

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

Studijní program: Ošetřovatelství 5341

Bc. Martina Peterová

Studijní obor: Ošetřovatelství ve vybraných chirurgických oborech

**KOMUNIKACE S PACIENTEM SE ZAVEDENOU
TRACHEOSTOMICKOU KANYLOU**

Diplomová práce

Vedoucí práce: Mgr. Jana Zámečková

PLZEŇ 2015

Místo pro zadání

Prohlášení

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

V plzni dne 3. dubna 2015

.....

Vlastnoruční podpis

Poděkování

Děkuji Mgr. Janě Zámečkové za odborné vedení práce, trpělivý přístup a poskytování cenných rad i podnětů. Dále děkuji své zesnulé mamince za podporu při studiu a kolegyním z nemocnice za vstřícnost během celého studia. Ráda bych také poděkovala pracovníkům nemocnice FN Plzeň za pomoc při výběru respondentů. Na závěr bych poděkovala respondentům, se kterými byly provedeny rozhovory, za jejich ochotu podělit se, se svými zkušenostmi.

Anotace

Jméno a příjmení: Bc. Martina Peterová

Katedra: Ošetřovatelství a porodní asistence

Název práce: Komunikace s pacientem se zavedenou tracheostomickou kanylou

Vedoucí práce: Mgr. Jana Zámečková

Počet stran: číslované 134, nečíslované 22

Počet příloh: 11

Počet titulů použité literatury: 54

Klíčová slova: Hlas, Komunikace s pacientem, tracheostomická kanyla, alternativní a augmentativní komunikace, tracheostomovaný pacient, náhradní komunikace

Teoretická část obsahuje kapitolu o tvorbě hlasu, kde píše o vzniku řeči a hlasu, z čeho se hlas skládá a co je to hrtanový tón. V další kapitole píše o komunikaci s pacientem a o jejich druzích. Dále o efektivní a kontraproduktivní komunikaci a o komunikačních bariérách. Ve třetí kapitole se zabývám pojmem tracheostomie, jaké jsou indikace a kontraindikace k zavedení. Které metody zavádění se provádějí a jaké jsou druhy kanyl. Zmiňuji se také o komplikacích, které mohou během nebo po zavádění nastat. Čtvrtá kapitola teoretické části je o psychologických problémech u pacientů s tracheostomií. Dále o svépomocných skupinách a o kvalitě života tracheostomovaných. V poslední kapitole se věnuji náhradním komunikačním systémům u těchto pacientů. Vysvětluji zde pojem alternativní a augmentativní komunikace a uvádím jejich druhy. V poslední řadě se věnuji náhradním hlasovým mechanismům u pacientů s tracheostomií.

Praktická část byla realizována pomocí rozhovorů s respondenty, kteří měli zavedenou tracheostomickou kanylu. Šetření bylo tedy kvalitativní. Rozhovor obsahoval celkem dvacet otázek, na které odpovědělo patnáct pacientů. Výsledky šetření jsou interpretovány odděleně z každého rozhovoru.

Anotation

Name and surname: Bc. Martina Peterová

Department: Nursing and Midwifer

Title: Communication with patient who has tracheostomy cannula

Leader: Mgr. Jana Zámečková

Number of pages: numbered 134, no numbered 22

Number of attachments: 11

Number of titles of references: 54

Keywords: Communication with patient, tracheostomy cannula, alternative and augmentative communication, patient with tracheostomy, substitute communication

Theoretical part includes a chapter about creation of voice, where I wrote about the origin of speech and voice, what the voice and laryngeal tone are. In the next chapter I focused on communication with patients and the types of communication. Furthermore, I wrote about an effective and counterproductive communication and communication barriers. In the third chapter I described what tracheostomy is, what are the indications and contraindications for the insertion. Which methods of insertion are carried out and what are the types of tracheostomy tubes. I also mentioned the complications that may occur during or after the insertion. The fourth chapter of the theoretical part is about psychological problems that patients with tracheostomy have. Also I wrote about the self - help groups and the patients life quality. The last chapter is devoted to alternative communication systems with these patients. I explained here the notion of alternative and augmentative communication and mentioned their species.

Finally, I devoted voice replacement mechanisms in patient with tracheostomy.

The practical part was carried out through interviews with respondents who had tracheostomy tube. Investigation was therefore qualitative. The interview contained a total of twenty questions they have answered fifteen patients. The results are interpreted separately from each interview.

OBSAH

ÚVOD.....	9
TEORETICKÁ ČÁST	10
1 TVORBA HLASU.....	10
2 KOMUNIKACE	12
2.1 Druhy komunikace.....	12
2.1.1 Verbální komunikace.....	12
2.1.2 Neverbální komunikace.....	19
2.2 Efektivní komunikace	25
2.3 Kontraproduktivní komunikace	27
2.3.1 Bariéry v komunikaci	27
3 TRACHEOSTOMIE.....	29
3.1 Indikace a kontraindikace	29
3.2 Metody provedení tracheostomie.....	31
3.2.1 Klasická chirurgická technika	31
3.2.2 Punkční dilatační tracheostomie.....	32
3.3 Tracheostomické kanyly	33
3.3.1 Kovové kanyly.....	34
3.3.2 Kanyly z plastických materiálů	34
3.4 Komplikace tracheostomie	35
3.4.1 Peroperační komplikace	36
3.4.2 Pooperační komplikace.....	38
4 PSYCHOLOGICKÉ PROBLÉMY U PACIENTŮ S TSK.....	41
4.1 Svépomocné skupiny	43
4.2 Kvalita života tracheostomovaných.....	43
4.2.1 Měření kvality života.....	45
5 NÁHRADNÍ KOMUNIKAČNÍ SYSTÉMY U PACIENTŮ S TSK.....	47
5.1 Alternativní a augmentativní komunikace.....	47
5.1.1 Alternativní a augmentativní komunikace nevyžadující pomůcky	47
5.1.2 Alternativní a augmentativní komunikace vyžadující pomůcky	49
5.2 Náhradní hlasové mechanismy	55
PRAKTICKÁ ČÁST	57
6 METODOLOGIE VÝZKUMU	57
7 ROZHOVORY	59

8 PREZENTACE A INTERPRETACE ZÍSKANÝCH ÚDAJŮ	113
9 DISKUZE	132
ZÁVĚR.....	141
SEZNAM LITERATURY.....	143
SEZNAM ZKRATEK	148
SEZNAM PŘÍLOH	149

ÚVOD

O komunikaci s nevidomými či neslyšícími existuje mnoho publikací. Jak se však dorozumět s lidmi, kteří vidí i slyší, ale nemohou slovy vyjádřit své myšlenky, pocity nebo potřeby? Právě na nás je, abychom porozuměli neverbálním projevům těchto pacientů. Postižení vedoucí k narušení verbální komunikace může být dočasné nebo trvalé. Každý člověk, který se nemůže dorozumívat verbální komunikací, potřebuje jiné prostředky. Řeč je ale pro lidi bezpochyby dominantním způsobem komunikace. Tento dorozumívací prostředek je pro nás natolik typický, že jej většina považuje za naprostou samozřejmost a s jeho ztrátou se těžko vyrovnává. Při narušení schopnosti verbální komunikace jsme nuceni hledat alternativní a augmentativní dorozumívací prostředky, které dostatečně nahradí mluvené slovo. Týká-li se ztráta řeči pacienta odkázaného na pomoc členů ošetřujícího týmu, situace je o to vážnější. Sestry a lékaři se při péči o nemocné neřídí pouze svými konvenčními postupy a výsledky vyšetření, ale reagují také na sdělení samotného pacienta. Informace získané od pacienta, kterými nám sděluje své potřeby, starosti a pocity, jsou pro nás mnohdy stejně důležité jako výsledky vyšetření. Ztráta hlasu v důsledku zavedení tracheostomické kanyly (dále jen TSK) pro pacienta proto představuje traumatizující zkušenost. Člověk se musí vyrovnat nejen se situací, která vedla k zavedení tracheostomie, ale také s tracheostomií samotnou. Díky tomu u pacienta může docházet ke změně kvalitě života. V důsledku tracheostomie totiž dochází ke změnám nejen fyzickým, ale také psychickým a sociálním.

Pro svou diplomovou práci jsem si tohle téma zvolila jednak proto, že o této problematice nebylo napsáno jednak mnoho publikací. A také proto, že se s tím setkávám velmi často ve svém zaměstnání. Pracuji na pooperační jednotce kardiochirurgického oddělení a mimo toho, že pečuji o pacienty s TSK, tak s těmito pacienty, které jsou už při vědomí, zároveň komunikuji.

Cílem mé práce je zjistit právě to pomocí jakých náhradních komunikačních systému se zdravotnický personál dorozumívá s těmito pacienty.

TEORETICKÁ ČÁST

1 Tvorba hlasu

Řeč je velmi složitý děj, kterého se účastní tzv. mluvidla: měkké patro, dásně, jazyk, zuby, rty atd. Projevem jejich funkce je lidská artikulovaná řeč, kterou zajišťuje především komplikovaná souhra nervových mechanismů. Zvuk, hlas a řeč jsou zcela rozdílné pojmy. (4, 34)

Řeč vzniká přerušovaným zeslabováním proudu vydechovaného vzduchu a také otevíráním a zavíráním hlasivky. (viz. příloha č. 2) (4)

Hlas je zvuk, který se vytváří v oblasti hlasotvorného a rezonančního ústrojí. Z akustického hlediska pro vznik hlasu musí existovat zdroj hlasu a akustický filtr. Zdrojem hlasu jsou hlasivky, kde vzniká tvorba primárního signálu (hrtanového tónu). Akustický filtr modeluje primární signál do výsledného hlasu. Je to soustava rezonančních dutin vokálního traktu a rezonančních tkání. Rezonanční dutiny jsou schopny určité frekvence vyšších harmonických tónů potlačit a jiné zase posílit. Pro výslednou rezonanci každé rezonanční dutiny je určujících několik parametrů. Jedná se o objem, tvar, hmotnost vzduchu v rezonančním prostoru a nakonec rozměr vstupního a výstupního prostoru. Schopnost ovlivnění některých parametrů je důležitá součást práce s hlasem. (5, 9)

Hrtanový tón vzniká tak, že vydechovaný vzduch způsobí nárůst subglotického tlaku. Narůstající tlak posouvá sliznici hlasivek vzhůru a laterálně, hlasivky se otevírají směrem odspodu nahoru a průtočné množství vzduchu mezi nimi roste. Vlivem narůstajícího proudu vzduchu vzniká mezi hlasivkami podtlak (Bernoulliho princip), který spolu s elastickými vlastnostmi hlasivek způsobí, že se začnou uzavírat. Cyklus se opakuje a rozkmitá vzdušný sloupec mezi hlasivkami. Pro udržování hlasivek v kmitavém pohybu jsou z energetického hlediska velmi důležité změny tvaru hlasivek. Vlivem slizniční vlny běžící po hlasivkách odspodu nahoru během kmitání. Napětí hlasivek ovlivňuje především výšku tónu, subglotický tlak vzduchu především hlasitost zvuku. Při narůstajícím tlaku vzduchu by současně došlo ke zvýšení tónu. Napětí hlasivek má určující význam pro změnu intenzity nebo udržení tónu. (9, 29, 32)

Hlas se skládá ze základního tónu a z řady vyšších tónů harmonických, jejichž intenzita je modifikována v rezonančních prostorech. Výsledným efektem je při průchodu hrtanového tónu zesílení či potlačení jiných harmonických, částkových tónů. Hlas tak dostává charakteristickou barvu, která je jedinečná a proto se využívá např. v bezpečnostních systémech k identifikaci osob. Podmínkou pro vytvoření kvalitního hrtanového tónu je stejné napětí obou hlasivek, objem, schopnost kmitání sliznice (slizniční vlna). Dobrá hybnost hlasivek a schopnost uzavřít hlasovou štěrbinu v plném rozsahu v úrovni horizontální ale i vertikální. (5, 13, 40)

2 Komunikace

Komunikace je chápána jako proces předávání informací mezi dvěma nebo více komunikujícími subjekty. Jde prakticky o základ všech vztahů mezi lidmi. Důležitými prvky tohoto procesu jsou pak následující články: komunikátor (ten, kdo má myšlenky, informace, důvod ke komunikaci); kódování (převod komunikátorových myšlenek do systematického souboru symbolů); zpráva (výsledek kódovacího procesu); prostředek (nositel zprávy); dekodující příjemce (dekódování zprávy příjemcem na základě vlastních zkušeností a referenčního obsahu zprávy); zpětná vazba (reakce příjemce na sdělení); šum (všechny možné faktory měnící záměr zprávy a její pochopení či přijetí) může být fyzický, fyziologický nebo psychologicko-sémantický. Na všech uvedených úrovních komunikačního řetězce pak může docházet k poruše, poškození či k nedokonalosti (k nesprávné interpretaci, nepochopení, komunikačním bariérám, ať už v důsledku objektivních či subjektivních, odstranitelných či neodstranitelných bariér). (37, 48)

Komunikace pomáhá vytvářet vztah mezi dvěma a více jedinci, kteří subjektivně sdílejí, prožívají a reagují na určitou objektivní situaci. Jde tedy o transakční proces, ve kterém každá osoba může fungovat současně jako mluvčí i jako posluchač. Kdykoliv dochází mezi lidmi k interakci, nevyhnutelně dojde ke komunikaci. (37)

2.1 Druhy komunikace

Komunikaci rozdělujeme na verbální a neverbální. (48)

2.1.1 Verbální komunikace

Verbální neboli slovní komunikací rozumíme dorozumívání se pomocí slov, popř. jinými znakovými symboly. Chceme-li, aby naše komunikace byla efektivní a přinesla to, co očekáváme, musíme sledovat řadu prvků v oblasti verbální ale i neverbální. (48)

Dobře komunikovat neznamená jen zvolit slova, je důležité věnovat pozornost dalším prvkům. Jedná se o rychlost řeči, hlasitost, pomlky, výšku hlasu, přítomnost embolických slov (slovních parazitů), délku projevu a intonaci. Rychlost řeči závisí na naší znalosti tématu. Ta ale nemusí být stejná u posluchače. Také může zakrývat nejistotu nebo potřebu mít hovor „rychle za sebou“. Rychle může také mluvit člověk v obavě, že ho ten druhý nenechá domluvit. Hlasitost se mění podle povahy sdělení. Jinou hlasitost zvolíme

při potřebě upoutat pozornost, například ve větších prostorech. Nadměrně hlasitý projev působí nepříjemně, netaktně a budí představu o potřebě nadvlády nad publikem. Nemocní ztiší hlas při hovoru na intimní či nepříjemné téma, při obavách nebo při nejistotě. Pomlky nebo úplné přerušování hovoru mohou mít různé příčiny. Sestra může dávat prostor nemocnému pro přemýšlení či odpočinek. Mlčet vždy neznamená nutně nemít co říci. Vyplnění času planým hovorem působí negativně. Nemocný se zastaví, pokud se blíží nepříjemné téma, neví jak se dobře vyjádřit nebo zvažuje, zda se vůbec do hovoru pustit. Výška hlasu bývá odrazem pacientových emocí. Každý člověk má určitou polohu hlasu, která je mu vlastní. Pokud jsme ve stresu, bojíme se nebo máme velkou radost, projeví se to na výšce hlasu. Vyšší tóny mohou působit nepříjemně, zvláště při edukaci nemocných, kdy velmi záleží na srozumitelnosti. Rovnocennost partnerů v komunikaci určuje prostor, který má každý z nich k dispozici. Je málo situací, kdy je vhodné komunikovat s někým formou monologu. Zkušený řečník i v případě, kdy hovoří před velkým sálem posluchačů, komunikuje, i když spíše neverbálně. Dále je nutné sledovat reakce posluchačů, neklid, nervozitu, známky nudy apod. Těmto signálům věnujeme pozornost u nemocných. Třeba z úcty nebo obavy nás nechají mluvit, i když už nejsou naladěni na poslouchání, rádi by ale něco také řekli nebo dokonce odešli pryč. Význam sdělení výrazně podtrhuje intonace. Může být naším pomocníkem při zdůraznění významu, pochopení či naléhavosti. Mění také význam sdělovaného. (2, 11, 24, 36)

Kritéria úspěšné verbální komunikace jsou jednoduchost, stručnost, zřetelnost, vhodné načasování a adaptabilita neboli přizpůsobivost. (36)

U jednoduchosti dbáme na to, aby bylo sdělení stručné, ale jasné. Používáme běžné slovní obraty. Neefektivní je zdlouhavé opisování situace nebo používání terminologie neznámé posluchači. Ověřujeme si, zda nemocný porozuměl sdělovanému. V úvodu rozhovoru je třeba ověřit aktuální schopnost porozumět, příliš jednoduché sdělení působí devalvačně (znehodnocuje nemocného). Některé obraty běžně používané zdravotníky nejsou obvyklé známé širší veřejnosti. Při obavě nemocného zeptat se, může dojít k velmi závažnému nedorozumění. Proto je vhodné zvážit, jak komunikovat s dítětem nebo např. zdravotníkem v roli pacienta. (11, 36)

Další kritérium je stručnost, stručná informace působí profesionálně. Zvláště pak v situaci kdy jsme nemocní, máme tělesné obtíže, obavy, nejasná očekávání nebo jsme citliví na čas. Po stručném sdělení je nutné nechat prostor pro dotazy. Pozor, aby nedošlo k

zaměňování stručnosti se strohostí či neochotou mluvit. I čas, kdy poskytujeme informace, nemocný vnímá jako dobu, kdy mu je věnována pozornost. Stručnost je významná i při písemné formě komunikace. Ale nesmí být na úkor srozumitelnosti. Použití zkratk je nepřípustné a může vést k nepochopení, pacient nemusí znát ve zdravotnictví běžné zkratky používané jako slova, např. cété. (11, 36)

Třetím kritériem je zřetelnost. Při komunikaci s nemocným musíme vyjádřit podstatu věci. Problematická jsou dvojsmyslná sdělení (odchod-úmrť), přílišná zobecnění (diabetici mají cévní obtíže) nebo osobní názory (to vám bude chutnat). Příkladem nejasného sdělení může být slovní obrat „váš tatínek odešel“ při úmrtí pacienta. (11, 36)

Čtvrtým kritériem je vhodné načasování, kdy je při přípravě rozhovoru nutné zvážit všechny souvislosti. Hledáme odpovědi na otázky: Je správná chvíle? Neruší jiné okolnosti naši komunikaci? Je v pacientovém zájmu slyšet tyto informace? Je nutné je sdělit právě teď? Mám čas vyslechnout odpověď? Vhodné načasování zohledňujeme zvláště u závažných témat. Podmínkou je klid na sdělení, soukromí, nerušený prostor a dostatek času. (11, 36)

Posledním kritériem je adaptabilita (přizpůsobivost). Je nutné přizpůsobovat styl hovoru reakcím nemocného. Sledujeme jeho odpovědi, neverbální projevy. Pokud ho sdělení rozruší, ponecháme mu čas na oddych. (11, 36)

Obecně platí, že nelze nekomunikovat, protože aktivita i neaktivita, slova i mlčení, vše má význam sdělení. Komunikace znamená jak sdělování, tak i sdílení. Komunikaci vždy spoluutváříme a ovlivňujeme. Z profesního hlediska je u verbální komunikace podstatná aktivita a osvojení si speciálních dovedností. Jednou z nejdůležitějších komunikačních dovedností je naslouchání druhého. Bývá označováno jako nejdůležitější součást rozhovoru, je to jeho aktivní složka. Jde v něm nejen o to, že slyšíme, ale i o to, že chápeme a rozumíme. Nasloucháním jsou vytvářeny podmínky k dalším rozhovorům. Tím, že nasloucháme, umožňujeme druhému splnění jeho přání a také možnost se svěřit. Dáváme jím najevo ochotu pomoci. Nasloucháme třemi základními způsoby, ušima, očima a srdcem. Ušima slyšíme slova a uvědomujeme si jejich význam. Slyšíme tón řeči, její rychlost i pomlky a pauzy. Očima vidíme výraz obličeje, pohled hovořícího, jeho postoj a pohyby. Srdcem pak vidíme schopnost zapojit emoce (11, 36)

Jak už bylo výše uvedeno, v komunikaci je kladen důraz na aktivitu. Pokud pacient sděluje svůj problém, očekává, že sestra mu naslouchá a v projevu ho podporuje. Podporu lze projevit pomocí rezonance, reflexe (odezvi), sumarizace, povzbuzování, empatie (soucítění), ale také pomocí mlčení. (36)

Rezonance je vlastně ozvěna, jakýsi druh zpětné vazby, kdy zopakujeme, co pacient řekl. Dáváme tím najevo, že ho vnímáme a že rozumíme významu toho, co říká. Zároveň umožňujeme další komunikaci s ním. (36)

Reflexe neboli odezva je pokus pochopit širší myšlenkový celek a formulovat ho vlastními slovy. Pacient dlouze chaoticky rozebírá své zdraví, neustále se vrací k vyšetření, které ho čeká. Můžeme zreflektovat – zítřejší vyšetření je pro vás náročné a můžete z něho mít strach. Umožní to pacientovi mluvit o svých obavách, které ho trápí a dostane možnost podpory ze strany zdravotníka. (36)

Sumarizace je poskytnutí celkového přehledu rozsáhlého sdělení. Jde dál než reflexe. Nevyjádříme se jen k jedné věci, ale k tomu, co podstatného jsme z celého sdělení vyrozuměli. Pacient vypráví o konzultaci s lékařem, mluví o cizích slovech, o učenosti doktora. Můžeme shrnout – přemýšlím nad tím, jestli jste rozuměl všemu, co vám doktor říkal. Tím dostáváme možnost v komunikaci pokračovat. (36)

Povzbuzování znamená povzbudit pacienta, aby v komunikaci pokračoval, například – vyprávějte dál o svých vnucích, zajímá mě to, nebo – mluvte o tom, co vás bolí, to, co říkáte je důležité. (36)

Empatie neboli soucítění je vědomý příklon k druhému člověku a k jeho citovému stavu. Je to dobrá vůle druhému člověku citově porozumět. Ve zdravotnickém povolání se často setkáváme s bolestí a také strachem. Můžeme proto vyjádřit, že s pacientem cítíme. Pokud je to vhodné, chytit ho za ruku nebo ho pohládit. Je důležité si ale uvědomit, že soucítění není soucit. Zcela nepřijatelné je prožívání druhých v zátěžových situacích zlehčovat. (36, 48)

Mlčení patří také do komunikace a může mít více významů. V tichu můžeme přemýšlet či hledat, jak v komunikaci pokračovat. Pacient může potřebovat prostor k přemýšlení nad otázkou, kterou chce položit, nebo si rozmýšlet jak odpovědět. Tady je potřeba být citlivý k tomu, kdy dát pacientovi prostor, aby si rozmyslel, co chce říct, nebo kdy ho povzbudit, aby mohl dál pokračovat. Mlčení může také nastat z velkého šoku, který

je vyvolán nepříznivou zprávou. Zde je nutné umožnit pacientovi dostatek času na vyrovnání a zároveň mu poskytnout naši podporu. Mlčení plné rozpaků bude v praxi sestry spojeno s rozhovory na intimní témata. Můžeme se setkávat se studem pacienta. Sestra by měla být k takovému tichu velmi vnímavá a hlavně schopna pomoci pacientovi takové rozpaky překonat. Hluboké ticho nastává tam, kde už bylo vše řečeno a nastává klid. Je to ticho ozdravné, ve kterém je dobré setrvat. (25,36, 48)

2.1.1.1 Rozhovor

Rozhovor je výzkumná a diagnostická technika, kdy prostřednictvím dotazování získáváme jak diagnostické informace, tak pomáhá navázat kontakt s dotazovaným. Významová struktura rozhovoru má podle J. Janouška následující sdělení: záměr (strategický cíl sdělení), smysl pro mluvčího (jak rozumí tomu, co říká), věcný obsah, smysl pro příjemce (jak rozumí tomu, co je říkáno), efekt pro příjemce (jaký je výsledek a důsledek řečeného). Každý rozhovor má své paralingvistické charakteristiky. (25, 36)

Paralingvistické charakteristiky rozhovoru jsou prvky, které nelze písemně zaznamenat. V komunikaci obecně je to hlasitost řeči, výška tóny, rychlost, objem, plynulost řeči, intonace, chyby v řeči, správná výslovnost, věcnost, členění řeči. V rozhovoru jde pak především o: naplnění hovorem a tichem během rozhovoru, předávání slova, dueta při rozhovoru (oba mluví najednou), otázky v rozhovoru (do jaké míry jsou přítomny), otálení s odpovědí, příkazy v rozhovoru (do jaké míry jsou přítomny), reakce na příkazy. Přestože ve zdravotnictví hraje podstatnou roli nemoc, je důležité si uvědomit, že rozhovor probíhá s nemocným člověkem a ten je předmětem našeho zájmu, nikoliv právě jeho potíže. Rozhovor je velmi důležitý k získání pacientovi důvěry. Pro všeobecnou sestru jsou v rozhovoru s pacientem důležité následujících sedm kroků. Jako první je úcta. Vážíme si pacienta jako člověka a zároveň rovnocenného partnera v rozhovoru. Druhý krok je důvěryhodnost. Přesvědčit pacienta, že jsme hodni jeho důvěry, můžeme jedině vlastním správným chováním. Dalším je ochota dávat, nejen přijímat, což znamená, že dialog není jednostrannou záležitostí. Chceme-li, aby posluchač našemu sdělení naslouchal, i my musíme pozorně naslouchat jemu. Čtvrtým krokem je ochota odložit masku. Jde o předstírání, které narušuje vzájemnou důvěru. Obavy o vlastní pověst by měly jít stranou. Pátý krok je připravenost ke změnám a revizi postojů. Je to ochota vzdát se lpění na svých vlastních dogmatických postojích. Šestým krokem je citlivé odkrývání překážek v rozhovoru. Pokud se nemůžeme dorozumět, je potřeba citlivě a taktně hledat

příčinu a nebát se ji odstranit. Posledním krokem je přátelská atmosféra, kdy se snažíme ji vytvořit vzájemným přijetím, i když to není jednoduché. (36)

Na rozhovor mohou působit brzdící síly, které mohou vést k nespolupráci nebo až k nemožnosti vést produktivní rozhovor. Mezi brzdící síly patří strach, abychom se neshodili, panovačnost, pochybnosti o sobě i druhých, snaha druhého ovládnout, ztuhlost a rigidita, odlišné chápání významu používaných slov, příliš velké očekávání, přílišný spěch, přílišná touha odlišovat se a konečně nezralost osobnosti. Komunikační dovednosti i překážky pro dobrý rozhovor mohou do komunikace vnášet jak všeobecné sestry, tak i pacienti. Všeobecná sestra by měla být tím, kdo rozhovor umí dovést ke vzájemné kooperaci a zvládne komunikovat s jakýmkoliv pacientem. Důležité je proto rozfázování rozhovoru. (36)

Fáze rozhovoru členíme na fázi předinterakční, ve které získáváme údaje o pacientovi. Hledáme potencionální oblasti zájmu a také hledáme možnost spolupráce. Další fáze je vstupní fáze, která se dělí na tři části, a to na navázání kontaktu (sem patří společenské formality, vyjasnění důvodu rozhovoru), vyjasnění problému (řadíme sem pečlivé naslouchání, verbalizaci pacientova problému), a formulace dohody (jedná se o stanovení způsobu spolupráce sestry s nemocným a ujasnění stupně důvěrnosti). Třetí fází je fáze pracovní, kdy se jedná o pomoc při vyjasnění pocitů, přáních, empatie, o vyjádření sounáležitosti, stanovení cílů, zdůraznění úspěchů a o realistickém zpracování neúspěchu. Poslední fází je závěrečná, kdy probíhá sumarizace ze strany sestry a hodnocení spolupráce pacientem. (36)

Ve zdravotnické praxi se nejčastěji setkáváme s rozhovory terapeutickými, informačními a edukačními. Ve všech zmíněných je potřeba mít stále na paměti, že účastníci rozhovoru jsou rovnocenní partneři. Všeobecná sestra je v neustálé interakci s nemocným a od běžných hovorů sociální komunikace se dostává do rozhovorů, kde ústřední roli hrají pacientovi pocity. Naslouchání tomu, co pacient cítí, je to nejdůležitější, co má sestra vyslechnout, a to jak na verbální, tak i neverbální úrovni. Nejčastějšími pocity, se kterými se v praxi sestra setká, bude strach, úzkost, smutek, zklamání, vztek a tíseň. I když se nemocní nacházejí v náročné životní situaci, neprožívají jen negativní emoce, k jejich pocitům může patřit i radost, potěšení, klid nebo láska. Důležité je nezůstat k pocitům druhého v rozhovoru lhostejný a dovolit si je sdílet. Zároveň si díky tomu uvědomujeme pocity vlastní a můžeme je prožívat. O přijímání pocitů v rozhovoru

hovoříme jako o tzv. akceptaci. Akceptovat pocity znamená dávat druhým najevo, že vnímáme to, co on prožívá. Pokud se podaří nám pocity akceptovat, bude pacient v jejich sdělování pokračovat a zmírní se tak jeho napětí, neboli tenze a prohloubí se jeho důvěra ve zdravotníka. (36)

Informace sdělujeme pomocí informačního rozhovoru. Může to být sestra, která dává pacientovi různé informace, např. o tom, jak bude probíhat určitý zákrok. Nebo pacient bude sdělovat informace o sobě, např. při sběru anamnézy. U tohoto rozhovoru je důležité zdůraznit, že jde opravdu o rozhovor, nikoliv o monolog. Důraz v nich je kladen na jasnost, srozumitelnost, stručnost a také citlivost při sdělování informací, které mohou být pro člověka osobní. Informovat je také potřeba ve správný čas a na správném místě. (36)

Dnešní medicína klade stále větší důraz na zapojení pacienta do své léčby, potom mluvíme o tzv. edukativním rozhovoru. Nejde jen o předávání informací, i když i tady platí ta samá pravidla, jsou však rozšířená o názornost. V takovém rozhovoru se všeobecná sestra snaží zapojit co nejvíce smyslů pacienta. Velmi důležitý je trpělivý přístup, pozitivní posilování, závěrečné shrnutí a ověření, zda pacient vše pochopil. Nezbytnou součástí edukativního rozhovoru je práce s motivací. Schopnost empatické podpory může pomoci problém vidět a následně také řešit. Ani v situacích, které jsou z emocionálního hlediska v podstatě příjemné (např. když učíme matku koupat novorozence), by se nemělo na motivaci zapomínat. V edukativním rozhovoru je výhodnější používat otázky než věty oznamovací. Je známo, že to, co člověk sám vysloví, si mnohem lépe zapamatuje a dobře formulovaná otázka to pacientovi umožní. Všeobecná sestra se tedy neptá: „Rozumíte tomu?“, ale „Jak tomu rozumíte?“. Z hlediska formy je lze rozdělit na otázky otevřené a uzavřené. Na otevřené je možné odpovědět celou větou, popř. několika větami. Typickým příkladem takové otázky je: „Co si o tom myslíte?“, „Jaký je váš názor?“, „Co vám leží na srdci?“. Uzavřené jsou zaměřené na jeden jediný bod nebo na upřesnění informace. Odpovědí je jedna ze dvou variant, a to ano nebo ne, popř. jedna z několika odpovědí. Např. „Kolik je Vám let?“, „Má někdo z rodiny podobné obtíže?“, „Kouříte?“. Z hlediska obsahu pak rozlišujeme otázky na věcné nebo osobní. Věcné jsou zaměřené na téma, na zcela určitou věc, která je předmětem rozhovoru. Jejich účelem je získávání věcných informací, např.: „Jak se změnil váš stav po nasazení nového léku?“. U osobních se ptáme na mínění druhých, jejich názor, postoj, představu, hodnocení apod. Zaměřujeme se na subjektivní a hlavně na emocionální stránku člověka. I v tichu se něco děje,

z psychologického hlediska je ticho stejně důležité jako řeč. Osobní otázky je důležité vhodně formulovat a pokládat je taktně a ve vhodný čas. Příliš uzavřených otázek může tlumit rozhovor. Nedirektivní vedení rozhovoru je technika, která vychází ze zásad psychoterapie. Základní principy vedení takového rozhovoru je nedirektivita, empatie a emoční blízkost. U nedirektivity je zdravotník aktivní v podporování rozhovoru, povzbuzuje nemocného ke sdílnosti a nabízí mu svou přítomnost. Nemá převahu nad nemocným, neprosazuje názory a nenabízí řešení. Empatie je vcítění se do pocitů a do situace druhého člověka. Slouží k pochopení reakcí druhých lidí a umožňuje předpokládat, jak bude nemocný reagovat. Sestra pak může zvolit vhodný způsob komunikace s pacientem. Porozumění pocitům neznámá se jim odevzdat. I přes velkou empatii si profesionál uchovává určitý odstup od duševních pochodů pacienta. Většina lidí je schopna určité úrovně empatie, profesionálně vystupující sestra se snaží o aktivní empatické vystupování. Všimá si situace, ve kterých se pacient nachází a zvažuje okolnosti, další vývoj nemoci a nakonec důsledky pro nemocného. Nesoustředí se jen na roli nemocného, ale vcítuje se do nemocného v celé rozmanitosti jeho životních rolí. Např. zhoršení hybnosti kloubu nemusí být pro běžný život žádné omezení, pokud je ale nemocný aktivním sportovcem, prožívá situaci zcela jinak. Zde je výstižné přísloví: „Je vhodné plakat s plačícím, ale nemůžeme umřít s umírajícím.“. Emoční blízkost znamená, že dáváme najevo zájem o situaci nemocného. Sestra nabízí rozhovor na téma rodina, práce nebo zájmy. Ukazuje tak nemocnému, že k němu má vztah jako k člověku a nezajímáme se pouze o provedení výkonů spojených s léčením. Protikladem je zájem zaměřený pouze na průběh léčení nebo ošetřování. (36, 48)

2.1.2 Neverbální komunikace

Je nejjednodušeji definována jako řeč těla. Patří k ní všechny projevy, které vysíláme, aniž bychom mluvili, a také ty, kterými řeč doprovázíme. Výzkumné studie prokázaly, že stejně jako mluvená řeč, jsou i neverbální projevy plynulým jazykem se svým tempem, rytmem, slovníkem a gramatikou. Neverbální komunikaci má několik funkcí. Používáme ji k tomu, abychom její pomocí řeč podpořili, nebo ji úplně nahradili. Její pomocí vyjadřujeme také emoce a své interpersonální postoje. Dále je využíváme k představení v širším slova smyslu, k sebe prezentaci. Řeč těla je považována za upřímnější než verbální komunikace. Lze tedy říci, že to nejdůležitější „slyšíme“ očima, přičemž nezapomínáme, že do komunikace je zapojen také čich a hmat. Z antropologických studií vyplynulo, že pouze 7 % informací z rozhovoru pochází z toho,

co slyšíme. To, co přijímáme „verbálním kanálem“, jsou holá fakta a neverbální forma „zakresluje obraz do duše“ – postoje, nálady, pocity apod. Řeč lidského těla je z velké části záležitostí instinktu. I když existuje mnoho návodů a manažerských příruček, jak ji ovládat, tak jakmile se jedná o odhalování lži, dozvíme se, že je nutno tělo schovat a neverbální projevy minimalizovat. Základní gesta a mimika jsou podle výzkumů stejné pro všechny obyvatele této planety. Ostatní jsme se mimovolně naučili od lidí kolem nás s kulturně sociálním podtextem. Neverbální projevy jsou tedy společný světový jazyk, ale mají svá nářečí a ta mohou být někdy velmi odlišná. Ve zdravotnické praxi jsou projevy neverbální komunikace velmi významné, potřeba dorozumění je zde stejně velká jako potřeba navázání vzájemné důvěry. Důležité je si uvědomit, že nemocný se nachází v náročné životní situaci s doprovodným emocionálním podtextem a ošetřující personál jím při ošetřování vstupujeme do zóny, kam v běžném životě pouští jen ty nejbližší. Je proto významnou a důležitou dovedností sestry vyznat se v řeči těla, umět pracovat se svými neverbálními projevy a umět „naslouchat“ neverbálním projevům pacientů. V těchto situacích se objevuje celá řada neverbálních interakcí. Neverbální chování však nechápeme jako zcela oddělené a odehrávající se kdesi v pozadí, mluvení a jednání probíhá totiž současně. Komunikace je celek a mluvíme v ní slovy, tělem a také činy. (3, 46, 47)

Do neverbální komunikace řadíme: výraz obličeje (mimika), přiblížení a oddálení (proxemika), dotyk (haptika), fyzický postoj (posturologie), pohyb (kinetika), gesta, pohled a nakonec úprava zevnějšku. Můžeme tam začlenit i paralingvistické projevy, které byly popsány v předchozí kapitole. (46)

Mimika neboli výraz obličeje je druh neverbální komunikace, ze kterého jde vyčíst mnoho informací. Pomocí mimiky sdělujeme kulturně tradovaná gesta (např. tzv. zdvořilostní úsměv), instrumentální pohyby (např. výraz při kýchnutí), ale nejčastěji je výraz obličeje spojován se sdělováním emocí. Ve výrazu obličeje lze vyčíst primární lidské emoce, jako jsou štěstí – neštěstí, neočekávané překvapení – splněné očekávání, strach – pocit jistoty, radost – smutek, klid – rozčilení, spokojenost – nespokojenost, nebo zájem – nezájem. Vedle nich potom existují sekundární neboli odvozené emocionální výrazy obličeje (splnutí výrazů, střídání výrazů, jedna polovina obličeje vyjadřuje jinou emoci než druhá). V obličejí se také nacházejí mimické zóny. První je oblast čela a obočí. Druhou oblastí jsou oči, tato zóna je považována za nejdůležitější – patří sem délka, zaměření pohledu, častost, pořadí, pootevření víček, průměr zornic, mrkání atd. Třetí zónou je dolní část obličeje a sem řadíme tváře, nos a ústa. Existuje teorie, podle které štěstí určíme

nejvíce z dolní části obličeje. Překvapení a úzkost se nejpřesněji vyčte z čela a obočí, smutek a strach v oblasti očí a víček, rozčilení je rozloženo po celé ploše obličeje. Za nejvýraznější neverbální projevy považujeme smích, anebo pláč. Jsou nejen výrazem emocionálního vztahu, mají symbolický ráz a také komunikační charakter. Vyznat se v obličejí druhých není tak lehké, jak se může na první pohled zdát. Úsměv lze obecně považovat za přátelské gesto, ale může být pochopen také jako výsměch. Lidé zakrývající své emoce ho používají právě k tomuto účelu a smějí se, když je jim nejhůře. Pacienti často předstírají, že je zákrok nebolí, maskují stud a přemáhají pláč. Sestra může výrazem obličeje ovlivnit celkovou atmosféru, ale jak již vyplynulo, stylizace není na místě. Verbální i neverbální projevy sestry by měly být vždy v souladu. Pro všeobecnou sestru je velmi důležitá schopnost vnímat projevy bolesti. Ty se ve tváři nemocného odrážejí zcela mimovolně (jsou pozorovány např. i ve stavu anestezie). Odborníci upozorňují, že třetina pacientů se domnívá, že zdravotník je schopen odhadnout stupeň jejich bolesti aniž by o ní mluvil. Důležitá je komunikace sestry při nepříjemných zákrocích, vyjádření podpory a citlivý přístup. Nikdy sestra nepodceňuje bolest pacienta ani ji nijak nezlehčuje. (3, 46)

Druhým způsobem neverbální komunikace je proxemika. Je definována jako vzdálenost, kterou mezi sebou lidé zaujímají, když spolu jednají nebo se věnují nějaké činnosti. Podobně jako zvířata, i lidé mají své teritorium – odkud kam je můj prostor a kde je tvůj. Nejedná se jen o vzdálenost, ale i o celkovou dynamiku pohybu. Vzájemná citlivost pro prostorové chování významným způsobem ovlivňuje úspěch komunikace. Pro zdravotníky je velmi důležitá teorie osobních zón člověka. Osobní zónu si lze představit jako pomyslnou mýdlovou bublinu, která člověka obklopuje a on se nachází v jejím středu. Výzkumy prokázaly, že každý člověk má kolem sebe takových bublin několik. Jsou to hranice našeho kontaktu s ostatními lidmi a jejich překročení vyvolává odezvu v našem chování. Osobní zóny rozlišujeme na intimní, osobní, společenskou a veřejnou. Dolní hranice intimní zóny je shodná s tělesným hmatovým dotekem, jako má mezi sebou matka a dítě, manželé, milenci. Horní hranice intimní zóny je 15-30 cm, sem patří blízcí přátelé a rodinný příslušníci. Ze smyslů je zde nejvíce zapojen hmat a čich, vzájemné doteky jsou také na místě. Pokud je intimní zóna narušena někým, kdo do ní nepatří, vzbudí to vždy nepříjemné pocity a snahu z takového postavení uniknout. Narušitel je vnímán negativně a jednání v této pozici často vede k neúspěchu. Osobní zóna je vymezena dolní hranicí, kdy její maximální vzdálenost je ta, při které se ještě můžeme držet za ruce (45-75 cm) a horní hranicí, která je 120 cm, tedy vzdálenost setkání dvou lidí např. v úředním jednání. Jejím

limitem je možnost fyzického dosahu, možnost sledování mimiky a očí a také možnost vnímat pach toho, s kým hovoříme. Společenská zóna někdy nazývaná sociální, začíná tam, kde končí zóna osobní. Její horní hranice je od 210 do 360 cm a je to oblast např. služebního styku, obchodního jednání, skupinové diskuze. Při horní hranici již můžeme vidět celou postavu stojícího partnera – např. přednášející učitel a jeho žák. Vzdálenost partnerů u veřejné zóny je 360 až do 760 cm, popřípadě dále. Vnímáme již nejen celou postavu, ale také prostorový pohyb partnera. Všeobecné sestry často při výkonu profese narušují intimní zónu pacienta a zároveň i pacient vstupuje do intimní zóny sestry. Takovéto narušení by mělo být vždy jen v situacích z profesního hlediska nezbytných, na nezbytně nutnou dobu a vždy jen se souhlasem pacienta. Pacient své zóny nevnímá, chování při jejich porušení je tak mimovolní, může se projevit strnulostí a sníženou schopností komunikace. Respekt k osobním zónám a k zachování profesionality je důležitou součástí profese všeobecné sestry. (3, 46)

Třetím typem neverbální komunikace je haptika. Haptika zahrnuje taktilní sdělení v sociální interakci. Jednodušeji řečeno se zabývá tím, jak se lidé navzájem dotýkají. Příklady mohou být různé, v naší kultuře je nejvíce využíváný stisk ruky, kterým se zdravíme a seznamujeme. Sestra by se měla vždy představit a podat si s pacientem ruku, pokud je to možné a pokud je to na místě. Při prvním kontaktu se doporučuje suchá ruka, střední stisk a přiměřená délka stisku. V prvním kontaktu působí nepřírozně použití obou rukou, tak se totiž vítají lidé v přátelském kontaktu. Tzv. „leklá ryba“ není vhodná nikdy. Za projev haptiky je například dále považováno: objetí, pohlazení, letmé dotyky končetin, dotek úst, píchnutí prstem, postrčení rukou, ale i pohlavek a jiné agresivní prvky. Vzájemně se také dotýkáme v různých situacích, např. sezením vedle sebe v autobusu. Vnímání haptických projevů můžeme rozdělit na pozitivní (s posilujícím účinkem) a negativní (nevhodné). Pozitivní jsou přátelské dotyky sloužící k podpoře komunikace, interakce a vztahu. Patří sem pohlazení po ruce, po ramenou nebo podržení pod paží. Do negativních patří odstrčení, táhnutí za sebou, strkání nemocného a vyjadřují negativní vztah, zlost a netrpělivost. V profesi všeobecné sestry jsou dotyky specifické, čistě profesionální, které musí být však vždy chápány. Zvláště důležité je, si uvědomit zapojení všech druhů komunikace, jelikož pacienti lépe snášejí zákroky, kdy jim je současně sdělováno, co sestra dělá. Jsou situace a místa, kde je vhodné pohlazení nebo podržení za ruku. Také si sestra uvědomuje citlivost druhých k intimitě těla, respektuje proto jejich

stud. Je velkým prohřeškem myslet si, že když se sestra setkává s nahotou každý den, může tím být povznesená a otupělá. Pacient ji vždy bude prožívat intenzivně. (46)

Další druh neverbální komunikace, čtvrtý, je posturologie a je to řeč našich fyzických postojů, držení těla a polohových konfigurací. Poloha, kterou člověk v sociální interakci zaujímá, do jisté míry vyjadřuje jeho postoj k tomu, co se kolem děje. Vzniká automaticky po zvážení celé situace a po zaujetí vlastního postoje. Mimořádný význam přitom má vzájemná poloha osob v bezprostředním styku. To naznačuje, o jaký druh interakce jde, jaká je atmosféra setkání a jak se styk lidí vyvíjí. Naznačuje i to, jak se bude dál vyvíjet. Existují tři základní polohy a to vestoje, vsedě a vleže. Sladění poloh je prostor pro spolupráci, nejlépe se lidé domluví, když sedí. Pokud chceme získat informace, uskutečnit sdělení, rozhovor v kooperativní atmosféře, vzájemná rovnocenná poloha obou vsedě je nezbytná, to je vždy nutné si uvědomit při komunikaci s pacientem. V rozlišném postoji jsou prvky dominance. Řada pacientů má potom traumatizující zážitky z vizit, které negativně ovlivnily celou jejich léčbu. Do posturologie patří také polohy končetin, hlavy a také naklonění těla. Křížení končetin bývá interpretováno jako obrana nebo jako stavění barikády. Naklonění těla čteme jako zájem, naopak záklon vyjadřuje nezájem. Ruce v bok jsou chápány jako nějaká výzva. Zábrany jsou viditelné překážky v komunikaci a není lehké jejich odbourání. Ten, kdo je používá, si to neuvědomuje a doprovodné pocity není schopen verbalizovat. Při projevu zábran ze strany pacienta sestra aktivně pobízí k rozhovoru a směřuje ho k ventilaci pocitů, na neverbální úrovni pak často dochází k zrcadlení postoje druhého, na které sestra profesionálně reaguje. (46, 47)

Kinetika je další široká oblast neverbální komunikace zahrnující veškeré pohyby těla a jeho částí. Zabývá se rychlostí, trváním, ohraničením, akcelerací, prostorovostí a kongruencí (souladem) pohybu. Má specializované části jako chirognomii, která se zabývá pohybem rukou, její zvláštní část tvoří znaková řeč. (46)

Šestým druhem neverbální komunikace je komunikace pomocí gest. Jsou to pohyby, které mají výrazný sdělovací význam. Naznačují to, co by mohlo být řečeno slovem, ale je považováno za srozumitelnější, když se to ukáže. Gesto může i doplnit verbální projev a tím ho zesílit, rovněž zvyšuje názornost řečeného. Může vzniknout situace, kdy gesto je pravým opakem toho, co je vyřčeno slovy. Pacient může říkat: „to nebolí“ a přitom si foukat prst. Existuje vědomá a nevědomá gestikulace. Z těch nevědomých je zajímavé např. gesto při lhaní (dítě si v takovém případě bezelstně zakryje

ústa a dospělý si často sáhne na nos nebo na ucho). Důležité je brát v potaz kulturní odlišnost gest, proto by měl mít profesionál znalosti v oblasti multikulturního ošetřovatelství. Gesta jsou dále využívány při ztížené schopnosti komunikace ze strany pacienta. Pozor na tzv. útočná gesta, např. namířený prst, který může být důležitým signálem agrese. Otevřené dlaně bývají vnímány jako projev upřímnosti nebo otevřenosti. Obscenních gest je nejlepší si raději nevšímat. I tady platí, že jednotlivé prvky komunikace nelze odtrhávat od kontextu. Ve stavu nemoci mnohem víc platí nutnost uvědomit si, že člověk může reagovat individuálně, nepředvídatelně nebo zcela paradoxně. (46)

Pohledy jsou sedmým způsobem neverbální komunikace. V kapitole o mimice bylo již zmíněno, jak naše oči mluví – zaměřením pohledu, jeho délkou, četností pohledů, jejich sledem, objemem, úhlem, pootevření víček, průměrem zornic, mrkáním, tvarem vrásek kolem očí, tvarem a pohybem obočí. Pohyby očí ale patří i do kinetiky. Některé pohledy jsou vnímány příjemně, jiné zase nepříjemně. Obecně platí, že nepříjemné je dlouhé „civění“ ale také situace, kdy se na ně druhý „ani nepodíval“. Nevhodný je pohled vzhůru, který vyjadřuje nezájem či opovržení. Příznivým projevem zájmu může být letmé povytažení obočí. Pohled z očí do očí může být projevem přátelství, ale také nepřátelství. Oční kontakt je tedy důležitý, můžeme z něj vyčíst a ukázat svůj postoj a emoce. Sestra pohledů využívá přiměřeně, nikdy si pacient nesmí připadat přehlížený. Upřímný pohled do očí někdy řekne více než tisíce slov. (46)

Posledním druhem neverbální komunikace je úprava zevnějšku a sem lze zahrnout jak úpravu zevnějšku u jednotlivce, tak úpravu prostředí. V případě všeobecné sestry je specifikem uniforma, celková upravenost a také čistota, ta by měla být samozřejmostí. Výstřednosti a potřeba se odlišovat je obecně negativně vnímána, přílišná uhlazenost a škrobenost ale také. Oblečení, upravenost, líčení i účes odráží osobnost a aktuální emocionální stav, který má velký vliv na první dojem a ovlivňuje také komunikaci. Uniforma jasně definuje roli, což je v určitých situacích pozitivum (sestra je tu od toho, aby rozdávala léky), ale také negativum (nemusím si chtít povídat o svém soukromí s někým tak formálně zařazeným). O potřebě zdomácnit prostředí zdravotnických zařízení se mluví mnoho a v některých zařízeních jsou vidět velké pokroky. Každá sestra by měla přispět ke zkrášlení, zútulnění a také zdomácnění svého pracoviště. Je důležité si uvědomit, že vnímáme všemi smysly, nejvíce zrakem a následně čichem. V nemoci často pocítujeme ohrožení vlastní důstojnosti. K osobní pohodě významně přispívá hezké oblečení, účes, osobní čistota, upravená postel, alespoň minimální soukromí a také čistý vzduch. Pacienti

budou často potřebovat pomoc, protože v náročné životní situaci budou chtít na tyto skutečnosti rezignovat. Nedostatečná úprava zevnějšku pacienta může mít pro sestru informační charakter a je důležitý empatický přístup a dostatečné využití komunikačních dovedností. (46)

2.2 Efektivní komunikace

Jde o otevřenou komunikaci, kde nedojde ke zkreslení informací a komunikující partneři si rozumí, v případě, že si neporozumí okamžitě, jsou si schopny komunikující subjekty vše následně vysvětlit. Tento typ komunikace odpovídá stylu výhra/výhra, tedy stavu, kdy obě strany mají pozitivní pocit ze vzájemné interakce. V rámci sociální interakce, v práci pomáhajících profesí, je efektivní komunikace taková, která má jasně stanovené cíle a v konečném výsledku umožňuje pochopení problémů klienta, popřípadě jejich vyřešení společnou aktivitou. Umožní společné rozhodování a směřování dalších diagnostických a terapeutických intervencí. Navozuje vztah důvěry mezi poskytovatelem pomoci a jejím žadatelem neboli příjemcem/klientem. Efektivní komunikace je podmínována naplněním sedmi bodů neboli „sedmi C“. (7, 37)

První je Credibility, tedy důvěryhodnost a představuje to, že komunikace stojí na atmosféře důvěry a víry. Příjemce spoléhá na sdělovatele a na kompetentnost jeho informačních zdrojů v dané problematice. (37)

Druhým „C“ je Context (Kontext), kdy komunikační program musí být přiměřen reálnému prostředí, odpovídat sdělení, nikoli s ním být v rozporu, neboť efektivní komunikace vyžaduje podporu sociálního prostředí. (37)

Další je Content, neboli obsah a znamená to, že sdělení musí mít pro příjemce význam, odpovídat jeho vlastnímu systému hodnot, být relevantní pro jeho situaci a obsah determinuje příjemce sdělení. (37)

Čtvrtým bodem je Clarity, tedy jasnost, kdy sdělení bývá vyjádřeno v jednoduchých pojmech. Složitější stanoviska mají být zahuštěna do jednoduchých tezí, sloganů a stereotypů. Čím dále sdělení putuje, tím by mělo být jednodušší. (37)

Dalšími „C“ jsou kontinuita a konzistence, tedy Continuity and Consistency. Komunikaci je třeba považovat za nikdy nekončící proces a vyžaduje neustálé opakování. Samotné sdělení pak musí být konzistentní. (37)

Předposledním, tedy šestým bodem je Channels – Kanály. Jednou vytvořené komunikační kanály je třeba náležitě využívat, protože tvorba nových je velmi složitá. (37)

Posledním „C“ je schopnost veřejnosti neboli Capability a znamená, že komunikace musí počítat se schopnostmi příjemců. Je neefektivnější, jestliže vyžaduje co nejmenší zvláštní úsilí na straně příjemce, což předpokládá znát jeho zvyky, schopnost přijímat informace, znalosti apod. (37)

Při komunikaci s pacientem bychom měli dosáhnout konkrétních cílů. Můžeme je shrnout do pěti hlavních úkolů: objevit důvody, proč pacient přišel, definovat klinický problém či problémy, věnovat pozornost problémům, vysvětlit problém, využít čas efektivně. Komunikace s pacientem přitom probíhá jako cyklický proces a na každé úrovni procesu komunikace může dojít k narušení přenosu informací, její interpretace a pochopení. V každém případě si pomáhající osoba musí být vědoma úlohy koordinátora a mediátora. Ten se snaží pochopit nejen jednání a chování člověka, ale především motivy k tomuto chování a jednání. Nemocný přichází nejen s určitým problémem, např. příznakem onemocnění, ale přichází již s konkrétní představou o tomto symptomu. Jeho konkrétní představy jsou formovány na základě postoje k nemoci nebo předchozích zkušeností, tedy autoplastického obrazu nemoci. Jednou z možností efektivní komunikace, v rámci profesních interpersonálních vztahů pomáhajících profesí je využití techniky aktivního naslouchání. (7, 37)

Aktivní naslouchání je definováno jako stav, kdy aktivně nasloucháme druhou osobu a snažíme se porozumět tomu, co nám sděluje. Jsme schopni pozorně vnímat informace a držet se hlavního tématu. Aktivně naslouchající poskytuje na sdělení odezvu, dává najevo, že soustředěně vnímá a porozuměl obsahu předávaných informací. Naslouchající reaguje, dává zpětnou vazbu a podporuje, ovšem neposkytuje rady, alespoň ne prvoplánově. Pokouší se pomoci nalézt odpovědi na otázky a řeší problémy spolu s osobou, která je sděluje. Při využívání komunikačních dovedností jako aktivní naslouchání hovoříme o sociálním – partnerském přístupu, který je zcela opačný od tradičního přístupu paternalistického. Empatické naslouchání je pak vyšším stupněm naslouchání, které používá empatické ztotožnění, týká se mezilidských vztahů a psychických problémů. (7, 37)

2.3 Kontraproduktivní komunikace

Kontraproduktivní komunikací rozumíme takový typ komunikace, který nevede ke vzájemnému porozumění. Oproti efektivní komunikaci, tento typ sociální interakce odpovídá stylu výhra/prohra. Jeden z komunikujících subjektů tedy nezískává pocit satisfakce a pochopení, důsledky jsou pak spíše negativní. Můžeme ji také nazývat nezdravou komunikací, vyvolávající pocity tísně a nesoulad ve sdělování a chápání. K narušení produktivity a efektivity komunikace může docházet úmyslně, nebo neúmyslně prostým nepochopením obsahu slov či nesprávnou interpretací denotativní a konotativní úrovně pojmu. (52)

2.3.1 Bariéry v komunikaci

Obecně lze bariéry komunikace rozdělit na interní a externí. Interní vyplývají ze schopností a dovedností jedince, jeho prožívání a ze zdravotního stavu. Jsou to například obavy z neúspěchu, negativní emoce (strach a zlost), bariéry postoje (xenofobie), nepřipravenost a fyzické nepohodlí či nemoc. Externí bariéry jsou dány zevním prostředím, jeho uspořádáním atd. Zde se může jednat o vyrušení další osobou, o hluk a šum, o vizuální rozptylování nebo komunikační zahlcení. Komunikační zahlcení může být spojeno s nedostatečnou diagnostikou aktuálních schopností posluchače, kdy informace je potřeba přizpůsobit aktuálnímu psychickému a fyzickému stavu posluchače. (52)

Další komunikační bariérou může být překroucení informace. K té dochází nejčastěji neúmyslně, prostou nepozorností poslouchajícího, či tím, že poslouchající již přemýšlí nad odpovědí. Jiným důvodem může být chyba ve verbalizaci, jako je špatná výslovnost, nesprávný slovosled, neadekvátní intonace, pocit neautentičnosti nebo nedostatečně vyjádřený požadavek. (52)

Jako další příklad komunikačních bariér je používání vágních a bezvýznamných slov, kdy obsah slov a informace nesená slovy, obsažená v komuniké, by měla být přizpůsobena cíli komunikace v daném okamžiku. V soukromém styku si může udělovatel dovolit nebýt vždy stručný či věcný. Ale v pracovním styku je pak na místě vždy stručnost, jasnost a věcnost. V obou případech pak použití vágních a bezvýznamných slov působí jako inhibitor komunikace. Způsobuje oscilaci (kolísání) pozornosti posluchačů, neschopnost koncentrace a projev se stává nudným. Posluchač (naslouchající) se neorientuje nejen ve vlastním sdělení, ale ani v jeho konečném poselství. Specifickým

příkladem jsou již zmiňovaná parazitní slova (embolická), slovní vata (citoslovce, adjektiva apod.), která často odvádějí pozornost od hlavního tématu komuniké a posluchači se soustředí pouze na frekvenci právě těchto slov. (52)

3 Tracheostomie

Jedná se o stav, kdy je průdušnice spojena uměle vytvořeným otvorem s povrchem těla. Jde o chirurgický výkon, při němž je vytvořen otvor (stomie) v přední stěně průdušnice. V současné době odborná společnost doporučuje i pro pojmenování klasického chirurgického provedení používat termín tracheostomie. Tento termín v sobě totiž zahrnuje všechny uvedené výkony. Pokud se lékaři rozhodnou provést pacientovi tracheostomii, jde vždy o plánovaný výkon. Z hlediska časového se užívá dělení na dočasnou a trvalou. Z technického pohledu mohou lékaři provést tracheostomii klasickou chirurgickou metodou nebo punkční dilatační technikou. Cílem je zajištění průchodnosti dýchacích cest, za účelem umožnění ventilace, a to spontánní nebo umělou plicní ventilací. (14, 26, 38)

3.1 Indikace a kontraindikace

V současné době se v intenzivní medicíně TSK provádí nejčastěji z indikace předpokládané dlouhodobé umělé plicní ventilace. Časné zajištění dýchacích cest tracheostomií může zkrátit dobu ventilační podpory, dobu hospitalizace na pracovištích intenzivní medicíny, sníží riziko poškození dýchacích cest dlouhodobou orotracheální intubací, zlepší podmínky pro toaletu dýchacích cest, ale neovlivňuje letalitu. Doporučení pro optimální načasování není přesně definováno, ale v případě kdy se předpokládá, že bude nutné dlouhodobé zajištění dýchacích cest, potom platí: čím dříve, tím lépe. Výhodou tracheostomie oproti tracheální intubaci je především vyšší komfort pacienta. Jedná se o snadnější fixaci kanyly s menším rizikem dislokace, umožnění perorálního příjmu, snadnější ošetřování dutiny ústní, usnadnění mobilizace, rehabilitace a většinou nižší potřeba sedace. Nevýhody jsou spojeny s komplikacemi provedení, kosmetickým defektem, ztrátou funkce nosní dutiny, což je filtrace, ohřev a zvlčení vzduchu a ztráta čichu. Další nevýhodou je ztráta fonace a parciální ztráta záporného nitrohruďního tlaku vyřazením horních cest dýchacích. (26, 41, 42)

Rozlišují se tři základní indikace k tracheostomii. První je obstrukce dýchacích cest (hrtanu a horní části průdušnice). Další indikace je u pacientů s předpokladem nutnosti dlouhodobé ventilační podpory. Poslední indikací je zajištění dýchacích cest bez nutnosti ventilační podpory, tj. u nemocných bez možnosti vlastní kontroly a toalety dýchacích cest (např. trvající porucha vědomí, nízká svalová síla nebo riziko aspirace). Indikace z důvodu

obstrukce dýchacích cest (otolaryngologické) jsou označovány jako klasické indikace, v ostatních případech mluvíme o tzv. rozšířených indikacích, kterými rozumíme indikace u nemocných v intenzivní/resuscitační péči. Rozšířené indikace v současné době převažují a tvoří 80 % všech indikací k tracheostomii. U těchto pacientů je předpoklad dlouhodobé ventilační podpory z důvodu poruchy vědomí a nedostatečné schopnosti toalety dýchacích cest. (38, 41, 42)

Tracheostomie není považována za způsob urgentního zajištění dýchacích cest, kde je metodou volby prakticky vždy tracheální intubace. Měla by být prováděna jako plánovaný výkon u nemocných se zajištěnými dýchacími cestami. Z klasických indikací k tracheostomii jde především o nádorové stenózy a obstrukce dýchacích cest u nádorů hrtanu, průdušnice, eventuálně jícnu, dále jde o rozsáhlejší úrazy hrtanu a průdušnice včetně dechové nedostatečnosti při poleptání a popálení hltanu a vchodu hrtanu. Indikací může být v určitých případech i oboustranná paréza rozvěračů hlasivek se stridorem, výjimečně cizí tělesa hrtanu. Jsou prováděny také u rozsáhlejších operačních výkonů v orofaryngu, hypofaryngu a hrtanu u onkologických nemocných z důvodu zajištění dýchacích cest v pooperačním období. V posledních letech se provádí i u vybraných nemocných s těžkými formami syndromu spánkové apnoe. V dnešní době lékaři ustupují k provedení tracheostomie u zánětlivých onemocnění hrtanu a hltanu, které způsobují obstrukci dýchacích cest. Jedná se zejména o diagnózy epiglottitída, subglotická laryngitída, flegmonózní a edematózní záněty hypofaryngu. (41, 42, 52)

Kontraindikace punkční dilatační tracheostomie lze rozdělit na absolutní a relativní. Absolutní kontraindikací jsou nepříznivé anatomické poměry (tzv. „krátký krk“, deformity krku, struma, otok apod.), obtížná identifikace štítné a prstencové chrupavky, infekce v místě plánované operační rány, deviace struktur krku, především průdušnice, nezajištění dýchacích cest před výkonem (tracheální intubace, event. laryngeální maska), závažná porucha koagulace, předpoklad krvácení v průběhu výkonu a v poslední řadě absence možnosti pokračovat otevřenou chirurgickou cestou v případě nutnosti. Relativní kontraindikace jsou potom předchozí tracheostomie, stavy po předchozích operacích a jiných výkonech na krku, věk nemocného do 18 let, obezita, absence možnosti endoskopické kontroly. Kontraindikace chirurgické tracheostomie v situacích ohrožujících život dušením neexistuje žádná, nicméně je nutno opět zdůraznit, že tracheostomie dnes není považována za výkon k urgentnímu zajištění dýchacích cest. Zde je jednoznačně

preferována tracheální intubace nebo v případě nemožnosti koniotomie, koniopunkce a tracheostomie bývá provedena následně, je-li pro ni indikace. (41, 42)

V procesu stanovení indikace, resp. kontraindikace je rozhodujícím faktorem zkušenost lékaře a jeho schopnost řešení případných komplikací, včetně konverze punkční dilatační tracheostomie na tracheostomii chirurgickou. V současné době se také diskutuje o řadě v minulosti uváděných kontraindikací, např. se snižuje nejnižší věk nemocných k punkční dilatační tracheostomii na 15 až 10 let oproti výše uvedeným 18 let. (41, 42)

3.2 Metody provedení tracheostomie

Metody provedení tracheostomie jsou v zásadě dvojího typu: klasická chirurgická technika a punkční dilatační tracheostomie. (26)

3.2.1 Klasická chirurgická technika

Jedná se o metodu, která se provádí v celkové anestezii na operačním sále, kde má pacient zajištěny prozatímně dýchací cesty endotracheální kanylou. Pacient je v poloze na zádech s mírně zakloněnou hlavou ve střední čáře s prodlouženými zády. Je třeba myslet na riziko ischemizace CNS obstrukcí vertebrobaziliárního cévního systému a na poranění krční páteře při extrémním záklonu hlavy. Orientační body na krku jsou jugulární jamka, vnitřní hrany kývačů, prominence chrupavky štítné a posledním bodem je chrupavka prstencová. Horizontální kožní řez je veden středem mezi horním okrajem sternu a prstencovou chrupavkou v délce 6-8cm. Protne se platysma, povrchová krční fascie s průnikem k musculus sternohyoideus a sternothyroideus (tzv. páskové svaly). Ty jsou kryty střední krční fascií, která je rozpoznatelná podle bělavého pruhu linea alba colii. Ve střední čáře vertikálně se tato fascie protne a tupě preparuje k páskovým svalům. Pokud isthmus štítné žlázy brání incizi, pak je nutné jeho uvolnění, ostré přerušení a odtažení od průdušnice ke stranám. Za nejvhodnější způsob se považuje tracheostomie střední s vytvořením okénka, kdy se vystřihne stěna 2. a 3. prstence trachey, nebo se vytvoří takzvaný U-lalok (Björkuv stopkatý lalok) přes jeden nebo dva prstence. Další možností (závisí na zvyklosti pracoviště) je otevření průdušnice ležatým řezem ve tvaru písmena H se zavedením pomocných závěsných stehů do jejich okrajů. Tyto stehy se ponechávají a následně se využívají při výměně kanyly k rozšíření otvoru. Rozsah otevření přední stěny průdušnice by měl odpovídat anatomickým poměrům trachey a také velikosti vnějšího poměru tracheostomické kanyly. Vždy však musí být dodrženo pravidlo, že mezi

prstencovou chrupavkou a řezem v průdušnici musí zůstat nejméně jeden neporušený prstenec trachey jako ochrana před poškozením prstencové chrupavky tlakem tracheostomické kanyly a před vznikem stenózy průdušnice. Vnější průměr kanyly by měl odpovídat přibližně dvěma třetinám průměrů průdušnice v místě jejího zavedení. TSK se zavádí po povytažení tracheální rourky kraniálně nad stomií, která se takto ponechá až do doby jednoznačně správného umístění kanyly. K včasnému rozpoznání chybného zavedení tracheostomie je výhodou mít k dispozici kapnometrické monitorování. (35, 41, 42)

3.2.2 Punkční dilatační tracheostomie

Principem punkční dilatační tracheostomie (dále jen PDT) je provedení krátké kožní incize s následnou punkcí průdušnice speciální jehlou, zavedením vodiče a tupou dilatací k tomu určenými dilatátory měkkých tkání krku a průdušnice mezi 2. a 3. prstencem. Do dilatačního otvoru se poté zavádí TSK. Poloha punkční jehly může být v průběhu výkonu fibroopticky kontrolována (endoskopicky kontrolovaná PDT) Ultrazvukové vyšetření struktur krku je další pomocnou metodou ke snížení komplikací a je možnou prevencí závažných krvácivých komplikací. Nejčastěji se provádějí dvě metody perkutánní tracheostomie – metoda podle Ciaglia s odstupňovanými dilatátory a metoda podle Griggse s jedním dilatátorem a speciálně upravenými Howardovými-Kellyho kleštěmi k následné dilataci tkání a průdušnice. Existují i modifikace Ciagliovy metody pouze s jedním dilatátorem. (35, 41, 42)

3.2.2.1 Metoda podle Ciaglia

K postupné dilataci měkkých tkání krku a otvoru v průdušnici se využívá sada dilatátorů s postupným zvětšujícím se průměrem. Před zahájením je nutné upravit polohu tracheální rourky povytažením kraniálně s umístěním manžety rourky těsně pod hlasivkovými vazy. Polohu rourky a stav sliznice trachey je v místě předpokládané punkce nutné zkontrolovat, např. endoskopicky. Dvou až třicentimetrová incize kůže se provede v předpokládané úrovni 2. až 3. prstence průdušnice, poté speciální jehlou se stříkačkou naplněnou fyziologickým roztokem provedeme její punkci. Jehla je směřována kaudálně a průnik do trachey je detekován volným nasátím vzduchu s jeho probubláním roztoku ve stříkačce. Je možné zkontrolovat polohu jehly, a to endoskopicky. Po odstranění kovového vnitřního mandrénu s lumenem punkční kanyly směrem k bifurkaci pod endoskopickou kontrolou je zaveden kovový vodič. Po něm pak plastový vodič, po kterém se zavádějí dilatátory měkkých tkání krku a průdušnice. Na závěr je po tenkém dilatátoru zavedena

TSK s následnou endoskopickou kontrolou polohy jejího zavedení. K usnadnění a urychlení výkonu jsou k dispozici originální speciální sety. (41, 42)

3.2.2.2 Metoda podle Griggse

Příprava a punkce trachey jsou stejné jako u metody předchozí (podle Ciaglia). Po zavedení kovového vodiče se dilatuje otvor ve tkáních krku plastickým dilatátorem, který se posléze odstraní. Po kovovém vodiči se zavedou speciální kleště do podkoží a jejich postupným rozevíráním se dále dilatují měkké tkáně krku až k průdušnici. Kleště se pod endoskopickou kontrolou následně zavedou do průdušnice v její podélné ose. Opět se šetrným rozevíráním vytvoří v průdušnici otvor požadované velikosti. Modifikované metody využívají dilatátor se závitem, ten se šroubovitým pohybem zavádí do průdušnice a ven se současnou její dilatací. Po odstranění kleští se pak po kovovém vodiči zavede TSK. (41, 42)

3.3 Tracheostomické kanyly

Tracheostomické kanyly jsou pomůcky určené k udržení průchodnosti tracheostomatu. Cílem užívání těchto pomůcek je zajistit vstup do dýchacích cest nebo umožnit realizaci umělé plicní ventilace. (35)

Jsou vyráběny v různých tvarech, velikostech a délkách. Nejčastějším materiálem používaným k jejich výrobě jsou plastické hmoty nebo tzv. postříbřený kov. Součástí kanyl mohou být i různá příslušenství, jako jsou nástavce k nebulizaci, ventily, kryty apod. Tracheostomické kanyly mohou být celistvé či perforované, s těsnicí manžetou a pevným nebo nastavitelným úchytem. Perforované, nebo také fenestrované kanyly umožňují při výdechu přirozenými dýchacími cestami redukovat dechový odpor. Lze je použít k fonaci v případě, že je zachován hrtan a nehrozí-li riziko aspirace. Těsnicí manžeta umožňuje uzavřít průdušnici při zachované ventilaci a zajišťuje tak ochranu dýchacích cest před aspirací. (35)

Tracheostomické kanyly se dělí se na dvě velké skupiny: kanyly z plastických materiálů (PVC, silikon, teflon aj.) – viz. příloha č. 4 a na kovové (tzv. rigidní) kanyly – viz. příloha č. 3. U TSK je třeba rozlišovat jednotlivé části, jejichž názvosloví vychází z funkčních hledisek. (35)

3.3.1 Kovové kanyly

Ty jsou vyvíjeny mnoho desítek let a ještě před několika lety patřily k nejčastěji používaným. Postupně jsou nahrazovány kanylami plastovými. Výrobci se vždy snažili jejich tvarem respektovat průběh tracheostomického kanálu, a proto jsou k dispozici celá škála kovových kanyl. Mají různý průměr, různé zakřivení s odlišným stupněm strmosti odstupu kanyly od límce kanyly a dalšími modifikacemi tvaru. Tyto modifikace byly v minulosti vynuceny skutečností, která souvisela s možným poraněním stěny průdušnice od okraje kanyly. Kanyla je opatřena opět límcem s kovovým zámkem, který brání nechtěnému vysunutí zavaděče nebo vložky například při kašli. Zavaděč je dutý a na distálním konci přesahuje pod dolní okraj kanyly otvory, které umožňují průchod vzduchu. Tak lze provádět manipulace s tracheostomickou kanylou bez nebezpečí obstrukce dýchacích cest a bez dušení. Po zavedení tracheostomické kanyly je zavaděč odstraněn a do pláště kanyly je zasunutá vložka, jedná se o tzv. dvouplášťovou tracheostomickou kanylu. V případě obstrukce TSK je většinou k jejímu zprůchodnění dostačující vyjmutí a následné pročištění vložky. (35)

Výhodou kovových kanyl je především jejich pevnost, proto jsou vhodné i pro úzký tracheostomický kanál. Snadno se také sterilizují. Jsou zvláště vhodné pro použití v nemocniční péči, časně po operaci a lze je někdy využít k postupné dilataci zúženého tracheostomatu. Hlavní nevýhodou je vyšší riziko dekubitů na přední stěně průdušnice v porovnání s plastovými kanylami a také nemožnost jejich používání během radioterapie. Kovové kanyly se vyrábějí v nejrůznějších velikostech, co se týče průměru a délky. Existuje i mezinárodní stupnice velikostí tracheostomických kanyl. Nejčastěji používaná velikost je 8 až 10 u dospělých, což odpovídá průměru 12 až 14 mm a délce 89 až 90 mm. (35)

3.3.2 Kanyly z plastických materiálů

Kanyly z plastických materiálů lze rozdělit do dalších dvou skupin: kanyly opatřené těsnicí manžetou (tzv. „balónkové“ kanyly) a kanyly bez těsnicí manžety. V klinické praxi převažuje použití kanyl s těsnicí manžetou. Límec kanyly je zpravidla opatřen otvory k upevnění tkanic, jejichž uvázáním kolem krku se fixuje kanyla v tracheostomatu. Ústí kanyly je zpravidla ve středu límce. V kanyle je vložena zavaděcí vložka (tzv. zavaděč). Zavaděč je delší než kanyla a na konci je opatřen olivkou, která umožňuje snadnější a bezpečnější zavedení. Po zasunutí kanyly do tracheostomatu je potřeba zavaděč odstranit.

Některé typy mají zavaděč opatřen zámkem při ústí kanyly, aby např. při kašli nemocného v průběhu jejího zavádění nedošlo k nechtěnému vysunutí zavaděče z kanyly. Je-li indikováno utěsnění dýchacích cest (umělá plicní ventilace – dále jen UPV, prevence aspirace apod.), je těsnící manžeta naplněna vzduchem. K naplnění manžety je kanyla opatřena napouštěcí hadičkou s ventilem a s tzv. kontrolním, kompenzačním balónkem. Některé jsou vybaveny tzv. nízkotlakovými těsnícími manžetami, případně i dvěma manžetami za sebou. U dlouhodobě ventilovaných pacientů se používá typ kanyl, které mají speciální vývod k odsávání sekretu ze subglotického prostoru. (35)

Plastové kanyly jsou termosenzitivní, snadněji se přizpůsobují individuálním anatomickým poměrům a jsou šetrnější a lehčí. Jejich použití je vhodné např. během aktinoterapie, jelikož nejsou zdrojem sekundárního záření. (35)

3.4 Komplikace tracheostomie

Každý výkon je spojen s určitými riziky vzniku komplikací. Stejně tak je tomu i u chirurgické a PDT. Uměle vytvořený otvor do dýchacích cest (tracheostoma) může být provázen komplikacemi spojenými s vlastním umělým ústím. Zkušenosti operátora provádějícího tracheostomii má významný vliv na výskyt komplikací. Proto by k tracheostomii měl přistupovat lékař po odpovědném výcviku. (10, 41, 42)

Faktory ovlivňující výskyt komplikací tracheostomie jsou indikace a načasování výkonu, dále kvalita přípravy a operační technika. Nedílnou součástí je i kvalitní ošetrovatelské péče. Komplikace lze rozdělit podle různých hledisek. Zprv komplikace z hlediska časového, které dělíme na časné (do 24 hodin od vlastního výkonu) a pozdní (po 24 hodinách). Za druhé komplikace z hlediska vztahu k prováděnému výkonu, kdy je tracheostomie prováděna či provedena (peroperační, pooperační). Za třetí jde o komplikace z hlediska vztahu k dekanylaci (před a po dekanylaci). Poslední hledisko je spojené s ošetřováním TSK. (10, 41, 42)

Dělení se mohou mnohdy překrývat. Jejich účelem je však popsat nejen komplikace, ale také možné příčiny, popřípadě časovou souvislost jejich vzniku. Znalost příčin umožňuje v některých případech jejich včasnou diagnostiku, ale je řada komplikací, jejichž výskytu nejsme schopni zabránit. (10, 41, 42)

3.4.1 Peroperační komplikace

Do peroperačních komplikací patří aspirace, poškození těsnící manžety tracheální rourky či TSK, vzplanutí tracheální rourky, chybné zavedení punkční jehly, zavaděčů či dilatátorů mimo průdušnici, obtížnost či nemožnost zavedení TSK, krvácení, poranění průdušnice a hrtanu, poranění (zhmoždění) polykacích cest, pneumotorax, pneumomediastinum, vzduchová embolie, respirační insuficience a také smrt v průběhu výkonu. (10)

Aspirace žaludečního obsahu do dýchacích cest v průběhu výkonu není příliš častou komplikací, může však vést k závažnému stupni respirační insuficience a rozvoji tzv. aspirační pneumonie. Aspirace malého množství krve je relativně častou komplikací (zejména ve fázi zavedení tracheostomické kanyly), nicméně většinou bez klinického významu. V případě masivní aspirace je co nejdříve indikována endoskopická kontrola dýchacích cest. (10)

Poškození těsnící manžety tracheální rourky během výkonu je relativně častou komplikací, nicméně většinou bez klinického významu, pokud k poškození dojde těsně před zavedením tracheostomické kanyly. V ostatních případech poškození (kde není předpoklad brzkého zavedení kanyly či hrozí poruchy ventilace nebo aspirace) je možným dočasným řešením utěsnění hltanu loretou, definitivním řešením je reintubace pacienta. Volba postupu je určena aktuálním klinickým stavem, dále stupněm rizika aspirace a také předpokládanou dobou dokončení tracheostomie a zavedení TSK. K poruše těsnící manžety TSK dochází nejčastěji při jejím obtížném zavedení a je vždy indikací k výměně poškozené kanyly. (10)

Vzplanutí tracheální rourky je velmi vzácná komplikace, která vzniká v důsledku vzplanutí směsí plynů v průběhu inhalační anestezie a následně i tracheální rourky při užití elektrokauteru nebo laseru. (10)

Chybné zavedení punkční jehly, zavaděčů či dilatátorů mimo průdušnici je komplikace spojená s PDT, s možným poraněním okolních struktur (štítná žláza, hrtan, jícen, velké cévy, mediastinum). Prevencí této komplikace je PDT pod endoskopickou kontrolou. (10)

Obtížnost či nemožnost zavedení TSK do vytvořeného otvoru či zavedení paratracheálně je vždy spojeno s rizikem asfyxie. Nadměrné úsilí v těchto situacích může

vést k dalšímu poranění struktur krku, průdušnice nebo jícnu. V případě nemožnosti zavedení je vždy na prvním místě zajištění dýchacích cest a dostatečné ventilace, následně zjištění příčiny obtížného zavedení a opakování pokusu o zavedení, případně s asistencí. Na některých pracovištích je standardně užíván vodič, po kterém je TSK zavedena do lumina průdušnice. (10)

Krvácení se vyskytuje jako peroperační a pooperační komplikace. Žilní krvácení je původem z neošetřených žil v podkoží nebo v hlubších vrstvách krku. Z arteriálních zdrojů bývá popisováno krvácení z poraněné a. thyroidea inferior. Zdrojem krvácení také může být a. thyroidea ima, je-li vytvořena. Vzácně jsou popisována poranění jiných arterií, zvláště při dolní tracheostomii, která mohou vést ke krvácení masivnímu. (10)

Poranění průdušnice a hrtanu je především spojeno s PDT, kdy může dojít k dislokaci prstenců průdušnice do lumina průdušnice s rizikem vzniku pozdní stenózy. Při nesprávné orientaci na krku lze poškodit také prstencovou chrupavku hrtanu. (10)

Poranění (zhmoždění) polykacích cest vedou především k dysfagii, odynofagii, někdy i ke vzniku komunikace mezi dýchacími a polykacími cestami. Zvláště při dislokaci průdušnice hrozí riziko přímého poranění. (10)

Pneumotorax vzniká při poranění pleury a častěji se vyskytuje u dětí. Poranění je zpravidla spojeno s nepříznivými anatomickými poměry. Při klinickém podezření na pneumotorax nebo pneumomediastinum po PDT nebo tracheostomii chirurgické je provedení rentgenu plic nutností. (10)

Vzduchová embolie je „nasátí vzduchu“ do přerušených a nepodvázaných žil v povodí v.cava superior. (10)

Respirační insuficience může být způsobena řadou příčin. Dislokací či obstrukcí TSK (sekretem z dýchacích cest či krví), bronchospasmem, aspirací apod. (10)

Smrt v průběhu výkonu je téměř vždy spojeno se „ztrátou dýchacích cest“ a nemožností zajistit dostatečnou ventilaci a oxygenaci nemocného. Vlastní tracheostomie totiž nebývá primární příčinou úmrtí. Mortalitu ovlivňuje také indikace k tracheostomii. Smrt v důsledku asfyxie způsobené obstrukcí či dislokací TSK lze prakticky ve všech případech považovat za známku nedostatečné péče o nemocného s tracheostomií. (10)

3.4.2 Pooperační komplikace

Řada pooperačních komplikací se shoduje s komplikacemi vzniklými v peroperačním období. Patří sem obecně komplikace spojené s použitím TSK, obtížná výměna kanyly, krvácení, poruchy polykání, aspirace, respirační insuficience, pneumotorax a pneumomediastinum, podkožní a mediastinální emfyzém, infekce v okolí tracheostomatu, zánět průdušnice, tracheomalacie, paréza zvratného nervu, tracheoezofageální píštěl a píštěl tracheoarteriální. (10)

Mezi nejčastější komplikace spojené s použitím TSK patří obstrukce kanyly zasychajícím sekretem nebo krevním koagulem, tracheoezofagiální píštěl a vytvoření „falešného“ tracheostomického kanálu (tracheoinnominate fistula). K obstrukci TSK dochází především u kanyl menšího průměru nebo při nedostatečné ošetrovatelské péči. U nemocných při vědomí a spontánně ventilujících je prvním subjektivním příznakem obstrukce pocit dušnosti. U nemocných s UPV se stav obstrukce TSK projevuje poklesem dechového objemu nebo vzestupem tlaku v dýchacích cestách. Tracheoezofagiální píštěl může vzniknout nejen přímým poraněním zadní stěny průdušnice, ale také rovněž v důsledku tlakové nekrózy (tlak vlastní kanyly nebo těsnící manžety). Riziko vzniku píštěle je zvýšeno při současné přítomnosti jícnové sondy. Tzv. falešný tracheostomický kanál, nebo také paratracheální uložení TSK, vzniká nejčastěji v důsledku násilného zavedení kanyly. (10)

Obtížná výměna TSK vzniká nejčastěji při použití PDT. Nicméně i po provedení chirurgické tracheostomie může být výměna kanyly obtížná, s jejím následným zavedením paratracheálně. Nezavedení TSK může mít vážné důsledky především u ventilovaných nemocných. Obava z nezavedení kanyly nesmí být důvodem k omezení péče o tracheostomii nebo k omezení hygieny dýchacích cest. Výměna TSK s pomocí vodiče zavedeného do dýchacích cest je doporučována v situacích předpokládaného obtížného zavedení. (10)

Poruchy polykání jsou další komplikací a podílí se na nich zejména mechanismy: omezená elevace hrtanu s následným znemožněním polykacích pohybů a tlak TSK, hlavně pak její těsnící manžety, na přední stěnu jícnu. V některých případech může být přítomna tzv. laryngální dysfagie (spolu se změnou polykacího aktu při tracheostomii). (10)

Přítomnost laryngální dysfagie jakéhokoliv stupně je vždy spojena s rizikem aspirace potravy nebo žaludečního obsahu a také s nebezpečím vzniku aspirační pneumonie. Existuje řada nemocných, kdy nutností je ponechání TSK s těsnicí manžetou z důvodu rizika aspirace. Rozhodnutí odstranit pak TSK musí být výsledkem pečlivě klinické rozvahy, podložené vyšetřením účinnosti fyziologických mechanismů zabráňující aspiraci. Těsnicí manžeta není účinná v prevenci tzv. mikroaspirace, ke které dochází v prostoru mezi manžetou a stěnou trachey. Mikroaspirace může být příčinou recidivujících infekcí dolních cest dýchacích, včetně pneumonie. (10)

Podkožní nebo mediastinální emfyzém jsou definovány jako patologická přítomnost vzduchu v podkoží nebo mediastinu. Do podkoží vzduch nejčastěji proniká v případě přílišné těsnosti sutury kůže kolem tracheostomické kanyly. Klinický význam podkožního emfyzému nebývá velký, nicméně jeho přítomnost by vždy měla být důvodem pečlivé inspekce tracheostomie, zjištění příčiny a její korekce, např. uvolnění sutury. Mediastinální emfyzém je klinicky závažnější, vzniká skrytě a manifestuje se až např. náhlou arytmií, respirační insuficiencí nebo syndromem horní duté žíly. Diagnostika je možná jen za pomoci rentgenu hrudníku, kde musíme vždy pátrat po současném pneumotoraxu. (10)

Infekce v okolí tracheostomatu vzniká, pokud je výkon prováděn v zánětlivém terénu nebo při narušení pravidel asepse a antisepse. Může též vzniknout při poruše polykání a úniku nesterilního obsahu dutiny ústní do subglotického prostoru. Zanesení infekce (nozokomiální kmeny) do tracheostomatu nebo jeho okolí je možné i při nesprávné ošetrovatelské péči. Závažnou komplikací může být rozšíření zánětu až do mediastina (mediastinitida). Nejčastějšími patogeny v oblasti tracheostomie jsou *Staphylococcus aureus* a *Pseudomonas aeruginosa*. Za významnou součást prevence je hlavně považována správná ošetrovatelská péče. (10)

Zánět průdušnice (tracheitida) je komplikace, se kterou se převážně setkáváme u nemocných s trvalou tracheostomií, kdy je vyřazená fyziologická funkce nosní dutiny. Krustózní tracheitida se vyznačuje tvorbou zasychajících plátů hlenohnisu, které mohou vést nejen k obstrukci kanyl, ale také dýchacích cest. Dostatečné zvlhčování riziko zánětu průdušnice výrazně snižuje. (10)

Tracheomalacie je regresivní změna stěny průdušnice s výrazným změknutím chrupavek. Vzniká na podkladě místních vlivů nebo v rámci celkové chondromalacie.

Malacie postihuje prstence v horním okraji otvoru průdušnice tlakem tracheostomické kanyly. Příčinou může být také nepřiměřený tlak manžety tracheostomické kanyly na její stěnu nebo tlak dolního okraje kanyly na stěnu průdušnice (při nevhodném zakřivení kanyly nebo při její nevhodné délce). (10)

Jednostranná paréza zvrátého nervu vede k nepohyblivosti jedné hlasivky a tím ke vzniku chrapotu. Jednostranné postižení nervu nevede ke klinicky významnému zúžení hlasové štěrbiny a nebývá provázeno pocitem dušnosti. Oboustranné poranění zvratných nervů je komplikací, která je závažná především po dekanylaci. Je to proto, že u oboustranné obrny zvratných nervů jsou hlasivky v paramediálním postavení, hlasová štěrbina je zúžená a existuje tak riziko vzniku inspirační dušnosti. Nejčastější příčinou poškození ale bývá nešetrná chirurgická technika nebo nepříznivé anatomické poměry v průběhu operace nebo nepřehledné operační pole. (10)

Tracheoarteriální píštěl je patologická komunikace mezi průdušnicí a arterií s následným masivním a život ohrožujícím krvácením do dýchacích cest. (10)

4 Psychologické problémy u pacientů s TSK

Každé závažné onemocnění trvající delší dobu či zanechávající fyzické následky způsobí určitou psychickou odezvu. Operace na hrtanu s následnou tracheostomií jsou z velké části prováděny z důvodů zhoubného nádoru, potom se k fyzickým změnám přidává i ohrožení samotné existence člověka. Mezi psychickým prožíváním nemoci jsou velké individuální rozdíly, které jsou závislé za prvé na emotivní složce (strach, úzkost, naděje), za druhé na senzitivní složce (bolest vedená z periférie), za třetí na informativní a racionální složce (založené na znalostech a stupni objektivnosti při hodnocení nemoci) a začtvrté na volní složce (odolávání nemoci, zvládání projevů utrpení a spolupráce). (27)

Vztah mezi objektivním nálezem a subjektivním prožíváním nemoci není přímo úměrný. Často se stává, že subjektivní potíže neodpovídají závažnosti stavu nemocného. Příčinou rozdílu bývá rozdílné zpracovávání informací. Hypersenzitivní, neboli přecitlivělé osoby prožívají i menší nálezy výrazněji, než osoby psychicky odolné. Tato skutečnost může vést u méně zkušených zdravotníků k chybné diagnostice. Je velmi potřebné, aby si sestra uvědomila, že se nemocný při rozhovoru soustřeďuje převážně na subjektivní potíže a starosti a to na ty, které ho aktuálně obtěžují. Cítí se znepokojen, když je zdravotník přehlíží nebo když dává najevo, že jsou nepodstatné. Tím, že těmto potížím věnujeme pozornost, si udržujeme pacientovu důvěru a podporujeme pacientovu psychiku v kladném slova smyslu. Rozvíjíme i zároveň zájem o spolupráci. Charakter prožívání nemoci může být závislý na různých aspektech. Za prvé na charakteru onemocnění - zda jde o nemoc chronickou, akutní, vyžadující ambulantní léčbu, zda dochází k větším bolestem, k omezení pohybu nebo ke kosmeticky nepříjemným znakům. Za druhé na okolnostech, za nichž nemoc probíhá – zda k onemocnění došlo v prostředí neznámém nebo v harmonickém domácím prostředí a zda si pacient onemocnění zavinil sám nebo jej zavinili druzí. Za třetí na nejistotě ve vztahu k životu – jaké budou důsledky pro partnerství, pro rodinný život, zda nedojde ke změnám finanční situace, pracovního uplatnění nebo postavení v zaměstnání. A za čtvrté na osobnosti nemocného – jeho psychický základ, na němž nemoc probíhá tzv. premorbidní osobnost, tento základ se liší u různých věkových kategorií. (27)

E. Kubler-Rosová v roce 1972 popsala psychickou odezvu na příchod a rozvoj vážné nemoci. Tyto fáze psychického prožívání nemoci jsou dnes všeobecně přijímány, i když jejich průběh může být individuální. První je stádium šoku. U tohoto stádia jsou běžnými výroky: „Proč právě já, jak se mě to mohlo stát“ aj. Vedou k popření faktu nemoci a ke stažení se do izolace. V tomto stádiu volíme nedirektivní způsob, dáváme najevo hlavně empatii a zájem. Racionální metody vysvětlování nemají v tomto stádiu žádný význam. Druhým stádiem je stádium zloby a hněvu. To je zejména náročné pro okolí. Může docházet ke slovní agresi vůči zdravotnickému personálu. Výtky je třeba nebrat osobně. To se podaří jen tehdy, rozumíme-li podstatě problému a tomu, co pacient právě prožívá. Dalším obdobím je smlouvání. Pacient ještě nic konkrétního neví, ale o nemoci tuší, že mu výrazně komplikuje život. Z hlediska hierarchie hodnot zvažuje, co by ještě chtěl vykonat a stihnout. Vyjadřuje touhu si prodloužit život alespoň do určitého termínu, který si sám stanoví. Následuje fáze deprese, která je ve srovnání s depresivními stavy jiného původu kratší. Fáze akceptace pravdy je jakési usmíření a přijetí nemoci. Pacient se tak přizpůsobuje nové situaci a začíná o problému přemýšlet. Ne u každého pacienta končí tento vývoj fází usmíření a vyrovnání se s nemocí či změnou zdravotního stavu. Častěji dochází k pocitu rezignace a zoufalství nebo ustrnutí v některé z jiných vyjmenovaných fází. Jestliže se člověku podaří dospět do stádia usmíření, může ho tato zkušenost obohatit a přispět tak k jeho osobnostnímu růstu. Pacient s nezralou osobností se prakticky nikdy nesmíří se vzniklou situací, což může dlouhodobě narušovat sociální vztahy s jeho okolím. (27)

Při bilancování životní perspektivy nemocným hrozí riziko suicida (sebevraždy), které plyne z neschopnosti představit si svůj další život. Riziku lze zabránit opakovaným a trpělivým vysvětlováním, eventuálně zprostředkováním setkání se stejně nemocnými lidmi. Je nutné působit na rodinu, aby mu byla ve všech stránkách oporou. Není vhodný hypersenzitivní přístup k nemocnému projevující se lítostí a neúměrnou snahou pomoci mu. Pacient se může cítit méněcenný a neschopný se sám o sebe postarat. Druhým extrémem je negativní přístup, kdy pacient cítí ze strany rodiny odcizení. (27)

Při komunikaci s pacientem bychom se měli řídit podle fáze jeho duševního stavu a prožívání. Na základě toho potom volit způsob pomoci. Důležité je umožnit pacientovi emočně prožít krizi a zároveň pomáhat, aby nestrnul v nějaké fázi příliš dlouho. Pacienta bychom měli vést k integraci neboli ho naučit s nemocí žít. Je třeba si uvědomit, že stejná

stádia změn prožívají rodinný příslušníci, kdy rozsah změn závisí na míře závislosti na nemocném. (27, 50)

4.1 Svépomocné skupiny

Vysoce pozitivní úlohu v prožívání nemoci hrají svépomocné skupiny, neziskové a nestátní organizace. Patří mezi ně i klub laryngektomovaných. Jedná se o neziskové organizace, které sdružují trvalé nosiče TSK z důvodu nádorového onemocnění. Těmto pacientům byla provedena totální laryngektomie. Posláním organizace je hájit zájmy tracheostomiků, především v oblasti společenského života, uplatnění a dostupnosti kompenzačních pomůcek. Členové klubu se pravidelně schází na členských schůzkách a uspořádávají setkání s odborníky z různých oblastí, se kterými hledají odpovědi na otázky a problémy, které život po laryngektomii přináší. Když pacient vidí obdobně nemocného člověka žijící běžným životem, dokáže se snáze zbavit psychického stresu ze svého handicapu a je mu tím usnadněno zapojení do společnosti. Již několik let existuje klub laryngektomovaných sdružující osoby po totální laryngektomii a má zhruba dvanáct členů. Snaží se těmto lidem pomáhat a ukázat jim, že se dá i po takovém zákroku žít plnohodnotně. Poskytuje informace o zdravotnických pomůckách a podporu při zvládnání komunikace s okolím. Vydává svůj „zpravodaj“ a v létě pořádá rekondiční pobyty. (27)

4.2 Kvalita života tracheostomovaných

Pojem kvalita života nelze ztotožňovat s kvalitou zdravotnické nebo lékařské péče. V ideálním případě by dobrá úroveň péče měla napomáhat kvalitě života. V posledních letech se na problematiku kvality života zaměřují mnohé výzkumy. Dodnes však pojem kvalita života není přesně definován, neboť spokojenost, štěstí a zdraví jsou dynamické stavy spojující psychické, fyzické a sociální aspekty života. Světová zdravotnická organizace (WHO, SZO) definuje kvalitu života jako dojem jednotlivce či skupiny o vycházení vstříc jejich potřebám a neupírání možností dosáhnout štěstí a naplnění. V medicíně byly vyvíjeny postupy, které umožňují měřit kvalitu života vztahující se ke zdraví. Jednotlivé metody se snaží psychologicky a ekonomicky posoudit dopad konkrétních léčebných výkonů a onemocnění na kvalitu života jedince. Součástí těchto hodnocení je především úroveň soběstačnosti, úleva od bolesti a také schopnost vykonávat každodenní činnosti běžného života. To jsou aspekty života, které většina nemocných subjektivně přikládá největší důležitost. Z toho vyplývá, že kvalita života především

představuje subjektivní pocit pacienta. Lidé si podle svého žebříčku hodnot vybírají oblasti života, které pak považují za důležité a kterým přisuzují hodnotu a váhu. (27)

Závažné onemocnění či trvalé postižení výrazně mění vnitřní prožívání naplnění, spokojenosti a štěstí. Způsoby akceptace postižení jsou různé u jednotlivých lidí. Jedním z důležitých předpokladů dobré adaptace je existence sociální a emocionální podpory rodiny, přátel, ošetřujícího personálu a navázání kontaktů se svépomocnými organizacemi. Závažné onemocnění, či trvalé postižení představuje pro člověka mimořádnou zátěž. Je to zkouška nezdolnosti jeho samotného i jeho rodiny, neboť přináší řadu omezení, změn v životním stylu a různou míru stresu. Vyvolává potřebu přehodnocení svého dosavadního způsobu života. Kvalita života obecně je tím lepší, čím je menší rozdíl mezi očekáváním a představami jednotlivce o životě a realitě skutečného světa. Trvalé postižení zvětšuje propast mezi potřebami a možnostmi jejich naplnění. Toto omezení ovlivňuje orientaci hodnot postiženého. (27)

Adaptace neboli přizpůsobení se novým podmínkám života je proces, který neustále trvá. Tracheostomovaný pacient se vyrovná s faktory fyzickými, jako je bolest, ztráta hlasové funkce, ztráta funkce nosu, schopností vykonávat své zaměstnání, vést domácnost, starat se o děti, apod. Významnou roli hrají i faktory emocionální (stav duševní pohody, úzkost, deprese) a faktory sociálními, které jsou vyjádřené v rodinných mezilidských vztazích, v sociálních aktivitách a ve snaze integrace do normálního života. Proces adaptace na některé omezení je individuální. U mladého pacienta, který má ještě zodpovědnost za děti a rodinu bude vnímat kvalitu života hůř, než starší pacient se stejným postižením. Velkou úlohu ve vyrovnávání se změnami v životě hraje víra, když člověk věří, snáší omezení nemocí mnohem lépe. (27)

Cílem členů ošetrovatelského týmu je dovést klienta do takové kvality života, kdy je schopen strávit každý den na vrcholu svých možností. Pokud možno bez subjektivních těžkostí se zachováním všech aktivit a pozitivních sociálních vztahů, jako tomu měl v minulosti. Přijme-li člověk náročnou životní situaci jako výzvu, může dojít k životní spokojenosti i při trvalém poškození. Rozsah poškození přitom může být chápán velmi subjektivně. K postojovým změnám může kladně přispět setkání s lidmi v podobné životní situaci, jak již bylo zmíněno. (27)

Kvalita života tracheostomovaných je do velké míry závislá na jeho prognóze související se základním onemocněním, které bylo důvodem k provedení tracheostomie.

Jinak kvalitu života vnímají pacienti s tracheostomií trvalou u onkologického onemocnění a jinak pacienti s dočasnou stomií. (27)

Nejčastějšími faktory, ovlivňujícími kvalitu života jsou strach ze smrti, zdravotní omezení, ztráta sebeúcty v souvislosti s tělesnými změnami, ztráta sociálních jistot, ztráta společenské prestiže, obava z nové situace, změny v rodinných vztazích a finanční potíže v souvislosti se ztrátou zaměstnání. (27)

Kvalita života s trvalou tracheostomií je také výrazně snížena vlivem fyzických problémů a poruchou řady funkcí. Z funkce jsou vyřazeny horní dýchací cesty, zvláště funkce zajišťující zvlhčování, filtrování a ohřívání vzduchu. Tím je narušena přirozená obrana proti infekci dolních dýchacích cest. Dále je narušena funkce smrkání, čímž je nemocný obtěžován vytékajícím sekretem z nosu. Chuťové a čichové vjemy jsou také oslabeny. V souvislosti s TSK je porušena funkce břišního lisu, při něm se totiž uzavírá glotická štěrbina. Tento fakt může mít za následek problémy se stolicí. Největším handicapem je však porucha či úplná ztráta hlasové funkce člověka. I když ji lze částečně kompenzovat hlasovou reedukací. Vždy jde o určité omezení v podobě nepřirozeně, uměle znějícího hlasu, nebo nutnosti používat ke komunikaci prst. Nezanedbatelná je i kosmetická vada, kterou tracheostomie způsobuje. (27)

K lepší adaptaci a tím i lépe pocíťované kvalitě života napomáhá důkladná příprava před zákrokem, pečlivá edukace pacienta i rodiny. Zdravotnický tým zajišťuje vhodnou následnou péči a poradenskou pomoc v sociálních otázkách a minimalizuje bolesti. Kvalitu života zlepšuje dostupnost všech pomůcek a příslušenství, které nahrazují ztracené funkce. Stejně tak i možnosti hlasové reedukace. Dá se říct, že v porovnání s jinými skupinami nemocných tracheostomovaní tvoří mnohem izolovanější skupinu, často na okraji zájmu zdravotníků a veřejnosti. (27)

4.2.1 Měření kvality života

Kvalitu života pacientů můžeme sledovat různými standardizovanými testy. V medicíně a v ošetrovatelství má toto sledování praktické užití při vyhodnocování vývoje psychického stavu pacienta v průběhu nemoci a při posuzování změn, k nimž dochází díky terapeutickým zásahům. V případě tracheostomovaných je možné sledovat změny po výkonu, v důsledku hlasové reedukace a podobně. Vzhledem k tomu, že kvalita života v sobě z velké části zahrnuje subjektivní pocit tzv. barometr každodenních nálad. Pacient

je požádán, aby v pravidelných časových intervalech na úsečce zaznamenal, která představuje polaritní interval od velice dobře až po strašně zle, křížkem svoji osobní pohodu. S úspěchem lze využít různé standardizované dotazníky. Jiný úhel pohledu na kvalitu života nabízí rozbor životních cílů, ty mohou být krátkodobé, střednědobé a dlouhodobé. Vycházíme z toho, že chceme-li poznat, jak se člověk cítí, je potřeba znát jeho osobní snažení. Psychologickými studiemi bylo dokázáno, že lidé, kteří se cítí spokojenější ve svém životě, mají životními cíle, které přesahují jejich sebestřednost. V životě se zaměřili na jiné osoby, než na sebe sama, například na tvořivost, kreativitu, dobrovolnou pomoc jiným lidem. K těmto záměrům ale člověk musí dospět osobním vývojem. (27)

5 Náhradní komunikační systémy u pacientů s TSK

Pacienti s provedenou TSK mají problémy s komunikací vyřazením funkce hlasu a z hlediska komunikace tak tvoří zcela specifickou skupinu. Jsou při vědomí, ale mají dýchací cesty zajištěny TSK. Je možné u nich využít celou řadu komunikačních technik. Neschopnost dorozumět se s sebou přináší prohloubení nejistoty, pocitu úzkosti a také sociální izolace. Je proto zapotřebí hledat alternativní nebo augmentativní metody komunikace. Aby byl pacient schopen dorozumět se, se svým okolím. (15, 22)

5.1 Alternativní a augmentativní komunikace

Alternativní a augmentativní komunikace (dále jen AAK) je obecný pojem znamenající určitý postup k osobám nejen s těžkým tělesným, ale i mentálním či kombinovaným postižením. Augmentativní (z lat. augmentare – rozšiřovat) systémy komunikace mají podporovat již existující, ale pro běžné dorozumívání nedostatečné schopnosti komunikace. Alternativní komunikační systémy se používají jako náhrada mluvené řeči. (1, 6, 41)

Systémy rozdělujeme jednak na ty, které při komunikaci nevyžadují pomůcky (unaided) – komunikace cíleným pohledem, výrazy obličeje, gesty, držením těla, manuálními znaky a systémy. A na systémy, které vyžadují pomůcky (aided). Ty se dále rozdělují na netechnické (low tech), užívající jednoduché pomůcky bez hlasového výstupu a na technické (high tech), které využívají elektronické komunikační pomůcky a počítače. Mají speciálně upravený hardware a software tak, aby byly využitelné ke komunikaci a byly přístupné lidem s fyzickým postižením. Jde o jednoúčelové pomůcky pro komunikaci a počítače. (1, 12, 23)

5.1.1 Alternativní a augmentativní komunikace nevyžadující pomůcky

Povaha postižení u mnoha typů komunikačních obtíží vede k tomu, že je postižený více odkázán na zrak a kinestetické vnímání. Způsob přenosu mluveného slova je chvilkový, obtížně zachytitelný, kde znak poskytuje vizuální doprovodnou informaci. Jde o spojení řeči s pohybem. Zrakové, hmatové a kinestetické podněty vznikají při řeči a současném provádění znaků. Důležité jsou pro vytváření percepčně-motorických paměťových stop. Znaky se používají jako pomoc při vybavování slov. Je to technika

nápovědy při podpoře paměti pro vybavování či pro spojování slov ve větě. Výhodou je i možnost dorozumívání na větší vzdálenosti. Je ale podstatné, aby gestikulační kód byl srozumitelný všem účastníkům komunikace. Tím dochází ke zmírnění frustrace či apatie z dlouhodobě neúspěšných pokusů o komunikaci. Zde uvádím některé příklady využívání manuálních znaků. (15, 21, 44)

První je přirozený znakový jazyk neslyšících a užívá se v komunitě. Má vlastní syntax, gramatiku a existuje v různých národních variantách. Jako druhá je znakovaná čeština. Tento způsob odpovídá potřebám slyšících osob, jež mají těžké řečové omezení, ale bez výrazného omezení rukou. Případně se může doplňovat různými typy pomůcek. Třetí možností je znakování klíčových slov, které jsou hlavními nositeli sdělení. Pro zvládnutí pohybu jsou nejsnazší znaky, jež jsou symetrické, to znamená, že obě ruce provádějí pohyb stejného tvaru. Dále pohyby vyžadující dotyk mezi oběma rukama. Ty se provádějí ve zrakovém poli uživatele, požadují jednoduché tvarování prstů či opakování pohybů ruky stejným způsobem. Prstová abeceda znázorňuje jednotlivá písmena abecedy pomocí různých poloh prstů jedné nebo obou rukou. Pro potřeby AAK se užívá převážně tam, kde pro určitý pojem není vytvořen znak, například pro jména. Užívá se i ke srozumitelnosti mluvené řeči. Cued speech je pátý způsob a jde o systém osmi tvarů ruky, které reprezentují skupiny souhláskových zvuků, a šesti poloh ruky u obličeje, jež označují skupiny samohlásek a dvojhlásek. Kombinací těchto poloh potom lze předvést přesnou výslovnost slov probíhající řeči. Šestá metoda nese název Tadoma a jde o jakési hmatové čtení. Ruka nemocné osoby sahá na obličej a krk mluvící osoby tak, že se palcem dotýká rtů, cítí pohyby čelistí a jazyka. Ostatní prsty ohmatávají vibrace na tvářích, čelistech a na hrdle. Poslední metodou, která nevyžaduje pomůcky je Lormova abeceda. Jednotlivá písmena abecedy se značí dotykem na dlani a prstech jedné ruky. (15, 19, 44)

Na jednotkách intenzivní péče (dále jen JIP) a anesteziologicko resuscitačních odděleních (dále jen ARO) se využívají mnohem jednodušší formy AAK. Nevyžadují jednak pomůcky, ale ani dlouhodobou přípravu nebo další naučenou dovednost ze strany pacienta se zavedenou TSK. Protože se převážně jedná o stav, kdy se nemocný nedokáže na tuhle situaci připravit. Jde za prvé o odezírání rtů. Je to nejrozšířenější technika, která vyžaduje dobrou artikulaci ze strany pacienta a určitou praktickou zkušenost s odezíráním ze strany sestry. Obě strany musí mít velkou trpělivost. Stává se, že se pacient rozčiluje, když mu sestra nerozumí a přitom nechce slova opakovat, mluví rychle a v celých větách bez rozpoznatelné artikulace. U takového pacienta je nutné najít jiný způsob komunikace.

Druhou možností rychlé AAK bez pomůcek je, že pacienta naučíme jednoduché pohyby, které vystihnou jeho nejčastější potřeby. Příkladem může být pohyb ruky k ústům vyjadřující „chci napít“, ruce překřížené přes hrudník naznačující „je mi zima“, poklep pravé ruky na levé zápěstí znamenající „kolik je hodin?“ nebo ruka utírající čelo, znamenající „je mi horko“ apod. (14)

5.1.2 Alternativní a augmentativní komunikace vyžadující pomůcky

V této kapitole nejprve uvedu způsoby komunikace, které se nejčastěji užívají na JIP a ARO. První metoda využívaná u lidí se zavedenou TSK může být komunikace pomocí abecední tabulky (viz. příloha č. 5) Ta se využívá z důvodu časové náročnosti spíše pro doplnění komunikační techniky, kterou je odezírání rtů. Například v případě, že sestra nemůže ani při opakovaných pokusech porozumět sdělení nemocného. Může se využívat také jako komunikační prostředek využívaný rodinnými příslušníky, kteří nemají určitou trénovanost právě v odezírání ze rtů. Pacient na tabulce ukazuje písmena, ze kterých sestra nebo rodinný příslušník skládá jednotlivá slova. Modernější modifikací je potom magnetická abecední tabulka, která je rychlejší, ale vyžaduje poměrně velkou zručnost pacienta. Další, tedy druhá možnost se dá využít u nemocných, kteří udrží tužku a desky s papírem. Ti mohou komunikovat psaním. Komunikační karty (viz. příloha č. 6) jsou v pořadí třetí metodou AAK vyžadující pomůcky. Jsou to obrázky, které vystihují časté potřeby a přání nemocného. Pacient je vybírá z balíčku jako karty nebo na ně ukazuje prstem, mohou být totiž znázorněny na jednom archu papíru. V některých zdravotnických zařízeních je možné setkat se i s kartami, které jsou doplněny o překlad významu do několika světových jazyků. Tyto karty potom mohou také usnadňovat komunikaci s cizinci. A za čtvrté může být využita tzv. „mluvící kanyla“ nebo také orátor (viz. příloha č. 11), což je pomůcka, která umožňuje tvorbu hlasu. Užívá se u pacientů, kteří mají zajištěné dýchací cesty, ale již nevyžadují UPV ani vysokou frakci kyslíku. Orátor se upevňuje přímo na TSK a je také vybaven spojkou, která umožňuje přívod kyslíku do dýchacích cest přes průtokoměr. U některých nemocných může být orátor využíván pouze po dobu návštěv, na určitou dobu. Pro pacienta je to náročnější na dýchání. (14, 19, 21)

Méně užívané způsoby AAK vyžadující pomůcky se dále dělí na pomůcky technické a netechnické. (44)

5.1.2.1 Netechnické pomůcky

Do netechnických pomůcek řadíme fotografie, Bliss symboly, Picture communication symbols, symboly Makaton, Piktogramy, komunikační tabulky a kódování. (17, 44)

Fotografie, ať už barevné či černobílé, mohou znázornit předměty, činnosti, osoby nebo místa. (viz. příloha č. 7) Je to nejrealističtější dvojrozměrné znázornění, je srozumitelnější a také čitelnější než obrázek či grafický symbol. Jsou často předstupněm pro abstraktnější symbolické systémy. (44)

Bliss symboly jsou typy grafických symbolů, které byly navrženy pro potřeby nemluvících (viz. příloha č. 8). V sedmdesátých letech 20. století se pro potřeby nemluvících osob začal v Kanadě využívat Bliss systém. Původně navržený Charlesem Blissem jako grafický jazykový systém pro osoby, které mluví různými jazyky. Systém zahrnuje konkrétní ale i abstraktní pojmy. Pro jeho aplikaci je třeba se naučit rozumět lingvistickým pravidlům systému – např. slovesa jsou odvozena od podstatných jmen, tzv. indikátorem slovesa. Symboly jsou vytvořeny z geometrických tvarů a jejich velikost, orientace a poloha reprezentují různé významy. Systém obsahuje přibližně sto základních symbolů. Jejich kombinací lze vytvářet další významy, a tím rozšiřovat slovní zásobu. Proto má mnohem větší flexibilitu než jiné systémy. V porovnání s dalšími systémy jsou tyto symboly velmi abstraktní. (44)

Velmi rozsáhlým systémem grafických symbolů jsou Picture communication symbols. Jsou to realistické barevné nebo černobílé obrázky, které navrhla logopedka Roxana Johnson a tento soubor obsahuje více než 3000 pojmů. (44)

Symboly Makaton byly navrženy jako součást jazykového programu stejného názvu. (viz. příloha č. 9) Používají se v kombinaci s písmeny a většinou pro gramaticky správné dotvoření obrázkového sdělení. (44)

Piktogramy jsou symboly černobílé a navrženy tak, aby redukovaly obtíže v diskriminaci figury a pozadí. (20, 44)

Systémů symbolů je celá řada, dalšími příklady mohou být:

Sigh symboly, které kombinují jednoduché obrázky, abstraktní symboly a grafické znázornění manuálního znaku, včetně samotných manuálních znaků. (44)

Picture symbols (PICSYMS), které mají slovní zásobu asi 880 symbolů a spojují se s nápisy. Jde o otevřený systém a nové symboly lze vytvářet podle daných pravidel. Je snadné tyto symboly kreslit, což umožňuje okamžité situační využití. (44, 17)

Oakland schools picture dictionary je obrázkový slovník, který obsahuje asi 600 černobílých kreseb a asi 75% slovní zásoby tvoří podstatná jména. (44)

Yerkish lexigrams je systém abstraktních symbolů, které se skládají z devíti geometrických tvarů. Tyto tvary se používají jednotlivě, nebo v kombinacích. Systém také využívá kategorizaci pomocí barevného pozadí. (44)

Tak jako u mluvících jsou vyslovená slova „symbolem“ významu, je důležité, aby i grafická podoba slova byla jednoznačným kódem. Tomu by měl shodně rozumět jak uživatel, tak i komunikační partner. Proto jsou symboly často spojovány s nápisy. Pro komunikaci lze využít i stylizované kresby, obrázky z časopisů, kliparty, loga apod (viz. příloha č. 6). Nejjednodušším způsobem výběru symbolu je na něj ukázat a indikovat pohledem. Pokud tato dovednost není vytvořena, je třeba začít s výukou výběru ze dvou předmětů nebo symbolů. Další v hierarchii dovedností práce se symboly je schopnost řadit je do komplexního sdělení (např. symbol panenka + jíst pro vyjádření panenka chce jíst). Rozhodnutí, který systém symbolů je vhodný pro daného pacienta, děláme se zřetelem na jeho individuální potřeby (se zohledněním předchozí jazykové zkušenosti, věku, kognitivních, motorických a smyslových schopností), nikoli se zřetelem na vnější faktory (např. doposud užívaný systém zařízení). Při výběru systému je důležitá jeho otevřenost a flexibilita. Příkladem je 20 konkrétních pojmů znázorněných fotografií, obrázkem či symbolem, které umožní vyjádřit jen omezené množství myšlenek. Zatímco kombinace písma a symbolů nebo Bliss symboly jsou sice náročnější na výuku, ale za to uživateli umožní vyjádřit neomezené množství pojmů, včetně abstraktních. Je nezbytné si uvědomit, že není vždy jednoznačný vztah mezi rozeznáním předmětu, obrázku nebo symbolu na základě pojmenování a schopnosti využít ho pro komunikaci. I osoba, která podle názvu neidentifikuje pojem na obrázku, může být schopná přiřadit obrázek k předmětu a naučit se o tento předmět požádat. Symboly se pro potřeby nemluvících osob sestavují do komunikačních tabulek. (17, 20, 31, 44)

Forma komunikační tabulky (viz. příloha č. 10) vychází z potřeb klienta. Organizace symbolů v ploše, případně v prostoru, je založena na pohybových a zrakových možnostech uživatele (velikost tabulky, velikost a umístění symbolů, barevný kontrast).

Zohledňuje rovněž jazykové potřeby. Podle svých motorických možností pak nemluvící osoba vybraný symbol indikuje ukázáním prstem nebo pěstí, pohledem, hlavovým ukazovátkem či světelným paprskem umístěným na hlavě atd. Tabulky mohou obsahovat obrázky nebo jen samostatná písmena, ale i slova, věty či číslice. Organizační uspořádání komunikační tabulky (podle Blackstonové) může být schematické, taxonomické, sémanticko-syntaktické, abecední, podle často používaných pojmů a nakonec založené na potřebě posluchačovy snadné orientace. (20, 44)

Příkladem schematického může být životopisné uspořádání – album fotografií. Taxonomické je založeno na určitém systému (např. podle kategorií), sémanticko-syntaktické je zase pro lepší využití gramatických zákonitostí. Abecední uspořádání užívá řazení podle abecedy. Dále se tabulky řadí podle často používaných pojmů, kdy se symboly seskupí tak, aby mohly být snadno a rychle dosažitelné. Jako poslední jsou tabulky založené na potřebě posluchačovy snadné orientace, to znamená, že jsou uspořádány tak, že obrázková část je zobrazena směrem k uživateli a doplňující text je obráceně, aby jej mohl komunikační partner snadno číst. Symboly mohou být také zachyceny na volných kartičkách a pak je lze uspořádat do tabulky např. pomocí suchých zipů. To je výhodné pro manipulaci se symboly. Tabulka může mít velmi individuální provedení, např. symboly mohou být umístěny na stolku vozíku, popřípadě na otočném válci, který je na vozíku upevněn. Pro uživatele, který ukazuje symboly nohou, se deska může umístit na podnožku vozíku. Tabulka ale může mít i kapesní formát nebo se symboly mohou umístit na oblečení komunikačního partnera. Pro tento typ komunikace je vhodná vesta se suchými zipy, na kterou je možné umístit předměty i symboly na jednotlivých kartičkách. Užívání tabulky by mělo vyžadovat co nejmenší úsilí, aby nebyla omezena jak spontánnost, tak i rychlost komunikace. Měla by být kdykoli dostupná a snadno se čistit. Pro maximální využití motorických schopností nemocného je nezbytné správné sezení a polohování v sedačce. Použití tabulky vyžaduje, aby komunikační partner byl bezprostředně přítomen a aktivně se účastnil sledování symbolů. (20, 44)

Tam, kde je omezený počet symbolů, ale existuje potřeba rozsáhlejšího vyjádření, můžeme vyjadřovat konkrétní a abstraktní asociace s obrázkovými symboly. Takzvané ikonické kódování znamená, že jednomu symbolu je přiřazeno několik symbolů a kombinací symbolů se potom sdělení rozšiřuje. Například slunce se rovná teplo, horko, žlutý, kulatý, mít volno atd. Hodiny zase mohou znamenat čas, období, kdy, denní program atd. Jejich kombinace může potom znamenat: V kolik hodin budou zprávy o počasí?

Uživatel se dále učí, jak maximálně rozšiřovat obsahy sdělení a důležitá je i dobrá paměť pro posloupnost. Sekvence a jim odpovídající významy mohou být uloženy v paměti elektronických pomůcek s hlasovým výstupem – potom lze vzkazy systematicky třídit a rychleji vyvolat. (44)

Další formou práce se symboly je kódování. Jedná se o techniku, při níž uživatel násobnou indikací specifikuje požadovaný vzkaz. Tento způsob je vhodný pro uživatele, kteří nemohou přesně ukazovat rukou, ale lze využít dorozumívání pohledem. Položky (obrázkové symboly, písmena, číslice...) jsou seskupeny do bloků čtyř barev. Dvojitou indikací, za první vybraného bloku a za druhé barvy v rozích tabulky, pak uživatel pohledem izoluje vybranou položku. Je třeba, aby mohl uživatel udržet pohled dostatečně dlouho a druhá osoba by měla vybranou položku pojmenovat předtím, než přejde k další indikaci. Někteří uživatelé využívají způsob, kdy v tabulce druhá osoba ukazuje řádek, pak sloupec a uživatel postupně potvrzuje správnost výběru domluveným způsobem. Tato metoda může být rychlejší než samotné kódování, ale není vždy vhodná. Mluvicí osoba může mít tendenci příliš ovlivňovat obsah sdělení. (44, 49)

5.1.2.2 Technické pomůcky

Je nutné si uvědomit, že technické pomůcky samy o sobě neposkytují jednoduché řešení všech problémů v komunikaci, podstatné je, jak se užívají. Uživatel by měl mít z praktických důvodů přístup jak k technickým, tak k netechnickým pomůckám. Je to proto, aby mohl reagovat v různých komunikačních situacích. Návěst a využívání elektronických komunikačních pomůcek vyžadují jednak podporu a trénink. Uživatel sám i lidé v jeho okolí musí mít základní technické znalosti potřebné k ovládnutí pomůcek. (18, 44)

Jednoúčelové komunikační pomůcky bývají využívány pouze pro komunikaci. Mohou to být pomůcky jednoduché s tištěným nebo hlasovým výstupem s omezeným počtem vzkazů, nebo přístroje s klávesnicí či displejem. Sdělení jsou označena obrázky, fotografiemi, symboly nebo nápisem. Elektronické komunikační pomůcky mohou mít různé typy výstupů. Výrobci často kombinují více výstupů, aby co nejvíce vyhovovaly individuálním potřebám uživatele i komunikačních partnerů. Do jednoúčelových komunikačních pomůcek řadíme pomůcky s výstupem zrakovým nebo hlasovým. (18, 44)

Pomůcky se zrakovým výstupem jsou opatřeny malou obrazovkou, na níž je zobrazen vzkaz v symbolech či v písmenech. Jakmile jsou vytvořeny nové vzkazy, displej automaticky vymaže vzkaz předchozí. To znamená, že komunikující partner musí být při komunikaci s uživatelem stále přítomen. Je proto vhodné vzkaz vytisknout na papír. Každá pomůcka je opatřena malou tiskárnou, která dokáže tisknout vzkazy na proužky papíru. Lze ji rovněž připojit na periferní tiskárnu, která umožňuje tisk na standardní velikost papíru a tím i obsáhlejšího vzkazu. (44)

Pomůcky s hlasovým výstupem se liší typem nahrané řeči. Jedná se o řeč digitalizovanou nebo syntetickou. Digitalizovaná znamená, že je lidský hlas nahraný na komunikační pomůcku. Výhodou je možnost využití pomůcky v různém prostředí z hlediska jazyku. Umožní nahrát místní přízvuk, dialekt, dětský či dospělý hlas atd. Je pro posluchače přirozenější a tím tedy lépe akceptovatelný. Lze nahrát zvuky i z okolního prostředí. Nevýhoda je ta, že je uživatel závislý na tom, co mu ostatní lidé nahrají, tzn., že on sám nemůže vytvořit a uchovat nové vzkazy. Syntetická řeč je generovaná počítačem. Výhodou je menší náročnost na kapacitu paměti počítače než řeč digitalizovaná. Samotný uživatel může vytvářet neomezenou řadu nových vzkazů (se současným použitím speciálního softwaru). Nevýhodou je ovšem nepřirozenost hlasu, což některým uživatelům nemusí vyhovovat. (28, 44)

O typu řeči pro svou komunikační pomůcku by měl každý rozhodnout sám. Elektronické komunikační pomůcky mohou mít ještě speciální druh výstupu, kdy funkcí je podpora a přenos informace uživateli. Ten potvrdí jeho výběr a umožní mu pokračovat dále. Tato zpětná vazba může být sluchová (kliknutí nebo písknutí jako potvrzení výběru), hmatová (délka tlaku na klávesnici a konečné kliknutí při aktivaci klávesnici) nebo zraková (světelné ukazatele u skenovacích systémů). Softwarové aplikace umožňují uživateli předběžné nastavení vzkazů a jejich uložení v systému. Pomůcky mohou mít funkci tzv. předpověď ikon: uživatel vyvolá určitý vzkaz a další možné vzkazy pro umožnění snadnější orientace. Některé systémy mohou být připojeny k počítači a užívány jako klávesnice pro ovládání standardních počítačových programů. (44)

Počítač může být jako samostatná komunikační pomůcka, ale musí být vybaven speciálním softwarem. Vhodnější je počítač přenosný. Pro jednoúčelová zařízení i pro počítač je důležitá fyzická přístupnost komunikační pomůcky pro uživatele. Přímý přístup je definován jako schopnost uživatele indikovat dotykem klávesy na běžné či membránové

klávesnici, případně na zvětšené či zmenšené klávesnici (pro osoby s obtížemi v rozsahu pohybu). Běžná myš může být nahrazena trackballem či joystickem nebo se využívá dotyková obrazovka. Někdy uživatel může využít pomůcky, které lépe umožní přímý výběr, jedná se například o podložku pod ruce, hlavové ukazovátko, optické ukazovátko s infračerveným světlem nebo přístroj, který elektronicky snímá oční pohyby. Nepřímý výběr se nejčastěji provádí pomocí tzv. skenování, a je to pokud klient v důsledku motorických obtíží nemůže vybrat položku přímo. Indikace je pak umožněna konfigurací elektronické pomůcky. Jde o samočinné vyhledávání informace. Vyžaduje aktivaci spínače, který je propojen pomocí speciálního rozhraní s komunikační pomůckou. Pro výběr spínače je rozhodující motorická schopnost uživatele. (39, 44, 53)

5.2 Náhradní hlasové mechanismy

Byla vyzkoušena řada metod pro znovunabytí řeči včetně použití umělých hrtanů. Vznikaly však problémy se zatékáním potravy a tekutin do průdušnice a do plic. Tento stav často končil pneumonií. Pacientům, kteří ztratili fonační funkci hrtanu, lékař může nabídnout hlasovou reedukaci. V současné době existují tři hlavní možnosti pro vytváření řeči. (45)

Jako první je nácvik jícnového hlasu, který se provádí na foniatrickém pracovišti. Tento způsob spočívá ve vzduchu v horní části žaludku a jeho postupném vypouštění jícnem za pomoci smršťování a uvolňování jícnového svěrače. K výuce jsou používány speciální postupy. K usnadnění nácviku slouží použití sycené vody, protože tím dojde ke spolykání většího množství vzduchu a ten se pacient snaží vypouštět zpět do úst. Při tomto posunu vznikají tóny podobné říhání, které pak mohou být zformovány do jícnové řeči. Nácvik se provádí pod kontrolou foniatra a trvá cca 3 až 4 měsíce. Uspokojujícím způsobem se tuto řeč naučí přibližně 30% pacientů, neboť vyžaduje spolupráci nemocného. Hodně záleží na jeho motivaci a vůli s jakou k učení této metody přistupuje. Pokud se jí ale podaří zvládnout, umožňuje mu vytvářet hlas bez použití ruky k uzavěru tracheostomatu. (45)

Další alternativou je použití vibrujícího elektrického přístroje Elektrolarynx. Ten vytváří vibrace přiložením na spodinu dutiny ústní a pohybem svalů se vibrace mění na hlásky a slova. Řeč působí velmi nemelodicky a technicky. Tento způsob hlasové reedukace patří již k obsoletním. (45)

Třetím náhradním hlasovým mechanismem je hlasová protéza. Je to malá, několik milimetrů dlouhá kanyla, která je lékařem zavedena do zadní stěny průdušnice a přední stěny jícnu. Touto protézou je vzduch propouštěn z plic do jícnu. V okamžiku výdechu si pacient zakryje tracheostoma prstem a donutí vzduch projít protézou (píštělí). Vytváří se zvuky a stačí jen správně artikulovat a tvořit slova. Hlas potom vzniká stejným mechanismem, jako je tomu u jícnového hlasu periodickým přerušováním vzdušného sloupce. Tato náhrada hlasu je nejdokonalejší a v současnosti velmi preferovanou. S protézou se naučí komunikovat každý pacient během několika dní. Další výhodou je možnost kontrolovat hlasitost, intonaci a délku vět. Je však o ni nutné pravidelně pečovat v podobě čištění malým kulatým kartáčkem. Jakmile skrz ni pronikají tekutiny z jícnu do průdušnice, je nutné ji vyměnit. Délka její životnosti závisí na péči, jakou jí pacient věnuje. V průměru se pohybuje kolem půl roku. (45)

PRAKTICKÁ ČÁST

6 Metodologie výzkumu

Výzkumný problém

Komunikace tracheostomovaného pacienta závislého nebo nezávislého na umělé plicní ventilaci je vždy obtížnou defektologií. Tracheostomovaného může narušená komunikační schopnost s okolím frustrovat a vést tak k jeho psychickému stresu. Proto se u těchto pacientů využívají alternativní nebo augmentativní způsoby komunikace. Ty ale nemusí být vždy dostačující nebo použitelné u všech pacientů s různými druhy onemocnění. Zdravotnický personál tak musí zvolit správný a účinný způsob, jak se s takovými pacienty dorozumět.

Metoda výzkumu

Pro výzkumné šetření jsem si zvolila kvalitativní výzkum, protože nabízí řadu specifických výzkumných přístupů. Navíc v něm respondenti poskytují hlubší náhled do jejich pocitů a prožitků. Byl realizován pomocí polostandardizovaného rozhovoru, jehož rozsah byl dvacet otázek. Odpovídali na ně pouze lidé, kteří byli po dekanylaci TSK. Dotazované osoby odpovídali spontánně a bylo jim umožněno plné vyjádření pocitů a názorů. Informace, které mi sdělili, jsem zaznamenávala na audiozáznam a poté přepsala v minimální úpravě do diplomové práce. Šetření bylo anonymní.

Výzkumný vzorek

Bylo osloveno patnáct respondentů většinou ve starším věku, ale s kognitivními funkcemi na takové úrovni, aby byl možný rozhovor. Dalším důležitým kritériem byla ochota pacientů s poskytnutím rozhovoru a také ochota zdravotnického personálu, kde byli respondenti hospitalizováni. Záměrně jsem vybírala respondenty z různých oddělení, aby ve výzkumu byly patrné jednak rozdíly ve zvyklostech a potom také v přístupu k těmto pacientům.

Organizace práce

Kvalitativní šetření pomocí rozhovorů probíhalo od března do dubna 2015 ve Fakultní nemocnici v Plzni. Respondenty mi vždy doporučil zdravotnický personál. Písemný souhlas ze zdravotnického zařízení (viz. příloha č. 1)

Cíl výzkumného projektu a metodologie

Cílem výzkumného projektu je poskytnutí informací o možnostech komunikace s pacientem se zavedenou TSK. K dosažení výzkumného šetření byl formulován jeden hlavní a čtyři dílčí cíle.

Hlavní cíl:

1. Prostřednictvím rozhovoru zjistit, jakými náhradními komunikačními systémy se dorozumívá zdravotnický personál s pacienty se zavedenou tracheostomickou kanylou.

Dílčí cíle:

1. Zjistit, zda jsou pacienti s TSK dostatečně informováni o všech náhradních komunikačních systémech.
2. Zjistit, zda má pacientova rodina dostatek informací o možnostech komunikace s pacientem s TSK.
3. Zjistit, zda u pacientů s tracheostomií dochází k uspokojení všech bio-psycho-sociálních a spirituálních potřeb.

Výzkumné otázky:

1. Pomocí jakých náhradních komunikačních systémů se dorozumívá zdravotnický personál s pacienty s tracheostomií?
2. Jsou pacienti dostatečně informováni o všech náhradních komunikačních systémech?
3. Má pacientova rodina dostatek informací o možnostech komunikace s pacientem s TSK?
4. Dochází u pacientů s tracheostomií k uspokojení všech bio-psycho-sociálních a spirituálních potřeb?

7 Rozhovory

Respondent 1

Rozhovor s panem M.H., kterému je 60 let probíhal již na standardním oddělení tři týdny po dekanylaci. V době, kdy měl zavedenou TSK, pobýval na JIP. Ve zdravotnickém zařízení je hospitalizován už pouze z důvodu rehabilitace. Co se týká komunikace s pacientem, ta probíhala bez jakýchkoliv problémů. Po dekanylaci pacient nemá jediný problém s komunikací. Je orientován místem i časem, je klidný a při rozhovoru byl velmi ochotný a neměl problém se svěřit se svými zkušenostmi. Všechny sdělené informace se daly využít k diplomové práci.

Rozhovor

1. „Jak dlouho jste měl zavedenou TSK?“

„Přibližně sedm týdnů“

2. „Jak jste cítil, když jste zjistil, že díky TSK nemůžete komunikovat?“

„Nejdříve mi to bylo jedno, ale později, když jsem zjistil, jak hrozné to bylo, mi to bylo velmi nepříjemné,“

3. „Co pro Vás bylo při komunikaci s TSK nejhorší?“

„To, že jsem musel vynaložit velkou snahu, aby mi ostatní rozuměli, dost mi to unavovalo.“

4. „Používal zdravotnický personál při komunikaci s Vámi nějaké pomůcky, pokud ano jaké...“

„Ne, nepoužíval. Asi to nebyla potřeba.“

5. „Odezíral zdravotnický personál při komunikaci s Vámi z Vašich úst?“

„Ano, většinou odezíral. Nebo se také ptali na otázky, na které se dalo odpovědět ANO/NE.“

6. „Učil Vás zdravotnický personál nějaké pohyby nebo jednoduchá gesta pro ulehčení komunikace s Vámi?“

„Ne, neučil. Žádná gesta jsme nepoužívali.“

7. „Říká Vám něco pojem abecední tabulka? Komunikovali s Vámi ve zdravotnickém zařízení pomocí této pomůcky?“

„Říká, už jsem o ní slyšel, ale nekomunikovali jsme pomocí ní.“

8. „Užíval zdravotnický personál při komunikaci s Vámi speciální karty, na kterých byly nejrůznější obrázky vyjadřující Vaše potřeby nebo přání?“

„To jsme také nepoužívali.“

9. „Komunikoval jste někdy pomocí tzv. mluvící kanyly (orátoru), která se upevňuje přímo na TSK? Pokud ano, jaké to bylo?“

„Myslím, že ke konci jsem chvíli něco takového ke komunikaci používal. Dokázal jsem ji ale mít pouze určitou dobu, mluvení s ní bylo dost náročné na dýchání.“

10. „Slyšel jste o všech těchto možnostech komunikace s TSK?“

„Ano, ale dorozumívali jsme se pouze pomocí odezírání ze rtů, otázek na ANO/NE a potom pomocí té mluvící kanyly.“

11. „Měl podle Vás zdravotnický personál dostatek informací o možnostech využití náhradních komunikačních systémů?“

„Určitě ano.“

12. „Uvítal byste více informací v oblasti komunikace s TSK?“

„Myslím, že ne. Tahle komunikace se mi zdála dostačující.“

13. „Bylo Vám příjemné, jakým způsobem se s Vámi zdravotnický personál dorozumíval?“

„Ano, zdravotnický personál se velmi snažil mi porozumět.“

14. „Udržoval s Vámi zdravotnický personál při komunikaci oční kontakt?“

„Ano, udržoval.“

15. „Jak jste si přivolal zdravotnický personál, když jste něco potřeboval?“

„Vždy jsem si nějak poradil, s tím jsem snad nikdy neměl problém. Sestry byly většinou poblíž mého lůžka.“

16. „Dožádal jste se při komunikaci s TSK vždy toho, co jste potřeboval?“

„Ano, téměř vždy.“

- „Šlo o ty základní potřeby, nebo i o ty speciální, jako je například potřeba jistoty a bezpečí, sounáležitosti či seberealizace?“

„Spíše o ty základní, na ty speciální si myslím, že v nemocnici celkově není moc prostoru.“

17. „Setkal jste se někdy v nemocnici s neochotou vyhovět Vám v nějaké potřebě?“

„V těch základních rozhodně ne, nesetkal.“

18. „Jak jste se dorozumíval s Vaší rodinou?“

„Stejně jako se sestrami. Ptali se mi na otázky na ANO/NE a já jim odpovídal kývnutím hlavy. Potom se snažili odezírat z mých rtů, myslím, že to pro ně bylo jednodušší z důvodu toho, že mě nějakou dobu znali.“

19. „Věděla Vaše rodina o možnostech komunikace s Vámi?“

„Ne určitě o všech, ale tohle bylo dle mého názoru dostačující. Navíc potom jsme komunikovali normálně s mluvící kanylou, kterou mi sestry nasadily vždy právě při návštěvě rodiny.“

20. „Dokážete si představit, že byste měl zavedenou TSK trvale?“

„Ne, jsem rád, že to byla pouze dočasná záležitost.“

Respondent 2

Pan L.P. ve věku 55 let leží stále na JIP, kde pobýval i se zavedenou TSK. Nyní už je 5 dní po dekanylaci a nemá žádné potíže s dýcháním, ani s mluvením. Na JIP ale nadále zůstává kvůli nedostatečné svalové síle a malému perorálnímu příjmu potravy. Pacienta proto hodně mobilizují a aktivizují ho do perorálního příjmu potravy. Rozhovor probíhal bez větších problémů, respondent si ale stále musel držet místo, kde byla zavedena TSK, kvůli neúplnému stažení rány. Byl orientován všemi směry a velmi ochotně odpovídal na všechny vyslovené otázky.

Rozhovor

1. „Jak dlouho jste měl zavedenou TSK?“

„Přibližně osm týdnů.“

2. „Jak jste cítil, když jste zjistil, že díky TSK nemůžete komunikovat?“

„Dlouho jsem byl dle lékařů tlumený, ale po probuzení to bylo vážně hrozné. Trubička v krku mě velmi bolela, nemohl jsem dýchat a byl to moc nepříjemný stav.“

3. „Co pro Vás bylo při komunikaci s TSK nejhorší?“

„Komunikace mě vždy dost vyčerpávala, ať už se jednalo o jakýkoliv způsob. Zpočátku jsem se proto komunikaci raději vyhýbal, ale postupem času se to zlepšovalo.“

4. „Používal zdravotnický personál při komunikaci s Vámi nějaké pomůcky, pokud ano jaké...“

„Spíše ne, když jsem něco potřeboval, nějak jsme na to se sestřičkou společně přišli. Při větší síle jsme potom používali tužku a papír.“

5. „Odezíral zdravotnický personál při komunikaci s Vámi z Vašich úst?“

„Ano a bylo to celkem účinné.“

- „Zvládal to zdravotnický personál bez problémů?“

„Jak kdo, ale po více zopakování jsme se domluvili téměř vždy.“

6. „Učil Vás zdravotnický personál nějaké pohyby nebo jednoduchá gesta pro ulehčení komunikace s Vámi?“

„Na to si nepamatuji, asi tedy ne.“

7. „Říká Vám něco pojem abecední tabulka? Komunikovali s Vámi ve zdravotnickém zařízení pomocí této pomůcky?“

„Ano, říká. Dokonce jsem to i viděl, ale když jsem měl sílu na psaní, používali jsme spíše papír a tužku.“

- „A když jste ještě sílu neměl, nenapadlo sestry ukazovat jednotlivá písmena a přitom se ptát, o jaké z nich jde?“

„Ne, tuto metodu jsme nezkoušeli.“

8. „Užíval zdravotnický personál při komunikaci s Vámi speciální karty, na kterých byly nejrůznější obrázky vyjadřující Vaše potřeby nebo přání?“

„Ne, to jsem se sestrami nikdy nepoužíval.“

9. „Komunikoval jste někdy pomocí tzv. mluvicí kanyly (orátoru), která se upevňuje přímo na TSK? Pokud ano, jaké to bylo?“

„Ano, pár dní před vyndáním TSK jsme to zkoušeli, ale pouze v době návštěv. Špatně se mi s ní dýchalo.“

10. „Slyšel jste o všech těchto možnostech komunikace s TSK?“

„Kromě těch komunikačních karet myslím, že ano.“

11. „Měl podle Vás zdravotnický personál dostatek informací o možnostech využití náhradních komunikačních systémů?“

„Myslím, že ano, byli celkem snaživý, co se týká komunikace se mnou.“

12. „Uvítal byste více informací v oblasti komunikace s TSK?“

„Určitě existuje i více způsobů, ale dle mého názoru to v mém případě bylo dostačující.“

13. „Bylo Vám příjemné, jakým způsobem se s Vámi zdravotnický personál dorozumíval?“

„Většinou ano, také záleželo, která sestra mě měla na starost, střídalo se jich u mě více. Každá byla jiná.“

14. „Udržoval s Vámi zdravotnický personál při komunikaci oční kontakt?“

„Ano, některé sestry si na mě udělaly více času a i si ke mně sedly. Bylo velmi příjemné, že jsem na ně při komunikaci také chvíli nekoukal jen zdola.“

15. „Jak jste si přivolal zdravotnický personál, když jste něco potřeboval?“

„Ležel jsem na pokoji, kde na mě sestry neustále viděly, takže občas stačilo navázat oční kontakt a ona už poznala, že něco potřebuji. Když jsem potom měl sílu, tak jsem například mával.“

16. „Dožádal jste se při komunikaci s TSK vždy toho, co jste potřeboval?“

„Většinou ano, alespoň ty základní potřeby byly ze strany sester vždy uspokojeny.“

17. „Setkal jste se někdy v nemocnici s neochotou vyhovět Vám v nějaké potřebě?“

„Co si pamatuji, tak rozhodně ne. Všichni se snažili mi vyhovět.“

18. „Jak jste se dorozumíval s Vaší rodinou?“

„Na začátku jsme s tím měli docela problém a nevěděli jsme jak na to. Proto jsem nechal mluvit spíše rodinu a odpovídal jim pouze na otázky ANO/NE. Později jsem jim to psal a nakonec jsme se bavili pomocí mluvící kanyly.“

19. „Věděla Vaše rodina o možnostech komunikace s Vámi?“

„Ano, sestra jim vždy něco poradila.“

20. „Dokážete si představit, že byste měl zavedenou TSK trvale?“

„Ne, to v žádném případě, jsem rád, že mi ji vyndali.“

Respondent 3

Pan J.H., kterému je 68 let leží stále na JIP. Je to ale spíše z organizačních důvodů, kdy čeká na přijetí do nemocnice v blízkosti svého bydliště. Jeho stav i nadále vyžaduje intenzivní péči, hlavně v rámci rehabilitace, protože byl dlouhodobě ve vážném stavu vyžadující klidový režim. Pacient je nyní dekanylován už druhý týden a dýchání zvládá velmi dobře, jako podporu má už pouze nosní kyslíkové brýle. Komunikace probíhala bez problémů stejně tak jako rozhovor. Respondent byl orientován místem i časem a při rozhovoru se soustředil na mnou tázané otázky, na které se snažil ochotně odpovídat.

Rozhovor

1. „Jak dlouho jste měl zavedenou TSK?“

„Ani jsem si to přesně nepamatoval, ale lékaři mi později říkali, že celkem deset týdnů.“

2. „Jak jste cítil, když jste zjistil, že díky TSK nemůžete komunikovat?“

„Nejdříve jsem si to ani neuvědomoval, ale později, když jsem o sobě začal více vědět, to bylo víc než hrozné.“

3. „Co pro Vás bylo při komunikaci s TSK nejhorší?“

„Když jsem byl napojený na dýchací přístroj, tak komunikovat nešlo skoro vůbec, bylo pro mě těžké kývat i na otázky ANO/NE. Takže nejhorší bylo to omezení a potom asi závislost na druhých.“

4. „Používal zdravotnický personál při komunikaci s Vámi nějaké pomůcky, pokud ano jaké...“

„Ano, několik. Například tabulky s abecedou, mazací tabuli, ale také jen obyčejný papír s tužkou.“

5. „Odezíral zdravotnický personál při komunikaci s Vámi z Vašich úst?“

„Ano, tak jsme se společně snažili komunikovat hlavně na začátku, když jsem ještě nedýchal sám, ale s tím přístrojem.“

- „A jak to zdravotnický personál zvládal?“

„Záleželo na šikovnosti a zkušenosti sester, také potom na mém stavu, někdy jsem byl při větší síle, pak to šlo lépe.“

6. „Učil Vás zdravotnický personál nějaké pohyby nebo jednoduchá gesta pro ulehčení komunikace s Vámi?“

„Neučil, ale gesta jsem používal (takové ty obecné), kterým rozumí každý. A sestry na ně byly zvyklé a chápaly je.“

7. „Říká Vám něco pojem abecední tabulka? Komunikovali s Vámi ve zdravotnickém zařízení pomocí této pomůcky?“

„Ano a komunikovali.“

- „Zdál se Vám tento druh komunikace dostatečný?“

„Ano, určitě. Ale při moji nedostatečné síle to šlo vždy obtížněji.“

8. „Užíval zdravotnický personál při komunikaci s Vámi speciální karty, na kterých byly nejrůznější obrázky vyjadřující Vaše potřeby nebo přání?“

„Ano, také jsem se s tím setkal a bylo to opět lepší v období, kdy jsem ještě neměl takovou sílu. Sestra mi ukázala kartičku a já jen přikývnul, zda se v danou chvíli jednalo právě o potřebu vyobrazenou na kartičce.“

9. „Komunikoval jste někdy pomocí tzv. mluvící kanyly (orátoru), která se upevňuje přímo na TSK? Pokud ano, jaké to bylo?“

„Zpočátku to moc nešlo z důvodu špatného dýchání a zahlenění, ale když jsem se zbavil infekce a už tolik nekašlal, fungovalo to celkem dobře. Postupem času už mi ani tolik neunavovalo její nošení. Bylo příjemné se po takové době zase slyšet.“

10. „Slyšel jste o všech těchto možnostech komunikace s TSK?“

„Ano, o většině jsem slyšel.“

11. „Měl podle Vás zdravotnický personál dostatek informací o možnostech využití náhradních komunikačních systémů?“

„Dle mého názoru a zkušeností určitě.“

12. „Uvítal byste více informací v oblasti komunikace s TSK?“

„Myslím, že jsem byl dostatečně informován.“

13. „Bylo Vám příjemné, jakým způsobem se s Vámi zdravotnický personál dorozumíval?“

„Většinou mi to příjemné bylo.“

14. „Udržoval s Vámi zdravotnický personál při komunikaci oční kontakt?“

„Při odezírání to bylo nutné a později při užívání jiných způsobů komunikace už ani nevím. Asi ne vždy, ale nějak jsem na tom nelpěl.“

15. „Jak jste si přivolal zdravotnický personál, když jste něco potřeboval?“

„Ty byl někdy celkem oříšek, i když jsem ležel na oddělení, kde se sestry neustále mihotaly kolem mě. Občas když jsem něco potřeboval, zrovna nikdo na blízku

nebyl. Většinou ale zanedlouho přišli, tak jsem byl schopný se svou potřebou vydržet.“

16. „Dožádal jste se při komunikaci s TSK vždy toho, co jste potřeboval?“

„Ano, téměř vždy jsme se nějak domluvili.“

17. „Setkal jste se někdy v nemocnici s neochotou vyhovět Vám v nějaké potřebě?“

„Možná párkrát, ale nebylo to nic závažného.“

- „Řeknete mi, o co se jednalo?“

„Byly to maličkosti, např. jsem si chtěl povídat, ale sestřičky na mě neměly čas, jinak už si v podstatě nic nepamatuji.“

18. „Jak jste se dorozumíval s Vaší rodinou?“

„Stejně jako se sestrami, většinou pomocí tabulky s abecedou a později s tou mluvící kanylou. Tu mi vlastně začali dávat nejprve při návštěvách.“

19. „Věděla Vaše rodina o možnostech komunikace s Vámi?“

„Ano věděla, lékaři a sestry je informovali.“

20. „Dokážete si představit, že byste měl zavedenou TSK trvale?“

„V žádném případě. Měl jsem ji dlouho, ale jsem rád, že jsem si odvykl na dýchací přístroj a začal dýchat zase sám. Je to rozhodně úleva.“

Respondent 4

S panem J.M. (45 let) byl rozhovor prováděn již na standardním oddělení. Pacient čekal na propuštění do domácí péče. Rozhovor s ním probíhal naprosto bez problému,

dýchal bez jakékoliv oxygenační podpory. Komunikace byla bez omezení a kognitivní funkce byly v normě. Byl velmi dobře naladěný a při rozhovoru dokonce vtipkoval. Všechny získaná data se dala použít do mého šetření.

Rozhovor

1. „Jak dlouho jste měl zavedenou TSK?“

„Myslím, že tak osm týdnů.“

2. „Jak jste cítil, když jste zjistil, že díky TSK nemůžete komunikovat?“

„Řekl bych, že jsem si to dlouho neuvědomoval, byl jsem dost zmatený. Když to ale opadlo, byl to velmi nepříjemný stav. Báł jsem se, že už nebudu moci mluvit vůbec, tuto domněnku mi naštěstí lékaři brzy vyvrátili.“

3. „Co pro Vás bylo při komunikaci s TSK nejhorší?“

„Vždy, když jsem mluvil, tak mi to zároveň nutilo ke kašli. Myslím, že jsem měl v dýchacích cestách nějakou infekci, proto trvalo tak dlouho, než mi TSK vyndali.“

4. „Používal zdravotnický personál při komunikaci s Vámi nějaké pomůcky, pokud ano jaké...“

„Ano, zkoušeli jsme všechno možné, ale nejlépe fungovala tabulka s abecedou nebo obyčejná tužka s papírem.“

5. „Odezíral zdravotnický personál při komunikaci s Vámi z Vašich úst?“

„Ano, snažili se, ale bylo to obtížné. Podle sester jsem většinou mluvil hodně rychle a nesprávně jsem artikuloval.“

6. „Učil Vás zdravotnický personál nějaké pohyby nebo jednoduchá gesta pro ulehčení komunikace s Vámi?“

„Nepamatuji si, ale je možné, že jsem nějaká gesta používal a sestra z toho poznala, co chci říct.“

- „Pamatujete si, která to například byla?“

„Bohužel, to už si nepamatuji.“

7. „Říká Vám něco pojem abecední tabulka? Komunikovali s Vámi ve zdravotnickém zařízení pomocí této pomůcky?“

„Ano, říká. Komunikoval.“

- „Jak přesně jste to praktikovali?“

„Když jsem něco potřeboval, našel jsem pro to většinou jedno slovo a to sestře ukázal pomocí jednotlivých písmen v tabulce.“

8. „Užíval zdravotnický personál při komunikaci s Vámi speciální karty, na kterých byly nejrůznější obrázky vyjadřující Vaše potřeby nebo přání?“

„Ano, něco takového mi sestry také ukazovaly, ale spíše jsme používali tu abecední tabulku.“

9. „Komunikoval jste někdy pomocí tzv. mluvící kanyly (orátoru), která se upevňuje přímo na TSK? Pokud ano, jaké to bylo?“

„Zkoušeli jsme to, ale dost jsem se při této komunikaci dusil.“

10. „Slyšel jste o všech těchto možnostech komunikace s TSK?“

„Ano a většinu jsme dokonce zkoušeli.“

11. „Měl podle Vás zdravotnický personál dostatek informací o možnostech využití náhradních komunikačních systémů?“

„Myslím, že měl.“

12. „Uvítal byste více informací v oblasti komunikace s TSK?“

„Dle mého názoru nebyla potřeba.“

13. „Bylo Vám příjemné, jakým způsobem se s Vámi zdravotnický personál dorozumíval?“

„Ne vždy, ale za to nemohly sestry nebo jiný personál nemocnice. Spíše za to mohl ten stav znemožňující komunikaci.“

14. „Udržoval s Vámi zdravotnický personál při komunikaci oční kontakt?“

„Většinou ano, pokud nebyli zaneprázdněni nějakou činností kolem mě.“

15. „Jak jste si přivolal zdravotnický personál, když jste něco potřeboval?“

„Fungovalo, když jsem si sundal signalizační čidlo z prstu ruky. S některými sestrami jsme na tomto signálu byli předem domluveni.“

16. „Dožádal jste se při komunikaci s TSK vždy toho, co jste potřeboval?“

„Ano, všichni v nemocnici byli velmi ochotní.“

17. „Setkal jste se někdy v nemocnici s neochotou vyhovět Vám v nějaké potřebě?“

„Nesetkal, byli vážně moc hodní.“

18. „Jak jste se dorozumíval s Vaší rodinou?“

„Nevzpomínám si, že bychom někdy řešili nějaký problém v oblasti komunikace. Myslím, že dle možností vždy stejně jako se sestrami nebo jiným zdravotnickým personálem.“

19. „Věděla Vaše rodina o možnostech komunikace s Vámi?“

„Ano, věděla. Sestry jim to vždy vysvětlily nebo ukázaly.“

20. „Dokážete si představit, že byste měl zavedenou TSK trvale?“

„Ne to ne, i když jsem si na komunikaci bez slov rychle zvykl, stačilo mi to takhle na chvíli.“

Respondent 5

75letý pan K.V. ležel v době rozhovoru na DIP. Byl dekantován, ale k dýchání potřeboval stále oxygenační podporu a to v podobě kyslíkové masky. Proto byl také hospitalizován. Komunikoval bez omezení, ale bylo mu hůře rozumět, kvůli nasazené masce. Rozhovor probíhal bez větších problémů. U rozhovoru byla přítomna respondentova dcera, protože byl prováděn v době návštěv. Dcera pacienta ale do šetření nijak nezasahovala.

Rozhovor

1. „Jak dlouho jste měl zavedenou TSK?“

„Myslím, že tak dvanáct týdnů.“

2. „Jak jste cítil, když jste zjistil, že díky TSK nemůžete komunikovat?“

„Ty pocity si přesně nepamatuji. Asi jsem byl ale rád, že jsem vůbec naživu.“

3. „Co pro Vás bylo při komunikaci s TSK nejhorší?“

„To je těžké takhle jednoznačně určit. Celkově byl tento stav velmi nepříjemný, nejvíce ale asi to omezení.“

4. „Používal zdravotnický personál při komunikaci s Vámi nějaké pomůcky, pokud ano jaké...“

„Bohužel si nepamatuji na žádné pomůcky.“

5. „Odezíral zdravotnický personál při komunikaci s Vámi z Vašich úst?“

„Ano, minimálně se o to snažil, ale ne vždy to šlo. Někdy to bylo velmi náročné.“

- „Pamatujete si, v čem ta náročnost spočívala?“

„Sestry mi často vytýkaly, že nesprávně artikuluji. Navíc nedokážu odpovídat pouze v heslech, tak asi také to, že moje sdělení byla moc dlouhá a tím špatně srozumitelná.“

6. „Učil Vás zdravotnický personál nějaké pohyby nebo jednoduchá gesta pro ulehčení komunikace s Vámi?“

„Neučil.“

- „A dorozumíval jste se pomocí gest, které Vás například napadly?“

„Ano, to určitě (např. gesto spát, jíst, ...)“

7. „Říká Vám něco pojem abecední tabulka? Komunikovali s Vámi ve zdravotnickém zařízení pomocí této pomůcky?“

„S tím jsem se nesešel.“

8. „Užíval zdravotnický personál při komunikaci s Vámi speciální karty, na kterých byly nejrůznější obrázky vyjadřující Vaše potřeby nebo přání?“

„S tím jsem se také nesetkal.“

9. „Komunikoval jste někdy pomocí tzv. mluvící kanyly (orátoru), která se upevňuje přímo na TSK? Pokud ano, jaké to bylo?“

„Tento pojem mi také nic neříká.“

10. „Slyšel jste o všech těchto možnostech komunikace s TSK?“

„O všech jsem určitě neslyšel.“

11. „Měl podle Vás zdravotnický personál dostatek informací o možnostech využití náhradních komunikačních systémů?“

„Těžko říct, ale nejspíše ne, když mi o těchto způsobech nikdo neřekl.“

12. „Uvítal byste více informací v oblasti komunikace s TSK?“

„Asi ano.“

13. „Bylo Vám příjemné, jakým způsobem se s Vámi zdravotnický personál dorozumíval?“

„Nebylo to nepříjemné, ale občas to nebylo dostačující. Kdybychom možná věděli o nějakých dalších způsobech, komunikace by byla jednodušší.“

14. „Udržoval s Vámi zdravotnický personál při komunikaci oční kontakt?“

„Ano, při odezírání a i při jiné komunikaci určitě.“

15. „Jak jste si přivolal zdravotnický personál, když jste něco potřeboval?“

„Většinou za mnou zdravotnický personál přišel, když viděli, že jsem neklidný. Fungovalo to celkem dobře, měli mě neustále na očích.“

16. „Dožádal jste se při komunikaci s TSK vždy toho, co jste potřeboval?“

„Snažil jsem se mluvit pomalu, srozumitelněji a lépe artikulovat. Také po mě většina sester chtěla, abych snažil potřebu vyjádřit jedním slovem a potom to obvykle fungovalo lépe. Ale když se nám ani na několikátý pokus nepodařilo danou potřebu sdělit/porozumět jí, obvykle jsem nad tím mávl rukou.“

- „A sestry to také vzdaly?

„Asi jak která, ale myslím, že většina z nich to nechala být.“

17. „Setkal jste se někdy v nemocnici s neochotou vyhovět Vám v nějaké potřebě?“

„Ne úplně s neochotou, ale jak už jsem řekl, občas se nesnažili tak, jak by asi měli.“

18. „Jak jste se dorozumíval s Vaší rodinou?“

„Také po většinu času pomocí odezírání ze rtů.“

- „Zdalo se Vám to dostačující?“

„S rodinou bych řekl, že to fungovalo lépe. Bylo to podle mého i z toho důvodu, že jsme se lépe znali a byli na vzájemnou komunikaci zvyklí.“

19. „Věděla Vaše rodina o možnostech komunikace s Vámi?“

„Nejspíše ne.“

20. „Dokážete si představit, že byste měl/a zavedenou TSK trvale?“

„Ne, to vážně nedokážu.“

Respondent 6

Paní T.S. byla velmi ochotná respondentka, které bylo 54 let. Na všechny mé otázky odpovídala velmi zodpovědně již na standardním oddělení. Tam ležela pouze pár dní po překladu z JIP. Byla dekanylována čtyři dny, ale spontánní dýchání už zvládala velmi dobře, a to bez jakékoliv podpory. Komunikace s ní byla bez problémů a kognitivní funkce v normě.

Rozhovor

1. „Jak dlouho jste měla zavedenou TSK?“

„Asi tak pět týdnů.“

2. „Jak jste cítila, když jste zjistila, že díky TSK nemůžete komunikovat?“

„Nějak jsem si to nejdříve neuvědomovala. Postupem času, když jsem začala více vnímat sama sebe, tak tento stav byl velmi nepříjemný a omezující.“

3. „Co pro Vás bylo při komunikaci s TSK nejhorší?“

„Asi to, jak mi komunikace vyčerpávala.“

4. „Používal zdravotnický personál při komunikaci s Vámi nějaké pomůcky, pokud ano jaké...“

„Ano, bylo jich více, ale pamatuji si jen chlopínku, kterou mi nasazovali přímo na kanylu, a já díky ní mluvila.“

5. „Odezíral zdravotnický personál při komunikaci s Vámi z Vašich úst?“

„Ano, a to hlavně na začátku, když jsem ještě nemohla dýchat sama, ale pouze s dýchacím přístrojem.“

- „Zdál se Vám tento způsob komunikace dostačující?“

„To záleželo na tom, kdo mě měl zrovna na starosti, ne každý mi hned rozuměl, ale sestry se velmi snažily mi porozumět. Myslím, že jsme se většinou domluvily.“

6. „Učil Vás zdravotnický personál nějaké pohyby nebo jednoduchá gesta pro ulehčení komunikace s Vámi?“

„Ne, na to si nepamatuji.“

7. „Říká Vám něco pojem abecední tabulka? Komunikovali s Vámi ve zdravotnickém zařízení pomocí této pomůcky?“

„Neříká, ale je možné že jsme to se sestrami zkoušely.“

8. „Užíval zdravotnický personál při komunikaci s Vámi speciální karty, na kterých byly nejrůznější obrázky vyjadřující Vaše potřeby nebo přání?“

„Také si nemyslím, nic mi to neříká.“

9. „Komunikovala jste někdy pomocí tzv. mluvící kanyly (orátoru), která se upevňuje přímo na TSK? Pokud ano, jaké to bylo?“

„To je nejspíše to, o čem jsem mluvila. Myslím, že to fungovalo, ale zpočátku se mi s tím špatně dýchalo. Po nějaké době jsem s ní už vydržela i celý den. To bylo těsně před vyndání kanyly z krku.“

10. „Slyšela jste o všech těchto možnostech komunikace s TSK?“

„O všech myslím, že ne.“

11. „Měl podle Vás zdravotnický personál dostatek informací o možnostech využití náhradních komunikačních systémů?“

„Určitě ano, vždy věděli, jak si se mnou poradit v oblasti dorozumívání.“

12. „Uvítala byste více informací v oblasti komunikace s TSK?“

„Možná ano, i když jsme se vždy nějak domluvili. Třeba bychom zvolili lepší a také jednodušší způsob komunikace, hlavně zpočátku, kdy mi to ještě nešlo s tou mluvící kanylou.“

13. „Bylo Vám příjemné, jakým způsobem se s Vámi zdravotnický personál dorozumíval?“

„Většinou ano.“

14. „Udržoval s Vámi zdravotnický personál při komunikaci oční kontakt?“

„Ano, to určitě.“

15. „Jak jste si přivolala zdravotnický personál, když jste něco potřebovala?“

„Byli jsme domluveni na určitém znamení, většinou to fungovalo.“

- „A na jakém?“

„Například mávnutím a později s tou mluvící kanylou jsem byla schopná si sestru přivolat, byla vždy poblíž mého lůžka.“

16. „Dožádala jste se při komunikaci s TSK vždy toho, co jste potřebovala?“

„Myslím, že ano, nikdy jsem si nepřišla nějak odmítnutá nebo zanedbaná. Ošetrovatelská péče byla z mého pohledu v pořádku.“

- „A co se týká těch dalších potřeb (psychických, sociálních, spirituálních)?“

„To je v nemocnici podle mého vždy velmi obtížně uspokojitelné.“

17. „Setkala jste se někdy v nemocnici s neochotou vyhovět Vám v nějaké potřebě?“

„Ne, to určitě ne. Jak jsem už říkala, s péčí jsem byla velmi spokojená.“

18. „Jak jste se dorozumívala s Vaší rodinou?“

„Později zase s tou mluvící kanylou, to bylo většinou bez problémů. Ale ze začátku velmi obtížně, manžel špatně vidí, takže odezírání moc nepřípadalo v úvahu a dcerám to také nešlo. Zpočátku jsem jim nikdy pořádně nesdělila, to, co jsem chtěla. I tak jsem ale byla ráda za každou návštěvu a vždy jsem se velmi těšila na návštěvní hodiny.“

19. „Věděla Vaše rodina o možnostech komunikace s Vámi?“

„Nevěděla, takže když za mnou přišli, vyprávěli spíše oni mně. Já se jen usmívala a byla ráda, že je zase vidím.“

20. „Dokážete si představit, že byste měla zavedenou TSK trvale?“

„Ne, bylo to více než hrozné. Hlavně, co se týká dorozumění, ale také bolesti, jídla a v neposlední řadě dýchání.“

Respondent 7

Další respondent byla také paní (A.K.). Jednalo se o 62letou pacientku, která už také ležela na standardním oddělení. Pacientka už zde čekala na propuštění do domácí péče. V době rozhovoru byla hospitalizována dvanáct týdnů, protože průběh jejího onemocnění byl problematický a byl na ní vidět velký zájem o propuštění. Komunikovala bez obtíží, v době rozhovoru byla dekanylována už tři týdny a dýchání proto bylo také bezproblémové. Byla velmi hodná a ochotně odpovídala na všechny mnou položené otázky.

Rozhovor

1. „Jak dlouho jste měla zavedenou TSK?“

„Myslím, že tak osm týdnů.“

2. „Jak jste cítila, když jste zjistila, že díky TSK nemůžete komunikovat?“

„Nebyl to určitě příjemný pocit.“

3. „Co pro Vás bylo při komunikaci s TSK nejhorší?“

„Komunikace mi velmi vyčerpávala a unavovala.“

4. „Používal zdravotnický personál při komunikaci s Vámi nějaké pomůcky, pokud ano jaké...“

„Nejdříve jsme to zkoušeli bez nich, ale později byla potřeba jejich užívání. Sestry už v tom měly praxi. Pamatuji si na takovou tu dětskou mazací tabuli.“

5. „Odezíral zdravotnický personál při komunikaci s Vámi z Vašich úst?“

„Ano, o to se snažili, ale ne vždy to dokázali. Také ale záleželo jak kdo.“

6. „Učil Vás zdravotnický personál nějaké pohyby nebo jednoduchá gesta pro ulehčení komunikace s Vámi?“

„Ne, na to si nevzpomínám. Myslím, že nic takového mi neučili.“

7. „Říká Vám něco pojem abecední tabulka? Komunikovali s Vámi ve zdravotnickém zařízení pomocí této pomůcky?“

„Myslím, že něco takového jsme také zkoušeli.“

- „Více Vám vyhovovala ta dětská mazací tabule.“

„Ano, myslím, že byla účinnější a rychlejší.“

- „A měla jste vždy sílu na to, napsat na tabuli slovo, které vyjadřovalo vaši potřebu nebo například nějakou otázku na sestru?“

„Zpočátku ne, to se právě sestry spíše snažily odezírat z mých úst. Tu tabuli jsme se zdravotnickým personálem používali až ve chvíli, kdy jsem měla větší sílu.“

8. „Užíval zdravotnický personál při komunikaci s Vámi speciální karty, na kterých byly nejrůznější obrázky vyjadřující Vaše potřeby nebo přání?“

„Ne, neužíval.“

9. „Komunikovala jste někdy pomocí tzv. mluvící kanyly (orátoru), která se upevňuje přímo na TSK? Pokud ano, jaké to bylo?“

„Ne, s tím jsem nikdy nekomunikovala.“

10. „Slyšela jste o všech těchto možnostech komunikace s TSK?“

„O všech, co jste tu teď zmiňovala, ne.“

11. „Měl podle Vás zdravotnický personál dostatek informací o možnostech využití náhradních komunikačních systémů?“

„Do teď se mi zdálo, že ano. Jsem překvapená, že existuje dalších několik způsobů. Nevím, jestli o všech těchto možnostech komunikace věděli na oddělení, kde jsem ležela.“

12. „Uvítala byste více informací v oblasti komunikace s TSK?“

„Kdybych dříve věděla o všech způsobech, co jste mi teď řekla, tak bych je asi chtěla vyzkoušet. Možná by bylo něco účinnějšího při dorozumívání. Ale jinak mi to ani nevadilo, když jsem měla omezený výběr.“

13. „Bylo Vám příjemné, jakým způsobem se s Vámi zdravotnický personál dorozumíval?“

„Ano, celkem mi to vyhovovalo.“

14. „Udržoval s Vámi zdravotnický personál při komunikaci oční kontakt?“

„Většinou udržoval.“

15. „Jak jste si přivolala zdravotnický personál, když jste něco potřebovala?“

„Už si ani přesně nepamatuji, ale neměla jsem problém. Vždy u mě někdo byl, když jsem něco potřebovala.“

16. „Dožádala jste se při komunikaci s TSK vždy toho, co jste potřebovala?“

„Ano, sestry byly dost chápavé.“

- „Dokázala jste si říct i o jiné potřeby, nejen fyziologické, ale také o psychické, sociální, popř. spirituální?“

„V tomhle směru jsem sestry nezatěžovala.“

- „A je samotné je nenapadlo Vás nějak podpořit, uklidnit, ubezpečit, že je například vše v pořádku“

„Většina z nich byla dost empatická a přesně proto věděly, co mi mají v danou chvíli říct.“

17. „Setkala jste se někdy v nemocnici s neochotou vyhovět Vám v nějaké potřebě?“

„To jsem se nesetkala.“

18. „Jak jste se dorozumívala s Vaší rodinou?“

„Také pomocí té mazací tabule. Většinou se mi na něco ptali a já jim odpovídala pomocí slov, které jsem psala na ni.“

- „A jak zvládali odezírání v době, kdy jste ještě neměla dostatečnou sílu na psaní?“

„To jim moc nešlo.“

19. „Věděla Vaše rodina o možnostech komunikace s Vámi?“

„Později jsme se vždy domluvili, ale o všech možnostech určitě také nevěděli.“

20. „Dokážete si představit, že byste měla zavedenou TSK trvale?“

„Ne, jsem ráda, že jsem byla schopná zase dýchat, aby mi ji mohli vyndat.“

Respondent 8

Další respondent byl 58letý pan K.N. S tímto pánem jsem dělala rozhovor na JIP, kde byl po dekanylaci stále hospitalizován. Nemocný měl stále malou dechovou podporu v podobě kyslíkových brýlí. Při komunikaci si musel přidržovat ránu, kde byla zavedena TSK, protože v době rozhovoru ji neměl pouze sedm dní. Rozhovor ale probíhal bez problémů a pacientovy odpovědi z jeho čerstvých vzpomínek jsem tedy použila do svého šetření.

Rozhovor

1. „Jak dlouho jste měl zavedenou TSK?“

„Bohužel to nevím přesně, ale myslím, že tak přibližně čtyři týdny.“

2. „Jak jste cítil, když jste zjistil, že díky TSK nemůžete komunikovat?“

„Nebylo to zrovna příjemné. Myslel jsem, že se mi hlas už nevrátí.“

- „Vysvětlil Vám někdo, že se jedná pouze o dočasný stav?“

„Ano, ale až později, několik dní jsem byl v tom, že se mi hlas už nevrátí.“

3. „Co pro Vás bylo při komunikaci s TSK nejhorší?“

„Snažil jsem se mluvit tak, aby mohly sestry odezírat, ale skoro nikdy mi nerozuměly, tak asi ta zbytečná snaha a úsilí.“

4. „Používal zdravotnický personál při komunikaci s Vámi nějaké pomůcky, pokud ano jaké...“

„Ano, ale to bylo až později.“

5. „Odezíral zdravotnický personál při komunikaci s Vámi z Vašich úst?“

„Snažil se, ale jak už jsem zmiňoval, nešlo to.“

- „Kde byl podle Vás problém?“

„Asi v tom, že jsem mluvil příliš rychle, snažil jsem se mluvit pomaleji. Bohužel mi to ale nešlo, potřeboval jsem sdělit několik věcí najednou. Bylo mi totiž velmi nepříjemně po probuzení z bezvědomí.“

6. „Učil Vás zdravotnický personál nějaké pohyby nebo jednoduchá gesta pro ulehčení komunikace s Vámi?“

„Ano, ne přímo učil, spíš mi jen ukázali, jaká mám udělat, když budu například chtít napít nebo se zeptat, kolik je hodin. Bylo jich více a celkem dobře fungovaly.“

7. „Říká Vám něco pojem abecední tabulka? Komunikovali s Vámi ve zdravotnickém zařízení pomocí této pomůcky?“

„Tak s tím jsem se nesetkal.“

8. „Užíval zdravotnický personál při komunikaci s Vámi speciální karty, na kterých byly nejrůznější obrázky vyjadřující Vaše potřeby nebo přání?“

„Ano, to jsme chvíli používali. Sestry mi ukazovaly jednotlivé karty a já kýval ano nebo ne na jednotlivé potřeby. To se mi zdálo celkem účinné.“

9. „Komunikoval jste někdy pomocí tzv. mluvicí kanyly (orátoru), která se upevňuje přímo na TSK? Pokud ano, jaké to bylo?“

„Ne, o tom jsem neslyšel ani jsem se s tím v nemocnici nesetkal.“

10. „Slyšel jste o všech těchto možnostech komunikace s TSK?“

„O všech rozhodně ne.“

11. „Měl podle Vás zdravotnický personál dostatek informací o možnostech využití náhradních komunikačních systémů?“

„Podle mě ano, ale ne všechny jsme zkoušeli.“

12. „Uvítal byste více informací v oblasti komunikace s TSK?“

„Ano, protože občas docházelo k nesprávnému pochopení. Možná kdybychom zkusili i jiné možnosti a ty nám lépe vyhovovali, mohli jsme se dorozumívat ještě lépe a jednodušeji.“

13. „Bylo Vám příjemné, jakým způsobem se s Vámi zdravotnický personál dorozumíval?“

„Ne vždy to bylo příjemné, ale mohlo to být možná ještě horší, kdybychom nevyužívali těch pomůcek, o kterých jsme se bavili.“

14. „Udržoval s Vámi zdravotnický personál při komunikaci oční kontakt?“

„Ano, udržoval.“

15. „Jak jste si přivolal zdravotnický personál, když jste něco potřeboval?“

„Většinou jsem zamával a někdo za mnou přišel. Ležel jsem na pokoji, kde neustále pobíhaly nějaké sestry.“

16. „Dožádal jste se při komunikaci s TSK vždy toho, co jste potřeboval?“

„Ano, ale občas mi chybělo více informací o tom, co se se mnou bude dít. Hodně jsem se bál toho, co bude dál, ale to jsem díky velmi omezené komunikaci nikdy sestřám nedokázal sdělit.“

17. „Setkal jste se někdy v nemocnici s neochotou vyhovět Vám v nějaké potřebě?“

„Ne, všichni se snažili mi ve všem vyhovět.“

18. „Jak jste se dorozumíval s Vaší rodinou?“

„Rodina brzy pochopila, že to na nějaké velké bavení nebude, tak mi většinou pokládali otázky na ANO/NE. Byl jsem schopný kývat hlavou, tak to šlo celkem dobře. Nicméně jsme si ne vždy sdělili to, co jsme chtěli.“

19. „Věděla Vaše rodina o možnostech komunikace s Vámi?“

„Sestra nám dala k dispozici ty kartičky, ale podle nás byly lepší ty otázky na ANO/NE.“

20. „Dokážete si představit, že byste měl zavedenou TSK trvale?“

„Ne, to tedy v žádném případě.“

Respondent 9

Paní J.Z. byla 69letá pacientka, ležící na DIP. Její rekonvalescence byla delší z důvodu dechových a pohybových obtíží. V době rozhovoru byla dva týdny dekanylována a komunikace s ní probíhala bez problémů. Rozhovor s respondentkou probíhal v dobré náladě. Bohužel si ale mnoho věcí nepamatovala, co se týká komunikace s ní, v době kdy měla zavedenou TSK. I tak jsem rozhovor zařadila do mého výzkumného šetření, protože se mi některé odpovědi zdály velmi zajímavé. Myšlení pacientky bylo bez porušení a byla momentálně orientována všemi směry.

Rozhovor

1. „Jak dlouho jste měla zavedenou TSK?“

„Přibližně osm týdnů.“

2. „Jak jste cítila, když jste zjistila, že díky TSK nemůžete komunikovat?“

„Bylo to samozřejmě dost nepříjemné a cítila jsem se najednou hrozně omezeně a také závisle na druhých, což jsem opravdu byla.“

3. „Co pro Vás bylo při komunikaci s TSK nejhorší?“

„Že musím vyvíjet hrozně moc snahy, aby sestry pochopily, co zrovna říkám nebo potřebuji.“

4. „Používal zdravotnický personál při komunikaci s Vámi nějaké pomůcky, pokud ano jaké...“

„Žádné pomůcky si nepamatuji.“

5. „Odezíral zdravotnický personál při komunikaci s Vámi z Vašich úst?“

„Myslím, že ano, ale už si bohužel nevzpomínám, zda se jim to v mém případě vedlo.“

6. „Učil Vás zdravotnický personál nějaké pohyby nebo jednoduchá gesta pro ulehčení komunikace s Vámi?“

„Neučil, ale když jsem něco potřebovala, naznačovala jsem to gestem, to si vzpomínám.“

- „A pochopil vždy zdravotnický personál Vaše sdělení pomocí gest?“

„Ano, téměř vždy jsme se takto pochopili.“

7. „Říká Vám něco pojem abecední tabulka? Komunikovali s Vámi ve zdravotnickém zařízení pomocí této pomůcky?“

„Ne, to jsem nikdy neviděla ani o něčem takovém neslyšela.“

8. „Užíval zdravotnický personál při komunikaci s Vámi speciální karty, na kterých byly nejrůznější obrázky vyjadřující Vaše potřeby nebo přání?“

„S tím jsem se také nesetkala.“

9. „Komunikovala jste někdy pomocí tzv. mluvící kanyly (orátoru), která se upevňuje přímo na TSK? Pokud ano, jaké to bylo?“

„Bohužel mi tento pojem nic neříká.“

10. „Slyšela jste o všech těchto možnostech komunikace s TSK?“

„Neslyšela, ale možná si to jen nepamatuji. Je mi líto, ale nebudu pro Vás asi velkým přínosem ve Vašem šetření.“

11. „Měl podle Vás zdravotnický personál dostatek informací o možnostech využití náhradních komunikačních systémů?“

„Podle mého názoru moc ne. Navíc se mi sestry zdály dost zaneprázdněné, takže na komunikaci nezbývalo příliš času.“

12. „Uvítala byste více informací v oblasti komunikace s TSK?“

„Asi ano.“

13. „Bylo Vám příjemné, jakým způsobem se s Vámi zdravotnický personál dorozumíval?“

„Popravdě moc ne, když už jsme nějak komunikovali, bylo to díky nemožnosti komunikace z mé strany pouze jednostranné.“

14. „Udržoval s Vámi zdravotnický personál při komunikaci oční kontakt?“

„Myslím, že ano.“

15. „Jak jste si přivolala zdravotnický personál, když jste něco potřebovala?“

„Ten jsem si nepřivolávala, asi jsem ani neměla potřebu. Když jsem něco potřebovala, vyčkala jsem, než ke mně někdo ze sester nebo jiného personálu přijde.“

- „Vzpomněla byste si, po jak dlouhé době k Vám přibližně chodili?“

„Řekla bych, že tak přibližně po dvou hodinách.“

16. „Dožádala jste se při komunikaci s TSK vždy toho, co jste potřebovala?“

„Vždy ne, ale ty nezákladnější potřeby jsem byla schopná si prosadit pomocí těch gest.“

17. „Setkala jste se někdy v nemocnici s neochotou vyhovět Vám v nějaké potřebě?“

„Ano, ale možná to bylo mnou. Než abych se nějak dlouho snažila, raději jsem potřebu oželela, ale nejednalo se zase o ty nezákladnější potřeby. Nechci tady tvrdit, že mi sestry nedávaly najíst, napít nebo mi neumyly. V tomhle samozřejmě byly velmi ochotné a hodné.“

18. „Jak jste se dorozumívala s Vaší rodinou?“

„Dost složitě, ani se nedalo bohužel mluvit o komunikaci, ale i tak jsem je ráda viděla a byla ráda, že mi řeknou něco nového alespoň oni.“

- „Nenapadlo je například pokládat Vám otázky na ANO/NE, aby se něco dozvěděli i oni o Vás?

„Ano, to se ptali, ale po chvíli už nevěděli na co se ptát a šlo spíše o obecné věci. Ale u mě nic nového a zajímavého ani nebylo.“

19. „Věděla Vaše rodina o možnostech komunikace s Vámi?“

„Nevěděla, ostatně asi jako já.“

- „Sestra jim neporadila žádný způsob, jak by se s Vámi mohli dorozumívat? Ani například ty gesta, když ty jste používali?“

„Možná se o něčem zmínila, ale to já nevím a rodina také nikdy nic neříkala. Nejspíš ale ne, když jsme nikdy žádné náhradní způsoby nepoužívali.“

20. „Dokážete si představit, že byste měla zavedenou TSK trvale?“

„To také jde? Ne tak to si vážně představit nedokážu.“

Respondent 10

Pan M.Š. byl 47letý pacient, který ležel již na standardním oddělení. Pacient byl ve velmi dobrém stavu a v době rozhovoru čekal na propuštění do domácí péče. Byl dekanylovaný více jak čtrnáct dní a nepotřeboval žádnou oxygenační podporu. Rehabilitační péči zvládal také velmi dobře. Orientován byl všemi směry a komunikoval bez omezení, a tak rozhovor probíhal bez jakýchkoliv komplikací. Pacient byl v dobré náladě.

Rozhovor

1. „Jak dlouho jste měl zavedenou TSK?“

„Krátce, asi tak tři týdny.“

2. „Jak jste cítil, když jste zjistil, že díky TSK nemůžete komunikovat?“

„Špatně, naštěstí mi sestry a následně i lékař vysvětlili, že je to pouze dočasné. A že až budu moci dýchat bez dýchacího přístroje, tak mi kanylu vyndají, potom budu moci zase mluvit.“

3. „Co pro Vás bylo při komunikaci s TSK nejhorší?“

„Asi ta závislost na ostatních a to, že jsem nemohl mluvit kdykoliv jsem chtěl.“

4. „Používal zdravotnický personál při komunikaci s Vámi nějaké pomůcky, pokud ano jaké...“

„Ano, takovou násadu na kanylu, kterou mi sestra nasadila vždy, když jsem chtěl mluvit nebo ji něco potřeboval říct.“

5. „Odezíral zdravotnický personál při komunikaci s Vámi z Vašich úst?“

„Ano.“

- „Poznali vždy, co jste říkal?“

„Myslím, že nikdy neměli nějaký větší problém. Navíc netrvalo dlouho a sestřička mi začala nasazovat tu násadu, jak jsem říkal.“

6. „Učil Vás zdravotnický personál nějaké pohyby nebo jednoduchá gesta pro ulehčení komunikace s Vámi?“

„Ne, ale gesta jsem používal. Když jsem něco potřeboval, nějak jsem to ukázal. Sice to nebyla naučená gesta, ale sestry jim i tak většinou rozuměly.“

7. „Říká Vám něco pojem abecední tabulka? Komunikovali s Vámi ve zdravotnickém zařízení pomocí této pomůcky?“

„Ne, s tím jsem se asi nesešel.“

8. „Užíval zdravotnický personál při komunikaci s Vámi speciální karty, na kterých byly nejrůznější obrázky vyjadřující Vaše potřeby nebo přání?“

„To jsme také nepoužívali.“

9. „Komunikoval jste někdy pomocí tzv. mluvící kanyly (orátoru), která se upevňuje přímo na TSK? Pokud ano, jaké to bylo?“

„Ano, to bylo ono a probíhalo to bez problémů.“

- „Jak dlouho jste ji mohl mít nasazenou?“

„Klidně celý den. Na noc mi jí většinou vyndali.“

10. „Slyšel jste o všech těchto možnostech komunikace s TSK?“

„Neslyšel, ale dle mého názoru zvolil zdravotnický personál ten nejefektivnější způsob komunikace.“

11. „Měl podle Vás zdravotnický personál dostatek informací o možnostech využití náhradních komunikačních systémů?“

„Podle mě určitě ano.“

12. „Uvítal byste více informací v oblasti komunikace s TSK?“

„Myslím, že ani nebyla potřeba.“

13. „Bylo Vám příjemné, jakým způsobem se s Vámi zdravotnický personál dorozumíval?“

„Určitě ano. Nemohl jsem si vůbec stěžovat.“

14. „Udržoval s Vámi zdravotnický personál při komunikaci oční kontakt?“

„Nevím, jestli vždy, občas byli dost zaneprázdnění, ale to mi vůbec nevadilo. Chápal jsem to.“

15. „Jak jste si přivolal zdravotnický personál, když jste něco potřeboval?“

„Sestra byla většinou poblíž mého lůžka, takže stačilo mávnout nebo potom s násadou promluvit.“

16. „Dožádal jste se při komunikaci s TSK vždy toho, co jste potřeboval?“

„Ano, vždy.“

17. „Setkal jste se někdy v nemocnici s neochotou vyhovět Vám v nějaké potřebě?“

„Nesetkal, všichni byli velmi ochotní a snažili se mi vždy maximálně vyhovět.“

18. „Jak jste se dorozumíval s Vaší rodinou?“

„Stejně jako se sestrami, nejdřív odezírali z mých úst a poté pomocí nasazené násady.“

19. „Věděla Vaše rodina o možnostech komunikace s Vámi?“

„Sestra je vždy při příchodu ke mně informovala o možnostech komunikace se mnou.“

20. „Dokážete si představit, že byste měl zavedenou TSK trvale?“

„Ne, měl jsem ji chvíli a ani tak to nebylo příjemné, a to nejen z hlediska té komunikace.“

Respondent 11

Pan K.K. ve věku 67 let v době rozhovoru ležel na intermediálním pokoji. Po dekanylaci, po které byl tři dny totiž stále potřeboval dechovou podporu pomocí kyslíkové masky. Nicméně těsně po vyndání TSK měl problémy také s komunikací, a tak za ním stále dochází logoped a podle jeho slov se to zdá být mnohem lepší. Rozhovor byl jinak bez větších problémů. Byl velmi ochotný, hodný a ve velmi pozitivní náladě. Byl orientován všemi směry.

Rozhovor

1. „Jak dlouho jste měl zavedenou TSK?“

„Devět týdnů.“

2. „Jak jste cítil, když jste zjistil, že díky TSK nemůžete komunikovat?“

„Bylo to hrozné, ale ulevilo se mi, když mi lékař po probuzení řekl, že je to pouze na dočasnou dobu.“

3. „Co pro Vás bylo při komunikaci s TSK nejhorší?“

„Asi to, že jsem musel několikrát zopakovat jednu věc, aby mi sestry rozuměly.“

4. „Používal zdravotnický personál při komunikaci s Vámi nějaké pomůcky, pokud ano jaké...“

„Ne, žádné pomůcky nepoužívali.“

5. „Odezíral zdravotnický personál při komunikaci s Vámi z Vašich úst?“

„Ano, odezíral. Často to ale bylo velmi náročné až neúspěšné.“

6. „Učil Vás zdravotnický personál nějaké pohyby nebo jednoduchá gesta pro ulehčení komunikace s Vámi?“

„Neučil a ani jsem žádná gesta nepoužíval. Neměl jsem na to totiž dostatečnou sílu.“

7. „Říká Vám něco pojem abecední tabulka? Komunikovali s Vámi ve zdravotnickém zařízení pomocí této pomůcky?“

„Neříká, nikdy jsem ji neviděl.“

8. „Užíval zdravotnický personál při komunikaci s Vámi speciální karty, na kterých byly nejrůznější obrázky vyjadřující Vaše potřeby nebo přání?“

„Neužíval, něco takového existuje?“

9. „Komunikoval jste někdy pomocí tzv. mluvicí kanyly (orátoru), která se upevňuje přímo na TSK? Pokud ano, jaké to bylo?“

„S tím jsem se bohužel také nesetkal.“

- „Tak jak jinak jste se zdravotnickým personálem komunikoval?“

„Snažili se odezírat z mých úst, a když to nešlo, většinou se mi tázali na otázky ANO/NE.“

10. „Slyšel jste o všech těchhle možnostech komunikace s TSK?“

„Ty, o kterých jste mluvila, mi vážně nic neříkají.“

11. „Měl podle Vás zdravotnický personál dostatek informací o možnostech využití náhradních komunikačních systémů?“

„Možná ano, ale rozhodně je potom nevyužíval v praxi.“

12. „Uvítal byste více informací v oblasti komunikace s TSK?“

„Asi ano, jak se tak dozvídám, komunikace mohla být rozhodně efektivnější a jednodušší.“

13. „Bylo Vám příjemné, jakým způsobem se s Vámi zdravotnický personál dorozumíval?“

„Spíše ne.“

14. „Udržoval s Vámi zdravotnický personál při komunikaci oční kontakt?“

„Ano, udržoval.“

15. „Jak jste si přivolal zdravotnický personál, když jste něco potřeboval?“

„Když jsem byl při síle, tak jsem na sestru zamával a jinak jsem čekal na to, až za mnou sestra přijde.“

- „Věděl byste, jak často k Vám sestry chodily?“

„Celkem často. Myslím, že přibližně každou hodinu jsem kolem sebe někoho viděl.“

16. „Dožádal jste se při komunikaci s TSK vždy toho, co jste potřeboval?“

„Ne vždy, jak už jsem říkal, komunikace nebyla vždy jednoduchá a hodně mi vyčerpávalo několikrát opakovat jednu věc.“

- „Takže jste to po více opakování vzdal?“

„Ano a sestry také.“

17. „Setkal jste se někdy v nemocnici s neochotou vyhovět Vám v nějaké potřebě?“

„Spíše než s neochotou, tak s malou snahou mi porozumět.“

18. „Jak jste se dorozumíval s Vaší rodinou?“

„Za mnou moc rodina nejezdila. Bohužel jsou z daleka.“

19. „Dokážete si představit, že byste měl zavedenou TSK trvale?“

„Nedokážu, jsem rád, že to byla dočasná záležitost.“

Respondent 12

Paní L.K. ve věku 70let byla mou další respondentkou. Rozhovor probíhal na DIP, kde pacientka ležela od dekanylace už sedmý den. Dýchala na minimální oxygenační podpoře s kyslíkovými brýlemi. V plánu u ní byla hlavně rehabilitační péče, aby se mohla vrátit do běžného života. Komunikovala bez omezení a byla orientovaná místem i časem. Na otázky odpovídala velmi ochotně a zodpovědně, rozhovor probíhal v přátelské atmosféře.

Rozhovor

1. „Jak dlouho jste měla zavedenou TSK?“

„Myslím, že tak osm týdnů, ale bylo to jako věčnost.“

2. „Jak jste cítila, když jste zjistila, že díky TSK nemůžete komunikovat?“

„To bylo asi to poslední, co mi v tu trápilo, ale pochopitelně to tomu stavu nepřidalo.“

3. „Co pro Vás bylo při komunikaci s TSK nejhorší?“

„Komunikace byla jednak vyčerpávající a hlavně mi hrozně nutila ke kašli.“

4. „Používal zdravotnický personál při komunikaci s Vámi nějaké pomůcky, pokud ano jaké...“

„Ano, několik. Nejvíce jsme používali tužku a papír, kam jsem jim psala jednak svoje potřeby, ale také nejrůznější otázky.“

5. „Odezíral zdravotnický personál při komunikaci s Vámi z Vašich úst?“

„Ano a postupem času jsem se naučila potichu mluvit tak, že mi většina sester rozuměla. Bylo to ale tím, že si na mě skoro všechny sestry z oddělení zvykly.“

6. „Učil Vás zdravotnický personál nějaké pohyby nebo jednoduchá gesta pro ulehčení komunikace s Vámi?“

„Ne, myslím, že jsme žádná gesta nepoužívali. Ale když jsem chtěla nějaký předmět, tak jsem na něj ukázala a sestra věděla hned, co po ní chci.“

7. „Říká Vám něco pojem abecední tabulka? Komunikovali s Vámi ve zdravotnickém zařízení pomocí této pomůcky?“

„Ano, určitě jsme to s ní také zkoušeli.“

- „A v jakém období to bylo neúčinnější?“

„Bylo to v období, kdy jsem ještě neměla takovou svalovou sílu. Slova jsme se sestrou dávaly dohromady tak, že ona ukazovala na jednotlivá písmena a já kývala hlavou, podle toho zda se o ukázané písmeno jednalo nebo naopak. Postupně jsme slovo složily a tento způsob byl velmi účinný, ale celkem pomalý. Přistupovaly jsme proto k němu až když nefungoval žádný jiný.“

8. „Užíval zdravotnický personál při komunikaci s Vámi speciální karty, na kterých byly nejrůznější obrázky vyjadřující Vaše potřeby nebo přání?“

„Znám je, ale neužívali jsme je.“

9. „Komunikovala jste někdy pomocí tzv. mluvicí kanyly (orátoru), která se upevňuje přímo na TSK? Pokud ano, jaké to bylo?“

„Ano, komunikovala. Byl to jeden z těch nejjednodušších způsobů, který mi ale zároveň hodně nutil ke kašli a tak jsem ji dlouho odmítala. Bylo to velmi nepříjemné. Ale postupem času to bylo lepší a vždy když jsme se se sestrou nedomluvily jinak, nasadila mi ji a já jí svoji potřebu sdělila.“

10. „Slyšela jste o všech těchto možnostech komunikace s TSK?“

„Ano, slyšela. Myslím, že je to tím, že jsem TSK měla takhle dlouho.“

11. „Měl podle Vás zdravotnický personál dostatek informací o možnostech využití náhradních komunikačních systémů?“

„Ano, dle mého názoru určitě.“

12. „Uvítala byste více informací v oblasti komunikace s TSK?“

„Neuvítala, nebyla potřeba, o této problematice jsem byla informována dost.“

13. „Bylo Vám příjemné, jakým způsobem se s Vámi zdravotnický personál dorozumíval?“

„Ano, bylo.“

14. „Udržoval s Vámi zdravotnický personál při komunikaci oční kontakt?“

„Určitě udržoval.“

15. „Jak jste si přivolala zdravotnický personál, když jste něco potřebovala?“

„Když jsem měla sílu nebo nasazenou mluvicí kanylu, tak to bylo jasné. Zamávala jsem nebo jsem promluvila. Horší to bylo, když jsem neměla žádnou svalovou sílu, ale to už si bohužel nepamatuji, jak jsem si volala sestru. Myslím, že jsem ani neměla potřebu na ni nějak volat.“

16. „Dožádala jste se při komunikaci s TSK vždy toho, co jste potřebovala?“

„Ano, vždy jsem se dožádala toho, co jsem chtěla.“

- „Snažily se sestry o uspokojení všech vašich potřeb, nejen fyziologických, ale také psychických a sociálních, popřípadě spirituálních?“

„Psychických a sociálních určitě a spirituální pro mě nebyly až tak potřebné.“

17. „Setkala jste se někdy v nemocnici s neochotou vyhovět Vám v nějaké potřebě?“

„Ne, to v žádném případě, všichni byli moc ochotní.“

18. „Jak jste se dorozumívala s Vaší rodinou?“

„Stejně jako se sestrami. Myslím, že jsme nikdy neměli žádný problém.“

19. „Věděla Vaše rodina o možnostech komunikace s Vámi?“

„Ano, sestra jim vždy před vstupem ke mně sdělila, jakými způsoby se mnou mohou komunikovat.“

20. „Dokážete si představit, že byste měl/a zavedenou TSK trvale?“

„Děláte si srandu? Myslím, že mi ty dva měsíce dostatečně stačily. Navíc jsem se bála, že se jí nezbavím už nikdy. Nakonec to dobře dopadlo.“

Respondent 13

Rozhovor s dalším respondentem (P.T.), kterému bylo 53 let probíhal v neutrální atmosféře. Pacient ležel již na standardním oddělení a vyrušila jsem ho od zpráv v televizi. Nechtěla jsem ho proto dlouho zdržet a rozhovor trval pouze deset minut. Komunikoval bez problémů a byl orientován všemi směry. Na některé otázky hledal delší dobu odpovědi, ale nakonec byly zodpovězeny všechny mé otázky.

Rozhovor

1. „Jak dlouho jste měl zavedenou TSK?“

„TSK jsem měl zavedenou něco málo přes čtyři týdny.“

2. „Jak jste cítil, když jste zjistil, že díky TSK nemůžete komunikovat?“

„To už si díkybohu nepamatuji.“

3. „Co pro Vás bylo při komunikaci s TSK nejhorší?“

„To, že při komunikaci zdržuji sestry a jiný zdravotnický personál. Přišel jsem si hrozně na obtíž.“

4. „Používal zdravotnický personál při komunikaci s Vámi nějaké pomůcky, pokud ano jaké...“

„Ano, nějaké ano. Ale teď nejsem schopný říct ani jednu.“

5. „Odezíral zdravotnický personál při komunikaci s Vámi z Vašich úst?“

„Ano, odezíral, ale nebylo to tak časté.“

- „A proč to nebylo tak časté?“

Asi to nebylo tak účinné, jako jiné metody, když se potom sestry přikláněly raději k nim.“

6. „Učil Vás zdravotnický personál nějaké pohyby nebo jednoduchá gesta pro ulehčení komunikace s Vámi?“

„Na to si nepamatuji, myslím, že ne.“

7. „Říká Vám něco pojem abecední tabulka? Komunikovali s Vámi ve zdravotnickém zařízení pomocí této pomůcky?“

„Ano, pomocí té jsme komunikovali často. Už si vzpomínám. Ukazoval jsem na ni jednotlivá písmena a tím jsme skládali slova a dále potom i jednoduché věty.“

8. „Užíval zdravotnický personál při komunikaci s Vámi speciální karty, na kterých byly nejrůznější obrázky vyjadřující Vaše potřeby nebo přání?“

„Ne, o těch jsem nikdy neslyšel.“

9. „Komunikoval jste někdy pomocí tzv. mluvicí kanyly (orátoru), která se upevňuje přímo na TSK? Pokud ano, jaké to bylo?“

„Tento pojem mi nic neříká. To jsme určitě nikdy nezkoušeli.“

10. „Slyšel jste o všech těchto možnostech komunikace s TSK?“

„O všech rozhodně ne, ale i tak si myslím, že to bylo dostačující pro dorozumění.“

11. „Měl podle Vás zdravotnický personál dostatek informací o možnostech využití náhradních komunikačních systémů?“

„Podle mého ano.“

12. „Uvítal byste více informací v oblasti komunikace s TSK?“

„Asi ani nebyla potřeba.“

13. „Bylo Vám příjemné, jakým způsobem se s Vámi zdravotnický personál dorozumíval?“

„Ano, velmi se snažili.“

14. „Udržoval s Vámi zdravotnický personál při komunikaci oční kontakt?“

„Myslím, že ano.“

15. „Jak jste si přivolal zdravotnický personál, když jste něco potřeboval?“

„Když jsem něco potřeboval, byl jsem neklidný, a když to viděly sestry, tak většinou přišly.“

16. „Dožádal jste se při komunikaci s TSK vždy toho, co jste potřeboval?“

„Ano, dožádal. Sestry byly velmi ochotné.“

- „A dbaly nejen na potřeby fyziologické, ale také psychické, sociální nebo spirituální?“

„Spíše jen na ty fyziologické, psychické jen některé sestřičky a také ne vždy.“

17. „Setkal jste se někdy v nemocnici s neochotou vyhovět Vám v nějaké potřebě?“

„Ne, to zase ne. Pokud se bavíme o těch fyziologických.“

18. „Jak jste se dorozumíval s Vaší rodinou?“

„Stejně jako se sestrami pomocí té abecední tabulky a někdy odezírali z mých úst, což šlo v jejich případě lépe.“

- „Zdál se Vám tento způsob komunikace s rodinou dostačující?“

„Ano zdál, ale někdy to zabíralo poměrně dost času.“

19. „Věděla Vaše rodina o možnostech komunikace s Vámi?“

„Možná ne o všech, ale jak říkám, vždy jsme se nějak domluvili a myslím si, že lépe, než právě se sestrami.“

20. „Dokážete si představit, že byste měl zavedenou TSK trvale?“

„Nevím, asi nedokážu, ale musel bych to přijmout. Stejně tak, jako jsem přijal tento dočasný stav.“

Respondent 14

Paní J.S. byla 62letá pacientka hospitalizována na JIP, kde ležela od doby, kdy měla zavedenou TSK. Byla delší dobu po dekanylaci a čekala na překládání na standardní oddělení. Překládání se ale zdrželo kvůli infekci, kterou lékaři v době rozhovoru léčili. Rekonvalescence je proto dlouhá a pacientka je z nynějšího stavu psychicky špatná.

Rozhovor proto probíhal v negativní atmosféře. Snažila jsem se ji proto při rozhovoru psychicky podpořit a delší dobu po něm jsem si s respondentkou nezávisle povídala. Komunikace byla bezproblémová, nemocná byla orientovaná všemi směry.

Rozhovor

1. „Jak dlouho jste měla zavedenou TSK?“

„TSK jsem měla zavedenou šest týdnů.“

2. „Jak jste cítila, když jste zjistila, že díky TSK nemůžete komunikovat?“

„Bylo to samozřejmě nepříjemné.“

3. „Co pro Vás bylo při komunikaci s TSK nejhorší?“

„Naprosto všechno a navíc nejen ta komunikace byla hrozná.“

4. „Používal zdravotnický personál při komunikaci s Vámi nějaké pomůcky, pokud ano jaké...“

„Ano používal. Nejčastěji jsme používali tužku a papír nebo obrázkové karty.“

5. „Odezíral zdravotnický personál při komunikaci s Vámi z Vašich úst?“

„Odezíral, ale ne vždy a ne každý to dokázal.“

6. „Učil Vás zdravotnický personál nějaké pohyby nebo jednoduchá gesta pro ulehčení komunikace s Vámi?“

„Neučil.“

- „A používala jste při komunikaci nějaká gesta?“

„To už si nepamatuji.“

7. „Říká Vám něco pojem abecední tabulka? Komunikovali s Vámi ve zdravotnickém zařízení pomocí této pomůcky?“

„Tento pojem mi bohužel nic neříká.“

8. „Užíval zdravotnický personál při komunikaci s Vámi speciální karty, na kterých byly nejrůznější obrázky vyjadřující Vaše potřeby nebo přání?“

„Ano, tyto karty jsme se sestrami používaly.“

- „Jak přesně jste to se sestrami provozovaly?“

„Sestra měla na dvou listech papíru vyobrazeny tyto karty a já ukázala na tu kartu, kde byla potřeba, kterou jsem zrovna pociťovala.“

9. „Komunikovala jste někdy pomocí tzv. mluvící kanyly (orátoru), která se upevňuje přímo na TSK? Pokud ano, jaké to bylo?“

„Takovou pomůcku jsme určitě nepoužívali.“

10. „Slyšela jste o všech těchto možnostech komunikace s TSK?“

„O všech ne.“

11. „Měl podle Vás zdravotnický personál dostatek informací o možnostech využití náhradních komunikačních systémů?“

„Myslela jsem si, že ano, ale asi ne.“

12. „Uvítala byste více informací v oblasti komunikace s TSK?“

„Možná ano.“

13. „Bylo Vám příjemné, jakým způsobem se s Vámi zdravotnický personál dorozumíval?“

„Ano, bylo. Pomocí těch obrázkových karet mi to celkem bavilo a bylo to rychlé a jednoduché.“

14. „Udržoval s Vámi zdravotnický personál při komunikaci oční kontakt?“

„Ano, určitě udržoval.“

15. „Jak jste si přivolala zdravotnický personál, když jste něco potřebovala?“

„Ten jsem si nijak nepřivolávala. Vždy, kdy jsem něco potřebovala, tak jsem s tím počkala do doby, než za mnou sestry přijdou. Chodily se mi ptát několikrát za den.“

16. „Dožádala jste se při komunikaci s TSK vždy toho, co jste potřebovala?“

„Ano, dožádala.“

17. „Setkala jste se někdy v nemocnici s neochotou vyhovět Vám v nějaké potřebě?“

„Myslím si, že ne. Sestry byly velmi ochotné a snažily se mi vždy a ve všem vyhovět.“

18. „Jak jste se dorozumívala s Vaší rodinou?“

„Rodina mi navštěvovala málokdy, ale s komunikací jsme neměli žádné problémy. Já nejsem moc upovídaná, takže jsem nechala mluvit spíše právě rodinu.“

19. „Věděla Vaše rodina o možnostech komunikace s Vámi?“

„Určitě ne o všech, stejně jako já.“

20. „Dokážete si představit, že byste měl/a zavedenou TSK trvale?“

„Nedokážu.“

Respondent 15

Slečna Š.K. byla poslední pacientkou mého šetření. Je to zároveň moje kolegyně. V jejích 20ti letech ležela na ARO se zavedenou TSK. Rozhovor mi proto poskytla po letech od svého nepříjemného zážitku. Byl ve velmi přátelské atmosféře.

Rozhovor

1. „Jak dlouho jste měla zavedenou TSK?“

„Zhruba sedm týdnů.“

2. „Jak jste se cítila, když jste zjistila, že díky TSK nemůžete komunikovat?“

„Když jsem se probudila z bezvědomí, byla jsem v šoku, takže jsem ani TSK neřešila.“

3. „Co pro Vás bylo při komunikaci s TSK nejhorší?“

„Zdlouhavé a vyčerpávající dorozumívání.“

4. „Používal zdravotnický personál při komunikaci s Vámi nějaké pomůcky, pokud ano jaké...“

„Papír a tužku, tabulku s písmeny a obrázky.“

5. „Odezíral zdravotnický personál při komunikaci s Vámi z Vašich úst?“

„Ano, odezíral. Docházela za mnou logopedka, která mě naučila správně artikulovat.“

6. „Učil Vás zdravotnický personál nějaké pohyby nebo jednoduchá gesta pro ulehčení komunikace s Vámi?“

„Po celou dobu hospitalizace u mě byla rodina a s tou jsem měla naučená jednoduchá gesta a pohyby, a tak i byli mým prostředníkem s personálem.“

7. „Říká Vám něco pojem abecední tabulka? Komunikovali s Vámi ve zdravotnickém zařízení pomocí této pomůcky?“

„Ano, s abecední tabulkou jsem byla po dobu hospitalizace seznámena.“

8. „Užíval zdravotnický personál při komunikaci s Vámi speciální karty, na kterých byly nejrůznější obrázky vyjadřující Vaše potřeby nebo přání?“

„Zdravotnický personál neměl čas, ale moje rodina byla edukována a používala vše, co bylo možné.“

9. „Komunikovala jste někdy pomocí tzv. mluvící kanyly (orátoru), která se upevňuje přímo na TSK? Pokud ano, jaké to bylo?“

„Ano, komunikovala. Nejdříve mě logopedka naučila artikulovat a správně dýchat a pak mi ji nasadili. Byl to krásný zážitek, když jsem řekla ahoj, všichni brečeli.“

10. „Slyšela jste o všech těchto možnostech komunikace s TSK?“

„Ano, slyšela.“

11. „Měl podle Vás zdravotnický personál dostatek informací o možnostech využití náhradních komunikačních systémů?“

„Ano, měl.“

12. „Uvítala byste více informací v oblasti komunikace s TSK?“

„Jako zdravotní sestra jich mám dost a jako pacient jsem jich měla dostatek.“

13. „Bylo Vám příjemné, jakým způsobem se s Vámi zdravotnický personál dorozumíval?“

„Ano, byla jsem spokojená.“

14. „Udržoval s Vámi zdravotnický personál při komunikaci oční kontakt?“

„Jak kdo.“

- „A častěji ano nebo ne?“

„Častěji bohužel ne, neměli moc času a tak při komunikaci spíše pracovali, než aby se zastavili a komunikovali.“

15. „Jak jste si přivolala zdravotnický personál, když jste něco potřebovala?“

„Pomocí zvonku.“

16. „Dožádala jste se při komunikaci s TSK vždy toho, co jste potřebovala?“

„Ano, dožádala, především díky rodičům.“

17. „Setkala jste se někdy v nemocnici s neochotou vyhovět Vám v nějaké potřebě?“

„Nesetkala.“

18. „Jak jste se dorozumívala s Vaší rodinou?“

„Všelijak, jak už jsem zmiňovala.“

19. „Věděla Vaše rodina o možnostech komunikace s Vámi?“

„Ano, věděla.“

20. „Dokážete si představit, že byste měla zavedenou TSK trvale?“

„Ani si to raději nepředstavuju.“

8 Prezentace a interpretace získaných údajů

Výzkumného šetření se zúčastnilo patnáct respondentů většinou staršího věku. Rozhovor probíhal většinou v poklidné a pozitivní atmosféře.

Rozhovor se skládal ze čtyř částí. První okruh otázek se nejprve ptal na pocity pacientů se zavedenou TSK. Dále jsem se tázala na otázky, kdy jsem zjišťovala, jaké techniky komunikace používali se zdravotnickým personálem. V další části rozhovoru jsem zjišťovala informovanost pacientů o problematice komunikace s TSK. Také jsem se zajímala o uspokojení potřeb jak fyziologických, tak psychických, sociálních i spirituálních. Poslední okruh otázek v rozhovoru byl směřován na informovanost rodinných příslušníků rodiny.

Respondent 1

Rozhovor s panem M.H. probíhal na standardním oddělení. Pacient byl ve velmi dobré náladě. Na pokoji jsme měli soukromí a nikdo nás při rozhovoru nevyrušoval. Pacient ležel a já si přisedla k jeho posteli. Nejdříve jsem se mu představila a seznámila ho se svým šetřením. Když s anonymním rozhovorem souhlasil, přešli jsme k otázkám. S pacientem jsem strávila celkem sedmdesát minut.

Na první otázku, jak dlouho měl zavedenou TSK, odpověděl přibližně sedm týdnů. Po zjištění, že má kanylu zavedenou, mu tento stav zpočátku nevalil. Později mu bylo velmi nepříjemně. To bylo poté, co zjistil, jak omezující to bylo. Při komunikaci pro něho bylo nejhorší to, jak velkou sílu musel vynaložit, aby mu ostatní rozuměli. Tento stav ho velmi unavoval. Na otázku, zda zdravotnický personál používal nějaké pomůcky při komunikaci s ním, odpověděl, že ne, protože zřejmě nebyla potřeba. Dále jsem se tázala na odezírání z úst. Tuto metodu většinou používali, nebo se také zdravotnický personál pacienta ptal na otázky na ANO/NE. Jednoduchá gesta pro ulehčení komunikace pacienta neučili ani s ním negestikulovali jinak. Pojem abecední tabulka respondent znal, ale pomocí ní s ním nekomunikovali. Komunikační karty při komunikaci také neužívali. Na otázku, zda při komunikaci používali mluvicí kanylu, odpověděl, že si myslí, že ke konci ano. S kanylou ale dokázal komunikovat pouze určitou dobu. Mluvení s ní podle něho bylo náročné na dýchání. O všech zmíněných možnostech komunikace slyšel, ale se zdravotnickým personálem se dorozumívali pouze pomocí odezírání z úst, otázek na

ANO/NE a později s mluvící kanylou. Podle mého respondenta ale zdravotnický personál měl určitě dostatek informací o používání náhradních komunikačních systémů. Více informací by v rámci komunikace neuvítal, ta se mu zdála z jeho pohledu dostačující. Byla mu příjemná, zdravotnický personál se dle jeho slov snažil mu porozumět. Také s ním udržoval oční kontakt. Na otázku, jak si přivolal personál, když něco potřeboval, odpověděl, že si vždy nějak poradil. Sestry byly většinou poblíž jeho lůžka. Při komunikaci se také téměř vždy dožádal toho, co chtěl. Zde jsem se ptala na doplňující otázku, zda šlo jak o základní fyziologické potřeby, tak i o speciální potřeby (psychické, sociální a spirituální). Pacient odpověděl, že šlo spíše o ty základní potřeby, na ty speciální si myslí, že v nemocnici není prostor. S neochotou vyhovět mu v nějaké potřebě se nesetkal, alespoň ne v potřebách fyziologických. S rodinou se pacient dorozumíval stejně jako se sestrami. Ptali se ho na otázky na ANO/NE a on jim odpovídal kývnutím hlavy. Dále se snažili odezírat z úst, to pro ně bylo dle pacienta jednodušší, protože ho více znali. Na otázku, zda rodina věděla o možnostech komunikace s ním, odpověděl, že určitě ne. Ale tahle komunikace byla dle jeho názoru dostačující. Později komunikovali normálně s mluvící kanylou, kterou mu sestry nasadily vždy právě při návštěvě rodiny. To, že by měl TSK zavedenou trvale, si pacient nedokáže představit. Je rád, že to byla pouze dočasná záležitost.

Respondent 2

Rozhovor s panem L.P. byl uskutečněn na JIP. Sestry z oddělení se nám snažily vytvořit soukromí, ale jelikož se jednalo o JIP, neustále byl někdo v naší blízkosti. Nicméně nás nikdo nevyrušoval a rozhovor proběhl v poklidné a pozitivní atmosféře. Trval celkem padesát minut i s mým představením, s pacientovým souhlasem a s rozloučením.

Na první otázku, jak dlouho měl respondent zavedenou TSK, odpověděl: přibližně osm týdnů. Dále jsem se ptala na to, jak se cítil při zjištění, že má kanylu zavedenou. Odpověděl, že po probuzení to bylo vážně hrozné, krk měl díky kanyle bolestivý, nemohl dýchat a byl to celkově nepříjemný stav. Náhradní komunikace s TSK ho velmi vyčerpávala, ať se jednalo o jakýkoliv způsob. Zpočátku se raději komunikaci vyhýbal, postupem času se to ale zlepšovalo. Na otázku, zda zdravotnický personál používal nějaké pomůcky při komunikaci, odpověděl, že spíše ne. Když chtěl něco říci, většinou na to se sestrou přišli. A později až měl větší sílu, tak používali pouze tužku a papír. Dále jsem se ptala na odezíráni z úst, tuto metodu užívali a bylo to dle mého respondenta celkem

účinné. Zde jsem se dotazovala, zda to zdravotnický personál zvládal bez problémů. Pacient odpověděl, že záleželo na tom, kdo s ním zrovna komunikoval, ale že po více opakování se téměř vždy domluvili. Další otázka se týkala používání naučených gest při komunikaci, pacient si nepamatoval, že by ho zdravotnický personál učil nějaká gesta pro usnadnění komunikace. Pojem abecední tabulka znal, dokonce ji viděl, ale když měl sílu, tak používali spíše tu tužku a papír. Zde jsem měla další doplňující otázku. Zda když ještě neměl sílu, jestli nenapadlo personál v nemocnici použít abecední tabulku a na té ukazovat jednotlivá písmena pro složení slov k usnadnění komunikaci. Na to pacient odpověděl, že takhle tuto metodu nepoužívali. Další otázka se týkala komunikačních karet, ty pacient společně se zdravotnickým personálem také nikdy nepoužíval. Na otázku, zda někdy komunikoval s mluvící kanylou, odpověděl, že ano. Bylo to pár dní před vyndáním TSK a pouze v době návštěv. Špatně se s ní pacientovi dýchalo. Slyšel tedy o všech náhradních možnostech komunikace, kromě komunikačních karet. Na otázku, zda měl podle něho zdravotnický personál dostatek informací o možnostech komunikace, odpověděl, že si myslí, že ano. Podle něho byli celkem snaživý, co se týkalo komunikace s ním. Neuvítal by více informací v oblasti komunikace s TSK. Dle něj byla tahle v jeho případě dostačující. Většinou mu bylo příjemné, jakým způsobem se s ním zdravotnický personál dorozumíval. Také ale záleželo, jaká sestra ho měla na starosti. Oční kontakt s ním udržovali, některé sestry si na něj udělaly více času a sedly si k němu. Bylo pro něho příjemné, že na ně při komunikaci nekoukal jen zdola. Dále mi zajímalo, jak si pacient přivolal zdravotnický personál, když něco potřeboval. Odpověděl, že na něho sestry neustále viděly, takže stačilo navázat oční kontakt a sestra poznala, že něco potřebuje. Později, když měl sílu, tak mával. Při komunikaci se většinou dožádal toho, co potřeboval, alespoň co se týkalo základních fyziologických potřeb. Ty byly ze stran sester vždy uspokojeny. S neochotou vyhovět mu v nějaké potřebě se ze stran zdravotnického personálu neseťkal, co si pamatuje. Všichni se snažili mu vyhovět. S rodinou se dorozumíval na začátku problémově. Dle jeho slov nevěděli jak na to, a tak nechal mluvit spíše rodinu a odpovídal jim na otázky ANO/NE. Později rodině psal to, co by sdělil a poté se bavili pomocí mluvící kanyly. Jeho rodina věděla o možnostech komunikace s ním vždy od ošetřující sestry. V žádném případě si ale nedokáže představit, že by měl TSK zavedenou trvale. Je rád, že mu ji vyndali.

Respondent 3

Pan J.H. ležel stále na JIP, a tak byl rozhovor realizován tam. Sestry z oddělení byly ochotné a umožnily nám pro rozhovor soukromí. Nikdo nás v době rozhovoru nevyrušoval. Pacient byl velmi ochotný a rozhovor trval i s představením, souhlasem a rozloučením šedesát minut.

Tento pacient si přesně nepamatoval, jak dlouho měl zavedenou TSK. Od lékařů se ale později dozvěděl, že celkem deset týdnů. Nejdříve si ani neuvědomoval, jak se po probuzení cítil, ale později, až o sobě začal více vědět, tak to pro něho bylo podle jeho slov více než hrozné. Při komunikaci pro něho bylo nejhorší omezení. Když byl připojen na dýchacím přístroji, nemohl komunikovat vůbec, nemohl ani kývat na otázky ANO/NE. Také pro něj byla hrozná ta závislost na druhých. Na otázku, zda zdravotnický personál používal při komunikaci nějaké pomůcky, pacient odpověděl, že ano a několik. Například tabulky s abecedou, mazací tabuli, ale také jen obyčejný papír s tužkou. Odezírání z úst také používali, hlavně na začátku, když ještě pacient nedýchal sám, ale s dýchacím přístrojem. Ptala jsem se na to, jak to personál zvládal. Pacient odpověděl, že záleželo na šikovnosti a také zkušenosti sester. Někdy i na jeho stavu, když byl více při síle, šlo mu to lépe. Gesta k ulehčení komunikace s ním, ho žádná neučili, ale obecné gesta používal. Sestry na ně byly zvyklé a dle jeho slov je chápaly. Pojem abecední tabulka znal a dokonce s ním pomocí této pomůcky zdravotnický personál komunikoval. Tento způsob komunikace se mu zdál dostatečný, ale při menší svalové síle to šlo obtížněji. S komunikačními kartami se také setkal a užívali to hlavně v období, kdy ještě neměl takovou svalovou sílu. Sestra mu ukazovala jednotlivé karty a on kýval hlavou, zda se v daný okamžik jednalo právě o jeho potřebu vyobrazenou na kartě. Pacient komunikoval i pomocí mluvicí kanyly. Zpočátku to dle něho moc nešlo z důvodu špatného dýchání a zahlenění. Ale když se zbavil infekce a také kašle, tak to fungovalo celkem dobře. Postupem času ho ani neunavovalo mluvení s ní. Bylo pro něho příjemné se po takové době zase slyšet. Pacient byl informován o všech zmíněných možnostech náhradní komunikace. Podle jeho názoru a zkušeností měl i zdravotnický personál dostatek informací o možnostech využití náhradních komunikačních systémů. Více informací v oblasti komunikace s TSK by tedy neuvítal, myslí si, že byl dostatečně informován. Většinou mu také bylo příjemné, jakým způsobem se s ním dorozumívali. Dále jsem se ptala na udržování očního kontaktu. Respondent odpověděl, že při odezírání z úst to bylo

nutné a později při užívání jiných způsobů už nevěděl přesně, zda ho personál udržoval, či ne. Asi ne vždy, ale nějak na tom prý nelpěl. V další otázce jsem se zajímala o to, jak si přivolal personál, když něco potřeboval. Odpověděl, že někdy to byl celkem oříšek, i když leží na oddělení, kde se kolem něho pořád někdo mihotá. Občas, když něco potřeboval, zrovna na blízku nikdo nebyl. Většinou ale zanedlouho přišli, a tak byl schopný se svou potřebou vydržet. Při komunikaci se ale téměř vždy dožádal toho, co chtěl. Na otázku, zda se setkal s neochotou ve zdravotnickém zařízení, řekl, že možná párkrát, ale nešlo o nic závažného. Zde jsem se dotázala na otázku, zda mi prozradí, o co se jednalo. Podle jeho slov šlo o maličkosti. Bylo to v situaci, kdy si pacient chtěl povídat, ale sestry na něho neměly čas, na nic jiného si nepamatoval. S rodinou se dorozumíval stejně jako se sestrami, většinou pomocí tabulky s abecedou a později s mluvicí kanylou. Tu mu začali dávat nejprve při návštěvách. Jeho rodina podle něho věděla o možnostech komunikace s ním, lékaři i sestry je prý informovali. Tento pacient si v žádném případě nedokáže představit, že by měl TSK zavedenou trvale. Měl ji dlouho, ale je rád, že si odvykl na dýchací přístroj a zase začal dýchat sám. Je to pro něj úleva.

Respondent 4

S panem J.M. jsme rozhovor prováděli na pokoji standardního oddělení, kde pacient ležel. Pro rozhovor jsme tak měli maximální soukromí, pacient byl v dobré náladě, protože se blížilo jeho propuštění do domácí péče. Naše setkání trvalo i s představením, pacientovým souhlasem a rozloučením osmdesát minut.

Tento pacient měl TSK zavedenou osm týdnů. Když zjistil, že díky ní nemůže komunikovat, bál se, že už nebude moci mluvit nikdy. To mu ale lékaři brzy vyvrátili, ale byl to pro něj i tak nepříjemný stav. Nejhorší pro něho při komunikaci bylo to, že ho mluvení zároveň nutilo ke kašli. Když jsem se pacienta ptala, zda zdravotnický personál užíval nějaké pomůcky při komunikaci, odpověděl, že ano. Zkoušeli všechno možné, nejlépe ale fungovala tabulka s abecedou nebo obyčejná tužka a papír. Na otázku, zda zdravotnický personál odezíral z jeho úst, odpověděl, že se snažili, ale bylo to obtížné. Podle sester pacient mluvil hodně rychle a nesprávně artikuloval. Dále si nepamatuje, že by ho učili nějaká gesta k ulehčení komunikace, ale je možné že nějaká gesta používal a sestra z toho poznala, co chce říci. O jaká gesta šlo, už si bohužel nepamatoval. Pojem abecední tabulka znal a dokonce s ní komunikovali. Ptala jsem se, jak přesně to praktikovali. Odpověděl, že pro svou potřebu našel vždy jedno slovo a to sestře ukázal

pomocí písmen v tabulce. S komunikačními kartami se respondent také setkal, ale spíše než karty používali tu abecední tabulku. Pomocí mluvicí kanyly také mluvil, ale nevýhoda byla dle něj v tom, že se při komunikaci s ní velmi dusil. Pacient tedy slyšel o všech zmíněných možnostech komunikace. Většinu dokonce zkoušeli, jak jsme se dozvěděli. Podle něj měl zdravotnický personál dostatek informací o náhradních komunikačních systémech. Dle jeho názoru nebyla potřeba vědět více informací o dalších možnostech v oblasti komunikace. Ne vždy mu bylo ale příjemné, jakým způsobem se s ním personál dorozumíval, ale za to nemohly sestry nebo někdo jiný. Spíše za to mohl ten stav znemožňující komunikaci. Oční kontakt s ním udržovali, alespoň tehdy, pokud nebyli zaměstnání nějakou činností kolem něho. Když něco potřeboval, přivolal si pomoc pomocí sundání si čidla z prstu ruky, s některými sestrami na tomto signálu byli dokonce domluveni. Při komunikaci se vždy dožádal toho, co potřeboval. Všichni v nemocnici byli velmi ochotní. S neochotou vyhovět mu v nějaké potřebě se také nesetkal, dle jeho slov byli všichni moc hodní. S rodinou se dorozumíval bez problémů, vždy dle možností, jako se sestřičkami či jiným personálem. Pacientova rodina věděla vždy o možnostech komunikace s ním, a to od sester, které jim situaci vždy vysvětlily nebo ukázaly, co a jak. Trvalou TSK si představit nedokáže, i když si na komunikaci bez slov rychle zvykl, stačilo mu to takhle na chvíli.

Respondent 5

Další rozhovor byl s pacientem K.V. a probíhal na DIP. U rozhovoru byla přítomna pacientova dcera, protože jsem k respondentovi přišla v době návštěv. Ta, ale do šetření nijak nezasahovala. Probíhalo to v poklidné atmosféře a pacient byl dle mého názoru klidnější, když tam měl právě dceru. Setkání trvalo celkem padesát minut, i se seznámením nás, pacienta se šetřením a s rozloučením. Pacientovi bylo občas hůře rozumět z důvodu masky, kterou stále potřeboval k dýchání.

Na otázku, jak dlouho měl zavedenou TSK, odpověděl, že si myslí, že něco kolem dvanácti týdnů. Pocity, když zjistil, že díky kanyle nemůže komunikovat, si přesně nepamatuje. Byl ale rád, že se vůbec probral. Nejhorší při komunikaci pro něho bylo to omezení, ale celkově to pro něj byl nepříjemný stav. Nepamatuje si žádné pomůcky, které by zdravotnický personál při komunikaci používal. Odezírání z úst při komunikaci užívali, ale ne vždy to dle něj šlo. Někdy to bylo velmi náročné. Dotazovala jsem se, v čem přesně ta náročnost spočívala. Sestry mu často vytýkaly, že nesprávně artikuluje a nedokáže

odpovědět pouze v heslech. Sdělení byla příliš dlouhá a tím hůře srozumitelná. Gesta ani pohyby usnadňující komunikaci ho zdravotnický personál neučil. Zde jsem se ptala na doplňující otázku a to, zda používali k dorozumívání gesta, která ho napadla. Na to odpověděl, že ano, dokonce mi dvě gesta byl schopný ukázat (jednalo se o gesto spát a jíst). S pojmem abecední tabulka se nesetkal. Stejně tak jako s komunikačními kartami. Mluvicí kanylu pro usnadnění komunikace také nepoužívali, tuto metodu neznal. O Všechny zmíněných možnostech komunikace neslyšel. Když jsem se ptala, zda měl podle něj dostatek informací o náhradních možnostech komunikace personál. Odpověděl, že nelze říct, ale nejspíše ne, když se mu o nich nezmínili. Pacient by určitě uvítal více informací v oblasti komunikace s TSK. Komunikace mu nebyla nepříjemná, ale ne vždy podle něho nebyla dostačující. Možná kdyby dříve věděl o dalších možnostech komunikace, mohlo to být jednodušší. Oční kontakt s ním zdravotnický personál udržoval. Když měl potřebu, přivolal si je tím, že začal být neklidný, fungovalo to celkem účinně, měli ho totiž neustále na očích. Na otázku, zda se při komunikaci dožádal vždy toho, co potřeboval, odpověděl, že ne vždy. Snažil se mluvit srozumitelně, pomaleji a lépe artikulovat. Sestry po něm také chtěly, aby se snažil svou potřebu vyjádřit jedním slovem, potom to obvykle fungovalo lépe. Ale když se jim to ani na několikrát způsob nepovedlo, obvykle nad tím mávl rukou. Dotazovala jsem se, zda nad tím mávly rukou i sestry, na to odpověděl, že asi jak která, ale že většina z nich to nechala být. S neochotou vyhovět mu v nějaké potřebě se nesetkal, ale ne vždy se snažili mu porozumět, jak by měli. S rodinou se dorozumíval pomocí odezírání z úst. Ptala jsem se, zda to podle něj bylo dostačující. Na to odpověděl, že to s rodinou fungovalo lépe, bylo to podle něho tím, že se lépe znali a byli na vzájemnou komunikaci zvyklí. Rodina pacienta dle něj o jiných možnostech komunikace s ním nevěděla. To, že by měl TSK zavedenou trvale, si představit nedokáže.

Respondent 6

Paní T.S. byla mým dalším respondentem, rozhovor s ní probíhal na standardním oddělení. Byla velmi ochotná a na rozhovor jsme měli soukromí. Když jsem k paní přišla, seděla u oběda, počkala jsem, až v klidu dojí a poté jsme zahájili dvacetiminutový rozhovor. Celkový čas, který jsem s ní strávila, byl šedesát minut. Nejdříve jsem se pacientce představila a seznámila ji s mým šetřením. Po rozhovoru jsem poděkovala za sdělení jejich prožitků a odešla.

Pacientka měla TSK zavedenou dle jejích slov asi tak pět týdnů. Nejdříve si neuvědomovala, jaké pro ni bylo to, když zjistila, že má zavedenou kanylu. Postupem času, když začala více vnímat sebe sama, tak to pro ni bylo velmi nepříjemné a také omezující. Nejhorší při komunikaci s TSK pro ni bylo to, jak ji vyčerpávala. Pomůcky při komunikaci s ní zdravotnický personál užíval. Tvrdila, že jich bylo více, ale v tuhle chvíli si vzpomněla pouze na mluvící kanylu, kterou ji sestry nasadily, a ona pak dokázala mluvit. Odezírání z úst používali hlavně na začátku, kdy ještě nemohla dýchat sama, ale s dýchacím přístrojem. Zde jsem měla doplňující otázku, zda se jí zdál tento způsob komunikace dostačující. Odpověděla, že záleželo na tom, kdo ji zrovna měl na starosti. Ne každý ji hned rozuměl, ale sestry se o porozumění velmi snažily. Myslí si, že se většinou pochopily a domluvily se. Na to, že by ji zdravotnický personál učil nějaká gesta nebo pohyby pro usnadnění komunikace, si nepamatuje. Pojem abecední tabulka jí také nic neříká, ale nevyklučuje, že by to se sestrami zkoušely. Komunikační karty také neznala. Pomocí mluvící kanyly komunikovala, jak již zmiňovala v otázce na používání pomůcek při dorozumívání. Zpočátku se jí na kanyle špatně dýchalo, ale dle ní to jinak fungovalo. Po nějaké době už s ní vydržela dýchat celý den a pár dní na to ji dekanylovali. O všech zmíněných možnostech komunikace neslyšela. Ale zdravotnický personál dle jejích slov měl dostatek informací o náhradních komunikačních systémech, protože vždy věděl, jak si s ní poradit v oblasti dorozumívání. Více informací by možná uvítala, i když se v zařízení vždy nějak domluvili. Podle ní by mohli zvolit i jiný lepší nebo také jednodušší způsob. A to hlavně zpočátku, kdy ještě nemohla mluvit s mluvící kanylou. Většinou jí bylo příjemné, jakým způsobem se s ní zdravotnický personál dorozumíval. Také s ní vždy při komunikaci udržovali oční kontakt. S personálem byla domluvena na určitý signál, aby si je mohla přivolat, když něco potřebovala. Zde mě zajímalo na jakém a dle pacientky to bylo mávnutí ruky nebo později s tou kanylou už na sestřičku dokázala zavolat. Byla vždy poblíž jejího lůžka. Myslí si, že se vždy při komunikaci dožádala toho, co potřebovala. S ošetrovatelskou péčí byla moc spokojená. Zajímalo mě, zda šlo jen o potřeby fyziologické nebo také o psychické, sociální a spirituální. Na to odpověděla, že ty jsou v nemocnici velmi obtížně uspokojitelné. S neochotou vyhovět jí v nějaké potřebě se nesetkala, s péčí byla vážně velmi spokojená. S rodinou se dorozumívala nejdříve obtížně, její manžel špatně vidí, takže odezírání na začátku nepřipadalo v úvahu a jejím dcerám to také nešlo. Zpočátku jim nikdy pořádně nesdělila, to, co chtěla. I tak ale byla ráda za každou návštěvu a vždy se velmi těšila na návštěvní hodiny. Později s mluvící kanylou už komunikace i s rodinou byla bez problémů. Její rodina podle jejích slov zpočátku nevěděla

o možnostech komunikace s ní. A tak když přišli na návštěvu, vyprávěli spíše oni jí a ona se jen usmívala, byla ráda, že je zase vidí. To, že by měla zavedenou TSK trvale, si představit nedokáže. Bylo to pro ni více než hrozné, nejen co se týká dorozumění, ale také bolesti, jídla a v neposlední řadě dýchání.

Respondent 7

Další rozhovor probíhal také již na standardním oddělení. Bylo to s paní A.K., která čekala na propuštění do domácí péče. Byla velmi pozitivně naladěná a ochotně mi odpovídala na mnou položené otázky. Naše setkání trvalo celkem sedmdesát minut i se seznámením a následně poděkováním a rozloučením.

Pacientka myslí, že měla TSK zavedenou asi tak osm týdnů. Příjemný pocit dle ní nebyl, když zjistila, že ji má zavedenou. Při komunikaci pro ni bylo nejhorší to, jak ji komunikace vyčerpávala a unavovala. Nejdříve zkoušeli komunikovat se zdravotnickým personálem bez pomůcek, ale později byla potřeba jejich užití. Sestry v tom dle pacientky měly praxi. Pamatovala si na dětskou mazací tabuli. O odezírání se snažili, ale ne vždy to dokázali. Záleželo na tom, kdo ji ošetřoval. Jednoduché pohyby nebo gesta pro ulehčení komunikace ji naučili, nebo si na to alespoň nevzpomíná. Abecední tabulku si pamatuje a myslí, že něco na tenhle způsob zkoušeli. Zde jsem se dotazovala, zda jí mazací tabule vyhovovala více. Myslí si, že ta byla rychlejší a také účinnější. Dále jsem se zajímala o to, zda měla vždy sílu na to, napsat na tabuli slovo, které vyjadřovalo její potřebu nebo například nějakou otázku na sestru. Odpověděla, že zpočátku ne, to se sestry spíše snažily odezírat z jejích úst. Tu tabuli používali až ve chvíli, kdy měla větší sílu. Komunikační karty se zdravotnickým personálem neužívali. Pojem mluvící kanyla, orátor nebo mluvící chlopeč také neznala a v jejím zařízení tuto metodu nepoužívali. O všech zmíněných náhradních komunikačních systémech neslyšela. Myslela si, že zdravotnický personál byl informován o možnostech dorozumívání, ale nyní je překvapena, že existuje celá řada dalších. A neví, jestli tedy o těchto technikách věděli. Na otázku, zda by uvítala více informací v oblasti dorozumívání, řekla, že určitě. Alespoň v době, kdy měla zavedenou TSK, by ráda zkusila více způsobů. Mohlo být něco účinnějšího při dorozumívání. Takhle jí ale omezený výběr nevadil, když neměla dostatek informací o jiných způsobech. Jinak jí celkem vyhovovalo, jakým způsobem se s ní zdravotnický personál dorozumíval. Oční kontakt s ní většinou udržovali. To, jak si přivolala pomoc, když něco potřebovala, si přesně nepamatuje, ale dle jejích slov neměla problém. Vždy u ní někdo byl, když měla

nějakou potřebu. Tvrdí, že sestry byly dost chápavé a že se vždy dožádala toho, co chtěla. Zde jsem se pacientky dotazovala, zda si byla schopná říct nejen o fyziologické potřeby, ale také o psychické, sociální a spirituální. V tomhle směru sestry nezatěžovala. Dále jsem se ptala, zda je samotné napadlo, ji uklidnit či podpořit. Odvětila, že většina z nich byla dost empatická a věděly, co mají v danou chvíli říct. S neochotou vyhovět jí v nějaké potřebě se v nemocnici nesečkala. S rodinou se dorozumívala také pomocí té mazací tabule nebo se jí většinou rodina na něco tázala a ona jim odpovídala jednoslovně psaním na tabuli. Ptala jsem se, zda zvládali odezírání z úst, když ještě neměla dostatečnou sílu na psaní. Odpověděla, že to jim moc nešlo. Dále jsem se zajímala o to, zda její rodina věděla o dalších možnostech komunikace s ní, na to odpověděla, že o jiných určitě ne. Později se ale vždy domluvili. Pacientka si nedokáže představit, že by měla TSK zavedenou trvale, je ráda, že byla schopná zase normálně dýchat a kanyly se zbavila.

Respondent 8

Další respondent, pan K.N., byl stále hospitalizován na JIP. Tam jsme také prováděli rozhovor a bylo zachováno soukromí. Pacient byl v neutrální náladě, nesmál se, ale ani nebyl nějak nepříjemný. S rozhovorem souhlasil, ten byl rychlý a naše setkání trvalo celkem asi padesát minut.

Pacient přesně nevěděl, jak dlouho měl zavedenou TSK. Myslí, že tak přibližně čtyři týdny. Když zjistil, že díky zavedené kanyli nemůže mluvit, byl to pro něj nepříjemné, navíc se bál, že se mu hlas už nevrátí. Tady jsem měla doplňující otázku, zda pacientovi někdo vysvětlil, že se jedná pouze o dočasný stav. Odpověděl, že ano, ale až později, několik dní byl v tom, že se mu hlas už nevrátí. Nejhorší při komunikaci pro něj byla ta zbytečná snaha a úsilí. Snažil se mluvit tak, aby mu sestry rozuměly, ale skoro nikdy tomu tak nebylo. Pomůcky ke komunikaci s ním zdravotnický personál užíval, ale až později. O odezírání se snažili, ale jak už jsme se dozvěděli, nešlo to. Tázala jsem se, kde byl dle pacienta problém. Odpověděl, že v tom, že mluvil příliš rychle. Pomaleji mu ale mluvit nešlo, potřeboval sdělit moc věcí najednou. Po probuzení z bezvědomí mu bylo velmi nepříjemně. Zdravotnický personál mu ukázal nějaká gesta nebo pohyby pro ulehčení komunikace s ním. Byly to gesta, když chtěl například napít, nebo když se chtěl zeptat, kolik je hodin. Dle respondenta jich bylo i více a celkem dobře fungovaly. S abecední tabulkou se v nemocnici nesečkal. Komunikační karty se sestrami chvíli používali. Ukazovaly mu karty a on kýval ano nebo ne na jednotlivé potřeby, které byly

vyobrazeny na kartách, to se mu zdálo celkem účinné. Pomocí mluvicí kanyly v nemocnici nekomunikoval. O všech zmíněných metodách komunikace určitě neslyšel. Ale personál měl dle něho dostatek informací o náhradních komunikačních systémech. Jen ne všechny zkoušeli. Více informací by v oblasti komunikace uvítal, protože občas dle něho docházelo k nesprávnému pochopení. Kdyby zkusili více možností, mohli přijít na nějakou, která by byla účinnější nebo také jednodušší. Ne vždy mu také bylo příjemné, jakým způsobem se s ním zdravotnický personál dorozumíval. Mohlo to ale také být ještě horší, kdyby nevyužívali alespoň těch pacientem zmíněných pomůcek. Oční kontakt s ním zdravotnický personál udržoval vždy. Pomoc si přivolal tím, že na sestry zamával, s tím obvykle neměl problém, vždy kolem něho někdo byl. Při komunikaci se vždy dožádal toho, co chtěl. Občas mu ale chybělo více informací o tom, co se s ním bude dít. Báł se toho, co s ním bude dál, ale to nikdy kvůli omezené komunikaci sestrám nedokázal sdělit. Vyhovět v potřebách se mu ale snažili všichni. S rodinou se dorozumíval omezeně. A to tak, že mu dávaly otázky na ANO/NE, na ty pacient kýval hlavou. Nicméně si nikdy nesdělili to, co chtěli. Informace o tom, jak se s ním rodina může dorozumívat, jim poskytla sestra. Ta jim dala k dispozici například i komunikační karty, podle něho i rodiny ale byly lepší otázky na ANO/NE. To, že by měl TSK zavedenou trvale, si v žádném případě představit nedokáže.

Respondent 9

Další rozhovor probíhal na DIP a bylo to s paní J.Z. Tato paní měla v průběhu rozhovoru problémy s pamětí, některé věci si bohužel nepamatovala vůbec. Jinak rozhovor probíhal v pozitivní atmosféře a měly jsme na něj dostatek času i soukromí. Naše setkání trvalo i s mým představením, seznámením s šetřením a rozloučením šedesát minut.

Pacientka měla zavedenou TSK osm týdnů. Když zjistila, že díky TSK nemůže komunikovat, bylo to pro ni samozřejmě velmi nepříjemné. Cítila se najednou hrozně omezeně a také závisle na druhých, což vážně byla. Nejhorší pro ni při komunikaci bylo to, že musí vyvíjet příliš snahy, aby sestry pochopily, co říká, nebo co potřebuje. Žádné pomůcky, které by používal zdravotnický personál při komunikaci s ní, si nepamatuje. Odezírání z úst dle jejích slov sestry zkoušely, ale už si nevzpomíná, jak se jim to v jejím případě vedlo. Žádná gesta ani pohyby ulehčující komunikaci jí neučili, ale vzpomíná si, že nějaká jednoduchá gesta naznačovala. Zajímala jsem se o to, zda sdělení pomocí gest zdravotnický personál vždy chápal. Odpověděla, že ano, že téměř vždy sdělení pochopili. Pojem abecední tabulka pro ni byl neznámý. S komunikačními kartami se také nesetkala.

Mluvicí kanylu podle jejích slov taky nepoužívali. O těchto zmíněných komunikačních systémech neslyšela, ale přiznává, že si je možná jenom nepamatuje. Zároveň je jí líto, že pro mě v mém šetření nebude asi velkým přínosem. I tak jsem se tázala dál, a to, zda podle ní měl zdravotnický personál dostatek informací o náhradních komunikačních systémech. Podle jejího názoru ne, sestry se jí zdály hodně zaneprázdněné, na komunikaci proto nezbývalo mnoho času. Prozradila, že by uvítala více informací v této oblasti. Komunikace pro ni nebyla moc příjemná z toho důvodu, že byla pouze jednostranná, díky její nemožnosti dorozumívat se. Oční kontakt si myslí, že s ní zdravotnický personál udržoval. Pomoc si nikdy nepřivolávala. Když měla nějakou potřebu, vždy vyčkala na to, až k ní někdo z personálu přijde. Dotazovala jsem se, po jak dlouhé době za ní personál chodil. Odpověděla, že tak přibližně po dvou hodinách. Ne vždy se při komunikaci dožádala toho, co potřebovala, ale ty nejzákladnější potřeby si vždy prosadila pomocí gest. Setkala se také s neochotou vyhovět jí v potřebě. Přiznala ale, že to bylo možná jí samotnou. Než aby se nějak dlouho snažila, raději potřebu oželela. V tomto případě se ale nejednalo o ty nejzákladnější potřeby. S rodinou se dorozumívala velmi obtížně, podle jejích slov se ani nedalo mluvit o komunikaci. Spíše nechala mluvit je a ona jen poslouchala. I tak je ale vždy ráda viděla a byla ráda, že se něco dozvěděla ona od nich. Doptávala jsem se, zda rodinu například nenapadlo ptát se na otázky ANO/NE, aby se něco dozvěděli i oni od ní. Na to odpověděla, že takto se ptali, ale po chvíli už nevěděli, na co se ptát dále. Dle jejích slov se u ní stejně nedělo nic zajímavého, co by se rodina mohla dozvědět. Rodina pacientky nevěděla o náhradní komunikaci s ní. Zde jsem měla další otázku a to, zda sestra neporadila rodině žádný jiný způsob, jak se s pacientkou dorozumívat. Na to pacientka odpověděla, že možná ano, ale že jí tedy rodina nic neprozradila a ani žádné náhradní způsoby komunikace neužívali, takže nejspíše ne, neporadila. Na poslední otázku, zda si dokáže představit, že by TSK měla zavedenou trvale, se pacientka vyděsila, zda něco takého vůbec lze. Dále přiznala, že si to vážně nedokáže představit.

Respondent 10

Rozhovor s panem M.Š. probíhal na standardním oddělení. Pacient byl ve výborné náladě, a tak bylo šetření rychlé a snadno proveditelné. Během rozhovoru nás nikdo nevyrušoval, ani další pacient, který byl přítomen na pokoji. Při našem setkání jsem se respondentovi nejdříve představila, seznámila ho s mým šetřením a po jeho souhlasu jsme

přešli k otázkám. Po poslední otázce jsme poděkovala a rozloučili jsme se. Rozhovor trval celkem čtyřicet minut.

Na otázku, jak dlouho měl zavedenou TSK, respondent odpověděl, že krátce, jen tři týdny. Když zjistil, že díky kanyle nemůže komunikovat, se cítil špatně, ale sestry i lékaři mu následně vysvětlili, že je to pouze dočasné. A že mu kanylu odstraní co nejdříve, a to potom co bude moci komunikovat bez dýchacího přístroje. Nejhorší při komunikaci pro něho byla závislost na druhých, a že nemůže komunikovat kdykoliv chtěl. Při komunikaci s ním personál používal mluvicí kanylu. Tu mu sestra nasadila vždy, když chtěl mluvit, nebo když jí něco potřeboval sdělit. Odezírání z úst se zdravotnickým personálem užívali. Zajímalo mi, zda vždy poznali, co říkal. Odpověděl, že myslí, že neměli nějaký větší problém. Navíc netrvalo dlouho a sestry mu začaly dávat mluvicí kanylu, jak se již zmiňoval. Jednoduchá gesta ani pohyby pacienta zdravotnický personál neučil. Ale on sám nějaká gesta používal. Když něco potřeboval, nějak to ukázal. Sestry těmto gestům rozuměly. S abecední tabulkou neměl žádné zkušenosti, během jeho pobytu v nemocnici se s ní nesetkal. Komunikační karty také neužívali. Mluvicí kanylu používali ale často a neměl s ní žádný problém. Zajímalo mi, jak dlouho ji dokázal mít nasazenou. Dle jeho slov ji mohl mít klidně celý den, na noc jí většinou neměl. O všech zmíněných způsobech neslyšel, ale zdravotnický personál dle jeho názoru zvolil ten nejefektivnější způsob komunikace. Podle něho měl personál dostatek informací v oblasti komunikace s TSK. Více informací by pacient v této oblasti neuvítal. Bylo mu příjemné, jakým způsobem se s ním dorozumívali. Neví přesně, zda s ním vždy udržovali oční kontakt. Tvrdí ale, že občas byli dost zaneprázdnění, a tak mu to vůbec nevadilo a v tomhle ohledu byl chápavý. Sestry si přivolal tak, že na ně buď mávl, nebo potom s mluvicí kanylou promluvil. Byla stále v jeho blízkosti. Při komunikaci se vždy dožádal toho, co potřeboval. S neochotou vyhovět mu v nějaké potřebě se nesetkal. Všichni se mu naopak snažili ve všem maximálně vyhovět. S rodinou se dorozumíval stejně jako se sestrami, nejprve pomocí odezírání rtů a poté pomocí mluvicí kanyly. Jeho rodina věděla o možnostech komunikace s ním od sestry, která ho vždy měla na starosti. Vždy při příchodu k němu ho informovala. To, že by měl TSK zavedenou trvale, si představit nedokáže, nebylo to pro něj nepříjemné, a to nejen z hlediska komunikace.

Respondent 11

Rozhovor s mým dalším respondentem K.K. se uskutečnil na intermediálním pokoji. Pacient měl po dekanylaci mírnou poruchu řeči. Proto rozhovor trval delší dobu (čtyřicet minut), jinak ale proběhlo vše v pořádku. Během něj nás nikdo nevyrušoval, ani další dva přítomní nemocní. Pacient byl v celkem dobré náladě, a tak byla příjemná i atmosféra. Po představení a seznámení s mým šetřením, jsem si sedla naproti respondentovi a přešli jsme k otázkám. Na konci jsem mu poděkovala a popřála brzké uzdravení. Celkem naše setkání trvalo padesát pět minut.

Na první otázku, jak dlouho měl zavedenou kanylu, odpověděl, že devět týdnů. Když zjistil, že díky TSK nemůže komunikovat, tak to pro něho bylo hrozné. Ulevilo se mu potom, když mu lékař objasnil, že je to pouze na dočasnou dobu. Při komunikaci pro něj bylo nejhorší, že jednu věc musel opakovat vícekrát, aby mu sestry rozuměly. Zdravotnický personál při komunikaci s ním nepoužíval žádné pomůcky. Z úst mu odezírali, ale často to bylo velmi náročné a neúspěšné. Žádná gesta ani jednoduché pohyby k usnadnění komunikace ho neučili. Jinou gestikulaci při dorozumívání také nepoužívali, neměl na to totiž dostatečnou sílu. Pojem abecední tabulka mu nic neříká, nikdy ji neviděl. Komunikační karty s ním personál také neužíval, divil se, že něco takového vůbec existuje. S mluvící chlopní se dle jeho slov také nesetkal. Zajímalo mi, jak se tedy se zdravotnickým personálem jinak dorozumíval. Odpověděl, že se snažili odezírat z jeho úst a dále mu pokládali otázky na ANO/NE. O mnou zmíněných možnostech náhradní komunikace neslyšel, nic mu neříkaly. Podle jeho slov měl zdravotnický personál informace o náhradních komunikačních systémech jen možná, ale jestli ano, tak je potom stejně nevyužívali v praxi. Více informací v oblasti komunikace by uvítal, po tom co se dozvěděl, kolik jich existuje. Komunikace pak mohla být dle něj efektivnější a také jednodušší. Bylo mu tedy spíše nepříjemné, jakým způsobem se s ním zdravotnický personál dorozumíval. Oční kontakt s ním ale udržovali. Když něco potřeboval, tak na sestru zamával. Ovšem když ještě neměl dostatečnou sílu na to, aby si takto sestru přivolal, čekal na to, až k němu přijde sama. Zajímalo mi, jak často za ním sestra takto chodila. Odpověděl, že celkem často, přibližně každou hodinu kolem sebe někoho viděl. Ne vždy se při komunikaci dožádal toho, co potřeboval. Jak už zmiňoval, komunikace nebyla vždy jednoduchá a hodně ho vyčerpávalo několikrát opakovat jednu věc. Zde jsem měla doplňující otázku, zda to tedy po více opakování vzdal. Na to odvětil, že ano a že sestry poté také.

S neochotou vyhovět mu v nějaké potřebě se nesetkal, ale určitě ano s malou snahou porozumět mu. Na další otázku, jak se dorozumíval s jeho rodinou, odpověděl, že za ním bohužel rodina nejezdila. Byla totiž z daleka. Proto jsem další otázku, zda rodina věděla o možnostech komunikace s ním, nepokládala. To, že by měl TSK zavedenou trvale, si představit nedokáže, je rád, že to byla pouze dočasná záležitost.

Respondent 12

Rozhovor s respondentem č. 12 probíhal na DIP. Jednalo se o pacientku L.K., která velmi ochotně a zodpovědně odpovídala na moje otázky. Rozhovor se uskutečnil v poklidné atmosféře bez vyrušování jiných osob. Naše setkání trvalo celkem šedesát minut.

Na otázku, jak dlouho měla zavedenou TSK, odpověděla, že osm týdnů, ale přišlo jí to jako věčnost. Když zjistila, že díky kanyle nemůže komunikovat, tak to ji v tu chvíli trápilo snad nejméně, ale pochopitelně to tomu stavu nepřidalo. Při komunikaci pro ni bylo nejhorší to, jak ji vyčerpávala a hlavně, jak moc jí nutila ke kašli. Zdravotnický personál při komunikaci s ní užíval dle jejích slov několik pomůcek. Nejvíce ale tužku a papír, kam sestře psala jednak potřeby, ale také nejrůznější otázky. Odezírání z úst používali a postupem času se naučila artikulovat tak, že ji většina sester rozuměla. Také to prý bylo tím, že si na konverzaci s ní sestry zvykly. Žádná gesta ani jednoduché pohyby pro ulehčení komunikace ji neučili a ani žádná gesta nepoužívali. Když ale chtěla nějaký předmět, tak na něj ukázala a sestra hned věděla, co po ní chce. S abecední tabulkou se také setkala, zkoušeli pomocí ní dokonce komunikovat. Dotazovala jsem se, v jakém období to bylo neúčinnější. Dle pacientky to bylo v období, kdy ještě neměla takovou sílu. Slova se sestrou dávaly dohromady tak, že ona ukazovala na jednotlivá písmena a pacientka kývala hlavou, podle toho zda se o ukázané písmeno jednalo nebo naopak. Postupně tak slovo složily. Tento způsob byl velmi účinný, ale také pomalý. Přistupovaly proto k němu až když nefungoval žádný jiný. Komunikační karty znala, ale pro komunikaci je neužívali. Pomocí mluvící kanyly mluvila, ale byl to právě ten způsob komunikace, který ji zároveň hodně nutil ke kašli a tak ho dlouho odmítala. Bylo to pro ni velmi nepříjemné. Postupem času to ale s kanylou bylo lepší a vždy, když se se sestrou nedomluvily jinak, tak ji jí nasadila a pacientka sestře svou potřebu sdělila. O všech zmíněných možnostech komunikace slyšela, ale dle jejího názoru to bylo tím, že měla TSK zavedenou takhle dlouho. Zdravotnický personál měl dle pacientky také dostatek informací

o možnostech využití náhradních komunikačních systémů. Více informací by v této oblasti neuvítala, protože dle jejího názoru byla informována dostatečně. Bylo jí také příjemné, jakým způsobem se s ní zdravotnický personál dorozumíval. Oční kontakt s ní určitě udržovali. Na otázku, jak si je přivolala, když něco potřebovala, odpověděla, že v době kdy mluvila s mluvící kanylou, slovně nebo mávnutím. Ale horší to pro ni bylo, když ještě neměla takovou svalovou sílu. To už si ale nevzpomínala, jak přesně si je volala, dle jejích slov asi ani neměla potřebu na ně nějak volat. Při komunikaci s TSK se vždy dožádala toho, co chtěla. Zde jsem se tázala na otázku doplňující, zda se nejednalo jen o fyziologické potřeby, ale také o psychické, sociální a spirituální. Na to odpověděla, že psychické a sociální určitě a spirituální pro ni nebyly až tak potřebné. S neochotou vyhovět jí v nějaké potřebě se nesečkala v žádném případě. Všichni byli moc hodní. S její rodinou se dorozumívala stejně jako se sestrami. Nevzpomíná si, že by měli někdy nějaký problém. Její rodina věděla o možnostech komunikace s ní od ošetřující sestry, která jim vždy sdělila, jakým způsobem se s ní mohou dorozumívat. Na poslední otázku, zda si dokáže představit, že by TSK měla zavedenou trvale, odpověděla, že jí ty dva měsíce bohatě stačily a že se už tak bála, že se kanyly nezbaví nikdy. Nakonec to ale dobře dopadlo.

Respondent 13

Rozhovor s panem P.T. probíhal v neutrální atmosféře na standardním oddělení. Bylo to ale mimo pokoj, kde pacient ležel. Když jsem za ním přišla, seděl na společenské místnosti oddělení a koukal na zprávy. I když jsem ho vyrušila, ochotně souhlasil s mým šetřením a tak jsme společně zahájili rozhovor. Ten trval kratší dobu, protože jsem pacienta nechtěla dlouho zdržet. Celková doba našeho setkání tedy byla čtyřicet minut.

Pacient měl TSK zavedenou něco málo přes čtyři týdny. To, jak se cítil, když díky kanyle nemohl komunikovat, už si nepamatuje, dle jeho slov díkybohu. Nejhorší pro něj při komunikaci bylo to, jak sestry a jiný zdravotnický personál zdržoval, přišel si hrozně na obtíž. To, že zdravotnický personál užíval nějaké pomůcky při komunikaci s ním, si pamatoval. Ale nebyl schopný říci jaké. Odezírání z úst společně používali, ale nebylo to tak časté. Zajímalo mi proč. Pacient odpověděl, že to asi nebylo tak účinné jako jiné metody, když se sestry potom raději přikláněly k nim. Na to, že by ho personál učil nějaká gesta nebo pohyby pro ulehčení komunikace s ním, si nevzpomíná. Pojem abecední tabulka zná a dokonce s ním pomocí ní komunikovali celkem často. Ukazoval na nich jednotlivá písmena a tím skládali slova, dále potom také jednoduché věty. O

komunikačních kartách nikdy neslyšel. Pojem mluvicí kanyla mu nic neříká, tvrdí, že pomocí ní nikdy mluvit nezkoušeli. O všech zmíněných způsobech komunikace neslyšel, ale i tak si myslí, že pro dorozumění stačily informace, které měl. Podle něj měl i zdravotnický personál dostatek informací o náhradních komunikačních systémech. Více informací by v oblasti komunikace s TSK neuvítal, nebyla dle něj potřeba. Zdravotnický personál se velmi snažil, aby mu při komunikaci s ním bylo příjemně. Myslí si, že s ním vždy udržovali oční kontakt. Když něco potřeboval, byl většinou neklidný a to personál vždy přivolalo k němu přijít. Při komunikaci se vždy dožádal toho, co potřeboval. Sestry byly dle něj velmi ochotné. Zajímalo mi, zda dbaly nejen na potřeby fyziologické, ale také psychické, sociální a spirituální. Odpověděl, že spíše ty fyziologické, psychické potřeby jen některé sestry, ale také ne vždy. S neochotou vyhovět mu v nějaké potřebě se nesetkal, pokud se tedy bavíme o potřebách fyziologických. S rodinou se dorozumíval stejně jako se sestrami pomocí abecední tabulky, někdy odezírali z jeho úst, což šlo v jejich případě, dle něj, lépe. Tento způsob se mu podle mé doplňující otázky zdál dostačující, ale občas to zabíralo poměrně dost času. To, že by měl TSK zavedenou trvale, si představit nedokáže, ale musel by to přijmout, stejně tak, jako přijal tento dočasný stav.

Respondent 14

Rozhovor č.14 byl prováděn na JIP, kde ležel další respondent. Jednalo se o paní J.S., která byla v době rozhovoru celkově vyčerpána z dlouhodobého a omezujícího stavu. Rozhovor tedy probíhal spíše v negativní atmosféře, ale pacientka ochotně odpovíděla na všechny mé otázky. Před rozhovorem jsem se jí představila a seznámila ji se svým šetřením. Po něm jsem jí poděkovala a nějakou dobu si s ní ještě nezávisle povídala, abych ji psychicky podpořila. Naše setkání trvalo celkem padesát minut.

Pacientka měla TSK zavedenou šest týdnů. Když zjistila, že díky ní nemůže komunikovat, bylo to pro ni samozřejmě nepříjemné. Nejhorší při komunikaci pro ni bylo naprosto všechno, navíc nejen ta komunikace dle ní byla hrozná. Pomůcky při komunikaci zdravotnický personál užíval, nejčastěji tužku a papír nebo obrázkové karty. O odezíráni se snažili, ale ne vždy a ne každý to dokázal. Gesta nebo jednoduché pohyby pro usnadnění komunikace s TSK pacientku neučili. To, jestli při komunikaci užívala nějaká gesta, už si nepamatuje. Pojem abecední tabulka nezná. Komunikační karty používali. Když jsem se tázala na to, jak přesně to s personálem praktikovali, odpověděla, že sestra měla na dvou listech papíru vyobrazeny tyto karty, pacientka ukázala na tu kartu, kde byla potřeba,

kteřou zřovna pocitřovala. Mluvící kanylu určitě dle nemocné nepouřživali. O vřech zmíněných možnostech komunikace neslyřela. Myslela, ře měl zdravotnický personál dostatek informací o náhradních možnostech komunikace, ale po tom, co se dozvěděla o dalších komunikačních systémech, změnila názor. Taky by nejspíše uvítala více informací v oblasti komunikace s TSK. Na druhou stranu jí bylo příjemné, jakým způsobem se s ní zdravotnický personál dorozumíval. Pomocí obrázkových karet jí to celkem bavilo a bylo to dle ní rychlé a jednoduché. Oční kontakt s ním personál při komunikaci udržoval. Když něco potřebovala, tak si nikoho nepřivolávala, ale počkala s tím do doby, než za ní například sestřy přišly. Chodily se jí ptát několikrát za den. Při komunikaci se vždy dořádala toho, co potřebovala. Myslí, ře se nikdy neseťkala s neochotou vyhovět jí v nějaké potřebě. Sestře dle ní byly velmi ochotné a vždy se jí snařily ve všem vyhovět. Rodina pacientku navřtěvovala málokdy, ale s komunikací neměli řádné problémy. Její rodina ale určitě nevěděla o vřech možnostech komunikace s ním. To, ře by měla zavedenou TSK trvale, si představit nedokáže.

Respondent 15

Mým posledním respondentem byla slečna ř.K., se kterou jsme rozhovor prováděli v kavárně, jelikoř jako jediná z respondentů nebyla hospitalizována. Byla velmi ochotná se se mnou podělit o své nehezské zážitky, které prořila před několika lety. Rozhovor probíhal přátelské atmosféře, protože se jedná o kolegyni. Naše setkání trvalo celkem sedmdesát minut i se seznámením s mým řetřením.

TSK měla zavedenou celkem zřruba sedm týdnů. Když se probudila z bezvědomí, byla v řoku, takže kanylu a to, ře díky ní nemůže komunikovat ani nijak neřeřila. Při komunikaci pro ni bylo nejhorří to zdlouhavé a vyčerpávající dorozumívání. Pouřživali nejřůzněřší pomůcky: tuřku s papírem, tabulku s písmeny a také obrázky. Metodu odeřírání z úst také zkouřeli, za pacientkou docházela logopedka, která jí učila správně artikulovat. Po celou dobu hospitalizace u ní byla rodina a s tou měla naučená jednoduchá gesta a pohyby, byli jejím prostředníkem s personálem. S abecední tabulkou byla po celou dobu hospitalizace seznámena. Komunikační karty také znala, ale spíše než se zdravotnickým personálem je pouřživala s rodinou. Personál dle ní neměl moc řasu. S pomocí mluvící kanyly se také dorozumívala. Nejdříve jí logopedka naučila artikulovat a správně dýchat a pak jí kanylu nasadili. Byl to pro ni krásný zážitek, a když řekla ahoj, všichni brečeli. O vřech zmíněných možnostech komunikace slyřela. Zdravotnický

personál měl dle pacientky také dostatek informací o možnostech využití náhradních komunikačních systémů. Více informací v oblasti komunikace s TSK by neuvítala, jako zdravotní sestra i jako pacientka jich měla dostatek. S tím, jakým způsobem se s ní zdravotnický personál dorozumíval, byla spokojená. Oční kontakt při komunikaci s ní udržoval jen někdo. Zajímalo mi, zda častěji ano nebo ne. Odpověděla, že častěji bohužel ne. Neměli moc času a tak při komunikaci spíše pracovali, než aby se zastavili a povídali si s ní. Zdravotnický personál si přivolala tak, že zazvonila nebo jezdila elektrickou postelí. Při komunikaci se vždy dožádala toho, co potřebovala, ale bylo to především díky rodičům. S neochotou vyhovět jí v nějaké potřebě se nesečkala. S rodinou se dorozumívala tedy všelijak, jak už již zmiňovala. Její rodina věděla o všech možnostech komunikace s ní. To, že by TSK měla zavedenou trvale si raději ani nepředstavuje.

9 Diskuze

Pro kvalitativní výzkum byl vymezen jeden hlavní a tři dílčí cíle. Hlavním cílem bylo prostřednictvím rozhovorů zjistit, jakými náhradními komunikačními systémy se dorozumívá zdravotnický personál s pacienty se zavedenou tracheostomickou kanylou. Dílčími cíly bylo zjistit, zda jsou pacienti s TSK dostatečně informováni o náhradních komunikačních systémech. Dále zda má pacientova rodina dostatek informací o komunikaci s pacienty s TSK a zda u pacientů s tracheostomií dochází k uspokojení všech bio-psycho-sociálních a spirituálních potřeb. Na tyto cíle navazovaly tři výzkumné otázky. K naplnění výzkumných cílů byl použit polostandardizovaný rozhovor, kterého se zúčastnilo patnáct respondentů, většinou staršího věku. Anonymita při rozhovorech byla samozřejmostí.

Výhoda kvalitativního výzkumu je jeho hloubkové porozumění pocitů a zkušeností respondenta. Nevýhody potom jsou v subjektivitě odpovědí a v malém počtu respondentů. Dané výsledky proto nelze paušalizovat nebo z nich vyvozovat obecné závěry.

Rozhovor byl rozdělen do několika částí. V úvodní jsem nejdříve zjišťovala to, jak dlouho mají pacienti zavedenou TSK. Na tuto otázku jsem měla nejrůznější odpovědi. Bylo to v rozmezí od tří do dvanácti týdnů. Lidé, kteří ji měli zavedenou delší dobu, byli více informováni o náhradních komunikačních systémech. Kratší dobu ji zase ve většině případů měli zavedenou mladší lidé. Dále mě v úvodní části zajímalo, jak se pacienti cítili, když zjistili, že díky kanyle nemohou komunikovat. Odpovědi se většinou shodovaly. Pro většinu, tedy deset respondentů, to byl velmi nepříjemný stav. Další pocity, které pociťovalo i těchhle zmíněných deset respondentů, byly bolest, omezení, závislost. Strach z toho, že už nebudou moci nikdy mluvit, měli celkem čtyři respondenti. Třem z nich zdravotnický personál ihned vysvětlil, že se jedná pouze o dočasný stav a jednomu to vysvětlili až po nějaké době. Dva z mých pacientů si už nepamatovali, jak se cítili v době, když zjistili, že díky TSK nemohli komunikovat. Zbylí tři z mých respondentů to v tu chvíli neřešilo, nepřišlo jim to podstatné. Po probuzení z bezvědomí byli rádi, že jsou vůbec naživu. V další otázce jsem se tázala na to, co pro pacienty při komunikaci s TSK bylo nejhorší. Nejčastěji respondenti odpověděli tak, že pro ně komunikace byla velmi vyčerpávající, to bylo celkem v šesti případech. Druhou nejčastější odpovědí (u pěti respondentů) bylo to, že museli vyvinout příliš mnoho snahy pro porozumění. V některých

případech byla ta snaha dokonce zbytečná. Další jmenované problémy byli omezení, závislost, nucení ke kašli a potom to, že byl nemocný na obtíž sestrám.

Po úvodní části jsem přešla k otázkám, které odpovídaly na výzkumné otázky S první výzkumnou otázkou souvisí šest otázek v rozhovoru. Výzkumná otázka zněla: **Pomocí jakých náhradních komunikačních systémů se dorozumívá zdravotnický personál s pacienty s tracheostomií?**

V rozhovoru jsem se proto respondentů tázala na to, zda zdravotnický personál používal nějaké pomůcky při komunikaci s nimi a pokud ano, jaké. Jedenáct respondentů z patnácti odpovědělo, že ano. Dva respondenti si pomůcky nepamatovali a poslední dva odpověděli, že při komunikaci s nimi zdravotnický personál pomůcky nepoužíval. Jaké pomůcky užívali, respondenti nejčastěji udávali tužku a papír, a to v šesti případech z patnácti, abecední tabulku ve třech případech, mazací tabuli a mluvicí kanylu po dvou. Komunikační karty používal zdravotnický personál podle jednoho respondenta, stejně tak jako obrázky. Další dva respondenti si nepamatovali, o jaké pomůcky se jednalo, ale nějaké dle nich personál používal. Většina respondentů, ale uváděla, že pomůcky ke komunikaci užívala až později, a to v době, kdy už nebyla napojena na umělou plicní ventilaci. Je to zřejmé i z nejčastěji uváděných pomůcek. Jednalo se převážně o ty, které se dají užívat až při dostatečné svalové síle. Tu ale pacienti ihned po probuzení z bezvědomí nemají. Dále jsem se k této výzkumné otázce dotazovala na jednotlivé techniky, které se mohou používat u pacientů se zavedenou TSK k usnadnění komunikace. Odezírání z úst byla první metoda, která mi zajímala. Tuto metodu dle mých respondentů užívali ve všech případech mého vzorku kromě u jednoho. U tohoto pacienta se o to snažili, ale bohužel to bylo vždy neúspěšné. Když se respondenti nerozmluvili o tom, jak účinné to bylo, většinou jsem se na to zeptala v doplňující otázce. V pěti případech odpověděli, že záleželo na tom, kdo se s nimi v danou chvíli dorozumíval. Podle jejich slov to některý zdravotnický personál zvládal lépe a některý zase hůře. Celkem čtyři respondenti uvedli, že s odezíráním z úst nebyl většinou žádný problém. Neúčinné to bylo také u čtyř respondentů z celkových čtrnácti, kteří tuto metodu užívali. A jeden respondent si nepamatoval přesně, jak moc účinné to u něho bylo. Ve dvou případech jsem se pomocí doplňující otázky dozvěděla, že problém byl ten, že pacient mluvil příliš rychle. K jednomu respondentovi pak docházela logopedka a učila ho správné artikulaci, aby bylo odezírání z úst účinnější. Dle mého názoru se k této metodě přistupuje jako k první v celé řadě technik komunikace s těmito pacienty. Je nejméně náročná na čas a také nevyžaduje žádné pomůcky, tudíž je nejméně

nákladná. Co ale vyžaduje je praxe a zkušenost odezírajících. To uvádí i literatura: „Je to nejrozšířenější technika, která vyžaduje dobrou artikulaci ze strany pacienta a určitou praktickou zkušenost s odezíráním ze strany sestry“ – Ošetřovatelství v intenzivní péči (Gabriela Kapounová). Dále mi zajímalo, zda zdravotnický personál učil pacienty jednoduché pohyby či gesta k ulehčení komunikace s nimi. Tuto metodu užívali pouze u jednoho respondenta z mých patnácti dotazovaných. Jednalo se o posledního respondenta. Tato pacientka ale uvedla, že tato gesta se učila a domlouvala si je spíše s rodinou, než se zdravotnickým personálem. Rodina byla tedy jejím prostředníkem při komunikaci se zdravotníky. Devět pacientů o gestech buď neslyšeli, nebo je neužívali. Někteří z nich uváděli, že na gestikulaci neměli dostatečnou sílu. Posledních pět z celkových patnácti dotazovaných gestikulovali, ale nejednalo se o gesta naučená. Dle těchto pěti pacientů šlo převážně o obecná gesta, kterým rozumí každý. Byly to například gesta: jíst, spát, jít apod. Další otázka souvisela s pojmem abecední tabulka. Svých respondentů jsem se tázala na to, zda se s ní někdy setkali, nebo zda s ní komunikovali. Pět respondentů odpovědělo, že s touto pomůckou komunikovali. Zajímala jsem se o to, jak to s ní praktikovali. Většinou to bylo tak, že ukazovali jednotlivá písmena na tabuli a tím složili společně s personálem slovo, které vyjadřovalo právě jejich potřebu. Obtížněji to ovšem šlo těm pacientům, kteří neměli na ukazování rukou dostatečnou sílu. V tomto případě si s jedním z mých respondentů poradili tak, že sestra ukazovala jednotlivá písmena na tabuli a pacient jen kýval ano či ne, zda se jednalo právě o ukázané písmeno. Takto společně složili celé slovo, které chtěl pacient sestře sdělit. Ovšem dle slov mého respondenta se jednalo o velmi zdoluhavý a složitý způsob. Jinak se ale tento způsob pacientům zdál jako dostačující pro komunikaci a vyjádření jejich potřeby. Tři se s tabulkou setkali, ale ke komunikaci ji nepoužívali. Upřednostňovali například spíše mazací tabuli nebo také papír a tužku. Jako důvod uváděli to, že když už měli dostatečnou sílu, bylo lepší slova rovnou psát než ukazovat (zřejmě zdoluhavě) na pouhá písmena. Dalších šest dotázaných s ní nekomunikovali, a ani se s takovou pomůckou nesešli. Jeden respondent už si to bohužel nepamatoval. Komunikační karty byla další pomůcka, u níž jsem byla zvědavá, zda se u pacientů se zavedenou TSK užívá. Od pěti respondentů jsem se dozvěděla, že se s komunikačními kartami nejen setkali, ale také s nimi komunikovali. Nejčastěji v době, kdy neměli dostatečnou svalovou sílu na to, aby zvládali jinou metodu komunikace. Uváděli, že to se sestrou používali tak, že ona jim ukazovala jednotlivé karty a oni kývali hlavou ano či ne, zda se jedná o na kartě vyobrazenou potřebu. Poslední respondent, slečna Š.K. uvedla, že zdravotnický personál neměl dostatek času na komunikaci

s komunikačními kartami, a tak tento způsob využívala spíše opět s rodinou. Dva pacienti se s nimi setkali, ale s jejich pomocí nekomunikovali. A většina, tedy osm pacientů se s touto pomůckou ani neseťkali a ani ji nezkoušeli. Další otázka odpovídající na mou první výzkumnou otázku se týká mluvicí kanyly, neboli orátoru. Také ji můžeme znát pod pojmem fonační chlopeň. Tuto pomůckou užívalo padesát procent mých respondentů, tedy sedm. Jen jeden z nich udal, že mluvení a dýchání s ní mu nedělalo žádný problém. Jednalo se, ale respondenta poměrně mladého oproti ostatním. Zbytek respondentů užívající mluvicí kanylu, potřeboval čas na to, se s kanylou naučit dýchat. Většina z nich to zpočátku vydržela pouze na omezenou dobu, dýchání s kanylou je totiž namáhavější. Jednoho respondenta pak správně dýchat s chlopní docházela učit logopedka. Sedm respondentů se s touto pomůckou vůbec neseťkalo. A s dalším jedním pomocí ní zdravotnický personál zkoušel komunikovat, ale pacient se s ní dusil. Více ji proto nepoužívali. Mluvicí kanyla má tu nevýhodu, že se dá užívat pouze, když pacient spontánně dýchá, to znamená bez připojení na umělou plicní ventilaci. Dále se dá pouze omezeně užívat u pacientů, kteří jsou velmi zahlenění nebo u těch, které trápí velký kašel. Nejčastěji tedy moji respondenti uváděli jako způsob komunikace odezírání z úst. A to hlavně zpočátku, kdy měli zavedenou TSK a byli stále připojeni na umělou plicní ventilaci. Při větší svalové síle nejčastěji používali v rámci komunikace tužku a papír, na dalším místě abecední tabulky a komunikační karty. Gesta k ulehčení komunikace nebyla využívána skoro vůbec. S mluvicí kanylou se při komunikaci setkala necelá polovina respondentů, kterým komunikace s ní převážně vyhovovala. Obrázky k usnadnění komunikace využívali pouze v jednom případě z mých patnácti dotazovaných respondentů. S mazacími tabulemi se také setkal pouze jeden z mých respondentů. Dle mé kolegyně v její diplomové práci na téma: Komunikace jedince s tracheostomií, respondenti z jejího šetření uváděli jako nejčastější způsob, komunikaci pomocí psaní slov na papír.

Druhá výzkumná otázka se tázala na to, zda jsou pacienti s TSK dostatečně informováni o náhradních komunikačních systémech. Výzkumná otázka proto zní: **Jsou pacienti informováni o všech náhradních komunikačních systémech?**

S ní v rozhovoru souvisela otázka č. 10, č. 11 a č. 12. Ta první z nich se pacientů tázala na to, zda slyšeli o všech mnou (v předešlých otázkách) zmíněných způsobech náhradní komunikace. Na tuto otázku odpověděla většina, že neslyšela. Bylo to devět respondentů z celkových patnácti dotazovaných. Pouze dva z nich při rozhovoru uvedli, že nebyla potřeba o všech vědět. Komunikace se jim totiž zdála dostačující s těmi, které

zdravotnický personál využíval. Ano, tedy že o všech náhradních systémech slyšeli, na tuto otázku odpověděli pouze čtyři pacienti. Jeden z nich navíc poté dodal, že je, ale stejně ke komunikaci nevyužívali. Zbylí tři respondenti je, dle jejich výpovědí z jiných otázek, také nevyužívali a někteří dokonce ani nezkoušeli. Jen o nich tedy byli informováni. Poslední dva respondenti uvedli, že o všech náhradních komunikačních systémech neslyšeli, ale o většině ano. Další otázka, která s touto problematikou souvisela, byla otázka č. 11. Ta se respondentů dotazovala na to, zda měl zdravotnický personál podle nich dostatek informací o možnostech využití náhradních komunikačních systémů. Vzhledem k předchozím odpovědím mi překvapil počet pacientů, kteří odpověděli ano, tedy že personál dle nich dostatek informací měl. Jednalo se o jedenáct z celkových patnácti dotazovaných. Dva z nich uvedli, že ale ne všechny systémy, zkoušeli. Podle jednoho z nich byli zdravotníci snaživí a další jeden uvedl, že personál vždy věděl, jak se s ním má dorozumívat. Ne, na otázku, odpověděli pouze tři respondenti. Jeden z nich navíc uvedl, že personál byl příliš zaneprázdněný na to, než aby tolik času věnoval problematice s komunikací. Jeden respondent si netroufl odhadnout, zda měl zdravotnický personál dostatek informací o všech systémech. Odpověděl proto, že neví. Dle mých pacientů tedy zdravotnický personál informace a teoretické znalosti v oblasti dorozumívání s TSK mají, ale s pacienty je nevyužívají v praxi. V otázce č. 12 jsem se zajímala o to, zda by pacienti uvítali více informací v oblasti komunikace s TSK. Většina z nich, tedy osm, na tuto otázku odpověděli kladně. A to tak, že by uvítali více informací v oblasti komunikace. Pět z nich uvedlo, že mohl být nějaký jednodušší nebo efektivnější způsob komunikace, než ten, který používali. Zbývajících sedm respondentů (necelá polovina), uvedla, že více informací v oblasti komunikace s TSK nebyla potřeba a že způsob, který používali, jim vyhovoval. Zdravotnický personál dle nich zvolil ten nejlepší způsob pro komunikaci s nimi. Dle mých respondentů tedy většina z nich informována o všech náhradních komunikačních systémech není. Respondenti si ale zároveň převážně myslí, že zdravotnický personál o nich informován je. Více informací v oblasti komunikace by uvítala více než polovina respondentů. Ta uváděla, že kdyby věděla o více nebo všech možnostech, zvolila by si jinou, například účinnější. Ti zbylí měli dle jejich slov dostatečné informace a komunikace dle nich takto byla účinná.

Další výzkumná otázka zní: **Má pacientova rodina dostatek informací o možnostech komunikace s pacientem s TSK?**

Pro zjištění odpovědi na tuto otázku byla do rozhovoru zahrnuta otázka, která se pacientů tázala na to, zda jejich rodina věděla o možnostech komunikace s nimi. Většina pacientů, přesněji osm, uvedla, že jejich rodina nebyla informovaná o všech možnostech komunikace. Čtyřem z nich se zdála náhradní komunikace, o kterých byla informovaná rodina, dostačující. Další čtyři respondenti uvedli, že informace, které jejich rodina měla o náhradní komunikaci, dostačující nebyly. Šest respondentů z celkových patnácti dotazovaných uvedlo, že jejich rodina věděla o možnostech komunikace s nimi. Všechny těchto šest pacientů tvrdilo, že rodinu o možnostech komunikace s nimi informoval před návštěvou buď lékař (ve dvou případech) nebo ošetřující sestra. Za jedním z mých respondentů rodina nejezdila a tak jsem se ho více otázkami o informovanosti rodině nezatežovala. Další otázka, která se týkala informovanosti rodiny pacienta, se tázala na to, jakým způsobem se pacient s rodinou dorozumíval. Respondenti odpovídali, že se s rodinou dorozumívali stejně jako se sestrami, a to celkem v osmi případech. Záleželo hlavně na současném stavu a také na pacientových možnostech. Zpočátku se rodina s pacienty nejčastěji bavila opět s pomocí odezírání z úst. To bylo v sedmi případech z mých patnácti dotázaných respondentů. Pacienti tvrdili, že s rodinou jim odezírání šlo lépe, než s personálem. Bylo to proto, že na komunikaci s nimi byla rodina více zvyklá. Ve dvou případech mých respondentů to ale dostačující nebylo a rodina měla s odezíráním velký problém. Dále nejčastěji využívali mluvicí kanylu. Většina z nich ale upřesnila, že s kanylou se bavili až po určitém čase, kdy s ní byli schopni mluvit a také dýchat. Do té doby se ještě s rodinou dorozumívali pomocí otázek na ANO/NE a s pomocí abecední tabulky. Jako nejméně častý způsob dorozumívání se s rodinou, respondenti uváděli pomocí psaní slov na papír nebo na mazací tabuli. V jednom případě pak užívali pro ulehčení komunikace naučená gesta. Podle čtyř respondentů byla komunikace s rodinou dostačující. V dalších čtyřech případech respondentů byla komunikace nedostačující. Podle dvou potom to bylo hlavně na začátku, kdy se s rodinou pacient nemohl dorozumívat s mluvicí kanylou. Podle mých respondentů tedy většina rodin neví o možnostech komunikace s pacientem s TSK. Ale polovina těchto respondentů uvedla, že se jim omezená informovanost o komunikaci zdála dostačující k dorozumění.

Poslední výzkumná otázka se týká uspokojení potřeb pacientů s TSK a zní:
Dochází u pacientů s tracheostomií k uspokojení všech bio-psycho-sociálních a spirituálních potřeb?

V souvislosti s touto otázkou jsem se nejdříve tázala na to, jakým způsobem si pacienti přivolali zdravotnický personál. Sedm respondentů odpovědělo, že si nikoho nepřivolávali, protože nikdy neměli potřebu. Čtyři z nich uvedli, že když už nějakou měli, vždy vyčkali, až za nimi někdo ze zdravotníků přijde. U dvou z nich mi zajímalo, po jak dlouhé době k nim personál obvykle chodil. Jedna pacientka uvedla, že po dvou hodinách a k druhému respondentovi docházel personál přibližně po jedné hodině. Další pacientka tvrdila, že k ní personál chodil několikrát za den. Při nedostatečné síle si pacienti ve třech případech volali zdravotnický personál pomocí domluveného signálu se sestrou. Většinou šlo o sundání signalizačního čidla z prstu. Ve dvou případech sázeli na neklid, který vždy pomoc přivolal. Pomocí zvonku si personál přivolávala pouze jedna pacientka, stejně tak jako s pomocí navázání očního kontaktu. Po nabrání síly si pacienti zdravotníky přivolávali nejčastěji máváním v pěti případech a tři pak s užitím mluvicí kanyly. Pacienti se zavedenou TSK leželi ve všech případech na JIP, DIP nebo intermediálních pokojích, a tak o nich zdravotnický personál měl celodenní i celonoční přehled. V další otázce v rozhovoru, která souvisela s tímto výzkumným cílem, jsem se zajímala o to, zda se pacienti dožádali vždy toho, co potřebovali. Celkem třináct respondentů na tuto otázku odpovědělo kladně. Osmi z nich jsem se ale pomocí doplňující otázky dotazovala na to, zda se jednalo pouze o fyziologické nebo také psychické, sociální a spirituální potřeby. Pouze jeden ze zmíněných osmi odpověděl, že v rámci potřeb byly uspokojeny jak ty fyziologické, tak také psychické, sociální a spirituální. V sedmi případech tedy šlo pouze o uspokojení základních tedy fyziologických potřeb. Z toho čtyři pacienti uvedli, že sestry nechtěli obtěžovat, a tak potřebu ani nevyslovili. Dva respondenti z právě zmíněných čtyř pak nevyslovení potřeby odůvodnili tím, že si myslí, že v nemocnici pro takové potřeby není prostor. Jeden respondent z celkových sedmi, kteří uvedli, že šlo o uspokojení pouze základních potřeb, přiznal, že personál měl snahu uspokojovat pouze ty fyziologické potřeby. Dva pacienti z celkových patnácti uvedli, že se vždy bohužel nedožádali toho, co potřebovali. Bylo to díky ztíženému dorozumívání ze strany pacienta. Zde jsem se v obou případech doptávala, zda se on a personál nesnažili najít jiný způsob, jak se k potřebě jinak dostat. Oba pacienti to obvykle po několika neúspěšných opakováních potřeby vzdali a sestry to dle nich také nechaly být. V další otázce jsem se zajímala o to, zda se nějaký z mých respondentů setkal s neochotou vyhovět mu v nějaké potřebě. Převážně, tedy ve dvanácti případech, odpověděli, že ne. Ovšem tři z nich dále upřesnili, že ne, pokud se jednalo pouze o potřeby fyziologické, tedy ty základní. Odpověď párkrát uvedl jeden pacient, bylo to dle něj také v psychologických a sociálních potřebách. S malou snahou

porozumět pacientovi, což jsem dle výpovědí pacientů zařadila jako neochotu vyhovět mu, se setkali dva z mých respondentů. Odpověď na moji výzkumnou otázku tedy zní, že se pacienti s TSK dožadají pouze fyziologických potřeb. Psychologickými a sociálními jednak nechtějí zatěžovat personál a navíc z mého šetření vyplývá, že na uspokojování těchto potřeb nemá personál dostatek času.

Rozhovor jsem dále měla doplněný otázkami, které sice nesouviseli s výzkumnými cíly, ale zajímala jsem v nich o pacientovi prožitky a zkušenosti. Ty jsou myslím v mém výzkumu a v této problematice také důležité. V nich jsem se tázala jednak na to, zda tedy pacientům bylo příjemné, jak se s nimi zdravotnický personál dorozumíval. Celkem v osmi odpovědích od respondentů zaznělo, že jim to příjemné bylo. Z toho dva uvedli, že se personál velmi snažil. Jeden odpověděl, že záleželo na tom, kdo s ním v danou chvíli komunikoval. Pět respondentů z celkového počtu dotazovaných odpovědělo, že ne vždy jim bylo příjemné, jakým způsobem se s ním personál dorozumíval. Jeden z těchto pěti uvedl, že za to nemohl personál, ale spíše ten stav znemožňující komunikaci. Dva potom z těchto pěti zmínili, že jako důvod této nepříjemné komunikace bylo nejspíše to, že si nemohli vybrat z jiného, například pro ně lepšího způsobu náhradní komunikace. Dva respondenti z celkového počtu oslovených pak tvrdili, že jim většinou bylo příjemné, jakým způsobem se s nimi zdravotnický personál dorozumíval. Dále jsem se v doplňujících otázkách tázala na to, zda s pacienty s TSK personál udržoval oční kontakt. V jedenácti případech pacienti uvedli, že ano, udržoval. Jeden pacient zmínil to, že některé sestry si na komunikaci byly schopné dokonce udělat čas a sedly si k lůžku pacienta. To pro něho dle jeho slov bylo velmi příjemné. Další jeden z jedenácti zmíněných dodal, že alespoň při odezírání oční kontakt personál udržoval. Později ale při jiných metodách, už ne. Pacient na tom ale nijak nelpěl a chápal, že jsou sestry a jiný zdravotnický personál zaneprázdnění. Ne, jako takové na tuto otázku neodpověděl žádný respondent. Druhou odpovědí bylo většinou ano, udržoval. To odpověděli ve zbývajících čtyřech případech. Tři z nich pak ale dodali, že ho udržovali pouze v případě, kdy nebyli zaneprázdnění jinou činností. Jednoho respondenta jsem se pak ještě dotazovala, zda ho tedy častěji udržovali, nebo ne. Odpověděl, že častěji ne. Poslední doplňující otázka, na kterou mi zajímala odpověď, byla v pořadí otázek v rozhovoru také poslední. Ptala jsem se v ní na to, zda si pacienti dovedou představit, že by TSK měli zavedenou trvale. Čtrnáct respondentů odpovědělo, že to si představit vážně nedokáže. Jeden potom, že si to raději ani nepředstavuje. Tuto odpověď dále doplňovali o další výpovědi. Bylo to většinou, že jsou

rádi, že se jednalo pouze o dočasnou záležitost. Dále že to bylo nepříjemné nejen z hlediska té komunikace, ale také z hlediska bolesti, dýchání, příjmu potravy. Jeden respondent uvedl, že i když si na komunikaci rychle zvykl, zase rád si na ni odvykl a začal komunikovat standardně. Další zase řekl, že by tento stav musel přijmout stejně, jako přijal tenhle, který taky nevěděl, že ho někdy postihne.

ZÁVĚR

Cílem teoretické části bylo poskytnout informace o vzniku hlasu, o komunikaci s pacienty, o jejich druzích, o efektivní a kontraproduktivní komunikaci a bariérách v komunikaci. Také o pojmu tracheostomie, jaké jsou indikace a kontraindikace k jejich zavedení. Jaké metody zavedení existují a které TSK se užívají. Které komplikace během výkonu mohou nastat. Dále poskytnout informace o psychologických problémech pacientů s TSK, svépomocným skupinám a kvalitě života tracheostomovaných. V poslední kapitole pak informace o náhradních komunikačních systémech u těchto pacientů. O alternativní a augmentativní komunikace a jejich druzích. V poslední řadě o náhradních hlasových mechanismech u pacientů s tracheostomií. Cíle teoretické části byly splněny.

Hlavním cílem praktické části bylo prostřednictvím rozhovorů zjistit, pomocí jakých náhradních komunikačních systémů se dorozumívá zdravotnický personál s pacienty se zavedenou TSK. Dílčími cíly bylo zjistit, zda jsou pacienti s TSK dostatečně informováni o náhradních komunikačních systémech. Dále zjistit, zda má pacientova rodina dostatek informací o komunikaci s TSK. Třetím dílčím cílem bylo zjistit, zda u pacientů s tracheostomií dochází k uspokojení všech bio-psycho-sociálních a spirituálních potřeb. Všechny uvedené cíle byly splněny a pomocí kvalitativního šetření jsem zjistila, jakými náhradními komunikačními systémy se zdravotnický personál dorozumívá s pacienty.

U pacientů, kteří jsou stále připojeni na umělou plicní ventilaci nebo nemají dostatečnou sílu, zdravotnický personál tedy nejčastěji užívá odezírání z úst. Druhou nejužívanější pomůckou pro usnadnění komunikace je mluvicí kanyla, ta se ale dá užít pouze u pacientů, kteří nejsou připojeni na UPV a také nemají problém s dýcháním nebo přílišným zahleněním. Další nejčastěji užívanou možností, která ale vyžaduje určitou svalovou sílu, je komunikace pomocí psaného slova, tedy s tužkou a papírem. Ty méně ale také užívané způsoby k usnadnění komunikace jsou s pomocí abecední tabulky a komunikačních karet. Poslední a také málo užívané způsoby jsou pomocí gest, magnetických tabulek a obrázků. Informováni o všech náhradních komunikačních systémech pacienti dle mého šetření nejsou, ale zároveň si myslí, že zdravotnický personál o nich informován je. Více jak polovina respondentů by uvítala více informací v oblasti komunikace. Uváděli to z toho důvodu, že kdyby měli tyto informace, mohli zvolit efektivnější nebo účinnější komunikaci. Většina rodin pacientů s TSK také neví o

možnostech komunikace s nimi. Omezená informovanost ale polovině dotazovaných pacientů nevadila a komunikace s rodinou se jim zdála dostačující. K uspokojování všech bio-psycho-sociálních a spirituálních potřeb u těchto pacientů bohužel nedochází. Pacienti s TSK se dožadají pouze fyziologických, tedy bio potřeb. Psychologickými a sociálními jednak nechtějí zatěžovat personál a navíc z mého šetření vyplývá, že na uspokojování těchto potřeb nemá personál dostatek času.

Přínosem této práce je upozornění na tuto problematiku, které se dle mého názoru věnuje málo publikací. Zdravotnický personál by se měl zároveň zamyslet nad tím, kolik času věnuje obecně komunikaci s pacienty. S tracheostomovanými je komunikace dle mého názoru ještě potřebnější. Je to z důvodu tohoto stavu, který pro ně představuje náročnou životní situaci. Nemožnost verbálního projevu, neschopnost dostatečně vyjádřit své emoce, potřeby a přání vedou k pocitům nejistoty, strachu, beznaděje a také k sociální izolaci. Vše je navíc často ztíženo závažností základní diagnózy, jež zásadním způsobem ovlivňuje fyzickou, ale také sociální oblast nemocného. Výstupem práce je příručka pro sestry v oblasti dorozumívání s pacienty s TSK.

SEZNAM LITERATURY

1. BENDO VÁ, Petra. *Alternativní a augmentativní komunikace 1*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2013, 103 s. ISBN 978-80-244-3703-3.
2. CASSELL, Eric J. *Talking with Patients*. 2. Print. Cambridge (Mass.): Massachusetts Institute of Technology, 1987, 13,223 s.
3. ČERNÝ, Vojtěch. *Řeč těla: [neverbální komunikace pro obchodníky i pro běžný život]*. 2. vyd. Brno: Edika, 2012, 296 s. ISBN 978-80-266-0124-1.
4. DLOUHÁ, Olga a Libor ČERNÝ. *Foniatric*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2012, 152 s. ISBN 978-80-246-2048-0.
5. DRŠATA, Jakub. *Foniatric - hlas*. 1. vyd. Editor Viktor Chrobok. Havlíčkův Brod: Tobiáš, 2011, 321 s. Medicína hlavy a krku. ISBN 978-80-7311-116-8.
6. DVOŘÁK, Josef. *Logopedický slovník: [terminologický a výkladový]*. 3., upr. a rozš. vyd. Žďár nad Sázavou: Logopedické centrum, 2007, 248 s. Logopaedia clinica. ISBN 978-80-902536-6-7.
7. EXNEROVÁ, Stanislava. *Komunikace pro zdravotní sestry*. Vyd. 1. Liberec: Technická univerzita, 2006, 146 s. ISBN 80-7372-096-5.
8. FREI, Jiří a LOUDOVÁ, Soňa. *Manuál pro zpracování diplomové práce*. 1. vyd. V Plzni: Západočeská univerzita, 2013. ISBN 978-802-6101-673.
9. HAHN, Aleš. *Otorinolaryngologie a foniatric v současné praxi*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007, 390 s. ISBN 978-80-247-0529-3.
10. CHROBOK, Viktor, Jaromír ASTL a Pavel KOMÍNEK. *Tracheostomie a koniotomie: techniky, komplikace a ošetrovatelská péče*. Praha: Maxdorf, c2004, 170 s., xvi s. barev. obr. příl. Intenzivní medicína. ISBN 80-7345-031-3.
11. JANÁČKOVÁ, Laura a Petr WEISS. *Komunikace ve zdravotnické péči*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2008, 134 s. ISBN 978-80-7367-477-9.
12. JANOVCOVÁ, Zora. *Alternativní a augmentativní komunikace: učební text*. 2. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2010, 52 s. ISBN 978-80-210-5186-7.
13. JEDLIČKA, I. *Fyziologie tvorby hlasu*. In: ŠKODOVÁ, E., JEDLIČKA, I A KOL. *Klinická logopedie*. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-546-6

14. KAPOUNOVÁ, Gabriela. *Ošetrovatelství v intenzivní péči*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2007, 350 s., [16] s. barev. obr. příl. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-1830-9.
15. KEJKLÍČKOVÁ, Ilona. *Logopedie v ošetrovatelské praxi*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2011, 128 s. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-2835-3.
16. KLENKOVÁ, J. *Logopedie*. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1110-9
17. KNAPCOVÁ, Margita a Marcela JAROLÍMOVÁ. *Výměnný obrázkový komunikační systém - VOKS*. [2. vyd.]. Praha: Institut pedagogicko-psychologického poradenství ČR, 2006, 2 sv. ISBN 80-86856-14-3.
18. KRAHULCOVÁ, Beáta. *Komunikace sluchově postižených*. Vyd. 2. Praha: Karolinum, 2002, 303 s. ISBN 8024603292.
19. KREJČÍŘOVÁ, Olga. *Alternativní a augmentativní komunikace v praxi pracovníků sociálních služeb: komplexní vzdělávání pracovníků v sociálních službách poradensko informačního centra II*. 1. vyd. Vsetín: Vzdělávací a komunitní centrum Integra, 2011, 1 CD-ROM. ISBN 978-80-260-0058-7.
20. KUBOVÁ, Libuše. *Piktogramy: metodická příručka : [učebnice pro učitele pomocných škol a přípravných stupňů pomocných škol]*. Praha: Tech-market, 1997, 55 s. ISBN 80-86114-00-7.
21. LAUDOVÁ, L. Alternativní a augmentativní komunikace. In: ŠKODOVÁ, E., JEDLIČKA, I. A KOL. *Klinická logopedie*. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-546-6
22. LECHTA, V. *Základní vymezení oboru logopedie*. In: ŠKODOVÁ, E., JEDLIČKA, I. A KOL. *Klinická logopedie*. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-546-6
23. LECHTA, Viktor. *Diagnostika narušené komunikační schopnosti*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2003, 359 s. ISBN 80-7178-801-5.
24. LEJSKA, Mojmír. *Poruchy verbální komunikace a foniatrie*. Brno: Paido, 2003, 156 s. ISBN 80-7315-038-7.
25. LINHARTOVÁ, Věra. *Praktická komunikace v medicíně: pro mediky, lékaře a ošetrující personál*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007, 152 s. ISBN 978-80-247-1784-5.

26. LUKÁŠ, Jindřich. *Tracheostomie v intenzivní péči*. 1. vyd. Praha: Grada, 2005, 119 s., 8 s. obr. příl. Malá monografie (Grada). ISBN 80-247-0673-3.
27. MARKOVÁ, Marie a Jaroslava FENDRYCHOVÁ. *Ošetřování pacientů s tracheostomií*. Vyd. 1. Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně, 2006, 101 s. ISBN 80-7013-445-3.
28. MAZANEC, R.. Amyotrofická laterální skleróza [online]. c 26. 3. 2007 [cit. 12.2 2014]. Dostupný na www: <http://zdravi.e15.cz/clanek/priloha-lekarske-listy/amyotrofikalateralni-skleroza-298590>
29. MIŠUN, Vojtěch. *Tajemství lidského hlasu*. 1. vyd. V Brně: VUTIUM, 2010, 391 s. ISBN 978-80-214-3499-8.
30. MLČÁKOVÁ, Renata a Kateřina VITÁSKOVÁ. *Základy logopedie a organizace logopedické péče*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2013, 135 s. ISBN 978-80-244-3722-4.
31. MORAVCOVÁ, L., RYBOŘOVÁ, E., BATKOVÁ, S. *Totální laryngektomie z pohledu klienta i zdravotníka*. Sestra, 2010, roč. 20, č. 10, s. 62-63.
32. NOVÁK, Alexej. *Foniatrie a pedaudiologie*. 2. přeprac. vyd. V Praze: A. Novák, 2000, 176 s.
33. NOVÁKOVÁ, Iva. *Ošetřovatelství ve vybraných oborech: dermatovenerologie, oftalmologie, ORL, stomatologie*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011, 235 s. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3422-4.
34. OBEŠLOVÁ, Miluše. *Lidský hlas: z pohledu anatomie, fyziologie, foniatrie a vyšetřovacích metod*. 1. vyd. Hradec Králové: Tandem, 2014, 74 s. ISBN 978-80-86901-22-0.
35. PAFKO, Pavel a Svetozár HARUŠTIAK. *Praktická chirurgie trachey*. 1. vyd. Praha: Galén, c2001, 111 s. ISBN 80-7262-069-x.
36. PLAŇAVA, Ivo. *Průvodce mezilidskou komunikací: přístupy - dovednosti - poruchy*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2005, 146 s. Psyché (Grada). ISBN 80-247-0858-2.
37. POKORNÁ, Andrea. *Efektivní komunikační techniky v ošetřovatelství*. 2. přepr. vyd. Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2007, 100 s. ISBN 9788070134665.

38. RUSSEL, C. MATTA, B. *Tracheostomy: a multiprofessional handbook*. 1.vyd. London: Greenwich Medical Media, 2004. 377 s. ISBN 1-84110-152-4.
39. SLOWÍK, Josef. *Speciální pedagogika: prevence a diagnostika, terapie a poradenství, vzdělávání osob s různým postižením, člověk s handicapem a společnost*. Vyd. 1. Praha: Grada, Pedagogika (Grada). ISBN 978-802-4717-333. ?
40. SOVÁK, Miloš a Bohuslav HÁLA. *Hlas, řeč, sluch: základní věci z fonetiky a logopedie*. 3., přeprac. vyd. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1955, 351 s. Dědictví Komenského (Státní pedagogické nakladatelství), kn. 658.
41. ŠAROUNOVÁ, Jana. *Metody alternativní a augmentativní komunikace*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2014, 150 s. ISBN 978-80-262-0716-0.
42. ŠEVČÍK, Pavel, Vladimír ČERNÝ a Jiří VÍTOVEC. *Intenzivní medicína*. 2., rozš. vyd. Praha: Galén, c2003, 422 s. ISBN 80-7262-203-x.
43. ŠEVČÍK, Pavel, Vladimír ČERNÝ a Jiří VÍTOVEC. *Intenzivní medicína*. 1. vyd. Praha: Galén, 2000, xxiv, 393 s. ISBN 8072620428.
44. ŠKODOVÁ, Eva a Ivan JEDLIČKA. *Klinická logopedie*. 2., aktualiz. vyd. Praha: Portál, 2007, 615 s., viii s. barev. obr. příl. ISBN 978-80-7367-340-6.
45. ŠKRVŇÁKOVÁ, J. *Kompenzační techniky pro nemocné s dlouhodobou tracheostomií*, Sestra. Praha: 2010, roč. 20, č. 11, s. 76 ? 77. ISSN 1210-0404.
46. TEGZE, Oldřich. *Neverbální komunikace*. Vyd. 1. Praha: Computer Press, 2003, ix, 482 s. Business books (Computer Press). ISBN 80-7226-429-x.
47. VALENTA, Josef. *Manuál k tréninku řeči lidského těla: (didaktika neverbální komunikace)*. 1. vyd. Kladno: AISIS, 2004, 259 s. ISBN 80-239-2575-x.
48. VENGLÁŘOVÁ, Martina a Gabriela MAHROVÁ. *Komunikace pro zdravotní sestry*. Praha: Grada, c2006, 144 s. Sestra (Grada). ISBN 80-247-1262-8.
49. VITÁSKOVÁ, K., PEUTELSCHMIEDOVÁ, A. *Logopedie*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 80-244-1088-5
50. VYBÍRAL, Zbyněk. *Psychologie lidské komunikace*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2000, 263 s. ISBN 80-7178-291-2.
51. VYMĚTAL, Štěpán. *Krizová komunikace a komunikace rizika*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2009, 176 s. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-2510-9.

52. VYTEJČKOVÁ, Renata. *Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné II: speciální část*. 1. vyd. Praha: Grada, 2013, 272 s., xvi s. obr. příl. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3420-0.
53. ZIKL, Pavel. *Využití ICT u dětí se speciálními potřebami*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2011, 127 s. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-247-3852-9.
54. *Komunikace jedince s tracheostomií*. Brno, 2014. Diplomová. Masarykova univerzita.

SEZNAM ZKRATEK

TSK.....	Tracheostomická kanyla
PDT.....	Punkční dilatační technika
UPV.....	Umělá plicní ventilace
JIP.....	Jednotka intenzivní péče
ARO.....	Anesteziologicko-resuscitační oddělení
DIP.....	Dlouhodobá intenzivní péče
WHO, SZO.....	Světová zdravotnická organizace
AAK.....	Alternativní a augmentativní komunikace

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. 1 – Písemný souhlas od zdravotnického zařízení

Příloha č. 2 – Postavení hlasivek

Příloha č. 3 – Kovové TSK

Příloha č. 4 – Plastová TSK s možností odsátí sekretu ze subglotického prostoru

Příloha č. 5 – Abecední tabulka

Příloha č. 6 – Komunikační karty

Příloha č. 7 – Fotografie s činnostmi pro usnadnění komunikace

Příloha č. 8 – Bliss systém

Příloha č. 9 – Makaton

Příloha č. 10 – Komunikační tabulka

Příloha č. 11- Plastová TSK s nasazenou mluvící chlopní

Příloha č. 1

Písemný souhlas od zdravotnického zařízení

Vážená paní

Martina Peterová, Bc.

Studentka oboru Ošetrovatelství ve vybraných klinických oborech
Fakulta zdravotnických studií - Katedra ošetrovatelství a porodní asistence
Západočeská univerzita v Plzni

Povolení sběru informací ve FN Plzeň

Na základě Vaší žádosti Vám jménem Útvaru náměstkyně pro ošetrovatelskou péči FN Plzeň **povoluji** Vaše šetření ve FN Plzeň, v souvislosti s vypracováním Vaší diplomové práce s názvem „Komunikace s pacientem se zavedenou tracheostomickou kanylou“. Vaše šetření bude probíhat pomocí rozhovorů, vedených s pacienty.

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

- Vrchní sestra osloveného pracoviště souhlasí s Vaším postupem.
- Vaše šetření osobně povedete.
- Vaše šetření nenaruší chod pracoviště ve smyslu provozního zajištění dle platných směrnic FN Plzeň, ochrany dat pacientů a dodržování Hygienického plánu FN Plzeň. Vaše šetření bude provedeno za dodržení všech legislativních norem, zejména s ohledem na platnost zákona č. 372 / 2011 Sb., o zdravotních službách, v platném znění.
- Údaje o zdravotním stavu pacientů, které budou uvedeny ve Vaší diplomové práci, musí být anonymizovány.
- Po zpracování Vámi zjištěných údajů poskytnete Útvaru náměstkyně pro ošetrovatelskou péči FN Plzeň závěry Vašeho šetření (na níže uvedený e-mail) a budete se podílet aktivně na případné prezentaci výsledků Vašeho šetření na vzdělávacích akcích pořádaných FN Plzeň.

Toto povolení nezakládá povinnost respondentů s Vámi spolupracovat, pokud by spolupráci s Vámi respondenti považovali jako újmu či s rozhovorem nevyslovili souhlas. Účast respondentů na Vašem šetření je dobrovolná a je vyjádřením ochoty ke spolupráci oslovených respondentů / pacientů FN Plzeň s Vámi.

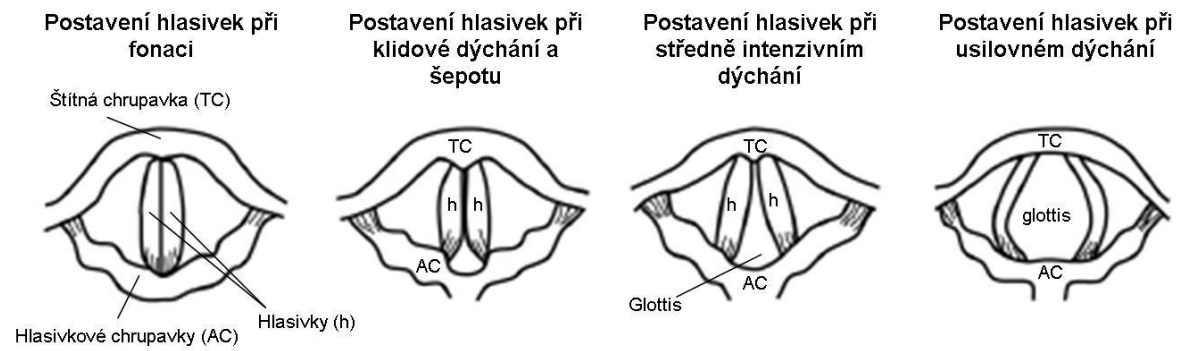
Přeji Vám hodně úspěchů při studiu.

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

Útvar náměstkyně pro oš. péči FN Plzeň
tel.. 377 103 204, 377 402 207
e-mail: chabrovas@fnplzen.cz

16. 3. 2015

Příloha č. 2



Příloha č. 3

Kovové TSK



Příloha č. 4

Plastová TSK s možností odsátí sekretu ze subglotického prostoru



Příloha č. 5.





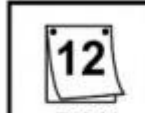
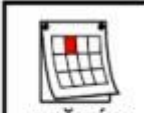




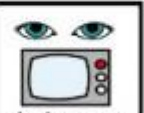

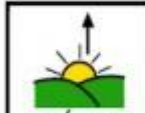
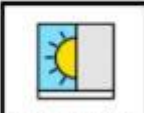

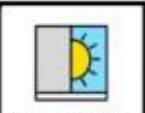
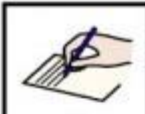

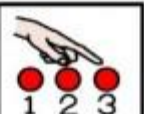


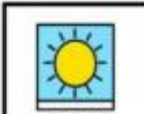

















Abeecední tabulka

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

Mimo Ch, Q

Příloha č. 6

Komunikační karty

ČINNOSTI				ČAS			
 MLUVÍ	 ZPÍVÁ	 TANCUJE	 HRAJE	 ROK	 MĚSÍC	 HODINA	 HODINY
 POSLOUCHÁ	 HRAJE SI	 DÍVÁ SE NA TELEVIZI	 UČÍ SE	 RÁNO	 DOPOLEDNE	 POLEDNE	 ODPOLEDNE
 PÍŠE	 ČTE	 POČÍTÁ	 KRESLÍ	 VEČER	 DEN	 NOC	
 MALUJE	 LEPÍ	 MODELUJE	 STRÍHÁ	 ČTVRT	 PŮL	 TŘÍČTVRTĚ	 CELÁ
 FOTÍ	 PLÁČE	 BOLÍ	 POMÁHÁ	 SNÍDANĚ	 SVACINA	 OBĚD	 VEČEŘE

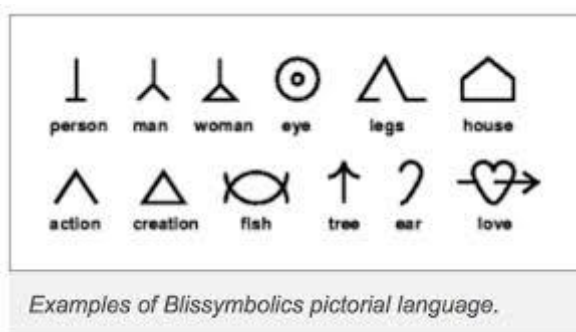
Příloha č. 7


























Fotografie s činnostmi pro usnadnění komunikace



Příloha č. 8

Bliss systém



 MUMMY/ MOTHER/MUM	 <i>Tap twice</i>	 DINNER (1)	
 DADDY/ FATHER/DAD	 <i>Tap twice</i>	 DINNER (2)	 <i>Make small circular movement with upper hand and simultaneously flutter fingers</i>
 BROTHER	 <i>Rub knuckles</i>	 FOOD (1)	 <i>Tap once</i>
 SISTER	 <i>Tap middle of nose twice</i>	 FOOD (2)	
 DRINK, A (1)	 <i>Small movement</i>	 WATER (2) (Drink Of)	
 BISCUIT	 <i>Tap twice</i>	 TOILET	 <i>Small movement</i>
		 BED	

Příloha č. 10

Komunikační tabulka

 <p>UČIT SE</p>	 <p>ŘÍDIT</p>	 <p>UKLIDIT KOUPELNU</p>	 <p>UKLIDIT KUCHYŇ</p>
 <p>OTŘÍT STŮL</p>	 <p>ZAVŘÍT OKNO</p>	 <p>NAJÍT</p>	 <p>UTRHNOUT wc PAPÍR</p>
 <p>TÁHNOUT</p>	 <p>OTEVŘÍT OKNO</p>	 <p>TLAČIT</p>	 <p>ZVEDNOUT</p>

Příloha č. 11

Plastová TSK s nasazenou mluvicí chlopní

