho jako autoritu a respektuji ho, ale nevidím ho jako nadřazeného člověka.“</p> <p>P2: „Obě strany mají k sobě vzájemný respekt, ale každý stále vykonává svou práci v rámci svých kompetencí.“</p> <p>P3: „Rozhodně je pro mě lékař autorita, vidím ho jako lékaře, ale to je vše.“</p> <p>P4: „Asi bych neřekla jsem je v nadřazený roli, ale určitě ho беру jako velkou kapacitu a bolím se před lékařem komunikovat s pacientem.“</p> <p>P5: „Vzájemný respekt mezi lékařem a sestrou je důležitý.“</p> <p>Kód: Léčba/ošetrovatelská péče</p> <p>P2: „Ošetrovatelská péče je péče o daného pacienta a do té by neměl zasahovat nebo jen minimálně. On léčí a já pečuji. Obě dvě činnosti se prolínají a nejsou stejné.“</p> <p>P3: „Vždy je výhodou mít s lékařem stejné názory na léčbu a péči, někdy to nejde ale musíme se přizpůsobit plánu péče nastavenou lékařem.“</p> <p>P5: „Ošetrovatelská péče je moje práce a mám za úkol pečovat o daného pacienta, i když obě činnosti se prolínají, jsou odlišné a každý z nás vykonává svou práci v rámci svých kompetencí.“</p> <p>Kód: Ponaučení se z chyb</p>

P1: „Pokud mě lékař před pacientem opraví, nemám důvod se cítit nějak trapně. Spíše to asi beru jako formou poučení z chyby a přijmu jí a jdu dál.“

Kód: Nejistota sestry

P4: „Vždy mě vyvede z míry, když se lékař pozastaví nad tím, co jsem řekla.“

Subkategorie: Sestra a rodina

Kód: Edukace rodiny

P3: „Rodině se snažíme říkat, aby s pacientem komunikovali, aby se snažili trénovat pacientovu paměť, aby s ním mluvili jako člověku sobě rovnému.“

P4: „Rodinu musíme informovat o tom, jak s pacientem budou muset komunikovat, co se oni budou muset naučit a že budou mít velkou dávku trpělivosti a empatie.“

P5: „Sestra se zaměřuje na edukaci v oblasti komunikace a péče o něj.“

Kód: Sběr anamnézy od rodiny

P1: „Často potřebujeme od rodiny zjistit, potřebné informace o pacientovi.“

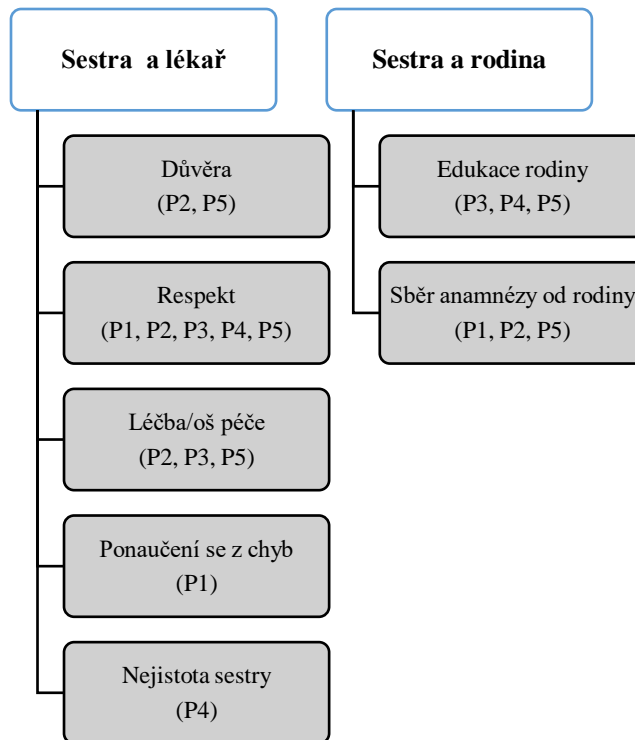
P2: „S rodinou je to tak, se se většinou vyptáváme na oblíbené činnosti, hudbu, zájmy pacienta a ten poté zahrneme do ošetrovatelské péče, tak aby se pacient cítil v pohodě.“

P5: „Snažím se zjistit zájmy pacienta a začlenit je do péče, aby se cítil co nejpohodlněji.“

Zde se nachází kategorie zkoumající interpersonální vztahy, které jsou rozděleny do dvou hlavních subkategorií. První podkategorie se zaměřuje na vztahy mezi sestrou a lékařem. Všichni účastníci projevují respekt k lékaři, přičemž důvěru ze strany lékařů zaznamenali zejména P2 a P5. Léčebné postupy a ošetrovatelskou péči diskutují a popisují účastníci P2, P3 a P5. U P1 dochází k učení z vlastních chyb, zatímco P4 zmiňuje pocit nejistoty ve své komunikaci před lékaři.

Druhá subkategorie se zabývá komunikací mezi sestrou a rodinou. Účastníci P3, P4 a P5 se věnují edukaci rodiny v oblasti komunikace a péče o pacienty s TSK. Naopak, účastníci P1, P2 a P5 se často zapojují do komunikace s rodinou s cílem získat potřebná data pro anamnézu, což jim pomáhá lépe porozumět potřebám jejich blízkých a poskytovat jim odpovídající péči.

Obrázek 3 Interpersonální vztahy



Zdroj: Vlastní

9.1.2 Druhá oblast: Subjektivní názory na náplň rolí

Tabulka 5 Náplň rolí sestry s tracheostomickým pacientem

<p>Kategorie: Náplň rolí sestry s tracheostomickým pacientem</p> <p>Subkategorie: Náplň práce na oddělení</p>
<p>Kód: Ošetrovatelská péče o pacienta s TSK</p> <p>P1: „Obecně péče o pacienta s TSK je velice náročná, musíme dodržovat všechny zásady asepse, a hlavně pečovat o TSK.“</p> <p>P2: „Náplň práce sestry spočívá logicky v péči o tyto dané pacienty, kterým hrozí selhání základní životní funkce nebo už k selhání došlo.“</p> <p>P3: „Náplní sestry je poskytování komplexní ošetrovatelské péče, a u pacientů u kterých dochází k selhávání základních životních funkcí jsou ta specifika ještě o to větší.“</p> <p>P4: „Základ intenzivní péče je prostě monitorace fyziologických funkcí a vědomí, dále plníme ordinace lékaře a ošetrovatelské intervence.“</p> <p>P5: „Sestra se primárně stará o pacienty ohrožené selháním základních životních funkcí nebo těm, u kterých k němu již došlo.“</p> <p>Kód: Kritické myšlení sestry</p> <p>P2: „Uvědomuje si, že stav se může každou minutu změnit a tomu přizpůsobuje své kritické myšlení, rozhodnost a koordinuje své činnosti.“</p> <p>Kód: Zodpovědnost v roli</p> <p>P1: „Během dne nám vozí záchranka příjmy a pokud budou uloženy na můj box, musím se o ně řádně postarat.“</p> <p>P2: „V případě, že dojde k smrti pacienta, tak musíme zajistit pacientovi důstojný odchod, a to s sebou nese jistou míru zodpovědnosti.“</p> <p>P4: „Dále musíme včas reagovat na zhoršení stavu pacienta, informovat lékaře o změně stavu pacienta a s tím samozřejmě i související úkony.“</p>

P5: „S celým ošetrovatelským procesem o pacienta s TSK souvisí značná míra zodpovědnosti.“

Kód: Ohodnocení pacientem

P2: „Nejlepší pocit, který může sestra zažít je dle mého názoru ten, když pacient po nějaké době přijde sám poděkovat nebo alespoň pošle poděkování.“

P3: „Hezká věc je ta, když přijde nějaké poděkování od pacienta či rodiny, to nás vždy zahřeje u srdce.“

P5: „Sestřin nejlepší pocit je, když se pacient po léčbě vrátí a poděkuje, což ji motivuje a posiluje v práci.“

Subkategorie: Bariéry při naplňování rolí

Kód: TSK

P1: „Pacienta tracheostomická kanyla dráždí, nutí s tím něco dělat, a proto se tolik nemusí soustředit, ptá se, co jsem říkala.“

P2: „Bariéra je určitě tracheostomická kanyla sama o sobě, která pacientovi jednoduše vadí, překáží, je nepříjemná a rád by se jí zbavil.“

P3: „Vzhledem k tomu že pacient, který má v DC kanylu, tak už to samo o sobě vypovídá, že kanyla je základ bariéry komunikace.“

P5: „Jako bariéra bránící k efektivní komunikaci je určitě tracheostomická kanyla.“

Kód: Prostředí

P1: „Prostředí kolem něj, všude monitory, stud pacienta, spolu pacienti.“

P3: „Dále bych zahrnul taky zapnutou televizi, která nás může rušit nebo rozptylovat při rozhovoru, dále spolu pacienti či celkové prostředí.“

Kód: Komunikace

P2: „Pacient slyší, ví, co se má udělat, ale nemůže dát zpětnou vazbu.“

P3: „Pacient nemůže komunikovat, protože ho z fyziologického hlediska nelze a musí se naučit používat různé komunikační pomůcky, né každý pacient je přijme a začne komunikovat.“

P5: „Takže další bariéra je i komunikace samotná, protože né každý pacient je schopný třeba nám napsat potřeb na papír nebo třeba nedokáže rukou ukázat na symbol zobrazující činnost.“

Kód: Časová tíseň sestry

P2: „V akutní péči na pacienta bohužel nezbývá mnoho času, který by mu sestra chtěla věnovat.“

P3: „Často se stává, že svou práci nestíháme, protože nám do toho třeba skočil příjem.“

P4: „Nejhorší je, když nemám čas a pacient mi chce něco sdělit.“

P5: „Někdy je taky bariéra brána jako náš čas k pacientovi, někdy mám opravdu málo času.“

Kód: Trpělivost

P2: „Další je netrpělivost některých sester.“

P3: „Některé sestry s pacienty nemají takovou trpělivost, místo toho, aby dali pacientovi více času, než se vyjádří, tak radši odejdou s tím, že třeba nic nechtějí.“

P4: „Jsou dny, kdy prostě nejsem ve své kůži, nestíhám a tehdy ztrácím svou trpělivost, kdy to může ovlivnit i pacienta.“

Kód: Psychický stav pacienta

P4: „Občas je to i ze strany pacienta, kdy nemá náladu, kdy jsou depresivní, agresivní, nechtějí komunikovat, je jim vše jedno, v tomto případě je to nejhorší, protože nevíte, zda pacienta něco bolí, nebo jestli se něco děje.“

P5: „Kanyla zabraňuje pacientovi k hlasu, a to může pacienta vést k frustraci“

Subkategorie: Možnosti zkvalitnění náplně rolí

Kód: Zachovalé schopnosti jemné motoriky pacienta

P2: „Ke zkvalitnění komunikace hodně pomáhá, když má pacient zachovalou jemnou motoriku a může ke svému vyjadřování.“

P5: „Určitě pro zkvalitnění je důležitá, aby pacient měl alespoň nějaké známky jemné motoriky, protože bez toho se nám komunikuje obtížně.“

Kód: Formy komunikace s pacientem

P1: „Já osobně si myslím, že to, co na oddělní mám to stačí (máme tužka a papír, symboly, obrázky).“

P2: „Používat tužku a papír, případně telefon či tablet. Takže by určitě pomohlo používání moderních technologií právě zmíněného tabletu nebo telefonu.“

P3: „Jak jsem již říkal výše, šanci vidím v rozvoji moderní technologie a rozšířené inteligence, která by mohla v komunikaci s pacienty pomoci, a doufám, že se k tomu do budoucna dojde.“

P4: „Možná by bylo dobré si s pacientem domluvit nějaké znamení, které použije při dotazu, při bolesti nebo čehokoliv jiného, je potřeba aby tento signál používali všichni stejně což je složité, někomu se nechce, někdy to nedovoluje stav pacienta a tak dále.“

P5: „Dále je vhodné zkvalitnit naši komunikaci s pacientem přes všelijaké pomůcky, každý pacient využívá jiné pomůcky, někomu zkrátka vyhovuje něco jiného.“

Kód: Časová dotace sestry

P2: „Ke zkvalitnění různých rolí by pomohlo určitě více času, který by mohla sestra pacientovi věnovat.“

P4: „Prostě jednoduše pro zkvalitnění svých rolí musíme tu práci vykonávat efektivně, vyhradit si pro pacienta dostatek času.“

P5: „Důležité je samozřejmě si udělat na pacienta dostatek času, protože pacient uvidí, že nemáme čas nebo nestíháme.“

Kód: Soustředění pacienta

P1: „No, když se zamyslím, tak by nám hodně pomohlo, aby pacient se více soustředil.“

P4: „Pacient, aby mohl efektivně komunikovat, musí se soustředit, pouze na komunikaci.“

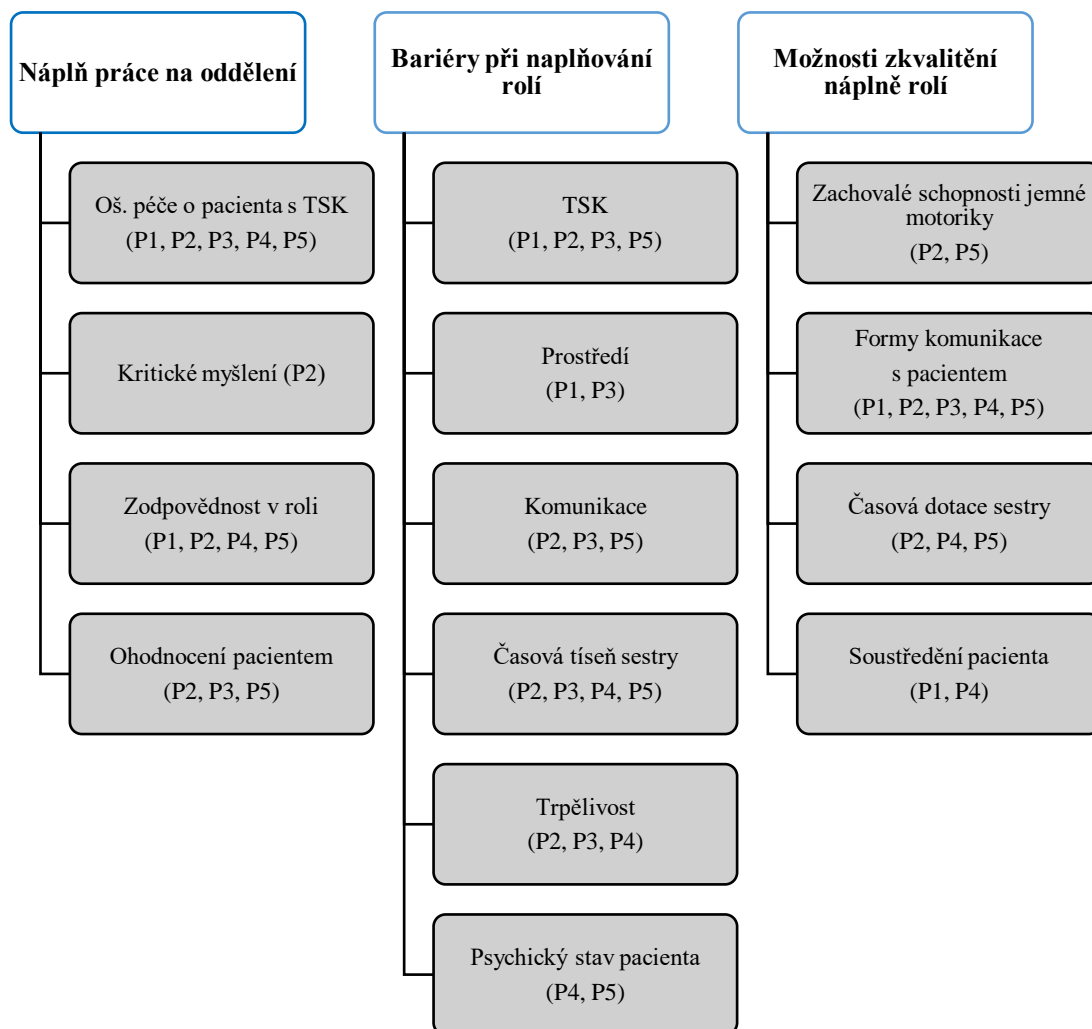
Kategorie zabývající se náplní sestry s tracheostomickým pacientem, kde jsme určily tři subkategorie.

První podkategorie zkoumá náplň práce na oddělení. Hlavním tématem je péče o pacienta s tracheostomií. Všech pět participantů popisuje obecnou péči poskytovanou pacientům na oddělení. U P2 se vyskytuje kritické myšlení. Zodpovědnost ve své roli cítí P1, P2, P4 a P5. Největší uspokojení z práce identifikují P2, P3 a P5, když pacient projeví vděk za poskytnutou péči.

Druhá podkategorie se zaměřuje na bariéry při plnění rolí. Největší bariéru vidí P1, P2, P3 a P4 v tracheostomické kanyli a související komunikaci, kterou P2, P3 a P5 považují za náročnou. Prostředí je další faktor, který P1 a P3 považují za bariéru. Časová tíseň se objevuje u sester 4x, a to u P1, P3, P4 a P5. Kód trpělivost se shoduje 3x, u P2, P3 a P4. Poslední bariérou je psychický stav pacienta, který je popsán 2x, u P4 a P5.

Poslední podkategorie se zabývá metodami pro zlepšení kvality náplně rolí. P2 a P5 se domnívají, že kvalita našich rolí může být ovlivněna zachovanou jemnou motorikou pacienta. Všech 5 participantů bylo zkoumáno ohledně způsobů komunikace s pacientem, přičemž každý z nich uvádí různé metody zlepšení této komunikace. Důležitost časového plánování sester v péči o pacienta zdůrazňují 3 participanti, P2, P4 a P5. Pro P1 a P4 je klíčové, aby se pacient soustředil na komunikaci.

Obrázek 4 Náplň rolí sestry s tracheostomickým pacientem



Zdroj: Vlastní

DISKUZE

Tematická oblast této bakalářské práce se zaměřovala na roli sester v komunikaci s tracheostomickými pacienty. Pro empirickou část této práce jsme zvolili kvalitativní výzkumné šetření, které bylo realizováno částečně formou polostrukturovaných rozhovorů.

Naším záměrem v praktické části bylo identifikovat různé aspekty a strategie, které sestry využívají při komunikaci s tracheostomickými pacienty, a porozumět výzvám a úspěchům spojeným s touto specifickou formou komunikace. Tímto způsobem jsme měli možnost přispět k lepšímu porozumění toho, jakým způsobem mohou sestry efektivně komunikovat s těmito pacienty a jakým způsobem mohou přispět k jejich celkovému pohodlí a léčbě. Pro bakalářskou práci byly vytvořeny dva dílčí cíle a jeden hlavní cíl.

Pro splnění cíle práce byla stanovena hlavní výzkumná otázka: Jaká je role sestry při komunikaci s tracheostomickým pacientem?

Prvním stanovený dílčí cíl je – zmapovat subjektivní názory sester na role sester při komunikaci s tracheostomickým pacientem podléhají tři kategorie.

První kategorie je postoj k rolím sester, kde se zajímáme především o vlastní pohled sester na role na oddělení a na jejich vlastnosti, které je charakterizují při jejich práci. Zde se interpretují pouze názory a domněnky participantů. V kategorii vlastního pohledu na výskyt rolí se nejvíce popsal kód role edukátorky a to u P1, P3, P4 a P5, jelikož tato role je nezbytná pro efektivní komunikaci ze strany pacienta. Sestry edukují zejména o možnostech využití jednotlivých pomůcek. Dále role manažerky, u P1, P2 a P3, kde si sestry snaží zorganizovat čas na oddělení. Jediný P4 popsal roli obhájkyň, kde uvádí že často se stává mluvčím pacienta, což se shoduje s Plevovou et al. (2018), která toto téma rozebírá a popisuje jako součást práce sestry. Role mentorky pocítují P3 a P5, což začíná příchodem studentů na jejich oddělení se snahou se učit novým věcem. Naopak roli poskytovatelky vnímají P1, P4 a P5, kdy poskytují ošetrovatelskou péči dle standardů. Jako poslední zde P4 a P5 popsali jako velkou zodpovědnost při vykonávání těchto rolí. Jak Plevová et al. (2018) uvádí, že sestra by měla být empatická a komunikativní. Nám vyšlo, celkem 4x, u P2, P3, P4 a P5 kód komunikativnost. Kód empatie byl vyhledán u P2, P3, P4 a P5. Poslední kód je vstřícnost, kterou popsali P3 a P5. U sester při této otázce nevznikl žádný problém s neporozuměním a byla zde cítit z jejich strany jistota v otázce, pouze je důležité poznamenat, že P1 se nevyjádřil k žádné vlastnosti.

V další kategorii se řeší jednotlivé role sester. Na role poskytovatelky poukazuje článek od Smith et al. (2020), který uvádí, že tato role je spojena se základní ošetrovatelskou péčí spolu s mírou odpovědnosti a plnění úkolů. Kód standardy ošetrovatelské péče popisuje všech 5 participantů, což dokazuje schopnost jistoty sester v roli. Kód hygiena a rehabilitace se vyskytl u P1, P2 a P5, kde popsali, že je to základ veškeré péče o pacienta. Dopomoc pacientovi dle ADL se popisuje u P1, P2, P3 a P5, kdy se snaží pacientovi pomáhat, nikoliv vykonávat za ně. Toto je poté obrazem výsledků škály soběstačnosti. U P2, P3 a P4 se vyskytl kód komunikace s pacientem během poskytované ranní péče. Psychickou podporu dávají P2, P3 a P5, kdy také bylo uvedeno, že pacienti jsou často nervózní, nevrlí či agresivní. Jako poslední se u P1, P2 a P5 objevuje kód trpělivosti v roli poskytovatelky, kdy uváděli, že za vždy musí být personál k pacientovi trpělivý za jakýkoliv podmínek. Toto vše také dokazuje i kniha od Plevové et al. (2018), která uvádí, že role poskytovatelky dbá na základní ošetrovatelskou péči, plnění úkolů a odpovědnost s péčí. Dále poukazuje na dovednosti, schopnosti komunikovat a napomáhat se vrátit do běžného života.

Úloha role edukátorky nám byla popsána celkem podrobně a stejnorodě. Participantů tuto roli vnímají jako nutnost a denní úlohu sestry. V knize Tóthové z roku (2014) se zdůrazňuje, že vzdělávací úloha se soustředí na prevenci nemocí, udržení nebo obnovu zdraví a poskytování informací. Shodli jsme se s Tóthovou na poskytování informací pacientům celkem 5x, což platí pro všechny dotazované osoby. Dále jsme identifikovali kód s poskytnutím informací rodině, který popisuje také Tóthová, a to celkem 3x, u P2, P3 a P5. Je důležité zdůraznit, že trpělivost v této roli je vnímána účastníky P2 a P3, zatímco pouze účastník P4 má v této roli sebejistotu a nechtěl se k tomuto moc vyjadřovat z důvodu nejistoty ve vykonávání této role.

Participantů popsali roli manažerky pomocí dvou kódů. Jak uvádí Brodský (2014) ve své studii, sestra jako manažerka musí tým také kontrolovat a korigovat. Participantů P1, P2, P4 a P5 popsali časový tlak na oddělení, když vyjadřují nedostatek času a zdůrazňují důležitost organizace práce. V této roli si jsou sebejistí P2, P3 a P5, nemají žádný problém si práci zorganizovat a najít si čas i sám pro sebe.

Role mentorky se nám naprosto shoduje s Gurkovou a Zeleníkovou (2017), které popisují klíčovou roli v identifikaci potřeb a podpoře studentů v průběhu jejich studia. Tady nám vznikl kód praktického zaškolování jedince, který se vyhledal u všech pěti participantů.

Sebejistotu v roli popisují P1, P4 a P5, kdy rádi zaškolují jedince a rádi předávají svoje zkušenosti

Podle Plevová et al. (2018), kteří se ve své práci zabývají rolí výzkumné pracovnice ve zdravotnictví, je možné přispět k inovacím a získávat nové poznatky z různých odborných periodik a vědeckých studií. Během rozhovorů jsem zaznamenala, že účastníci možná nebyli úplně seznámeni s možnostmi zapojení do výzkumu. V analýze rozhovorů byl zaznamenán kód zdokonalování komunikace s pacientem 3x, u účastníků P1, P2 a P4. Druhý kód, který je s touto rolí spojený významněji, se týkal ošetrovatelské péče o tracheostomickou kanylu a byl zmiňován 2x, u účastníků P1 a P4, kteří se snažili zajistit co nejvhodnější péči o uměle vytvořený otvor. Žádný z dotazovaných se neúčastní žádného výzkumu a na oddělní se ani žádné výzkumy neprovádí, jak nám bylo řečeno.

Úlohou role koordinátorky dle Plevové et al. (2018) je taková, že sestra by se měla starat o členy týmu a organizovat jejich práci. Sestra má za úkol komplexně a efektivně pečovat o pacienta. S touto odbornou literaturou se naprosto všichni participanti shodují. Byl vytvořen kód s názvem plán ošetrovatelského procesu, který byl popsán 3x, u P2, P3 a P5. Zde tři z pěti participant popisují nutnosti plánování práce na celou pracovní směnu. Druhý kód koordinace ošetrovatelského týmu byl popsán 4x, u P1, P2, P4 a P5. Ošetrovatelský tým dle participantů koordinuje staniční sestra nebo sestra vedoucí směny, která má zodpovědnost za práci sester. Koordinace spočívá spolu s kontrolou vykonávané práce a zajištění všech potřebných pomůcek pro sestry vykonávající práci pacientům. Dotazovaní participant odpovídali shodně s dostupnou literaturou od Plevové et al (2018), kdy nevznikly žádné pochybnosti v otázce.

Podle Plevové et al. (2018) je role obhájkyne v komunikaci s pacientem nezbytná, zejména pokud pacient není schopen sdělit své potřeby a problémy, a sestra tak musí vystupovat jako jeho zástupce a interpretovat je lékařům či ostatním členům zdravotnického týmu. Kód hájení práv pacienta byl zaznamenán celkem 5x u všech dotazovaných, což se shoduje s Plevovou. Nicméně účastníci, zejména P2 a P5, vyjádřili nepochopení této role a zdůraznili, že se snaží identifikovat potřeby pacienta. Kromě toho byl opakovaně zmíněn konsensus ohledně formy komunikace, což se shodovalo s odpověďmi všech dotazovaných, přičemž P2 také zdůraznil motivaci pacienta. Tyto závěry však nesouhlasí s odbornou literaturou, jak uvádí Plevová et al. 2018.

Úlohu sestry navrhovatelky pro efektivní komunikaci jsme u všech účastníků vnímali jako zásadní. U P1 a P5 je prioritou odstranění komunikačních bariér a limitů. Dále se účastníci P1 a P2 snaží nalézt jednotný způsob komunikace, který by vyhovoval oběma stranám. Podle Hálkové (2012), která se zabývá sledováním trendů v komunikaci, jsme zjistili, že požadavek na moderní technologie se potvrdil u účastníků P2, P3 a P5 celkem 3x. Tito participanti by uvítali použití moderních technologií, jako jsou telefony nebo tablety. Naopak 2x, u P1 a P4 vyjádřila opozice vůči moderním technologiím, a to z důvodu složení pacientů na oddělení a potřeby delší edukace a finanční náročnosti. Za mě osobně by moderní technologie byla velká hrozba jak po finanční stránce, tak po technické. Pro efektivní komunikaci podle účastníků P1, P2 a P3 je důležitá trpělivost, protože bez trpělivosti jde všechno hůře a trvá to časově déle. Všichni účastníci nám sdělili, které formy komunikace považují za nevhodné a ideální. U P1 a P3 dochází k nejčastější komunikaci pomocí systému tužka/papír, a u účastníka P4 k tomuto systému přidává i možnost odezírání. Poté P2 a P5 využívají běžné pomůcky dostupné na oddělení, jako jsou karty, symboly, tabulky a podobně.

V poslední kategorii se zabýváme interpersonálními vztahy. Jako první nás zajímá vztah lékař a sestra, kdy nám všichni participanti odpověděli, že mají vůči lékaři respekt. U P2 a P5 se také projevuje důvěra ze strany lékaře, což potěší každou sestrou. P1 se dokáže ponaučit z chyb, které jí lékař vytkne a nebere to jako shoení autority před pacientem. U P4 dochází k nejistotě komunikace před lékařem, protože ho bere jako autoritu a cítí se nejistě. A P2, P3 a P5 popisují vztah s lékařem takový, že lékař léčí a sestra pečuje. Obě dvě strany se prolínají. Sestra naslouchá požadavkům lékaře, které poté vykovává. Vztahu sestra a rodina je takový, že P3, P4 a P5 popisují nutnost edukace rodiny v oblasti komunikace a P1, P2 a P5 potřebují rodinu ke sběru anamnézy. Sběr informací vnímají za důležitý pro pacienta v tom, co má rád, společná témata na zlepšení komunikace a jiné. Na podstatu sběru informace se obrací ve své knize Tomová (2016). Zde došlo ke komparaci s literaturou od Drábkové (2018), která se shoduje s těmito shledanými výsledky.

Druhým stanoveným dílčím cílem je – zmapovat, subjektivní názory sester na náplň rolí při komunikaci s tracheostomickým pacientem.

V této kategorii si rozebereme náplň práce na oddělení. Všech pět participantů popisují péči o pacienta s tracheostomickou kanylou. U P2 dochází ke kritickému myšlení během vykonávání práce na oddělení často z důvodu časové tísně a stresu. Kód zodpovědnost v roli vnímají za důležitou P1, P2, P4 a P5, protože vykonávání určitých rolí podléhá

určitému standardům. Nakonec dochází i k ohodnocení sestry pacientem P2, P3 a P5 formou poděkování a projevení vlídného slova.

Bariéry při naplňování rolí u P1, P2, P3 a P5 byl shledán kód TSK, kterou vnímají jako jednu ze základních překážek komunikace. Naopak P1 a P3 nám zdůraznil vliv prostředí, kde uvádějí, že v okolí pacienta není útulně a může to mít také na něj vliv. U P2, P3 a P5 vnímají bariéru jako komunikaci samo o sobě z důvodu ztráty hlasu. Dále máme kód časová tíseň, kdy P2, P3, P4 a P5 sdělili o malém množství času, což za mě může mít negativní dopady na pacienta, jak Tomová popisuje. Posledním kódem je trpělivost, na kterou reagovali P2, P3 a P4. U sester s malou trpělivostí se pacient nemusí cítit dobře, bude unáhlený či neobratný. Všechno toto pak může prodloužit dobu hospitalizace. Mé vzorky jsou shodné s Tomovou (2016), která své knize popisuje všechny tyto bariéry, které zmínili participanti.

Jako poslední, se řešila možnost zkvalitnění náplně rolí, které nám P2 a P5 popsali, že jako nezbytné s mírou výhody je zachování jemné motoriky. Pokud pacient má zachovalou jemnou motoriku může si vybírat z větší variability pomůcek. Z pěti účastníků se P1 vyjádřil, že nepotřebuje žádné nové pomůcky na oddělení, postačí mu tužka/papír a symboly, které jsou k běžně na oddělení k dispozici. U P4 je výhrada v obrázkových symbolů na oddělení, které mu neprijdou úplně zřetelné a projevil možnosti v kvalitnějších obrázkových potřebách a symbolů. Naopak P2 a P3 by uvítali využití moderní technologie či umělé inteligenci, kdy si myslí, že postupem času to bude běžná komunikační pomůcka. Moderní technologie by tyto participanti uvítali. Ale odrazuje je finanční náročnost a větší mírou edukace pacienta. U P5 je způsob komunikace otevřený a bude se řídit přáním pacienta. Časová dotace sestry je klíčová pro zlepšení péče a komunikace, toto se projevuje u P2, P4 a P5. Jako P1 a P4 zdůrazňují potřebu soustředění se na pacienta. Šarounová ve své knize popisuje více zmíněné komunikační pomůcky, kde se vyjadřuje také k moderní technologii, kde vidí nevýhodu s větší finanční náročností.

Pomocí našeho výzkumu byla snaha splnit hlavní a dílčí cíle, což se nám povedlo a můžeme říct, že výzkum je validní. Oba dva cíle byly úspěšně naplněny relevantními daty.

LIMITY VÝZKUMU

Během průběhu výzkumu nebyly identifikovány žádné zjevné limity, které by omezovaly průběh studie nebo ovlivňovaly validitu získaných dat. Tento fakt podtrhuje robustnost a spolehlivost výzkumného procesu a naznačuje, že data získaná v rámci studie jsou

důvěryhodná a reprezentativní. Tato absence limitů poskytuje silný základ pro důkladnou analýzu a interpretaci výsledků, což přispívá k celkové důvěryhodnosti a relevanci studie.

DOPORUČENÍ PRO OŠETŘOVATELSKOU PRAXI

Zpravování návrhu brožury pro rodinné příslušníky, se zaměřením na péči o pacienta s tracheostomickou kanylou a důležitost komunikace v procesu péče. Brožura vám poskytne praktické rady a strategie, které vám pomohou lépe porozumět potřebám a specifikům komunikace s vaším blízkým s tracheostomií. Cílem je, abyste se aktivně zapojili do péče o svého pacienta a poskytovali mu podporu a porozumění, které potřebuje. Na závěr uvidíte souhrn v bodech pro lepší přehlednost.

Brožura je strukturována tak, aby reflektovala nejen samotná fakta týkající se tracheostomické kanyly a její péče, ale také důležitost komunikace v procesu péče o pacienta. Součástí brožury jsou praktické rady a strategie, které rodinám pomohou lépe porozumět potřebám a specifikům komunikace s pacientem s tracheostomickou kanylou. Cílem brožury je poskytnout ucelený průvodce pro rodiny, který jim umožní lépe porozumět situaci a aktivně se zapojit do péče o svého blízkého. Brožura je rozdělena do dvou částí, kdy v první je obecné seznámení s problematikou pacienta spolu s radami a možnými negativními dopady na pacienta. Ve druhé části je tabulka pro lepší přehlednost (Příloha C).

ZÁVĚR

Tématem této bakalářské práce je role sestry při komunikaci s tracheostomickým pacientem na oddělení ARO/JIP.

Hlavním cílem této studie bylo zmapovat subjektivní pohledy účastníků na jejich role a konkrétní povinnosti v rámci komunikace s tracheostomickými pacienty.

V teoretické části naší práce jsme pečlivě analyzovali role sester, které sestry využívají v kontextu péče o pacienty, dále jsme popsali, jak jsou tyto role prezentovány v odborné literatuře. Podrobně jsme se zabývali podstatou a charakteristikami sestry jako osobnosti, zdůrazňující klíčové vlastnosti a dovednosti potřebné pro úspěšné plnění těchto rolí. Dále jsme se věnovali samotnému konceptu komunikace, zkoumali různé způsoby komunikace a identifikovali bariéry a překážky, které mohou ovlivnit efektivitu komunikačního procesu mezi sestrou a pacientem. Neopomněli jsme ani pojednat téma tracheostomie, kde jsme objasnili principy tohoto zákroku a jeho vliv na hlasovou komunikaci pacienta. Zdůraznili jsme překážky, se kterými se pacienti s tracheostomií potýkají při snaze komunikovat hlasovým projevem, a diskutovali jsme o strategiích, které mohou být užitečné pro zlepšení komunikačních schopností těchto pacientů.

V druhé části naší práce jsme prostřednictvím hloubkových rozhovorů získali názory účastníků na jejich vlastní zkušenosti a vnímání rolí sester v praxi. Stanovili jsme si hlavní cíl a dílčí cíle, na které jsme se zaměřili během rozhovorů a dotazovali se účastníků na tyto body a otázky s nimi spojené. Veškeré rozhovory byly nahrávány pomocí telefonní aplikace Diktafon. Některé rozhovory probíhaly osobně, avšak kvůli časovým omezením jsme využili také aplikaci Skype. Během rozhovoru nebyly shledány žádné zásadní limity. Na základě výsledků rozhovorů jsme posoudili, zda jsme úspěšně dosáhli stanovených cílů pomocí získaných dat.

Vzhledem k tomu, že autorka bakalářské práce pracovala na oddělení, kde byl výzkum prováděn, sdílí zásadní poznatky s kolegy a připravuje brožuru určenou pro pacienty a jejich rodiny, která nabízí praktické rady a tipy pro efektivní komunikaci v situaci, kdy je pacientovi zavedena tracheostomická kanyla.

SEZNAM LITERATURY

1. BARTŮNĚK, Petr, JURÁSKOVÁ, Dana, HECZKOVÁ, Jana, NALOS, Daniel. *Vybrané kapitoly z intenzivní péče*. Praha: Grada Publishing, 2016. ISBN 978-80-271-9328-8.
2. BEDNAŘÍK, Aleš, ANDRÁŠIOVÁ, Mária. *Komunikace s nemocným: sdělování nepříznivých informací*. Praha: Grada Publishing, 2020. ISBN 978-80-271-1966-0.
3. BONVENTO, Barbara; WALLACE, Sarah; LYNCH James; COE, Barry; MCGRATH, A Brendan. *Role of the Multidisciplinary Team in the Care of the Tracheostomy Patient*. Online. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, roč. 10, říjen 2017. Dostupné z: PubMed, <https://doi.org/10.2147/JMDH.S118419>. Citováno 10. 11. 2023.
4. BRODSKÝ, Jan. *Time Management*. Praha: ÚPPV. Právo – edice pro právo a management. 2014. ISBN 978-80-905247-9-8.
5. ČIHÁK, Radomír, GRIM, Miloš. *Anatomie 2*. Praha: Grada Publishing, 2013. ISBN 978-80-247-4788-0.
6. DLOUHÁ, Olga, ČERNÝ, Libor. *Foniatric*. Praha: Karolinum, 2022. ISBN 9788024653976.
7. DOSTÁL, Pavel et al. *Základy umělé plicní ventilace*. 5. rozšířené vydání. Praha: Maxdorf, 2023. ISBN 978-80-7345-759-4.
8. DRÁBKOVÁ, Jarmila, HÁJKOVÁ, Soňa. *Následná intenzivní péče*. Praha: Mladá fronta, 2018. ISBN 978-80-204-4470-7.
9. FREI, Jiří, et al. *Vybrané znalosti pro nelékaře*. Plzeň: Západočeská univerzita, 2022. ISBN 978-80-261-0604-3.
10. HALMO, Renata. *Sebepéče v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada Publishing, a. s., 2014. ISBN 978-80-247-4811-5.
11. HLINOVSKÁ, Jana, NĚMCOVÁ, Jitka. *Interaktivní procesy v ošetrovatelství a porodní asistenci*. Praha: Maurea, 2012. ISBN 978-80-904955-3-1.
12. NG, Jimmy, HAMRANG-YOUSEFI, Sahar, AGARWAL, Amit. *Tracheostomy Tube Change*. Online. *National Library of Medicine*, květen 2023. Dostupné z: StatPearls Publishing, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK555919/>. Citováno 18. 12. 2023.

13. KAPOUNOVÁ, Gabriela. *Ošetrovatelství v intenzivní péči, 2. aktualizované a doplněné vydání*. Praha: Grada Publishing, 2020. ISBN 978-80-271-1550-1.
14. KLIMEŠ, Lumír. *Slovník cizích slov*. Praha: SPN – Pedagogické nakladatelství, a. s. 2010. ISBN 978-80-7235-446-7.
15. KOCÁBKOVÁ, Eva. *Spolek pro laryngektomovaných ČR*. Online, SLET, 2018. Dostupné z: <https://www.s-let.cz/>. Citováno 05.11.2023.
16. KOŤA, Jaroslav. *Cesta k modernímu ošetrovatelství 2017: sborník příspěvků a abstrakt z odborné konference s mezinárodní účastí*. Praha, září 2017. Praha: FN Motol, 2017. Dostupné z <https://www.fnmotol.cz/wp-content/uploads/sbornik-cmo-2017.pdf>. Citováno 17. 11. 2023.
17. PLEVOVÁ, Ilona, BUŽGOVÁ, Radka, SIKOROVÁ, Lucie, ZELENÍKOVÁ, Rána. *Ošetrovatelství II. 2. přepracované a doplněné vydání*. Praha: Grada Publishing, 2019. ISBN 978-80-271-2863-1.
18. RAIMONDE, Anthony J.; WESTHOVEN, Natalie; WINTERS, Raye. *Tracheostomie*. Online. National Library of Medicine, leden 2023. Dostupné z: StatPearls Publishing, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK559124/>. Citováno 21. 08. 2023.
19. SMITH, John, JOHNSON, Mary. *The role of a nurse caregiver: Beyond traditional nursing care*. Journal of Nursing Practice, 2020. ISSN 2614-3488.
20. ŠAROUNOVÁ, Jana, KUNOVÁ, Alena, LORINCZOVÁ, Libuše, SKALOVÁ, Pavla. *Metody alternativní a augmentativní komunikace*. Praha: Portál, 2014. ISBN 978-80-262-0716-0.
21. ŠEVČÍK, Pavel. *Intenzivní medicína. 3. přepracované a rozšířené vydání*. Praha: Galén, 2014. ISBN 978-80-7492-066-0.
22. ŠPIRUDOVÁ, Lenka. *Doprovázení v ošetrovatelství I*. Praha: Grada Publishing, 2015. ISBN 978-80-247-5711-7.
23. TOMOVÁ, Šárka, KŘIVKOVÁ, Jana, BARTONÍČKOVÁ, Daniela, KUSOVÁ, Dagmar, REICHERTOVÁ, Stanislava. *Komunikace s pacientem v intenzivní péči*. Praha: Grada Publishing, 2016. ISBN 978-80-271-9539-8.
24. TÓTHOVÁ, Valerie, DOLÁK, František, HUDÁČKOVÁ, Andrea, NOVÁKOVÁ, Dita, TREŠLOVÁ, Marie. *Ošetrovatelský proces a jeho realizace. 2. aktualizované vydání*. Praha: Triton, 2014. ISBN 978-80-7387-785-9.
25. TRACHTOVÁ, Eva. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2018. ISBN 978-80-7013-590-7.

26. VEVERKOVÁ, Eva, KOZÁKOVÁ, Eva, MATEK, Jan, ZACHOVÁ, Veronika, SVOBODA, Pavel. *Ošetrovatelské postupy pro zdravotnické záchranáře II*. Praha: Grada Publishnig, 2019. ISBN 978-80-271-2676-7.
27. VÉVODA, Jiří, BÁRTOVÁ, Sylva, IVANOVÁ, Kateřina, NAKLÁDALOVÁ, Marie, PROŠKOVÁ, Eva, ŠPATENKOVÁ, Naděžda. *Motivace sester a pracovní spokojenost ve zdravotnictví*. Praha: Grada Publishing, 2013. ISBN 978-80-247-8663-6.
28. VOKURKA, Martin. *Velký lékařský slovník*. Praha: Maxdorf, 2015. ISBN 978-80-7345-456-2.
29. *Koncepce ošetrovatelství* [online]. MZČR: 2021 [cit. 16. 10. 2023]. Dostupné z: https://www.mzcr.cz/wp-content/uploads/wepub/9584/21397/Koncepce_osetrovatelstvi_vestnik_6_2021.pdf
30. WALLACE, Sarah; MCGOWMAN, Sue; SUTT, Anna-Lissa. *Benefits and option for voice resortion in mechanically ventilated intensive care unit patients with tracheostomy*. Online. Journal of the Intensive Care Society, roč. 24 (1), únor 2023. Dostupné z: Sage Journal, <https://doi.org/10.1177/17511437221113162>. Citováno 21. 11. 2023
31. ZACHAROVÁ, Eva. *Komunikace v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada Publishing, 2016. ISBN 978-80-9238-0.

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha A, Žádost o provedení výzkumu

Příloha B, Informovaný souhlas

Příloha C, Návrh brožury pro rodiny



Žádost pro oslovenou instituci

Vážený pane řediteli,

Dovolujeme si Vás požádat o povolení výzkumného šetření v NH Hospital a.s. – Nemocnice Hořovice, jež je součástí závěrečné bakalářské práce studentky Adély Stadlerové, posluchačky bakalářského studijního programu Všeobecného ošetrovatelství, Fakulty zdravotnických studií, Západočeské univerzity v Plzni.

Hlavním cílem této práce je zjistit, jaká je role sestry při komunikaci s tracheostomickým pacientem.

Vedlejším cílem práce je zmapovat, jak sestry vnímají svoje role a jejich jednotlivé prožívání při komunikaci s tracheostomickým pacientem.

Sledovaný soubor tvoří všeobecné sestry a zdravotničti záchranáři pracující na oddělení ARO/JIP. Participanti nejsou omezeni pohlavím, věkem ani délkou praxe.

Sběr dat bude proveden formou polostrukturovaného rozhovoru v prostorech Nemocnice Hořovice.

Výzkumné šetření bude provedeno s použitím postupů **anonymizace dat**, plně v souladu s etickými zásadami, aktuálně platnou *Metodikou zpracování kvalifikačních prací* fakulty a standardy akademického psaní.

Závěrečná práce je zpracována pod odborným vedením Mgr. Jany Křivkové

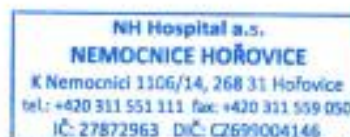
Výsledky šetření Vám po dokončení práce rádi poskytneme.

Prosíme o sdělení Vašeho rozhodnutí:


Souhlasím

Nesouhlasím

v Hořovicích dne 19.12.2023



Razítko a podpis zástupce instituce


MUDr. Raděk Majerčík
Náměstek pro lékařské preventivní péči

Příloha B, Informovaný souhlas

Informovaný souhlas s poskytnutím výzkumného rozhovoru a jeho následným vyžitím pro účely bakalářské práce

Podpisem vyjadřuji souhlas s následujícími body:

- Byl/a jsem informován/a o účelu rozhovoru, kterým je sběr dat pro potřeby výzkumu bakalářské
- Bylo mi sděleno, jak dlouho bude rozhovor a jaký bude mít průběh.
- Jsem seznámen/a s právem odmítnout odpovědět na jakoukoli otázku
- Souhlasím s nahráváním následujícího rozhovoru a jeho následným zpracováním. Zvukový záznam bude po přepsání vymazán. Transkripce bude přístupná pouze komisi u obhajoby bakalářské práce, jinak nikomu až na části citovány v textu práce, který bude volně dostupný online.
- Byl/a jsem obeznámen/a s tím, jak bude s rozhovory nakládáno. Nikde nebude uvedeno mé jméno či jiné osobní údaje, díky kterým bych mohl/a být identifikován/a.
- Informovaný souhlas nebude nikde zveřejněn
- Dávám své svolení k tomu, aby rozhovor byl použit pro potřeby bakalářské práce a některé části v ní může citovat, zvuková nahrávka a transkripce rozhovoru však bude po ukončení výzkumu smazána.

Jméno:

Příjmení:

Datum narození:

Podpis

.....

Datum

.....

Zdroj: Vlastní

NÁVRH BROŽURY PRO RODINY PEČUJÍCÍ O PACIENTY S TSK

CO TO JE TSK?

- TSK neboli tracheostomická kanyla
- je tenká kanyla, která je chirurgicky zavedena do dýchacího traktu pacienta skrz tracheostomii, což je chirurgický otvor v krku.
- TSK pomáhá pacientovi ke správnému dýchání
- Může být buď dočasná nebo trvalá
- Péče o tracheostomickou kanylu
 - dbejte na prevenci infekcí a zachování průchodnosti dýchacích cest
 - čistěte a udržujte kanylu podle pokynů lékaře
 - dodržujte její výměnu
 - kontrolujte okolí TSK

DŮLEŽITOST KOMUNIKACE

- Porozumění potřebám pacienta
 - Pacient s tracheostomií může mít omezenou schopnost mluvit
 - je důležité porozumět jeho potřebám a preferencím
- Podpora psychického zdraví
 - Omezená schopnost komunikace může mít negativní dopad na duševní zdraví pacienta
 - Poskytněte mu podporu a povzbuzení být aktivní a zapojit se do komunikace
- Najít vhodnou komunikační pomůcku
 - pomůcka by měla vyhovovat jak pacientovi, tak rodině
 - je důležité vzájemné pochopení

RADY PRO KOMUNIKACI

- Jasnou a pomalou řeč, mluvit srozumitelně
- Ujistěte se, že vaše slova jsou jednoduchá a snadno pochopitelná
- Používejte gesta a pohyby, které mohou pomoci pacientovi porozumět
- Buďte trpěliví, dejte pacientovi dostatek času na odpověď
- Zapojte se do vzdělávání, získáte tak důležité dovednosti a znalosti o péči o svého blízkého.

ZDROJE

ŠEVČÍK, Pavel. Intenzivní medicína. 3. přepracované a rozšířené vydání. Praha: Galén, 2014. ISBN 978-80-7492-066-0.

ŠAROUNOVÁ, Jana, KUNOVÁ, Alena, LORINCZOVÁ, Libuše, SKALOVÁ, Pavla. Metody alternativní a augmentativní komunikace. Praha: Portál, 2014. ISBN 978-80-262-0716-0.

NEGATIVNÍ DOPADY NA PACIENTA

- Omezení hlasu
 - Tracheostomická kanyla může omezit nebo úplně zastavit schopnost hlasu
- Obtížnost s vyjadřováním
 - Pacienti mohou mít obtížnosti s vyjadřováním svých myšlenek a pocitů
 - Může být obtížné pro ně formulovat slova nebo vytvářet věty
- Psychické dopady
 - Omezená schopnost komunikace může mít negativní dopad na duševní zdraví pacienta
 - Pacienti mohou být izolováni, úzkostní či depresivní
- Nedostatek porozumění
 - Někteří lidé mohou mít obtížnosti s porozuměním pacientům s TSK
 - to může vést k frustraci jak u pacienta, tak i u těch, kteří s ním komunikují.

JAK KOMUNIKOVAT S TSK PACIENTEM?

JAK MÁM KOMUNIKOVAT?

- Doporučíme si najít klidné prostředí, vypnout televizi, rádio, vše co by Vás rozptylovalo
- Pacient slyší a vnímá, pouze to nedokáže říct
- Na nějaké otázky stačí, aby pacient jen kýval hlavou
- Při nutnosti delší odpovědi musíme najít vhodnou pomůcku
- Vyzkoušejte řadu pomůček, které můžete buď koupit nebo vyrobit
- Mezi základní pomůcky Vám postačí obrázky s běžnými denními činnostmi
 - oblékání, jídlo, záchod, koupelna, jít ven, nebo jakékoliv činnosti co má pacient rád (to můžete vyrobit)
- Dále máme pomůcky, které můžete zakoupit nebo již máte doma a můžete je využít
 - telefon, tablety, počítač
 - tyto pomůcky jsou dobré tehdy, kdy pacient je schopný napsat sám co potřebuje
- Každý pacient preferuje jiné pomůcky, nemusíme se bát jich vyzkoušet více pro nalezení té nejvhodnější

KDE SEŽENU POMŮCKY?

- Pomůcky buď můžete koupit nebo vyrobit nebo je doma máte a nevíte o tom
- Doporučíme využívat pomůcky dle stavu pacienta
- Elektronické pomůcky
 - telefony, tablety, počítač
- Základní pomůcky
 - symboly, znaky, pyktogramy
- Mluvicí systémy
 - BigMack, BaBAR, Board marker
- Náhradní hlasové mechanismy
 - vibrační přístroj Elektrolarynx, Tracheoezofageální fistula

KDE KOUPIŤ KOMUNIKAČNÍ POMŮCKY?

- BigMack
 - <https://www.petit-os.cz/index.php/komunikatory/bigmack-detail>
- Elektrolarynx
 - <https://www.medial.cz/pro-profesionaly/pc-654-elektrolarynx>
- Komunikační obrázky, symboly
 - <https://www.ucimeseradi.cz/ne-verbalni-komunikace-obrazky/>

CO MÁM DĚLAT KDYŽ SEMNOU NECHCE KOMUNIKOVAT?

- To se může stát, není nic co by se nevyřešilo
- Jako první musíme pacienta respektovat, je to změna, na kterou si musí zvyknout
- Zkuste zjistit, zda nemá třeba nějaký technický problém s kanylou či pomůckou
- Začněte jednoduchými otázkami, na které je lehká odpověď
- Použijte vizuální pomůcky jako jsou gesta nebo obrázky k zjednodušení komunikace
- Může mu trvat déle než odpoví nebo vyjádří své myšlenky
- Buďte trpěliví a pochopte jeho těžkou situaci
- Buďte empatický a vyjádřete mu podporu a povzbuzení
- Pokud stejně nechce komunikovat, může být unavený
 - dejte pacientovi dostatek prostoru na rozmyšlení a odpočinek
- Může mít individuální důvody, proč nechce komunikovat, a proto ho musíme respektovat a projevít podporu

NEVÍTE SI RADY S NĚČÍM?

- Pokud jsou problémy akutní volejte 155
- Pokud nejsou akutní obraťte se na nemocnici, která o Vám pečovala
- Dále se můžete začlenit od různých vzdělávacích programů a klubů zaměřených na Vaší problematiku
 - spolek laryngektomovaných - na jejich stránkách najdete veškeré potřebné informace, jak ke komunikaci, tak na péči a pomůcky
 - <https://www.s-let.cz/>

ZDROJE

KAPOUNOVÁ, Gabriela. Ošetřovatelství v intenzivní péči, 2. aktualizované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing, 2020. ISBN 978-80-271-1550-1.

TOMOVÁ, Šárka, KŘIVKOVÁ, Jana, BARTONÍČKOVÁ, Daniela, KUSOVÁ, Dagmar, REICHERTOVÁ, Stanislava. Komunikace s pacientem v intenzivní péči. Praha: Grada Publishing, 2016. ISBN 978-80-271-9539-8.

Vypracovala: Adéla Stadlerová

Zdroj: Vlastní