

KOMUNIKACIJA Z INTUBIRANIM PACIENTOM NA VENTILATORJU

Katja Vrankar, dipl. m. s.

Bolnišnica Golnik – Klinični oddelek za pljučne bolezni in alergijo
katja.vrankar@klinika-golnik.si

IZVLEČEK

Komunikacija z intubiranim pacientom v intenzivnih enotah je rutinska aktivnost zdravstvenega osebja. Za učinkovito komunikacijo z intubiranim pacientom se lahko uporabljajo različne komunikacijske tehnike, katerih se morajo posluževati tudi svojci in obiskovalci. Učelnje načinov komuniciranja in prilagajanje novim tehnikam je za paciente težko in utrujajoče.

Pri intubiranih pacientih gre za nezmožnost verbalnega komuniciranja. Pacienti kljub vstavljenemu endotrahealnemu tubusu skušajo govoriti in premikati ustnice, da bi jih sogovorniki razumeli, vendar je zaradi vstavljenega endotrahealnega tubusa preko ust otežkočeno premikanje ustnic ali vsaj branje besed z ustnic. Uporaba sedativov zmanjšuje sposobnost komuniciranja. Fizična oslabelelost pacienta pa vpliva na nezmožnost uporabe rok pri komuniciranju.

Fizične ovire omejujejo uporabo alternativnih komunikacijskih tehnik. Komunikacijske ovire so razlog za oddaljevanje zdravstvenega osebja in svojcev od pacienta.

KLJUČNE BESEDE: komunikacija, intubiran pacient, ovire pri komunikaciji, algoritem izbora komunikacijske tehnike.

UVOD

Umetna ventilacija (UV) pomeni dovajanje zraka v pljuča z napravo (ventilatorjem), ki ritmično napolnjuje pljuča s svežim zrakom. UV je namenjena pacientom v hudi akutni respiracijski insuficinci in pacientom v kronični respiracijski insuficienci zaradi kronične alveolarne hipoventilacije.

Največkrat pacient potrebuje pomoč ventilatorja le nekaj dni, da premosti dihalno stisko. Nekateri pacienti pa po premostitvi akutne dihalne stiske še vedno potrebujejo pomoč ventilatorja pri dihanju, kar podaljša čas hospitalizacije v intenzivni terapiji (Trinkaus, Zupan, 1996).

Govor in jezik sta glavni sredstvi komunikacije. S tem mehanizmom ljudje ustno in pisno izražamo drug drugemu svoje osnovne potrebe, želje, misli, občutke. Tako ljudje med seboj vzpostavljamo kontakte. Neverbalni jezik je podpora verbalnemu.

Čeprav sta verbalno in neverbalno komuniciranje tesno povezana, ima neverbalno komuniciranje tudi povsem samostojno vlogo. Pomembno je v številnih vsakdanjih ritualih, kot je na primer pozdravljanje in odzdravljanje, vzpostavljanje stika, izražanje čustev. Nobena od teh vlog ni povsem rezervirana za neverbalno komuniciranje, vendar je neverbalno poročanje tu v prednosti, ker te vloge opravlja mnogo hitreje in bolj neposredno kot govor (Knapp, Hall, 1997 po Ule, 2004).

Zlasti čustva in občutke lažje in bolj neposredno izražamo v neverbalni kot v verbalni obliki (Ule, 2005).

Pacienti, ki ne morejo verbalno komunicirati, težko povedo, kaj si želijo in česa ne, kako se počutijo in kaj mislijo. Komunikacijo doživljajo kot oviro, ki jim otežuje bivanje v bolnišnici in zmanjšuje dobro počutje, pogosto imajo občutek nemoči. Ti pacienti, ki želijo nekaj povedati, pa jih sogovornik ne razume, se odzivajo z neželenimi vedenjskimi vzorci, postanejo slabo razpoloženi in nemirni.

Ashword (1980 po Hafstendottir, 1996), je opredelil štiri glavne cilje komunikacije med pacienti in medicinskimi sestrami:

- zgraditi odnos, v katerem bo pacient zaznal medicinsko sestro kot zaupno osebo, ki mu bo pomagala, bo pristojna in zanesljiva ter znala pacienta ceniti kot edinstveno osebo;
- ugotoviti pacientove potrebe, ki jih izraža, in če je potrebno, ugotoviti tudi pacientove potrebe, ki jih zazna sama medicinska sestra;
- pacientu dati takšne informacije, ki bo na njihovi podlagi zgradil svoja pričakovanja;
- pomagati pacientu, da bo sam ugotovil, kaj potrebuje oziroma, katere so njegove potrebe.

TEORETIČNA IZHODIŠČA

Različne raziskave opisujejo zaznavanje najpogostejših skrbi/težav pacientov, ki so bili na UV.

Ashword (1980 po Connolly, Shekleton 1991) opisuje najpogostejšo prisotnost naslednjih negativnih dejavnikov: razjede zaradi pritiska v ustih in na ustnicah zaradi endotrahealnega tubusa, **težave pri komunikaciji in prepoznavanju njihovih potreb**, nočne more, sanje in skrbi glede okvare ventilatorja.

Gries (1988 po Connolly, Shekleton 1991) in Fernsler (1988 po Connolly, Shekleton 1991) sta opravila študijo z uporabo Neumanovega modela, ki razlaga pacientovo doživljanje UV. Opisala sta enajst negativnih izkušenj povezanih z UV. Kot glavni stresor so bile izpostavljene **težave v komunikaciji**, težave v povezavi z endotrahealnim tubusom in aspiracijo.

Knebel (1988 po Connolly, Shekleton 1991) navaja kategorije vzrokov slabe komunikacije pri intubiranem pacientu:

- nezmožnost komuniciranja,
- neprimerne razlage,
- neustrezno razumevanje,
- strah in nevarnost nezmožnosti govora,
- težave s komunikacijskimi tehnikami.

V raziskavi Hafstendottirjeve (1996), ki je opisovala izkušnje komuniciranja z intubiranim pacientom na UV, so opisane izkušnje komuniciranja v času zdravljenja na UV. Pacienti so poročali, da je bila komunikacija med njimi in zdravstvenimi delavci v začetku komunikacije zelo slaba. Ko so ugotovili, da ne morejo govoriti, so bili šokirani in jih je bilo strah. Opisovali so, koliko truda so porabili, da so se poskušali izraziti. Eden od pacientov je opisal: *»Nič nisem mogel povedati. Močno sem se trudil pokazati z rokami, poskušal sem pisati in držati papir. Že za samo držanje papirja nisem imel moči, potreboval sem pomoč. Nisem imel moči držati svinčnik. Moral bi samo pisati, pa sem bil tako šibak. Zaradi te situacije sem se počutil grozno. Samo pomislite, tudi s pisanjem nisem mogel komunicirati.«*

Študije o izkušnjah s stresnimi situacijami med intubiranimi pacienti na UV so pokazale signifikantno povezavo med nezmožnostjo govo-

ra in občutenjem panike, negotovosti ($P < .001$), motenj spanja ($P < .05$) in stopnjo stresa ($P < .01$). (Happ et al., 2004).

Fowler (1997 po Happ et al., 2004) je v intervjuju z 10-imi pacienti na kirurškem intenzivnem oddelku, ki so bili deležni kratkotrajne intubacije po ekstubaciji, zapisal: »Pacienti opisujejo nezmožnost govora med intubacijo kot »grozljivo, frustrirajoče, strašno«.« Vsi sogovorniki so bili fizično omejevani. Večina jih je prejela sedative in/ali analgetike. Polovica jih je poročala, da ni vzpostavljenega nikakršnega načina komuniciranja za olajšanje komunikacije med intubacijo.

Happ et al. (2004) je v rezultatih raziskave o omejevanju komunikacije med medicinskimi sestrami, ki delajo s kritično bolnimi pacienti, identificiral faktorje omejevanja komunikacije s pacienti, ki ne morejo verbalno komunicirati: veliko dela, hudo bolan pacient, težave pri branju z ustnic, pacientova nesposobnost pisanja, prezaposlenost s fizičnimi in tehničnimi postopki, osebnost pacienta, pomanjkanje komunikacijskih spretnosti in pomanjkanje znanja o alternativnih komunikacijskih tehnikah.

KOMUNICIRANJE Z INTUBIRANIM PACIENTOM

Najpogostejše oblike načinov komuniciranja z intubiranim pacientom so (Wojnicki-Johansson, 2001):

- komuniciranje s telesnimi kretnjami,
- komuniciranje z mimiko obraza,
- branje z ustnic,
- stik z očmi,
- postavljanje kratkih, jasnih vprašanj, na katera pacient odgovarja z DA/NE,
- uporaba svinčnika in papirja,
- uporaba abecedne sestavljanke,
- uporaba slikovne table s simboli.

Dotik, oblika neverbalne komunikacije, zmanjša stopnjo občutljivosti in izboljša razumevanje. Najpogosteje je uporabljen za izboljšanje ali dopolnitev verbalne komunikacije. Pri dotiku gre lahko za napačno razumevanje zaradi različnih kulturoloških oblik (Williams, 1992).

Pacienti, ki so intubirani, ne morejo govoriti, ker imajo vstavljen

endotrahealni tubus. Če niso sedirani, je ohranjena zmožnost, da informacije posredovane s strani sogovornika sprejmejo, ne morejo pa nanje verbalno odgovoriti, odreagirati.

Ko so pacienti neodzivni, kar je lahko tudi posledica sedacije, je komunikacija med pacientom in zdravstvenim delavcem običajno omejena na kratka vprašanja, ki se navezujejo na fizične postopke. V teh primerih gre največkrat za vprašanja v obliki da/ne. Prepoznane ustrezne komunikacijske tehnike za posameznega pacienta je potrebno načrtovati v načrtu zdravstvene nege, da se uspešna komunikacija nadaljuje in se ostalim zdravstvenim delavcem ni potrebno ukvarjati s prepoznavanjem ustrezne tehnike. **Ocenjevanje pacientovih zmožnosti komuniciranja vključuje:**

- stopnjo zavesti,
- vedenjske sposobnosti,
- fizične in mentalne sposobnosti,
- motorične spretnosti,
- kulturni vplivi. (Connolly, Shekleton, 1991)

Dokler se pacientove zmožnosti za razumevanje in dojetanje različnih tehnik komuniciranja spreminjajo, se hkrati uporablja več različnih komunikacijskih tehnik.

Ob prisotnosti ovir v razumevanju jezika so za komunikacijo zelo primerne slikovne tablice s simboli, ki ponazarjajo najpogostejše aktivnosti/občutke/besede. Potrebno je, da pacientu zagotovimo očala ali slušni aparat, če jih potrebuje. Komunikacijske tablice oziroma druge pripomočke pa je potrebno namestiti v vidni položaj.

Pri uporabi svinčnika in papirja je potrebno zagotoviti trdno podlago z zapenjalom papirja in svinčnik, ki omogoča pisanje brez velikega pritiska. Osnovni komunikacijski pripomočki (abecedne kartice, slikovni prikazi, svinčnik in papir) morajo biti dostopni vsem pacientom. Ta tehnika je enostavna, poceni in prihrani čas.

Izziv za medicinske sestre v intenzivnih terapijah je tudi učenje pacientov komunikacijskih spretnosti. Pacienti niso v spodbudnem okolju za učenje, zato je pomembno, da izberemo ustrezen čas, ko pacient ne počiva, ni utrujen ... Če situacija dopušča možnost, je prav, da pacientu pred intubacijo na razumljiv način razložimo ali narišemo, zakaj

mu bo endotrahealni tubus onemogočal govor (Connolly, Shekleton, 1991).

Omejitve pri komunikaciji

Gibi kot primarna tehnika neverbalne komunikacije so pogosto omejeni zaradi fiksacije rok v predelu zapestja. Roke so lahko ovirane zaradi priključitve infuzij ali katetrov, priključenih na merilne naprave. Lahko pa gre za splošno fizično oslabeleost telesa in zmanjšuje fizično moč rok. V naštetih primerih je onemogočena uporaba alternativnih komunikacijskih tehnik, kot so npr. slikovni prikazi ali velike poudarjene črke ter pisanje na list papirja (Happ et al., 2004).

Fizične ovire lahko pri pacientu na UV indirektno povečujejo stres, nervozno ali depresije med komunikacijo (Happ et al., 2004).

Ko izbiramo ustrezno komunikacijsko tehniko z intubiranimi pacienti, lahko nastanejo problemi. Borsig in Steinacker (1982, po Williams, 1992) sta identificirala probleme pri komunikaciji z intubiranim pacientom. Na splošno so problemi pri izbiri tehnike bolj vezani na pacienta kot na samo tehniko komuniciranja.

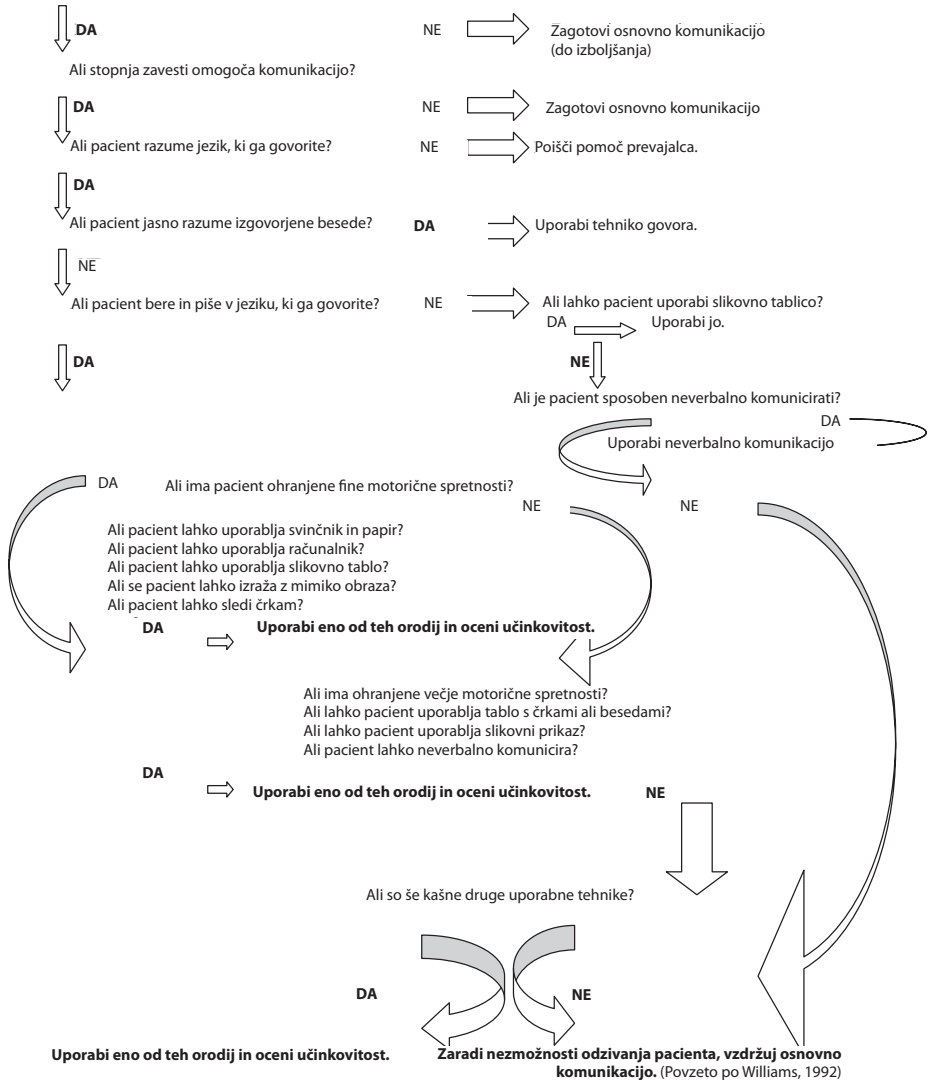
Problemi, usmerjeni na pacienta, so številni zaradi raznolikosti populacij intubiranih pacientov na UV. Ti pacienti imajo lahko splošne težave, ki vključujejo slabost, utrujenost in nepomičnost. Druge fiziološke okvare kot so poškodbe glave in tekočinsko elektrolitsko neravnovesje prav tako lahko ovirajo komunikacijo. Zdravila kot so morfin, diazepam in haloperidol vplivajo na sposobnost komuniciranja in vplivajo na koncentracijo.

Slepota in naglušnost sta prav tako lahko oviri v komunikaciji. Vsak pacient ima določene individualne probleme, ki otežuje komunikacijsko tehniko (Williams, 1992).

Pri izboru ustrezne komunikacijske tehnike z intubiranim pacientom, si medicinske sestre lahko pomagajo z algoritmom, ki jih vodi pri izboru najbolj učinkovite tehnike komunikacije za vsakega pacienta.

Tabela 1: Algoritem za izbor komunikacijske tehnike pri intubiranih pacientih

Ali je pacientova vedenjska stopnja primerna za razumevanje verbalne komunikacije?



ZAKLJUČEK

Obstajajo različne tehnike komuniciranja z intubiranim pacientom. Za uspešno komunikacijo in razumevanje pacienta mora medicinska sestra prepoznati najbolj učinkovito tehniko komunikacije, jo načrtovati v načrtu zdravstvene nege in oceniti izvedeno intervencijo.

Komunikacija s pacientom ni samo informiranje in pridobivanje podatkov pacienta, pač pa mora spodbuditi pacienta k aktivnemu sodelovanju v procesu komunikacije.

Medicinske sestre, ki delajo s pacienti v intenzivnih enotah, imajo na področju komunikacije več izkušenj pri prepoznavanju potreb pri komunikaciji. Vendar pridobivanje izkušenj zahteva čas.

Problem komunikacije z intubiranim pacientom je kompleksen. Algoritem lahko pomaga medicinski sestri pri individualnem izboru najučinkovitejše komunikacijske tehnike za posameznega pacienta.

LITERATURA

- Connolly MA, Shekleton ME. Communicating with Ventilator Dependent Patients. *Dimensions of Critical Care Nursing*. 1991; 10: 115–121.
- Hafsteindottir TB. Patient s experiences of communication during the respirator treatment period. *Intensive and Critical Care Nursing*. 1996; 12: 261–71.
- Hafsteindottir TB. Patient s experiences of communication during the respirator treatment period. *Intensive and critical Care Nursing*. 1996; 11: 111–15.
- Happ MB, Tuite P, Dobbin K, DiVirgilio-Thomas D, Kituti J. Communication ability, method, and content among nonspeaking nonsurviving patients treated with mechanical ventilation in the Intensive care unit. *American Journal of Critical Care*. 2004; 13: 210–218 .
- Trinkaus D, Zupan A. Umetna ventilacija na domu. *Med Razgl*. 1996; 35: 87–95.
- Ule M. Psihologija komuniciranja. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede, Agencija za raziskovalno dejavnost RS; 2005.

- Williams ML. An algorithm for selecting a communication technique with intubated patients. *Critical Care Nursing* 1992; 11: 222–228.
- Wojnicki-Johansson G. Communication between nurse and patient during ventilator treatment: patient reports and RN evaluations. *Intensive and Critical Care Nursing*. 2001; 17: 29–39.