

**Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta**

**Využití piktogramů ke zkvalitnění komunikace s tracheostomovaným
a laryngektomovaným klientem**

DIPLOMOVÁ PRÁCE

Vedoucí práce:
Mgr. Chloubová Ivana

Autorka práce:
Bc. Štanglová Marcela

2010

Abstrakt

Využití piktogramů ke zkvalitnění komunikace s tracheostomovaným a laryngektomovaným klientem.

Tato práce je zaměřena na zkvalitnění komunikace tracheostomovaným a laryngektomovaným klientům. Toto téma jsem si zvolila, protože si myslím, že komunikace mezi lidmi je velmi důležitá. Pokud se vyskytne v komunikaci nějaká překážka, přináší to do života člověka mnoho problémů a zcela jistě je to i velmi stresující. Provedením tracheostomie i laryngektomie vzniká překážka ve verbální mluvené komunikaci a proto je důležité se touto problematikou zabývat a zaměřit se na pomoc těmto klientům.

Slovo komunikace vzniklo z latinského slova *communicatio*, které původně znamenalo vespolečné účastnění a *communicare*, které znamená činit něco společným nebo něco společně sdílet. To znamená, že původní rozumění pojmu komunikace bylo širší, než je dnes. Dnes slovníky definují komunikaci např. jako proudění informací ze zdroje k příjemci. Obecně se komunikace dělí na verbální a neverbální. Po provedení tracheostomie jsou hlasivky vyřazeny ze své funkce a při laryngektomii dochází k jejich odstranění. U těchto klientů potom dochází, ať už dočasně či trvale, k narušení verbální mluvené komunikace. Existuje více způsobů, jak lze mluvenou verbální komunikaci nahradit. Jako náhrada se ovšem nejčastěji používá verbální komunikace psaná. Myslím si, že do péče o tyto klienty by bylo vhodné zařadit i piktogramy. Piktogramy, jsou karty s obrázky. Pokud jsou používány ke komunikaci v nemocnici, bývají doplněné slovy či krátkými větami, které jasně vyjadřují příslušný pojem či pocit. Karty by měly pomoci klientovi, který má problémy s verbální komunikací, ale i zdravotnickému personálu. Proto jsme si dali za cíl vytvořit piktogramy a uvést je do praxe, dále zjistit, zda používání piktogramů přispěje v praxi ke zkvalitnění komunikace sester s tracheostomovaným nebo laryngektomovaným klientem a zjistit, zda má použití piktogramů vliv na spolupráci rodiny tracheostomovaného nebo laryngektomovaného a zdravotnického týmu. Zajímalo nás také, zda klienti i sestry doporučí nebo nedoporučí používat piktogramy nadále v praxi.

Abstract

Use of pictograms to improve communication with a tracheostomized and laryngectomized patient.

This work is focused on communication improvement in tracheostomized and laryngectomized patients. I have chosen the topic because, according to my opinion, communication between people is very important. If there is an obstacle on communication, it brings about a lot of problems in human life which is very stressful indeed. By tracheostomy and laryngectomy performing, a barrier in spoken verbal communication arises and therefore it is important to address this issue and focus ourselves on the help to these patients.

The word communication originated from the Latin *communicatio*, which originally meant sharing of attributes, and *communicare* which means to impart, share, or make common. This means that the original interpretation of the term communication was originally wider than it is today. Today's dictionaries define communication as a flow of information from a source to a recipient. In general, communication can be divided into verbal and nonverbal. After tracheostomy the function of vocal cords is disabled and laryngectomy means a surgical removal of the larynx. In these clients, either temporarily or permanently, disruption in spoken verbal communication occurs. There are several ways how to compensate the spoken verbal communication. As a substitute, however, the most frequently used is the written verbal communication. According to my opinion it would be appropriate to include pictograms into the care of these patients. Pictograms are cards with pictures. When they are used for communication in hospital, they are supplemented with words or short phrases that clearly express the particular notion or feeling. The cards are supposed to help a client who has problems with verbal communication, but also health care workers. Therefore we set a goal to create pictograms and bring them into practice, then to determine whether the use of pictograms in practice contribute to a better communication between nurses and a tracheostomized or a laryngectomized patient and to find out whether the

use of pictograms has an influence on cooperation between the family of a tracheostomized or laryngectomized patient and members of the health care team. We also wondered if patients and nurses would recommend or would not recommend the continued use of pictograms in practice.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci na téma „Využití piktogramů ke zkvalitnění komunikace s tracheostomovaným a laryngektomovaným klientem“ vypracovala samostatně pouze s použitím literatury a pramenů uvedených v seznamu citované literatury. Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své diplomové práce, a to v nezkrácené podobě, Zdravotně sociální fakultou elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách.

V Českých Budějovicích, dne 28.04.2010

.....

Marcela Štanglová

Děkuji Mgr. Chloubové Ivaně za pomoc a odborné vedení, cenné rady a připomínky při zpracování této diplomové práce.

OBSAH

Úvod	3
1. Současný stav.....	4
1.1 Komunikace	4
1.1.1 Sociální komunikace	4
1.1.2 Funkce a motivace komunikace	5
1.2 Oblasti lidské komunikace	5
1.2.1 Druhy komunikace podle prostředí a role	6
1.3 Komunikační proces	7
1.4 Komunikační distance	8
1.5 Verbální komunikace	9
1.5.1 Řeč	9
1.5.2 Hlas	11
1.6 Neverbální komunikace	12
1.6.1 Dělení neverbální komunikace	12
1.6.2 Piktogramy.....	14
1.7 Anatomie a fyziologie.....	15
1.7.1 Hrtan	15
1.7.2 Trachea	16
1.8 Laryngektomie.....	16
1.9 Tracheostomie	17
1.10 Ošetrovatelská péče o nemocné s laryngektomií a tracheostomií.....	18
1.11 Psychologická stránka průběhu nemoci	25
1.11.1 Jak se člověk stane pacientem/ klientem	26
1.11.2 Nemoc jako zátěžová situace a její zvládnutí.....	27
2. Cíle práce a hypotézy	28
2.1 Cíle práce	28
2.2 Hypotézy	29
3. Metodika	30

3.1 Použité metody a techniky	30
3.2 Charakteristika sledovaného souboru.....	30
4. Výsledky.....	31
4.1 Zpracování otázek z dotazníku pro pacienty v programu SPSS	31
4.2 Zpracování otázek z dotazníku pro sestry v programu SPSS.....	51
5. Diskuze.....	71
6. Závěr	77
7. Seznam použité literatury	79
8. Klíčová slova.....	85
9. Přílohy.....	86

Úvod

V dnešní době stále přibývají případy, které vedou k provedení tracheostomie. Tracheostomie je chirurgické vyústění průdušnice na povrch těla - krku. Provádí se především k zajištění dýchacích cest, kdy hlavním cílem je zabezpečení přístupu vzduchu do plic. Stavů vedoucích k provedení tracheostomie je skutečně mnoho. Dříve to byly nejčastěji mechanická obstrukce dýchacích cest, retence sekrece v dýchacích cestách a respirační insuficience. V posledním desetiletí se provádí také pro zlepšení dechové práce a toalety dýchacích cest. Mezi stavy často dočasně končícími tracheostomií patří např. epiglotitida, subglotická laryngitida s dekompenzací a dechovou tísní, dále krvácení v oblasti hrtanu a nad hrtanem při traumatech v oblasti hlavy a krku, intubace trvající déle než 7 dní (ARO, JIP), karcinom hrtanu a velké stomatologické operace. Dále se provádí u nemocných s chronickým zánětem průdušek a plic, kdy je důležité zajistit tracheální toaletu, nebo u kardiopulmonální insuficience. V poslední době s rozvojem medicíny klientů s tracheostomií stále přibývá.

Provedením tracheostomie dochází k tomu, že vydechovaný vzduch neprochází přes hlasivky a tím dojde k vyřazení hlasivek z jejich funkce. Projevuje se to tak, že klient není schopen verbální komunikace. To je pro klienty velmi stresující, obzvláště tehdy, pokud je výkon proveden neodkladně, urgentně, kdy stav ohrožuje klienta na životě a na provedení psychické přípravy je velmi málo času nebo dokonce žádný čas není. Proto je klient po probuzení z narkózy často vystrašený a je nucen zvolit náhradní druh komunikace, neverbální komunikaci. Zde se nejčastěji volí dorozumívání pomocí tužky a papíru, tabulka s písmeny nebo gesta a odezírání.

Tato diplomová práce se zaměřuje na usnadnění komunikace tracheostomovaným a laryngektomovaným klientům. Používání piktogramů, které byly vytvořeny pro toto šetření, by mělo klientům pomoci usnadnit komunikaci s okolím i se sestrou. Dále by mohly přispět i k lepší spolupráci rodiny se zdravotnickým týmem. Zda skutečně usnadnily komunikaci klienta a zda vedly k lepší spolupráci rodiny klienta se zdravotnickým týmem, to nám zodpoví výsledky šetření uvedené v této diplomové práci.

1. Současný stav

1.1. Komunikace

Slovo komunikace vzniklo z latinského slova *communicatio*, které původně znamenalo vespolné účastnění, a *communicare*, které znamená činit něco společným nebo něco společně sdílet. To znamená, že původní rozumění pojmu komunikace bylo širší, než je dnes. Dnes slovníky definují komunikaci např. jako proudění informací ze zdroje (jednoho bodu) k příjemci (druhému bodu). Psychologové rozumí komunikační výměnou sdělování, ale i sdílení. Nikoli jen proudění a předávání informace, ale i podílení se na komunikaci třeba jen tím, že jsme přítomni. Komunikujeme, i když jen přihlížíme slovní výměně například mezi dvěma účastníky, protože pokud bychom tam nebyli, mohly by informace proudit jinak nebo být i jiné (11, 52).

1.1.1. Sociální komunikace

Sociální komunikaci můžeme vymezit v širším i užším smyslu slova.

V širším smyslu slova sociální komunikace znamená interakci mezi dvěma a více lidmi, přitom se tito lidé mohou, ale i nemusí navzájem znát. Je to způsob komunikace, kdy do popředí vystupuje neverbální složka komunikace. Taková sociální komunikace probíhá například v čekárnách, kde lidé sedí potichu, ale navzájem se vnímají, registrují pohyby a polohu těl, gestikulaci či chůzi (26).

V užším slova smyslu je sociální komunikace proces výměny – odesílání a přijímání zpráv (26).

Sociální komunikace je nejenom sdělování informací, ale i sdílení informací mezi dvěma a více lidmi. Sdělování a sdílení informací může probíhat slovně (verbálně), ale i mimoslovně (neverbálně). Sociální komunikace neprobíhá nikdy jenom jednostranně, ale vždy oboustranně nebo vícestranně, podle toho, kolik lidí se nachází ve společném prostoru. Sociální komunikace určuje i to, jaký bude vztah mezi komunikujícími lidmi (7, 24).

1.1.2. Funkce a motivace komunikace

Každá komunikace má většinou svůj účel (funkci) a smysl. Mezi hlavní funkce komunikování patří : informovat, instruovat, přesvědčit, vyjednat či domluvit se nebo pobavit. Z toho vyplývá, že komunikační výměna může plnit jednu i více funkcí najednou (52).

To, co nás vede ke komunikaci, nazýváme motivací. Motivaci lze dělit na motivaci kognitivní – to je potřeba něco sdělit, vyjádřit se, podělit se o myšlenku, názor atd. nebo motivaci zjišťovací či orientační- ptáme se, abychom se ve světě, tématu aj. orientovali. Děje se tak dotazováním. Další motivací je motivace sdružovací – účelem je navázat kontakt, vztah, uspokojit potřebu bližšího kontaktu s jinou osobou. Další je motivace sebepotvrzovací – komunikováním s druhými nalézáme, rozvíjíme svou osobní identitu, stáváme se sami sebou. Dále rozlišujeme motivaci adaptační – jedná se o sociální integraci, začlenění, přizpůsobení se okolí, profesní či životní roli nebo motivace přesilová – z potřeby uplatnit se, upoutat na sebe pozornost, vyniknout ve srovnání s druhými (být lepší, vtipnější atd.), dále je motivace požitkářská – potřeba rozptýlit se, odpočinout si, uniknout od starostí, flirtovat, bavit se na úkor druhého. Nebo motivace další – jsou to např. zamluvit choulostivé téma, rozptýlit podezření druhého, vytvořit událost – skandál, zmást někoho atd. (52).

1.2. Oblasti lidské komunikace

Oblasti lidské komunikace lze rozdělit podle počtu zúčastněných osob od jedné (interpersonální komunikaci) do stovek, tisíců i miliónů (projevy k veřejnosti v televizi).

Pokud komunikuji se sebou samým, jedná se o interpersonální komunikaci. Jejím cílem je přemýšlet, uvažovat a analyzovat. Vede ke schopnosti poznání sama sebe, lepší schopnosti analyzovat a řešit problémy, lepší sebekontrolé, lepší schopnosti omezit stres a zvládat osobní konflikty aj. (8).

Dalším druhem interpersonální komunikace je komunikace mezi dvěma osobami. Jejím cílem je objevovat, navazovat vztahy, ovlivňovat, předstírat či pomáhat si. Vede k větší efektivitě při komunikaci s druhou osobou, k navazování a udržování efektivních

vztahů, k lepší schopnosti řešit konflikty, k lepší připravenosti na informativní nebo přijímací pohovory (8).

Další oblastí lidské komunikace je komunikace v rámci skupiny lidí. Cílem je dělit se o informace, produkovat nápady, řešit problémy, pomáhat si. Vede k větší efektivitě při členství v nějaké skupině, ke zlepšení vůdcovských schopností, k umění využít skupin ke specifickým účelům (řešení problémů, hledání nápadů) (8).

Poslední oblastí lidské komunikace je komunikace řečníka s posluchači – komunikace veřejná. Cílem je informovat, přesvědčovat či bavit. Vede k umění efektivněji informovat a přesvědčovat, ke zlepšení schopnosti připravovat, stylizovat, organizovat a pronášet projevy, komunikovat na internetu (8).

1.2.1. Druhy komunikace podle prostředí a role

Většina lidí komunikuje odlišně doma, v zaměstnání, obchodě, na úradě a jinde. Někdy může být komunikace ovlivněna i tím, jsou-li přítomni pouze páni, nebo jsou-li ve společnosti i dámy, či děti. Komunikace jednoho téhož člověka může být výrazně odlišná i podle prostředí (52).

Podle prostředí lze dělit komunikaci na intimní a párovou. Jedná se o komunikaci v soukromí, kdy partnery nikdo nesleduje. Jiná je soukromá komunikace partnerů, když jsou na veřejnosti. Dále může být jednostranně řízená komunikace s rozdělenými rolami, př. přijímací pohovor, výslech, rozhovor nadřízeného s podřízeným aj. Rozlišuje se i formální a neformální komunikace. Neformální komunikace je komunikace v malé primární skupině, například v rodině. Formální komunikace je komunikace řízená v malé skupině, například na schůzích či poradách. Rozlišuje se i komunikace jednoho člověka na veřejném prostranství, například vystoupení na předvolebním mítinku, grafiti aj., a komunikace v davu, například fanoušci. Při obchodování a uzavírání smluv jde o komunikaci obchodní. Komunikace může být i prostřednictvím masmédií – př. živě vysílané telefonáty v rozhlasu nebo televizi. Posledním druhem komunikace je komunikace interkulturální, zde se jedná o komunikaci v cizím prostředí (zahraničí), s cizincem.

Z tohoto dělení vyplývá, že každá situace vyžaduje po komunikujícím, aby vystupoval a komunikoval podle role. Jde o pozice s nestejným právem promluvit a prosadit se. Podstatou role je, že jde o naplňování očekávání, jež má většina lidí daného společenství spojená s chováním v určité pozici, profesi či situaci. Role má velký vliv i na sebepojetí člověka. Prestižní role ho může posilovat a naopak podřadná role ho může ponížít. Toto vše má velký vliv na další komunikace člověka (52).

1.3 Komunikační proces

Komunikují-li alespoň dva lidé spolu, něco se děje mezi nimi i uvnitř každého z nich a toto dění se nazývá komunikační proces (39).

V komunikačním procesu jsou rovnocenně zastoupeny jednotlivé složky komunikace a navzájem se prolínají. Mezi složky patří komunikátor (ten, kdo zprávu, sdělení vysílá), komunikant (ten, kdo zprávu, signál přijímá a dekóduje ji), obsah zprávy (komuniké), komunikační kanál, zpětná vazba a kontext, prostředí (11, 22, 26).

Aby ke komunikačnímu procesu mohlo dojít, musí být na jedné straně komunikátor, který kóduje informace v signál a na druhé straně komunikant. Komunikace se uskutečňuje prostřednictvím komuniké a komunikačního kanálu. Komunikačním kanálem může být zrak, sluch, čich, hmat, ale i dotyk. Komuniké (sdělení) může být zakódováno ve struktuře určitého druhu sensorických podnětů, v nichž je zakódován význam sdělení. Při komunikaci jde o akci komunikátora a reakci komunikanta. Komunikant může pasivně přijmout sdělení, anebo může na sdělení reagovat, to potom nazýváme komunikační interakcí, v níž se role komunikátora a komunikanta střídají (35).

Komunikační proces má tři fáze. 1. je zakódování sdělení do určité formy, signálu, např. mluvené řeči. Ve 2. fázi dochází k předání informace prostřednictvím komunikačního kanálu, např. obrazu či zvuku. 3. poslední fází je dekódování přijatého sdělení příjemcem. Při výměně informací se uplatňuje zpětná vazba. Zpětná vazba zahrnuje reakce komunikanta, ať už se jedná o reakci verbální, či neverbální. Komunikátor tak provádí kontrolu, zda komunikant správně dekodoval sdělení, zda jej

správně pochopil. Pokud tomu tak není, komunikant může provést odstranění deficitu informace korekcí obsahu sdělení. Tento proces nazýváme efektivní komunikací (35).

1.4. Komunikační distance

Distancí v komunikaci rozumíme na jedné straně vzdálenost měřitelnou na metry či centimetry a na druhé straně distanci psychologickou, například k někomu máme větší či menší odstup. Někdo je nám blízký a jiný vzdálený, někoho máme rádi blízko sebe, jiného raději daleko. Z toho vyplývá, že komunikační distance vyjadřuje souvislost mezi prostorovou a psychologickou vzdáleností. Distanční hranice lze ve společenském, osobním i intimním kontaktu nenásilně a obezřetně měnit (39).

Podle komunikační distance lze dělit sféru na veřejnou, společenskou, osobní a intimní. Všechny tyto sféry lze dále dělit podle vzdálenosti na větší a menší.

Větší veřejná sféra je ve vzdálenosti 750-900 cm. Při ní vnímáme více osob, skupinu, může se jednat o veřejný proslov. Sféra veřejná menší je ve vzdálenosti 350-750 cm. Při ní komunikant pečlivě volí slova, v zorném poli je i více osob (jedná se např. o přednášku) (39).

Větší společenská sféra je ve vzdálenosti 200-350 cm. Při ní se vnímají detaily, jako je plet', mimika (např. kontakty v zaměstnání, úřední jednání). Sféra společenská menší je ve vzdálenosti 120-200 cm. Zde je již zaměřenost komunikanta a komunikátora na detaily tváře, zejména oči (kontakty pracovní, společenské).

Větší osobní sféra je vzdálenost 75-120 cm. Obecně lze říci, že je to vzdálenost na délku paže. V této vzdálenosti jasně vnímáme detaily tváře, mluví se tišším hlasem (např. při sdělování důvěrné zprávy, při flirtování). Sféra osobní menší je vzdálenost 45-75 cm. Zde se k očnímu kontaktu připojuje i čich (například sdělování důvěrné informace nebo namlouvání) (39).

Větší intimní sféra je ve vzdálenosti 15-45 cm. Partneři jsou plně zaujati jeden druhým, mohou se přidat i doteky, mluví potichu (společenský tanec, milostná vyznání). A poslední je menší intimní sféra, která je ve vzdálenosti 0-15 cm. Zde dominuje čich

a doteky, oči mohou být přivřené či zavřené, mluví se šepotem nebo se mlčí (tanec, sex) (39).

Aby se komunikant i komunikátor při komunikaci cítili dobře a mohlo dojít k efektivní komunikaci, měli by oba dodržovat podle svých záměrů komunikační distance a předcházet tím i možným konfliktům při komunikaci.

1.5 Verbální komunikace

Verbální komunikace je komunikace pomocí společného jazyka, slov. Počátky slovního dorozumívání se podle nejnovějších výzkumů datují do doby před více než 60 000 lety, do doby člověka neandrtálského. Opravdové důkazy jsou písemně dochované památky, z nichž nejstarší jsou 5 tisíc let staré. Odhaduje se, že v historii lidstva existovalo asi 10 tisíc jazyků. Dnes se na Zemi lidé dorozumívají asi 6 tisíci jazyky (52).

Verbální komunikací se rozumí dorozumívání jedné, dvou a více osob. Děje se tak pomocí jazyka nebo jinými znaky jazykového systému (př. dorozumívání s dítětem pomocí slabik při výuce čtení). Verbální komunikování jednoho člověka je například diktování vlastních myšlenek na diktafon, kdy pozdějším příjemcem je sám komunikant. Člověk tak komunikuje sám se sebou, pro sebe (52).

1.5.1. Řeč

Člověk jako biologický druh *Homo sapiens* se od všech živočišných druhů na této planetě liší právě řečí. Řeč je spojena s vývojem lidského rodu a vývojem člověka. Řeč je nejen vlastností, ale také schopností člověka i lidstva. Každý zdravý člověk na světě mluví a tomu, komu je řeč z jakéhokoli důvodu odebrána, je tím odebrána nejvlastnější lidská schopnost. Řeč se u každého člověka vyvíjí spontánně. Zdravé dítě má pro řeč vrozené schopnosti a pokud žije v mluvícím prostředí, naučí se mluvit. Dítě se nerodí s nadáním pro určitý jazyk, ale pouze se schopností řeč přijmout a přivlastnit si ji (30).

Dítě se rodí s mozkiem, který má schopnost učení, tedy i učení se řeči. Toto učení probíhá ve dvou časových obdobích:

a) období obligatorní – to je od narození do věku 4-5 let. Poznatky přijaté v tomto období jsou do mozku jakoby vtisknuty, jejich otisk je trvalý- mateřská řeč. Není třeba si ji opakovat, nezapomíná se.

b) období fakultativní – to je po věku 4-5 let a trvá až do konce života. V tomto období, pokud se učíme cizímu jazyku, si slovíčka musíme mnohokrát opakovat, abychom je nezapomněli. Učení cizímu jazyku v této době vyžaduje spoustu času a energie (30).

Řeč má dvě stránky, které jsou spojené:

a) expresivní složku – produkce a vytváření řeči

b) receptivní složku – přijímání a porozumění řečovému sdělení (30).

Řeč má pro člověka zásadní význam, umožňuje mu rozvoj myšlení. Na jedné straně řeč přináší do lidského mozku pojmy, abstrakta, informace a na druhé straně řečí vyjadřujeme myšlenky, pocity aj. Zajímavé je, že i děti neslyšící mají stejný rozvoj abstraktního myšlení jako děti, které mluví. Přitom neslyšícím dětem jsou informace nabízeny pouze znakovou řečí, a i to pro rozvoj abstraktního myšlení stačí. Člověk jako jediný tvor na této planetě preferuje informaci v abstraktní formě. To znamená, že například slovo auto není skutečné auto, ale jen zvukový shluk náhodných hlásek (30).

Podle F.De Saussura, který rozlišuje řeč (le langage), jazyk (la langue) a mluvu (la parole), je řeč nadřazena jazyku i mluvě. Mluva je podle něj individuálním aktem vůle a inteligence. Jazyk je podle něj jen sociální částí řeči. Jazyk je stejnorodý, zatímco řeč je různorodá. Řeč tedy zahrnuje jazyk i mluvu (20).

Jazyk je předáván z generace na generaci, a to odposlechem či písmem. Je to systém řečových prostředků, který je vázán na určité sociální, etnické a národnostní skupiny. Jazyk se vyvíjí a mění i v čase.

Mluva je konkrétní sdělení předávané jazykem (30).

K tomu, aby každý zdravý člověk mohl mluvit, je zapotřebí určitých biologických předpokladů. Biologické základy řeči jsou tvořeny základy organickými a základy funkčními. Organické základy tvoří mozek, sluch, jemná motorika a základy funkční tvoří vyšší nervová soustava a zpětná akustická a motorická vazba.

Mozek se podílí na expresivní i receptivní složce řeči. Je nejdůležitějším podkladem pro řečové schopnosti, bez něho bychom nemluvili (30).

Sluch se také podílí na obou složkách řeči. Významněji se ovšem podílí v receptivní oblasti. Poškozený sluch, který by neumožňoval příjem řečových signálů, omezuje spontánní tvorbu řeči. Uplatňuje se i při akusticko- fonační zpětné vazbě.

Jemná motorika je název pro procesy ovlivňující schopnost provádět nejpřesnější i nejjemnější motorické pohyby. Jedná se o koordinaci, řízení a kontrolování všech oblastí, které se na jemné motorice podílejí. Je to proces automatický a je ovlivněn vůlí, má i schopnost učením se zlepšovat. Na jemné motorice se podílí tři oblasti. Je to oblast řídicí, výkonná a oblast nervových spojů. Oblast řídicí je schopnost CNS řídit a koordinovat pohyby. Oblast nervových spojů je schopnost jednotlivých nervů vést a předávat impulsy řídicí vlastní svalovou činností a oblast výkonná je schopnost svalů provádět vyžádané pohyby přesně a jemně (30).

Vyšší nervová činnost patří do funkčních základů a je to schopnost CNS provádět logické soudy a analýzy, řídí obsah řečového projevu, ale i řečovou strukturu. Bez ní by se řeč rozpadala.

Zpětná vazba akustická poskytuje mluvčímu kontrolu vlastního projevu. Kontrola se týká obsahu a způsobu řečového sdělení, zdůraznění jednotlivých součástí řeči. Mluvčí slyší, co a jak říká. Nedostatek této schopnosti se projevuje ztrátou melodiky, postižením sdělovací a komunikační kapacity řeči atd.

Zpětná vazba motorická zpětně kontroluje motorické pochody řečového projevu. Postižení této schopnosti vede k neschopnosti vyslovovat určité komponenty řeči (30).

1.5.2. Hlas

Hlas je charakteristický pro každého zdravého člověka. K tomu, aby vznikl, je zapotřebí nejenom kmitání hlasivek, ale součinnosti celého hlasotvorného aparátu a interakce jeho tří součástí. Tyto tři součásti jsou: dýchací ústrojí, vlastní fonační a rezonanční ústrojí hrtanu a CNS se zpětnovazebními mechanismy, které vše řídí a koordinují (50).

Kvalita hlasu je ovlivněna vrozenou anatomickou stavbou a fyziologickými schopnostmi hlasového ústrojí. Může být ovlivněna zlozvyky, vlivy životního prostředí, stárnutím, ale i nemocí postihující vlastní hlasové ústrojí.

Výška hlasu je dána frekvencí kmitů hlasivek za sekundu. Rychlé kmitání způsobuje vyšší hlas a změna napětí hlasivek umožňuje změnu výšky hlasu.

Hlas, pokud mu nasloucháme, nás informuje o duševním stavu člověka, zdraví i nemoci (50).

1.6. Neverbální komunikace

Neverbální komunikací rozumíme komunikaci beze slov. Ta zahrnuje způsoby držení těla a jeho pohyby, výrazy obličeje, pohledy a pohyby očí, změny vzdáleností mezi komunikujícími, druh oděvu a jeho barvy, dotyky, rychlost a hlasitost řeči a pomlky. Z toho vyplývá, že tělo komunikuje svými pohyby, gesty, ale také svým celkovým vzhledem (8, 11, 19, 43).

Lidé považují za nejdůležitější, nejhodnotnější a nejzajímavější neverbální komunikaci – řeč těla (43, 46). Řeč těla nám často prozradí více ze skutečných myšlenek a pocitů než mluvená řeč. Děje se tak proto, že je většinou řízena neuvědomovanou oblastí psychiky, nevědomím. Někdy může být zprostředkované sdělení řeči těla v protikladu ke sdělení verbálnímu. Toho využívají např. personalisté při výběru nového zaměstnance (7).

1.6.1. Dělení neverbální komunikace

Neverbální komunikaci lze rozdělit na gesta a pohyby těla (gestika a kinezika), postoje těla (posturologie), mimiku (výrazy tváře), pohledy očí, volbu a změnu vzdálenosti a zaujímání pozice při komunikaci (proxemika), dotyky (haptika), tón hlasu a neverbální aspekty řeči (extralingvistické prvky sdělení) a vlastní zjev, oblečení, zdobnost atd. (18, 19, 22, 24).

Gesta a pohyby těla vzbuzují pozornost, protože při neverbálním sdělení mohou plnit funkci komplexních jednotek, jako jsou slova. Gesto může někdy nahradit i větu (23, 40, 52). Například palec a ukazovák spojené do tvaru písmene o znamená, že je vše

v pořádku. Nebo palec vzhůru znamená, že je to dobrá práce atd. Při používání gest si ovšem musíme dát pozor, kde je používáme. U nás může použité gesto znamenat něco jiného než např. v Latinské Americe nebo Řecku a jinde (8).

Postoji těla lze také mnoho vyjádřit, například naše emoce. Nejsnáze z postoje těla poznáme, zda dotyčná osoba má strach, radost nebo je smutná, ale také zda si je jistá (sebejistá) atd. (46).

Nejvíce jsou emoce zachyceny ve výrazu tváře (mimice). Na hlavě si všímáme obočí a čela, očí, nosu i úst. Komunikujeme celou tváří, třeba jen pozvednutím obočí. Z obličejů komunikujícího poznáme, zda je osoba překvapena, zaskočena, je šťastná a směje se nebo se nám vysmívá, je smutná, pláče, má strach, prožívá hněv nebo k něčemu odpor atd. Mimika nám vypovídá mnoho o prožitcích komunikujícího (3, 40, 43, 46).

Pohledy očí také mnoho sdělujeme. Můžeme hledat zpětnou vazbu, soustředěně se díváme na druhého, jako bychom chtěli říci: „Co si myslíte, vyjádřete se“. Pohledem můžeme signalizovat i vztah, ať už pozitivní, ale i negativní. Vyhýbání se pohledům může signalizovat i nezájem. Důležitá je i délka pohledu. Obvykle je větší zrakový kontakt, když komunikující naslouchá, než když mluví. Pokud někdo chce vyjádřit svou dominanci, většinou tento model obrací. Pohledy a délkou pohledů lze vyjádřit skutečně mnoho (3, 8, 23).

Proxemika je to, jak člověk využívá prostoru a vzdálenosti při komunikaci. Z tělesného odstupu lze vyčíst i povahu vztahu. Důvěrnost signalizujeme přítomností v intimní zóně (do 60 cm). Potom je osobní zóna (60-120 cm), kdy tento odstup zaujmají většinou dobří přátelé a známí, rodinní příslušníci. Sociální zóna je 1,2-3,6 metru. Tento odstup se udržuje při sociální komunikaci, například nadřizený, podřizený. Vzdálenost větší než 3,6 metru je veřejná, využívá se při přednáškách atd. (7, 23, 40).

Haptika neboli komunikace dotyky. Dotyky můžeme vyjádřit pozitivní emoce (podporu, ocenění, zájem), můžeme jimi vyjadřovat hravost (náklonnost, agresivitu), můžeme jimi ovládat nebo usměrňovat chování druhého (podívej se na mně).

Rozlišujeme i rituální dotyky při pozdravu či loučení a funkční dotyky př. odstranění smítka z obličeje (8, 23, 40).

Do extralingvistických prvků sdělení patří vše, co se týká časového charakteru řeči (např. rychlost řeči, pomlky, skákání do řeči aj.) a hlasové dimenze (dynamika, tón hlasu) a zvuků (pazvuky) (7, 23).

Vlastní zjev, oblečení, zdobnost má podstatný vliv na „haló efekt“. Oblečením nebo účesem se můžeme hlásit i k určité skupině. Jinak bude asi oblečený dobře situovaný člověk, pohybující se ve vyšších kruzích, a jinak například bezdomovec. I volba barvy oblečení hraje důležitou roli. Např. bílá barva v Thajsku symbolizuje čistotu a v Japonsku je symbolem smrti a smutku. V Evropě je symbolem smutku černá barva (8, 23).

1.6.2. Piktogramy

Piktogramy jsou jednou z nejdůležitějších forem vizuální komunikace, překračují hranice jazyka i kultury. Nezáleží na tom, jakou řečí mluvíte, zda ovládáte zdejší jazyk, ani na tom, odkud jste. Mezi mezinárodně používané piktogramy patří např. znak první pomoci – červený kříž nebo znak jídla – vidlička a nůž aj. Piktogramy efektivně a rychle vyjadřují příslušný pojem (10).

Piktogramy slouží k rychlé orientaci všude tam, kde by se slovní vyjádření mohlo stát překážkou, např. v nemocnici, dopravě aj. Piktogramů lze využít ke komunikaci i v nemocnici. Uživatelé mohou pomocí piktogramů sdělit svému okolí své potřeby a pocity, příkazy, varování, instrukce, zážitky aj. (28).

Pokud se piktogramy používají ke komunikaci v nemocnici, jedná se o karty s obrázky, doplněné slovy či krátkými větami. Karty pomáhají klientovi, který má problémy s verbální komunikací (př. tracheostomovaný), ale i zdravotnickému personálu. Usnadňují komunikaci s ním (6, 44).

1.7. Anatomie a fyziologie

1.7.1. Hrtan

Hrtan (larynx) slouží k dýchání, uzávěru průdušnice a tvorbě hlasu. Je součástí dolních dýchacích cest. Skládá se z chrupavčité kostry, spojené klouby, svaly a vazy. Je uložen ve střední části krku. Hrtan je všestranně pohyblivý (např. při polykání a fonaci) díky závěsu na jazylce a volnému spojení s okolím pomocí prelaryngeální svaloviny a dolnímu svěrači hrtanu. Kostro hrtanu tvoří 9 chrupavek. Základem hrtanu je prstencová chrupavka, na níž je postavena chrupavka štítná. Do ní je vsazena chrupavka příklopky. Funkčně významné jsou párové hlasivkové chrupavky a arytenoidní chrupavky. K výběžkům této chrupavky se upínají svěrače, rozvěrače a napínače hlasivek i ligamentum vocale. Z frontálního řezu má hrtan tvar přesýpacích hodin. Glottis tvoří rovinu úrovně hlasivek. Prostor nad hlasivkami se nazývá supraglottis a pod nimi infraglottis. Glottis je ohraničena párem hlasivek. Hlasivky jsou tvořeny ze dvou třetin ligamentem a z jedné třetiny chrupavkou. Svalovina hrtanu je vnější a vnitřní. Vnitřní svalovina má význam při fonaci a vnější spíše při polykání. Cévní zásobení hrtanu je a. karotis ext. a a. thyroidea sup.. Stejnou žilou se vrací krev do v. jugularis int. Inervace hrtanu jak sensorická, tak i motorická je zajištěna X. hlavovým nervem. N. laryngeus recurrens zajišťuje inervaci vnitřních hrtanových svalů (13).

Funkce hrtanu jsou dvě. První je uzávěr dolních cest dýchacích při polykání a druhá je tvorba hlasu. Hlas je tvořen na principu dvou protilehlých hlasivek, kdy sevřená glottis je periodicky rozrážena tlakem vzduchu pod hlasivkami. Výška hlasu je určována postavením, délkou a napětím hlasivek a tlakem vydechovaného vzduchu (13). „Vokály (samohlásky) mají povahu tónu a jsou tvořeny hlasem do určitým způsobem natvarovaných otevřených prostor mluvidel, naopak konsonanty (souhlásky) se tvoří šumem, vznikajícím třením výdechového vzduchu v úžinách nebo uzávěrech určitých etází mluvidel (kořen jazyka a patro, špička jazyka a patro, horní a dolní ret aj.). Síla hlasu je dána velikostí rozkmitu hlasivek a ten je určován mohutností výdechového proudu vzduchu.“ (Hybášek, 2006, str. 51).

1.7.2. Trachea

U dospělého člověka je trachea dlouhá asi 10-13 cm a průsvit je asi 13-20 mm. Je zavěšena na chrupavce prstencové. Ve výši Th 6 leží bifurkace, z které odstupuje pravý bronchus. V této oblasti odstupuje od průdušnice i levý bronchus, ovšem s větším odklonem od osy než pravý bronchus. Arteriální zásobení je z a. thyroidea, která odstupuje z aorty. Inervaci zajišťuje X. hlavový nerv. Sliznice hrtanu je tvořena respiračním epitelem s řasinkami. Ve sliznici se nacházejí smíšené sekreční žlázy, které produkují hlen (13).

1.8. Laryngektomie

Laryngektomie je odstranění hrtanu a hlasivek, kdy se v souvislosti s tímto výkonem provede trvalé vyústění průdušnice navenek – tracheostomie a zavede se tracheostomická kanyla. Laryngektomii rozlišujeme totální, kdy se odstraňují celé hlasivky, nebo parciální, kdy se odstraní jen část hlasivek (31).

První úspěšně provedená totální laryngektomie byla provedena v roce 1866 Watsonem. Dalšími pokračovateli byl v roce 1873 Billroth, v roce 1874 Berichten von Gussenbauer a v roce 1875 Langenbek (7).

Laryngektomie se provádí výhradně u maligních nádorů hrtanu a hlasivek. Maligní nádory hrtanu jsou nejčastější malignitou v ORL oblasti a postihují 9krát častěji muže než ženy. Výskyt tohoto onemocnění stále stoupá. Nejčastější maligní tumor, který se zde vyskytuje, je dlaždicový karcinom. Výjimečně se vyskytuje adenokarcinom nebo neurokrinní tumor (33, 41).

V klinické praxi se používá klasifikace nádorů podle TNM systému. TNM systém odráží míru růstu a rozsah nádoru. Umožňuje dělení nádorů do stádií v době stanovení diagnózy. TNM systém je založen na popisu tří složek:

T – vyjadřuje rozsah primárního nádoru (uvádí se T0-T4).

N – vyjadřuje nepřítomnost či přítomnost a rozsah metastáz v regionálních uzlinách (uvádí se N0-N3).

M – vyjadřuje přítomnost či nepřítomnost vzdálených metastáz (37).

1.9. Tracheostomie

Tracheostomie je operační výkon, při kterém se postupnou preparací odkryje trachea, v které se v oblasti 2. až 3. prstence vytvoří okénko (příloha 1), do kterého se vsune tracheostomická kanyla (příloha 2) (2, 14, 21, 38, 42). „Tracheostoma vzniká vyšitím okrajů průdušnice ke kůži krku, nejčastěji ve střední čáře v oblasti jugula nebo zavedením tracheostomické kanyly s následnou granulací a epitelizací tracheostomického kanálu. Do tracheostomatu je vložena tracheostomická kanyla, která brání jeho uzavření. Tracheostoma je umělé vyústění dýchacích cest na přední straně krku. Okraj stomatu tvoří přechod kůže krku ve slizniční epitel dýchacích cest.“ (Bohušová, 2004, s. 36)

Operace na krku, respektive operace průdušnice byly prováděny již ve starém Egyptě a Řecku 2000 let před naším letopočtem (53). Nejstarší dochované písemnosti, kde je popsáno chirurgické otevření dýchacích cest, pocházejí od řeckého lékaře Pavla z Aeginy. Ten žil v letech 600 až 650 n. l. Pavel z Aeginy popsal podrobně postup operace. Popisuje operaci z příčného řezu, kdy do dýchací trubice vstupuje mezi 3.-4. prstencem. O zavedení termínu tracheostomie v lékařství se zasloužil francouzský lékař Armand Trousseau. Ten také roku 1833 publikoval práci o 200 provedených operacích tracheostomie (29). V této době byla tracheostomie indikována převážně v rámci první pomoci, anebo u akutní laryngální dušnosti vzniklé nejčastěji záškrtem. Až v roce 1943 byla indikace k tracheostomii rozšířena a prováděla se i při nedostatečné funkci plic u poliomyelitid (17).

Moderní chirurgický postup a dodnes uznávanou techniku tracheostomie popsal r. 1909 Chevalier Jackson. Ten také v roce 1923 shrnul možné komplikace po tracheostomii a popsal na krku bezpečné a nebezpečné oblasti pro tracheostomii. Po provedení tracheostomie byly dříve do otevřené průdušnice zaváděny různé typy trubic-první tracheostomické kanyly. První kanyly byly nejdříve rovného tvaru, až později byly zahnuté. Ch. Jackson používal kovovou dvouplášťovou kanylu se zavaděčem (17).

Indikací k tracheostomii je obstrukce dýchacích cest, předpokládaná dlouhodobá umělá plicní ventilace nebo zajištění dýchacích cest bez nutnosti ventilační podpory.

Obstrukce dýchacích cest může být způsobena např. tumory, vrozenými anomáliemi, cizími tělesy v hrtanu či hltanu, pooperačními stavy po rozsáhlých ORL či stomatologických výkonech. Důvodem k zajištění dýchacích cest bez nutnosti ventilační podpory je např. nízká svalová síla, riziko aspirace atd. (17, 36, 38).

Jako klasické indikace jsou označovány indikace z důvodu obstrukce dýchacích cest, tj. indikace otolaryngologické. Rozšířené indikace jsou indikace u nemocných v intenzivní či resuscitační péči. Ty dnes výrazně převažují a tvoří asi 80 % všech indikací k tracheostomii (17, 38).

Tracheostomii dělíme i podle trvání. Dočasná tracheostomie se provádí při předpokladu, že bude možné tracheostomii po odeznění důvodu provedení opět uzavřít. Trvalá - definitivní se provádí tam, kde její zrušení není možné, například při totálních laryngektomiích (4, 36).

Tracheostomii dělíme i podle provedení. Klasická chirurgická tracheostomie se provádí v celkové anestezii na sále. Koniotomie nebo koniopunkce se provádí incizí přes kůži, kdy je vytvořen otvor do hrtanu. Provádí se u akutní obstrukce hrtanu nebo jako elektivní výkon v paliativní léčbě (2, 14, 17, 36) Punkční (perkutánní) dilatační tracheostomie se provádí jako punkce trachey s její postupnou dilatací řadou dilatátorů. Výkon se může provádět i v místním znecitlivění. Nejčastěji se provádí v akutní péči – ARO/JIP, LSPP (14, 42).

1.10 Ošetrovatelská péče o nemocné s laryngektomií a tracheostomií

Ošetrovatelská péče je u nás stejně jako ve vyspělých státech evropského regionu poskytována metodou ošetrovatelského procesu. Ošetrovatelský proces probíhá v pěti vzájemně propojených a ovlivňujících se fázích. První fází je zhodnocení nemocného, kdy se jedná o shromažďování informací, ošetrovatelskou anamnézu. Anamnézu sestra zjišťuje a zapisuje do dokumentace ihned po příchodu nemocného na oddělení. Poté následuje druhá fáze, stanovení ošetrovatelských diagnóz, které odráží skutečné, ale i potenciální problémy nemocného. Následuje třetí fáze, plánování, kdy sestra i nemocný společně vytyčí priority, stanoví cíle a výsledná kritéria, naplánují

ošetřovatelské strategie a vyberou vhodné ošetřovatelské zásahy. Sestra sestaví písemný plán ošetřovatelské péče na odstranění, či zmenšení zjištěných problémů nemocného. Tento plán dále realizuje (realizace = 4. fáze oš. procesu) a splněné intervence potvrzuje svým podpisem. Pátou fází, vyhodnocení, provádí sestra průběžně každý den. Zde hodnotí, zda bylo cíle dosaženo, nebo ne. Pokud ne, reviduje v plánu péče intervence nebo je mění (47). Poskytování ošetřovatelské péče pomocí ošetřovatelského procesu zajišťuje komplexní péči o nemocného člověka, respektuje ho a vychází vždy z jeho aktuálních i potencionálních problémů (9, 32). Pokud se nemocný svěří sestře, že je věřící, měla by mu být nápomocná i v uspokojování jeho spirituálních potřebách. Sestra by si od nemocného měla vzít kontakt na duchovního (pokud ho nemocný zná a chce) a ujistit nemocného, že mu ve spirituálních potřebách bude maximálně vyhověno a že kdykoli v případě potřeby mu bude umožněna návštěva duchovního. Sestra si je vědoma, že víra pro věřícího člověka je velmi důležitá a že věřící v ní nachází uspokojení a často mu i pomáhá v náročných životních situacích, jakou je i nemoc. Proto nemocnému i v této oblasti vychází maximálně vstříc a jeho víru toleruje i v případě, že s ní nesouhlasí. Své názory a emoce nikdy nedává nemocnému znát (45).

Vzhledem k tomu, že tracheostomie i laryngektomie jsou chirurgické výkony, které se provádí v celkové anestezii na operačním sále, musí sestra zajistit předoperační přípravu. Ta se dělí na přípravu vzdálenou a bezprostřední předoperační přípravu den před operací a v den operace.

Vzdálená předoperační příprava zahrnuje duševní přípravu, laboratorní testy a komplexní interní vyšetření popř. i jiná konziliární vyšetření.

Duševní příprava nemocného zahrnuje i zjištění jeho obav a strachu. Každý člověk je individuum a tím se i jeho hodnoty a potřeby mohou lišit, každý může mít největší strach z něčeho jiného. Proto je důležité zjistit, čeho se nemocný bojí nejvíce, z čeho má obavy. To zjistí sestra nejčastěji rozhovorem (32). Při rozhovoru s nemocným musí být sestra empatická, milá, vstřícná, měla by tolerovat strach i obavy nemocného a nijak je nezlehčovat, měla by k rozhovoru zvolit i vhodné klidné místo v soukromí a dodržovat zásady komunikace a vyčlenit si na rozhovor dostatek času. Potom

následnou edukací a poskytnutím dostatku informací se snaží obavy a strach zmírnit (54). Sestra informuje nemocného i o tom, co ho čeká před výkonem, co obnáší vlastní výkon, kde bude probíhat, kdo u něj bude přítomen, co se s ním bude dít po výkonu, o ošetrovatelské péči o tracheostomii a o možných způsobech komunikace i o alternativních způsobech komunikace. Dále sestra informuje nemocného o jeho bezprostřední přípravě před operací.

Dále vzdálená předoperační příprava pokračuje odběry biologického materiálu k laboratornímu vyšetření. Z laboratorních vyšetření se vždy provádí krevní obraz, FW – sedimentace, Quick a vyšetření krevní skupiny a Rh faktoru. Odebírá se moč k mikrobiologickému vyšetření a vyšetření moče a sedimentu. Dále je nemocný odeslán k internímu konziliárnímu vyšetření (5).

U nemocného před totální laryngektomií se provádí ještě zubní konziliární vyšetření. Nemocný je odeslán na stomatologické oddělení k radikální sanaci chrupu, aby byla ústa zbavena všech zánětlivých ložisek a sliznice byla v den operace po extrakcích zcela zhojena. Tři týdny před výkonem se může nemocnému provést odběr krve do krevní banky. Tato krev je potom připravena na transfúzní stanici v pohotovosti v den operace. Sestra také zjišťuje, zda dosavadní jídelníček nemocného obsahuje i mléčné výrobky a druhy jídel, které bude dostávat z nemocniční kuchyně. Vychází ze zkušenosti, že strava kuřáků a alkoholiků bývá velmi jednotvárná, chudá a omezená. Pokud zjistí nedostatky v jídelníčku nemocného, tak ihned zahájí jeho úpravu, např. do jídelníčku zařadí i mléčné výrobky. Dále provede průzkum návyků nemocného, týkající se počtu vykouřených cigaret a vypitého alkoholu za den. Tyto informace vypovídají mnoho o pravděpodobné hojivosti ran a spolupráci nemocného připravujícího se na operaci (34). Do vzdálené předoperační přípravy patří také prevence imobilizačního syndromu. Sestra nacvičí s nemocným hluboké dýchání, kdy nemocný přiloží dlaň ruky na dolní hranici hrudníku a pomalu se nadechuje nosem, potom zadrží dech na dvě až tři vteřiny a pomalu vydechuje ústy, až dosáhne maximální kontrakce hrudníku. Potom s nemocným nacvičí i odkašlávání, např. volně zakašlat po provedení několika

hlubokých vdechů. Sestra naučí nemocného i cviky s DK, pokrčení a natažení DK v kolenou a střídavé zvedání DK nad podložkou.

Vzdálená předoperační příprava zahrnuje také v souladu s kompetencemi sestry seznámení nemocného s pooperačním režimem (5). Sestra upozorní nemocného, že po operaci bude mít tracheostomickou kanylu (příloha 2), kterou bude dýchat, dále, že bude mít zavedenou nasogastrickou sondu, kterou bude dostávat jídlo a pití. Upozorní ho, že nebude smět přijímat žádné jídlo a pití ústy tak dlouho, dokud se rána zcela nezhojí a nasogastrická sonda neodstraní. Informujeme nemocného a zdůrazní mu, že v pooperačním období je zákaz kouření. Seznámí ho také s běžným postupem na pooperačním pokoji, s jeho vybavením a zařízením, dále ho upozorní na omezení aktivity po operaci a seznámí ho se způsoby zmírňování bolesti včetně nácviku úlevové polohy (34).

Bezprostřední předoperační příprava v den před operací zahrnuje psychickou a fyzickou přípravu nemocného a zajištění kompletní dokumentace.

Psychická příprava je provedení rozhovoru s nemocným, kdy se sestra snaží zmírnit jeho obavy z operace, dále ho seznámí s tím, kde bude výkon proveden a kdo u výkonu bude přítomen. Nemocnému také vysvětlí průběh předoperační přípravy a provede předoperační poučení.

Sestra s nemocným nacvičí jak vstávat z lůžka bez všech tlaků, aby v pooperačním období netlačil na rány krku. Nacvičí také hluboké dýchání, kašel a cviky s DK. Potom nemocného informuje, že po operaci bude mít zavedenou tracheostomickou kanylu, kterou bude dýchat, a že v případě těžkostí musí ihned přivolat sestru stisknutím signalizačního zařízení, které bude mít u lůžka. Dále sestra zjistí, zda je nemocný informován od lékaře o tom, že po operaci nebude moci mluvit a upozorní ho, že ke komunikaci bude mít připravenou na nočním stolku tužku a papír. Potom nemocnému zopakuje, že bude mít zavedenou nasogastrickou sondu, kterou bude přijímat potravu a že nesmí nic přijímat ústy. Nemocného informuje také o možnosti tlumení bolesti úlevovou polohou, kterou s nemocným nacvičí, anebo o možnosti podání analgetik.

Dále sestra zajistí konzultaci nemocného s operátorem a podepsání souhlasu s léčbou a operací.

Fyzická příprava nemocného se skládá z přípravy operačního pole, které sestra oholí. Potom zajistí vyprázdnění střeva, a to podáním klyzmatu, a informuje nemocného o tom, aby provedl celkovou hygienu. Dále informuje nemocného, aby nepřijímal nic perorálně nejméně osm hodin před výkonem. Na noční stolek mu položí kartičku NESNÍDÁ. Změří mu fyziologické funkce dle ordinace lékaře. Na druhý den připraví kompletní dokumentaci s výsledky vyšetření, které si operátor vyžádal. Všechna předoperační vyšetření nesmí být starší než jeden týden. Na noc dle ordinace lékaře podá sedativa (5).

Bezprostřední předoperační příprava v den operace zase zahrnuje psychickou i fyzickou přípravu.

Z psychické přípravy je to opět rozhovor, kterým se snaží sestra nemocného uklidnit.

Do fyzické přípravy je zahrnuta kontrola, zda nemocný nepřijímal nic perorálně, zajištění ranní hygieny, přiložení antiembolických punčoch nebo bandáží DK. Na výzvu sestra podává uklidňující léky (premedikaci), dle ordinace anesteziologa. Těsně před aplikací premedikace vyzve sestra nemocného, aby se vymočil a poté mu aplikuje premedikaci. Před odvozem nemocného na operační sál mu sestra překryje vlasy čepcem a vyzve ho, aby všechny šperky, popřípadě zubní protézu odložil do trezoru nebo do nočního stolku. Potom sestra se sanitářem odváží nemocného na operační sál (5).

Pokud se jedná o výkon urgentní, jakým bývá tracheostomie, tak vzdálená předoperační příprava odpadá a do bezprostřední přípravy jsou zahrnuty i odběry biologického materiálu k vyšetření statim 1 a měření fyziologických funkcí.

Během operace sestra připraví pokoj, který musí být co nejpečlivěji vyčištěný a na příruční stolek připraví kazetu s vysterilizovanými Janetovými stříkačkami, s malým peánem a náhradními umělými zátkami pro výživnou cévku. Dále připraví cévky k jednorázovému použití k odsávání z tracheostomatu a úst, malý toulec se sterilními

pinzetami, dózu s dezinfekčním prostředkem pro ukládání použitých pinzet, dále kanylu Portex s balónkem, endotracheální cévky s balónkem pro případ krvácení z tracheostomatu a násosky k odsavačům. Dále sestra připraví mukolytika pro vkapávání do tracheostomatu dle ordinace lékaře. Lůžko ustele a vybaví potřebnými doplňky (hrazdičkou, podpěrrou) a upraví jej do zvýšené polohy. Na noční stolek položí emitní misku, čtverce buničiny, tonometr, fonendoskop, otevřenou košili, tužku a papír k umožnění komunikace nemocného se zdravotnickým personálem. Prostředí pro tracheostomovaného i laryngektomovaného pacienta má být zvlhčené, toho se dosáhne použitím nebulizátoru, který sestra umístí k lůžku nemocného. K lůžku nemocného instaluje i signální zařízení, aby v případě potřeby mohl přivolat sestru.

Po skončení operačního výkonu zajišťuje převoz nemocného z operačního sálu sanitář, sestra však přichází na sál nemocného osobně převzít. Dostává zde pokyny od operátora a anesteziologa týkající se uložení nemocného do Fowlerovy polohy a požadavky na bezprostřední ošetřování. Ošetřovatelská péče po výkonu je zaměřena na pravidelné měření FF dle ordinace anesteziologa. Měří se TK, P, D, TT, sleduje se saturace SpO₂, celkový stav, bolesti, příjem a výdej tekutin. Sestra sleduje i operační ránu, zda nekrvácí, případné krvácení hlásí lékaři. Sestra pečuje o tracheostomii, zajišťuje průchodné dýchací cesty pravidelným odsáváním min. á 2 h (příloha 3), aplikací mukolytik do kanyly a zvlhčováním vzduchu. V prvních hodinách po operaci se vylučuje z průdušnice operovaného sražená krev zasychající až u tracheální bifurkace. Proto je důležité, aby sestra kontrolovala slyšitelný plný proud vzduchu vydechovaný z ústí kanyly při vyjmutí její vložky, a pokud není plný proud vydechovaného vzduchu slyšitelný, ihned volá operátora. Výměnu kanyly provádí sestra pravidelně jednou za 24 hodin (12, 15, 25). Dále sleduje vyprazdňování, hodnotí funkční úroveň nemocného v základních denních aktivitách, hodnotí riziko vzniku dekubitů dle Nortonové. Provádí fyzickou rehabilitaci včetně dechové rehabilitace a postupnou vertikalizaci nemocného. Dále nemocnému sestra zajistí vhodnou dietu 0/MIX a pomoc při příjmu potravy (př. nasogastrická sonda). Důležité je zajistit nemocnému dostatečný čas pro spánek a odpočinek, především v noci, proto je na sestře, aby vhodně naplánovala

ošetřovatelskou péčí. Dále sestra zodpovídá za aplikaci léků dle ordinace lékaře. Vhodnou ošetřovatelskou péčí a dodržováním barierové péče se sestra snaží předcházet komplikacím. Případně vzniklé komplikace ihned hlásí lékaři (15). V den operace sestra nesmí dovolit nemocnému zvedat se na lůžku, protože by si svým břišním lisem mohl přivodit vytlačení žaludeční šťávy do výše hltanové sutury! Proto v případě nutnosti nemocného bezpečně zdvihají 2 až 3 osoby. Nemocný v den operace dodržuje naordinovaný přísný klid na lůžku. Pokud se potřebuje vyprázdnit, podává mu sestra močovou láhev či podložní mísu.

Sestra dále věnuje zvláštní pozornost kůži pod ústím tracheostomatu, která trpí neustálou macerací způsobenou sekrety vylučujícími se z bronchiálního stromu (34). Proto kůže kolem tracheostomatu musí být čistá. Dermatiditě sestra předchází nátěrem řídké indiferentní pasty, která brání dráždění kůže sekretem. Kanylu sestra podkládá čtvercem z gázy, který má zabránit otlakům způsobeným kanylou. Další úloha čtverce je sát sekret unikající z kanyly a kolem ní, a proto jej dle potřeby vyměňuje. Tracheostoma kryje lehkou rouškou, která má zabránit úniku vlhkosti a dráždění sliznic suchým vzduchem. Někdy se k zabránění úniku vlhkosti používá i zvlhčující filtr, který se připevňuje na kanylu (4). Sestra věnuje pozornost i dutině ústní a provádí zvláštní péči o ni.

Po operaci si sestra všímá i psychického stavu klienta. V této době je velmi důležitá její psychická podpora, ale především i podpora ze strany rodiny a blízkých. Vhodné je i využít pomoci psychologa či psychiatra.

Dalším problémem je i sociální izolace, která vzniká v důsledku hospitalizace v nemocnici. Klient je vyřazen z pracovního poměru, rodiny a přátel. Je v kontaktu s ošetřovatelským personálem, dalšími nemocnými a omezeně s rodinou a přáteli, s kterými se vidí jen při návštěvě. Někteří nemocní komunikují se svými blízkými a známými pomocí mobilního telefonu, kdy nemocní píšou jen SMS zprávy. Tato omezení jsou pro nemocného také velmi stresující. Opět i zde je velmi důležitá psychická podpora ze strany rodiny a blízkých, ošetřovatelského personálu a i zde lze využít pomoci psychologa či psychiatra (32).

U laryngektomovaných klientů, kteří mají tracheostomii trvalou, může sociální izolace pokračovat i po propuštění do domácí péče. Tito nemocní se často uzavírají do sebe a nechtějí komunikovat s okolím, jejich sociální kontakt je často omezen pouze na členy rodiny. Nezúčastňují se společenských akcí ani jiného kulturního vyžití. Zde je důležité doporučit kontakt na Klub laryngektomovaných, kde jsou lidé se stejnými problémy, či pomoc psychologa nebo psychiatra, alespoň v prvních měsících po propuštění (32).

1.11. Psychologická stránka průběhu nemoci

Jakékoli somatické onemocnění nepůsobí jen tělesné potíže, ale ovlivňuje i psychiku, aktuální prožívání, uvažování a následně i chování člověka.

Status nemocného, zvláště pak závažná choroba, mění i sociální pozici nemocného. Nemocný člověk najednou ztrácí svou profesní roli, mění se i jeho role v rodině a získává novou nechtěnou roli nemocného. Reakce nemocného na nemoc závisí i na chování nejbližších lidí, na tom, jak tuto změnu budou akceptovat, co pro ně bude znamenat. Sociální reakce jsou velmi ovlivněny viditelnými projevy nemoci, ovlivňuje je zejména změna zevnějšku nemocného (př. stomie). Dále je sociálně velmi významná i ztráta schopnosti verbálně komunikovat. Pro blízké lidi v této situaci není snadné chovat se požadovaným způsobem, protože nemocný se změnil, je jiný chováním i vzhledem, ale i svou novou situací a rolí. Závažné onemocnění ovlivňuje celou rodinu. Nemocný člověk ale potřebuje psychosociální podporu, která může zlepšit jeho život těžce nemocného. Tuto podporu by mu měl poskytovat ošetrovatelský personál, ale především také jeho rodina, přátelé (48).

Každý nemocný o své nemoci přemýšlí. To u něj vede k potřebě své chorobě porozumět. Shání všechny dostupné informace a hledá řešení své situace. Nemoc představuje stresovou situaci a uvažování člověka v této situaci bývá často ovlivněno emocemi. Těžké onemocnění je vnímáno jako osobní ohrožení a často vyvolává strach a úzkost. Onemocnění přinášející definitivní ztrátu zdraví (stavy vedoucí k laryngektomii) mohou vést ke smutku a truchlení, pocitu bezmoci, hněvu a agresi. To vše může přejít

až v depresi, kdy se mohou objevit i suicidální tendence. Zde je potom na místě pomoc psychiatra (48, 49).

Závažné onemocnění ovlivňuje i základní psychické potřeby, může měnit i jejich hierarchii, jejich způsob uspokojování i motivaci. Nemocný má potřebu se ve své situaci orientovat, mít dostatek informací o svém zdravotním stavu, o tom, co ho čeká atd. Zvyšuje se i potřeba citové jistoty a bezpečí, která je nemocí narušena. Narušena je i potřeba uspokojení sociálního kontaktu. Mění se i potřeba seberealizace, často se ztrácí původní smysl života. Zde je velmi důležité, avšak nesnadné najít nový, přijatelný smysl vlastního bytí. Nemoc mění pohled člověka na svět i na sebe sama. I v takto těžké situaci, ve zvládnutí nemoci a utrpení, se může potvrdit kvalita lidské osobnosti (48).

1.11.1 Jak se člověk stane pacientem/ klientem

Pacientem se většinou nerodíme, ale v průběhu života se jím stáváme. Narušení fyziologie a přechod v patologii s sebou nese i změny v psychice. Existence určitých příznaků negativně změněného zdravotního stavu většinou vede člověka k lékaři. Ovšem rozhodnutí jít, či nejít k lékaři je ovlivněno i tím, do jaké míry je člověk znepokojen příznaky, které se u něj objevily. Dále záleží i na povaze a kvalitě příznaku, na tom, do jaké míry příznak ohrožuje vzájemný vztah člověka s druhými lidmi, zvláště potom těmi nejbližšími. Záleží také na tom, do jaké míry překáží objevení zdravotního problému uskutečnění zamýšlené činnosti (př. dokončení vědecké práce), jaké sociální sankce stojí v pozadí dané situace (př. ztráta zaměstnání). Rozhodování samozřejmě ovlivňuje i závažnost zdravotního stavu. Toto vše ovlivňuje člověka v rozhodnutí zda jít, či nejít k lékaři. Proto se také vyskytují dva druhy extrémů, nemocní lidé přicházející k lékaři příliš pozdě, nebo lidé, kteří přicházejí k lékaři, avšak jejich podezření na nemoc je nesprávné. Důležité je ovšem rozhodnutí, kdy nemocný přichází k lékaři, který mu nemoc diagnostikuje, a v tuto chvíli se stává člověk pacientem/klientem (27).

1.11.3 Nemoc jako zátěžová situace a její zvládnutí

Závažnější nemoc je pro člověka stresující situací a tím i zátěžovou situací. Každý organismus se s zátěžovou situací snaží vyrovnat a k tomu slouží obranné reakce. Obranné reakce mají za cíl obnovení, respektive uchování psychické pohody a rovnováhy. Obranné reakce vycházejí z fylogeneticky velmi starých mechanismů, a to úniku a útoku. Aktivní obranou je útok, boj. Člověk zaútočí přímo na zdroj ohrožení nebo na náhradní objekt. Někdy se agrese může obrátit i proti sobě samému. Únikovou reakcí je, že se člověk snaží zbavit ohrožující situace. Jedinec buď uniká změnou postoje k takovéto situaci, hledá podporu, nebo rezignuje na uspokojení. Obranné reakce fungují většinou neuvědoměle. Rozlišují se např. popření, potlačení a vytěsnění, únik do fantazie či racionalizace (zdánlivě logického přehodnocení) (48).

Velmi stresující a zátěžovou situací je pro člověka sdělení diagnózy nádorového onemocnění. Na sdělení této diagnózy může člověk reagovat dekompenzací psychického stavu, což se může projevit v podobě úzkostné nebo panické poruchy, či afektivní poruchy (deprese). U těchto poruch, ať už se jedná o poruchu přizpůsobení se nebo nadměrnou psychickou reakci na stres, je důležitá podpůrná psychoterapie či léčba psychofarmaky (55).

Po sdělení diagnózy nádorového onemocnění či jiného vážného onemocnění u člověka nastává mnoho psychických změn a s nimi spojených prožitků. Prožitky nemocných výstižně popsala Elisabeth Kübler-Rossová, která zobecnila prožitky nemocných a formulovala je do křivky prožívání příchodu a rozvoje nemoci v psychické úrovni. Křivku popsala do 5 fází smířování se se ztrátou či vyrovnání se s nemocí. Jednotlivé fáze jsou popsány jako fáze negace (šoku, popírání), agrese (hněvu, vzpoury), smlouvání (vyjednávání), deprese (smutku) a poslední fáze je smíření (souhlas). Tyto fáze prožitků nemusí probíhat v takto popsaném sledu, ba daleko častěji se některé fáze vracejí nebo se různě prolínají a střídají, třeba i tři v jednom dni. Jindy některé mohou zase úplně chybět (56).

2. Cíle práce a hypotézy

2.1. Cíle práce

1. Vytvořit piktogramy.
2. Zjistit, zda použití piktogramů v praxi přispěje ke zkvalitnění komunikace sester s tracheostomovaným nebo laryngektomovaným klientem.
3. Zjistit, zda má použití piktogramů vliv na spolupráci rodiny tracheostomovaného nebo laryngektomovaného klienta a zdravotnického týmu.

2.2 Hypotézy

H1: Vytvořené piktogramy je možné zařadit do ošetrovatelské péče o tracheostomované a laryngektomované klienty.

H2: Používání piktogramů usnadňuje komunikaci tracheostomovanému a laryngektomovanému klientovi s okolím.

H3: Používání piktogramů usnadňuje komunikaci sester s tracheostomovaným a laryngektomovaným klientem.

H4: Používání piktogramů zlepší spolupráci rodiny tracheostomovaného nebo laryngektomovaného klienta a zdravotnického týmu.

3. Metodika

3.1. Použité metody a techniky

Šetření je kvantitativní. Byla použita metoda dotazování. Technika sběru dat byl použit dotazník s převahou uzavřených otázek s možnostmi výběru (1). Byly vypracovány dva dotazníky (příloha 4), jeden pro sestry a druhý pro pacienty. Dotazníky pro sestry byly rozdány na odděleních ORL, onkologických, ONP, plicních, ARO, interních JIP, chirurgických JIP a neurochirurgie, a to v nemocnicích Tábor, České Budějovice, Český Krumlov, Písek, Strakonice, Plzeň, Prachatice, Praha - Motol a Ústí nad Labem.

Dotazníky pro pacienty byly rozdávány též na odděleních ORL, onkologických, ONP, plicních, ARO, interních JIP, chirurgických JIP a neurochirurgie, a to v nemocnicích Tábor, České Budějovice, Český Krumlov, Písek, Strakonice, Plzeň, Prachatice, Praha - Motol a Ústí nad Labem (49).

3.2 Charakteristika sledovaného souboru

Šetření probíhalo v době od 1.1.2010 do 15.3.2010. Celkem bylo rozesláno 415 dotazníků pro sestry a 210 dotazníků pro pacienty. Návratnost byla 262 dotazníků (63 %) pro sestry a 159 dotazníků (76 %) pro pacienty, ovšem pouze 231 dotazníků pro sestry (88 % z navrácených dotazníků) a 113 dotazníků pro pacienty (71 % z navrácených dotazníků) mohlo být použito ke zpracování a pro výsledky šetření. Ostatní dotazníky byly vyplněné jen částečně, tudíž byly nevyhovující.

Část výsledků šetření je zpracována SPSS programem do tabulek a druhá část je zpracována programem Excel do grafů.

4. Výsledky

4.1 Zpracování otázek z dotazníku pro pacienty v programu SPSS.

Tabulka 1

Pohlaví respondentů- klientů

	Četnost	Procenta	Validní procenta	Kumulativní procenta
muž	73	64,6	64,6	64,6
žena	40	35,4	35,4	100,0
Celkem	113	100,0	100,0	

Celkem odpovědělo 113 (100 %) pacientů. Z toho 73 klientů (64,6 %) byli muži a 40 klientů (35,4 %) byly ženy.

Tabulka 2

Věk respondentů- klientů

	Četnost	Procenta	Validní procenta	Kumulativní procenta
Do 30 let	5	4,4	4,4	4,4
31-40 let	5	4,4	4,4	8,8
41-50 let	34	30,1	30,1	38,9
Více než 51 let	69	61,1	61,1	100,0
Celkem	113	100,0	100,0	

Celkem odpovědělo 113 (100 %) pacientů. Z toho 5 klientů (4,4 %) bylo ve věku do 30 let, 5 klientů (4,4 %) ve věkovém rozmezí 31-40 let, 34 klientů (30,1 %) bylo ve věkovém rozmezí 41-50 let. Ostatních 69 klientů (61,1 %) uvedlo svůj věk jako vyšší než 51 let.

Tabulka 3**Nejvyšší dosažené vzdělání respondentů- klientů**

	Četnost	Procenta	Validní procenta	Kumulativní procenta
vyučen	59	52,2	52,2	52,2
středoškolské	45	39,8	39,8	92,0
vysokoškolské	9	8,0	8,0	100,0
Celkem	113	100,0	100,0	

Celkem odpovědělo 113 klientů (100 %). Z toho 59 klientů (52,2 %) odpovědělo, že jsou vyučeni. 45 klientů (39,8 %) bylo středoškolsky vzdělaných a 9 klientů (8 %) bylo vysokoškolsky vzdělaných. Na tuto otázku měli klienti možnost odpovědět, že nejvyšší dosažené vzdělání je základní, toto ovšem nikdo neuvedl (0 klientů - 0 %).

Tabulka 4**Uvítání možnosti využití piktogramů klienty**

	Četnost	Procenta	Validní procenta	Kumulativní procenta
ano	74	65,5	65,5	65,5
ne	14	12,4	12,4	77,9
nevím	25	22,1	22,1	100,0
Celkem	113	100,0	100,0	

Celkem odpovědělo 113 klientů (100 %). Z toho 74 klientů (65,5 %) odpovědělo, že uvítalo možnost využití piktogramů ke komunikaci s okolím. 14 klientů (12,4 %) tuto možnost neuvítalo a 25 klientů (22,1 %) nevědělo.

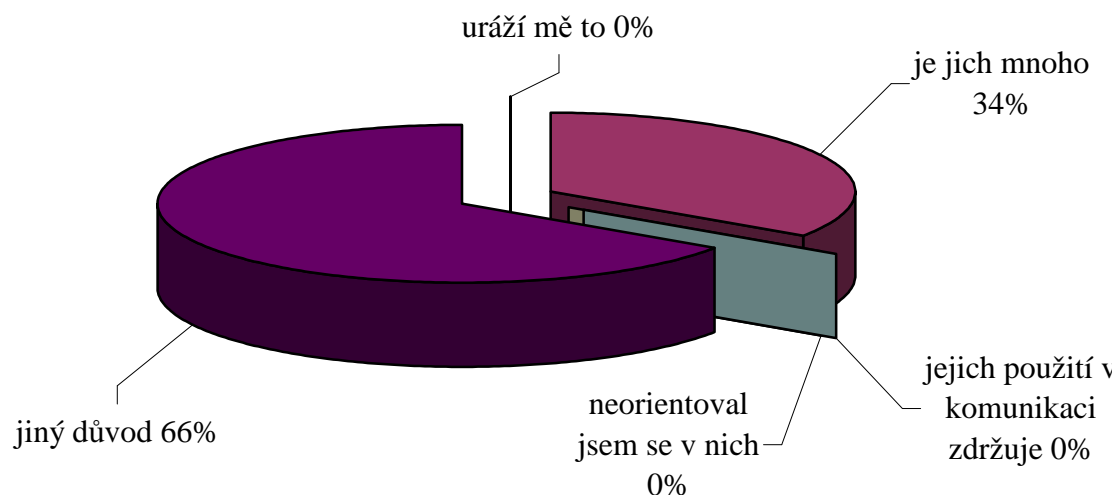
Tabulka 5**Používání piktogramů ke komunikaci klienty**

	Četnost	Procenta	Validní procenta	Kumulativní procenta
ano	82	72,6	72,6	72,6
ne	31	27,4	27,4	100,0
Celkem	113	100,0	100,0	

Celkem odpovědělo 113 klientů (100 %). Z toho 84 klientů (74,3 %) uvedlo, že piktogramy ke komunikaci používali. Zbytek tj. 29 klientů (25,7 %) uvedlo, že piktogramy ke komunikaci nepoužívali. Proto těchto 29 klientů zodpovídalo ještě otázku „proč piktogramy ke komunikaci nepoužívali“ a tím vyplňování dotazníku ukončili.

Graf 1

Důvod nepoužívání piktogramů klienty



Tento graf navazuje na tabulku 5, kde odpovědělo 29 klientů (100 %), že piktogramy ke komunikaci nepoužívali. Nejvíce klientů 19 (66 %) si z nabídek odpovědí vybrali odpověď jiný důvod a 10 (34 %) klientů odpovědělo, že piktogramy nepoužívali, protože jich bylo mnoho. Ostatní možné odpovědi, tj. uráží mě to, neorientoval jsem se v nich a jejich použití v komunikaci zdržuje, žádný klient nevyužil (0 %).

Ti, kdo vybrali odpověď „jiný důvod“ (19 klientů), dopisovali, jaký jiný důvod měli k nepoužívání piktogramů. Zde uvedlo 6 klientů (31,5% z odpovědí 19 klientů), že piktogramy používat nepotřebovali. Dalších 6 klientů (31,5% z odpovědí 19 klientů) odpovědělo, že je na jejich odd. nepoužívají, 4 klienti (21% z odpovědí 19 klientů) odpověděli, že neměli příležitost je použít a 3 klienti (16% z odpovědí 19 klientů) odpověděli, že o nich nevěděli.

Tabulka 6**Přínos piktogramů v komunikaci s ošetrovatelským personálem**

	Četnost	Procenta	Validní procenta	Kumulativní procenta
ano	60	71,4	71,4	71,4
ne	9	10,7	10,7	82,1
nevím	15	17,9	17,9	100,0
Celkem	84	100,0	100,0	

Od této tabulky došlo ke snížení počtu respondentů, protože respondenti, kteří označili v tabulce 5, že nepoužívali piktogramy ke komunikaci, končili s vyplňováním dotazníku otázkou, ve které ještě uvedli, proč piktogramy nepoužívali (viz graf 1). Od této tabulky výzkumný soubor tvořilo 84 klientů (100 %). Z těchto 84 klientů 60 klientů (71,4 %) odpovědělo, že používání piktogramů jim pomohlo při komunikaci s ošetrovatelským personálem, 15 klientů (17,9 %) odpovědělo, že neví zda jim piktogramy pomohly v komunikaci s ošetrovatelským personálem a 9 klientům (10,7 %) piktogramy nepomohly v komunikaci s ošetrovatelským personálem.

Tabulka 7**Nerozumění některému z piktogramů**

	Četnost	Procenta	Validní procenta	Kumulativní procenta
ne	84	100,0	100,0	100,0

Výzkumný soubor tvořilo 84 klientů (100 %). Všechny 84 klientů odpovědělo na otázku zda nějakému piktogramu nerozuměli ne (100 %). Žádný klient (0 %) nevyužil odpovědi, že by nějakému piktogramu nerozuměl.

Tabulka 8**Otázka víry klientů**

	Četnost	Procenta	Validní procenta	Kumulativní procenta
ano	63	75,0	75,0	75,0
ne	2	2,4	2,4	77,4
Nechci se k tomuto tématu vyjadřovat	19	22,6	22,6	100,0
Celkem	84	100,0	100,0	

Výzkumný soubor tvořilo 84 klientů (100 %). Z těchto 84 klientů na otázku, zda jsou věřící, odpovědělo 63 (75 %) a ti odpověděli ano, že jsou věřící. 19 klientů (22,6 %) se k tomuto tématu nechtělo vyjadřovat a 2 klienti (2,4 %) odpověděli ne, že nejsou věřící.

Tabulka 9**Uvítání piktogramu „zavolejte mi mého duchovního“ klienty**

	Četnost	Procenta	Validní procenta	Kumulativní procenta
	19	22,6	22,6	22,6
ano	33	39,3	39,3	61,9
ne	32	38,1	38,1	100,0
Celkem	84	100,0	100,0	

Výzkumný soubor tvořilo 84 klientů, ovšem na tuto otázku odpovídali jen ti, kteří uvedli, že jsou věřící (viz tabulka 7). Z toho vyplývá, že na tuto otázku odpovídalo zbývajících 65 klientů (100 %), protože 19 klientů (22,6 %) odpovědělo, že jsou nevěřící nebo že se k tomuto tématu nechtějí vyjadřovat. Z 65 věřících klientů na otázku týkající se víry odpovědělo 33 klientů (51% z 65 klientů), že uvítalo piktogram „zavolejte mi duchovního“. Ostatní, tj. 32 klientů (49% z 65 klientů), jej neuvítalo.

Tabulka 10**Využití piktogramu „zavolejte mi mého duchovního“ klienty**

	Četnost	Procenta	Validní procenta	Kumulativní procenta
ano	19	22,6	22,6	22,6
ne	3	3,6	3,6	26,2
Celkem	62	73,8	73,8	100,0
	84	100,0	100,0	

Výzkumný soubor tvořilo 84 klientů, ovšem na tuto otázku odpovídali jen ti, kteří uvedli, že jsou věřící (viz tabulka 7). Z toho vyplývá, že na tuto otázku odpovídalo zbývajících 65 klientů (100 %), protože 19 klientů (22,6 %) odpovědělo, že jsou nevěřící, nebo že se k tomuto tématu nechtějí vyjadřovat. Z toho vyplývá, že na tuto otázku odpovídalo zbývajících 65 klientů a z těch jich 62 odpovědělo (95 % ze 65 klientů), že piktogram „zavolejte mi mého duchovního“ nevyužilo a pouze 3 klienti (5 % ze 65 klientů) jej využili.

Tabulka 11**Používání piktogramů klienty ke komunikaci s rodinou a svými blízkými.**

	Četnost	Procenta	Validní procenta	Kumulativní procenta
ano	55	65,5	65,5	65,5
ne	29	34,5	34,5	100,0
Celkem	84	100,0	100,0	

Výzkumný soubor tvořilo 84 klientů (100 %). Z těch jich 55 (65,5 %) odpovědělo, že piktogramy používali ke komunikaci s rodinou a svými blízkými a 29 klientů (34,5 %) je ke komunikaci s rodinou a svými blízkými nevyužívalo.

Tabulka 12**Pomoc piktogramů ve zlepšení komunikace s rodinou**

	Četnost	Procenta	Validní procenta	Kumulativní procenta
ano	59	70,2	70,2	70,2
ne	25	29,8	29,8	100,0
Celkem	84	100,0	100,0	

Výzkumný soubor tvořilo 84 klientů (100 %). Z nich 59 klientů (70,2 %) odpovědělo, že jim piktogramy pomohly zlepšit komunikaci s rodinou a 25 klientům (29,8 %) nepomohly ve zlepšení komunikace s rodinou.

Tabulka 13**Zlepšily piktogramy spolupráci rodiny se zdravotnickým personálem**

	Četnost	Procenta	Validní procenta	Kumulativní procenta
ano	64	76,2	76,2	76,2
ne	20	23,8	23,8	100,0
Celkem	84	100,0	100,0	

Výzkumný soubor tvořilo 84 klientů (100 %). Z nich 64 klientů (76,2 %) odpovědělo, že si myslí, že piktogramy zlepšily spolupráci rodiny se zdravotnickým personálem a 20 klientů (23,8 %) uvedlo, že si nemyslí, že používáním piktogramů by se zlepšila komunikace rodiny se zdravotnickým personálem.

Tabulka 14**Stresovalo používání piktogramů klienta**

	Četnost	Procenta	Validní procenta	Kumulativní procenta
ne	74	88,1	88,1	88,1
nevím	10	11,9	11,9	100,0
Celkem	84	100,0	100,0	

Výzkumný soubor tvořilo 84 klientů (100 %). Z nich 74 klientů (88,1 %) odpovědělo, že je používání piktogramů nestresovalo. 10 klientů (11,9 %) odpovědělo, že neví, zda je používání piktogramů stresovalo, a žádný klient nevedl, že by je použití piktogramů stresovalo.

Tabulka 15**Piktogramy jsou vhodnější ke komunikaci než tužka a papír**

	Četnost	Procenta	Validní procenta	Kumulativní procenta
ano	5	6,0	6,0	6,0
ne	40	47,6	47,6	53,6
nevím	39	46,4	46,4	100,0
Celkem	84	100,0	100,0	

Výzkumný soubor tvořilo 84 klientů (100 %). Z nich 40 klientů (47,6 %) uvedlo, že používání piktogramů ke komunikaci pro ně vhodnější není a 39 klientů (46,4 %) nevědělo. Zbývajících 5 klientů (6 %) uvedlo, že používání piktogramů ke komunikaci je pro ně vhodnější než využití tužky a papíru.

Tabulka 16**Doporučení používání piktogramů i jiným klientům**

	Četnost	Procenta	Validní procenta	Kumulativní procenta
ano	69	82,1	82,1	82,1
ne	15	17,9	17,9	100,0
Celkem	84	100,0	100,0	

Výzkumný soubor tvořilo 84 klientů (100 %). Z nich 69 (82,1 %) odpovědělo, že by používání piktogramů doporučili i jiným klientům se stejným onemocněním a 15 klientů (17,9 %) nevědělo. Žádný klient (0 %) neodpověděl, že by používání piktogramů nedoporučil.

Testování nezávislosti dvou proměnných

Kontingenční tabulka 1

Pro testování nezávislosti dvou proměnných jsme si stanovili nulovou (H_0) a alternativní hypotézu (H_A):

H_0 : Používání piktogramů ke komunikaci s okolím je nezávislé na pohlaví klientů.

H_A : Používání piktogramů ke komunikaci s okolím je závislé na pohlaví klientů.

Pohlaví * Použití piktogramů ke komunikaci s okolím

		Použití piktogramů ke komunikaci s okolím		
		ano	ne	Celkem
Pohlaví	muž	54	19	73
	žena	30	10	40
	Celkem	84	29	113

Tato tabulka vyjadřuje početní zastoupení jednotlivých odpovědí, s ohledem na odpovědi v obou otázkách týkajících se používání piktogramů ke komunikaci s okolím a s ohledem na pohlaví klientů.

Chí test			
	Hodnota testu	df	Dosažená hladina významnosti
Pearsonův Chí kvadrát	0,014	1	0,905

V Chí testu je dosažená hladina významnosti $p = 0,905$ (90,5 %), která je větší než 5 %, a proto platí H_0 , že pohlaví klientů nemá vliv na používání piktogramů ke komunikaci s okolím. Lze tedy prohlásit, že zkoumané proměnné jsou na sobě nezávislé.

Kontingenční tabulka 2

Pro testování nezávislosti dvou proměnných jsme si stanovili nulovou (H_0) a alternativní hypotézu (H_A):

H_0 : Používání piktogramů ke komunikaci s okolím je nezávislé na vzdělání klientů.

H_A : Používání piktogramů ke komunikaci s okolím je závislé na vzdělání klientů.

Nejvyšší dosažené vzdělání * Použití piktogramů ke komunikaci s okolím

		Použití piktogramů ke komunikaci s okolím		
		ano	ne	Celkem
Nejvyšší dosažené vzdělání	vyučen	40	19	59
	středoškolské	35	10	45
	vysokoškolské	9	0	9
	Celkem	84	29	113

Tato tabulka vyjadřuje početní zastoupení jednotlivých odpovědí na otázku týkající se používání piktogramů ke komunikaci s okolím. Odpovědi jsou uváděny do souvislosti s dosaženým vzděláním odpovídajících.

Chí test			
	Hodnota testu	df	Dosažená hladina významnosti
Pearsonův Chí kvadrát	4,709	2	0,095

V Chí testu je dosažená hladina významnosti $p = 0,095$ (9,5 %), která je větší než 5 % a proto platí H_0 , že vzdělání klientů nemá vliv na používání piktogramů ke komunikaci s okolím. Lze tedy prohlásit, že zkoumané proměnné jsou na sobě nezávislé.

Kontingenční tabulka 3

Pro testování nezávislosti dvou proměnných jsme si stanovili nulovou (H₀) a alternativní hypotézu (H_A):

H₀: Pocit klientů, že jim piktogramy pomohly při komunikaci s ošetřovatelským personálem, je nezávislý na pohlaví klientů.

H_A: Pocit klientů, že jim piktogramy pomohly při komunikaci s ošetřovatelským personálem, je závislý na pohlaví klientů.

Pohlaví * Pomoc piktogramů při komunikaci s ošetřovatelským personálem

		Pomoc piktogramů při komunikaci s ošetřovatelským personálem			
		ano	ne	nevím	Celkem
Pohlaví	muž	30	9	15	54
	žena	30	0	0	30
	Celkem	60	9	15	84

Tato tabulka vyjadřuje početní zastoupení jednotlivých odpovědí s ohledem na odpovědi v obou otázkách týkajících se pomoci piktogramů při komunikaci s ošetřovatelským personálem a na pohlaví klientů. Jsou zahrnuty pouze validní odpovědi (= bez klientů, kteří neodpovídali).

Chí test			
	Hodnota testu	df	Dosažená hladina významnosti
Pearsonův Chí kvadrát	18,667	2	0,000

V Chí testu byla dosažena hladina významnosti $p < 0,001$ ($p < 0,1 \%$), která je menší než 5 %. H₀ zamítáme, platí tedy H_A. Potvrdilo se, že pocit klientů, že jim piktogramy pomohly při komunikaci s ošetřovatelským personálem, je závislý na jejich pohlaví. Ženy uvedly častěji, že jim piktogramy usnadnily komunikaci s ošetřovatelským personálem, než muži, oproti tomu muži se častěji nedokázali rozhodnout.

Kontingenční tabulka 4

Pro testování nezávislosti dvou proměnných jsme si stanovili nulovou (H_0) a alternativní hypotézu (H_A):

H_0 : Doporučení klientů jiným klientům se stejným onemocněním na využití piktogramů ke komunikaci je nezávislé na pohlaví klientů.

H_A : Doporučení klientů jiným klientům se stejným onemocněním na využití piktogramů ke komunikaci je závislé na pohlaví klientů.

Pohlaví * Doporučení i jiným klientům se stejným onemocněním používat piktogramy

		Doporučení i jiným klientům se stejným onemocněním používat piktogramy		
		ano	nevím	Celkem
Pohlaví	muž	39	15	54
	žena	30	0	30
	Celkem	69	15	84

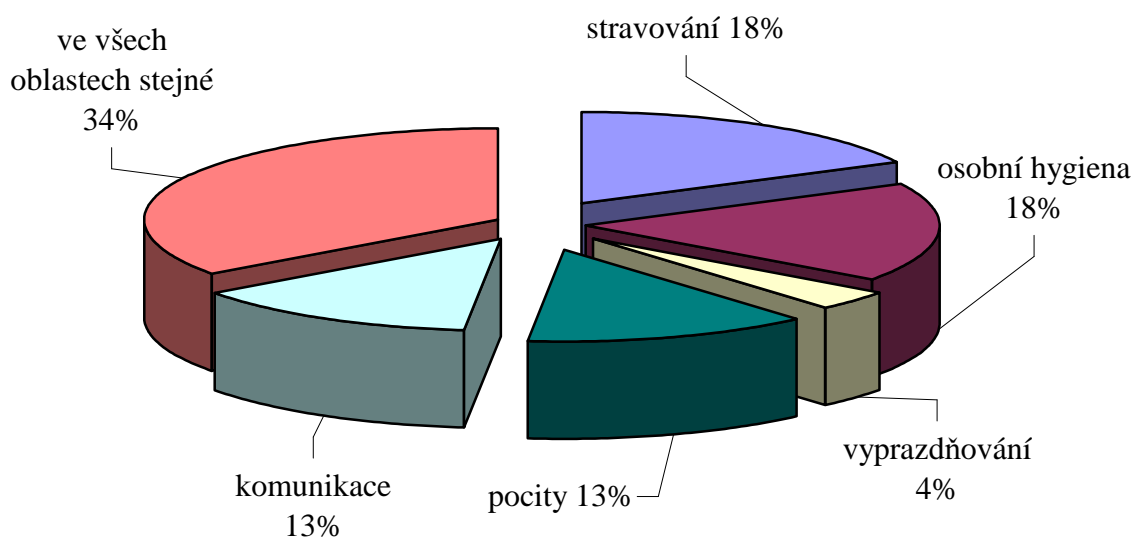
Tato tabulka vyjadřuje početní zastoupení jednotlivých odpovědí s ohledem na odpovědi v obou otázkách týkajících se doporučení piktogramů ke komunikaci i jiným klientům se stejným onemocněním a na pohlaví klientů. Jsou zahrnuty pouze validní odpovědi, tj. odpovědi klientů, kteří piktogramy používali.

Chí test

	Hodnota testu	df	Dosažená hladina významnosti
Pearsonův Chí kvadrát	10,145	1	0,001

V Chí testu byla dosažena hladina významnosti $p = 0,001$ (0,1 %), která je menší než 5 %. Testovaná H_0 byla zamítnuta a platí H_A . Prokázalo se, že doporučení k používání piktogramů ke komunikaci i jiným klientům se stejným onemocněním je závislé na pohlaví. Ženy doporučují častěji využívat piktogramy ke komunikaci jiným klientům se stejným onemocněním než muži. Ti naopak mnohem častěji s doporučením váhají.

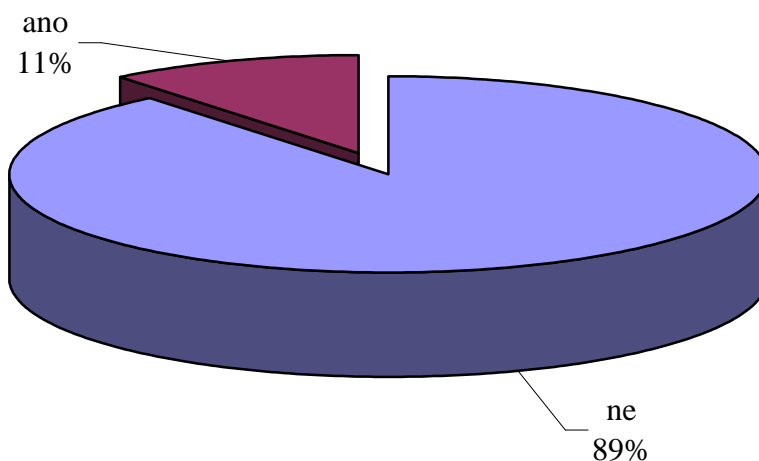
Graf 2
Nejvíce používané piktogramy



Na tuto otázku odpovídalo 84 klientů, protože ostatní klienti ukončili vyplňování dotazníku dříve, když odpověděli, že piktogramy ke komunikaci nepoužívali. Klienti zde mohli zvolit i více odpovědí, proto 100% zde tvoří 114 odpovědí. Ve 40 odpovědích (34 %) uvedli, že piktogramy se používají ve všech oblastech stejně. Ve 20 odpovědích uvedli, že se nejvíce používají piktogramy v oblasti stravování (18 %) a osobní hygieny (18 %). V 15 odpovědích (13 %) uvedli, že se nejvíce používají piktogramy v oblasti komunikace a pocitů a jen ve 4 odpovědích (4 %) uvedli vyprazdňování.

Graf 3

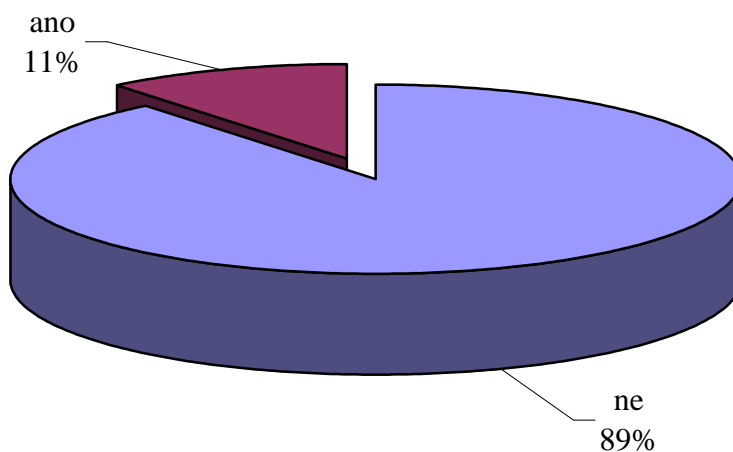
Zbytečnost nějakého piktogramu



Na tuto otázku odpovídalo 84 klientů, protože ostatní klienti ukončili vyplňování dotazníku dříve, když odpověděli, že piktogramy ke komunikaci nepoužívali. 100% zde bylo 84 odpovědí, kdy nejčastěji, v 75 odpovědích (89 %), klienti uvedli, že žádný piktogram nebyl zbytečný a jen 9 (11 %) klientů uvedlo, že byl některý piktogram zbytečný. Všech 9 klientů uvedlo jako zbytečný piktogram zavolejte mi mého duchovního.

Graf 4

Uvítání ještě nějakého piktogramu

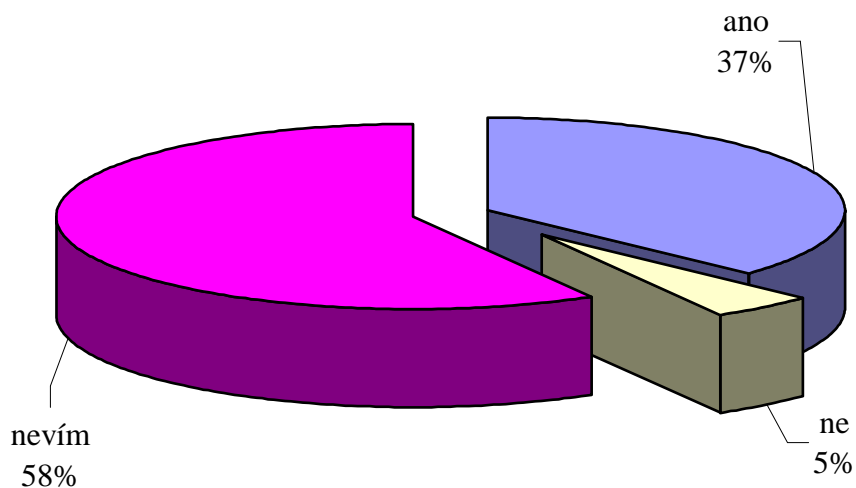


Na tuto otázku odpovídalo 84 klientů, protože ostatní klienti ukončili vyplňování dotazníku dříve, když odpověděli, že piktogramy ke komunikaci nepoužívali. 100 % zde bylo 84 odpovědí, kdy nejčastěji, v 75 odpovědích (89 %), klienti uvedli, že by žádný piktogram už neuvítali a 9 (11 %) klientů uvedlo, že jim ještě nějaký scházel.

Pokud klienti uvedli, že jim nějaký scházel, měli uvést jaký. Zde 5 klientů uvedlo, že jim scházel piktogram pro televizi 3 klienti uvedli, že postrádali piktogram na přesun z postele do křesla (či na židli), a 1 klient postrádal piktogram pro rádio.

Graf 5

Bude klient využívat piktogramy ke komunikaci s rodinou i doma

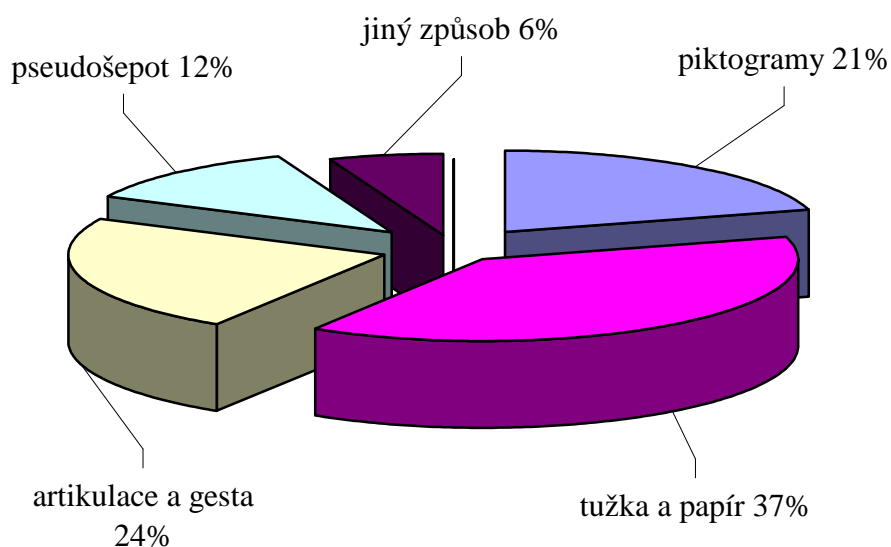


Na tuto otázku odpovídalo 84 klientů, protože ostatní klienti ukončili vyplňování dotazníku dříve, když odpověděli, že piktogramy ke komunikaci nepoužívali. 100 % zde bylo 84 odpovědí. Zde odpovědělo 49 klientů (58 %), že nevědí, zda piktogramy budou používat ke komunikaci se svou rodinou i doma a 31 klientů (37 %) odpovědělo, že piktogramy ke komunikaci se svou rodinou doma používat budou. Jen 4 klienti (5 %) uvedli, že piktogramy ke komunikaci se svou rodinou doma používat nebudou.

Pokud klienti uvedli, že piktogramy ke komunikaci se svou rodinou doma používat nebudou, měli uvést i proč. Zde shodně uvedli odpověď, protože mají kanylu jen dočasně.

Graf 6

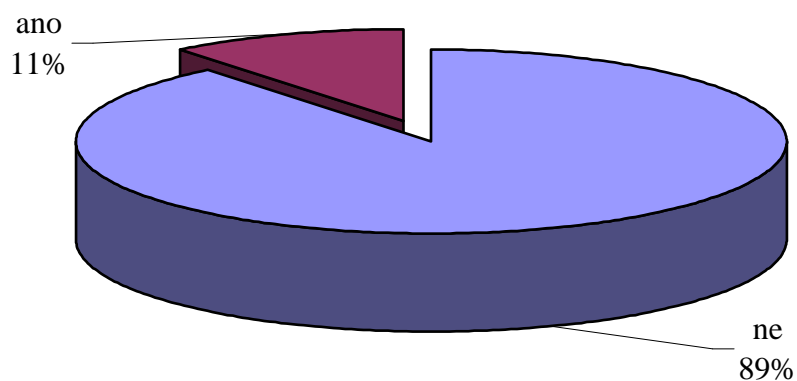
Nejvíce používané druhy komunikace



Celkem odpovědělo 84 klientů, ovšem u této otázky mohli klienti označit více odpovědí. Počet odpovědí byl celkem 170 (100 %). Nejvíce označili klienti, že využívají ke komunikaci tužky a papíru 65 odpovědí (37 %), dále uvedli artikulace a gesta 40 odpovědí (24 %), piktogramy 35 odpovědí (21 %), pseudošepot 20 odpovědí (12 %) a jiný způsob 10 odpovědí (6 %) (6 klientů uvedlo, že komunikovali jícnovou řečí a další 4 klienti uvedli, že ke komunikaci používali abecedu.).

Graf 7

Pocit klienta, že používání piktogramů je pro něj zbytečné



Na tuto otázku odpovídalo 84 klientů, protože ostatní klienti ukončili vyplňování dotazníku dříve, když odpověděli, že piktogramy ke komunikaci nepoužívali. 100 % zde bylo 84 odpovědí. Zde odpovědělo 75 klientů (89 %), že používání piktogramů pro ně zbytečné nebylo a 9 klientů (11 %) odpovědělo, že pro ně používání piktogramů bylo zbytečné.

Těchto 9 klientů mělo uvést, proč si myslí, že bylo pro ně používání piktogramů zbytečné. Zde uvedlo 6 klientů, že mluvili jícnovou řečí, a 3 klienti, že raději používají tužku a papír.

4. 2 SPSS a grafické zpracování otázek z dotazníku pro sestry.

Tabulka 17

Pohlaví

	Četnost	Procenta	Validní procenta	Kumulativní procenta
muž	4	1,7	1,7	1,7
žena	227	98,3	98,3	100,0
Celkem	231	100,0	100,0	

Celkem odpovědělo 231 sester (100 %). Z toho 4 sestry (1,7 %) byli muži a 227 sester (98,3 %) byly ženy.

Tabulka 18

Věk

	Četnosti	Procenta	Validní procenta	Kumulativní procenta
Do 30 let	74	32,0	32,0	32,0
31-40 let	62	26,8	26,8	58,9
41-50 let	67	29,0	29,0	87,9
Více než 51 let	28	12,1	12,1	100,0
Celkem	231	100,0	100,0	

Celkem odpovědělo 231 sester (100 %). Z toho 74 (32 %) uvedlo věk do 30 let. 62 sester (26,8 %) uvedlo věk v rozmezí 31-40 let. 67 sester (29 %) uvedlo věk 41-50 a 28 sester uvedlo věk více než 51 let.

Tabulka 19**Nejvyšší dosažené vzdělání**

	Četnost	Procenta	Validní procenta	Kumulativní procenta
SZŠ	122	52,8	52,8	52,8
VZŠ	16	6,9	6,9	59,7
Specializační studium	68	29,4	29,4	89,2
VŠ-Bc.	23	10,0	10,0	99,1
VŠ-Mgr.	2	0,9	0,9	100,0
Celkem	231	100,0	100,0	

Celkem odpovědělo 231 sester (100 %). Z toho 122 sester (52,8 %) uvedlo jako své nejvyšší dosažené vzdělání SZŠ, 16 sester (6,9 %) uvedlo VZŠ, 68 sester (29,4 %) uvedlo specializační studium a ostatních 25 sester (10,9 %) uvedlo VŠ – z toho 23 sester (10 %) uvedlo VŠ bakalářské a 2 sestry (0,9 %) uvedly VŠ magisterské.

Tabulka 20**Dosavadní praxe sester**

	Četnost	Procenta	Validní procenta	Kumulativní procenta
0-10 let	82	35,5	35,5	35,5
11-20 let	62	26,8	26,8	62,3
21-30 let	55	23,8	23,8	86,1
31-40 let	30	13,0	13,0	99,1
41 a více let	2	0,9	0,9	100,0
Celkem	231	100,0	100,0	

Celkem odpovědělo 231 sester (100 %). Z toho 82 sester (35,5 %) odpovědělo, že jako zdravotní sestra pracuje 0-10 let. 62 sester (26,8 %) uvedlo svou délku praxe mezi 11-20 lety, 55 sester (23,8 %) uvedlo svou délku praxe mezi 21-30 lety a pouze 2 sestry (0,9 %) pracují jako zdravotní sestra déle než 41 let.

Tabulka 21**Oddělení, kde sestry pracují**

	Četnost	Procenta	Validní procenta	Kumulativní procenta
ORL	67	29,0	29,0	29,0
jiné	164	71,0	71,0	100,0
Celkem	231	100,0	100,0	

Celkem odpovědělo 231 sester (100 %). Z toho 67 sester (29 %) pracovalo na ORL. Ostatní, tj. 164 sester (71 %), pracovaly na jiném oddělení, než je ORL.

Tabulka 22**Problémy v komunikování s tracheost. a laryng. klienty**

	Četnost	Procenta	Validní procenta	Kumulativní procenta
ano	75	32,5	32,5	32,5
ne	156	67,5	67,5	100,0
Celkem	231	100,0	100,0	

Celkem odpovědělo 231 sester (100 %). Z toho 165 sester (67,5 %) odpovědělo, že jim komunikace s tracheostomovaným či laryngektomovaným klientem problémy nedělá a 75 sester (32,5 %) uvedlo, že jim problémy dělá.

Tabulka 23**Dřívější setkání s piktogramy v praxi**

	Četnost	Procenta	Validní procenta	Kumulativní procenta
ano	55	23,8	23,8	23,8
ne	176	76,2	76,2	100,0
Celkem	231	100,0	100,0	

Celkem odpovědělo 231 sester (100 %). Z toho 176 sester (76,5 %) uvedlo, že se s používáním piktogramů v praxi nesetkaly a 55 sester (23,8 %) se s jejich používáním setkalo.

Tabulka 24**Pomoc piktogramů při komunikaci**

	Četnost	Procenta	Validní procenta	Kumulativní procenta
ano	190	82,3	82,3	82,3
ne	41	17,7	17,7	100,0
Celkem	231	100,0	100,0	

Celkem odpovědělo 231 sester (100 %). Z toho 190 sester (82,3 %) uvedlo, že si myslí, že jim používání piktogramů pomohlo při komunikaci s tracheostomovaným či laryngektomovaným klientem. 41 sester (17,7 %) si myslí, že jim v komunikaci nepomohlo.

Tabulka 25**Souvislost věku klienta a ochoty používání piktogramů**

	Četnost	Procenta	Validní procenta	Kumulativní procenta
ano	133	57,6	57,6	57,6
ne	55	23,8	23,8	81,4
nevím	43	18,6	18,6	100,0
Celkem	231	100,0	100,0	

Celkem odpovědělo 231 sester (100 %). Z toho 133 sester (57,6 %) odpovědělo, že si myslí, že věk klienta má vliv na ochotu používat piktogramy ke komunikaci. 55 sester (23,8 %) odpovědělo, že věk klienta na to vliv nemá a 43 sester (18,6 %) odpovědělo, že nevědí, zda věk klienta má, či nemá vliv na ochotu používat piktogramy ke komunikaci.

Tabulka 26

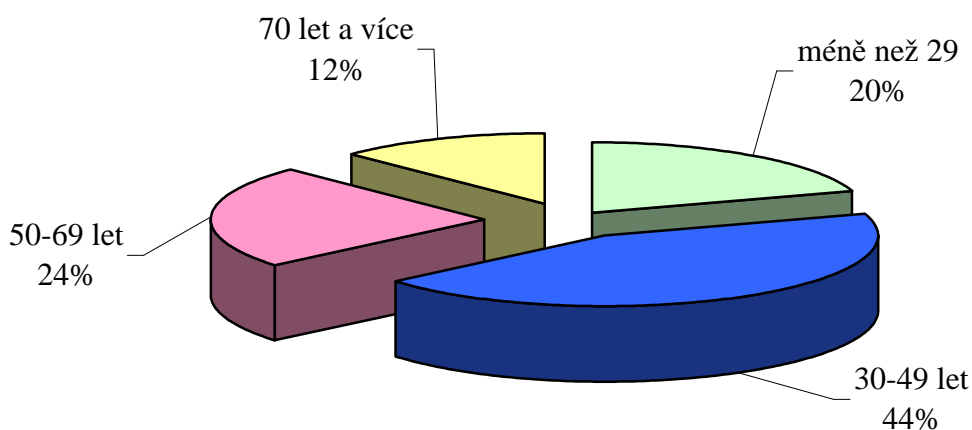
Souvislost věku klienta s efektivitou využití piktogramů

	Četnost	Procenta	Validní procenta	Kumulativní procenta
ano	161	69,7	69,7	69,7
ne	39	16,9	16,9	86,6
nevím	31	13,4	13,4	100,0
Celkem	231	100,0	100,0	

Celkem odpovědělo 231 sester (100 %). Z toho 161 sester (69,7 %) odpovědělo, že efektivita využití piktogramů závisí na věku klienta. 39 sester (16,9 %) odpovědělo, že efektivita využití piktogramů nezávisí na věku klienta, a 31 sester (13,4 %) odpovědělo, že neví.

Graf 8

Využití piktogramů související s věkem klientů



Zde odpovídalo celkem 161 sester (100 %), které v předchozí otázce (viz tabulka 26) uvedly, že efektivita využívání piktogramů souvisí s věkem klienta. Zde uvedlo 85 sester (44 %), že si myslí, že piktogramy lépe využívají klienti ve věku od 30-49 let. Dalších 46 sester (24 %) uvedlo, že piktogramy lépe využívají klienti ve věku od 50-69 let, 39 sester (20 %) uvedlo klienty ve věku méně než 29 let a 24 sester (12 %) uvedlo klienty ve věku nad 70 let.

Tabulka 27**Využití piktogramů i klienty s jiným onemocněním**

	Četnost	Procenta	Validní procenta	Kumulativní procenta
ano	133	57,6	57,6	57,6
ne	36	15,6	15,6	73,2
nevím	62	26,8	26,8	100,0
Celkem	231	100,0	100,0	

Celkem odpovědělo 231 sester (100 %). Z toho 133 sester (57,6 %) odpovědělo, že si myslí, že piktogramy mohou ke komunikaci využívat i klienti s jiným onemocněním. 62 sester (26,8 %) nevědělo a 36 sester (15,6 %) si myslí, že piktogramy nemohou ke komunikaci využívat klienti s jiným onemocněním.

Tabulka 28**Negativní vliv používání piktogramů na sebeúctu klienta**

	Četnost	Procenta	Validní procenta	Kumulativní procenta
ano	8	3,5	3,5	3,5
ne	182	78,8	78,8	82,3
nevím	41	17,7	17,7	100,0
Celkem	231	100,0	100,0	

Celkem odpovědělo 231 sester (100 %). Z toho 182 sester (78,8 %) odpovědělo, že si myslí, že používání piktogramů nemá negativní vliv na sebeúctu klienta. 41 sester (17,7 %) nevědělo a 8 sester (3,5 %) uvedlo, že si myslí, že používání piktogramů má negativní vliv na sebeúctu klienta.

Tabulka 29**Pozitivní vliv používání piktogramů na komunikaci klienta se zdravotnickým personálem**

	Četnost	Procenta	Validní procenta	Kumulativní procenta
ano	202	87,4	87,4	87,4
ne	9	3,9	3,9	91,3
nevím	20	8,7	8,7	100,0
Celkem	231	100,0	100,0	

Celkem odpovědělo 231 sester (100 %). Z toho 202 sester (87,4 %) odpovědělo, že si myslí, že používání piktogramů má pozitivní vliv na komunikaci klienta se zdravotnickým personálem. 20 sester (8,7 %) nevědělo a 9 sester (3,9 %) si myslí, že používání piktogramů nemá pozitivní vliv na komunikaci klienta se zdravotnickým personálem.

Tabulka 30**Usnadnily piktogramy komunikaci sestra- klient**

	Četnost	Procenta	Validní procenta	Kumulativní procenta
ano	163	70,6	70,6	70,6
ne	19	8,2	8,2	78,8
nevím	49	21,2	21,2	100,0
Celkem	231	100,0	100,0	

Celkem odpovědělo 231 sester (100 %). Z toho 163 sester (70,6 %) odpovědělo, že si myslí, že používání piktogramů jim usnadnilo komunikaci s tracheostomovaným či laryngektomovaným klientem. 49 sester (21,2 %) nevědělo a 19 sester (8,2 %) si myslí, že používání piktogramů jim neusnadnilo komunikaci s těmito klienty.

Tabulka 31**Piktogramy mohou prohloubit vztah klient- zdravotnický personál**

	Četnost	Procenta	Validní procenta	Kumulativní procenta
ano	192	83,1	83,1	83,1
ne	39	16,9	16,9	100,0
Celkem	231	100,0	100,0	

Celkem odpovědělo 231 sester (100 %). Z toho 192 sester (83,1 %) odpovědělo, že si myslí, že používání piktogramů může prohloubit vztah mezi klientem a zdravotním personálem, a 39 sester (16,9 %) odpovědělo, že tento vztah prohloubit nemůže.

Tabulka 32**Doporučení sester klientovi používat piktogramy i ke komunikaci s blízkými**

	Četnost	Procenta	Validní procenta	Kumulativní procenta
ano	179	77,5	77,5	77,5
ne	52	22,5	22,5	100,0
Celkem	231	100,0	100,0	

Celkem odpovědělo 231 sester (100 %). Z toho 179 sester (77,5 %) odpovědělo, že doporučily klientovi používat piktogramy i ke komunikaci s jejich blízkými a 52 sester (22,5 %) jim je nedoporučilo.

Tabulka 33**Vliv piktogramů na zlepšení komunikace klienta s rodinou**

	Četnost	Procenta	Validní procenta	Kumulativní procenta
ano	171	74,0	74,0	74,0
ne	9	3,9	3,9	77,9
nevím	51	22,1	22,1	100,0
Celkem	231	100,0	100,0	

Celkem odpovědělo 231 sester (100 %). Z toho 171 sester (74,0 %) odpovědělo, že si myslí, že piktogramy zlepšily komunikaci klienta s rodinou. 51 sester (22,1 %) nevědělo a 9 sester (3,9 %) uvedlo, že si myslí, že piktogramy nezlepšily komunikaci klienta s rodinou.

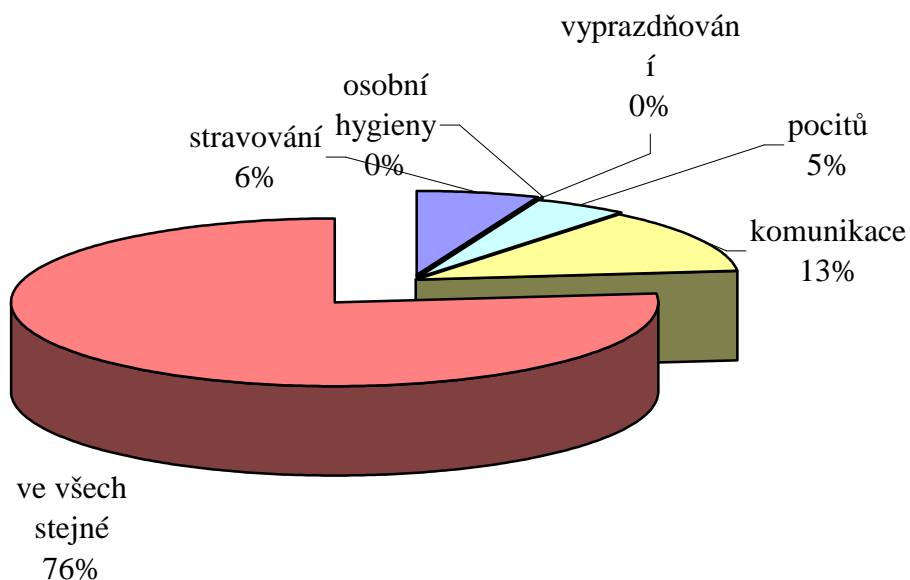
Tabulka 34**Doporučení sester používat piktogramy dále v praxi**

	Četnost	Procenta	Validní procenta	Kumulativní procenta
ano	196	84,8	84,8	84,8
ne	7	3,0	3,0	87,9
nevím	28	12,1	12,1	100,0
Celkem	231	100,0	100,0	

Celkem odpovědělo 231 sester (100 %). Z toho 196 sester (84,8 %) by doporučilo používat piktogramy dále v praxi. 28 sester (12,1 %) nevědělo a 7 sester (3,0 %) by piktogramy používat dále v praxi nedoporučilo.

Graf 9

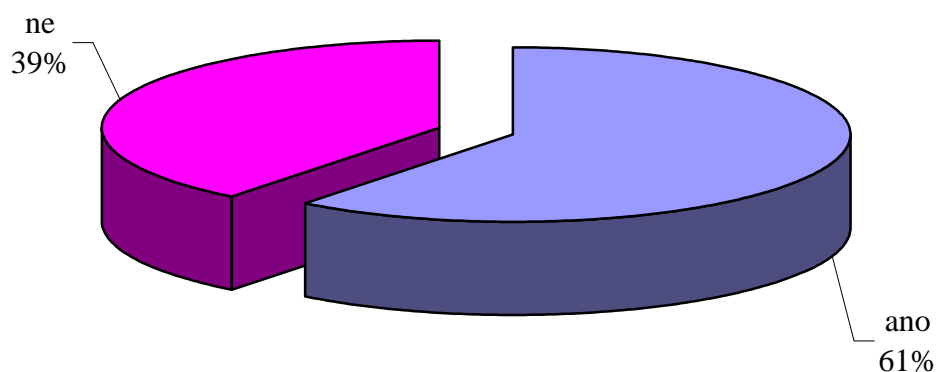
Nejvíce používané piktogramy



Celkem odpovědělo 231 sester (100 %). Z toho 177 sester (76 %) odpovědělo, že si myslí, že piktogramy se využívají ve všech oblastech stejně. 29 sester (13 %) odpovědělo, že si myslí, že piktogramy se využívají nejvíce v oblasti komunikace. 14 sester (6 %) odpovědělo, že si myslí, že piktogramy se využívají nejvíce v oblasti stravování, a 11 sester uvedlo největší využití piktogramů v oblasti pocitů. Oblast osobní hygieny a vyprazdňování neuvděla žádná sestra (0 %).

Graf 10

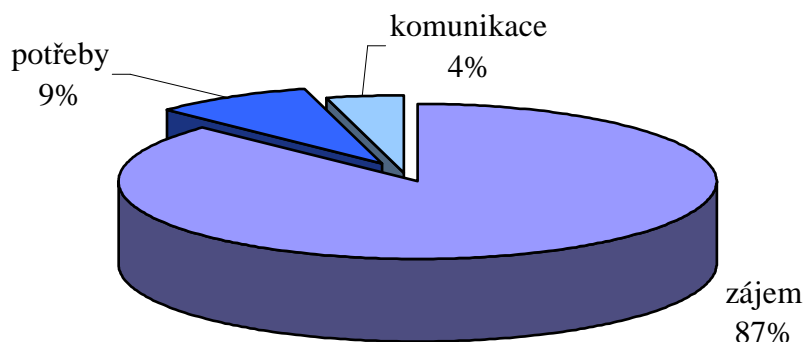
Používání piktogramů usnadňuje spolupráci zdravotnického týmu a rodiny klienta



Na otázku, zda si sestry myslí, že používání piktogramů usnadňuje spolupráci zdravotnického týmu s rodinou klienta, odpovědělo celkem 231 sester (100 %). Z toho 140 sester (61 %) odpovědělo, že si myslí, že používání piktogramů usnadňuje spolupráci zdravotnického týmu s rodinou klienta. Tyto sestry měly doplnit jak (viz graf 11). Zbývajících 91 sester (39 %) uvedlo, že si nemyslí, že používání piktogramů usnadňuje spolupráci zdravotnického týmu s rodinou klienta.

Graf 11

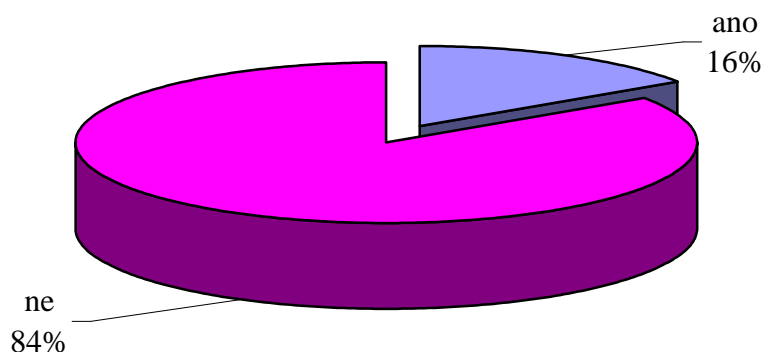
Kladná odpověď sester, že používání piktogramů usnadňuje spolupráci zdravotnického týmu s rodinou klienta



Graf 11 navazuje na graf 10. Je rozbořem jeho kladné odpovědi, že používání piktogramů usnadňuje spolupráci zdravotnického týmu s rodinou klienta. 100 % je zde 140 kladných odpovědí. Z toho 122 sester (87 %) uvedlo, že tomu tak je, protože používáním piktogramů ke komunikaci s klientem svědčí o zájmu zdravotníků o klienta a tím i spolupráce s rodinou je snazší. 12 sester (9 %) uvedlo, že tomu tak je, protože používání piktogramů ke komunikaci vede k snazšímu pochopení potřeb klienta a sdělení jich jeho rodině a tím i spolupráce s rodinou je snazší. 6 sester (4 %) uvedlo, že použití piktogramů ke komunikaci vede k lepší komunikaci s klientem a tím i s jeho rodinou.

Graf 12

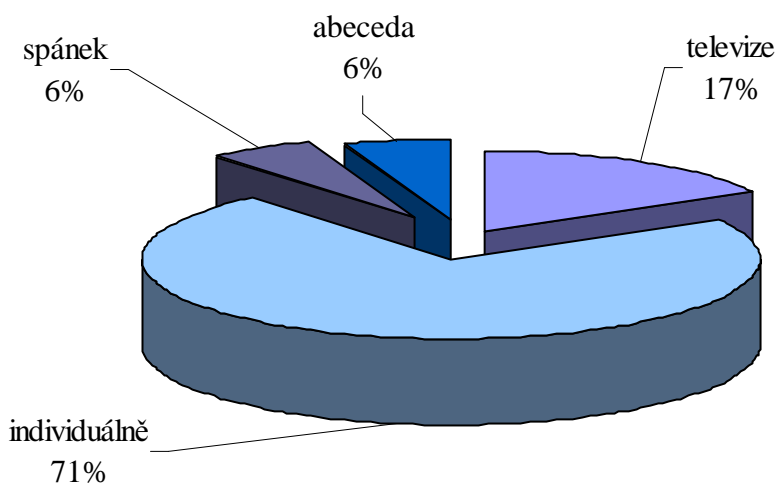
Chybění nějakého piktogramu



Celkem odpovědělo 231 sester (100 %). Z toho 195 sester (84 %) odpovědělo, že by piktogramy už o další nedoplňily. 36 sester (16 %) odpovědělo, že piktogramy ještě doplňily. Tyto sestry měly uvést jaké piktogramy by ještě doplnily (viz graf 13).

Graf 13

Chybění piktogramu



Tento graf je rozborem odpovědi sester, které uvedly, že jim ještě některý piktogram chyběl. 36 sester (100 %) uvedlo, že jim nějaký piktogram chyběl, a měly uvést jaký. Zde 26 sester (71 %) uvedlo, že by piktogramy doplnily o další dle individuálních potřeb klienta. 6 sestrám (17 %) chyběl piktogram televize či rádio, 2 sestrám (6 %) chyběl piktogram nemůžu spát a též 2 sestrám (6 %) chyběl piktogram abecedy.

Testování nezávislosti dvou proměnných

Kontingenční tabulka 6

Pro testování nezávislosti dvou proměnných jsme si stanovili nulovou (H_0) a alternativní hypotézu (H_A):

H_0 : Problémy v komunikaci s tracheostomovaným a laryngektomovaným klientem jsou nezávislé na tom, kde sestry pracují.

H_A : Problémy v komunikaci s tracheostomovaným a laryngektomovaným klientem jsou závislé na tom, kde sestry pracují.

Oddělení * Problémy v komunikaci s tracheostom. a laryngektom. klientem

		Problémy v komunikaci s tracheostom. a laryngektom. klientem		
		ano	ne	Total
Oddělení	ORL	7	60	67
	jiné odd.	68	96	164
	Celkem	75	156	231

Tato tabulka vyjadřuje početní zastoupení jednotlivých odpovědí s ohledem na odpovědi v obou otázkách. Otázky se týkaly problémů v komunikaci s tracheostomovaným a laryngektomovaným klientem a pracovního zařazení sester na oddělení.

Chí test			
	Hodnota testu	df	Dosažená hladina významnosti
Pearsonův Chí kvadrát	20,869	1	0,000

V Chí testu je dosažená hladina významnosti $p < 0,001$ ($p < 0,1 \%$), která je menší než 5% , což vyvrací H_0 a platí H_A . Potvrdilo se, že vyskytující se problémy v komunikaci s tracheostomovaným a laryngektomovaným klientem jsou závislé na tom, kde sestry pracují. Sestry pracující na ORL odd. uvedly v 90% , že problémy v komunikaci s tracheostomovaným a laryngektomovaným klientem nemají, zatímco sestry pracující na jiných odd., než je ORL odd., uvedly v 61% , že problémy v komunikaci s těmito klienty mají.

Kontingenční tabulka 7

Pro testování nezávislosti dvou proměnných jsme si stanovili nulovou (H₀) a alternativní hypotézu (H_A):

H₀: Problémy v komunikaci s tracheostomovaným a laryngektomovaným klientem jsou nezávislé na délce praxe sester.

H_A: Problémy v komunikaci s tracheostomovaným a laryngektomovaným klientem jsou závislé na délce praxe sester.

Praxe sester * Problémy v komunikaci s tracheostomovaným a laryngektomovaným klientem

	Problémy v komunikaci s tracheostom. a laryngektom. klientem		
	ano	ne	Celkem
Praxe sester 0-10 let	32	50	82
11-20 let	18	44	62
21-30 let	20	35	55
31-40 let	5	25	30
41 a více let	0	2	2
Celkem	75	156	231

Tato tabulka vyjadřuje početní zastoupení jednotlivých odpovědí s ohledem na odpovědi v obou otázkách, které se týkaly problémů v komunikaci s tracheostomovaným a laryngektomovaným klientem a praxe sester.

Chí test			
	Hodnota testu	df	Dosažená hladina významnosti
Pearsonův Chí kvadrát	6,700	4	0,153

V Chí testu je dosažená hladina významnosti $p = 0,153$ (15,3 %), která je větší než 5 % a proto platí H₀, že na problémy sester v komunikaci s tracheostomovaným a laryngektomovaným klientem nemá vliv délka praxe sester. Lze tedy prohlásit, že zkoumané proměnné jsou na sobě nezávislé.

Kontingenční tabulka 8

Pro testování nezávislosti dvou proměnných jsme si stanovili nulovou (H₀) a alternativní hypotézu (H_A):

H₀: Vyjádření pocitu sester, že používání piktogramů může prohloubit vztah mezi klientem a zdravotním personálem a je nezávislé na vzdělání sester.

H_A: Vyjádření pocitu sester, že používání piktogramů může prohloubit vztah mezi klientem a zdravotním personálem a je závislé na vzdělání sester.

Vzdělání sester * Používání piktogramů může prohloubit vztah mezi klientem a zdravotním personálem

		Používání piktogramů může prohloubit vztah mezi klientem a zdravotním personálem		
		ano	ne	Total
Vzdělání sester	SZŠ	99	23	122
	VZŠ	14	2	16
	specializační	54	14	68
	VŠ – Bc.	23	0	23
	VŠ – Mgr.	2	0	2
	Total	192	39	231

Tato tabulka vyjadřuje početní zastoupení jednotlivých odpovědí s ohledem na odpovědi v obou otázkách, které se týkaly vyjádření pocitu sester, že používání piktogramů může prohloubit vztah mezi klientem a zdravotním personálem a vzdělání sester.

Chí test			
	Hodnota testu	df	Dosažená hladina významnosti
Pearsonův Chí kvadrát	6,300	4	0,178

V Chí testu je dosažená hladina významnosti $p=0,178$ (17,8 %), která je větší než 5 % a proto platí H₀, že na pocit sester, že používání piktogramů může prohloubit vztah

mezi klientem a zdravotním personálem, nemá vliv vzdělání sester. Lze tedy prohlásit, že zkoumané proměnné jsou na sobě nezávislé.

Kontingenční tabulka 9

Pro testování nezávislosti dvou proměnných jsme si stanovili nulovou (H₀) a alternativní hypotézu (H_A):

H₀: Vyjádření pocitu sester, že piktogramy jim usnadnily komunikaci s tracheostomovaným a laryngektomovaným klientem, je nezávislé na jejich problémech v komunikaci s tracheostomovaným a laryngektomovaným klientem.

H_A: Vyjádření pocitu sester, že piktogramy jim usnadnily komunikaci s tracheostomovaným a laryngektomovaným klientem, je závislé na jejich problémech v komunikaci s tracheostomovaným a laryngektomovaným klientem.

Problémy sester v komunikaci s klientem * Pocit sester, že piktogramy usnadnily komunikaci s klienty

		Pocit sester, že piktogramy usnadnily komunikaci s klienty			
		ano	ne	nevím	Celkem
Problémy sester v komunikaci s klientem	ano	62	0	13	75
	ne	101	19	36	156
	Celkem	163	19	49	231

Tato tabulka vyjadřuje početní zastoupení jednotlivých odpovědí s ohledem na odpovědi v obou otázkách. Otázky se týkaly vyjádření pocitu sester, že používané piktogramy usnadnily komunikaci s tracheostomovaným a laryngektomovaným klientem a problémy sester v komunikaci s tímto klientem.

Chí test			
	Hodnota testu	df	Dosažená hladina významnosti
Pearsonův Chí kvadrát	12,228	2	0,002

V Chí testu je dosažená hladina významnosti $p = 0,002$ ($p = 0,2 \%$), která je menší než 5% , což vyvrací H_0 a platí H_A . Potvrdilo se, že vyjádření sester, že piktogramy jim usnadnily komunikaci s tracheostomovaným a laryngektomovaným klientem, je závislé na jejich problémech, které měly v komunikaci s tracheostomovaným a laryngektomovaným klientem. Sestry, které měly problémy v komunikaci s tracheostomovaným a laryngektomovaným klientem, uvedly v 83% , že jim piktogramy pomohly v komunikaci s klienty, a zbytek (17%) těchto sester uvedla, že neví, zda jim piktogramy v komunikaci s klienty pomohly. Velká část sester (65%), které neměly problémy v komunikaci s tracheostomovaným a laryngektomovaným klientem, také uvedla, že jim piktogramy v komunikaci pomohly, 23% sester nevědělo a 12% sester v komunikaci nepomohly.

Kontingenční tabulka 10

Pro testování nezávislosti dvou proměnných jsme si stanovili nulovou (H_0) a alternativní hypotézu (H_A):

H_0 : Doporučení sester využívat piktogramy dále v praxi je nezávislé na jejich vzdělání.

H_A : Doporučení sester využívat piktogramy dále v praxi je závislé na jejich vzdělání.

Vzdělání sester * Doporučení sester pro používání piktogramů v praxi

	Doporučení sester pro používání piktogramů v praxi			
	ano	ne	nevím	Celkem
Vzdělání sester SZŠ	108	2	12	122
VZŠ	14	0	2	16
specializační	53	5	10	68
VŠ – Bc.	19	0	4	23
VŠ – Mgr.	2	0	0	2
Celkem	196	7	28	231

Tato tabulka vyjadřuje početní zastoupení jednotlivých odpovědí s ohledem na odpovědi v obou otázkách. Otázky se týkaly doporučení sester pro používání piktogramů v praxi v závislosti na jejich vzdělání.

Chí test			
	Hodnota testu	df	Dosažená hladina významnosti
Pearsonův Chí kvadrát	8,544	8	0,382

V Chí testu je dosažená hladina významnosti $p=0,382$ (38,2 %), která je větší než 5 %, a proto platí H_0 , že na doporučení sester využívat piktogramy dále v praxi nemá vliv vzdělání sester. Lze tedy prohlásit, že zkoumané proměnné jsou na sobě nezávislé.

5. Diskuze

Jedním z cílů práce bylo vytvořit piktogramy (viz příloha 6) a uvést je do praxe, což se podařilo. Tím byl splněn první cíl práce, který představoval vytvoření piktogramů a zároveň **se potvrdila i H1, že vytvořené piktogramy je možné zařadit do ošetrovatelské péče o tracheostomované a laryngektomované klienty.**

Diskuze je založená na komparaci výsledků dat šetření sester a klientů. Šetření bylo zaměřeno na otázky související s používáním piktogramů v praxi. Zde jsme zjišťovali, zda používání piktogramů v praxi přispívá ke zkvalitnění komunikace sester s tracheostomovanými či laryngektomovanými klienty, což bylo zároveň druhým cílem práce. Zde bylo důležité zjistit, kolik klientů piktogramy ke komunikaci používalo. Klientům tedy byla položena otázka, zda vytvořené piktogramy používali ke komunikaci s okolím. Na tuto otázku nám většina klientů (72,6%) odpověděla, že piktogramy ke komunikaci s okolím používali, dokonce v 65,5 % uvedli, že jejich používání i uvítali. Dokonce většina klientů (71 %) uvedla, že jim piktogramy pomohly v komunikaci s ošetrovatelským personálem. To, že piktogramy pomáhaly v komunikaci, potvrzuje i 82,3 % dotázaných sester, které též uvedly, že jim piktogramy pomáhaly v komunikaci s těmito klienty. Zajímalo nás také, zda používání piktogramů mělo pozitivní vliv na komunikaci klienta se zdravotnickým personálem. Na tuto otázku jsme získali odpověď z výsledků dotazníku sester, kdy většina sester (87,4 %) uvedla, že používání piktogramů mělo pozitivní vliv na komunikaci klienta se zdravotnickým personálem, a 70,6 % sester uvedlo, že používání piktogramů jim usnadnilo komunikaci s těmito klienty. Dále nás zajímalo, zda používání piktogramů mohlo pomoci prohloubit vztah mezi klientem a zdravotnickým personálem. Zde 83,1 % sester potvrdilo svou odpověď ano, že používání piktogramů může tento vztah prohloubit. Zajímalo nás také, zda se používáním piktogramů zlepšila komunikace klienta s rodinou. Proto jsme tuto otázku položili sestřám i klientům. Zde většina sester (74 %) uvedla, že si myslí, že piktogramy zlepšily komunikaci klienta s rodinou. Také klienti, kteří piktogramy ke komunikaci používali (65 % klientů), potvrdili v 70 %, že jim piktogramy pomohly zlepšit komunikaci s rodinou. Z těchto zjištěných výsledků lze říci, že piktogramy

přispěly ke zkvalitnění komunikace, jak jsme předpokládali a tím byl splněn i druhý cíl práce. Zároveň nám tyto výsledky **potvrdily H2, že používání piktogramů usnadňuje komunikaci tracheostomovanému a laryngektomovanému klientovi s okolím, a H3, že používání piktogramů usnadňuje komunikaci sester s tracheostomovaným a laryngektomovaným klientem.** Podobné výsledky byly zjištěny i v šetření Videnské (51), která se zabývala využitím piktogramů ke komunikaci u klientů s afázií. Zde Videnská uvádí, že 70,5 % sester se také domnívá, že používané piktogramy měly pozitivní vliv na komunikaci klienta a zdravotnického personálu. Jak jsme již zmínili, piktogramy lze také použít všude tam, kde je jazyková bariéra jak uvádí Gallagher a Savardová ve své publikaci 1000 ikon, symbolů a piktogramů (10). Této problematice se týkalo i šetření Chrástové a Šimůnkové, které se zabývaly využitím piktogramů při poskytování ošetrovatelské péče vietnamským ženám. Zde také většina sester (61,6%) uvedla, že piktogramy jim pomohly zlepšit komunikaci s těmito ženami (16). Z těchto výsledků tří šetření vyplývá, že piktogramy jsou pomocí v komunikaci všude tam, kde se při ní vyskytne nějaká překážka.

Položili jsme si také otázku, zda piktogramy mají vliv na spolupráci rodiny klienta a zdravotnického týmu, což bylo druhým cílem práce, a stanovili jsme si **H4, že používání piktogramů zlepší spolupráci rodiny tracheostomovaného nebo laryngektomovaného klienta a zdravotnického týmu.** Odpovědi jsme získali takové, že klienti, kteří piktogramy používali, uvedli v 76 %, že piktogramy zlepšily spolupráci rodiny se zdravotnickým týmem a to nám také potvrdilo 61 % sester, které uvedly, že používání piktogramů usnadnilo spolupráci zdravotnického týmu s rodinou klienta. Tyto sestry dále v 87 % doplnily svou odpověď o tvrzení, že používání piktogramů ke komunikaci s klientem svědčilo o zájmu zdravotníků o klienta a tím i spolupráce s rodinou byla snazší. Tím byl splněn i poslední cíl práce a **potvrdila se i čtvrtá hypotéza.**

Některé otázky v dotazníku pro klienty se týkaly jejich víry. Jak uvádí literatura (45), může víra klientovi pomoci ve zvládnání náročných životních situací. Mezi náročné životní situace člověka určitě patří i provedení tracheostomie či laryngektomie. Tvrzení

z literatury potvrzuje i zjištění, že 51 % z věřících klientů uvítalo piktogram zavolejte mi mého duchovního, ovšem jen 5 % klientů jej využilo. Věřících klientů, z těch, kteří piktogramy používali, bylo 75 %. To vypovídá o tom, že většina klientů byli věřící a zařazení piktogramů týkajících se víry bylo přínosné, nikoliv chybné. I na otázku, zda byl některý piktogram zbytečný, klienti ve většině odpovědí uvedli (89 %), že žádný piktogram zbytečný nebyl. Jen 11% klientů uvedlo jako zbytečný piktogram zavolejte mi mého duchovního, ale nevěřících bylo celkem 23% klientů nevěřících. To znamená, že ani někteří nevěřící klienti tento piktogram nepovažovali za zbytečný.

Dále jsme se v šetření zabývali otázkou, v které oblasti byly piktogramy ke komunikaci nejvíce používány. Zde jsme zjistili, že nejvíce klientů (34 %) si myslí, že se piktogramy používají ke komunikaci ve všech oblastech stejně. Toto potvrdily i výsledky získané od sester, kdy většina sester (76 %) také uvedla, že piktogramy se používají ke komunikaci ve všech oblastech stejně. Podobné výsledky z šetření uvádí též Videnská, která popisuje, že také v jejich šetření zjistili, že většina sester (59 %) si myslí, že piktogramy byly využity ke komunikaci ve všech oblastech stejně.

V šetření jsme se zabývali také otázkou, zda má věk klienta vliv na ochotu používat piktogramy ke komunikaci nebo na efektivitu jejich využívání. Že věk klientů má vliv na jejich ochotu k používání piktogramů ke komunikaci nám potvrdilo 57,6 % sester a také většina sester (69,7 %) potvrdila, že efektivita využívání piktogramů závisí na věku klienta. Sestry zde nejčastěji (44 %) uváděly, že piktogramy lépe využívají klienti ve věku mezi 30 a 49 lety a nejmenší využití (12 %) uvedly u klientů ve věku nad 70 let. Těmito otázkami se ve svém šetření také zabývala Videnská (51), ovšem u klientů s afázií. Zde většina sester (63 %) také uvedla, že na ochotu používat piktogramy ke komunikaci má vliv věk klienta a také většina sester (67 %) uvedla, že si myslí, že efektivita využití piktogramů závisí na věku klientů. Výsledky šetření Videnské (51) týkající se těchto otázek jsou srovnatelné s výsledky našeho šetření. Lze tedy obecně říci, že věk klientů má vliv na ochotu a efektivitu využívání piktogramů ke komunikaci.

Dále nás zajímalo, zda u klientů na používání piktogramů ke komunikaci má vliv jejich pohlaví nebo vzdělání. Zde bylo zajímavé zjištění, že pohlaví ani vzdělání klientů nemá vliv na používání piktogramů ke komunikaci (viz kontingenční tabulka 1 a 2).

U sester nás zajímalo, zda problémy v komunikaci s tracheostomovanými či laryngektomovanými klienty mají souvislost s délkou praxe sester nebo s oddělením, kde pracují. Zde z výsledků vyplývá, že sestry pracující na ORL odděleních mají menší problémy v komunikaci s těmito klienty než sestry z jiných oddělení (viz kontingenční tabulka 6). Tyto výsledky lze vysvětlit i tím, že sestry na ORL odděleních se s těmito klienty setkávají častěji a v komunikaci s nimi mají i větší zkušenost. Větší zkušenost bychom předpokládali i u sester s delší praxí. Zde ovšem šetření ukázalo, že problémy v komunikaci s těmito klienty nejsou závislé na délce praxe sester (viz kontingenční tabulka 7), což bylo dosti překvapující.

Dále nás zajímalo, zda sestrám, které uvedly, že mají problémy s komunikací s tracheostomovanými či laryngektomovanými klienty, piktogramy v komunikaci pomohly. Toto jsme zjistili provedením chí kvadrátu, kde výsledky ukázaly, že 83 % sester s problémy v komunikaci s těmito klienty piktogramy v komunikaci skutečně pomohly (viz kontingenční tabulka 8, vlastní šetření). Platila tak námi stanovená HA, že vyjádření sester, že piktogramy jim usnadnily komunikaci s těmito klienty, je závislé na jejich problémech v komunikaci s těmito klienty.

Dále jsme se zaměřili na zjištění, zda by sestry či klienti piktogramy ještě o nějaký piktogram doplnili. Zde je důležité uvést, že většina sester (84 %) a také většina klientů (89 %) by žádný piktogram nedoplnila. Ovšem z těch, kdo by nějaký piktogram doplnili, ať už se jednalo o sestry nebo klienty, většina shodně uvedla piktogram televize či rádia. Toto zjištění je přínosné pro praxi, kdy by bylo vhodné do používaných piktogramů tento piktogram přidat.

V šetření jsme se zabývali také otázkou vlivu používání piktogramů na sebeúctu klientů. Zde sestry opět ve většině (78,8 %) uvedly, že si myslí, že používání piktogramů nemá negativní vliv na sebeúctu klienta. Také klienti ve většině (88 %) uvedli, že je jejich používání nestresovalo. To, že používání piktogramů nemá negativní

vliv na sebeúctu klienta, potvrzují i výsledky šetření Videnské (51), kde toto sestry také ve většině (59 %) uvádějí.

Zajímalo nás, zda piktogramy by klienti i sestry doporučili nadále zařadit do praxe. Domnívali jsme se, že pokud výsledky potvrdí námi stanovený druhý cíl, že použití piktogramů v praxi přispěje ke zkvalitnění komunikace sester s tracheostomovaným nebo laryngektomovaným klientem, což se potvrdilo, tak sestry doporučí používat piktogramy dále v praxi. Naše domněnka se nám potvrdila, když většina sester (84,8 %) uvedla, že piktogramy by doporučila používat nadále v praxi. Také klienti ve většině (82 %) doporučili používat piktogramy ke komunikaci i jiným klientům se stejným onemocněním. Lze tedy říci, že používání piktogramů ke komunikaci s tracheostomovaným či laryngektomovanými klienty v praxi bylo přínosné, protože jejich používání doporučují jak klienti, tak i sestry. Toto dokazuje i sdělení několika vrchních sester z oddělení, kde piktogramy používali (např. v.s. Kalinová - Písek aj.), které nám sdělily, že si některé piktogramy ponechaly, protože by je chtěly používat ke komunikaci s těmito klienty na těchto odděleních i nadále. Podobné výsledky uvádí i Videnská, která ve výsledcích svého šetření také zjistila, že sestry ve většině (68 %) doporučují piktogramy ke komunikaci s klienty s afázií používat i nadále v praxi.(51).

Zajímavé bylo i zjištění, že na doporučení používat piktogramy i jiným klientům se stejným onemocněním má vliv pohlaví klientů. Zde ženy, které piktogramy ke komunikaci používaly, ve 100% uvedly, že by používání piktogramů i jiným klientům se stejným onemocněním doporučily, a také ve 100% uvedly, že jim piktogramy usnadnily komunikaci s ošetrovatelským personálem. Oproti některým mužům, kteří uvedli, že nevědí, zda by používání piktogramů doporučili používat i jiným klientům se stejným onemocněním a že i nevědí, zda jim piktogramy pomohly v komunikaci s ošetrovatelským personálem. Dokonce 9 klientů uvedlo, že jim piktogramy nepomohly v komunikaci s ošetrovatelským personálem (viz kontingenční tabulky 3 a 4, vlastní výzkum). Přesto lze tvrdit, že používání piktogramů v praxi bylo přínosné, protože ve většině (82 %) klienti doporučili používat piktogramy ke komunikaci i jiným klientům se stejným onemocněním.

Zajímá nás i názor sester, zda by piktogramy ke komunikaci mohli využívat i klienti s jiným onemocněním. Zde téměř jen polovina (57,6 %) sester uvedla, že si myslí, že by piktogramy mohli používat klienti s jiným onemocněním, ale jen 15,6 % sester si myslelo, že by piktogramy nemohli používat klienti s jiným onemocněním. Mezi jiná onemocnění jsme záměrně uváděli i afázii, abychom výsledky mohli porovnat s výsledky šetření Videnské. Videnská uvádí ve svých výsledcích šetření, že v téměř všech oblastech, kromě oblasti oblékání, uvedla většina sester, že jim piktogramy usnadnily komunikaci s klienty s afázií (51). Proto by bylo jistě dobré výsledky šetření publikovat, aby se tyto informace dostaly i k ostatním sestřím a celkové povědomí o přínosu piktogramů v komunikaci s lidmi, u kterých se při ní vyskytuje nějaká překážka, ať už se jedná o klienty s tracheostomií či laryngektomií nebo klienty s jazykovou bariérou či klienty s afázií, bylo u odborné veřejnosti větší.

6. Závěr

Prvním cílem této práce bylo vytvořit piktogramy, které by tracheostomovaní či laryngektomovaní klienti mohli používat ke komunikaci. K tomuto cíli se vztahovala i první hypotéza, že vytvořené piktogramy je možné zařadit do ošetrovatelské péče o tracheostomované a laryngektomované klienty. Tento cíl jsme vytvořením piktogramů splnili a jejich uvedením do praxe jsme potvrdili i první hypotézu.

Druhým cílem práce bylo zjistit, zda používání piktogramů v praxi přispěje ke zkvalitnění komunikace sester s tracheostomovaným nebo laryngektomovaným klientem. K tomuto cíli se vztahovala třetí hypotéza, že používání piktogramů usnadňuje komunikaci sester s těmito klienty a i druhá hypotéza, že používání piktogramů usnadňuje komunikaci klientů s okolím. I tento cíl práce byl splněn a hypotézy potvrzeny, když jsme z výsledků šetření zjistili, že 82,3 % dotázaných sester piktogramy pomohly v komunikaci s těmito klienty a 87,4 % sester uvedlo, že používání piktogramů mělo pozitivní vliv na komunikaci klienta se zdravotnickým personálem, a také 70,6 % sester uvedlo, že používání piktogramů jim usnadnilo komunikaci s těmito klienty. Druhou hypotézu potvrdilo i 70 % klientů z těch, kteří piktogramy ke komunikaci používali (65 % klientů), že jim piktogramy pomohly zlepšit komunikaci s rodinou a také 74 % sester uvedlo, že si myslí, že piktogramy zlepšily komunikaci klienta s rodinou.

Třetím cílem bylo zjistit, zda má použití piktogramů vliv na spolupráci rodiny tracheostomovaného nebo laryngektomovaného klienta a zdravotnického týmu. K tomuto cíli se vztahovala i čtvrtá, poslední hypotéza, že používání piktogramů zlepší spolupráci rodiny klienta a zdravotnického týmu. I tento cíl práce byl splněn a poslední hypotéza potvrzena, když 76 % klientů uvedlo, že piktogramy zlepšily spolupráci rodiny se zdravotnickým týmem a také 61% sester potvrdilo, že používání piktogramů usnadnilo spolupráci zdravotnického týmu s rodinou klienta. Tyto sestry dále v 87% doplnily svou odpověď o tvrzení, že používání piktogramů ke komunikaci s klientem svědčilo o zájmu zdravotníků o klienta a tím i spolupráce s rodinou byla snazší.

Z výsledků šetření vyplývá, že všechny cíle práce byly splněny a všechny hypotézy potvrzeny. Důkazem toho, že piktogramy pomáhaly v komunikaci a byly pro komunikaci s laryngektomovými nebo tracheostomovanými klienty přínosné, je i to, že některé vrchní sestry nám sdělily, že si piktogramy na svých odděleních ponechaly a budou je i nadále ke komunikaci s těmito klienty používat. Jsme spokojeni, že tato práce byla přínosná pro praxi a dokázala pomoci jak sestrám, tak hlavně klientům v komunikaci.

7. Seznam použité literatury

1. BÁRTLOVÁ, S., SADÍLEK,P., TÓTHOVÁ, V. *Výzkum a ošetřovatelství*. 2. vyd., Brno: NCO NZO, 2008. 185 s. ISBN 978-80-7013-467-2.
2. BERKOW, R., FLETCHER, J. A. *The merk manual of diagnosis and therapy*. 18 vyd., New Persey: Merk and Co., 2006. ISBN 0-911910-18-2.
3. BLAŽEK, V., TRNKA,R. *Lidský obličej*. 1. vyd., Praha: Karolinum, 2009. 256 s. ISBN 978-80-246-1556-1.
4. BOHUŠOVÁ, B. Tracheostomie z pohledu ORL sestry. *Sestra*. Praha: 2004, roč. XIV, č. 7-8, s. 36. ISSN 1210-0404.
5. BOŘÍK, O. *Nástin ušního, nosního a krčního lékařství*. 1.vyd., Brno: NCONZO, 1996. 148s. ISBN 80-7013-220-5.
6. ČERMÁKOVÁ, V. Tracheostomovaný klient- komunikace. *Sestra*. Praha: 2008, č. 2, s.50. ISSN 1210-0404.
7. ČERNÝ, V. *Řeč těla- neverbální komunikace pro obchodníky i běžný život*. 1. vyd. Brno: Computer Press, 2007. 254 s. ISBN 978-80-251-1658-6.
8. DE VITO, J. A. *Základy mezilidské komunikace*. 1. vyd. Praha: Grada, 2004. 420 s. ISBN 80-7169-988-8.
9. FARKAŠOVÁ, D. a kol. *Ošetřovatelství teorie*. 1. vyd., Martin: Osvěta, 2006. 210 s. ISBN 80-8063-227-8.
10. GALLAGHER, M., SAVARDOVÁ, L. *1000 ikony, symboly a piktogramy*. 1. vyd. Praha: Slováry, 2006. 320 s. ISBN 80-7209-824-1.
11. HARTL,P., HARTLOVÁ, H. *Psychologický slovník*. 1.vyd., Praha: Portál, 2000. 776 s. ISBN 80-7178-303-X.

12. HEGLASOVÁ, L. Ošetrovatelská péče o pacienty s tracheostomií. *Multidisciplinární péče*. Plzeň: 2006, roč. 1, č. 1., s. 11-15. ISSN 1801- 0199.
13. HYBÁŠEK, I., VOKURKA, J. *Otorinolaryngologie*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2006. 426 s. ISBN 80-246-1019-1.
14. HYBÁŠEK, I. *Ušní, nosní a krční lékařství*. 1. vyd., Praha: Galén, 1999. 220 s. ISBN 80-7262-017-7.
15. CHMELÍKOVÁ, M. Ošetrovatelská péče o pacienta s tracheostomií. *Sestra*. Praha: 2005, roč. XV, č. 5, s. 44-45. ISSN 1210-0404.
16. CHRÁSKOVÁ, J., ŠIMŮNKOVÁ, L. Využití piktogramů při poskytování ošetrovatelské péče ženám vietnamské komunity. *Kontakt*. České Budějovice: 2009, č. 1, s. 193-200. ISSN 1212-4117.
17. CHROBOK, V., ASTL, J., KOMÍNEK, P. *Tracheostomie a koniotomie techniky, komplikace a ošetrovatelská péče*. 1. vyd. Praha: Maxdorf, 2004. 170 s. ISBN 80-7345-031-3.
18. IVANOVÁ, K., ŠPIRUDOVÁ, L., KUTNOHORSKÁ, J. *Multikulturní ošetrovatelství I*. 1. vyd., Praha: Grada, a.s., 2005. 248 s. ISBN 80-247-1212-1.
19. JANÁČKOVÁ, L., WEISS, P. *Komunikace ve zdravotnické péči*. 1. vyd., Praha: Portál, 2008. 136 s. ISBN 978-80-7367-477-9.
20. JANOUŠEK, J. *Verbální komunikace a lidská psychika*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007. 169 s. ISBN 978-80-247-1594-0.
21. KILIAN, J., PIRSIG, W., RANZINGER, G. et al. *Die Tracheostomie* 1. auflage, Wien: WILLY RÜSCH AG, 1986. 50 s. ISBN- neuvedeno

22. KOHOUTEK, R. a kol. *Základy sociální psychologie*. Brno: CERM, 1998. 181 s. ISBN 80-7204-064-2.
23. Kolektiv autorů. *Komunikace s cizinci při poskytování zdravotní péče*. 1. vyd., Ostrava: Repronis, 2003. 120 s. ISBN 80-7042-344-7.
24. KOMÁRKOVÁ, R., SLAMĚNÍK, I., VÝROST, J. *Aplikovaná sociální psychologie III*. 1. vyd., Praha: Grada, 2001. 224 s. ISBN 80-247-0180-4.
25. KOPECKÁ, A., ASTL, J. Tracheostomie a péče o tracheostomickou kanylu. *Florence*. Praha: 2006, roč. 2, č. 2, s. 41-43. ISSN 1801-464X.
26. KRISTOVÁ, J., TOMAŠKOVÁ, Z. *Komunikácia v ošetrovatel'stve*. 1.vyd. Martin: Osveta, 2002. 164 s. ISBN80-8063-107-7.
27. KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie nemoci*. 1. vyd. Praha: Grada, 2002. 198 s. ISBN 80-247-0179-0.
28. KUBOVÁ, L. *Piktogramy*. 1. vyd. Praha: TECH- MARKET, 1997. 49 s. ISBN 80-902134-9-9.
29. LASCARATOS, J., ASSIMAKOPOULOS, D. Surgery on the larynx and pharynx in Byzantium : early scientific description of these operations. *Otolaryngology - Head Neck Surg*. 2000, s.122, ISSN 0194-5998.
30. LEJSKA, M. *Poruchy verbální komunikace a foniatrie*. 1. vyd. Brno: Paido, 2003. 156 s. ISBN 80-7315-038-7.
31. LINDOVSKÁ, M., HAASOVÁ, K. Problematika laryngektomovaných pacientů. *Sestra*. Praha: 2003, roč. XII, č. 12, s. 40-42. ISSN 1210-0404.
32. MAREČKOVÁ, J. *Ošetrovatelské diagnózy v NANDA doménách*. 1. vyd., Praha: Grada, 2006. 264 s. ISBN 80-247-1399-3.

33. MARKALOUS, B. *Nemoci krku*. 1. vyd. Praha: Triton, 2004. 255 s. ISBN 80-7254-552-3.
34. MIKŠOVÁ Z., JAROŠÍKOVÁ M., ZAJÍČKOVÁ M. *Kapitoly ošetrovatelské péče II*. aktualizované a doplněné vyd., Praha: Grada, 2006. 170 s. ISBN 80-247-1443-4.
35. NAKONEČNÝ, M. *Encyklopedie obecné psychologie*. 2. vyd. Praha: Academia, 2003. 437 s. ISBN 80-200-0625-7.
36. NEUMANN, H., HELMS, J., et al. *Head and surgery*. 2. vyd., New York: Thieme Medical Publisher, 1998. 495 s. ISBN 0-86577-624-5.
37. NOVÁK J., BEŠKA F. *TNM klasifikace zhoubných novotvarů*. 6. vyd. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky, 2004. 196s. ISBN 80-7280-391-3.
38. PAFKO, F., et al. *Základy speciální chirurgie*. 1. vyd., Praha: Galén, 2008. 385 s. ISBN 978-80-7262-402-7.
39. PLAŇAVA, I. *Průvodce mezilidskou komunikací přístupy- dovednosti- poruchy*. 1. vyd. Praha: Grada, 2005. 148 s. ISBN 80-247-0858-2.
40. POKORNÁ, A. *Efektivní komunikační techniky v ošetrovatelství*. 1. vyd., Brno: NCO NZO, 2006. 86 s. ISBN 80-7013-440-2.
41. SILVER, C. E., RUBIN, J. S. *Atlas of head and neck surgery* 2. vyd., New York: Churchill Livingstone, 1999. 348 s. ISBN 0-443-05129-1.
42. STOKLASOVÁ, I. Perkutánní dilatační tracheostomie. *Sestra*. Praha: 2005, roč. XV, č. 5, s. 46. ISSN 1210-0404.
43. ŠPATENKOVÁ, N., KRÁLOVÁ, J. *Základní otázky komunikace, komunikace nejen pro sestry*. 1. vyd., Praha: Galén, 2009. 135 s. ISBN 978-80-7262- 599-4.

44. ŠECLOVÁ, S. [přeložila z anglického originálu]. *Rehabilitace po cévní mozkové příhodě*. 1. vyd. Praha : Grada, 2004. 199 s. ISBN 80-247-0592-3.
45. ŠPIRUDOVÁ, L., TOMANOVÁ, D., KUDLOVÁ, P., HALMO, R. *Multikulturní ošetrovatelství II*. 1. vyd., Praha: Grada, 2006. 248 s. ISBN 80-247-1213-X.
46. TEGZE, O. *Neverbální komunikace*. 1. vyd. Praha: Computer Press, 2003. 482 s. ISBN 80-7226-429-X.
47. TÓTHOVÁ, V. Ošetrovatelský proces jako základní metoda moderního ošetrovatelství. *Kontakt*. České Budějovice: 2000, roč. 2., č. 1, s. 31-34. ISSN 1212-4117.
48. VÁGNEROVÁ, M. *Psychologie pro pomáhající profese: variabilita a patologie lidské psychiky*. 3. vyd. Praha: Portál, 2002. 444 s. ISBN 80-7178-678-0.
49. VÁGNEROVÁ, M. *Základy psychologie*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2004. 356 s. ISBN 80-246-0841-3.
50. VELEMÍNSKÝ, M. Sborník z mezinárodní konference, zaměřené na poruchy sluchu a hlasu, jejich včasnou diagnostiku a prevenci. 1. vyd. České Budějovice: ZSF JCU, 2005. 75 s. ISBN 80-7040-812-X.
51. VIDENSKÁ, M. *Nároky kladené na sestru při komunikaci s pacientem s afázií*. České Budějovice, Bakalářská práce, 2007 ZSF, 104 s. ZS – DP – 616 – 08
52. VYBÍRAL, Z. *Psychologie komunikace*. 1. vyd. Praha: Portál, 2005. 320 s. ISBN 80-7178-998-4.
53. YAREMCHUK, K. Regular tracheostoma tube changes to prevent formation of granulation tissue. *The Laryngoscope*. United States: Wiley-Blackwell, 2003, s.113, ISSN 0023-852X.

54. ZÁVODNÁ, V. *Pedagogika v ošetrovatelstve*. 2.vyd., Martin: Osveta, 2005. 117 s. ISBN 80-8063-193-X.
55. Doprovázení nemocných- cesta domů: <http://www.umirani.cz/doprovazeni-nemocnych.html>, 23.3.2010.
56. Doprovázení nemocných- cesta domů: <http://www.umirani.cz/faze-vyrovnvani-se-s-nemoci.html>, 23.3.2010.

8. Klíčová slova

komunikace

Laryngektomie

laryngektomovaný klient

piktogramy

sestra

Tracheostomie

tracheostomovaný klient

9. Přílohy

Seznam příloh

Příloha 1: Chirurgický výkon tracheostomie

Příloha 2: Tracheostomické kanyly

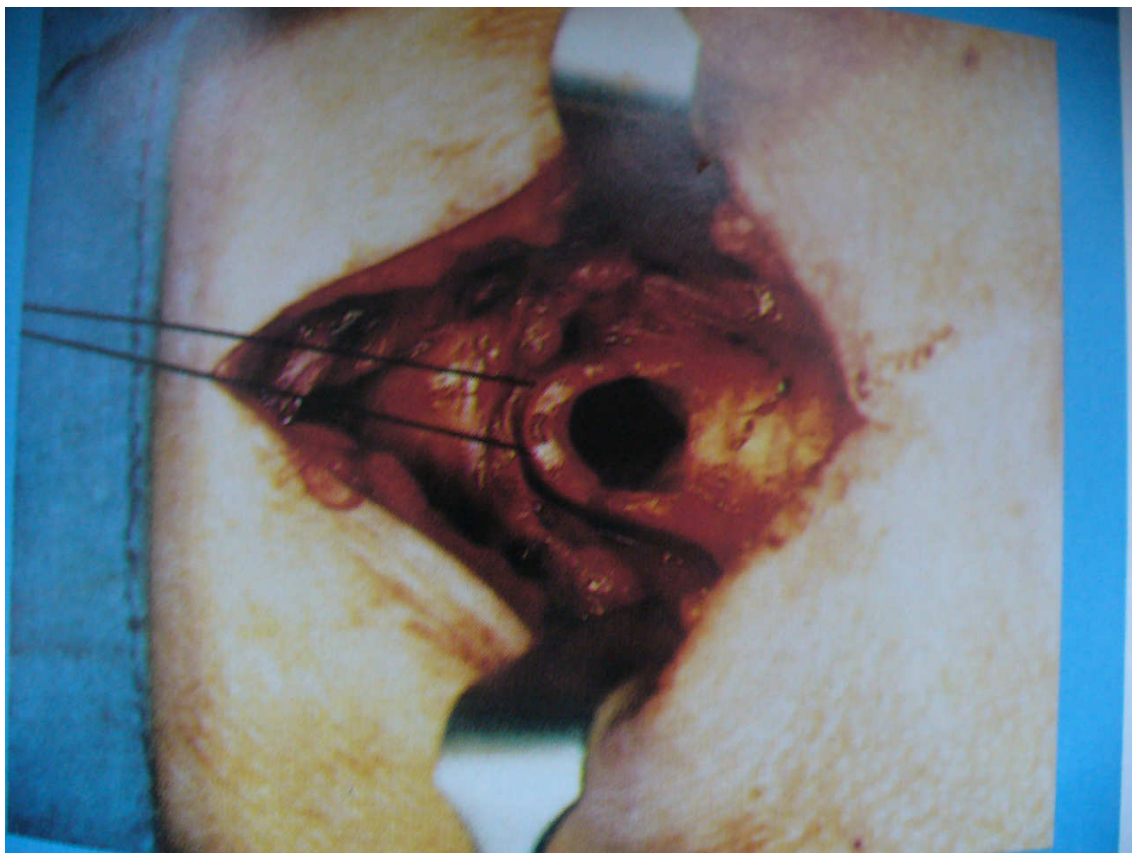
Příloha 3: Odsávání z tracheostomie

Příloha 4: Dotazník pro sestry

Příloha 5: Dotazník pro klienty

Příloha 6: Piktogramy

Příloha 1: Chirurgický výkon tracheostomie



Chirurgický výkon – tracheostomie, otevření průdušnice.
Zdroj: (21)

Příloha 2: Tracheostomické kanyly

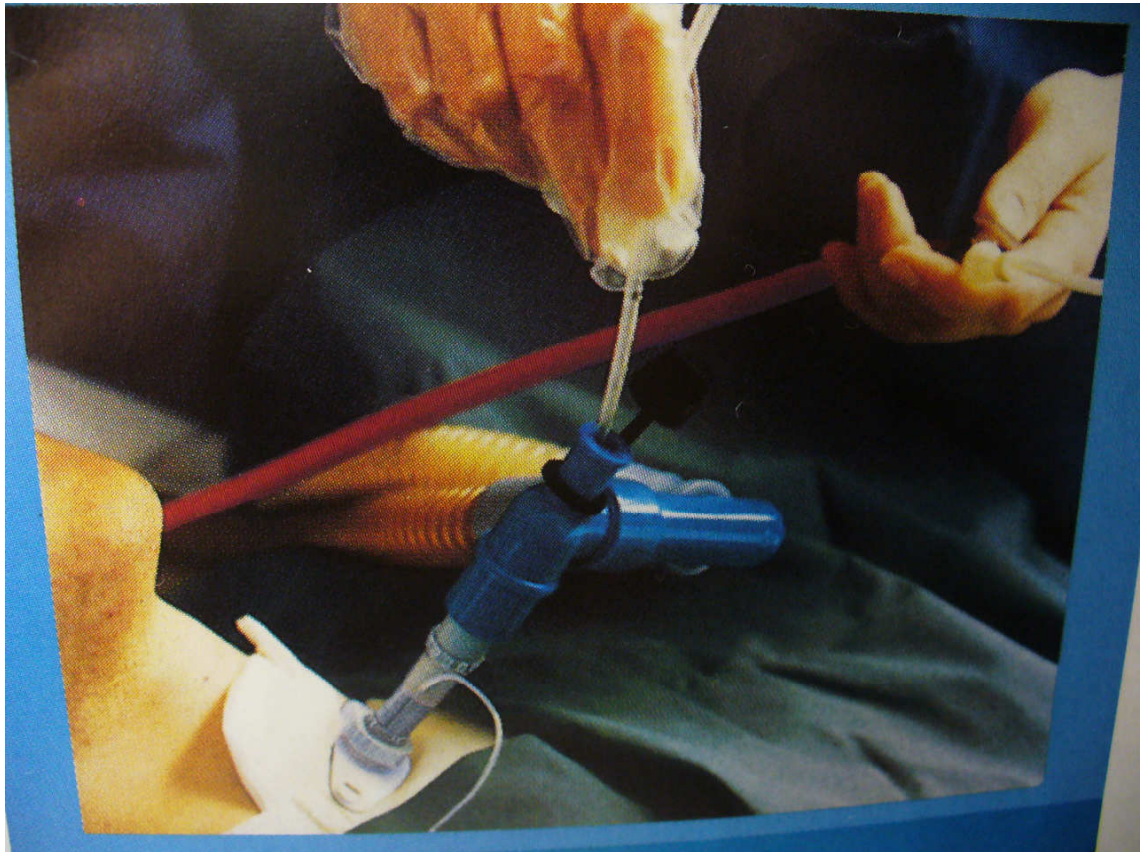


Tracheostomická kanyla kovová.
Zdroj: vlastní foto



Tracheostomické kanyly umělohmotné.
Zdroj: vlastní foto

Příloha 3: Odsávání z tracheostomie



Odsávání nemocného z dýchacích cest- tracheostomie.

Zdroj: (21)

Příloha 4: Dotazník pro sestry

Vážená kolegyně, vážený kolego,

dovoluji si Vás požádat o vyplnění anonymního dotazníku. Výsledky šetření budou použity pro mou diplomovou práci na téma „Využití piktogramů ke zkvalitnění komunikace s laryngektomovaným a tracheostomovaným klientem.“ Děkuji Vám za čas strávený vyplňováním dotazníku.

Bc. Štanglová Marcela

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích - Zdravotně sociální fakulta

Katedra ošetřovatelství

Studijní obor: Ošetřovatelství ve vybraných klinických oborech

1. Vaše pohlaví:

- a) muž
- b) žena

2. Kolik je Vám let?

- a) do 30 let
- b) 31 až 40 let
- c) 41 až 50let
- d) více než 51 let

3. Vaše nejvyšší dosažené vzdělání:

- a) střední zdravotnická škola
- b) vyšší zdravotnická škola
- c) specializační studium
- d) VŠ – Bc.
- e) VŠ – Mgr.

4. Jak dlouho pracujete jako sestra?

- a) 0 – 10 let
- b) 11 – 20 let

- c) 21 – 30 let
- d) 31 – 40 let
- e) 41 let a více

5. Kde pracujete?

- a) ORL
- b) jiné odd.

6. Jak jste doposud komunikoval/a s tracheostomovaným či laryngektomovaným klientem, pokud nemluvil pseudošepotem či pomocí elektrolaryngu nebo fistule? Můžete označit i více odpovědí.

- a) odezíráním a gesty
 - b) pomocí tužky a papíru
 - c) jiným způsobem- jakým?
-

7. Dělá Vám problémy komunikace s laryngektomovaným či tracheostomovaným klientem?

- a) ano
- b) ne

Objasnění pojmu Piktogram: Piktogramy jsou obrázky doplněné slovy či krátkými větami. Jsou jednou z nejdůležitějších forem vizuální komunikace, překračují hranice jazyka i kultury. Některé jsou i mezinárodně uznávané př. znak jídla- vidlička a nůž aj. Piktogramy slouží k rychlé orientaci všude tam, kde je slovní vyjádření překážkou nebo nemožné.

8. Už jste se ve své praxi setkal/a s používáním piktogramů při komunikaci s klienty?

- a) ano
- b) ne

9. Myslíte si, že použití piktogramů Vám pomohlo při komunikaci s laryngektomovaným či tracheostomovaným klientem?

- a) ano
- b) ne
- c) nevím, nepoužíval/a jsem je

10. Ve které z následujících oblastí mají piktogramy, dle Vašeho názoru, největší využití? Vycházejte prosím z označení nad piktogramy. (Prosím, označte jen jednu odpověď, děkuji.)

- a) v oblasti stravování
- b) v oblasti osobní hygieny
- c) v oblasti vyprazdňování
- d) v oblasti pocitů
- e) v oblasti komunikace
- f) ve všech oblastech stejné využití

11) Myslíte si, že na ochotu používat piktogramy ke komunikaci se svým okolím má vliv věk klienta?

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

12) Závisí efektivita využití piktogramů na věku klienta?

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

Na otázku č. 13, prosím, odpovídejte pouze v případě, že jste na otázku č. 12 odpověděla ANO. Děkuji.

13) Myslíte si, že piktogramy lépe využijí klienti ve věku:

- a) méně než 29 let
- b) 30 – 49 let
- c) 50 – 69 let
- d) 70 let a více

14) Myslíte si, že piktogramy mohou využít i klienti s jiným onemocněním (např. afázie, demence apod.)?

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

15) Myslíte si, že má používání piktogramů negativní vliv na sebeúctu klienta?

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

16) Myslíte si, že má používání piktogramů pozitivní vliv na komunikaci klienta se zdravotnickým personálem?

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

17) Myslíte si, že piktogramy Vám usnadnily komunikaci s laryngektomovaným či tracheostomovaným klientem?

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

18) Myslíte si, že používání piktogramů může prohloubit vztah mezi klientem a zdravotním personálem?

a) ano

b) ne

19) Doporučil/a jste klientovi používání piktogramů ke komunikaci s blízkými?

a) ano

b) ne

20) Myslíte si, že piktogramy zlepšily komunikaci klienta s rodinou?

a) ano

b) ne

c) nevím

21) Myslíte si, že používání piktogramů usnadňuje spolupráci zdravotnického týmu s rodinou klienta?

a, ne

b, ano- jak.....

22) Doplnil/a by jste ještě piktogramy o další?

a) ne

b) ano- jaké.....

23) Doporučil/a by jste používání piktogramů dále v praxi?

a) ano

b) ne

c) nevím

Děkuji Vám za vyplnění dotazníku.

Zdroj: autor

Příloha 5: Dotazník pro klienty

Vážená paní, vážený pane,

dovoluji si Vás požádat o vyplnění anonymního dotazníku. Výsledky šetření budou použity pro mou diplomovou práci na téma „Využití piktogramů ke zkvalitnění komunikace s laryngektomovaným a tracheostomovaným klientem.“ Děkuji Vám za čas strávený vyplňováním dotazníku.

Bc. Štanglová Marcela

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích- Zdravotně sociální fakulta

Katedra ošetrovatelství

Studijní obor: Ošetrovatelství ve vybraných klinických oborech

1. Vaše pohlaví:

- a) muž
- b) žena

2. Kolik je Vám let?

- a) do 30 let
- b) 31 až 40 let
- c) 41 až 50let
- d) více než 51 let

3. Vaše nejvyšší dosažené vzdělání:

- a) základní
- b) vyučen
- c) středoškolské
- d) vysokoškolské

Objasnění pojmu Piktogram: Piktogramy jsou obrázky doplněné slovy či krátkými větami. Jsou jednou z nejdůležitějších forem vizuální komunikace, překračují hranice

jazyka i kultury. Některé jsou i mezinárodně uznávané př. znak jídla- vidlička a nůž aj. Piktogramy slouží k rychlé orientaci všude tam, kde je slovní vyjádření překážkou nebo nemožné.

4. Uvítal/a jste možnost využití piktogramů ke komunikaci s okolím?

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

5. Používal/a jste piktogramy ke komunikaci s okolím?

- a) ano
- b) ne

Pokud jste na ot. č. 5 odpověděl/a ANO, pokračujte ve vyplňování dotazníku otázkou č.7. Děkuji.

Pokud jste na ot. č. 5 odpověděl/a NE, vyplňte prosím ještě ot. č. 6 a dále ve vyplňování dotazníku nepokračujte. Děkuji.

6. Piktogramy jste ke komunikaci s okolím nepoužíval/a protože... Můžete označit i více odpovědí.

- a) mě to uráží
- b) je jich mnoho
- c) neorientoval jsem se v nich
- d) jejich použití v komunikaci zdržuje
- e) jiný důvod.....

7. Myslíte si, že použití piktogramů Vám pomohlo při komunikaci s ošetrovatelským personálem?

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

8. Které piktogramy jste asi využíval/a nejvíce? Vycházejte prosím z označení nad piktogramy, děkuji.

- a) v oblasti stravování
- b) v oblasti osobní hygieny
- c) v oblasti vyprazdňování
- d) v oblasti pocitů
- e) v oblasti komunikace
- f) ve všech oblastech stejné využití

9. Nerozuměl/a jste nějakému piktogramu?

- a) ne
- b) ano- jakému.....

10. Jste věřící?

- a) ano
- b) ne
- c, nechci se k tomuto tématu vyjadřovat

Pokud jste na ot. č. 10 odpověděl/a NE nebo c, nechci se k tomuto tématu vyjadřovat, pokračujte ve vyplňování dotazníku otázkou č.13. Děkuji.

11. Uvítal jste piktogram „zavolejte mi mého duchovního“?

- a) ano
- b) ne

12. Využil jste piktogram „zavolejte mi mého duchovního“?

- a) ano
- b) ne

13. Myslíte si, že je nějaký piktogram zbytečný?

a) ne

b) ano- jaký.....

14. Uvítal/a by jste ještě nějaký jiný piktogram?

a) ne

b) ano- jaký

15. Používal/a jste piktogramy i ke komunikaci s rodinou a se svými blízkými ?

a) ano

b) ne

16. Pomáhají Vám piktogramy zlepšit komunikaci s rodinou?

a) ano

b) ne

17. Budete používat piktogramy ke komunikaci se svou rodinou i doma?

a) ano

b) ne- proč.....

c) nevím

18. Myslíte si, že používání piktogramů usnadňuje spolupráci Vaší rodiny se zdravotnickým personálem?

a) ano

b) ne

19. Stresovalo Vás používání piktogramů?

a) ano

b) ne

c) nevím

20. Jaký druh komunikace s okolím jste nejvíce využíval/a?

- a) piktogramy
- b) tužku a papír
- c) artikulace a gesta
- d) pseudošepot
- e) jiný způsob- jaký.....

21. Připadalo Vám používání piktogramů pro Vás zbytečné?

- a) ne
- b) ano- proč.....

22. Myslíte si, že používání piktogramů je pro Vás vhodnější než využití tužky a papíru?

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

23. Doporučil/a by jste používání piktogramů i jiným klientům se stejným onemocněním?

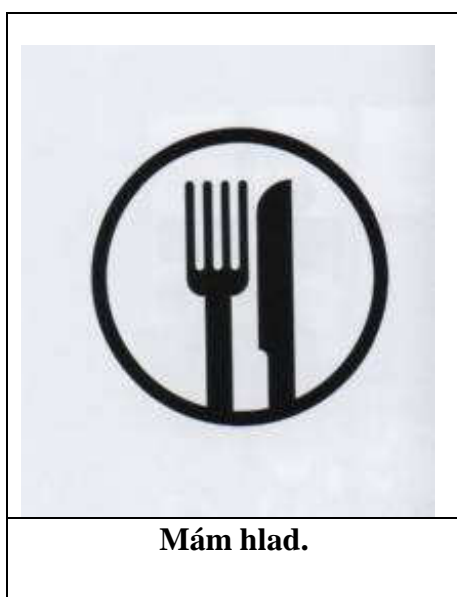
- a) ano
- b) ne- proč.....
- c) nevím

Děkuji Vám za vyplnění dotazníku.

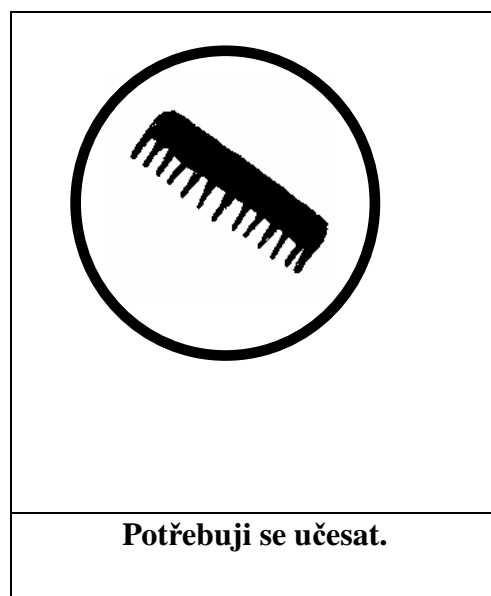
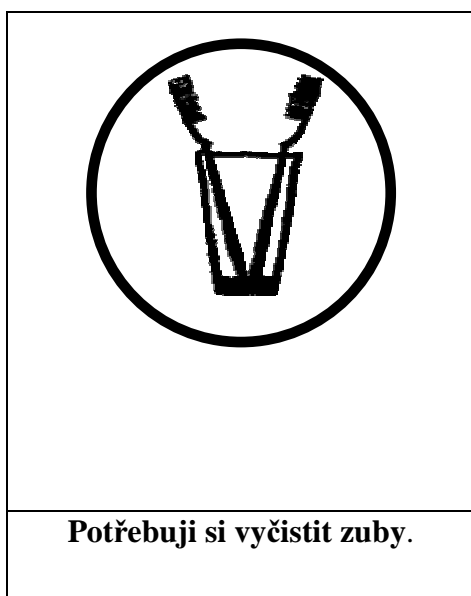
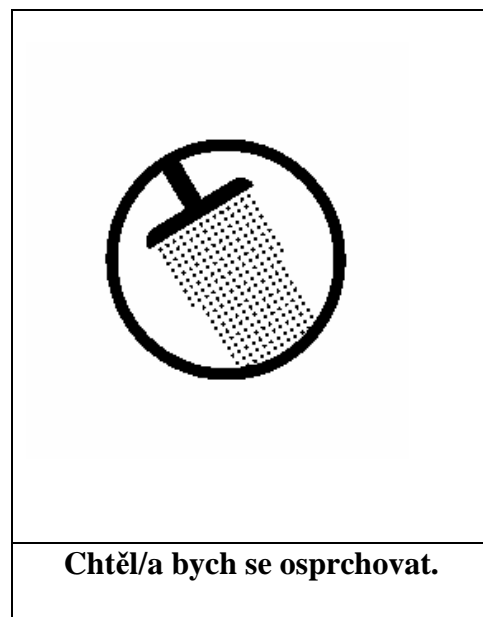
Zdroj: autor

Příloha 6: Piktogramy

Stravování




Hygiena



Pocity

1
2
3
4
5




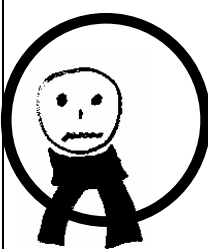
Mám bolesti.



Bolí mě záda.







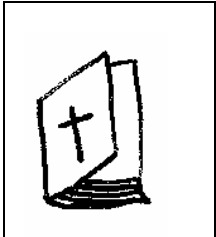
Špatně se mi dýchá.

 Horko	 Zima
---	---

Je mi...

Komunikace

	
	Lékaře
	
	domů
Zavolejte mi	

	
	Zavolejte mi mého duchovního.

Zdroj: autor