

Šárka Tomová, Jana Křivková

Komunikace s pacientem v intenzivní péči





Šárka Tomová, Jana Křivková

Komunikace s pacientem v intenzivní péči

Upozornění pro čtenáře a uživatele této knihy

Všechna práva vyhrazena. Žádná část této tištěné či elektronické knihy nesmí být reprodukována a šířena v papírové, elektronické či jiné podobě bez předchozího písemného souhlasu nakladatele. Neoprávněné užití této knihy bude trestně stíháno.

PhDr. Šárka Tomová, Ph.D. et Ph.D., Mgr. Jana Křivková

KOMUNIKACE S PACIENTEM V INTENZIVNÍ PÉČI

Kolektiv autorů:

PhDr. Šárka Tomová, Ph.D. et Ph.D. (Ústav ošetřovatelství, 2. LF UK a FN Motol, Praha)

Mgr. Jana Křivková (Ústav ošetřovatelství, 2. LF UK a FN Motol, Praha;

Zdravotně sociální fakulta Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích)

Mgr. Daniela Bartoníčková (Jednotka intenzivní péče, Neurologická klinika 2. LF UK a FN Motol, Praha)

Mgr. Dagmar Kusová (Klinika anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny 1. LF UK a Všeobecné fakultní nemocnice v Praze)

Mgr. Stanislava Reichertová (Katedra záchranářství a technických oborů, Fakulta zdravotnických studií Západočeské univerzity v Plzni)

Recenze:

PhDr. Vlasta Dvořáková, PhD., Mgr. Zuzana Pražáková

Vydání odborné knihy schválila Vědecká redakce nakladatelství Grada Publishing, a.s.

© Grada Publishing, a.s., 2016

Cover Photo © Allphoto, 2016

Vydala Grada Publishing, a.s.

U Průhonu 22, Praha 7

jakou svou 6437. publikaci

Odpovědná redaktorka Mgr. Ivana Podmolíková

Sazba a zlom Karel Mikula

Perokresby Michal Sýkora

Fotografie Mgr. Jana Křivková, PhDr. Šárka Tomová, Ph.D. et Ph.D.

Počet stran 136

1. vydání, Praha 2016

Vytiskla Tiskárna v Ráji, s.r.o., Pardubice

Autorky děkují ARO JIP Domažlická nemocnice, a.s., Kozínova 292, Domažlice 344 22, za zapůjčení pomůcek.

Názvy produktů, firem apod. použité v knize mohou být ochrannými známkami nebo registrovanými ochrannými známkami příslušných vlastníků, což není zvláštním způsobem vyznačeno.

Postupy a příklady v této knize, rovněž tak informace o lécích, jejich formách, dávkování a aplikaci jsou sestaveny s nejlepším vědomím autorů. Z jejich praktického uplatnění však pro autory ani pro nakladatelství nevyplývají žádné právní důsledky.

ISBN 978-80-271-9540-4 (ePub)

ISBN 978-80-271-9539-8 (pdf)

ISBN 978-80-271-0064-4 (print)

Obsah

Předmluva	9
Úvod	10
1 Šárka Tomová	
Význam komunikace v ošetrovatelské péči	11
1.1 Pohled na komunikaci z hlediska teorie osobnosti	16
1.2 Postavení komunikace v ošetrovatelské péči	19
1.3 Komunikační cyklus	22
1.4 Komunikační bariéry v ošetrovatelské péči	26
1.5 Faktory ovlivňující komunikaci s pacienty	28
1.6 Komunikační dovednosti zdravotnického pracovníka	30
1.6.1 Verbální komunikace	31
1.6.2 Neverbální komunikace	34
1.6.3 Paralingvistická komunikace	43
1.7 Evalvační a devalvační projevy v komunikaci zdravotnického pracovníka	46
1.8 Komunikace činem	46
1.9 Aktivní naslouchání	47
2 Daniela Bartoníčková, Šárka Tomová	
Význam komunikace v intenzivní ošetrovatelské péči	52
2.1 Postavení komunikace v intenzivní ošetrovatelské péči	52
2.2 Uplatnění komunikačního cyklu v intenzivní ošetrovatelské péči	55
2.3 Komunikační bariéry v intenzivní ošetrovatelské péči	56
3 Jana Křivková	
Pacient v intenzivní ošetrovatelské péči	58
3.1 Definice základních pojmů	58
3.2 Pomůcky k zajištění dýchacích cest	62
3.2.1 Vymezení pojmu tracheotomie, tracheostomie, tracheostomická kanyla (TSK)	64

4	Jana Křivková	
	Komunikační strategie v intenzivní ošetrovatelské péči	70
4.1	Podmínky komunikace v intenzivní ošetrovatelské péči	70
4.1.1	Skórovací systémy vědomí v intenzivní péči	73
4.2	Komunikační metody u pacienta v intenzivní ošetrovatelské péči	80
4.2.1	Komunikační metody u pacienta na UPV farmakologicky sedovaného a pacienta s kvantitativní poruchou vědomí	80
4.2.2	Komunikační metody u pacienta na UPV bez farmakologické sedace	82
4.2.3	Specifika komunikace u tracheostomovaných pacientů spontánně dýchajících	91
4.2.4	Alternativní komunikační metody u pacientů s tracheostomií	95
4.2.5	Náhradní hlasové mechanismy	98
5	Dagmar Kusová	
	Bazální stimulace jako forma komunikace v intenzivní péči	100
5.1	Definice pojmu bazální stimulace	100
5.2	Komunikace v konceptu bazální stimulace	101
5.2.1	Biografická anamnéza	103
5.3	Prvky bazální stimulace	104
5.3.1	Somatická stimulace	104
5.3.2	Vestibulární stimulace	110
5.3.3	Vibrační stimulace	111
5.3.4	Optická stimulace	111
5.3.5	Auditivní stimulace (sluchová)	112
5.3.6	Orální stimulace (senzorky dutiny ústní, chuťových vjemů)	112
5.3.7	Olfaktorická stimulace (čichová)	113
5.3.8	Taktilně-haptická stimulace (hmatová)	113
6	Stanislava Reichertová, Jana Křivková	
	Participace rodiny v procesu komunikace v intenzivní ošetrovatelské péči	114
6.1	Význam rodiny při hospitalizaci pacienta na odděleních intenzivní péče	114
6.2	Komunikace mezi sestrou a rodinou	115
6.3	Účast rodiny při ošetrovatelské intenzivní péči	118

Závěr	.120
Seznam zkratek	.122
Seznam literatury	.123
Rejstřík	.130
Souhrn	.133
Summary	.134

Předmluva

Téma komunikace ve zdravotnictví je v současné době často skloňovaný problém, který vnímají pacienti jako opomíjený a zdravotníky podceňovaný. Publikací na dané téma se na trhu nachází poměrně široké spektrum. Autorky tohoto textu nás však uvádějí do problematiky komunikace v intenzivní péči, která je velmi specifická a vyžaduje komplexní znalost strategie přístupu k pacientům, kteří jsou odkázáni např. na umělou plicní ventilaci či život s tracheostomií. Sestra se tak učí dešifrovat sdělení pacienta a identifikovat signály, ať už jsou to pouhé pokusy o slova, nebo řeč jeho „spoutaného“ těla. Čtenář má možnost díky tomuto textu získat praktické rady, např. jak funguje hlasový aparát, jaké lze použít pomůcky či škály u pacienta s různým stupněm porušeného vědomí a vlivem sedace nebo jakou nejvhodnější komunikační metodu u takových pacientů je možné zvolit. Na základě příkladů z reálných situací, zvláště těch chybných, se můžeme naučit vyhnout negativně působícím obrátům, jež mohou snadno vyvolávat nedorozumění či neadekvátní reakce obou zúčastněných. Autorky do komunikování v intenzivní péči neopomněly zahrnout ani prvky bazální stimulace a návod, jak poučit rodinu v kontaktu s jejich blízkým v náročném prostředí intenzivní péče.

Přeji vám, čtenářům, ať je pro vás tato monografie inspirací, zdrojem k zamyšlení (a to i díky vhodně vybraným citátům známých osobností) a popudem k neustálé kultivaci lidské komunikace nejen za branami zdravotnických zařízení, ale i v běžném každodenním životě.

*PhDr. Hana Svobodová, Ph.D.
přednostka Ústavu ošetrovatelství
3. lékařské fakulty UK, Praha*

Úvod

V současné době je posuzování kvality ošetrovatelské péče součástí řady světových, evropských nebo národních šetření, jejichž nedílnou součástí je zjišťování spokojenosti pacienta se vzájemnou komunikací se zdravotnickým personálem. S rozvojem společnosti zaměřené na výkon, podmínkami zdravotnické péče a systémem financování se mění i přístup zdravotnických pracovníků, potažmo sester, k pacientovi.

Vztah mezi sestrou a pacientem je utvářen prostřednictvím komunikace. Opravdovost, trpělivost, otevřenost, srozumitelnost, jasnost, výstižnost jsou těmi atributy v interakci, které pomáhají vytvářet důvěrný a pozitivní vztah mezi aktéry komunikační výměny. Záměrem předkládané knihy je ukázat obsahovou složitost komunikace, její funkci v sociální interakci, podat přehled komunikačních strategií v ošetrovatelské péči a zaměřit pozornost na možnosti a techniky komunikace u pacientů, kteří vyžadují intenzivní ošetrovatelskou péči. Neméně významným záměrem je nastínit problematiku komunikace v intenzivní ošetrovatelské péči a poukázat na nevyhnutelnost osobní vnímavosti, citlivosti a otevřenosti vůči pocitům pacienta i vůči sobě samému.

V profesionální komunikaci jde o uplatňování přístupu „zaměřeného na člověka“, který zavedl americký psycholog Carl R. Rogers. Vychází z vnitřního vztažného rámce osobnosti jedince, z jeho sebepojetí. Podporuje dovednost akceptovat pacienta, schopnost empatie a autenticity ošetřující osoby. Porozumění slovní i mimoslovní interakci, různým typům verbálních projevů, běžně užívaných gest, mimiky, zvuků a jiných informačních prostředků, přemýšlení o nich, adekvátní reagování na ně a jejich vhodné a přiměřené využívání k vlastnímu výstižnému a kultivovanému vyjadřování, způsobilost pro zvládání konfliktu, způsobilost řídit a regulovat citové prožívání můžeme označit jako komunikativní kompetence, jejichž osvojování a trvalé upevňování je nezbytnou součástí celoživotního vzdělávání sester a všech zdravotnických pracovníků v tomto náročném povolání.

„Plně porozumět myšlenkám a pocitům druhého, včetně významů, které pro něho mají, a být tímto druhým člověkem také sám plně chápán, to je jeden z nejhodnotnějších a nejvzácnějších lidských prožitků.“

Carl R. Rogers

1 Význam komunikace v ošetrovatelské péči

Šárka Tomová

„Zdravý člověk má mnoho přání, nemocný jen jedno.“
indické přísloví

Od doby před 2300 lety, kdy Aristoteles položil základy úspěšné lidské komunikace, se naše základní hodnoty příliš nezměnily. Jeho nejvlivnější teorie se týká přesvědčivosti v komunikaci s druhými. Aristoteles tvrdil, že jakákoliv přesvědčivá promluva – ať již k jednomu člověku, nebo ke stovkám lidí – může být zábavná, hodna zamyšlení, výmluvná či jakákoliv. Pro dosažení přesvědčivosti je podle Aristotela třeba tří různých typů důkazů:

- **Ethos** (etický) – vztahuje se k mluvčímu a jeho povaze, jak se ukazuje prostřednictvím komunikace, odkazuje se k upřímnosti, již daná osoba hovoří. Borg (2007) v této souvislosti dodává, že upřímnost je důležitá, pokud chceme pracovat s empatií. Empatie je založena na důvěře, nastává mezi lidmi, existuje ve vztazích, ne v osobnosti člověka. Důvěryhodnost posunuje vztah dopředu, navázání důvěry mezi sestrou a pacientem je jedním z předpokladů kvalitní ošetrovatelské péče, jež odpovídá současným požadavkům moderní zdravotnické péče.
- **Pathos** (emocionální) – vztahuje se k emocím, které posluchač cítí. Podle Aristotela přesvědčení přichází skrze posluchače, jakmile promluva zasáhne jejich emoce. Z toho vyplývá, že je nutné zapůsobit na emoce posluchače, abychom byli přesvědčiví. Vnímavost sloužící ke zjištění opravdových pocitů lidí, se kterými se jedná, neboli empatie je základem většiny úspěšných vztahů. Odborníci v oboru behaviorálních věd si v posledních letech povšimli dvou vlastností, jež opakovaně vykazují schopnost posílit proces komunikace, a tím i úspěch jedince pro získávání lidí ke svému úhlu pohledu. Těmito vlastnostmi jsou empatie a upřímnost.
- **Logos** (logický) – vztahuje se k samotným slovům mluvčího, jde o výběr slov, faktů, jež uvádí Aristoteles jako důležité pro získání stejného úhlu pohledu posluchače a mluvčího (Borg, 2007).

Problematika komunikace je v dnešní době jednou z nejfrekventovanějších oblastí oborů psychologie, ošetrovatelství, medicíny, ale i dalších společenskovedních oborů. Komunikace (lat. *communicare* – radit se s někým, dorozumívat se, činit něco společným, společně něco sdílet) není jednoznačně definována (Vybíral, 2009). Jde o specifickou formu spojení mezi lidmi prostřednictvím předávání a přijímání informací. Již Galileo Galilei tvrdil, že člověk se může naučit jen tomu, k čemu nalezne sám v sobě schopnost. K tomu, aby člověk v sobě našel schopnost komunikovat, můžeme pomoci nejrozličnějšími prostředky (Linhartová, 2007). V komunikaci nejde jen o přechod informace od odesílatele k příjemci, ale také o náš podíl na celku komunikace třeba jen tím, že jsme přítomni, což je aspekt v interakci sestra–pacient z pohledu pacienta zvláště významný. Někteří psychologové rozumějí komunikační výměnou jak sdělování, tak sdílení. Rieger a Vyhnálková (1996, s. 90) vyjadřují svůj náhled na sdílení takto: „*Sdílení vyjadřuje, jak je sdělení prožíváno, jaké emoční zaujetí a intenzitu emocí sdělení vzbuzuje. Týká se všech zúčastněných... Sdílení neznamená přijetí... může probíhat i tehdy, když se sdělovatelem nesouhlasíme.*“ Tubbs se dívá na komunikaci jako na „*proces vytváření významu mezi dvěma nebo více lidmi*“ (In Vybíral, 2009, s. 27).

Vymětal (2008, s. 22) v celém přehledu definic komunikace uvádí např. komunikaci jako „*proces přenosu a výměny informací v jakékoliv formě, realizovaný mezi lidmi a projevující se nějakým účinkem*“. Na tomto místě uvádíme **tři základní vztahy komunikace** z hlediska sociální psychologie:

- souvislost komunikace a vzájemného působení
- souvislost komunikace a společné činnosti
- souvislost komunikace a společenských vztahů (Janoušek, 2010)

Komunikace není osobnostní charakteristikou jedince, komunikaci se musíme učit. Jak z výše uvedených vybraných definic vyplývá, je to proces, který má jedinci stále co přinášet, o co ho obohacovat. Není to něco, co by se člověk mohl jednorázově naučit. Komunikaci je nutné chápat jako nekončící proces, který rozvíjí každého z nás. Právě sociální rozměr komunikace je základním pilířem v práci sestry. Vnímání pacienta, jeho potřeb, rozhodování a spolupráce jsou aktivity, které prokazují vyspělost komunikačních dovedností každého zdravotnického pracovníka.

Vnější a vnitřní kontext komunikace

Znalost vnějších i vnitřních komunikačních kontextů je základním předpokladem vzájemného porozumění a úspěšného dorozumění mezi lidmi. Většinou víme, s kým hovoříme, uvědomujeme si prostředí, v němž k dialogu dochází, reagujeme s určitou časovou prodlevou, v níž to, co jsme slyšeli či viděli, převádíme do svého kognitivního způsobu porozumění, přiřazujeme nové informace k již dříve vytvořeným strukturám, třídíme v myšlenkách to, co jsme přijali a co odpovíme, čelíme časovému tlaku, sami se nacházíme v momentálním emočním rozpoložení, tělesné pohodě nebo diskomfortu (Vybíral, 2009). V ošetrovatelské péči tyto souvislosti vystupují do popředí naléhavěji, jelikož jde o proces dorozumění s pacientem v intenzivní péči, částečně či zcela odkázaného na naši pomoc. Vnitřním kontextem jsou vstupní informace, vstupní zadání, z pohledu psychologického jsou to naše dosavadní zkušenosti, paměť, způsoby myšlení, schémata přístupu k řešení problému, postoje, fantazie, emoční naladění. Vnitřní kontext tvoří „*všechny vnitřní podněty přicházející z minulosti a z přítomnosti, které nás informují o světě*“ (Tubbs, 2000, s. 8). Vnitřní kontext se přitom neustále vyvíjí, proměňuje, doplňuje dalšími zážitky, zkušenostmi, emocemi, vztahem ke komunikačnímu partnerovi, vlastními osobnostními rysy atd. Vnější kontext může být ve své podstatě sociálně psychologický, kulturní, jazykový, společensko-politický, technologický apod. (Vybíral, 2009).

„Díky nemoci známe hodnotu zdraví, díky zlu hodnotu dobra, díky hladu sytost, díky únavě odpočinek.“

Hérakleitos

Vezmeme-li v úvahu další přítomné aspekty komunikace, tak ve zdravotnickém prostředí, ve kterém se odehrává interakce zdravotnického pracovníka s pacientem, se znásobuje jejich význam. Komunikaci nejčastěji ovlivňují: *časové ohraničení* (kdy došlo ke komunikačnímu setkání s pacientem, jaký časový úsek je mu věnován); *prostor a prostorové uspořádání* (došlo k setkání na chodbě, před pacienty, v soukromí); *význam obsahu komunikace pro pacienta, přítomnost emocí, vztah mezi komunikujícími* (komunikace např. u dlouhodobě hospitalizovaných, komunikace s někým, koho neznáme apod.); *sociální situace* (přítomnost či nepřítomnost toho, o kom mluvíme, rodina, systém vztahů na pracovišti, kultura skupiny); *existence kontinuity*

(mít možnost se k tématu vrátit); *míra shody jazyka, způsob vzájemného chápání, stereotypy, věk, pohlaví účastníků komunikace, pozice z hlediska moci* (Vybíral, 2009; Mikuláščík, 2010). Nejvýraznějším aspektem v komunikaci se jeví aspekt vztahový, který se přímo podílí na založení vztahu důvěry sestry a pacienta jako výchozího bodu pro úspěšnou komunikaci. Každá komunikační výměna se skládá ze 6 základních složek: sdělujeme obsah, vyjadřujeme svůj postoj ke sdělovanému, vyjadřujeme svůj postoj k příjemci, s nímž komunikujeme, vyjadřujeme své emoce, sdělujeme další atributy o sobě samém (trpělivost, rozhodnost, ohleduplnost aj.) a v neposlední řadě sdělujeme svou představu o dalším průběhu komunikace. Existuje rozdíl mezi komunikací *supportivní*, při níž je vztah jednoho komunikujícího k druhému takový, že podporuje jeho myšlenky, úvahy, rozvoj; a komunikací *defenzivní* (podezřívavou, uzavřenou, staženou). Americký psycholog Watzlavick rozebírá dvě roviny komunikace: *vztahovou a obsahovou*. Prokazuje, jak při mnoha nedorozuměních v komunikaci je nejvýhodnějším řešením rozdělit komunikaci na vztah mezi komunikujícími a analýzu obsahu (Vybíral, 2009). Yalom (2004, s. 109) vyjádřil tuto myšlenku zjednodušeně: „*V konverzaci spočívá obsah v aktuálně použitých slovech, v podstatě toho, o čem se hovoří. Proces však znamená, jakým způsobem je obsah vyjadřovaný, a zejména – co tento způsob vyjadřování říká o vztahu mezi participujícími lidmi.*“ Rozdíl mezi těmito dvěma pojetími komunikace může vést k nedorozumění a možnému konfliktu. Narušený vztah mezi komunikujícími může výrazně ovlivnit shodu a dohodu i ve zdánlivě jednoduchých obsazích. Soupeření a netrpělivost mohou silně narušit obsahovou kvalitu komunikace a člověk má sklon nesouhlasit s navrhovaným, nedodržovat doporučení ani dobře míněné rady.

Funkce komunikace

Každá komunikační výměna má svůj účel, smysl, funkci, kterou chce splnit nebo bezděčně plní. Dopadem na příjemce dostává komunikace svůj smysl. Na tomto místě uvedeme ty funkce komunikace, jež mají bezprostřední význam ve vzájemném kontaktu sestry a pacienta. Mezi základní funkce komunikace patří:

- **informativní** – předat zprávu, doplnit, oznámit, předat fakta; tvoří podstatnou část vzájemného setkávání sestry s nemocným ve všech složkách ošetrovatelské péče