

**UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI**

**FAKULTA ZDRAVOTICKÝCH VĚD**

Ústav ošetrovatelství

Veronika Žůrková

**Specifika komunikace s pacienty na umělé plicní ventilaci  
a zkušenosti sester s augmentativními a alternativními  
komunikačními pomůckami**

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Mgr. Vendula Techmannová

Olomouc 2024

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a použila jen uvedené bibliografické a elektronické údaje.

V Olomouci dne 30.4.2024

Veronika Žůrková

Mé poděkování patří Mgr. Vendule Techmannové za odborné vedení, cenné rady a připomínky při zpracování bakalářské práce. Dále děkuji své rodině a příteli za obrovskou podporu během celého mého studia.

## **ANOTACE**

**Typ závěrečné práce:** Bakalářská práce

**Téma práce:** Specifika komunikace s pacientem v intenzivní péči

**Název práce:** Specifika komunikace s pacienty na umělé plicní ventilaci a zkušenosti sester s augmentativními a alternativními komunikačními pomůckami

**Název práce v AJ:** Specifics of communication with patients on mechanical ventilation and nurses' experience with augmentative and alternative aids

**Datum zadání:** 2023-11-30

**Datum odevzdání:** 2024-4-30

**Vysoká škola, fakulta, ústav:** Univerzita Palackého v Olomouci  
Fakulta zdravotnických věd  
Ústav ošetřovatelství

**Autor práce:** Žůrková Veronika

**Vedoucí práce:** Mgr. Vendula Techmannová

**Oponent práce:**

**Abstrakt v ČJ:**

Přehledová bakalářská práce se zabývá aktuálními dohledanými poznatky o specifikách komunikace s pacientem na umělé plicní ventilaci a zkušenostech sester v této oblasti. K tvorbě teoretických východisek byly použity zdroje z elektronických databází EBSCO, PubMed a ProQuest. Přehledová bakalářská práce je rozdělena do dvou dílčích cílů. První cíl se zabývá faktory ovlivňujícími komunikaci s pacientem na umělé plicní ventilaci. Druhý cíl se věnuje augmentativním a alternativním pomůckám a komunikačním strategiím. Ze získaných informací vyplývá, že by bakalářská práce mohla posloužit jako edukační materiál všeobecným sestram pracujícím na jednotce intenzivní péče i rodině pacienta, která by mohla využívat pomůcky pro komunikaci s pacientem.

**Abstrakt v AJ:**

This bachelor thesis deals with the current knowledge about the specifics of communication with patients on mechanical ventilation and the experience of nurses in this area. Sources from EBSCO, PubMed and ProQuest electronic databases were used to develop the theoretical background. The undergraduate review thesis is divided into two sub-objectives. The first objective deals with factors affecting communication with the patient on mechanical ventilation. The second objective

addresses augmentative and alternative aids and communication strategies. From the information obtained, it is concluded that the bachelor thesis could serve as an educational material for nurses working in the intensive care unit and for the patient's family who could use aids for communication with the patient.

**Klíčová slova v ČJ:** komunikace, umělá plicní ventilace, intenzivní péče, ošetrovatelská péče, všeobecná sestra

**Klíčová slova v AJ:** communication, mechanical ventilation, intensive care, nursing care, nurse

**Rozsah:** 36 stran / 0 příloh

<b>Obsah</b>	
<b>ÚVOD</b> .....	<b>7</b>
<b>1 POPIS REŠERŠNÍ ČINNOSTI</b> .....	<b>9</b>
<b>2 PŘEHLED AKTUÁLNĚ PUBLIKOVANÝCH POZNATKŮ</b> .....	<b>11</b>
<b>2.1 Faktory ovlivňující komunikaci mezi sestrou a pacientem</b> .....	<b>11</b>
<b>2.2 Augmentativní a alternativní pomůcky, komunikační strategie</b> .....	<b>20</b>
<b>2.3 Význam a limitace dohledaných poznatků</b> .....	<b>31</b>
<b>ZÁVĚR</b> .....	<b>32</b>
<b>REFERENČNÍ SEZNAM</b> .....	<b>33</b>
<b>SEZNAM ZKRATEK</b> .....	<b>36</b>

## ÚVOD

Pacient v intenzivní péči, který má vzhledem ke svému kritickému zdravotnímu stavu zavedenou endotracheální kanylu, nebo po delší době hospitalizace zavedenou tracheostomii, je odkázán na péči sester v oblastech jak tělesných, tak i těch psychických. Endotracheální kanyla či tracheostomie slouží v intenzivní péči pro připojení na umělou plicní ventilaci nahrazující pacientovu schopnost spontánně ventilovat, kterou má potlačenou anestetickou terapií. Při úspěšném zvládnutí kritického stavu dochází k takzvanému weaningu, kdy je pacient při vědomí a nastává postupné odvykání od umělé plicní ventilace. Tato doba je kritická s ohledem na správnou formu komunikace a účinné naplnění pacientových potřeb (Wallander Karlsen et al., 2022). Vlastnosti endotracheální kanyly/tracheostomie s manžetou, která blokuje hrtan a také proudění vzduchu, totiž nutí pacienta na umělé plicní ventilaci být dočasně bez verbálního projevu. Další faktory omezující hlasovou komunikaci pacientů na jednotce intenzivní péče zahrnují lékařské intervence, jako je mechanická ventilace, stav pacienta, respirační problémy, nervosvalová slabost, únava, a také kognitivní deficity. Ztráta hlasu není pro pacienty spoléhající se na mechanickou ventilaci subjektivně volbou, nýbrž je vnímána jako zbavení se tělesných funkcí proti jejich vůli. Rychlé změny, zejména ve zdravotním stavu pacienta na umělé plicní ventilaci, způsobují, že komunikace mezi sestrou a pacientem je složitější (Ariffin et al., 2020). Komunikace je základním lidským právem a je potřeba, aby byla dostupná jak pro osoby zdravé, tak i pro osoby se zdravotním postižením, nebo osoby s dočasným postižením (Kyranou et al., 2022). Negativní emoce jsou proto častým výsledkem neuspokojených potřeb či přání pacienta nebo toho, že se sestra cítila zklamaná či podrážděná, protože nedokázala pochopit pacientovo sdělení (Holm & Dreyer, 2018). Pacienti popisují, že nemožnost mluvit je jako zůstat uvězněný v tichém světě a vše se zdá, že ubíhá pomaleji (Ariffin et al., 2020). Pacienti také sdělovali, že se v situacích, kdy komunikace selže, cítí bezmocně, smutně, hloupě, našťvaně, osaměle, ponížene a jakoby uvěznění sami v sobě i v prostředí (Holm & Dreyer, 2018). Mezi další uvedené negativní emoce patří nechtěná závislost na ošetřujících, nejistota, úzkost, dále pak pacienti uváděli ztrátu osobnosti, ztrátu nebo narušení identity, kontroly a své osobní svobody. Studie se shodly, že frustrace je slovo nejčastěji používané k popisu ztráty hlasu a nemožnosti verbální komunikace. Často se právě tato emoce uvádí jako nejčastější zkušenost pacientů na umělé plicní ventilaci.

Obtížná komunikace vedla k psychologickým, sociálním a emocionálním problémům s mírnými pocity deprese, úzkosti, hněvu a strachu. Studie dokonce uvedla, že se dá předpokládat, že mnoho pacientů zemřelo, aniž by plně vyjádřili své potřeby a přání ohledně péče na konci života nebo poslední zprávy svým blízkým (Holm et al., 2020). Další studie uvedla, že efektivní komunikace s pacienty výrazně zvyšuje jejich úroveň spokojenosti, snižuje jejich úzkost a umožňuje pacientům obrátit se se svými starostmi a obavami přímo na sestry, čímž se zlepšuje klinické rozhodování sester (Al-Yahyai, RN, BSN et al., 2021).

Cílem bakalářské práce je sumarizovat aktuální dohledané publikované poznatky o specifikách komunikace s pacienty na umělé plicní ventilaci a o zkušenostech všeobecných sester v těchto oblastech. Cíl práce byl dále specifikován ve dvou dílčích cílech:

- I. sumarizovat aktuální dohledané publikované poznatky o faktorech ovlivňujících komunikaci s pacientem na umělé plicní ventilaci
- II. sumarizovat aktuální dohledané publikované poznatky o augmentativních a alternativních pomůckách a o komunikačních strategiích.

Před tvorbou bakalářské práce byly prostudovány následující publikace:

Tomová, Š., & Křivková, J. (2016). *Komunikace s pacientem v intenzivní péči*. Grada Publishing.

Kapounová, G. (2020). *Ošetřovatelství v intenzivní péči* (2., aktualizované a doplněné vydání). Grada Publishing.

Zacharová, E. (2016). *Komunikace v ošetrovatelské praxi*. Grada Publishing.

Zacharová, E. (2017). *Zdravotnická psychologie: teorie a praktická cvičení* (2., aktualizované a doplněné vydání). Grada Publishing.

Maláska, J., Stašek, J., Kratochvíl, M., & Zvoníček, V. ([2020]). *Intenzivní medicína v praxi*. Maxdorf.



# 1 POPIS REŠERŠNÍ ČINNOSTI

V následujícím textu je podrobně popsána rešeršní činnost, podle které došlo k dohledání validních zdrojů pro tvorbu této bakalářské práce.

## VYHLEDÁVACÍ KRITÉRIA

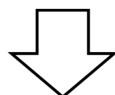
Klíčová slova v ČJ: komunikace, umělá plicní ventilace, intenzivní péče, ošetrovatelská péče, všeobecná sestra

Klíčová slova v AJ: communication, mechanical ventilation, intensive care, nursing care, nurse

Jazyk: čeština, angličtina

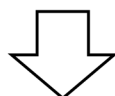
Období: 2017-2023

Další kritéria: plný text, recenzovaná periodika

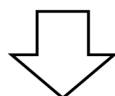


## DATA BÁZE

EBSCO, PubMed, ProQuest

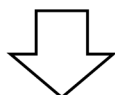


Nalezeno článků 134.



## VYŘAZUJÍCÍ KRITÉRIA

- Články nesplňující kritéria
- Články neodpovídající tématu
- Duplicitní články



## SUMARIZACE POUŽITÝCH DATABÁZÍ A DOHLEDNANÝCH DOKUMENTŮ

EBSCO – 10 článků

PubMed – 8 článků

ProQuest – 3 články



## SUMARIZACE DOHLEDANÝCH PERIODIK A DOKUMENTŮ

Artificial Organs – 1 článek

BMC Nursing – 2 články

Healthcare – 1 článek

International Journal of Nursing Practice – 1 článek

International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being – 1 článek

Journal of Advanced Nursing – 1 článek

Journal of Clinical Nursing – 2 články

Journal of Interprofessional Care – 1 článek

Nursing in Critical Care – 3 články

Nursing Open – 2 články

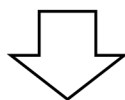
PLOS One – 2 články

Plural Publishing – 1 publikace

Sage Open Nursing – 1 článek

Systematic Reviews in Pharmacy – 1 článek

Türkiye Klinikleri Cardiovascular Sciences – 1 článek



Pro tvorbu teoretických východisek  
bylo použito **21** článků.

## **2 PŘEHLED AKTUÁLNĚ PUBLIKOVANÝCH POZNATKŮ**

První podkapitola obsahuje přehled aktuálně dohledaných publikovaných poznatků o faktorech ovlivňujících komunikaci mezi sestrou a pacientem a zkušeností sester s těmito faktory. Druhá podkapitola se zabývá alternativními a augmentativními pomůckami a komunikačními strategiemi. V obou těchto kapitolách jsou uváděny zkušenosti všeobecných sester v daných oblastech. Třetí část se pak zabývá významem a limitací aktuálně dohledaných poznatků.

### **2.1 Faktory ovlivňující komunikaci mezi sestrou a pacientem**

Sestry jsou hlavními partnery pro rozhovor s kriticky nemocnými pacienty s narušenou verbální komunikací. Přesto jsou však tyto interakce obecně velmi krátké. Jsou zahajovány a řízeny sestrami, jsou podmíněny úkony a postupy oddělení a omezují se převážně na příkazy, uzavřené otázky nebo poskytování informací o zdravotním stavu pacienta. Ve studiích, na které práce odkazuje je identifikováno obecně pět základních faktorů, které komunikaci mezi sestrou a pacientem ovlivňují. Jedná se o úroveň vědomí či fyzický stav pacienta, druhy interakcí mezi sestrou a pacientem, dostupnost a používání metod alternativní a augmentativní komunikace, dovednosti a vnímání odborníků a také fyzické vlastnosti prostředí jednotky intenzivní péče (Al-Shamaly, 2022; Ariffin et al., 2020; Kyranou et al., 2022; Perelló-Campaner et al., 2023; Wallander Karlsen et al., 2022). Pro účely této bakalářské práce jsou faktory rozděleny podrobněji na tři kategorie na straně pacienta, šest kategorií, v nichž jsou shromážděny faktory specifické pro prostředí intenzivní péče, které by mohly ovlivnit proces komunikace s bdělým pacientem na umělé plicní ventilaci a dvě kategorie zabývající se profesionálními zkušenostmi na jedné straně a důraz na lidský faktor na straně druhé. Důraz na lidský faktor neboli holistický přístup je praktický přístup, který ovlivňuje rozhodování a jednání odborníků, stejně jako jejich vztahy s pacienty a jejich rodinnými příslušníky.

Kategorie fyzických a kognitivních funkcí pacienta zahrnuje faktory ovlivňující motorickou či kognitivní schopnost pacienta komunikovat. Studie se shodly na tom, že nejvýznamnějším prvkem ovlivňující komunikaci jsou „umělé dýchací cesty“ jimiž je zde myšlena endotracheální kanyla či tracheostomie. Na rozdíl od endotracheální kanyly se při tracheostomii zvyšuje možnost artikulace, která může být klíčová v pochopení toho, co se pacient snaží vyjádřit. Absence zubních protéz taktéž dokáže

bránit správnému porozumění, jelikož změněný obrys rtů omezuje správnou artikulaci slov, čímž je odezírání ze rtů mnohem náročnější. Mezi prvky omezující pacienta v používání gest, psaní a artikulace vyniká nedostatek fyzické síly, dále pak přítomnost třesu, použití omezovacích prostředků, otok rukou či obličeje, ale také poloha na lůžku (Ariffin et al., 2020; Holm et al., 2020; Perelló-Campaner et al., 2023). Také pacientovo nepohodlí jako je bolest, strach či stres z léčebného režimu a reziduální účinky léků (mezi ně patří sedativa a blokátory neuromuskulárního přenosu takzvané myorelaxancia) jsou odborníky považovány za důležitý faktor. Další možnou komunikační bariérou v této kategorii je absence sluchové či zrakové pomůcky, která limituje pacienta v plném pochopení pokládané otázky nebo informace (Perelló-Campaner et al., 2023). Tato zjištění potvrzuje i zkušenost sester pracujících na jednotce intenzivní péče na Kypru, které uvádějí zkušenost s pacientem, jenž byl slepý a měl navíc i poruchu sluchu. Komunikace s ním byla velice obtížná, až prakticky nemožná, protože pacient sestry v podstatě neslyšel, ani neviděl. Jako další problém sestry uvádějí, že pacienti dostávající léky proti bolesti mohou být zmatení a komunikace se tím ztíží (Kyranou et al., 2022).

Odborníci se shodli na variabilitě v komunikačních stylech jednotlivých pacientů. Tato variabilita je důležitá, protože ovlivňuje způsob, jakým pacienti reagují na interakce se zdravotními pracovníky. Jedním z klíčových faktorů, který ovlivňuje tok komunikace, je osobnost pacienta a jeho vztah s ošetřujícími sestrami. Někteří pacienti mohou reagovat naléhavě a vyžadovat intenzivní interakci, zatímco jiní mohou být rezervovaní nebo dokonce agresivní, což může vést ke vzájemné frustraci. Proto existují adaptivní strategie, založená na trpělivosti a vytrvalosti, které mohou vést k úspěšnější komunikaci, a nakonec i ke spokojenosti obou stran. Tato rozmanitost v komunikačních stylech vyžaduje individuální přístup a schopnost adaptace ze strany sester (Perelló-Campaner et al., 2023). Této problematice se více věnuje studie zaměřená na interakce pacientů, kteří se snažili přivolat ošetřující sestru. Pacienti uvedli, že sestry často spíše upřednostňovaly kontrolu monitoru životních funkcí nebo další přístrojové techniky, což v pacientech vyvolalo pocity frustrace a pocit zanedbání jejich potřeb. Tyto situace poté vedly k nedůvěře a odmítání interakcí, což se projevilo odvracením hlavy od sestry, odmávnutí rukou, nebo zavřením očí (Wallander Karlsen et al., 2019). Komunikace mezi sestrou a pacientem na umělé plicní ventilaci se vyznačuje interakcí mezi jednou částí verbální a druhou omezenou pouze na používání neverbálních komunikačních prostředků. Studie uvádí, že ztráta hlasu

u pacienta má významný dopad na dynamiku komunikace a současně zvyšuje autoritu sester v rozhodování, kdy a o čem bude komunikace probíhat. Někteří pacienti vnímali tuto nerovnováhu jako nedůstojnou nebo dokonce ponižující situaci (Holm & Dreyer, 2018).

Poslední kategorií popsanou na straně pacienta jsou dva aspekty týkající se vlastních okolností každého pacienta. Odborníci například označili jazykovou bariéru v případě potřeby tlumočnicka za další negativní faktor komunikace, přestože není specifická pouze pro komunikaci s pacienty na umělé plicní ventilaci (Perelló-Campaner et al., 2023). Sestry, které se potýkají s výzvou tlumočení bývají frustrovanější, když se jim nedaří správně tlumočit a interpretovat pacientovy potřeby, což může vést až k ukončení interakce s pacientem (Ariffin et al., 2020). Sestry z Austrálie uvádí, že opatřit pacientovi tlumočnicka je mnohdy značný problém. Rodina pacienta bývá nápomocná, ale ta u lůžka nemůže být celý den i noc a sestry uvádí, že noční služby bez tlumočnicka jsou pro ošetřující personál extrémně náročné (Al-Shamaly, 2022). Druhým aspektem je předchozí zkušenost s intubací, která usnadňuje komunikační proces, jelikož pacienti již z minulosti vědí, jak hospitalizace probíhá a jak své potřeby vyjádřit. Studie udávají, že předchozí pozitivní zkušenost pacienta se pozitivně odráží i na budoucích zkušenostech s nemocnicí. Stejně tak pokud je zkušenost s intubací pro pacienty pozitivní, přispívá to pozitivně k budoucím intubačním procesům (Albayram & Yava, 2020; Perelló-Campaner et al., 2023). Ne všichni pacienti po probuzení z anestezie jsou schopni pochopit, že nemohou využívat hlasivky pouze dočasně, a to v nich vyvolává obavy, jestli vůbec budou ještě někdy schopni mluvit. Studie uvádí, že dochází i k tomu, že pacienti se pokouší hovořit i během umělé plicní ventilace, přestože z nich nevychází žádný zvuk. Sestry pak musejí tyto pacienty opakovaně edukovat o hlasové indispozici a jejím důvodu (Holm & Dreyer, 2018). Sestry působící v Jižní Koreji uváděly skutečnost, že pacienti a jejich rodiny nerozumí tomu, proč pacient na umělé plicní ventilaci nedokáže promluvit. Ústilo to v situace, kdy byli rodinní příslušníci rozčilení, že nemohou s pacientem normálně komunikovat a ventilovali si tuto frustraci na sestrách. Sestry se jim snažily tento komunikační problém přirovnat ke hře na tichou poštu, kdy musí se zakrytýma ušima hádat dle pohybu rtů, co se druhý snaží říct. Sestry uváděly, že ještě komplikovanější, než frustrovaná rodina je frustrovaný pacient, který nechápe, že když se bude pokoušet mluvit, bude tím pouze bojovat s umělou plicní ventilací, která se ho bude snažit prodechnout, a to bude spouštět alarm ventilátoru. Sestry konstatovaly, že

není žádné ideální řešení pro komunikaci, když pacienti a jejich rodinní příslušníci odmítají akceptovat umělou plicní ventilaci, i přes opakovanou edukaci (Yoo et al., 2020). Podobným způsobem, jako předchozí zkušenost s intubací, ulehčuje komunikační proces „elektivní intubace“, která je studií popsána jako skutečnost, že byl pacient předem seznámen s možností návratu z operačního sálu na jednotku intenzivní péče se zavedenou endotracheální kanylou. Tato informovanost pacientovi pomáhá s adaptací a nemalou výhodou je možnost seznámení se s metodami augmentativní a alternativní komunikace ještě ve fázi nekritického stavu (Perelló-Campaner et al., 2023).

Pro správnou komunikaci je důležité vhodně uzpůsobené prostředí. Jedna z nejvýznamnějších kategorií z faktorů specifických pro prostředí jednotky intenzivní péče je přítomnost rodiny a rodinných příslušníků. Většina respondentů označila rodinu za prvek s velmi pozitivním vlivem na komunikaci. Rodina zná pacienta lépe než ošetřující sestra, proto mohou usnadňovat identifikaci jeho požadavků. Stává se také, že rodina poskytne pacientovi pomůcky pro usnadnění komunikace, nebo působí jako neformální tlumočníci v případě jazykové bariéry. Oproti tomu jsou pak případy, kdy příbuzní trpí úzkostí ze situace nebo prostředí, což komunikační proces narušuje a mohou působit jako další zátěž na již vyčerpáný ošetřovatelský personál (Perelló-Campaner et al., 2023). Nejen z důvodu jazykové bariéry hledaly sestry na Kypru oporu v rodině, která dokázala identifikovat pacientovy potřeby a dát tak sestřím vodítko, jak s pacientem komunikovat (Kyranou et al., 2022). Filipínské sestry jako nejdůležitější komunikační strategií volí právě přítomnost rodiny. Pacienti z filipínské kultury mají úzké rodinné vazby a jsou velmi orientovaní na rodinu, proto je na Filipínách rodina nevyhnutelnou součástí každého lékařského ošetření. Při komunikaci s pacientem na umělé plicní ventilaci je dle filipínských sester rodina klíčová v budování důvěry a odbourávání negativního prožívání. Hned po rodině pak sestry upřednostňují používání komunikačních pomůcek (Bayog et al., 2020). Sestry z Austrálie kladou důraz na důkladnou komunikaci s rodinnými příslušníky. Je klíčové, aby si rodinní příslušníci uvědomili, že péče o jejich blízkého je pro sestry prioritní. Dále se doporučuje rodině aktivně naslouchat a respektovat její připomínky, neboť má hlubší povědomí o pacientovi než samotné ošetřující sestry (Al-Shamaly, 2022). Hluk, osvětlení a moderní technologie nutná k dennímu provozu a záchraně života jsou nedílnou součástí jednotky intenzivní péče. Avšak právě tyto faktory mohou vytvořit nevhodné prostředí ke komunikaci. Zejména na odděleních s otevřenou strukturou

způsobuje hluk zmatek u pacienta, který ve svém zdravotním stavu potřebuje klid pro správnou komunikaci i léčbu. Hluk také způsobuje, že pacienti nemusí sestry dobře slyšet. Pacienti jsou frustrováni, že sestrám nerozumí a sestry zase mnoho věcí opakují, což je časově náročné. Aby se sestry nemusely opakovat, často jsou nuceny zvýšit hlas, což může v nevhodné chvíli působit na pacienta útočně a netrpělivě. Špatné osvětlení je prvkem ovlivňujícím schopnost používání určitých komunikačních strategií jako je psaní, či komunikační tabulky. Pacienti uváděli, že v jejich zdravotním stavu nedokázali ve špatném osvětlení zaostřit dostatečně na to, aby mohli komunikovat pomocí komunikačních či psacích tabulek. Tím se jejich písemné sdělení stalo pro sestry nečitelným a nedošlo k pochopení potřeb pacienta. Pokud pak sestra nerozsvítila, nebo neposkytla přijatelnější komunikační pomůcku, pacienti prožívali frustraci. V neposlední řadě upoutává pozornost sester používání a přítomnost moderního technologického vybavení, jelikož pak upřednostňují kontrolu fyzických podmínek před komunikací s pacientem. Pacienti opět popisovali pocity frustrace, když sestry upřednostnily kontrolu fyzických podmínek a přístrojové techniky před jejich psychickými potřebami. Dalším problémem v souvislosti s přístrojovou technikou byly uváděny alarmy, které se spouštěly při problému, nebo dokončení infuzní linky. Pacienti uváděli, že pokud jim sestra nevysvětlila, co který hlasitý zvuk přístroje znamenal, prožívali strach a úzkostné stavy, které nedokázali pouze gestikulací vyjádřit (Al-Shamaly, 2022; Holm & Dreyer, 2018; Perelló-Campaner et al., 2023).

Další kategorií věnující se faktorům prostředí je organizace času, pracovní zátěž a kontinuita péče. Studie se shodly na faktu, že komunikace s kriticky nemocným pacientem vyžaduje dostatek času. Zaměření na vysokou pracovní zátěž často upřednostňuje monitorování a kontroly fyzického stavu pacientů za cenu sníženého zohlednění pomalého tempa komunikace. Je důležité si uvědomit, že pomalé tempo komunikace a soustředění se na potřeby pacienta mohou hrát klíčovou roli v uklidnění pacienta, snížení jeho úzkosti a zlepšení celkového stavu. Z toho důvodu je třeba nalézt vyvážený přístup mezi péčí o fyzický stav pacienta a dostatečným časem pro empatickou komunikaci. Naopak frekventovaná fluktuace ošetřovatelského personálu, zvláště v kontextu péče o jednoho pacienta, může podstatně narušovat efektivitu interpersonální komunikace mezi ošetřovatelskými profesionály a pacienty. Výsledky ukazují, že více než polovina respondentů považuje kontinuitu péče o pacienta za prospěšnou v komunikačním procesu, neboť tato kontinuita umožňuje lépe porozumět individuálním preferencím a komunikačnímu stylu pacienta, čímž se vytváří optimální

základ pro rozvoj důvěrného a efektivního komunikačního vztahu (Holm & Dreyer, 2018; Perelló-Campaner et al., 2023). Sestry v Jižní Koreji se shodují na tom, že vedou v časové tísní jednotky intenzivní péče často jednosměrné konverzace jak s pacientem, tak i jeho rodinou či příbuznými. Přestože se snaží být empatické, v časovém vypětí není snadné empatický a trpělivý přístup udržet (Yoo et al., 2020).

Dostupnost a funkce alternativních komunikačních pomůcek se značně liší, protože jejich používání není standardizováno. Komunikační pomůcky často nejsou snadno dostupné a studie poukazují také na fakt, že jsou v některých případech pro pacienty nevhodné. Studie uvádí, že jejich obsah nemusí být vhodný, forma může být nevhodně zvolená ke zdravotnímu stavu pacienta, který například neudrží tužku, aby mohl psát, nebo nevidí na číslice či písmena. Jedním z faktorů, které studie dále prezentují je také nedostatečná odborná příprava ošetřovatelského personálu, což zvyšuje negativní emoční reakce pacientů i sester (Akroute et al., 2022; Handberg & Voss, 2018; Kyranou et al., 2022; Perelló-Campaner et al., 2023; Wallander Karlsen et al., 2022). Pozitivním aspektem je však schopnost sester díky komunikačním pomůckám lépe interpretovat sdělení pacienta. Komunikační podpůrné materiály nebo zařízení mohou pomoci sestřím v komunikaci s pacienty, snížit frustraci a rychleji identifikovat potřeby pacientů ve srovnání se situací, kdy se nepoužívají (Ariffin et al., 2020; Al-Yahyai, RN, BSN et al., 2021; Holm et al., 2020; Perelló-Campaner et al., 2023). Sestry z Jižní Afriky se shodují na nutnosti používání komunikační pomůcek pro ulehčení komunikace a pro efektivnější identifikaci potřeb pacienta. Navíc zdůrazňují, že pokud sestra do komunikace nezapojí pacienta na umělé plicní ventilaci pomocí alternativních komunikačních strategií, není možné společné rozhodování o dalších postupech. To také znamená, že při léčbě pacientova stavu nejsou brány v potaz ani jeho podněty a zkušenosti s jeho nemocí, ani jeho specifické potřeby. Zároveň se tím pacientovi upírá základní lidské právo na komunikaci (Johnson et al., 2022).

Kategorie shrnující charakteristiky psaného projevu se zaměřuje na dva klíčové faktory, a to druh zprávy a výstupní režim od pacienta. Mnoho sester ve studiích zjišťuje, že čím neobvyklejší je zpráva pacienta, tím obtížněji jí rozumí. Studie uvádí, že sestry mají představy o nejčastějších požadavcích, takže když obsah zprávy přesáhne tyto hranice, rozsah potenciálních požadavků pacienta se rozšiřuje a tím se ztěžuje jejich identifikace. Pokud jde o výstupní režim zprávy, studie ukazují, že je snazší jí porozumět, když je zpráva stručná, krátká a sestavená z klíčových slov



a psaná hůlkovým písmem, aby psaný text byl pro sestry čitelnější. Faktory ovlivňující čitelnost zprávy jsou pacientův kognitivní stav, absence zrakových pomůcek, špatná viditelnost a osvětlení jednotky, pacientův fyzický stav jako je únava, oteklé ruce, svalová slabost, nízká kvalita psacích potřeb a papíru (Kyranou et al., 2022; Perelló-Campaner et al., 2023). Jedním z dalších faktorů ovlivňujících komunikační proces je situace, ve které komunikace probíhá. Komunikace se často odehrává v kontextech péče o pacienta a provádění předepsaných procedur, jako je hygiena nebo další lékařské postupy či výkony. Studie při popisu takové komunikace používají výraz „komunikace orientovaná na úkol“. Pacienti se v takových situacích cítí bezmocní a sestra získává převahu a možnost rozhodovat o tom, kdy a o jakém tématu by se mělo v dané chvíli komunikovat (Ariffin et al., 2020; Holm et al., 2020; Perelló-Campaner et al., 2023).

Znalosti komunikačních strategií a mezilidský přístup sester mohou výrazně ovlivnit průběh a výsledek komunikace s pacientem. Studie ukázaly, že ne všechny sestry komunikují s bdělými a intubovanými pacienty stejně. Znalosti komunikačních strategií a mezilidský přístup každé sestry k pacientovi jsou plně určeny jejími dovednostmi, postojem a znalostmi týkajícími se dané situace. Studie uvádí, že schopnosti sester jsou klíčovým faktorem pro úspěch v komunikaci, interpretování pacientova sdělení či určování dynamiky komunikace, a že sestry mohou i při omezené podpoře a zdrojích usnadnit komunikaci s pozitivním výsledkem. Ošetřovatelský personál hovoří o široké škále dovedností, které usnadňují komunikaci s bdělými a intubovanými pacienty. Jednou z těchto dovedností je schopnost identifikovat potřeby vyjádřené pacientem pomocí strategií, jako je používání klíčových slov nebo čtení z pohybu rtů. Pro sestru je velkou zodpovědností být tím, kdo zahajuje komunikaci a být si jistý, že interpretuje pacientovo sdělení správně. Různé fáze komunikačních potřeb, které se mění v závislosti na dynamice zdravotního stavu pacienta, vyžadují neustálou pozornost sestry a kontinuální adaptaci komunikačních strategií a nástrojů. Organizace komunikačního procesu se může výrazně lišit. Zatímco některé sestry zkouší sporadicky a náhodně uhodnout smysl sdělení, jsou jiné sestry velice systematické a zužují význam na témata jako „dýchání“, „bolest“ nebo „starosti“, dokud pacientovo sdělení nepochopí. Tato technika vychází z obecných zkušeností s pacienty na umělé plicní ventilaci, ze znalostí konkrétního onemocnění i znalosti pacienta jako jednotlivce. Studie popisují také snahu sester systematicky posuzovat způsob komunikace a zda je možné interpretovat pacientovu potřebu

komunikační technikou například gestikulací nebo vyslovováním slov. Při neúspěšném pokusu o porozumění může zkušená sestra usnadnit proces komunikace vedením pacienta k jiným způsobům komunikace tak, aby došlo k vzájemnému porozumění. Špatné komunikační znalosti jsou charakterizovány tím, že sestry zřídka opakuji nebo zrcadlí komunikační pokusy pacientů. Studie také poukazují na neznalost a nedostatek alternativních komunikačních pomůcek a jejich nedostatečné zařazení do provozu s čímž souvisí omezené možnosti komunikace. Poukazuje se i na fakt, že sestry mohou být málo nápomocné i v případě uzavřených otázek. Při komunikaci a interpretaci pacientova sdělení je důležité projevovat empatii, vytvářet vhodné prostředí pro komunikaci nebo podporovat pacientovu schopnost porozumět předávaným informacím (například získávat jeho pozornost, mluvit hlasitě a zřetelně). Některé sestry uvedly, že komunikace s pacienty je jako hra, jejímž výsledkem je buď správné, nebo nesprávné pochopení jejich sdělení (Ariffin et al., 2020; Holm et al., 2020; Holm & Dreyer, 2018; Perelló-Campaner et al., 2023).

Za nezbytné profesionální postoje usnadňující komunikační proces sestry je považována trpělivost a vytrvalost. Dalším pozitivním postojem je aktivní účast na komunikační výměně, což znamená aktivně se doptávat, pozorně naslouchat a aktivně se snažit navázat i udržet konverzaci, přestože není projevována žádná zpětná vazba, dále pak nabízení komunikačních pomůcek nebo usnadňování komunikace s příbuznými. Naopak nedostatečné prioritizování komunikace patří mezi nejvlivnější negativní postoje v neefektivní komunikaci mezi sestrou a pacientem. Tyto profesionální postoje jsou závazné nejen pro sestry pracující na jednotce intenzivní péče, ale i pro všechny ostatní. Prostor jednotky intenzivní péče je však časově i stresově náročnější nežli standardní oddělení, proto musí sestra na těchto jednotkách více dbát na dodržování a upevňování těchto zásad (Holm & Dreyer, 2018; Perelló-Campaner et al., 2023). Sestry pracující na Kypru uvedly určování priorit jako zásadní problém. Zvláště pro nově nastupující sestry je obtížné vyvážit obsluhu přístrojů, medikaci a psychologické potřeby pacienta. Dále uvedly možnost syndromu vyhoření u sester, které se snaží dostatečně vyvážit odbornost své práce s psychologickými potřebami pacienta, ale následně jsou samy psychicky vyčerpané a ubližují tím samy sobě (Kyranou et al., 2022). Na druhou stranu sestry v Jižní Koreji uznávají, že aktivní naslouchání pacientům i jejich rodinným příslušníkům je klíčové pro minimalizaci negativních zážitků. Zdůrazňují, že i když je schopnost rychle řešit úkoly důležitá, naslouchání je rovněž klíčovou ošetrovatelskou dovedností (Yoo et al., 2020). Aby se

zabránilo nepochopení, je důležité po navázání kontaktu pacienta se sestrou znát a využívat komunikační strategie a možností alternativní a augmentativní komunikace. Ve zdravotnických zařízeních zlepšuje komunikace zaměřená na pacienta výsledky zdravotní péče a zvyšuje úroveň spokojenosti pacientů (Al-Yahyai, RN, BSN et al., 2021). Efektivní komunikace napomáhá pacientům získat sebeúctu, ale také může pomoci sestřím vykonávat každodenní ošetrovatelskou péči bez konfliktů a nepochopení. Dopomáhá také ke zvyšování bezpečnosti a kvality péče o pacienty. Kvalitní komunikace se obvykle dosahuje tehdy, když sestry projevují klid a trpělivost a věnují dostatek času respektování komunikačních potřeb pacientů, čímž pacientovi poskytují dostatek prostoru k vyjádření svých pocitů (Ariffin et al., 2020; Al-Yahyai, RN, BSN et al., 2021; Holm & Dreyer, 2018). Strategie alternativní a augmentativní komunikace zlepšují kvalitu péče o pacienty a zároveň podporují pohodlí sester, čímž snižují frustraci a stres jak pacientů, tak sester (Al-Yahyai, RN, BSN et al., 2021). Nicméně je důležité zohlednit individualitu poskytované péče, neboť i přes svou efektivitu nemusí být globálně vhodná pro všechny pacienty. Je nezbytné zhodnotit kognitivní kapacitu pacienta, jeho celkový zdravotní stav a fluktuaci sensorického vnímání a funkčních omezení, zejména v oblasti horních končetin (Ull et al., 2022).

Dalším faktorem ovlivňujícím kvalitu a efektivitu komunikace je profesní přesvědčení odborníka týkající se konceptu komunikace. Většina ošetrovatelských profesionálů je přesvědčena, že se vyjadřují dostatečně srozumitelně a jasně. V důsledku tohoto přesvědčení sestry vnímají, že selhání komunikace závisí v zásadě na vyjadřovacích schopnostech pacienta. Pacienti pak zdůrazňují, že sestry často přeceňují své komunikační schopnosti, a ne vždy porozumí tomu, co pacient sděluje. Naproti tomu pro sestry také může být frustrující a náročné dešifrovat potřeby pacienta, a když se jim to nepodaří, mohou se cítit provinile a nekompetentně, protože nedokáží dostát obrazu „dobré sestry“. Dalším uváděným přesvědčením je, že ne všechna sdělení vyjádřená pacientem jsou sestrou chápána se stejným významem, přestože sestry zmiňují, že pacient pravděpodobně vnímá každé předané sdělení jako důležité, nemusí to nutně odpovídat vnímání sester. Sestry většinou hovořily o informačních nebo praktických záležitostech a často sdělením sledovaly nějaký záměr. Komunikační potřeby pacientů však nebyly stejné jako potřeby sester. Studie uvádí příklad, kdy se setra snaží vysvětlit postup odsávání pacientovi, který zrovna v tu chvíli může přemýšlet a zabývat se myšlenkami jako je stesk po rodině nebo čas zbývající k odpojení od umělé plicní ventilace. Tento rozpor zdůrazňuje nerovnováhu

a neschopnost pacienta převzít kontrolu nad komunikací z důvodu absence hlasu. Naopak se také vyskytují situace, kdy je pro sestru pacientovo sdělení velmi důležité a snaha porozumět se může stát natolik frustrující, že sestra komunikaci vzdá, což opět může vyústit v pocity bezmoci a nedostatečnosti, nebo přesvědčení, že jako sestra selhala (Holm et al., 2020; Holm & Dreyer, 2018; Perelló-Campaner et al., 2023). Sestry z Norska zmínily, že komunikace dokáže být pozitivní i negativní. Pozitivní v tom smyslu, že neustále nachází nové kreativní způsoby, jak s pacienty komunikovat. Jako negativní faktor uvedly, že je to pro sestry velmi vyčerpávající a frustrující, když selžou a nedokážou odhalit, co se pacient snaží vykomunikovat (Akroute et al., 2022). Dánské sestry zdůraznily výzvu, kterou představuje změna jejich přístupu ke komunikaci s pacienty. Tradičně jsou zvyklé na komunikaci související s fyzickým stavem pacientů, jako je jejich pohodlí v posteli, dýchání či bolest. Nicméně použití komunikačních pomůcek či strategií alternativní a augmentativní komunikace přináší nové a neznámé výzvy. Sestry také vyjádřily obavy, že by mohly udělat chybu, přestože si jsou vědomy, že je to nepravděpodobné. Kromě toho poukázaly na skutečnost, že standardizované ošetrovatelské procedury zůstávají neměnné po mnoho let a tím pádem o nich s pacienty komunikují pořád stejně, což ztěžuje, až znemožňuje, implementaci nových strategií komunikace, jež by umožnily otevření nových témat mimo běžný rámec (Handberg & Voss, 2018).

## **2.2 Augmentativní a alternativní pomůcky, komunikační strategie**

Alternativní a augmentativní komunikace je interdisciplinární obor, který se zaměřuje na poskytování různých metod a pomůcek komunikace pro jedince s poruchami řeči nebo psaní, kteří mají omezenou schopnost nebo nemohou komunikovat tradičními způsoby. Tato komunikační strategie si klade za cíl umožnit jednotlivcům vyjádřit své potřeby, myšlenky a pocity prostřednictvím alternativních prostředků, které mohou zahrnovat gesta, obrázky, symboly nebo speciální technologická zařízení. Augmentativní komunikace se zaměřuje na rozšíření existujících komunikačních schopností jedince pomocí různých pomůcek, jako jsou komunikační zařízení, speciální aplikace nebo symbolické systémy, které zvyšují efektivitu a expresivitu jejich komunikace. Na druhou stranu, alternativní komunikace poskytuje úplnou náhradu za běžný mluvený nebo psaný projev a často se opírá o metody, jako jsou znakové jazyky nebo speciálně navržené symbolické systémy.

Oba tyto přístupy jsou navrženy tak, aby respektovaly individuální potřeby uživatele a umožnily jim plně se zapojit do interakcí a komunikace ve svém prostředí. Kromě toho se obor alternativní a augmentativní komunikace zabývá i výzkumem a vývojem nových technologií a metod, které mohou dále zlepšovat možnosti komunikace pro osoby s komunikačními poruchami (Filip Loncke, 2022). Tato komunikační strategie je rozdělena do kategorií netechnologických pomůcek jako jsou například emoce, gesta, mrkání či odezírání ze rtů, nízko-technologické pomůcky, které jsou běžně dostupné jako například pero a papír či tabulky na psaní, tabulky s abecedou, obrázkové tabulky, komunikační karty a vysoko-technologické pomůcky zahrnující mobilní telefony, počítače s různými softwarovými programy a ovládacími funkcemi, jako například zařízení na sledování očí a dotykové obrazovky (Al-Yahyai, RN, BSN et al., 2021; Ariffin et al., 2020; Ull et al., 2022). Používání komunikačních pomůcek může v mnoha případech pacientovi velmi pomoci s vyjádřením potřeb. Na druhou stranu však studie uvádí, že sestry zřídka kdy přebírají iniciativu při hledání alternativních způsobů komunikace (Holm & Dreyer, 2018). Aktivní používání komunikačních pomůcek pozitivně ovlivňuje zkušenosti pacientů. Studie neporovnávají, která konkrétní pomůcka je účinnější než jiná, ale pouze předkládají účinnost a zkušenosti s těmito pomůckami. Pacienti napříč studiemi uváděli větší spokojenost s péčí v případě, když jim byla poskytnuta pomůcka usnadňující komunikaci, a to bez ohledu na to, zda se jednalo o pomůcku z kategorie netechnologických, nízko-technologických nebo vysoko-technologických pomůcek. Vysoko-technologické pomůcky jsou studiemi uváděné jako méně používané či vůbec nepoužívané, přestože mají tyto pomůcky nad ostatními výhody syntézy řeči, databází s předem uloženými frázemi a obrázky a snadného ukládání a vyhledávání zpráv (Al-Yahyai, RN, BSN et al., 2021; Holm et al., 2020; Holm & Dreyer, 2018; Karlsen et al., 2019; Larsen et al., 2022; Ull et al., 2022).

Přibližně 18-54 % pacientů na umělé plicní ventilaci je bdělých, cílých či schopných reagovat na verbální komunikaci a mohli by mít prospěch z alternativních a augmentativních způsobů komunikace (Kyranou et al., 2022). Existuje několik způsobů, které lze použít k udržení účinné komunikace s pacienty na umělé plicní ventilaci, a to jasně definovaná komunikační strategie, vybavení jednotky intenzivní péče různými komunikačními materiály a pomůckami, zajištění školení pro sestry a dokumentace úspěšnosti komunikačních intervencí v kartě pacienta (Ariffin et al., 2020). Během školících a edukačních akcí, kde se sestry z Dánska učily používat

metodu alternativní a augmentativní komunikace, byly sestry příjemně překvapeny tím, jak efektivně pacienti pomocí těchto metod komunikují a jak mnoho informací dokážou vyjádřit (Handberg & Voss, 2018). I sestry z Jižní Afriky byly příjemně překvapené informacemi, které nabyly po čas komunikačních seminářů. Některé sestry dokonce uvedly, že se pokusí ihned nabyté vědomosti využít a nové komunikační pomůcky a strategie implementovat (Dithole et al., 2017). Dánské sestry uvedly, že používání alternativní a augmentativní komunikace může pomoci zapojit pacienty do péče v mnohem větší míře než dříve (Handberg & Voss, 2018).

Netechnologické pomůcky a strategie jsou prvním krokem pro začátek komunikace s pacienty po probuzení z analgosedace. Jsou nejjednodušší a nejvíce dostupné pro všechny sestry. Nejčastěji používanou strategií užívanou sestrami je zjednodušování. Taková komunikace se často omezuje na komunikaci zaměřenou na úkoly s jednoduchými otázkami typu ano/ne, na které pacienti mohou odpovídat pouze přikývnutím nebo negativním gestem, naznačujícím odmítnutí, nesouhlas či záporný postoj. Sestry uváděly, že mrkání očima, nebo stisk ruky jako odpověď na otázku jsou účinné pro pacienty s nízkým svalovým tonusem těsně po probuzení z analgosedace. Tento způsob zjednodušování velmi dobře funguje například při ranní péči a hygieně, případně při mobilizaci. Sestry využívají ke komunikaci i další různé gestikulační metody, které pacientům předem vysvětlí, aby si vzájemně rozuměli. Například ukazování na části těla, bušení do postele znamenající souhlas, trhané pohyby těla, rukou či ruka v pěst znamenající nesouhlas. Tato forma komunikace však často selhává při těžších tématech nebo otázkách například o emocionálním prožívání, životě po hospitalizaci, nebo o tématech týkající se rodiny (Al-Yahyai, RN, BSN et al., 2021; Holm & Dreyer, 2018). Sestry pracující na jednotce intenzivní péče na Kypru uvádějí, že když je pacient vzhůru, dokáže komunikovat a spolupracovat s ostatními. Dokáže se bez problému domluvit pomocí gestikulace, uchopení ruky sestry, pohyby rukou i nohou, nebo ukazovat na místa, kde vnímá nějaký problém. Časté je také používání uzavřených otázek, na které pacient zareaguje gestem hlavy znamenající souhlas či nesouhlas. Tyto otázky sestry z Kypru používají na denní bázi (Kyranou et al., 2022). Dánské sestry zdůrazňují, že při pokládání uzavřených otázek je nezbytné uplatňovat strategii a systematický přístup. Je důležité se zamyslet, zda pacient skutečně chce sdělit to, co si sestra myslí, nebo ho pokládáními otázkami přesměrovává k jinému tématu sdělení. Ze zkušeností sester vyplývá, že se pacienti zajímají právě o obecná témata týkající se jejich stavu a sestry následně neberou

v úvahu, že by pacienti chtěli sdělit něco jiného (Holm et al., 2021). Kvalitní komunikace se obvykle dosahuje tehdy, když sestry projevují klid a trpělivost a věnují dostatek času tomu, aby respektovaly komunikační potřeby a poskytly pacientovi dostatek prostoru k vyjádření svých pocitů (Al-Yahyai, RN, BSN et al., 2021; Holm & Dreyer, 2018). Sestry z Norska upozorňují na nutnost empatie a uvědomění si faktu, jaké to asi musí být v pacientově situaci. Sestry poukazují na fakt, že kdo nezažil hospitalizaci s intubací, nedokáže si představit, jaké to je být uvězněn na lůžku s nemožností promluvit. Poukazují na fakt, že při zamyšlení se nad pacientovým prožíváním dokáží sestry jednat mnohem trpělivěji a pečlivěji (Wallander Karlsen et al., 2022). Sestry z Austrálie zdůrazňují, že je důležité zacházet s pacientem tak, jak by sestry chtěly, aby se zacházelo s nimi, kdyby byly takovým pacientem (Al-Shamaly, 2022).

Další velmi účinnou a často užívanou strategií je emoční a verbální povzbuzování pacientů. Pacienti popisují, že pochvala od ošetřující sestry, ujištění, že si vedou dobře, nebo nabídka pomoci s čímkoli, co budou potřebovat, jsou velice účinné strategie. Tímto způsobem pacient nalézá klid, získává emocionální podporu a buduje si důvěru v ošetřující sestru, což mu následně umožňuje lépe vyjádřit své potřeby. V otázce důvěry sestry uvádějí, že představení se pacientovi pomáhá k navázání lepšího vztahu a následně jednodušší komunikaci. Další strategií se uvádí seznámení pacienta s prostředím jednotky intenzivní péče. Stejně tak pravidelné sdělování aktuálního data a času může pomoci předcházet zmatenosti pacienta a jeho negativním prožitkům (Al-Yahyai, RN, BSN et al., 2021; Wallander Karlsen et al., 2022). Sestry z Kypru prezentují, že verbální podporování pacientů v nalézání dalších možností komunikace se ukázalo jako efektivní. Dále popisují, že často používají dotek jako formu komunikace. Zdůrazňují, že pacientům pomáhá, když je sestry drží za ruku a tím je ujišťují, že tady pacienti nejsou sami a že jsou tu sestry pro ně (Kyranou et al., 2022). Naopak sestry působící v Jižní Koreji podotýkají, že na fyzický kontakt nejsou vůbec zvyklé a působí jim potíže se pacienta dotknout nejedná-li se o ošetřovatelský výkon, a i tam prý občas váhají. Sestry uvádějí, že mají problém s fyzickým kontaktem i u osob jim blízkých natož tak u cizích pacientů (Yoo et al., 2020).

Nízko-technologické pomůcky jsou jednoduše dostupné pro jednotky intenzivní péče. Pro jejich vytvoření je potřeba pouze papír, barevná tiskárna, laminovací folie, nebo složka pro zpevnění tabulky a zkušenosti a kreativita ošetřujících sester. Nejjednodušší takovou pomůckou je napříč studii prezentováno pero a papír na

pevnějším podkladu. Tato pomůcka je velice efektivní pro pacienty, kterým se již alespoň částečně navrátil svalový tonus a nemají otoky horních končetin. Je důležité dbát na správné osvětlení, výrazně písíci pero a kvalitní papír, který se nepotrhá pacientovou snahou psát. Sestra si musí uvědomit, že pacient je unavený a zesláblý léčebným procesem, proto může být jeho sdělení napsáno trhaně, nesouvisle a roztřeseně. Je důležité, aby sestra pacienta podporovala a zůstala trpělivá, aby měl pacient dostatek bezpečného prostoru pro vyjádření svých potřeb. Ošetřující sestra by měla pacienta poučit, aby jeho sdělení bylo co nejkratší a nejlépe heslovité. Heslovité sdělení hůlkovým písmem je pro sestru nejčitelnější a zabraňuje opakovaným pokusům o vyjádření své potřeby. Sestra se pak může doptávat otázkami ano/ne, aby se pacient nevyčerpával a nemusel celé sdělení psát na papír, pokud tedy sám nechce (Al-Shamaly, 2022; Ariffin et al., 2020; Holm et al., 2020; Holm & Dreyer, 2018; Wallander Karlsen et al., 2022). Obdobou pera a papíru jsou mazatelné tabulky na psaní dostupné v jakémkoli papírnictví. Odpadá tím zbytečný odpad z papíru, ale je důležité dbát na výraznost mazatelné fixy, aby byla dostatečně viditelná. Komunikační tabulky jsou studiem hodnocené jako velmi užitečné a představují účinnou strategii pro usnadnění komunikace mezi pacienty a sestrami. Komunikační tabulky jsou přibližně ve velikosti A4 v pevné laminovací folii, barevné a s kontrastními barvami, aby byly pro pacienta dobře viditelné. Písmena na abecedních tabulkách musí být dostatečně výrazná, aby byla viditelná i při zhoršené zrakové ostrosti. Mezi použitá témata týkající se somatických potíží na komunikačních tabulkách bývají ilustrace lidského těla, stupnice bolesti a piktogramy týkající se fyzického stavu jako je pocit horka či zimy, nauzey, potřeba vylučování stolice, pocity žízně či hladu. Mezi témata psychických potřeb pacientů jsou piktogramy vyjadřující stavy jako je strach, stesk po rodině, potřebu doteku či držení za ruku. Je důležité pečlivě volit, která témata by pacient mohl využít a která jsou již nadbytečná pro základní somatické i psychické potíže. Na druhou stranu však pacienti vyjádřili, že na komunikačních tabulkách nebyl dostatečný počet obrázků, kterými by mohli vyjádřit své pocity a přání (Albayram & Yava, 2020; Al-Yahyai, RN, BSN et al., 2021; Holm et al., 2020). Sestry pracující na Kypru uváděly abecední a obrázkové tabulky jako efektivní pomůcku, která mohla lépe identifikovat pacientovy potřeby. S používáním a abecedních tabulek jim pomohl nemocniční logoped, uvedly však, že spíše používaly obrázkové tabulky, nebo obyčejnou tužku s papírem (Kyranou et al., 2022). Jedním z nástrojů, které se dají využít k urychlení a usnadnění komunikace s intubovanými pacienty jsou vizuální



komunikační karty. Tyto karty jsou většinou barevné obrázky vycházející z témat, která se intubovaných pacientů nejvíce dotýkají a která vyjadřují pacientovy potřeby a emoce. Studie z Turecka uvádí, že barevné komunikační karty usnadňují komunikaci u vhodných pacientů a jsou účinné při snižování úzkosti pacientů související s komunikací. Důležitými faktory při tvorbě komunikačních karet jsou struktura karet, velikost, barvy, rozměry a umístění obrázku na kartě. Ze studie vyšlo najevo, že každá karta by měla mít velikost přibližně A5 a obrázek by měl být pouze na jedné straně. Na přední straně by měl být nadpis vztahující se k obrázku na komunikační kartě a velikost obrázku by měla být připravena tak, aby byla dobře viditelná ze vzdálenosti 30 centimetrů. Studie popisují, že v kombinaci s používáním komunikačních karet pacienti používají také další komunikační metody jako je řeč těla dotek, písemný projev a doplňující otázky typu ano/ne. Pacienti s narušenou verbální komunikací se snaží využívat různé metody k vyjádření svých potřeb. Studie zdůrazňují, že používání komunikačních karet šetří ošetřující sestře čas, který může využít k jiným ošetrovatelským činnostem. Většina pacientů zahrnutých do studie prezentují, že komunikační karty byly při komunikaci se sestrou užitečné. Ve výsledku bylo zjištěno, že pacienti, kteří používali komunikační karty, měli menší potíže při komunikaci ve srovnání s pacienty, kteří využívali jiné komunikační prostředky (Albayram & Yava, 2020). Komunikační karty se však v jiných studiích nevyskytovaly, přestože jsou jednoduché na vytvoření a jsou pacienty uváděny jako úspěšné a nápomocné.

Používání vysoko-technologických zařízení také souviselo s pozitivním účinkem v komunikaci a studie uvádí, že 94 % pacientů si přálo pokračovat v jejich používání. Vysoko-technologické pomůcky přispívají k autonomii a samostatnosti pacientů, což má pozitivní vliv na jejich psychosociální pohodu a pocit sebeúcty (Ull et al., 2022). Nejdostupnější vysoko-technologickou pomůckou jsou mobilní zařízení či tablety pacientů. Díky velikému pokroku v mobilní komunikaci mobilní zařízení přispívají ke zlepšení komunikace mezi pacientem a ošetřujícími sestrami. V mobilních zařízeních je internet již běžně dostupný v moderních zemích a je tím pádem jednoduché dohledat piktogramy či obrázky, které se vztahují k pacientovým potřebám. Použití poznámek pro heslovitá sdělení či psaní celých vět je taktéž jednoduché a pro mladé dospělé pacienty naprosto přirozenou formou komunikace. Mobilní zařízení taktéž pomáhají překonávat prostorové i jazykové bariéry prostřednictvím použití překladačů, které jsou schopné větu nejen přeložit, ale také nahlas přečíst, a tudíž jsou pacienti schopni na sebe upoutat pozornost sestry. Mobilní

zařízení umožňují pacientům udržovat kontakt se svými blízkými prostřednictvím textových zpráv či sociálních sítí. Tato spojení poskytují pacientům pocit podpory ze strany rodiny i přátel, což může mít pozitivní vliv na jejich emocionální a psychickou pohodu. Takové propojení může také pomoci snížit úzkost a depresi spojené s hospitalizací a zlepšit celkovou kvalitu jejich pobytu v nemocnici (Al-Yahyai, RN, BSN et al., 2021; Wallander Karlsen et al., 2019). Sestry pracující na Kypru uváděly mobilní telefon jako velmi častou komunikační pomůcku, a to nejen pro komunikaci a využívání aplikace poznámek, ale také skrz jazykovou bariéru (Kyranou et al., 2022). U pacientů, kteří nemohli dostatečně využívat neverbální komunikaci a nedokázali komunikovat pomocí netechnologických a nízko-technologických pomůcek v každodenní rutinní péči na jednotce intenzivní péče, je vhodné využití vysoko-technologických zařízení jako je například zařízení pro sledování očí. Ve studii ze Švédska bylo použito zařízení Tobii Dynavox I-15+ ET (Tobii Dynavox, Danderyd, Švédsko), které se skládá z kamer, osvětlovacích těles a zpracovatelských jednotek. Osvětlovací tělesa vytvářejí na očích uživatele vzor blízkého infračerveného světla, zatímco kamera zachycuje obrazy očí. Zpracovatelská jednotka detekuje konkrétní detaily, například reflexní vzory, a data jsou zpracována specifickými algoritmy, které vypočítávají bod pohledu, například na počítačovém monitoru. Zařízení využívá operační systém Windows 10. Nejjednodušší způsob provádění vyšetření je v leže nebo sedící poloze pacienta. Před prvním použitím zařízení pro sledování očí je vždy nutná kalibrace, aby byla určena individuální pozice očí pacienta a bod pohledu na monitor. Ideální poloha tohoto zařízení je paralelní s obličejem pacienta ve vzdálenosti 45 až 60 cm v úhlu 90° k očím pacienta (nastavitelné držákem). Oči pacienta jsou zobrazeny jako dva bílé body, které by měly být poblíž středu stavového zobrazení, aby dosáhly optimální vzdálenosti od zařízení pro sledování očí. Kalibrace poskytuje informace o lomu světla v oku a probíhá tak, že pacient hledí na konkrétní kalibrační body. Provedená kalibrace umožňuje ovládání počítače pomocí očí místo rukou, a to buď pomocí řízení fixace pohledu nebo mrkání. Byl využit standardizovaný dotazník se 30 otázkami typu ano/ne, které se týkaly kategorií onemocnění a ošetřování a rodiny a budoucnosti. Dle zjištěných výsledků se toto zařízení projevilo jako velmi účinné v komunikaci s pacienty. Avšak neexistují prokazatelné důkazy o tom, že by se jednalo o nejúčinnější komunikační pomůcku. Z pohledu pacientů a sester však může být zařízení pro sledování očí jedinou nebo nejúčinnější pomůckou a mohla by být užitečná pro snížení pocitu bezmoci, frustrace a nespokojenosti. Kromě toho lze pomocí tohoto zařízení odhalit

počáteční příznaky deprese nebo úzkostné poruchy. Zařízení pro sledování očí by mělo určitě velký význam pro zavedení do každodenní rutinní péče minimálně po dobu, než se pacientův stav zlepší natolik, aby mohl verbálně komunikovat nebo využít jinou jednodušší komunikační pomůcku. Studie zdůrazňuje, že používání zařízení pro sledování očí je náročné jak časově, tak i co do jeho provozu zejména ze začátku testování neverbální komunikace u pacientů na jednotce intenzivní péče. Náklady na toto zařízení jsou také poměrně vysoké a aplikace zařízení na jednotku intenzivní péče vyžaduje hardwarové a softwarové školení nejen pro sestry, ale také pro pacienty (Ull et al., 2022). Dánské sestry projevily zklamání nad nedostatečným využitím vysoko-technologické augmentativní a alternativní komunikace, přestože se ukázala jako velmi účinná. Sestry uváděly že tyto prostředky na odděleních nejsou standardně dostupné, a proto nejsou tak hojně využívané. Jako příklad pozitivního účinku vysoko-technologických pomůcek uvedly situaci, kdy musely akutně opustit pacienta a pacient zůstal sám s tabletem na lůžku. Po návratu sestry zjistily, že pacient s nadšením využil komunikační tabulky na tabletu k vyjádření svých potřeb, které se mu před tím nedařilo jinak vyjádřit a dlouho nedocházelo k porozumění. Jiný pacient dokonce vytvořil seznam otázek a témat, která by rád probral s lékařem během vizity, a tento seznam napsal do tabletu s interaktivními komunikačními tabulkami a klávesnicí. Další pacient nebyl ve stavu, kdy by mohl využít tablet s komunikačními tabulkami, jelikož se mu zatím nenavrátila svalová síla. Využily pro něj tedy zařízení pro sledování očí s abecedním nastavením pro tvoření slov či vět. Pacient byl pak schopen vyjádřit své obavy týkající se odložené extubace. Sestry mu následně sdělily, že je to v pořádku, lékaři mají vše pod kontrolou a že ho budou nadále informovat o jeho zdravotním stavu a plánovaných procedurách (Handberg & Voss, 2018). Důležitou strategií pro správnou komunikaci je pravidelné hodnocení pacientovy schopnosti komunikace a výběr správné komunikační pomůcky s ohledem na pacientův zdravotní i kognitivní stav, vzdělání a věkovou kategorii. Sestra musí být schopna z analýzy anamnézy, pozorování a uzavřenými otázkami s pacientem či rozhovorem s jeho rodinou posoudit, zda má pacient v pokročilém věku dostatečnou adaptaci na moderní technologie, či zda by bylo vhodnější zvolit komunikační pomůcku s nižší technickou náročností. Stejně tak je klíčové zhodnotit kognitivní kapacity pacienta pro pochopení a efektivní využití pokročilých komunikačních prostředků. S tímto hodnocením komunikace souvisí zavedení dokumentace, kde jsou zaznamenána všechna hodnocení včetně změn, jež se vyskytly během dne. Tato dokumentace není pouze

pro aktuálně ošetřující sestru, ale také pro tu, která nastoupí na následující směnu (Al-Yahyai, RN, BSN et al., 2021). Dánské sestry popsaly, že podrobné dokumentování komunikace s pacientem umožnilo dalším sestřám poznámky využít a čerpat z předchozích zkušeností a pozorování (Holm et al., 2021). Sestry pracující na Kypru popisují, že po zhodnocení pacientova stavu vybraly vhodnou komunikační pomůcku a podporovaly pacienta, aby ji používal co nejčastěji a co nejlépe dokáže. Sestry také zmiňovaly důležitost zavedení ošetrovatelské dokumentace v rámci komunikace. Uvedly, že si zápisky ten daný den předávaly, aby sestra na příští směně nemusela znovu zjišťovat, co konkrétnímu pacientovi pro komunikaci vyhovuje (Kyranou et al., 2022). Je důležité správné zhodnocení pacientova vzdělání a jeho kognitivních schopností, abych sestra mohla přizpůsobit formu a obsah poskytovaných informací. Sestry z Norské jednotky intenzivní péče označily za velice užitečnou strategii užívání eufemismů. Příkladem uvedly mobilizaci pacientů, kteří začali projevovat fyzické nepohodlí a neklid již při zmínění termínu "mobilizace", protože je jim celý proces a neznámé slovo nepříjemné. Sestry však těmto negativním pocitům začaly předcházet používáním vět jako „zkusíme vás pošťouchnout do pohodlnější polohy“. Dále uvedly, že když s pacientem mluvily humorným tónem, nebo používaly familiární výrazy, pacienti k nim byli vřelejší a spolupracovali lépe (Wallander Karlsen et al., 2022). S tímto souhlasí i sestry z Austrálie, které uvádí, že v komunikaci nepoužívají odbornou terminologii, ale spíše slova a výrazy, které jsou přizpůsobeny úrovni odbornosti pacientů a jejich rodinných příslušníků (Al-Shamaly, 2022).

Jak již bylo zmíněno v předcházející kapitole, sestry jsou především těmi, které určují dynamiku, čas a trvání komunikace s pacientem. Pacienti na sebe ovšem potřebují upoutat pozornost, aby byly naplněny jejich potřeby, nebo upozornili na problémy, které se nevztahují pouze k přístrojové technice a nejsou objektivně viditelné na monitoru základních životních funkcí. Této problematice se mimo jiné věnuje studie z Norska, která pomocí videonahrávek zaznamenala přirozeně probíhající komunikaci a interakce z jednotky intenzivní péče. Nahrála 10 dobrovolníků z řad pacientů, kteří se chtěli zapojit do studie. Jednalo se o pět žen a pět mužů s rozmezím věku 36-72 let (průměrný věk byl 53,6 let). Ve vzorku pacientů byly zastoupeny různé diagnózy, včetně selhání jater, respiračního selhání, infekcí, rakoviny a komplikací po transplantaci orgánů. Průměrná délka pobytu na umělé plicní ventilaci před pořízením videozáznamu byla 20 dní (rozmezí 4-68). Žádný z pacientů nebyl fyzicky omezován. Na péči o pacienty se podílelo celkem 60 sester. Interakce

se lišily od krátkých okamžiků až po trvalou přítomnost, což bylo obvyklé pro ošetřující sestru odpovědnou za péči. Všechny sestry kromě dvou měly postgraduální vzdělání v oboru ošetřovatelství v intenzivní péči a pracovaly na jednotce intenzivní péče déle než dva roky. Jedna kamera byla přehledová a snažila se zachytit celou místnost, druhá kamera byla zaměřena na pacienty na lůžku a na výrazy obličeje. Pacienti byli analgosedováni kontinuálně léky Fentanyl, Dexmedetomidine, a bolusově Propofol, Ketobemidone hydrochloride, Morphine sulphate. Celkový čas nahrávání byl 30:23:14. Celkem bylo vybráno 66 situací při kterých se pacienti snažili přivolat pozornost. Jak se vyvíjelo jednání při vyhledání pozornosti, byly identifikovány čtyři odlišné vzory reakcí: okamžitá reakce sestry, zpožděná reakce nebo porozumění, zintenzivnění pokusu o upoutání pozornosti a vzdání snahy o upoutání pozornosti. Způsoby, jakými se pacienti vyjadřovali, a obsah jednání usilujících o pozornost se vzájemně prolínaly, přičemž obsah nebylo možné oddělit od způsobu vyjádření, reakce na něj ani od kontextu. Obsah vyjádření pacientů byl klasifikován do čtyř domén: psychologických projevů, fyzických projevů, sociálních projevů a projevů souvisejících s léčbou. Obecně se zdálo, že pacienti měli vzorec jedné nebo dvou technik, které často používali (Wallander Karlsen et al., 2019). Tuto skutečnost oblíbených dvou technik uvádějí také sestry z Norska, z Austrálie, z Kypru i z Jižní Koreji (Akroute et al., 2022; Al-Shamaly, 2022; Kyranou et al., 2022; Yoo et al., 2020). Časté byly pohyby rukou, například mávání, ukazování nebo poklepávání na lůžko, a pohledy do očí; byly pozorovány také pokusy o naznačování slov rty. Pacienti se snažili využívat také komunikační tabulky nebo tuhé psací desky s papírem a perem. Naproti tomu byly identifikovány také situace, kdy pacienti komunikační pomůcky odmítli, když jim byly nabídnuty. Studie uvádí, že v 53 ze 66 případů byly pokusy pacientů o navázání kontaktu rychle zpozorovány a sestry na ně okamžitě reagovaly. K navázání kontaktu v těchto úspěšných případech pacienti nejčastěji používali rty, ruce nebo nohy, pohledy do očí, grimasy v obličeji nebo symbolická gesta. Reakce sester nemusela nutně znamenat, že rozumí pacientovým výrazům, ale pacientům se podařilo navázat kontakt a vědomí toho, že chtějí něco vyjádřit a komunikovat. Odpovědí na pacientovo přivolání pozornosti byla často obecná otázka, co daný pacient potřebuje. Po interakci s pacientem se pak sestry doptávaly, jestli chápou správně, co po nich pacient žádá, případně hledaly možnosti, jak dojít k porozumění (Wallander Karlsen et al., 2019). Sestry z Kypru uvádějí, že se aktivně doptávají a nabízejí další možnosti komunikačních pomůcek, což pomáhá snadnějšímu porozumění. Zároveň dávají

důraz na verbální podporu, která v pacientovi navodí pocit, že sestru zajímá, co se snaží vyjádřit (Kyranou et al., 2022). Videozáznam ukázal, že symbolická gesta v interakci usnadňují pochopení. Symbolická gesta byla například ukázání na tracheostomii, což většinou symbolizovalo potíže s dýcháním, nebo potřebu odsátí hlenu z dýchacích cest. Mávání rukou většinou znamenalo přivolání personálu blíže k pacientovi. Pacienti také symbolizovali zvednutým palcem, že je vše v pořádku, nebo naklánění ruky ze strany na stranu či krčení ramenou, jakože vše není v pořádku, ale dá se to zvládnout. Pohledy do očí nebo naklonění hlavy k hodinám nebo rádiu byly příklady neverbálních komunikačních prvků, které směřovaly pozornost sester k objektu pacientova zájmu. Při opožděné reakci sester se pacienti pokoušeli upozornit dlouhým pohledem, uchopením za ruce či máváním, jedna pacientka přivolala svou pozornost mlasknutím jazyka o patro. Když sestra na přivolání nereagovala vůbec, pacienti zintenzivnili své pokusy například třepáním rukama po straně lůžka, máváním komunikačních tabulek či kopáním do postranic lůžka. Pacienti se při neúspěšném pokusu o přivolání sestry projevovali odvrácením hlavy od osoby, která s nimi následně komunikovala, vyhýbali se očnímu kontaktu nebo gestem odmávali sestru pryč. Tímto neúspěchem se pak pacienti utvrzovali v negativních emocích a bylo potom těžké znovu navázat jakoukoliv komunikaci s pacientem (Wallander Karlsen et al., 2019). Dánské sestry uvedly, že při ztrátě pacientovy důvěry je velice těžké následně s pacientem znovu komunikovat. Pacienti uváděli, že jsou uzavření do sebe, frustrovaní a iritovaní, že si jich nikdo nevšímá (Holm et al., 2021). Byly také zaznamenány situace, kdy sestry snahu o porozumění pacientovi vzdaly. Stalo se, že je slovy „nevím, nerozumím vám“ odmítly a další pokusy o komunikaci nepodnikly, většinou to řešily slovy „musíme to zkusit později znovu, protože si nerozumíme“, nebo požádaly jinou sestru, aby jim přišla na pomoc s vyřešením pacientovy žádosti. Studie podotýká, že je důležité, aby sestry byly schopny identifikovat a respektovat snahu pacientů o komunikaci a jejich úsilí zaujmout pozornost. Tato schopnost je zvláště důležitá, neboť jedním z významných aspektů komunikačního procesu je míra úsilí, kterou pacienti musí vynaložit pro navázání kontaktu a dosažení porozumění (Wallander Karlsen et al., 2019). Pozorování provedená dánskými sestrami odhalila, že některé z nich pociťovaly frustraci, když se snažily porozumět pokusům pacientů o komunikaci. Tento stav vedl k situacím, kdy se sestry rozhodly ignorovat signály komunikace, protože se necítily schopny je pochopit a neměly dostatek času na použití strategií alternativní a augmentativní komunikace. Sestry upozorňovaly, že ačkoliv

chápu, že pacienti mají rozmanité komunikační potřeby a potřebují vyjádřit své psychologické stavy, jejich pracovní vytíženost jim však neumožňuje pokrýt a identifikovat všechny potřeby pacientů (Handberg & Voss, 2018). Sestry působící v Austrálii zdůrazňují význam porozumění tomu, kdy pacient projevuje zájem o komunikaci a kdy ne, a důraz na respektování rozhodnutí pacienta. Sestry uvedly, že občas zapomínají, že pacienti jsou také lidé a potřebují si odpočinout i od komunikace a snahy vyjádřit své potřeby (Al-Shamaly, 2022).

### **2.3 Význam a limitace dohledaných poznatků**

Komunikace mezi sestrou a pacientem je neustálým kolísavým procesem, v němž se střídají pocity porozumění a frustrace. Zjištění naznačují, že komunikace není vždy negativní a lze dosáhnout vzájemného respektu. Avšak u pacientů na umělé plicní ventilaci je tato komunikace omezena na neverbální formy. Pacienti často dokáží gestikulací vyjádřit své fyzické potřeby, ale psychické aspekty jsou obtížněji vyjádřitelné. Sestry by proto měly být seznámeny s různými formami alternativní a augmentativní komunikace, měly by umět správně vyhodnotit, jakou komunikační pomůcku využít a reagovat včas na pacientovy signály ke komunikaci. Nedostatečné využívání komunikačních nástrojů sester může vést ke špatným výsledkům péče o pacienty a prohlubování negativního prožívání pacientů na jednotkách intenzivní péče. Nízko-technologické komunikační pomůcky, jako jsou komunikační karty či komunikační tabulky, mohou být snadno vytvořeny pomocí dostupných prostředků. Mobilní zařízení také přispívají k lepší komunikaci a psychické pohodě pacientů. Absence českých zdrojů v této oblasti a nedostatek respondentů v některých studiích jsou však limity této práce. Dále je nutné rozsáhlejší zkoumání v oblastech vysoko-technologických pomůcek a jejich uplatnění v praxi. Pro efektivní komunikaci mezi sestrou a pacientem na umělé plicní ventilaci by bylo přínosné standardizovat komunikační metody, školení sester a zvýšit dostupnost různých komunikačních pomůcek na jednotkách intenzivní péče.

## ZÁVĚR

Cílem přehledové bakalářské práce bylo sumarizovat aktuální dohledané poznatky o specifikách komunikace s pacientem na umělé plicní ventilaci a o zkušenostech všeobecných sester v těchto oblastech. Hlavní cíl byl dále specifikován do dvou dílčích cílů. Prvním cílem bylo sumarizovat aktuální dohledané publikované poznatky o faktorech ovlivňujících komunikaci s pacientem na umělé plicní ventilaci. Dohledané poznatky byly pro účely bakalářské práce rozděleny na tři kategorie na straně pacienta, šest kategorií zabývajících se prostředím jednotky intenzivní péče a dvě kategorie rozdělené na profesionální zkušenosti a holistický přístup k pacientovi. Tento dílčí cíl slouží jako přehled faktorů, které ovlivňují či nějakým způsobem omezují komunikaci s pacientem na umělé plicní ventilaci. Dle dohledaných poznatků byl dílčí cíl přehledové práce splněn. Druhým cílem bylo sumarizovat aktuální dohledané publikované poznatky o augmentativních a alternativních pomůckách a o komunikačních strategiích. Dohledané poznatky jsou rozepsány dle kategorií na netechnologické pomůcky a strategie, nízko-technologické pomůcky, vysoko-technologické pomůcky a komunikační strategie pacientů, kteří se na sebe snaží přivolat pozornost sestry. Tento dílčí cíl slouží jako systematický přehled pomůcek a strategií, které sestra může při komunikaci s pacientem využít a předkládá strategie pacienta, jak na sebe upozorňuje, když chce komunikovat, aby tyto znaky v praxi nepřehlédla. Dle dohledaných poznatků byl dílčí cíl přehledové práce splněn. Tato přehledová bakalářská práce má potenciál obohatit širokou škálu zdravotnického personálu a rodinných příslušníků pacientů, kteří se podílejí na péči o pacienty na umělé plicní ventilaci. Všeobecné sestry, které se přímo starají o pacienty, by mohly využít informace z této práce k lepšímu porozumění a efektivnějšímu využití komunikačních pomůcek a strategií. Stejně tak by tato práce mohla přinést informace personálu jednotek intenzivní péče a studentům ošetřovatelských oborů, kteří se seznamují s problematikou intenzivní péče a komunikací s pacienty. Navíc by mohla být užitečná i pro rodinné příslušníky pacientů, kteří by získali informace a návody k používání komunikačních technik a strategií, což by jim pomohlo lépe porozumět potřebám a přáním svých blízkých a aktivně s nimi komunikovat při návštěvách a péči.



## REFERENČNÍ SEZNAM

- Akroute, A. R., Brinchmann, B. S., Hovland, A., & Fredriksen, S. -T. D. (2022). ICU nurses' lived experience of caring for adult patients with a tracheostomy in ICU: a phenomenological-hermeneutic study. *BMC Nursing*, 21(1). <https://doi.org/10.1186/s12912-022-01005-x>
- Al-Shamaly, H. S. (2022). Patterns of communicating care and caring in the intensive care unit. *Nursing Open*, 9(1), 277-298. <https://doi.org/10.1002/nop2.1061>
- Al-Yahyai, RN, BSN, A. N. S., Arulappan, RN, RM, BSC (N), MSC (N), PhD (N), DNSc, J., Matua, G. A., Al-Ghafri, RN, BSN, S. M., Al-Sarakhi, RN, BSN, S. H., Al-Rahbi, RN, BSN, K. K. S., & Jayapal, S. K. (2021). Communicating to Non-Speaking Critically Ill Patients: Augmentative and Alternative Communication Technique as an Essential Strategy. *SAGE Open Nursing*, 7. <https://doi.org/10.1177/23779608211015234>
- ALBAYRAM, T., & YAVA, A. (2020). The Determination of the Efficiency of Visual Communication Cards Developed for the Purpose of Communication with the Intubated Patients in the Intensive Care Unit of Cardiovascular Surgery. *Turkiye Klinikleri Cardiovascular Sciences*, 32(3), 103-115. <https://doi.org/10.5336/cardiosci.2020-77327>
- Ariffin, S. M., Ludin,. S. M. & Arifin,. S. R. M. (2020) Being Voiceless: A Review On Patient Communication In Intensive Care Unit. *Systematic Reviews in Pharmacy*, 11 (12), 1328-1333. doi:10.31838/srp.2020.12.195
- Bayog, K. M. S., Bello, D. M. C., Benabaye, J. M. P., Benegas, T. M. E., Benito, A. L. M., Berioso, M. A., Parial, L. L. B., & Macindo, J. R. B. (2020). A conjoint analysis of the communication preferences of registered nurses towards mechanically ventilated patients. *International Journal of Nursing Practice*, 26(2). <https://doi.org/10.1111/ijn.12809>
- Dithole, K. S., Thupayagale-Tshweneagae, G., Akpor, O. A., & Moleki, M. M. (2017). Communication skills intervention: promoting effective communication between nurses and mechanically ventilated patients. *BMC Nursing*, 16(1). <https://doi.org/10.1186/s12912-017-0268-5>

Filip Loncke. (2022). *Augmentative and Alternative Communication: Models and Applications*, Second Edition. Plural Publishing

Handberg, C., & Voss, A. K. (2018). Implementing augmentative and alternative communication in critical care settings: Perspectives of healthcare professionals. *Journal of Clinical Nursing*, 27(1-2), 102-114. <https://doi.org/10.1111/jocn.13851>

Holm, A., & Dreyer, P. (2018). Nurse-patient communication within the context of non-sedated mechanical ventilation: A hermeneutic-phenomenological study. *Nursing in Critical Care*, 23(2), 88-94. <https://doi.org/10.1111/nicc.12297>

Holm, A., Karlsson, V., & Dreyer, P. (2021). Nurses' experiences of serving as a communication guide and supporting the implementation of a communication intervention in the intensive care unit. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 16(1). <https://doi.org/10.1080/17482631.2021.1971598>

Holm, A., Viftrup, A., Karlsson, V., Nikolajsen, L., & Dreyer, P. (2020). Nurses' communication with mechanically ventilated patients in the intensive care unit: Umbrella review. *Journal of Advanced Nursing*, 76(11), 2909-2920. <https://doi.org/10.1111/jan.14524>

Johnson, E., Heyns, T., & Nilsson, S. (2022). Nurses' perspectives on alternative communication strategies use in critical care units. *Nursing in Critical Care*, 27(1), 120-129. <https://doi.org/10.1111/nicc.12612>

Karlsen, M. -M. W., Ølnes, M. A., & Heyn, L. G. (2019). Communication with patients in intensive care units: a scoping review. *Nursing in Critical Care*, 24(3), 115-131. <https://doi.org/10.1111/nicc.12377>

Kyranou, M., Cheta, C., Pampoulou, E., & do Prado, P. R. (2022). Communicating with mechanically ventilated patients who are awake. A qualitative study on the experience of critical care nurses in Cyprus during the COVID-19 pandemic. *PLOS ONE*, 17(12). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0278195>

Larsen, M. H., Johannessen, G. I., & Heggdal, K. (2022). Nursing interventions to cover patients' basic needs in the intensive care context – A systematic review. *Nursing Open*, 9(1), 122-139. <https://doi.org/10.1002/nop2.1110>

- Perelló-Campaner, C., González-Trujillo, A., Alorda-Terrassa, C., González-Gascúe, M., Pérez-Castelló, J. A., Morales-Asencio, J. M., & Molina-Mula, J. (2023). Determinants of Communication Failure in Intubated Critically Ill Patients: A Qualitative Phenomenological Study from the Perspective of Critical Care Nurses. *Healthcare*, 11(19). <https://doi.org/10.3390/healthcare11192645>
- Ull, C., Hamsen, U., Weckwerth, C., Schildhauer, T. A., Gaschler, R., Waydhas, C., & Jansen, O. (2022). Approach to the basic needs in patients on invasive ventilation using eye-tracking devices for non-verbal communication. *Artificial Organs*, 46(3), 439-450. <https://doi.org/10.1111/aor.14082>
- Wallander Karlsen, M. -M., Heggdal, K., Finset, A., & Heyn, L. G. (2019). Attention-seeking actions by patients on mechanical ventilation in intensive care units: A phenomenological-hermeneutical study. *Journal of Clinical Nursing*, 28(1-2), 66-79. <https://doi.org/10.1111/jocn.14633>
- Wallander Karlsen, M. -M., Finset, A., Heggdal, K., & Günterberg Heyn, L. (2022). Caught between ideals and reality: Phenomenological-hermeneutic study of healthcare providers' experiences while interacting with mechanically ventilated patients. *Journal of Interprofessional Care*, 36(4), 492-499. <https://doi.org/10.1080/13561820.2021.1967303>
- Yoo, H. J., Lim, O. B., Shim, J. L., & Heslop, L. (2020). Critical care nurses' communication experiences with patients and families in an intensive care unit: A qualitative study. *PLOS ONE*, 15(7). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0235694>

## SEZNAM ZKRATEK