

VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ, o.p.s., PRAHA 5

**VERBÁNÍ A NEVERBÁLNÍ KOMUNIKACE
S PACIENTEM NA JEDNOTCE INTENZIVNÍ PÉČE**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

IVANA PETROVÁ

Stupeň kvalifikace: Bakalář

Komise pro studijní obor: Všeobecná sestra

Vedoucí práce: PhDr. Eva Kymrová

Praha 2013



VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ, o.p.s.
se sídlem v Praze 5, Duškova 7, PSČ 150 00

Petrová Ivana
3. A VS

Schválení tématu bakalářské práce

Na základě Vaší žádosti ze dne 11. 4. 2012 Vám oznamuji
schválení tématu Vaší bakalářské práce ve znění:

Verbální a neverbální komunikace s pacientem na jednotce
intenzivní péče

*Verbal and Nonverbal Communication with Patient in Intensive
Care Unit*

Vedoucí bakalářské práce: PhDr. Eva Kymrová

V Praze dne: 3. 9. 2012

prof. MUDr. Zdeněk Seidl, CSc.
rektor

PROHLÁŠENÍ:

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a všechny použité zdroje literatury jsem uvedla v seznamu použité literatury.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své bakalářské práce ke studijním účelům.

V Praze dne

podpis

PODĚKOVÁNÍ

Chtěla bych velmi poděkovat PhDr. Evě Kymrové za její laskavý, citlivý, trpělivý přístup a cenné rady při zpracování mé bakalářské práce. Mé poděkování za ochotu a čas strávený při konzultacích k mé práci patří i vrchní sestře interního oddělení Nemocnice Na Homolce Mgr. Evě Pipkové.

V neposlední řadě děkuji všem, kteří svou trpělivostí a ochotou pomohli k vytvoření této práce.

ABSTRAKT

PETROVÁ, Ivana. *Verbální a neverbální komunikace s pacientem na jednotce intenzivní péče*. Vysoká škola zdravotnická, o.p.s. Stupeň kvalifikace: Bakalář (Bc.). Vedoucí práce: PhDr. Eva Kymrová. Praha.2013.59s.

Hlavním tématem bakalářské práce je verbální a neverbální komunikace s pacientem na jednotce intenzivní péče. V teoretické části se zabýváme komunikací jako takovou a komunikací s pacientem.

Praktická část práce se zabývá ošetrovatelským procesem, rozpracováním jeho složek, stanovení ošetrovatelských diagnóz, realizací, zhodnocením intervencí a komunikací v ošetrovatelské praxi. Zde jsme volili model dle Marjory Gordonové.

Klíčová slova

Etické principy v komunikaci. Komunikace s pacientem na JIP. Komunikační bariéry. Neverbální komunikace. Ošetrovatelský proces. Verbální komunikace.

ABSTRACT

PETROVÁ, Ivana. *Verbal and non-verbal communication with the patient in the intensive care unit*. The College of Nursing, o.p.s. Degree of qualification: Bachelor (Bc.). Head of the thesis: PhDr. Eva Kymrová. Prague.2013.59p.

The main theme of this bachelor thesis is verbal and non-verbal communication with the patient in the intensive care unit. In the theoretical part deals with communications in general and communications with the patient.

The practical part of the thesis deals with the nursing proces, development of its components, determine the nursing diagnoses, implementation, evaluation of interaction and communication in nursing practice. Here we used the model by Marjory Gordon.

Keywords

Ethical principles in communication. Communication with the patient in intensive care. Communication barriers. Non-verbal communication. Nursing proces. Verbal communication.

OBSAH

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ

SEZNAM TABULEK

ÚVOD.....	11
TEORETICKÁ ČÁST	13
1 KOMUNIKACE.....	13
1.1 Charakteristika komunikace.....	13
1.2 Komunikace z pohledu ontogeneze	14
1.3 Komunikační proces.....	15
1.4 Faktory ovlivňující komunikaci	16
1.5 Verbální komunikace	17
1.6 Neverbální komunikace	18
2 KOMUNIKAČNÍ BARIÉRY VE ZDRAVOTNICTVÍ	21
2.1 Komunikační bariéra sestra – pacient	21
2.2 Komunikační bariéra pacient – sestra	24
3 KOMUNIKACE S PACIENTEM NA SPECIALIZOVANÉM ODDĚLENÍ JIP ..	29
3.1 Verbální a neverbální komunikace s pacientem v bezvědomí na JIP	30
3.2 Verbální a neverbální komunikace s pacientem při vědomí na JIP	31
3.3 Etické principy v komunikaci	32
PRAKTICKÁ ČÁST	35
4 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTA NA JIP.....	35
4.1 Identifikační údaje.....	35
4.2 Lékařské anamnézy	35
4.4.1 Stav při příjmu	36
4.4.2 Medicínské diagnózy.....	37
4.4.3 Léčebný plán.....	38
4.3 Ošetrovatelská anamnéza dle modelu Marjory Gordonové	38
4.4 Ošetrovatelské diagnózy dle priorit pacienta	44
4.5 zhodnocení ošetrovatelského procesu	53
5 DOPORUČENÍ PRO PRAXI.....	54
ZÁVĚR	56
Seznam použité literatury	57
Seznam příloh	

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

BMI – body mass index, index tělesné hmotnosti

CA – karcinom - zhoubný nádor, rakovina

CŽK – centrální žilní katétr

DF – dechová frekvence

i.v. – intravenózní

JIP – jednotka intenzivní péče

NGS – nasogastrická sonda

PET – pozitronová emisní tomografie

PŽK – periferní žilní katétr

s.c. – sub cutánně, podkožně

TF – tepová frekvence

TK – krevní tlak

TT – tělesná teplota

SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ

Dehiscence - rozestup, rozšklebení operační rány

Diabetes mellitus - cukrovka; choroba z nedostatku inzulinu

Duodenopancreatectomie - Whippleova operace – při karcinomu oblasti a hlavy pankreatu; odstraňuje se distální třetina žaludku, duodenum a hlava pankreatu

Gastroenteroanastomózy - chirurgické napojení žaludku na střevní kličku

Hypertenze - zvýšený krevní tlak

Ileus - neprůchodnost střev

Kachexie – patologické zhubnutí a silná celková sešlost

Mezogastrium - krajina středního břicha zhruba v okolí pupku

Pancreas – slinivka břišní

Píštěl - abnormální kanálek tvořící komunikaci mezi dutinou a jejím povrchem. Dutinou může být patologický útvar např. absces nebo dutý orgán např. střevo, močový měchýř, céva. P. vzniká nejčastěji jako následek zánětu, nádoru či úrazu.

Stomie – vyústění orgánu na povrch těla

Tachykardie - zrychlená srdeční činnost

Tunelizovaný katétr – provlečený katétr podkožím pro dlouhodobé používání např. při chemoterapiích pro vpravení cytostatik.

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1 - Přibližný růst slovní zásoby.....	16
Tabulka 2 – Identifikační údaje.....	35
Tabulka 3 – Farmakoterapie.....	38

ÚVOD

Komunikace nás provází každý den po celou dobu našeho života. Bereme ji jako něco zcela přirozeného, situaci, kdy bychom se se svým okolím nemohli domlouvat si tak většinou ani nepředstavujeme, ba co víc, vůbec si ji nepřipouštíme. O to víc pak ale bývá člověk zaskočen, když takováto situace nastane.

Tato bakalářská práce je zaměřena na komunikaci s pacienty jednotky intenzivní péče interního oddělení, kde se se zhoršenými komunikačními schopnostmi nepochybně setkáváme. Ty jsou v takovémto prostředí způsobeny mnoha faktory. Pacient je ovlivněn pro něj stresujícím prostředím s řadou neznámých přístrojů, „hadiček“, nových, často nepříjemných vjemů, nemocničním řádem, zákroky a vyšetřeními. Je odloučen od domova a od svých blízkých. Může trpět velkými bolestmi, být pod medikací nebo dokonce v bezvědomí.

Ze všech výše uvedených důvodů jasně vyplývá, jak důležitá je znalost sester všech forem komunikace. Ne s každým pacientem se můžeme domluvit verbálně, ne každý pacient bez problémů pochopí obsah sdělení. Práce sestry by proto měla být hlavně o trpělivosti, snaze o rozvoj komunikačních schopností pacienta a spolupráci s ním. Vždy by měla usilovat o pochopení potřeb pacientů, protože bez jejich naplnění často selhává celý léčebný proces.

Na pacienty už dávno není pohlíženo jen jako na biologické tělo, ve kterém je třeba něco opravit, ale díky holistickému přístupu se pacient stal jakousi bio-psycho-sociální jednotkou, proto pochopení nejen jeho potřeb ale i obav výrazně ovlivňuje vzájemnou spolupráci mezi sestrou a pacientem. Nikdy se také nesmí zapomínat na důležitost zpětné vazby, která zdravotnický personál nejen informuje o tom, zda je pacient sdělení rozuměl či nikoliv, ale také ho obohacuje o pacientovo prožívání daného stavu, zkušenosti a vlastní vytvořené názory.

Překonání všech komunikačních bariér je proto pro sestru prioritou číslo jedna. Jen tehdy je možné pacienta léčit a vyléčit.

Bakalářská práce je rozdělena na dvě části – teoretickou a praktickou. Teoretická část se zabývá komunikací jako takovou obecně a komunikací s pacientem. Praktická

část je zaměřena na použití a využití komunikace v praxi, konkrétně se věnuje ošetrovatelskému procesu a na ní aplikovanému ošetrovatelskému modelu podle Marjory Gordonové. Tento model byl pro práci vybrán, protože nejvíce a nejlépe podporuje komunikaci s pacientem a zaručuje nejvhodnější sběr údajů. Cílem práce by mělo být zhodnocení komunikace mezi sestrami a pacientem v běžné ošetrovatelské praxi, poukázat na nejčastější komunikační bariéry a vymyslet jak tyto bariéry odstranit.

TEORETICKÁ ČÁST

1 KOMUNIKACE

1.1 Charakteristika komunikace

Komunikace je v obecné rovině definována jako sdělování informace prostřednictvím signálů a prostředků: ústně, písemně, mimikou, gesty a dalším neverbálním chováním. Probíhá mezi dvěma a více lidmi, dále pak pomocí tisku, rozhlasu a jiných médií (JANÁČKOVÁ, WEISS, 2008, s. 11).

Komunikace je slovo odvozené z latinského výrazu „communicare“, které volně přeloženo znamená „dělat něco společně, radit se, vyjednávat“. Tato definice již sama o sobě napovídá o tom, že člověk se právě schopností dorozumívát se s ostatními jedinci kolem sebe zásadně odlišuje od jiných živých tvorů na planetě. Je sice nepopíratelnou pravdou, že určitě dorozumívací nástroje znají i zvířata, schopnost domluvit se s ostatními jim však chybí.

Komunikace je proto základní společenskou interakcí mezi lidmi, všeobecným jevem lidské společnosti a přímým regulátorem mezilidských vztahů. Obecně řečeno, nebýt schopnost komunikace, žádné mezilidské vztahy, ať už kladné nebo záporné, by nebyly možné bez možnosti vzájemně si sdělovat a vyměňovat informace nebo vyjadřovat své pocity. V lidské společnosti by nemohly vznikat sociální skupiny, které jsou velmi důležité pro vývoj každého jedince. Komunikace tak každému z nás pomáhá v uspokojování potřeby sociálního styku.

Komunikace je také definována jako děj. Jejím cílem je vždy snaha o vyvolání odpovědi osoby, které mezi sebou komunikují, vždy se vzájemně ovlivňují, vyměňují si mezi sebou nové informace, proto lze říci, že komunikace se dělí na užitečnou a neužitečnou.

V případě užitečné komunikace, která podporuje sdělování a výměnu nejen informací, ale i myšlenek a pocitů mezi všemi zúčastněnými stranami rovnoměrně, je jedinec této komunikační výměny zúčastněným, obohacen a připraven pro novou

komunikaci v rámci jiné sociální skupiny. Naproti tomu komunikace neúčinná výměnou informací brzdí nebo i zcela znemožňuje, což může být způsobeno odlišnými názory účastníků na danou věc, nebo jejich vzájemnou nesnášenlivostí. Přesto je pro vývoj každého lidského jedince tento druh komunikace stejně důležitý, jako kterýkoliv jiný.

Bez schopnosti vyjadřování a formulování svých myšlenek a tvoření dohod, by zkrátka člověk přišel o to, co ho „dělá člověkem“ a ocitl by se na úrovni tvorů živočišné říše. Proto by za tuto schopnost vlastní pouze lidem měl být vděčný každý jedinec na světě bez rozdílu (BOROŇOVÁ, 2010).

1.2 Komunikace z pohledu ontogeneze

Ontogeneze lidské řeči je nauka, která zkoumá a srovnává vývoj a změny verbálních komunikačních schopností každého lidského jedince od jeho početí až do smrti.

Lidská řeč se začala vyvíjet z prvotních neartikulovaných skřetů našich dávných předků. Prvními projevy „vlastního já“ se staly nahodilé zvuky, připomínající samohlásky i souhlásky, kterými lidští předci vyjadřovali své pocity. Zajímavé je, že tento hlasový materiál zůstal ve své nezměněné podobě u lidských nemluvňat, která ho tak využívají, než se začnou učit současné lidské řeči. Ta v sobě uchovává všechny základní vlastnosti svého vývoje, což se projevuje její plynulostí se zřetelnými stádii charakteristických znaků, které se utvářeli sporadickým užíváním řeči.

Ontogeneze řeči se dělí na vývoj kvalitativní, který probíhá zhruba od přelomu třetího a čtvrtého roku dítěte, které je v té době schopno obsahově i formálně vyjádřit své myšlenky, a vývoj kvantitativní, který u lidského jedince probíhá prakticky celý život a zahrnuje jeho neustálé obohacování slovní zásoby (JANÁČKOVÁ, WEISS, 2008).

Tabulka 1- Přibližný růst slovní zásoby

Věk (v letech)	Počet slov
1	3
2	272
3	896
4	1540
5	2072
6	2562
7	18633
11	26468
15	30236
19	33540

Zdroj: JANÁČKOVÁ, WEISS, 2008, s. 13

1.3 Komunikační proces

Komunikační proces probíhá v určitém časovém sledu, prostředí a za určitých podmínek. Rovnoměrně v něm jsou zastoupeny jednotlivé složky, které se vzájemně prolínají:

- Odesílatel (komunikátor) – osoba nebo skupina osob, která chce zprostředkovat zprávu druhé osobě nebo skupině.
- Zpráva (komuniké) – může být sdělena ústně nebo písemně, obsahuje myšlenky, názory, potřeby, postoje, emoce a problémy odesílatele.
- Příjemce (komunikant) – osoba, jenž musí být přizpůsoben jejím komunikačním schopnostem a znalostem, aby byl příjemce schopen významu zprávy porozumět
- Komunikační kanál – způsob přenosu informace, který se dělí podle toho, zda mezi komunikujícími vzniká nebo nevzniká přímý kontakt, na bezprostřední a zprostředkovaný.
- Odpověď (reakce, zpětná vazba) – způsob ověření, zda příjemce porozuměl přijaté informaci. Zpětná vazba může být kladná nebo záporná, vyjádřena může být verbálně i neverbálně.
- Kontext, prostředí – kontext sdělení bývá určován významem verbálních a neverbálních informací. Stejně sdělení tak může v daném kontextu vyznít

rozdílně. Hlediska kontextu se dělí na fyzické – konkrétní prostředí; kulturní – životní styl, přesvědčení; sociálně – psychologické – vyplívá ze vztahu mezi odesílatelem a příjemcem; časové – posloupnost a následnost podání informací (BOROŇOVÁ, 2010; PLAMÍNEK, 2008).

-

1.4 Faktory ovlivňující komunikaci

- **Prostředí, jazyk, věk, vzdělání apod.**
- **Schopnosti komunikujících** – Schopnost mluvit, vidět, poslouchat a porozumět podnětům ovlivňující komunikaci. Příjemce musí být schopen danou zprávu interpretovat
- **Vnímavost** – Každý člověk jakožto jedinečná osobnost s určitými hodnotami a životními zkušenostmi, vnímá a interpretuje zprávy odlišně od ostatních. V tomto případě je nutné opravit vjem příjemce
- **Vzdálenost** – Osobní prostor, který člověku vyhovuje při komunikaci s jinými lidmi
- **Teritorialita** – Prostor a věci, který jedinec považuje za svůj vlastní
- **Čas** – Události, které předcházejí vzájemnému působení, nebo následovali po něm, například čekání v čekárně
- **Prostředí** - Lépe se komunikuje v příjemném prostředí. Teplotní extrém, nadměrný hluk nebo malá ventilace vzduchu, mohou být překážkou v komunikaci
- **Postoj** – Mohou vyvolat představy, názory a pocity o lidech a událostech a to přesvědčivě a rychle.
 - o Pozornost a vřelost tzn. Emocionální blízkost, přátelství, zájem, projevující se úsměvem a pozorností
 - o Úcta zdůrazňuje hodnotu a individualitu jiného člověka projevující se soustředěným poslechem druhého, i když s ním nesouhlasíme
 - o Přijetí vyjadřuje neutralitu názoru
 - o Povýšenost znamená nadřazenost jednoho člověka nad druhým
- **Postavení a vztahy** – Struktura vět, výběr slov a tón hlasu se liší podle toho, kdo má jaké postavení

- **Emoce** – Pokud je příjemce zprávy pod vlivem emocí, může z ní velkou část přeslechnout, nebo ji špatně interpretovat
- **Sebeúcta** – Lidé, kteří si váží sami sebe, komunikují sebevědomě a jejich verbální projev se shoduje s neverbálním (BOROŇOVÁ, 2010).

1.5 Verbální komunikace

Verbální komunikace je sdělování informace pomocí slov. Mluvení lze definovat jako vyjadřování myšlenek artikulovanou řečí konkrétním jazykem. Řeč, tj. schopnost určitého společenství dorozumívat se určitým jazykem, je jednou z nejdůležitějších forem sociální komunikace (JANÁČKOVÁ, WEISS, 2008, s. 15).

Rozhovor

Jako rozhovor označujeme záměrný jazykový styk, který spolu navazují dvě a více osob. Rozhovor probíhá v konkrétní předmětné a sociální situaci a osoby, na něm se podílející, při něm mluví střídavě. Charakter rozhovoru může být různý, zahrnuje v sobě podobu doprovodného dorozumívání při jiné činnosti (například pracovní), nebo lehkého konvertování vedeného za účelem navození kontaktu, žertování nebo odreagování. Komunikace zaměřená na dosažení určitého cíle nebo vyřešení problému se nazývá dialog (JANOŮŠEK, 2007).

Činitelé verbální komunikace

- Situační kontext – situace, ve které komunikace probíhá, se dělí na monolog (základní, jednosměrná komunikace) a dialog (komunikace obousměrná)
- Masová komunikace – nedává možnost reagovat na sdělení, jedná se například o hlášení rozhlasem
- Vnitřní dispozice jedince – základy komunikace získává jedinec ve všech sociálních skupinách, kterými projde, učí se jí celý život a vnáší do ní svou individualitu
- Motivace komunikovat – ochota a vůle ke komunikaci

Složky verbální komunikace

- Tempo řeči – bývá ovlivněno momentálním psychickým rozpoložením jedince (jistotou nebo naopak nejistotou), ale složením a naléhavostí sdělení
- Intonace – podtrhává význam, naléhavost i pochopení sdělení, 38% z celkové komunikace
- Hlasitost – přizpůsobuje se podle toho, co a komu chceme sdělit a také podle situace, ve které komunikace probíhá
- Embolická slova - parazitní, při komunikaci mohou působit rušivě
- Pomlky – dávají druhé straně, se kterou vedeme rozhovor, prostor pro vlastní vyjádření, reakci. Mlčení neznamena, že jedinec vedoucí rozhovor nemá co říci.
- Výška hlasu – u každého jedince je daná, může se však měnit v závislosti na psychický stav.
- Rovnocennost partnerů v komunikaci – je důležitým signálem o kvalitě naší komunikace (KELNAROVÁ, MATĚJKOVÁ, 2009).

Kritéria efektivní verbální komunikace

- Jednoduchost
 - Stručnost
 - Srozumitelnost
 - Vhodná doba
 - Adaptabilita
- (VENGLÁŘOVÁ, MAHROVÁ, 2006).

1.6 Neverbální komunikace

Neverbální komunikace je širší pojem, jenž zahrnuje mnoho oblastí lidských projevů a produktů. Redukcí neverbální komunikace na řeč těla se pozorovatel ochuzuje o mnoho dalších významných informačních zdrojů. Řeč těla tvoří jen jednu podskupinu, i když můžeme říci, že tu nejzajímavější. Přináší nám mnoho důležitých informací o vnitřních obsazích člověka, a tak nám pomáhá k jeho lepšímu poznávání.

Informace pro kvalitní analýzu neverbálních produktů je nutné čerpat z exaktních oborů, jakými jsou psychologie, medicína, etiologie, sociologie apod. Žádná

kvalitní analýza neverbálních aktivit se neobejde bez poznatků z těchto vědních disciplín bez kvalifikovaného pozorování, znalost neurofyziologických, anatomických a biomechanických zákonitostí fungování lidského organismu, bez pochopení principu vzniku vývoje, lidské psychiky, znalosti rozvoje osobnosti člověka, zvláštností jeho jednotlivých vývojových fází a samozřejmě bez vědecky pojímaných experimentů (TEGZE, 2003, s. 17).

Funkce neverbální komunikace

Pomocí neverbální komunikace lze beze slov vyjádřit hlavně naše emoce (pocity, nálady, afekty), naznačit zájem, ovlivnit postoj komunikačního partnera, řídit chod vzájemného styku a v neposlední řadě také její pomocí vytváříme dojem o sobě samém, tedy o tom, kdo jsme.

Jasně patrné jsou projevy emocí v naší mimice, pohybech a gestech. Právě výraz tváře bývá pocity ovlivněn nejvíce, je však možné měnit ho i vědomě – jeho pomocí se snažíme u druhých vyvolat dojem patřičné a očekávané reakce, například radost, smutku, vzteku apod. Zajímavostí jistě je, že řada primárních emocionálních stavů je transkulturního charakteru. To znamená, že jsou čitelné nejen pro nás, ale i pro lidi jiných národností, či ras. To, v jakém emocionálním rozpoložení se momentálně nacházíme se, se dále promítá i do naší řeči, kde se projevujeme tóny řeči, nedokončenými větami, zakoktáváním apod. Proto je zřejmé, že formy komunikace, ať už verbální či neverbální, se vzájemně prolínají a ovlivňují.

Neverbální komunikace nám také napomáhá při seznamování se s novými osobami. Při prvních setkání se u druhého zaměřujeme na znaky jeho vnějších projevů a jejich hodnocení. Podle nich ho pak posuzujeme, jak už bylo řečeno výše. Neverbálními projevy ovlivňujeme druhé a je potřeba říct, že mezi neverbální chování v širším slova smyslu zahrnujeme i naši péči o zevnějšek, vytváření vlastní image apod.

Nejdůležitější funkcí neverbální komunikace je zkrátka její pomoc při zahájení, regulaci a ukončení osobního styku a jeho vedení a regulace (JANÁČKOVÁ, WEISS, 2008).

Neverbální signály těla

Druhů projevů neverbální komunikace je celá řada, proto byly vytvořeny jejich kategorie, které významně pomáhají v jejich orientaci. Neverbální komunikace se člení:

- Mimika – výrazy obličeje, vyjadřují emoce
- Proxemika – přiblížení a oddálení, rozeznáváme několik proxemických zón – intimní = 0 - 45cm, osobní = 45 - 120cm, sociální = 1,2 - 3,6m, veřejná = 3,6 - 7,6m.
- Haptika – dotek, řadíme sem nejen podání rukou, ale i jiné doteky
- Kinezika – řeč pohybů, pomocí jejich signalizace rozeznáváme např. nebezpečí apod.
- Gesta – Gesty doprovázíme svá sdělení, dodáváme jim tak třeba ráznost
- Řeč očí – příjemné a nepříjemné pohledy
- Úprava zevnějšku – oblečení, líčení, účes apod.
- Paralingvistické projevy – Svrchní tóny naší řeči
- Chronemika – Zacházení s časem
- Zacházení s předmětem
- Vůně těla – Příjemné a nepříjemné tělesné pachy
- Úprava prostředí, ve kterém člověk žije

(KELNEROVÁ, MATĚJKOVÁ, 2009)

2 KOMUNIKAČNÍ BARIÉRY VE ZDRAVOTNICTVÍ

2.1 Komunikační bariéra sestra – pacient

Sestra a stres: Stres nepříznivě ovlivňuje každého z nás. Jeho příznaky jsou různorodé u každého jedince, stejně jako důvody ke stresovému stavu vedoucí. Obecně lze říci, že stresem jsou nejvíce ohroženi lidé, kteří veškerý svůj čas tráví v práci, kladou na sebe vysoké nároky a nemají čas na mimopracovní aktivity ani duševní hygienu. Paradoxem je, že čím více nároků na sebe klademe, tím neuspokojivější výsledek jsme pak schopni odvádět, čímž propuká frustrace, která vede ke stresu. Z této smyčky se těžko dostává jedinec postižený stresem tak na jedno řešení často nestačí sám a je nucen řešit ho s odborníky.

Definice stresových příznaků již v historii vzniklo mnoho, proto byl vydán jejich oficiální seznam, světovou zdravotnickou organizací (WHO). Ten obsahuje tři základní druhy příznaků – fyziologické, psychologické a behaviorální (chování).

Mezi behaviorální příznaky, tedy příznaky projevující se v našem chování a jednání patří:

- Neustálé nářky a bédování – vidění světa ve stále temnějším šedých až černých barvách
- Zvýšená nepozornost, snížené množství a kvality práce

Psychologické projevy stresu zahrnují:

- Nadměrné pocity únavy
- Neschopnost projevit emocionální náklonost a sympatii v mezilidských vztazích

Fyziologické příznaky stresu:

- Úporné bolesti hlavy až migréna
- Bušení srdce (palpitace – zesílené vnímání, zrychlené a často nepravidelné srdeční činnosti)

Pokud dojde propuknutí stresu u sestry, hrozí vždy zhoršení její péče o pacienty. Sestry by tehdy stejně jako jiné pomáhající profese měli dbát o důsledné předcházení vypuknutí stresových příznaků. Základem všeho je nezanedbávání péče o sebe sama. Umět odpočívat, a to nejen pasivně, protože aktivní odpočinek ve formě sportu, návštěvy divadel apod. Je stejně důležitý. V práci je potřeba nepřetěžovat se, ale ani neodvádět neúplně či dokonce „odfláknuté“ výkony. Pocit spokojenosti z vlastní odvedené práce odolnost organismu proti stresu posiluje také. Předcházení a řešení stresu by tak mělo být vlastní každému zdravotnickému pracovníkovi (KŘIVOHLAVÝ, 2010).

Devalvace: Jako devalvace je označováno chování a jednání, které druhou osobu úmyslně uráží, ponižuje nebo zesměšňuje. V ošetrovatelské praxi dochází k devalvačním projevům tehdy, když sestra neposkytne pacientovi prostor pro jeho dotazy či vyjádření pocitů. Nastoluje při komunikaci s ním jiné téma, shazuje jeho obavy, nebo jim nevěnuje pozornost. Všechny tyto projevy chování sestry vůči pacientům jsou alarmující a nemělo by k nim vůbec docházet. Sestra si za žádných okolností nesmí vybíjet zlost na pacientech, o které se má starat. Dochází-li u sestry k takovému jednání opakovaně, ukazuje vše na syndrom vyhoření, ať už propuknutý nebo propuknutím hrozící. Sestry a zdravotnický personál obecně by se měli snažit tomuto stavu a všem formám devalvace předcházet, a to staráním se o svou vlastní duševní pohodu. Předcházením a vyhýbáním se stresu a pravidelným odpočinkem (KELNAROVÁ, MATĚJKOVÁ, 2009).

Syndrom vyhoření: Tento termín, v angličtině „syndrom burn-out“, byl poprvé popsán v roce 1980 psychologem H. J. Freudenbergerem. Ten ho přesně definoval jako „vyhasnutí motivace a stimulujících podnětů v situaci, kde péče o jedince a neuspokojivý vztah jsou příčinou, že práce nepřináší očekávané výsledky“. Od té doby je tento syndrom spojen hlavně s takzvanými pomáhajícími profesemi. Mezi ty patří nejen zdravotníci, ale také učitelé, policisté a mnozí jiní. Právě tyto profese jsou syndromem vyhoření ohroženy nejvíce. Samy o sobě kladou vysokou míru zatížení po fyzické i psychické, stránce.

U sester je problém v tlaku ze strany laické veřejnosti, která na jejich profesi mnohdy pohlíží spíše jako na „poslání“ a klade na ně nepřiměřeně vysoké nároky. Sestra je často názory veřejnosti ovlivněna a dostává se do každodenních střetů s ideály

a realitou. Pokud navíc měla sama určité představy o zvolené profesi, které u ní nedošly naplnění, chystá si v sobě ideální podmínky pro rozvoj syndromu vyhoření. Trefný termín „Kdo hořel, vyhořel“, používaný v mnoha odborných publikacích, naznačuje, že sestry, které své práci podřizovaly naprosto všechno, neměly kromě ní žádné jiné vyžití, jednoduše řečeno pro ni až příliš „planuly“, se staly oběťmi tohoto syndromu nejčastěji. Dalším rizikovým faktorem je tedy logicky „workoholismus“, termín užitý poprvé v USA, ale objevující se už řadu let i v našem jazyce, opět dokazuje, jak je nesmyslné, věnovat všechno nasazení pouze práci a zanedbávat odpočinek. V práci sestry také dochází k častému prožívání vnitřních konfliktů, které jsou vzniklé velkým množstvím pracovních úkolů. V jednu chvíli tak třeba musí sestra řešit žádost lékaře, zvonek z lůžkového pokoje, kterým ji k sobě volá pacient i zvonícím telefonem. Největšími negativními vlivy na rozvoj syndromu vyhoření u sester jsou proto hlavně nedostatek času, souběžná přítomnost mnoha stresorů a neschopnost pohotového rozhodování (JEKLOVÁ, REITMAYEROVÁ, 2006).

Jaké jsou tedy nejčastější příznaky syndromu vyhoření? Vzhledem k tomu, že se vlastně jedná o psychosomatické onemocnění, zahrnuje v sobě celou řadu projevů fyzického, psychického i emocionálního charakteru. Jako mnoho jiných onemocnění začíná nejprve příznaky varovnými, mezi které, z oblasti fyzické, patří bolesti hlavy, břicha a zad, ztuhnutí krku, chronická únava, svalové bolesti, změny tělesné hmotnosti, zvýšená potřeba spánku, který ale bývá nekvalitní, rychlá unavitelnost, poruchy krevního oběhu, časté infekce apod. Psychické projevy v sobě zahrnují utlumení celkové aktivity člověka postiženého syndromem, mizí jeho schopnost tvořivosti, má pocit, že jeho život a práce přestává mít smysl, mohou se u něj objevit až sebevražedné myšlenky. Ke svému okolí je pak takovýto člověk cynický, negativistický, pesimistický. Ve svém životě nechce žádné změny, trpí ztrátou sebedůvěry. Život je pro něj v jeho očích „jedna velká katastrofa“.

Pro práci sestry je velkým problémem stránka emocionálního vyčerpání. Při něm dochází k naprostému útlumu schopnosti citového vnímání vůči druhým osobám, sestra ztrácí schopnost empatie. Nezajímá se a nechce slyšet žádné problémy, není totiž schopná s nimi druhým pomoci. Snaží se vyhýbat lidem, uzavírá se do sebe, vytrácí se jí radost z kontaktu s lidmi, nejprve v práci, postupně se jí ale toto přenáší i do rodiny, na kterou tak začíná postupně reagovat podrážděně a vnímá ji jako další příťaž (VENGLÁŘOVÁ, 2011).

Na základě všech výše uvedených příznaků a důvodů se jistě nabízí otázka jak se syndromem vyhoření bojovat i jak mu předcházet. Nejdůležitější je naučit se naslouchat sobě samému. Nevykonávat vše jen proto, že se to od nás očekává a že to musí být hotové rychle, ale upřednostňovat kvalitu před kvantitou. Věnovat dostatečný prostor odpočinku. Uvědomit si své vlastní priority, nezatěžovat se nedůležitými věcmi. Nepřestávat se těšit do práce kvůli obavám z možných konfliktů. Pokud se všichni zdravotničtí pracovníci naučí rozlišovat rozdíly důležitosti mezi svými problémy a problémy pacientů a vědět, čím je třeba se zabývat a v jaké míře, přinese to obrovské usnadnění v komunikaci mezi sestrami a pacienty. Koneckonců, každý z nás by měl s ohledem na své vlastní tělesné a psychosociální limity vědět, kdy říct „ano“ a kdy „ne“. Jedině pak můžeme být v naprosté psychické pohodě.

2.2 Komunikační bariéra pacient – sestra

Komunikace s narcistním pacientem: Narcistní pacient je takový, jenž má utkvělou představu o vlastní důležitosti a nadřazenosti nad ostatními. Tito lidé se vyznačují sebestředností a přesvědčením, že pro ně platí jiné společenské normy než pro ostatní. Touží po obdivu, trpí potřebou kontrolovat a ovládat druhé, vyžadují potvrzování svých názorů a postojů. Dbají zvýšeně o svůj zevnějšek, každé jeho narušení snášejí velmi obtížně. Na kritiku reagují studem. Na ošetřující personál kladou zvýšené nároky, při léčbě je zajímá hlavně její efekt.

Při komunikaci s těmito pacienty je třeba uvědomit si, že narcistní chování patří mezi poruchy osobnosti, a není možné ho u pacientů jakkoli změnit. Komunikace s nimi by tedy měla být hlavně důstojná, na úrovni. Sestra se nesmí nechat vyprovokovat k „boji o moc“, hlavní slovo. Ani podbízivé jednání či žoviální přístup, stejně jako apelování na rozum pacienta, nejsou v tomto případě to pravé. Naopak je vhodné tyto pacienty neustále informovat o každém následujícím kroku léčby, ponechat mu možnost rozhodování, získá-li narcistní pacient pocit, že je středem zájmu, je komunikace s ním značně usnadněna (VYBÍRAL, 2009; VENGLÁŘOVÁ, MAHROVÁ, 2006).

Komunikace s agresivním pacientem: Agresivita a násilí se týká každé oblasti lidského a společenského života. Vždy představuje problém. Ve zdravotnických zařízeních se s agresivním jednáním setkáváme zejména u pacientů s duševní poruchou, narušenou psychikou nebo u intoxikovaných pacientů, ať už léky nebo jinými návykovými látkami. V přímém kontaktu s agresivním jedincem je potřeba zachovat klid a rozumné uvažování, protože agresor sám o svém jednání v afektu nepřemýšlí, jeho myšlenkové pochody jsou v tomto případě velmi zúžené.

Agresivní chování zahrnuje velkou škálu projevů od slovních urážek po fyzické napadání mířené proti druhým i sobě sama, které patří mezi nejzávažnější. V každém případě je nutné uvědomovat si a nepodceňovat rizika, pacienta zbytečně nedráždít, nepřeceňovat své možnosti, ať už fyzické nebo psychické, řešit vzniklou situaci adekvátně. Zaměřit se na uklidňující tón hlasu, pomalé tempo řeči, udržovat bezpečnou vzdálenost, zanechat možnost ústupové cesty sobě i pacientovi. Pokud je jasné, že není v našich silách pacienta zvládnout, je nutné žádat o pomoc. A hlavně, důležité je agresivnímu chování u rizikových pacientů předcházet (VENGLÁŘOVÁ, MAHROVÁ, 2006).

Komunikace s lidmi se zrakovým postižením: Zrak je jedním z pěti lidských smyslů, pro řadu lidí je dokonce nejdůležitějším. Díky schopnosti „vidět“ se orientujeme v prostředí, poznáváme svět, spoléháme na svůj zrak neustále. Jen těžko si tedy představujeme, jaké to je být o tento smysl ochuzen. Lidí s různými formami zrakového postižení je ale hodně, a je potřeba uvědomit si, že i přes „handicap“ oproti ostatním lidem méněcenný.

V případě komunikace s nevidomými pacienty je tedy nutné jednat s nimi se stejnou úctou, jako s kýmkoliv jiným. Přesto, ale sestry na několik specifík jednání s nimi musí pamatovat. Komunikaci zahajuje sestra jako první, nevidomému pacientovi se představí, informuje ho o případných dalších osobách nacházejících se kolem. Pokud potřebuje pacienta někam dovést, taktně mu nabídne, aby se do ní zavěsil. Cestu popisuje, upozorňuje na překážky, včas upozorní na konec cesty. Pokud si pacient přivede doprovod, nejednáme pouze s ním, ale i s pacientem.

Obecně tedy platí, že všechny druhy komunikace by měli být zcela přirozené, bez projevů křečovitého, násilného nebo příliš soucitného chování. Potřeba informací kolem prováděných výkonů i kolem věcí pacienta je zásadnější, než u pacientů, kteří zrakovým postižením netrpí (SLOWÍK, 2010).

Komunikace se sluchově postiženými lidmi: Ve zdravotnických zařízeních se můžeme setkat i s osobami trpící sluchovým postižením. V takovém případě je třeba odlišit pacienty nedoslýchavé a neslyšící.

V případě komunikace s nedoslýchavým pacientem musí sestra pamatovat na to, že zvyšování tónu hlasu či dokonce křik jsou zcela neefektivní reakcí. Naopak je vhodné zachovat normální hlasovou intenzitu, dbát ale na pomalý tón a pečlivé vysvětlování – artikulaci. Vždy mluvíme čelem k pacientovi „z očí do očí“. Po dohodě s pacientem je možné se domlouvat pomocí psaného projevu. Na ten ale nemůžeme spoléhat u osob neslyšících.

Řada z nich se se svým postižením buď přímo narodila, nebo sluch ztratila v raném věku, proto nemají dostatečnou slovní zásobu a napsané vzkazy pro ně ulehčení nepředstavují. Není ani vhodné spoléhat na schopnost odezírání neslyšícího pacienta, protože ta je u každého jiná. Nejvhodnější je tak využití znakového jazyka, pokud sestra nezná, měla by při komunikaci s pacientem hojně využívat gest, výrazů tváře. Po každém sdělení je nutné ověřit si, zda mu pacient rozuměl. Víceméně se ale dá říct, že komunikace s osobami se sluchovým postižením je individuální u každého jedince (ŠPATENKOVÁ, KRÁLOVÁ, 2009).

Komunikace s lidmi s poruchou řeči: Pokud sestra komunikuje s pacientem trpícím některou z poruch řeči, očekává se u ní vysoká míra trpělivosti. S těmito pacienty je totiž třeba jednat v klidu, mluvit pomalu, ale nepohlížet na ně jako na špatně chápající jedince. Pacientům se zásadně neposmíváme, neopakujeme po nic špatně vyslovená slova, pokud pacient koktá, nebo se zadržává, zásadně za něj nedokončujeme slova ani věty.

Pokud není pacient verbální komunikace schopen vůbec, musíme od něj z důvodu potřeby zpětné vazby vyžadovat výraznou komunikaci mimickou a gestickou cestou. Nutné je pokládat dobře promyšlené a jasně formulovatelné otázky,

kteřé jsou snadno zodpověditelné. Neptáme se tedy formou otázky: „Co vás bolí?“, ale zeptáme se jasně: „Bolí vás hlava?“, „Chcete pít?“, „Je vám zima?“.

Některé situace, jako ty, kdy je pacient v bezvědomí a není tedy možné poučit ho o možnostech a rizicích léčby, vyžadují nutnost komunikace s doprovodem pacienta v zastoupení, ve všech ostatních případech se ale snažíme domluvit přímo s ním (LINHARTOVÁ, 2007).

Komunikace s umírajícím pacientem: Komunikace s umírajícími je v mnoha ohledech odlišná od běžné komunikace s jinými pacienty a zahrnuje v sobě řadu specifík. Největším problémem je fakt, že smrt jako taková je v moderní společnosti tabuizovaným tématem. Ač si její nutnost každý uvědomujeme, bavíme se o ní jen velice neradi. Dalším problémem je, že zatímco dříve byl umírající středem zájmu celé rodiny a umíral tak obklopen svými nejbližšími, v současnosti se často stává jen jedním z mnoha nemocničních případů. Laická veřejnost tak snadno nabude dojmu, že umírání je vlastně odbornou záležitostí lékařů, sester a jiných zdravotnických pracovníků. Každé umírání bez výjimky ale znamená hlavně loučení. Loučení se vším a se všemi, které měl nemocný rád. Nejdůležitějším úkolem sestry je proto poskytnout pacientovi důstojnou možnost rozloučení se s rodinou, přáteli apod. Není-li možné kontakt s nejbližšími zařídít, musí alespoň nemocnému poskytovat oporu a posilovat ho na jeho cestě (DUBCOVÁ, RALBOVSKÁ, 2011).

Pro samotné sestry je setkání s umírajícím pacientem důležitým mezníkem v rozvoji jejich profese. Problematice komunikace s těmito pacienty by proto měla být věnována dostatečná pozornost a prostor již během jejich přípravy na vykonávání povolání. Nejdůležitější je naučit se volit správnou a přiměřenou míru angažovanosti i odstupu. Každý člověk má své hranice nastavené jinak, a tak i u sester je toto otázkou času stráveného ve zdravotnickém povolání (MARKOVÁ, 2010).

Nejdůležitějšími zásadami v péči o umírajícího pacienta je hlavně dostatečné naslouchání, věnovat umírajícímu dostatečný čas, projevovat dostatek empatie, ale nic nepřehánět, nehrát. Sestry musí vnímat a respektovat přání nemocného a hlavně s ním stále jednat opravdově bez jakékoliv pózy. Musí dbát na to, aby u pacienta povzbuzovaly jeho naději, aby mu pomohly zbavit se pocitů osamělosti, strachu a deprese, udržovat u něj pocit jistoty, sebedůvěry, důstojnosti a sebeúcty, ale být mu i nápomocné při akceptování vlastní ztráty (KUTNOHORSKÁ, 2007).

V praxi se můžeme setkat i s dalšími druhy komunikačních bariér jako je komunikace s pacientem cizincem, s pacienty různého věku, s pacientem s úzkostí, bolestí apod. Mezi další časté komunikační bariéry patří nepozornost, nesoustředěnost, nenaslouchání, skákání do řeči, lhaní, nedostatek empatie a netrpělivost. Je proto důležité, aby všeobecné sestry zvládaly tyto situace profesionálně a s trpělivým přístupem.

3 KOMUNIKACE S PACIENTEM NA SPECIALIZOVANÉM ODDĚLENÍ JIP

V případě komunikace s pacientem, který je hospitalizován na jednotce intenzivní péče, je třeba v první řadě si uvědomit, že se vždy jedná o pacienta s vážným onemocněním nebo nacházejícího se ve vážném stavu. Kromě fyzické stránky je silně narušena i jeho psychika, což je ovlivněno hlavně neznámou situací. Pacient se obává budoucnosti, neví, jakou má naději na vyléčení. Trpí nejistotou, zda zbytek života nestráví odkázán na pomoc druhých.

Musí se zcela podvolit nemocničnímu řádu a řádu oddělení. Jeho možnost svobodné volby a rozhodování o sobě sama, je silně narušena. Proto je důležité takovéto pacienty vždy co nejvíce zapojovat do ošetrovatelského i léčebného procesu. Pacienty informujeme o každé, i zdánlivé maličkosti, jich se dotýkající. Neprovádíme naordinované výkony bez trpělivého vysvětlení, a je-li to možné, ponechat pacientům možnost odmítnutí výkonu. Dále je vhodné u pacientů stále vzbuzovat pocit zájmu – ptát se, jak se cítí, zda je něco nebolí, jestli něco nepotřebují. Pokud situace dovolí, může sestra s pacientem hovořit o rodině. Možnost pochlubit se dětmi nebo vnučaty pacientovu psychiku v řadě případů povzbudí. Nikdy ale nesmí zapomínat nahlédnout nejprve do pacientovy dokumentace. Může se stát, že hospitalizované osoby jsou bez rodin, nebo se s příbuznými nestýkají, potom by se snaha o povzbuzení minula účinkem.

Další z věcí, která pacientům negativně ovlivňuje psychiku, je množství přístrojů, které je na tomto oddělení obklopují. Opět jim řekneme, k čemu který slouží, proč je nutné, aby byl pacient na přístroj napojen. Nepoužíváme odborné výrazy, vyhýbáme se termínům typu: „Hypertenze“, „Tachykardie“ apod., vše řekneme srozumitelně, vlastními slovy. Je také potřeba vysvětlit nepřetržitou monitoraci fyziologických funkcí.

Jakákoliv komunikace s pacienty na tomto oddělení musí probíhat pomalu, v klidu. Nevolíme ustaraný, ale ani příliš lehkovážný tón hlasu. Nesmíme pacientovi způsobem naší řeči dávat najevo, že jeho stav je velmi vážný, ale ani nevzbuzujeme pocit, že je zdravý. Jednáme tedy vždy adekvátně k situaci.

Stává se, že lékař naordinuje infuzní terapii. Sestra v takovém případě opět vysvětlí, proč je nutné, aby pacient měl zavedenou kanylu, co kanyla vlastně je, k čemu slouží, jak se zavádí.

Zvláštní skupinou pacientů hospitalizovaných na jednotce intenzivní péče, jsou lidé po prodělaném vážném akutním stavu, například infarktu myokardu. Ti se totiž obvykle na těchto odděleních cítí klidněji, mají pocit dohledu a kontroly a přítomnost na této speciální jednotce jim dává pocit jistoty. Většinou totiž vnímají své okolí bez narušeného psychického stavu, nemusíme je proto uklidňovat. Samozřejmě je třeba říct, že se to netýká všech osob spadajících do této skupiny. Obecně zde, jako kdekoli jinde, platí, že komunikace je individuální od pacienta k pacientovi. Každý potřebuje něco jiného, vyžaduje jiný přístup. Pak už je jen na sestře, aby potřeby pacientů odhalila a ztotožnila se s nimi.

Řada pacientů na těchto jednotkách je však i bezvědomí. I zde ale platí zásady komunikace. Ačkoliv u nich nemá sestra možnost zpětné vazby, také tyto pacienty je třeba informovat o probíhajících výkonech. Nevíme totiž, v jak hlubokém bezvědomí se pacient nachází a jak moc je zasažena a narušena jeho schopnost vnímání. Specifika komunikace s pacienty v bezvědomí jsou podrobněji popsána v jiné části práce.

Shrnuto lze říct, že komunikace s pacienty na jednotce intenzivní péče, se v mnoha aspektech neliší od komunikací na odděleních jiných. Sestry zde musí počítat se zvýšenou nejistotou osob ze zcela specifického a neznámého prostředí a s jejich obavami z budoucnosti. Je-li však vždy za každé situace dodržen trpělivý a individuální přístup, není důvod se s pacienty nedomluvit.

3.1 Verbální a neverbální komunikace s pacientem v bezvědomí na JIP

Pracuje-li sestra s pacientem nacházejícím se v bezvědomí nebo trpícím nějakou z forem poruchy vědomí, nesmí nikdy zapomínat, že stále jedná s lidskou bytostí, u které je i přes její stav nutno zachovávat důstojnost. Nikdo nemůže s určitostí říct, jak moc je u těchto osob narušeno jejich centrum vnímání.

Mezi časté nešvary ošetřujícího personálu patří i to, že se o pacientovi baví před ním, často velice nelichotivě. Poukazují na pro ně nepříjemné věci, které je u pacienta třeba vykonat, například zajištění hygieny o znečištěného pacienta. Stačí si představit,

že se na místě pacienta nacházejí sami, pak musí být každému jasné, jak je tento fakt nevhodný a nepříjemný.

Pokud u pacientů v bezvědomí vykonáváme některý z ošetrovatelských výkonů, je třeba dbát na šetrné zacházení a dotyky. Nebereme pacienty jen jako „mrtvou váhu“, ale jako vnímající osobu, která si naše dotyky možná stále uvědomuje, a cítí bolest, stejně jako my. Je také možné, že právě díky dotykům nás pacient vnímá lépe, než díky mluvenému projevu.

Postup třeba při hygieně by proto měl být následující: K pacientovi přistoupíme a pozdravíme stejně jako kteréhokoliv jiného. Poté ho v krátkosti informujeme o tom, co bude probíhat, šetrně ho svlékneme, dbáme samozřejmě na jeho intimitu, odkrýváme jen ta místa, která zrovna umýváme, aby pacientovi nebyla zima. Nezapomínáme na neustálé popisování následujících kroků.

Jednoduše řečeno, bez ohledu na nepřítomnost zpětné vazby, jednáme s těmito pacienty stejně jako s pacienty při vědomí. Už mnohokrát se stalo, že lidé, kteří se probrali z bezvědomí, vyprávěli, že po celou dobu dění své okolí vnímali. Výjimkou nejsou ani případy, kdy dokonce označili sestru, která se k nim chovala nevhodně. Práva pacientů jsou neustále na prvním místě a pacient má stejnou důležitost, ať je při vědomí nebo ne.

3.2 Verbální a neverbální komunikace s pacientem při vědomí na JIP

Komunikujeme-li s pacienty při vědomí, máme výhodu zpětné vazby. Ta může mít různé podoby (ne každý pacient je totiž schopen řeči, tu v tom případě často nahrazují výrazy tváře, gesta apod.) Samozřejmě tedy volíme způsob a obsah sdělení podle stavu každého pacienta individuálně.

U pacientů se sníženou schopností vnímání se zaměřujeme na pomalý tón řeči a stručná, jasná sdělení. Klademe důraz na jejich odpověď, která nám, vyjádřená v jakékoliv podobě značí, zda nás pacient pochopil.

Nikdy nezapomínáme dbát o své vlastní neverbální projevy, o svoji řeč těla. Nedáváme před pacienty najevo pocity „ošklivosti“, za žádných okolností se před nimi netváříme neadekvátně, nebo posměšně apod. Důležitá je také péče o zevnějšek. Je-li sestra upravená, učesaná, v čisté uniformě, získá si důvěru pacientů

pro komunikaci snadněji. I v běžném životě všichni raději jednáme s upravenými lidmi, opět se tak potvrzuje, že do komunikace ve zdravotnictví se promítá mnoho zásad z běžného života.

Pokud zahajujeme komunikaci s novým pacientem, vždy ho seznamujeme s právy pacientů a také s povinnostmi pacienta. Ta jsou velmi důležitá, zdravotnický personál se jimi musí řídit neustále, a proto je vhodné, aby je znali i právě pacienti, kterých se týkají. Zaměříme se také na edukaci, přirozeně na tu ošetrovatelskou.

Pamatujeme, že forma rozhovoru by měla být vedena nedirektivně. To znamená, že nevnučujeme razantně pacientovi naše vlastní názory a postoje, necháváme prostor pro jeho vyjádření.

Každá forma rozhovoru musí být vedena přímo, z očí do očí. Volíme vhodnou pozici zaujatou vůči pacientovi, je dobré, když jsou oči obou osob vedoucí dialog ve stejné úrovni, takže například k ležícímu pacientovi si můžeme sednout, aby neměl z naší strany pocit nadřazenosti.

Stále sledujeme výraz v jeho tváři, který nám leccos napoví o jeho skutečném stavu – někteří lidé mají pocit, že zdravotnický personál obtěžují, proto o svých problémech mlčí, případně neřeknou celou pravdu. Tvrdí-li nám třeba pacient, že ho nic nebolí, můžeme odhadnout z jeho mimiky, že i navzdory svému sdělení bolesti má.

Pacienty oslovujeme titulem „pane“ nebo „paní“ a jejich jménem, případně používáme i akademický titul, ten však všichni pacienti nevyžadují. Starší pacienty nikdy neoslovujeme „babi“, „dědo“. Dospělým pacientům vykážeme, stejně tak vyžadujeme vykání od nich, přílišná „famiélnost“ bývá ve zdravotnických zdravotnictvích spíše na škodu. Přehnaná autoritativnost není dobrá, ale určitou autoritu sestry mít musí.

3.3 Etické principy v komunikaci

Etika je všeobecně přiřazována jako ekvivalent ke slovu morálka, mravnost. Být mravním člověkem znamená, být takovou osobou, která je schopna být morálně odpovědná za svoje činy. Hlavním problémem etiky je to, jak víme, co je dobré

a co je správné. Když činíme svá morální rozhodnutí, je vůbec možné odvolávat se na rozum?

Jako samostatný obor byla etika systemizována starořeckým filozofem Aristotelem. Etika, jak udává, je nauka o dobrých charakterových vlastnostech. V minulosti bylo etické učení označováno jako nauka o povinnostech. Každý obor lidské činnosti má vymezené povinnosti, včetně ošetrovatelství do kterého navíc spadá rozhodnutí.

Morálka v ošetrovatelství je to, co se dotýká dobra a prospěchu, ale také i škody a ublížení nemocnému. Každý ošetrovatelský úkon má morální dopad. Morálka je také mravní vztah lidí, mezi jednotlivci, mezi jednotlivcem a skupinou, ale také vztah k sobě samému.

V ošetrovatelské etice je třeba porozumět obecnému pojetí etiky a tradicím, v nichž dochází k etickému rozhodování. Všeobecná sestra ošetřuje nemocné nebo postižené, staré a nemohoucí. Jde o službu jinému člověku, která spočívá v poskytování pomoci při ochraně a navrácení zdraví. Dostává se zde do velmi rozmanitých mezilidských vztahů, proto je důležité, aby dokázala navázat vztah s pacientem. Tyto vztahy mají důležitý etický aspekt, protože současně řeší otázky zaměřené na lidské hodnoty, jako jsou život, zdraví, důvěra a mlčenlivost. Zdravotní sestra musí působit hned v několika rolích jako ošetrovatelka, komunikátorka, edukátorka, poradkyně, advokátka, nositelka změn, manažerka a výzkumný pracovník. Je to nesmírně náročná práce jak z fyzické stránky, tak i té psychické.

Ošetrovatelská etika má za úkol zkoumat kvalitu vztahů mezi sestrou a pacientem, stanovit mravní normy profese, studovat pravidla interpersonálních vztahů na pracovišti apod.

Cílem ošetrovatelské etiky v mezilidských vztazích, usměrněné chování při profesionálních výkonech, pochopit tíživost situace a podle možností nabídnout pomoc, vhodným způsobem usilovat o uspokojení potřeb pacientů a pomoci nalézt smysl osobní existence (KUTNOHORSKÁ, 2007).

Etika a komunikace mají hodně společného a pro zdravotnickou profesi jsou nezbytnou součástí. Obecně je komunikace s pacienty v dnešní době zanedbávaná a to nejen z nedostatku času. Je proto důležité, aby se zdravotnický personál v této

oblasti věnoval a vzdělával, účastnil se vzdělávacích programů a seminářů, i přesto že v mnoha nemocnicích nejsou povinné. Z pacienta se kterým zdravotník nekomunikuje, se stává pouze objekt a v tomto případě sebelepší léčba nemá smysl.

PRAKTICKÁ ČÁST

4 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTA NA JIP

4.1 Identifikační údaje

Pacientka byla přijata na JIP interního oddělení v Nemocnici Na Homolce dne 25. 2. 2013 pro dlouhodobé zvracení a úbytek váhy. Ošetrovatelskou péči o pacientku jsme prováděli ve dnech 25. 2. 2013 až 27. 2. 2013, od 7:00 do 19:00. Údaje o pacientce jsme zjistili z ošetrovatelské a lékařské dokumentace a osobního kontaktu s pacientkou.

Tabulka 2 – identifikační údaje

Jméno a příjmení: Mgr. Eva F.	Bydliště: Praha
Pohlaví: žena	Zaměstnání: invalidní důchod
Věk: 56 let	Pojišťovna: 111
Stav: Vdaná	Datum přijetí: 25. 2. 2013
Oddělení: Interní JIP	Ošetřující lékař: MUDr. D. V.

4.2 Lékařské anamnézy

Nynější onemocnění: Pacientka 56 let po duodenopancreatectomii v roce 2009. Pro tumor hlavy pancreatu. Dále po gastroenteroanastomóze pro vysoký ileus v roce 2012 a revizi pro dehiscenci anastomózy v roce 2012, píštěl v oblasti gastroenteroanastomózy. Chronická kompenzace diabetes mellitus. Nyní dva týdny zvrací krátce po jídle, žluté šňávy bez příměsí krve. Pociťuje občasné tlaky v mezogastriu, jinak je pacientka bez významných bolestí. Poslední stolici měla

pacientka den před přijetím do nemocnice, byla žlutá, bez příměsí. Během posledních dvou týdnů zaznamenala náhlý úbytek váhy 4 kilogramy. Dušnost, kašel, ani další potíže neudává. Ze závěru vyšetření provedeného na ambulanci vyplývá, že se jedná o progresi základního onemocnění pacientky, která byla přijata k další péči na interní JIP.

Rodinná anamnéza: Paní Eva se narodila 19. 5. 1956 v Praze. Otec zemřel na srdeční selhání, ve věku 48 let. Matka, 78 let, relativně zdráva. Bratr, 55let, léčí se s bércovým vředem. Syn a dcera zdraví.

Osobní anamnéza: Pacientka po duodenopancreatectomii v Ikem 2009, dále po chemoterapii nyní, dle PET recidiva onemocnění. Gastroenteroanastomóza 2012.

Gynekologická anamnéza: Pacientka prodělala dvě těhotenství a dva porody, které proběhly bez komplikací. Chodí na pravidelné gynekologické i mamografické kontroly.

Sociální a pracovní anamnéza: Paní Eva se vdala ve 20 letech a žije s manželem ve společné domácnosti v panelovém bytě. Dcera a syn žijí ve vlastních domácnostech. Pacientka pracovala jako učitelka na střední škole, nyní je v invalidním důchodu. Manžel podniká.

Farmakologická anamnéza: Doma: Novorapid 4-6j. k jídlu, Lantus 8j. na noc, Kreon 10 000, Essentiale F, Anopyrin 100mg.

Alergologická anamnéza: Neudává.

Abusus: Pacientka je nekuřačka, vzhledem ke svému onemocnění nepije alkohol.

4.4.1 Stav při příjmu

Celkový stav: Při vědomí, orientovaná, klidná, bez klidové dušnosti a cyanózy. Vzhledem k náhlému úbytku váhy je bledá a kachektická.

Neurologický název: Orientačně v normě.

Hlava: Bez patologického nálezu. Jazyk vlhký, ne povleklý. Hrdlo klidné.

Uši a nos: Čisté bez výtoku.

Krk: Uzliny nezvětšené, štítná žláza nezvětšená.

Hrudník: Symetrický, bez deformit, dýchání spontánní, poklep plný, jasný. Poslechové dýchání sklípkové, bez vedlejších patologických změn.

Srdce: Akce pravidelná, ozvy ohraničené. Na monitoru 90 za minutu.

Břicho: Měkké, nebolestivé. Stomie odvání řídký žlutý obsah, bez příměsi krve.

Horní končetiny: Souměrné, deformity nepřítomné.

Dolní končetiny: Bez otoků a známek defektů

Páteř: Pohyblivost fyziologicky zachována, dekubitální vřed IV. stupně v oblasti kosti křížové.

Bolest a její léčba: Bez klidových bolestí.

Fyziologické funkce: TK: 110/75 mmHg, TF: 90, DF: 29/min, TT: 36,7 °C, VÝŠKA: 170cm, VÁHA: 58 Kg, BMI: 20,1.

4.4.2 Medicínské diagnózy

- Vysoký ileus při recidivě CA pancreatu
- STP. Duodenopancreatectomie pro adenokarcinom hlavy pancreatu
- Gastroduodenoanastomóza pro vysoký ileus
- STP. Revizi pro dehiscenci anastomózy
- Kachexie
- Dekubitální vřed IV. stupně 3x5cm v oblasti kosti křížové
- Domácí parenterární výživa od roku 2012
- Tunelizovaný katétr od 19. 9. 2012
- Diabetes mellitus, pancreatogenní
- Po operační malabsorpce

4.4.3 Léčebný plán

Konzervativní léčba

Dieta: 0, čaj po troškách, dále dle zvracení při opakovaném zvracení zavést NGS, nutriční terapie

Pohybový režim: v rámci lůžka

Rehabilitace: dechová

Monitorace: TK+AS+DF+SPO₂, P+V+B po 6 hodinách, glykémie po třech hodinách nyní, dále dle hodnot

Farmakologická terapie

Tabulka 3 - Farmakoterapie

název léku, způsob podání	dávkování	Indikační skupina
Degan 10mg roztok pro injekt, i.v.	a8h	Antiemetika, prokinetika
Helicid 40mg Inf , i.v. + 100ml fyziologického roztoku	a12h	Antacida
Humulin R 50j, i.v. + 500 ml FR fyziologického roztoku	50 ml/h Dále dle bilancí a laboratoře	Antidiabetika
Aminomix 1 novum , i.v. + NaCl 30ml + Smoflipid 20% 250ml + Cernevit 1 ampule	24h(kontinuálně)	Infundabilia -Tuková emulze - Vitaminy
Novorapid 4-6 j., s.c.	K jídlu - dle glykemické tabulky	Antidiabetika
Lantus 8j., s.c.	Na noc - dle glykemické tabulky	Antidiabetika

Ošetrovatelská péče

Přísně sterilní péče o tunelizovaný katétr, péče o pístěl, stomický sáček, převaz dle potřeby, péče o vstupy.

4.3 Ošetrovatelská anamnéza dle modelu Marjory Gordonové

Tento ošetrovatelský model byl vybrán pro práci proto, že je velmi dobře použitelný a aplikovatelný pro komunikaci mezi sestrou a pacientem i pro jiné

ošetřovatelské interakce. Je charakterizován dvanácti vzorci zdraví a je odvozený z interakcí osoba – prostředí.

Marjory Gordonová pochází z amerického Clevelendu. Rozhodla se věnovat zdravotnictví, proto vystudovala *Mount Sinai Hospital School of Nursing* v New Yorku, kde získala základní ošetřovatelské vzdělání. Později absolvovala bakalářské a magisterské studium na *Unter Collage of the City University* také v New Yorku.

Roku 1974 identifikovala dvanáct okruhů vzorců chování. Ty určují úseky chování jedince v určitém čase a reprezentují základní ošetřovatelské údaje v subjektivní a objektivní podobě. Každý vzorec pak představuje určitou část zdraví, která může být funkční nebo dysfunkční. Těchto dvanáct vzorců obsahuje: Vnímání zdraví, výživa - metabolismus, vylučování, aktivita, spánek, citlivost (vnímání), sebepojetí, role - vztahy, sexualita, stres - zátěžové situace, víra - životní hodnoty, jiné.

Marjory Gordonová své výsledky publikovala roku 1978 jako *Model funkčních vzorců zdraví*. Do roku 2004 působila jako prezidentka NANDA, dodnes se věnuje výzkumu v oblasti ošetřovatelských diagnóz a plánování ošetřovatelské péče (PAVLÍKOVÁ, 2006).

1. Vnímání zdraví

Pacientka svůj momentální zdravotní stav vnímá negativně, což je ovlivněno jejími častými pobyty v nemocnicích, které bývají dlouhodobého rázu a paní Eva je tak připravena o běžný společenský život. Zejména jí trápí nedostatečný kontakt s rodinou a přáteli.

Aktivně však spolupracuje s ošetřujícími i lékařským personálem a dodržuje léčebný režim. I přesto, že si uvědomuje vážnost svého stavu, doufá, v jeho zlepšení a v návrat do domácího prostředí.

Pacientka prodělala běžná dětská onemocnění, nekouří, nepije alkohol z důvodu svého onemocnění, alergie „neudává“.

Použitá měřicí technika: 0

Ošetřovatelský problém: obavy z budoucnosti, strach ze smrti

2. Výživa – metabolismus

Pacientka jedla pravidelně, včetně parenterální výživy. Vzhledem k celkovému zhoršenému stavu a zvracení po dobu 2 týdnů se omezila na parenterální výživu a tekutiny. Momentálně je pacientka na 0 dietě. Aktuální váha pacientky je 58kg a výška 170 cm, BMI 20,1. Její ztráta hmotnosti od přijetí je 4kg za dva týdny.

Použitá měřicí technika: BMI 20,1 (normální váha)

Ošetrovatelský problém: váhový úbytek

3. Vylučování

Pacientka má stomii, o kterou se zvládá starat sama. Stomie odvádí pravidelně, bez problémů, v současnosti obsah odpovídající její parenterální výživě.

Potíže s močením neudává žádné, je plně kontinentní, při přesunu na toaletu potřebuje dopomoc. Vzhledem k pacientčinu momentálnímu stavu, se množství i frekvence vylučování moči snížili, přesto však močí stále víceméně pravidelně. Moč je čirá, bez příměsí. Nadměrným pocením netrpí.

Použitá měřicí technika: 0

Ošetrovatelský problém: 0

4. Aktivita, cvičení

Pacientka až do svého odchodu do invalidního důchodu pracovala jako učitelka na střední škole, kde vyučovala dějepis. S manželem ráda chodila na procházky a jezdila na výlety i do zahraničí, což jí její zdravotní stav už neumožňuje. Proto svůj volný čas musela z aktivního přeorientovat na klidové domácí aktivity. Luští křížovky, kouká na televizi, poslouchá rádio. Při chůzi potřebuje dopomoc, ale momentálně se cítí slabá, proto upřednostňuje sedačku. Několikrát už doma upadla. V nemocnici se zabavuje pletením, doma neplete. V rámci lůžka je pacientka soběstačná, bez dopomoci se zvládne najíst, hygienu i péči o stomii. Po operaci byla dočasně zcela i mobilní, kvůli špatnému polohování se u pacientky vytvořil v sakrální oblasti dekubit

IV. stupně, který si poté doléčila sama doma. S celkovou hygienou a přesunem na toaletu pomoc potřebuje. O pomoc požádá. Inkontinencí netrpí.

Použitá měřicí technika:

- (ADL) Barthelův test základních všedních činností – 65b.
- Zjištění rizika vzniku dekubitu (rozšířená stupnice podle Nortonové) – 24b.
- Zjištění rizika pádu (modifikace stupnice podle Conleyové) – 3b.

Ošetrovatelský problém: dopomoc při koupání, oblékání a vyprazdňování, riziko vzniku dekubitu, riziko pádu.

5. Spánek a odpočinek

Pacientka spí doma pravidelně, bez obtíží, většinou 8 hodin denně. Udává ale, že v nemocnici má spánek narušený – trpí většinou nespavostí z důvodu strachu a nejistoty z cizího prostředí.

Použitá měřicí technika: 0

Ošetrovatelský problém: špatné usínání, nekvalitní spánek

6. Vnímání, citlivost, poznávání

Při příjmu je pacientka při vědomí, orientována časem, místem i prostorem. Komunikační schopnosti nemá narušeny, řeč je srozumitelná. Zrakové ani sluchové potíže neudává. Mentální stav a úroveň vědomí jsou přiměřeny věku a stavu pacientky. Občas pociťuje tlaky v oblasti mezogastria, ale bolesti neudává. O svém aktuálním stavu a léčbě moc neví, proto má obavy z dalšího vývoje nemoci.

Použitá měřicí technika: 0

Ošetrovatelský problém: nedostatek informací, vztahujících se k prognóze a léčebnému režimu.

7. Sebepojetí, sebeúcta, vnímání sebe sama

Pacientka je velmi komunikativní, ráda si povídá, což ji uklidňuje, dodává pocit klidu. Neustále totiž trpí zvýšenou úzkostí, pociťuje pocit méněcennosti. O svůj vzhled i denní potřeby se snaží dbát sama, dopomoc vyhledává jen ve chvílích, kdy si sama neporadí. Když má upravený svůj zevnějšek, cítí se líp. Největším problémem je její strach ze smrti, potřebuje být zdravotnickým personálem uklidňována.

Použitá měřicí technika: 0

Ošetrovatelský problém: strach (úzkost)

8. Role – vztahy

Rodina je pro pacientku tou nejdůležitější prioritou. Se všemi jejími členy a hlavně s manželem vychází dobře, své časté pobyty v nemocnicích tak vnímá negativně, hlavně pro vytržení z milovaného prostředí. Ve svém manželovi má oporu, cítí potřebu jeho častých návštěv. Pozitivně reaguje ale i na návštěvy ostatních členů rodiny i přátel, kteří jí povzbuzují v jejím stavu.

Použitá měřicí technika: 0

Ošetrovatelský problém: 0

9. Sexualita

Ohledně tématu sexuality byla pacientka méně sdílná, svěřila se jen, že se pro manžela kvůli stomii cítí nepřítažlivá a pociťuje stud. Přesto spolu setrvávají ve spokojeném manželství.

Použitá měřicí technika: 0

Ošetrovatelský problém: 0

10. Stres, zvládnání situace

Pacientka stres během pobytu v nemocnici pociťuje, díky podpoře rodiny však situaci zvládá relativně dobře.

Použitá měřicí technika: 0

Ošetřovatelský problém: 0

11. Víra, životní hodnoty

Pacientka mezi své hlavní hodnoty řadí zdraví vlastní i blízkých osob a rodinu. Kromě rodiny a zdraví to jsou i peníze, celková spokojenost všech. K žádné víře se nehlásí, je ateistka.

Použitá měřicí technika: 0

Ošetřovatelský problém: 0

12. Jiné

Použitá měřicí technika: 0

Ošetřovatelský problém: 0

4.4 Ošetrovatelské diagnózy dle priorit pacienta

Aktuální ošetrovatelské diagnózy

Výživa porušená, nedostatečná z důvodu dlouhodobého zvracení projevující se snížením tělesné hmotnosti.

Péče o sebe sama nedostatečná z důvodu omezené pohyblivosti, projevující se potřebou pomoci jiné osoby při oblékání, koupání a vyprazdňování.

Spánek porušený z důvodu rušivých faktorů nemocničního prostředí, odloučení blízké osoby, projevující se přemítáním nad budoucností.

Úzkost ze smrti z důvodu celkově zhoršujícího se stavu projevující se strachem z vývoje nevyléčitelného onemocnění a obav z budoucnosti.

Neznalost o nemoci a léčebném režimu z důvodu nedostatku informací a nepřesného pochopení možnosti ovlivnění nemoci, projevující se vyjadřováním obav a otázkami.

Potencionální ošetrovatelské diagnózy

Infekce, riziko vzniku v souvislosti s invazivními medicínskými postupy (CŽK, PŽK, tunelizovaný katétr).

Infekce, riziko vzniku dekubitu v souvislosti s rizikovými faktory omezení pohybu.

Pád, riziko vzniku v souvislosti skóre 3 na stupnici škály pádu. (Doenges, Moorhouse, 2001)

1. Výživa porušená, nedostatečná

z důvodu dlouhodobého zvracení projevující se snížením tělesné hmotnosti.

Priorita: střední

Cíl dlouhodobý: pacientka přijímá dostatečné množství výživy – po dobu hospitalizace

Cíl krátkodobý: Pacient přijímá dostatečné množství výživy, nedojde k dalšímu snížení hmotnosti a dehydrataci – po dobu hospitalizace

Výsledná kritéria:

Pacientka má stabilní hmotnost – po dobu hospitalizace

Pacientka má k dispozici dostatek adekvátní výživy - do 1 dne

Pacientka má frekvenci a konzistenci stolice v mezích normy – po dobu hospitalizace

Plán intervencí:

Sleduj četnost nevolnosti a zvracení, informuj lékaře – během dne -všeobecná sestra

Zhodnoť hmotnost, věk, BMI, tělesnou konstituci – do 2 hodin - všeobecná sestra

Monitoruj tělesnou hmotnost, denní příjem potravy, bilance tekutin - denně – všeobecná sestra, ošetřovatelka

Zjistí stravovací návyky pacientky - do 2 hodin - všeobecná sestra

Informuj pacientku o dodržování zvýšené hygieny dutiny ústní – do 1 dne - Všeobecná sestra

Všímej si frekvence a konzistenci stolice – denně – všeobecná sestra, ošetřovatelka

Edukuj pacientku o enterální i parenterální výživě - do 1 dne - nutriční terapeut, všeobecná sestra

Realizace: 25. 2. 2013 – 27. 2. 2013

Při příjmu byla pacientka změřena a zvážena, výška – 170 cm, hmotnost – 58 kg, BMI - 20,1 (v normě). Pacientka byla informována v oblasti výživy a pitného režimu. Pacientka pravidelně dodržuje pitný režim. Pacientka po třech dnech udávala, že už nemá pocit na zvracení a nezvrací. Do edukace o výživě byl zapojen i manžel pacientky.

Hodnocení: 27. 2. 2013

Cíle byly splněny částečně, v intervencích se nadále pokračuje.

2. Péče o sebe sama nedostatečná

Z důvodu omezené pohyblivosti, projevující se potřebou pomoci jiné osoby při oblékání, koupání a vyprazdňování

Priorita: střední

Cíl dlouhodobý:

Pacientka má zajištěny bio-psycho-sociální potřeby – po dobu hospitalizace

Cíl krátkodobý:

Pacientka má snahu postarat se o sebe v největší možné míře – po dobu hospitalizace

Výsledná kritéria:

Pacientka zná příčiny porušené soběstačnosti – do 1 dne

Pacientka má tendenci zvyšovat si skóre v testu ADL – za 3 dny

Pacientka pečuje o svůj zevnějšek a hygienu – do 3 dnů

Pacientka se účastní aktivit každodenního života - denně

Pacientka spolupracuje s rehabilitačními pracovníky – denně

Plán intervencí:

Zjistí míru soběstačnosti pacientky (test ADL) - do 2 hodin – všeobecná sestra

Monitoruj stupeň soběstačnosti (ADL test) – za 3 dny

Zapojuj pacientku do sebeobsluhy dle jejího aktuálního stavu – vždy - všeobecná sestra

Komunikuj s pacientkou o problému – do 2 dnů - všeobecná sestra

Dopomáhej pacientce ve výkonech, které není schopna zvládat sama – vždy - ošetřovatelka

Nauč pacientku používat pomocná zařízení u lůžka- do 2 hodin - ošetřovatelka

Prováděj ošetřovatelskou rehabilitaci: dechové cvičení, posazování v lůžku – do 2 dnů –

Fyzioterapeut, všeobecná sestra

Zajisti bezpečnost pacientky s ohledem na prevenci úrazů – ihned - všeobecná sestra

Informuj rodinu o možnosti využití služeb agentur domácí péče – do 3 dnů

Realizace: 25. 2. 2013 – 27. 2. 2013

V den přijetí jsme zjistili u pacientky, formou rozhovoru, úroveň soběstačnosti pomocí Bathelova testu (ADL). Pacientka dosáhla 65 bodů, což naznačuje lehkou závislost. Dne 26. 2. byla prováděna ranní hygiena v koupelně. Na přání pacientky byla dovezena do koupelny na sedačce. Pacientka spolupracovala.

Lůžko má pomocná zařízení jako je hrazdička a elektrický ovladač na polohování, se kterým se pacientka naučila zacházet.

Podle režimu dne, byly vykonány všechny činnosti a pacientku navštívila fyzioterapeutka, se kterou prováděla dechovou rehabilitaci a cviky v rámci lůžka.

Barthelův test byl opakován 27. 2. A pacientka dosáhla stejného výsledku tj. 65 bodů.

Hodnocení: 27. 2. 2013

Cíl byl splněn částečně: pacientce byly zajištěny všechny potřeby. Pacientka je informována o deficitu sebe péče. Podle výsledků Barthelova testu stále potřebuje asistenci při oblékání, koupání a vyprazdňování. V intervencích se nadále pokračuje.

3. Spánek porušený

Z důvodu rušivých faktorů nemocničního prostředí, odloučení blízké osoby, projevující se přemítáním nad budoucností.

Priorita: střední

Cíl dlouhodobý:

Pacientka spí kvalitním spánkem minimálně 6 hodin, cítí se odpočatě – do 3 dnů

Cíl krátkodobý:

Pacientka zná příčiny nespavosti, je edukována o relaxačních technikách - do 3 hodin

Výsledná kritéria:

Pacientka je schopna popsat rušivé faktory, které jí brání ve spaní – do 2 hodin

Pacientka usíná do 30min. – do 2 dnů

Pacientka spí celou noc – do 3 dnů

Pacientka je odpočatá - denně

Plán intervencí:

Umožni kontakt s rodinou – denně – všeobecná sestra

Udržuj tiché a klidné prostředí – na noc - všeobecná sestra

Zajisti pohodlí na lůžku pro spánek – na noc – všeobecná sestra

Sleduj průměrnou dobu spánku pacientky - do 2 dnů - všeobecná sestra

Zabraň spánku v průběhu dne – denně - zdravotní sestra, ošetřovatelka, fyzioterapeut

Omez hlasitost monitorovacího zařízení – na noc - všeobecná sestra

Realizace: 25. 2. 2013 – 27. 2. 2013

Při příjmu (25. 2.) pacientka upozornila na časté problémy se spaním v nemocničních zařízeních, nyní obohacené o strach ze zhoršujícího se stavu. Snažili jsme se o konverzaci o problému, kterou pacientka uvítala.

Na večer pacientka chtěla pustit televizi, při které se jí lépe usíná. Vyvětrali jsme pokoj, upravili lůžko, ztlumili monitorovací přístroje.

Ráno 26. 2. : pacientka spala celou noc s občasným buzením, ale nic co by jí ovlivnilo na odpočinku, jak udává. Pacientka se cítí dobře, přes den se zabavuje pletením a luštěním křížovek a těší se na rodinnou návštěvu.

Během tří denní péče o pacientku jsme nezaznamenali výrazný nedostatek spánku.

Hodnocení: 27. 2. 2013

Dlouhodobý cíl byl splněn částečně, z důvodu občasného buzení pacientky přes noc. V intervencích se nadále pokračuje.

4. Úzkost ze smrti

Z důvodu celkově zhoršujícího se stavu projevující se strachem z vývoje nevyléčitelného onemocnění a obav z budoucnosti.

Priorita: střední

Cíl:

Pacientka dokáže vyjádřit svoje pocity a obavy ze smrti, plánuje budoucnost – do 3 dnů

Výsledná kritéria:

Pacientka i rodina hovoří o problému otevřeně, kladou otázky – do 3 dnů

Pacientka má kontakt s rodinou a přáteli – do 1 dne

Pacientka plánuje budoucnost – do 3 dnů

Pacientka má zajištěny bio-psycho-sociální potřeby - vždy

Pacientka se cítí klidněji – do 3 dnů

Plán intervencí:

Zajisti kontakt s rodinou pacientky – vždy – všeobecná sestra, ošetřovatelka

Věnuj pozornost potřebám pacientky - vždy – všeobecná sestra, ošetřovatelka

Vytvoř vstřícný a důvěryplný vztah - ihned – všeobecná sestra

Dbej na klidné prostředí a dostatek soukromí - vždy – všeobecná sestra, ošetřovatelka

Doporuč pacientce i rodině terapeuta nebo spirituálního konzultanta pro snadnější prožívání smutku. – do 3 dnů – všeobecná sestra

Komunikuj s pacientkou o minulosti i budoucnosti – do 3 dnů – všeobecná sestra

Povzbuzuj pacientku k vyjádření pocitů – do 3 dnů - všeobecná sestra

Naslouchej pacientce i rodině – vždy - všeobecná sestra, ošetřovatelka

Zjistí, jak pacientka vnímá sama sebe – do 1 dne - všeobecná sestra

Realizace: 25. 2. 2013 – 27. 2. 2013

Při příjmu pacientky byl přítomen manžel. Po uložení pacientky na lůžko, informování pacientky a sběru anamnéz, pacientka odpočívala a komunikovala s manželem. Pacientka je velice milá a komunikativní, po odchodu manžela vyhledávala společnost. Rozhovorem s pacientkou jsme zjistili několik zajímavých věcí z minulosti, ale o plánech do budoucna nechtěla moc hovořit a začala být hned smutná, proto jsme změnili téma.

Druhý den odpoledne tj. 26. 2. byla pacientka v dobré náladě a odpočatá, znovu jsme pokračovali v rozhovoru, který pacientka uvítala. Během rozhovoru přišla za pacientkou rodina, dcera, syn i manžel. Byla jim navrhnutá možnost terapeutické pomoci, nad kterou uvažují.

Hodnocení: 27. 2. 2013

Cíl byl splněn částečně. Pacientka je stále smutná hlavně před spaním, když je sama. Pokaždé, když má společnost dokáže být otevřená a mluvit o problému, jen o plánování do budoucna nechce moc hovořit. Rodině i pacientce byl doporučen terapeut, nad kterým uvažují. V intervencích se nadále pokračuje.

5. Neznalost o nemoci a léčebném režimu

Z důvodu nedostatku informací a nepřesného pochopení možnosti ovlivnění nemoci, projevující se vyjadřováním obav a otázkami.

Priorita: Střední

Cíl dlouhodobý:

Pacientka je dostatečně informována, chápe závažnost svého onemocnění - do 9 hodin

Cíl krátkodobý:

Pacientka spolupracuje - po dobu hospitalizace

Výsledná kritéria:

Pacientka je seznámena se svým ošetřujícím lékařem, personálem a chodem oddělení – do 1 hodiny

Pacientka chápe závažnost svého onemocnění - do 9 hodin

Pacientka zná léčebné postupy – do 2 hodin

Pacientka otevřeně hovoří o svém stavu – do 3 dnů

Pacientka dodržuje denní režim oddělení – do 2 dnů

Plán intervencí:

Poskytují informace o stavu pacientky – vždy – všeobecná sestra

Všímejí si reakcí pacientky při sdělování informací – vždy – všeobecná sestra

Posudí ochotu pacientky učit se – vždy – všeobecná sestra

Komunikují s pacientkou o onemocnění a jejích potřebách – 3 dny – všeobecná sestra

Motivují pacientku ke spolupráci – vždy – všeobecná sestra, ošetřovatelka

Počítají s úzkostí pacientky dle stavu a utírdí informace – vždy – všeobecná sestra

Realizace: 25. 2. 2013 – 27. 2. 2013

Při příjmu jsme pacientku seznámili s režimem oddělení a zdravotnickým personálem. Zjistili jsme, do jaké míry je pacientka informována o svém stavu, a v rámci kompetencí byly zodpovězeny případné otázky. Dále byla lékařem informována o svém stavu a možnostech léčby. Při příjmu pacientky byl přítomen manžel, díky kterému lépe snášela informace. I přes vážnost svého onemocnění pacientka byla velice komunikativní a otevřeně hovořila o svém stavu. S informovaností byla spokojena.

Hodnocení: 27. 2. 2013

Cíle byly splněny, pacientka správně pochopila získané poznatky a ochotně spolupracuje.

6. Infekce, riziko vzniku

V souvislosti s invazivními medicínskými postupy (CŽK, PŽK, tunelizovaný katétr).

Priorita: Střední

Cíl dlouhodobý:

Pacientka nemá známky infekce po dobu hospitalizace

Cíl krátkodobý:

Pacientka je informovaná o možnostech vzniku infekce

Plán intervencí:

Dbej na přísný aseptický postup při převazech, zvláště u tunelizovaného katétru – denně – všeobecná sestra

Kontrolu místa invazivních vstupů – denně – všeobecná sestra

Informuj pacientku o zásadách hygienické péče – do 3 dnů – všeobecná sestra

Kontroluj průchodnost PŽK, CŽK – denně – všeobecná sestra

Prováděj převazy PŽK dle potřeby, CŽK po 5 dnech, nebo dle potřeby – všeobecná sestra

Přepíchni PŽK každý třetí den za aseptických podmínek

Realizace: 25. 2. 2013 – 27. 2. 2013

Pacientka byla přijata na oddělení, s již zavedeným CŽK a tunelizovaným katétre, převaz nebyl potřeba. Dle ordinace lékaře byl zaveden PŽK za aseptických podmínek. Pacientka byla předem informována o důvodu zavedení PŽK možných rizicích. Dne 26. 2 byla zkontrolována průchodnost katétru (CŽK, PŽK) a okolí vpichů (tunelizovaný katétru), vše bez známek infekce. Pacientka byla ve sprše, proto byla potřeba převazu PŽK, u ostatních katétru bylo vše v pořádku. Dne 27. 2 se kontrola opakovala, pacientka bez známek infekce

Hodnocení:

Cíl krátkodobý byl splněn, pacientka byla informována. Cíl dlouhodobý byl splněn částečně, ponechání katétru, v intervencích se nadále pokračuje.

4.5 zhodnocení ošetrovatelského procesu

V rámci lékařské terapie a komplexní ošetrovatelské péče se stav pacientky poměrně zlepšil, ale prognózu má nepříznivou. Pacientka je plně informována o svém onemocnění a díky rodině a přátelům jej zvládá.

Pacientka po celou dobu hospitalizace spolupracovala, v mnoha případech se snažila péči o sebe provádět sama a bez pomoci v rámci jejích možností. Hospitalizaci zvládala dobře, jen ze začátku byla smutná z častých pobytů v nemocnicích, přemýšlení nad budoucností a strachu ze smrti. I přesto je pacientka velice komunikativní a dokázala hovořit o rodině, bývalé práci i o svém onemocnění. V tomto případě rozhovor uvítala, podle jejích slov jí komunikace o problému velice pomáhala a byla klidnější. Ošetrovatelskou péči hodnotila kladně.

5 DOPORUČENÍ PRO PRAXI

Na základě získaných zkušeností praxí na interní jednotce intenzivní péče, čtením odborné literatury, získání informací z ošetřovatelské dokumentace a komunikací s pacientkou příkládám toho doporučení pro praxi.

Doporučení pro pacienta

- Nebát se hovořit o nemoci jak se zdravotnickým personálem, tak s rodinou
- Nepodléhat nemoci předčasně
- Provádět pravidelná cvičení v rámci rehabilitace
- Zajímat se o nové poznatky v léčbě
- Dodržovat pravidelný denní režim
- Spolupracovat se zdravotnických personálem
- Dodržovat medikaci a dietní opatření
- Pečlivě se starat o stomii

Doporučení pro všeobecné sestry

- Komunikovat s pacienty
- Vzdělávat se v oblasti komunikace
- Vzdělávat se v oblasti stomické péče
- Vyhovět potřebám pacienta
- Zvládat stresové situace
- Dostatečně informovat pacienty v rámci kompetencí
- Citlivý a trpělivý přístup k pacientům
- Co nejvíce zpříjemnit jejich pobyt v nemocnici

Doporučení pro rodinu

- Být oporou pro blízkou osobu, umět podpořit a utěšit
- Projevit zájem o zdravotní stav blízkého
- Podílet se na léčbě blízkého
- Řešit s blízkým možnosti léčby
- Vzdělávat se v dané problematice
- Hovořit s blízkým o nemoci a být oporou

- Mít dostatek trpělivosti při komunikaci
- Časté návštěvy, pokud to čas dovolí

Doporučení pro management nemocnice

- Více seminářů v problematice komunikace nejen pro nelékařský zdravotnický personál, ale i pro lékaře
- Zajistit více rekreačních programů pro zdravotnický personál v rámci utužování vztahů a jako prevenci stresu

ZÁVĚR

Tato bakalářská práce, zaměřena na komunikaci s pacientem, měla za úkol přiblížit možné komunikační bariéry objevující se v běžné ošetrovatelské praxi. Zejména pak na jednotce intenzivní péče interního oddělení. Dokazuje, jak je potřeba srozumitelné domluvy pro pacienty důležitá. Sestry proto nikdy nesmí zapomenout na trpělivý přístup, individuálně přizpůsobený každému z pacientů. Jen tehdy je překonání komunikačních bariér možné.

Nejen sestry, ale každý člen zdravotnického personálu by měl dbát na celoživotní vzdělávání a prohlubovat si své znalosti. Nezapomínat na žádnou z možných příčin vzniku komunikačních bariér, které byly popsány v této práci. „Nelámat hůl“ nad těmito pacienty, kteří třeba komunikovat odmítají. Učit se cizí jazyky, aby zbytečně nevznikaly problémy při komunikaci s cizinci. Dávat pacientům neustále najevo zájem.

Práce obsahovala obecné vysvětlení termínu *komunikace*, jejích forem a komunikace s pacientem. Ve své praktické části ukazovala i názorně, proč je ve zdravotnictví nezbytná. Nikdo z nás nikdy neví, kdy se v situaci svých pacientů ocitne sám. Všichni ale jistě víme, jak naši vlastní psychiku ovlivňuje pocit nejistoty. Budou-li na toto sestry neustále myslet, komunikace i s vážně nemocnými pacienty se usnadní.

Seznam použité literatury

1. BOROŇOVÁ, Jana. *Kapitoly z ošetrovatelství I*. Plzeň: Maurea, 2010, 193 s. ISBN 978-80-902876-4-8.
2. DOENGES, Marilyn E.,. *Kapesní průvodce zdravotní sestry*. 2. přepr. a rozšíř. vyd. Praha: Grada Publishing, 2001, 565 s. ISBN 80-247-0242-8.
3. FRIEDLOVÁ, Karolína. *Bazální stimulace v základní ošetrovatelské péči*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2007, 168 s. Sestra. ISBN 978-802-4713-144.
4. JANÁČKOVÁ, Laura a Petr WEISS. *Komunikace ve zdravotnické péči*. Praha: Portál, 2008, 134 s. ISBN 978-807-3674-779.
5. JANOUŠEK, Jaromír. *Verbální komunikace a lidská psychika*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2007, 169 s. Psyché (Grada Publishing). ISBN 978-802-4715-940.
6. JEKLOVÁ, Marta a Eva REITMAYEROVÁ. *Syndrom vyhoření*. Praha: Vzdělávací institut ochrany dětí, 2006, 32 s. ISBN 80-869-9174-1.
7. KELNAROVÁ, Jarmila a Eva MATĚJKOVÁ. *Psychologie a komunikace: pro zdravotnické asistenty 4. ročník*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008, 135 s. Sestra. ISBN 978-802-4728-315.
8. KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Sestra a stres: příručka pro duševní pohodu*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2010, 119 s. ISBN 978-802-4731-490.
9. KUTNOHORSKÁ, Jana. *Etika v ošetrovatelství*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007, 163 s. ISBN 978-802-4720-692.
10. KYMROVÁ, Eva. *Holistické přístupy v psychologii*. Praha: Maurea, 2011, 186 s. ISBN 978-80-904955-0-0.

11. LINHARTOVÁ, Věra. *Praktická komunikace v medicíně: pro mediky, lékaře a ošetrující personál*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007, 152 s. ISBN 978-802-4717-845.
12. MARKOVÁ, Monika. *Sestra a pacient v paliativní péči*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010, 128 s. ISBN 978-802-4731-711.
13. NĚMCOVÁ, Jitka. *Příklady praktických aplikací témat z předmětů Výzkum v ošetrovatelství, Výzkum v porodní asistenci a Seminář k bakalářské práci: text pro posluchače zdravotnických oborů*. Praha [i.e. Plzeň]: Maurea, 2012, 114 s. ISBN 978-80-904955-5-5.
14. PAVLÍKOVÁ, Slavomíra. *Modely ošetrovatelství v kostce*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006, 150 s. ISBN 80-247-1211-3.
15. PLAMÍNEK, Jiří. *Komunikace a prezentace: umění mluvit, slyšet a rozumět*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008, 176 s. Manažer. ISBN 978-80-247-2706-6.
16. SLOWÍK, Josef. *Komunikace s lidmi s postižením*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2010, 155 s. ISBN 978-807-3676-919.
17. ŠPATENKOVÁ, Naděžda a Jaroslava KRÁLOVÁ. *Základní otázky komunikace: komunikace (nejen) pro sestry*. 1. vyd. Praha: Galén, 2009, 135 s. ISBN 978-807-2625-994.
18. TEGZE, Oldřich. *Neverbální komunikace: [co vám prozradí lidské chování a jednání, a jak toho využít]*. Vyd. 1. Praha: Computer Press, 2003, ix, 482 s. ISBN 80-251-0183-5.
19. VENGLÁŘOVÁ, Martina. *Sestry v nouzi: syndrom vyhoření, mobbing, bossing*. 1. vyd. Praha: Grada, c2011, 184 s. Sestra. ISBN 978-802-4731-742.
20. VENGLÁŘOVÁ, Martina a Gabriela MAHROVÁ. *Komunikace pro zdravotní sestry*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006, 144 s. ISBN 80-247-1262-8.

21. VYBÍRAL, Zbyněk. *Psychologie komunikace*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2009, 319 s. ISBN 978-807-3673-871.
22. DUBCOVÁ, Iva a Rebeka RALBOVSKÁ. Strach ze smrti, umírání a umění doprovázet z pohledu všeobecné sestry a laické veřejnosti. *Florence*. **4**, 2011, 24-30. ISSN nezjištěno.
23. VŠETEČKOVÁ, Renáta. Komunikace s problémovým pacientem v přednemocniční péči a na urgentním příjmu. *Florence*. **10**, 2010, 32-33. ISSN nezjištěno.

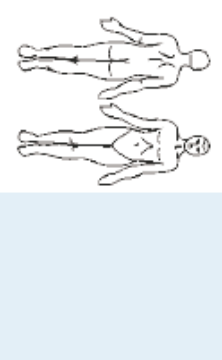
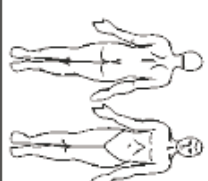

Seznam příloh

Příloha A – Ošetřovatelská příjmová zpráva	II
Příloha B – Rozšířená škála dle Nortonové, stupnice podle Conleyové.....	III
Příloha C - Barthelův test základních všedních činností (ADL).....	IV

Příloha A – Ošetřovatelská příjmová zpráva



Ošetřovatelská příjmová zpráva příjmová během hospitalizace

Příjem Datum: hod.: Příjem odkud: <input type="checkbox"/> z domova <input type="checkbox"/> odd. NNH <input type="checkbox"/> RZP <input type="checkbox"/> jiné zdravot. zařízení Opatřovaná příjezd: <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne Dg: Pacient odvezdal léky: <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne Rodina informována: <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne Fyziologické funkce: Rizika: TK: <input type="checkbox"/> riziko pádu, LHK: <input type="checkbox"/> skóra P: <input type="checkbox"/> riziko dehydr., T: <input type="checkbox"/> skóre D: <input type="checkbox"/> infekce, <input type="checkbox"/> játa Alergie: <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> alergeny:		Schopnost edukace: PACIENT <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne RODINA <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne Pořeba duševních služeb: <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne Dýchání: <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> bez obtíží <input type="checkbox"/> kašel <input type="checkbox"/> dýchot. <input type="checkbox"/> nádechová <input type="checkbox"/> křik <input type="checkbox"/> mléčová <input type="checkbox"/> močí	
Bolest: <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> skuten <input type="checkbox"/> chronická <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> chronická Lokalizace:  Intenzita: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10		Kůže: <input type="checkbox"/> bez zrněny <input type="checkbox"/> opruzeniny <input type="checkbox"/> otoky <input type="checkbox"/> dekvily <input type="checkbox"/> jiné rány <input type="checkbox"/> operční <input type="checkbox"/> popálenina <input type="checkbox"/> stomie <input type="checkbox"/> chronická rna <input type="checkbox"/> jiné poušení <input type="checkbox"/> kožní légnry Lokalizace:  	
Soběstačnost a pohyblivost: <input type="checkbox"/> soběstačný <input type="checkbox"/> omezen <input type="checkbox"/> soběstačný <input type="checkbox"/> omezení <input type="checkbox"/> omezení <input type="checkbox"/> omezení <input type="checkbox"/> neseoběstačný <input type="checkbox"/> při chůzi <input type="checkbox"/> při jíde <input type="checkbox"/> při hygieně <input type="checkbox"/> při oblékání <input type="checkbox"/> při vyrazdování		Yznamné omezení: <input type="checkbox"/> není <input type="checkbox"/> ano Kompenzační pomůcky: <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> brýle <input type="checkbox"/> kontaktní čočky <input type="checkbox"/> naslouchátka <input type="checkbox"/> ztlum. proféza <input type="checkbox"/> toalet <input type="checkbox"/> odtah <input type="checkbox"/> invaldní vozík <input type="checkbox"/> berle / hůl <input type="checkbox"/> jiné:	
Vyprazdňování: <input type="checkbox"/> bez obtíží <input type="checkbox"/> pálení, řezání <input type="checkbox"/> relance <input type="checkbox"/> inkontinence <input type="checkbox"/> jiné Stoolie: <input type="checkbox"/> bez obtíží, pravidelná <input type="checkbox"/> příjem <input type="checkbox"/> zácpa <input type="checkbox"/> stomie <input type="checkbox"/> inkontinence		Datum posledního stolice: Hodnocení nutričního stavu: Obvyklá váha kg Aktuální váha kg Výška cm Vázní vnytlivý <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano (BMI pod 16,5) Vyrazné méně jí <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano (1 týden/1 pora s méně) Vyrazná ztráta váhy <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano (10% s občas 15, nebo) Při měření měly použít odbová interní měřicího termpetu. Kontaktovaní nutriční termpet: <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne	
Sociální anamnéza Plán propuštění Je sám schopen vykonávat aktivy denního života a sebe péči. <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne Pacient je orientován (časem, místem, osobou) a je schopen se sám rozhodovat. <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne Má problémy s meckací nebo péči o stomii či invazivní vstupy apod. <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano, játe Vyžaduje následnou rehabilitaci. <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano Má problémy s ubytováním. <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano Pacient má kontaktní osobu, která mu po propuštění pomůže. <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne Kontaktovaní koordinátor rástelné péče. <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne			

Příloha C - Barthelův test základních všedních činností.

(ADL-activity daily living)

	Činnost:	Provedení činnosti:	Bodové skóre
01.	Najedení,napití	Samostatně bez pomoci	10
		S pomocí	05
		Neprovede	00
02.	Oblékání	Samostatně bez pomoci	10
		S pomocí	05
		Neprovede	00
03.	Koupání	Samostatně nebo s pomocí	05
		Neprovede	00
04.	Osobní hygiena	Samostatně nebo s pomocí	05
		Neprovede	00
05.	Kontinence moči	Plně kontinentní	10
		Občas inkontinentní	05
		Trvale inkontinentní	00
06.	Kontinence stolice	Plně kontinentní	10
		Občas inkontinentní	05
		Inkontinentní	00
07.	Použití WC	Samostatně bez pomoci	10
		S pomocí	05
		Neprovede	00

08. Přesun lůžko- židle	Samostatně bez pomoci	15
	S malou pomocí	10
	Vydrží sedět	05
	Neprovede	00
09. Chůze po rovině	Samostatně nad 50 metrů	15
	S pomocí 50 metrů	10
	Na vozíku 50 metrů	05
	Neprovede	00
10. Chůze po schodech	Samostatně bez pomoci	10
	S pomocí	05
	neprovede	00

Hodnocení stupně závislosti

Hodnocení:	Závislost	Body
	Vysoce závislý	00 – 40 bodů
	Závislost středního stupně	45 – 60 bodů
	Lehká závislost	65 – 95 bodů
	nezávislý	96 – 100 bodů