

Pražská vysoká škola psychosociálních studií



Psychosociální péče o pacienty při probouzení z umělého spánku

Bc. Kateřina Ledererová

Vedoucí práce: Doc. PhDr. Jiří Růžička, Ph.D

Praha 2016

Prague College of Psychosocial Studies



Psychosocial care of patients after waking up from induced sleep

Bc. Kateřina Ledererová

The Diploma Thesis Work Supervisor: Doc. PhDr. Jiří Růžička, Ph.D.

Prague 2016

Anotace:

Tato diplomová práce pojednává o možnostech psychosociální péče o pacienty, kteří se probouzejí z umělého spánku. Zabývá se nejprve tím, jak je možno chápat pojem zdraví a nemoc, jakými způsoby člověk prožívá nemoc, nebo jinou obtížnou životní situaci a jaké strategie používá k jejich zvládnutí. Dále se práce zabývá potřebami těchto pacientů, včetně popisu snů, které po probuzení zmiňují. Podrobněji je zde popsáno chování jak pacientů, tak zdravotníků i ostatních členů ošetrovatelského týmu, včetně atribučních chyb v přístupu k této poměrně specifické skupině pacientů.

Klíčová slova:

umělý spánek, sny, potřeby pacientů v umělém spánku, péče o duši, péče o tělo, atribuce, atribuční teorie

Abstract:

This thesis discusses the possibilities of psycho-social care of patients who are now awakening from induced sleep. At first, it is focused on how it is possible to understand the concept of health and illness, and the ways in which a person experiencing illnesses, or other difficult life situations and what strategies are used to their management. Furthermore, the work addresses the needs of these patients, including the description of the dreams mentioned right after waking up. The behavior of both patients and health professionals or other members of the nursing team, including the attribution of mistakes in the approach to this relatively specific group of patients is described in detail.

Key words:

induced sleep, the dreams, the needs of patients in induced sleep, the care of the soul, body care, attribution, attribution theory

Prohlášení

1. Prohlašuji, že jsem předkládanou práci zpracovala samostatně a použila jen uvedené prameny a literaturu.
2. Prohlašuji, že práce nebyla využita k získání jiného titulu.
3. Souhlasím s tím, aby práce byla zpřístupněna pro studijní a výzkumné účely.

.....

Poděkování

Děkuji Doc. PhDr. Jiřímu Růžičkovi, Ph.D. za odborné vedení.

Děkuji MUDr. O. Dostálové za odborné konzultace, připomínky a rady.

OBSAH

Obsah	3
ÚVOD.....	5
1 Spánek	6
1.1 Definice spánku	6
1.2 Přehled vývoje spánku během života.....	6
1.3 Fyziologie spánku u člověka	7
1.4 Různý pohled na význam snů u člověka	7
1.4.1 Pojetí snu dle S. Freuda.....	8
1.4.2 Pojetí snu dle C. G. Junga	9
1.4.3 Pojetí snu dle A. Adlera	10
1.4.4 Pojetí snu dle M. Bosse	11
2 Umělý spánek	12
2.1 Definice umělého spánku	12
2.2 Indikace k umělému spánku	12
2.3 Technika navození a udržení umělého spánku	13
2.4 Výhody umělého spánku	14
2.5 Rizika umělého spánku	14
2.6 Sny v umělém spánku.....	14
2.7 Probouzení z umělého spánku	15
3 PSYCHOSOCIÁLNÍ PÉČE.....	16
3.1 Péče o duši	16
3.1.1 Porozumění sám sobě i druhému	17
3.2 Péče o tělo	17
3.2.1 Tělesné schéma.....	18
3.3 Využití snu v psychosociální péči.....	18
3.4 Psychosociální a spirituální péče v nemocničních zařízeních.....	19
3.4.1 Zvládání bolesti	22

3.4.2 Zvládání pocitu bezmocnosti	22
4 HODNOCENÍ SITUACE.....	26
4.1 Atribuce	26
4.2 Atribuční teorie	27
4.3 Atribuční tendence v přístupu k pacientům při jejich probouzení z umělého spánku .	27
4.3.1 Typické neverbální projevy pacientů při probouzení z umělého spánku	28
4.3.2 Mnohovýznamovost neverbálního signálu	29
5 POTŘEBY PACIENTŮ PŘI PROBOUZENÍ Z UMĚLÉHO SPÁNKU	31
5.1 Potřeba komunikace	32
5.2 Potřeba kontaktu.....	36
5.3 Potřeba důvěry, bezpečí a jistoty	38
5.4 Potřeba hledání smyslu	39
5.5 Potřeba domova.....	41
5.6 Potřeby pacienta při propuštění do domácího ošetřování	41
6 DOPORUČENÍ PRO INTERAKCI S PACIENTY NA UMĚLÉ PLICNÍ VENTILACI A S PACIENTY PROBOUZEJÍCÍMI SE Z UMĚLÉHO SPÁNKU.....	43
7 VZPOMÍNKY PACIENTŮ PO PROBUZENÍ Z UMĚLÉHO SPÁNKU	47
7.1 Potřeba pacientů sdělovat své sny z období umělého spánku	48
7.2 Společné znaky snů pacientů v umělém spánku	49
7.3 Záchytný bod	50
7.4 Pohled rodinných příslušníků na období probouzení z umělého spánku	51
ZÁVĚR.....	53
Seznam použité literatury	54
Přílohy	57

ÚVOD

Tématu psychosociální péče o pacienty při probouzení z umělého spánku jsem se rozhodla věnovat v podstatě již po sepsání mé bakalářské práce, která pojednávala o komunikaci zdravotníků s touto skupinou pacientů. Z mého výzkumného šetření tehdy mimo jiné vyplynulo i to, že pacienti při probouzení z umělého spánku mají zvláštní sny, o kterých více či méně chtějí, či potřebují hovořit. Zvláštností těchto snů je, že mají některé společné rysy a že pacienti ještě dlouho po uzdravení většinou nejsou schopni odlišit tyto sny od reality.

S touto skupinou pacientů pracuji více než 10 let, tudíž bych ráda popsala své poznatky, získané dlouholetým pozorováním jak pacientů, tak veškerého personálu a rodinných příslušníků.

Téma, kterým se tato práce zabývá, mne zaujalo nejen z profesního, ale i z osobního hlediska, protože situaci, kdy je člověk uveden do umělého spánku, jsem prožila nejen jako pečující zdravotník, ale také jako pacient.

Z výše uvedeného vyplývá, že se bude jednat o teoreticko – empirickou práci, ve které se budu snažit zúročit veškeré své poznatky a zkušenosti, které jsem během více jak deseti let práce načerpala a použiji i některé příběhy mých pacientů ve formě kazuistik.

1 SPÁNEK

1.1 Definice spánku

Nevšímalová, Šonka et al. (2007, s. 27) definují spánek jako rytmicky se vyskytující stav organismu, charakterizovaný sníženou reaktivitou na vnější podněty, sníženou pohybovou aktivitou a typickými změnami aktivity mozku, které jsou zjizitelné elektroencefalografií.

Dále se v knize uvádí, že spánek je reverzibilní stav, což jej odlišuje od kómatu, hibernace a estivace a je aktivním dějem, k jehož uskutečnění je nutná spolupráce nejen mnoha mozkových oblastí, ale i vhodné vnější podmínky.

1.2 Přehled vývoje spánku během života

Nevšímalová, Šonka et al. (2007, s. 46 – 49) uvádí, že u donošeného novorozence zaujímá bdění asi 25 % z 24hodinového období, přičemž úseky bdění jsou v prvních týdnech života krátké a trvají několik desítek minut. Zhruba do konce 3. měsíce života je střídání spánku a bdění určováno cyklem příjmu potravy, který trvá 2 – 4 hodiny a periody bdění se postupně prodlužují a soustřeďují se do denní doby a zároveň se prodlužuje i období spánku během noci. Po 6. měsíci věku dítě spí převážně během noci, s krátkým probuzením. Koncem 1. roku věku spí dítě 14 – 15 hodin denně, s převahou v noci a s jedním či dvěma krátkými obdobími spánku během dne. V dětství se trvání spánku postupně zkracuje a většina dětí denní spánek zcela opouští ještě před započatím školní docházky a v adolescenci je tendence k posouvání spánku do pozdních hodin.

V dospělosti a ve stáří schopnost dlouho spát postupně klesá a s přibývajícím věkem se zhoršuje kvalita, efektivita a kontinuita spánku. U seniorů potřeba nočního spánku klesá, zatímco denní spánek bývá pro seniory téměř pravidlem, přičemž celková doba spánku zůstává nezměněna.

Nečas (2005, s. 676) hovoří o polyfázickém rytmu (spánek – bdělý stav) u novorozenců, o bifázickém rytmu (spaní odpoledne a v noci) v dětském věku a o monofázickém cirkadiánním rytmu u dospělých.

Spánek je tedy aktivní a rytmický proces nervového systému, přičemž jeho rytmicitata se během života mění.

1.3 Fyziologie spánku u člověka

Nečas (2005, s. 675 – 678) uvádí, že již v roce 1913 byly definovány základní rysy spánku, které v podstatě platí až do současnosti. Mezi základní rysy spánku se řadí jeho periodicitu (tzn., že je periodicky nezbytný), jeho nezávislost na zevních podmínkách (s výjimkou závislosti na světelném rytmu) a selektivnost při potlačování vnímavosti na vnější podněty. Poslední uvedený rys však úplně neplatí: i v nejhlubších stádiích spánku totiž senzorické impulsy pronikají do mozkové kůry, kde jsou zpracovávány a motorická kůra tedy stále působí na motoneurony v míše, přestože motorická odpověď je v non – REM fázi spánku inhibována.

Významnou úlohu ve spánku zastává hormon melatonin, vylučovaný především epifýzou, ale v malém množství se též tvoří v retině, duhovce a dalších tkáních orbity. Melatonin je z epifýzy uvolňován za tmy a jeho syntéza a uvolňování vykazují typický cirkadiánní rytmus s maximem během noci a s minimem za denního světla, z čehož vyplývá, že střídání světla a tmy reguluje jeho syntézu.

Silbernagl a Despopoulos (2004, s. 334) popisují cirkadiánní rytmicitu tak, že na EEG je možné registrovat rozdílná stadia spánku: nejprve se jedná o uvolněné bdění při zavřených očích, které charakterizují alfa vlny, pak nastává fáze usínání, které charakterizují pouze jednotlivé alfa vlny a teprve potom nastupují stále hlubší stadia spánku s Q vlnami, vřetenovitými vlnami a tzv. K – komplexem (tj. jednotlivé hroty). Nakonec nastává stadium hlubokého spánku, které je na EEG charakterizováno delta vlnami.

Nevšimalová, Šonka et al. (2007, s. 27) uvádějí, že z hlediska stavů bdělosti a spánku je možno popsat 3 funkční stavy: bdělost, synchronní spánek a desynchronní (paradoxní) spánek. Synchronní spánek (non – REM) je charakterizován útlumem činnosti mozkové kůry. Desynchronní, paradoxní spánek (REM) je charakterizován rychlými pohyby očních bulbů, EEG aktivitou, která je podobná aktivitě v bdělosti a bohatou snovou aktivitou.

1.4 Různý pohled na význam snů u člověka

Již po celá staletí jsou vytvářeny různé teorie o tom, jak vznikají sny a co znamenají. Názory na sny se mohou, stejně jako na cokoli jiného, značně lišit. Někteří lidé tvrdí, že sny jsou zcela nesmyslné, nebo jsou pouhým pozůstatkem vzpomínek, myšlenek a představ, které dohromady vytvářejí změť obrazů nedávajících jako celek žádný smysl. Někteří lidé dokonce

tvrdí, že se jim sny vůbec nezdají. Na druhé straně jsou lidé, pro které jsou sny výzvou k zamyšlení. Lze přemýšlet o tom, zda jsou sny odrazem momentálního psychického stavu, zda si svými sny splňujeme to, čeho se nám v běžném životě nedostává, nebo jsou-li sny vyjádřením toho, co cítíme uvnitř sebe sama v době, kdy na nás nepůsobí vnější svět.

Nevšimalová, Šonka et al.(2007, s. 53) uvádějí, že ještě před padesáti lety se předpokládalo, že sny se vyskytují téměř výhradně ve stadiu REM, ale o něco později bylo zjištěno, že se mohou vyskytovat i ve stadiu non – REM. Toto zjištění vedlo k debatám o tom, zda tato stadia spánku mohou vést k různým typům snů, zda se sny opravdu mohou vyskytovat ve všech stádiích spánku a nakolik mohou různé charakteristiky snů souviset s fyziologií a neurochemií mozku, nebo naopak s psychopatologií duševních poruch. Vzniklo mnoho různých teorií o významu snů od hypotéz o jejich úloze při odstraňování přebytečných paměťových stop až po teorie o významu snů za účelem řešení problémů a v současné době se studiem snů zabývají různé vědní, kulturní a filozofické obory.

Dle Adamce (2010) např. sny vyjadřují fakt, že po dobu spánku lidský organismus a zejména mozek, neustále pracuje a sny jsou proto výsledkem neurofysiologických pochodů, tedy ve výsledku jejich psychickou imaginací.

Adamec dále říká, že do snů se dostávají dávné vzpomínky, a to zejména takové, které jsou pro snícího člověka nějakým způsobem a z nějakého důvodu více emotivní.

1.4.1 Pojetí snu dle S. Freuda

Sigmund Freud a jeho kniha Výklad snů se považuje za důležitý mezník ve vývoji názorů na sny a je základem pozdějších hlubinných psychologíí.

Freud (1929, s. 18 – 30) uvádí, že podněty ke snění a zdroje snu se dělí na 4 druhy:

- vnější (objektivní) podráždění smyslů,
- vnitřní (subjektivní) podráždění smyslů,
- vnitřní (organické) tělesné podněty
- ryze psychické zdroje podnětů.

Freud (1929, s. 48 – 55) rozděluje teorie snů do tří kategorií:

- teorie, podle kterých celá psychická činnost pokračuje i během snění,
- teorie, které u snu naopak předpokládají snížení psychické činnosti,
- teorie, které snící duši přičítají schopnost zvláštních psychických výkonů, které během bdění provádět nelze vůbec, nebo pouze nedostatečně.

Čálek (2010, s. 5 - 6) potvrzuje, že skutečně vědecky se snem a sněním začal zabývat právě S. Freud a to koncem 19. století. S. Freud také uvedl výklad snů do psychoterapie a po něm zařadily terapeutickou práci se sny i ostatní psychoterapeutické směry, přestože jejich způsoby práce se snem se značně liší a v podstatě žádný jednotný výklad snů neexistuje.

Černoušek (1988, s. 151 – 156) říká, že Freud chápe sen jako jazyk, kterým k člověku promlouvají jeho zapomenuté vzpomínky, nebo vytěsňené prožitky, které jsou běžnému dennímu bdění skryty a právě během snění mohou k člověku promlouvat. Ve snění tak dochází k objevování skrytých stránek naší osobnosti a v obrazech snů se zrcadlí nevědomé složky našeho života v závislosti na daných životních situacích.

Černoušek (1988, s. 151) uvádí, že S. Freud během své lékařské praxe nabyt zkušenost, že i zdánlivě nesrozumitelné obtíže lze pochopit tehdy, necháme-li pacienta volně hovořit o všem, co jej napadne. Tuto metodu nazval „metodou volných asociací“ a začal ji uplatňovat i při chápání snů. Dle S. Freuda je nejdůležitější naučit se snu naslouchat a nenechat se odradit jeho zdánlivou nesrozumitelností. Dále zdůrazňuje, že při výkladu snu je třeba, aby člověk hovořil o všem, co jej napadne, třeba zpřeházeně a nesouvisle, aby uváděl své nápady k celému snu, nebo i k jeho částem. Síla volné asociace totiž rozvádí jednotlivé obrazy snu a včleňuje je tam, kam patří, či odkud pocházejí – někdy to může být jakási odnož vzpomínky na událost z předešlého dne, jindy je to čistá fantazie, kterou sen předvádí jako splněné přání, nebo se tak dostanou na povrch naše obavy, strachy a úzkosti. Všechny snové asociace nás při výkladu snu mají dovést k tomu, abychom správně pochopili snovou symboliku a tak pochopili celý obraz snu. Podle Freuda platí, že sen je neopakovatelná, individuální a subjektivní zkušenost.

1.4.2 Pojetí snu dle C. G. Junga

C. G. Jung byl lékař - psychiatr, který založil analytickou psychologii.

Jung (1995, s. 53 – 56) popisuje, že ve snu je možné najít vše, co mělo v životě lidstva nějaký význam. Podle Junga se sen zabývá zdánlivě nepatrným detailem, který však ve skutečnosti představuje důležitou a vážnou věc. Sny chápe jako nestranné, libovůli vědomí vzdálené, spontánní produkty nevědomí. Snění je tedy podle Junga specifickým vědomým vyjádřením našeho nevědomí a představuje vnitřní pravdu a skutečnost takovou, jaká je – nikoliv proto, že by ji snící takovou chtěl mít, nebo se domnívá, že taková je, ale proto, že taková prostě je. Nevědomí Jung popisuje jako to, co v daném okamžiku nevíme, a sen je pak nevědomý psychický proces, který má kompenzační funkci.

Jung (1995, s. 56) uvádí, že oproti freudovskému názoru, kdy podstata snu je ve splnění přání, zaujímá Jung stanovisko, že „*Sen je spontánní sebezpozornění aktuálního stavu nevědomí v symbolické formě.*“

Černoušek (1988, s. 156 – 157) říká, že C. G. Jung chápe sen jako kompenzační, seberegulační systém, který neustále vyrovnává vzniklé stavy nerovnováhy a je způsobem, jakým se vyjadřuje naše nevědomí. Snová činnost dle Junga je proces mezi dvěma protiklady lidské psychiky – mezi vědomým já a nevědomím. Sen představuje způsob, jakým se nevědomí vyjadřuje a to v symbolické a obrazné formě a má snahu vyrovnávat vychýlenou rovnováhu, způsobenou jednostranným důrazem na vědomou psychickou činnost během bdění. Sen je podle něj výrazem nevědomých psychických aktivit, kterými se projevuje každá lidská individualita. Z toho vyplývá, že jakýkoliv univerzální snový děj může mít velký počet významů, podle toho, v jakých souvislostech se objevuje. Dle C. G. Junga sen symbolicky vyjadřuje problém, který aktuálně člověk řeší, nebo by chtěl řešit, přičemž tento sen není jen pouhým odrazem vědomé aktivity, ale je tvořivým, doplňujícím aktem nevědomí.

Dle C. G. Junga je při výkladu a pochopení snu důležité neteoretizovat, ale ptát se, co člověk ve snu cítil a jak to cítil, protože sen se zpravidla točí okolo určitého problému člověka. C. G. Jung posuzuje sny nejen z hlediska výrazu nevědomých vrstev naší osobnosti, ale zároveň je konfrontuje s vědomým postojem daného člověka.

1.4.3 Pojetí snu dle A. Adlera

Černoušek (1988, str. 164 – 165) říká, že sny chápe Adler jako účelové a cílesměrné psychické procesy, které jsou součástí celkového myšlení člověka a v podstatě zobrazují jeho životní styl a jeho pojetí života. Na rozdíl od Freuda, který si vysvětloval determinaci našich činů zážitky z minulosti, Adler člověka chápal jako někoho, kdo se neustále připravuje na své nadcházející činy a mobilizuje své já k nadcházející budoucnosti. Stejně tak chápe sny, které podle něj rovněž odrážejí životní styl a pojetí života snícího a ve kterých se vzpomínky kombinují s činností, která je zaměřena na budoucnost.

Podle Adlera představuje sen nedokončenou záležitost, kdy se do snových obrazů přesouvají myšlenky a události, kterými se člověk během dne zaobírá. Základní otázka při výkladu a interpretaci snu se pak týká toho, co se odehrálo v bdělém životě předcházející den, a vyhledávají se takové prvky, které se nijak zvlášť neliší od myšlenek, kterými se zaobíráme během bdění. Adler tvrdí, že pokud budeme zkoumat proces snové obrazotvornosti v podmínkách bdělé myšlenkové činnosti, jistě rozpoznáme myšlenkové struktury, které jsou s průběhem snové činnosti identické – znamená to, že v bdění můžeme najít podobné

myšlenkové náznaky a symboly, které se během snění vyjadřují celkem příznačně, tzv. bez obalu. V bdění se jim však snažíme vyhnout, protože morální pravidla nám to nedovolují.

1.4.4 Pojetí snu dle M. Bosse

Boss (2002) ve své knize popisuje daseinsanalytický přístup v práci se sny, což je naprosto odlišná koncepce výkladu snu, než jak ji popisuje Freud, nebo Jung. Právě na způsobu, jakým daseinsanalýza vykládá snění a sen, se ukazuje její odlišnost od ostatních koncepcí výkladu snů. Daseinsanalytický výklad snů se též označuje jako fenomenologický, přičemž fenomén je zde chápán jako pravá a jediná skutečnost (Čálek, 2010) a u toho, co se jeví, se nejen začíná, ale i zůstává. Na rozdíl od jiných psychoterapeutických směrů daseinsanalýza to, co se zjevuje ve snu, nepokládá za symboly, ale pracuje s významy a souvislostmi věcí samých. Při daseinsanalytickém výkladu tedy zůstává ve snu všechno tím, čím se to jeví být. Nic se nechápe jako symbol, který zastupuje realitu, všechno mluví za sebe a ze sebe a v neposlední řadě se zde respektuje jedinečnost a neopakovatelnost každého z nás.

Čálek (2010) říká, že daseinsanalýza považuje sny a snění za důležitou součást lidského existování a dokonce jde tak daleko, že snění podle ní znamená určitý způsob lidské existence. Snění a bdění považuje za způsoby existence, které se od sebe liší, ale oba tyto způsoby patří do našeho bytí ve světě a v obou z nich člověk určitým způsobem odpovídá na dění ve světě, se kterým se setkává.

Snění je zde chápáno jako určitý druh řeči, kde k člověku promlouvá to, jakým způsobem existuje ve světě. Řeč ve snění však není řečí slov, která může za určitých podmínek dosáhnout dostatečné jasnosti. Proto snící osoba většinou není expertem na své vlastní sny, protože jim bezprostředně nerozumí a je tedy vhodný výklad druhého člověka, který má určitý odstup, který umí klást správně a efektivně otázky a přispět tak k transparentci snu.

Dle Čálka (2010) vznikají sny samovolně a jsou výplodem přediva významů a souvislostí, ve kterých daný snící člověk právě žije. Sen dává vyvstat událostem, které člověka potkaly, a podepisuje se na nich to, jakým způsobem dotyčný člověk žije ve světě. Během snění tedy člověk mluví sám se sebou, což mu dává příležitost, aby u něj vzbudily pozornost některé záležitosti, které si během bdění neuvědomuje.

2 UMĚLÝ SPÁNEK

2.1 Definice umělého spánku

Umělý spánek je v podstatě léky navozený útlum centrálního nervového systému, jehož účelem je snášenlivost léčebného postupu u nemocných se selháním základních životních funkcí. Jelikož při hluboké analgosedaci (útlumu vědomí) dochází rovněž k útlumu dechového centra v prodloužené míše, dýchá za pacienty přístroj, tzv. umělá plicní ventilace (*Nasagel.cz*, 2015).

Cílem farmakologicky navozeného útlumu pacienta během umělého spánku je lepší snášenlivost léčebného postupu, tudíž se jedná o hluboký útlum související se snížením stresových podnětů z okolí (*Nasagel.cz*, 2015).

Správně prováděnou analgezií a sedací je možné definovat jako takové farmakologické i nefarmakologické ovlivnění pacienta, který je zbaven bolesti, pocitů strachu a úzkosti a zároveň může být při vědomí, či lehce probuditelný a tudíž dobře spolupracující (*Intenzivní medicína*, 2014).

Kriticky nemocný pacient je zpravidla vystaven psychickému i fyzickému stresu a to nejen v důsledku základního onemocnění, ale i v důsledku diagnostických, terapeutických a ošetrovatelských postupů. Všechny tyto postupy mohou být spojeny s diskomfortem a s bolestí různé intenzity, se ztrátou soukromí a nemožností dostatečné komunikace s okolím, nebo s rodinnými příslušníky (*Intenzivní medicína*, 2014).

Jednou z priorit v péči o kriticky nemocné je účinné odstranění bolesti a psychického diskomfortu pacienta za současné monitorace míry bolesti, agitace a deliria, jejich adekvátní prevence a léčba. V roce 2013 byla publikována nová doporučení v péči o kriticky nemocné a to společností American College of Critical Care Medicine a Society of Critical Care Medicine (*Intenzivní medicína*, 2014).

2.2 Indikace k umělému spánku

Diagnóz, při kterých je umělý spánek používán jako léčebný postup, je mnoho. Mezi nejběžnější patří kardiopulmonální selhání při infekčních onemocněních plic, opakované epileptické záchvaty, těžké popáleniny, těžké pooperační stavy, polytraumata a různá poranění mozku (*Nasagel.cz*, 2015).

Pacienti, u nichž je indikace k navození umělého spánku, jsou hospitalizováni na JIP (jednotkách intenzivní péče) různého zaměření, nebo na ARO (anesteziologicko – resuscitačních odděleních).

Péče o tyto pacienty je vysoce specializovaná a vykonávají ji sestry, které mají specializaci ARIP, nebo i ostatní sestry pod vedením sester se specializací ARIP (tj. specializační vzdělávací program v oboru Ošetrovatelská péče v anesteziologii, resuscitaci a intenzivní péči).

2.3 Technika navození a udržení umělého spánku

Do umělého spánku je pacient uveden farmakologicky, většinou nitrožilním anestetikem. Hluboká analgosedace je udržována kontinuálním nitrožilním podáváním kombinace analgetik a hypnotik (*Nasagel.cz*, 2015).

V praxi to znamená, že pacient má zavedenou buď periferní, nebo centrální žilní kanylu, do které mu je za pomoci medicínského přístroje (injektomatu) kontinuálně aplikována látka s analgetickým a hypnotickým účinkem. Úkolem zdravotnického týmu je udržovat hladinu léků tak, aby u pacienta nedocházelo k traumatizaci kvůli eventuálnímu psychomotorickému neklidu, ale zároveň také dbát na to, aby protrahovaným udržováním umělého spánku nedocházelo ke komplikacím (popsaným níže).

Po celou dobu umělého spánku jsou ošetřujícím personálem neustále monitorovány vitální funkce pacienta a to podle konkrétních požadavků ošetřujícího lékaře a dané diagnózy pacienta.

Dosažení vhodné sedace a analgezie není možné bez jejího monitorování. Důraz se klade na sledování klinického stavu pacienta a pro potřebu kvantifikace se používají různé skórovací systémy (např. tzv. RASS – Richmond Agitation and Sedation Scale), které odrážejí změny hloubky analgosedace (*Intenzivní medicína*, 2014).

Významnou součástí péče o kriticky nemocné se ukazují různé nefarmakologické postupy. Zahrnují časnou a efektivní komunikaci s pacientem, opakované vysvětlování důvodů pacientova pobytu v nemocnici a důvodů k provádění diagnostických, ošetrovatelských a léčebných výkonů. Jako důležité se ukazuje dodržování pravidelného rytmu spánku a bdění, čemuž napomáhá eliminace hluku a osvětlení v nočních hodinách. Pozitivní vliv má i časná mobilizace pacienta, nefarmakologické ovlivnění bolesti pomocí relaxačních technik (*Intenzivní medicína*, 2014).

2.4 Výhody umělého spánku

Analgetika a hypnotika jednak tlumí bolest, jednak vyvolávají amnézii, takže pacient by si tyto chvíle, které by ho mohly do budoucna traumatizovat, neměl pamatovat. V praxi se však ukazuje, že existují pacienti, kteří si období, kdy byli v umělém spánku a byli napojeni na umělou plicní ventilaci, určitým způsobem pamatují.

Mezi další výhody umělého spánku patří minimalizace psychomotorického neklidu pacienta, tudíž menší možnost jeho traumatizace, účinné odstranění bolesti a psychického diskomfortu pacienta za současné monitorace míry bolesti, agitace a deliria, jejich adekvátní prevence a léčba (*Intenzivní medicína*, 2014).

2.5 Rizika umělého spánku

Délka umělého spánku není časově limitovaná, ovšem s rostoucí délkou narůstá i riziko možných komplikací.

Nesprávně prováděná, nebo příliš hluboká analgosedace u kriticky nemocných může způsobit prodloužení doby umělé plicní ventilace, prodloužení délky pobytu v nemocničním zařízení, delirium, zvýšené riziko paralytického ileu, polyneuromyopatie, poruchy spánku, svalovou atrofii, tromboembolickou nemoc atd. (*Intenzivní medicína*, 2014).

Častým následkem u pacientů po dimisi z intenzivní péče bývají poruchy kognitivních funkcí. V pozadí mozkové dysfunkce stojí především mechanismy spojené se základní diagnózou pacienta, ale v posledních letech se dostává do popředí i problematika poruchy mozkových funkcí, která souvisí s léčebnými postupy v intenzivní péči, zejména s analgosedací (*Intenzivní medicína*, 2014).

2.6 Sny v umělém spánku

Při rozhovorech s pacienty, které jsem použila pro zpracovávání své bakalářské práce na téma „Komunikace sester s nemocnými při odvykání od umělé plicní ventilace“ jsem mimo jiné zjistila, že kromě toho, že pacienti potřebují a chtějí komunikovat, tak také potřebují a chtějí hovořit o svých snech, které měli během umělého spánku.

Černoušek (1988, s. 51) říká, že při prožívání snu máme dojem reálnosti, který po probuzení vymizí. Dále říká, že pokud člověk hovoří o svých snech, udržuje si od vyprávěného děje určitý odstup, daný psychickou distancí mezi sněním a bděním, která však může chybět v případech psychického onemocnění.

V praxi se ukazuje, že tato distance může chybět i jindy, tedy nejen v případě psychického onemocnění, ale i v případě, kdy je člověk uveden do umělého spánku, což dokládám a podrobněji popisuji v kapitole 9.

Černoušek (1988, s. 142 - 143) dále popisuje, že při psychických onemocněních, zejména schizofrenii, zcela chybí měřítko času, vzpomínky se různě prolínají se současností a mísí se s fantaziemi, zaměřenými do budoucna. Popisuje také, že pacienti, kteří se uzdravili, většinou mluvili o tom, že období nemoci vnímali jako sen, během kterého někdy tušili, že jsou zabráni do snu.

Podobnost s tímto výrokem se nabízí i v případě pacientů v umělém spánku, kteří většinou nejsou schopni oddělit sen od reality a tato nemožnost rozlišení může trvat i poměrně dlouhou dobu po probuzení.

2.7 Probouzení z umělého spánku

Během fáze „odtlumování“ a probouzení začíná pacient reagovat na podněty z okolí. Délka umělého spánku se odvíjí od klinického stavu pacienta. „Odtlumování“ a probouzení pacienta se provádí až po stabilizaci jeho vitálních funkcí, doba je tedy zcela individuální, ale není vhodné ji nijak prodlužovat, neboť s narůstající délkou umělého spánku narůstá i riziko případných komplikací. Umělý spánek by neměl ovlivnit dlouhodobou paměť pacienta, pouze by měl navodit amnézii (ztrátu paměti) na dobu během umělého spánku (Nasagel.cz, 2015).

3 PSYCHOSOCIÁLNÍ PÉČE

V dnešní době se stále více hovoří o biopsychosociálně - spirituálním vnímání člověka a jeho potřeb. Důležité je však vědět, co si pod tímto pojmem představit. Ve většině nemocnic se pacienta při přijímacím pohovoru dotazují mimo jiné i na to, zda žádá, či nežádá návštěvu duchovního - spirituální péči. V současné době tedy v mnoha nemocnicích poskytují podporu v nemoci a uzdravení nemocniční kaplani.

Šamánková (2011) ve své knize uvádí, že pro všechny, kteří pracují v profesích, kde se setkávají s člověkem jako s příjemcem své práce, je velmi důležitá oblast sociálních dovedností. Sociální práce, stejně tak jako ošetrovatelská péče, klade schopnost komunikace na významné místo.

V poslední době se věnuje stále větší pozornost výuce komunikačních dovedností v pomáhajících profesích, což považuji za velmi důležité, nicméně si myslím, že ani to není dostačující. Dle mého názoru je vhodné doplňovat a obohacovat své znalosti a dovednosti po celý život a hlavně je třeba naučit se rozumět sám sobě.

3.1 Péče o duši

Heidegger (2008) chápe život jako pohyb po cestě, na které máme vždy nějaký cíl, kam směřujeme (telos - cíl, účel, konec). Někteří lidé mají cíl ve věcech, které jsou na jejich cestě životem, a smyslem života těchto lidí je mít, vlastnit věci: takový člověk se nazývá homo consumens. Na druhé straně jsou lidé, kteří mají svůj cíl cesty až za horizontem své cesty životem - tento člověk je člověkem, který není homo consumens, nežije pro vlastnictví věcí, ale ví o bytí, které není vidět, protože je za horizontem, není jasné a ohraničené, nemá tvar a jedná se o tzv. nic. Člověk, který ví, že bytí je důležitější než jsoucno, je autentický člověk, který ví o bytí jako o pozadí, ze kterého se ukazují všechny věci na světě.

Patočka (1999) říká, že prodloužením těla je domov, prodloužením domova je krajina, prodloužením krajiny je svět, prodloužením světa je bytí samo. A úkolem člověka je žít z toho, co ho zakládá, z jeho vlastního pramene (aby nežil z toho, co je mu podsouváno). Péče o duši tedy znamená odvahu pustit si k sobě i otázky, které jsou nám nepříjemné, znamená to žít z vlastního pramene, znamená to počátkovat (počátek se vždy rodí poprvé a naposled). Abychom žili dobře, je vhodné naučit se pečovat o svou duši, naučit se v životě počátkovat a v neposlední řadě je vhodné pomáhat druhým dostávat se do této čisté radosti, údivu, počátkování.

3.1.1 Porozumění sám sobě i druhému

Hogenová (2002, s. 7) píše, že rozumět znamená najít odpovědi na skryté otázky. Znamená to uvědomit si, že odpověď je problém, na který je třeba najít skryté otázky, které k odpovědím zapadají jako klíč do zámku. Nejde však o pouhé hromadění informací, ale o porozumění situaci, přičemž rozumět znamená nalézt otázky na předem známé odpovědi. Porozumět člověku je tedy možné z jeho skutků.

Pokud člověk nerozumí sám sobě, nemůže správně rozumět ani druhému. Musíme se tedy naučit žít se sebou samým a vystačit si, vzít sebe sama jako někoho, koho jsme přijali, a to je právě to nejtěžší: přijmout sebe samé, hovořit se sebou samým. Člověk se celý život učí mít se rád, snášet se, rozumět si.

V tomto kontextu bych sociálního pracovníka, ale i kohokoliv jiného, pracujícího v pomáhající profesi viděla jako někoho, kdo učí klienty, aby se měli rádi, snášeli se, naučili se žít se sebou samým. Dnešní člověk to nemá jednoduché, když se chce setkat se sebou samým – potřebuje k tomu nejen silnou vůli vzepřít se vlivu ostatních, ale v dnešní době hlavně vlivu médií a sociálních sítí. Je třeba umět tomuto tlaku okolí odolat, naučit se hovořit s přírodou a sami se sebou, tedy být s přírodou a se sebou samým.

3.2 Péče o tělo

V medicínských oborech se stále ještě na mnoha místech setkáváme s péčí zaměřenou na výkon, manuální zručnost a rychlost, která je upřednostňována před péčí o psychosociální potřeby nemocných. Rozhodně nemíním nijak zlehčovat péči o tělesnou schránku člověka, protože jsem si vědoma toho, že rychlá a efektivní pomoc člověku, který je na rozhraní života a smrti, je přednostně zaměřená na životní funkce člověka, které jsou k jeho přežití nutné. Na druhé straně si myslím, že po zajištění všech životních funkcí člověka je třeba začít se kromě těla věnovat i duši.

Výše uvedeným bych ráda vyjádřila myšlenku, že tělo a duše je jeden celek, o který je třeba pečovat současně.

Starořecký filosof Poseidónios vytvořil představu o trojím pojetí těla a popisuje Soma, Sarx a Péxis, přičemž Soma je tělo, které dává vnější podobu člověka (vzhled i vystupování), Sarx je hmatatelné tělo, které lze uchopit, a Péxis jako tělo, které je subjektivní, nepředemětné. Znamená to, že, pokud chceme tělu jako celku rozumět, musíme se zabývat i tímto Péxis. To je tělo, které má výraz, je to tělo oduševnělé, což znamená, že duše vstupuje do těla jakožto Soma, vytváří v něm nějaký výraz a stává se tak hybnou silou našeho života. Prostřednictvím těla, které jsme nazvali Péxis, „tělesníme“ - žijeme náš život. Péxis je tělo časové, ne

prostorové, takže pokud chceme pochopit tělo jakožto Péxis, musíme se nejprve věnovat fenomenologickému pojetí času (cit. dle Hogenové, 2012).

Teorii vnitřního vnímání času popisuje Husserl (1993), který byl přesvědčen, že na čas se musíme dívat po provedené transcendentální epoché, tzn. po zřeknutí se úsudku. Základem tohoto pojetí času je tok cogitationes, tedy proud obsahu myšlení v nás, v našem těle. Právě Péxis, subjektivní, nepředmětné, časové tělo, je založeno na toku cogitationes. Tok cogitationes obsahuje urimpresie jakožto čirou přítomnost, retence jakožto předchozí vnímání, které bylo pozdrženo a nahrazeno jiným vjemem a protence jakožto předvzpomínky. Základem pro tělo a tělesnění je provázání retencí, o kterých my sami ani nevíme. V těchto retencích je založena paměť našeho těla, a proto tělo reaguje rychleji než mysl. Tělo si pamatuje např. vůně z dětství, které v něm vyvolávají klid a pohodu, ale i prožitou bolest, nebo strach. Důležité je, že právě díky protencím rozvrhujeme, jak se budeme chovat, jednat, co budeme dělat - protence jsou základem rozvrhu našeho života.

3.2.1 Tělesné schéma

Merleau-Ponty ve své knize *Phänomenologie der Wahrnehmung* (1966) popisuje tělesné schéma jako pozadí, ze kterého vyvstává pohybová figura v současném prolnutí myšlenky a motoriky a popisuje, že naše tělesné schéma je základem našeho vnímání, tělesnění a celkově našeho života.

Rozbité tělesné schéma tedy pak představuje rozbitou schopnost vyvstávání pohybových figur z pozadí, nebo rozložení pohybu na jednotlivosti. Pro člověka, který je zdravý, který nemá rozbité tělesné schéma, je vykonávání pohybů něčím naprosto přirozeným, ale to, že máme nějaké tělesné schéma, si uvědomíme teprve tehdy, když si je z nějakého důvodu rozbijeme – třeba nějakou nemocí a nemoc je potom chápána jako to, co nám znemožňuje jít dál po své cestě.

3.3 Využití snu v psychosociální péči

Klinická psychologie poměrně úspěšně využívá interpretace snů k podpoře poznání klientových obtíží, jelikož sny, stejně jako nevědomí, obsahují neřešené konflikty z osobního života klienta.

Čálek (2010) uvádí, že do psychoterapie uvedl výklad snů již Sigmund Freud a po něm zařadily práci se sny další hlubinné směry a jejich modifikace. Jejich způsoby práce se snem jsou však různé a žádná jednotná metoda pro výklad snu v podstatě neexistuje. Lze říci, že výklad snu je podřízen doktríně, kterou daný směr zastává.

Čálek (2010) dále uvádí, že daseinsanalytický výklad snů se zásadně liší od ostatních druhů psychoterapie. Jelikož se důsledně zdržuje v přirozeném světě našeho života, může se její výklad snů zdát poněkud málo pronikavý, může působit dojmem prostoty a střízlivosti, která snícím nesděljuje nic převratného a překvapujícího a naopak absurdní či znepokojivé prvky snění se stávají srozumitelné v mezích každodenního, snícím známého života. Pro snícího však sen může přinést objevy, které mohou přispět k autentičnosti jeho existence, tudíž i k podpoře v léčbě a uzdravování.

Výklad snů, i když se může v dané chvíli jevit jako naprosto jasný, představuje ve výsledku pouze pravděpodobný popis subjektivních pohnutek snícího.

Interpretace snů proto tvoří jednu z mnoha podpůrných technik, jimiž např. v průběhu psychoanalytické terapie pomáháme klientům k tomu, aby snadněji pochopili činnost vlastního nevědomí, a to většinou cestou tzv. volných asociací.

Při výkladu, interpretaci a využití snu jako podpůrné nebo léčebné metody, je třeba dbát na to, že poměrně snadno může dojít k traumatizaci klienta, pokud nejsou respektována základní pravidla.

Čálek (2010) uvádí, že daseinsanalytický výklad snů není invazivní, tudíž snící osoba se nedozvídá víc, než sama chce. Přesto však hrozí nebezpečí, že bude snící osoba traumatizována a to zejména tehdy, vážne-li proces výkladu a odborník nabízí svou verzi rozumnění snu. Důležitou pojistkou proti traumatizaci snící osoby tedy zůstává dodržování pravidla, které říká, že klient se ze snu nedozví více, než sám chce, nesděljuje více, než sám chce a má právo kdykoliv říci stop, tzn., že eventuální výklad snu nesmí zajít dále, než kam snící osoba chce zajít. Vykládající odborník tato pravidla musí respektovat i tehdy, pokud si je vědom toho, že snící osoba tímto oddaluje, či úplně znemožňuje sebepoznání.

3.4 Psychosociální a spirituální péče v nemocničních zařízeních

Jak jsem již zmínila výše, v nemocničních zařízeních působí nemocniční kaplani, kteří poskytují pacientům spirituální péči a psychickou podporu v době zvládání nemoci. Dle mého názoru je to jistý krok vpřed, ovšem neměl by zůstat krokem jediným.

Během svého studia jsem vykonávala praxi pod vedením nemocničního kaplana a uvědomila jsem si mnoho věcí.

Člověk při přijetí do nemocničního zařízení zažívá určitý druh stresu, většinou není schopen pojmout množství informací, které se mu předkládají, mnohdy neví, co je možné představit si pod pojmem: „přejete si návštěvu duchovního - spirituální péči?“ a také nemusí vědět, zda péči duchovního nebude potřebovat později. To je důvodem k zamyšlení, zda je

přijetí pacienta k hospitalizaci vhodnou dobou ke zjišťování, či nabízení duchovních služeb. Předpokládá se, že zdravotnický personál bude tyto služby pacientům nabízet během hospitalizace, ale není to vždy pravdou.

Během své praxe pod vedením nemocničního kaplana jsem zjistila, že možnou překážkou v poskytování duchovní péče je to, že si pacienti pod tímto pojmem představují péči spojenou pouze s vírou, modlitbami, či dokonce s posledním pomazáním. Poslední pomazání tito pacienti považují za projev negativního rázu, který představuje přípravu na odchod z tohoto světa, na umírání a smrt. Jsou lidé, kteří by chtěli a potřebovali psychosociální podporu, ale vzhledem k tomu, že je nabízena touto formou, raději o ni nepožádají, jelikož sami nejsou věřící.

Na druhé straně jsou i lidé, kteří mají tak velkou potřebu podpory formou rozhovoru, že o ni požádají a jsou schopni se společně s kaplanem modlit, přestože sami věřící nejsou. Tento způsob podpory většinou má krátkodobý či nevýrazný efekt, protože tato skupina pacientů k podpoře nepřistupuje s důvěrou a vírou ve zlepšení svého zdravotního i psychického stavu, ale jako k určité možnosti, kterou je možno v obtížné situaci využít, ale ve které nevidí dlouhodobější řešení.

V neposlední řadě jsou lidé, kteří jsou věřící, způsob duchovní péče v podání nemocničního kaplana jim bez výhrad vyhovuje, a tudíž je pro ně tento způsob péče velkým přínosem.

Vzhledem k rozdílům ve vnímání psychické podpory se v praxi ukazuje jako vhodné a potřebné, aby v nemocničních a jiných léčebných zařízeních měli možnost působit sociální pracovníci, nejlépe s psychoterapeutickým výcvikem, kteří by byli schopni poskytnout pacientům adekvátní podporu a péči. Náplň práce těchto pracovníků je možné vnímat jako efektivní a účinný doplněk k procesu uzdravování, protože zdravotníci se většinou soustředí spíše na nemoc, a to z důvodů zcela zřejmých – je třeba zajistit základní životní funkce, hygienu, výživu, vyprazdňování a další fyzické potřeby člověka a na zajišťování psychických potřeb nejen že zbývá velmi malý časový prostor, ale je otázkou, zda všichni zdravotníci jsou schopni adekvátní psychickou podporu poskytovat.

V praxi se ukazuje, že zdravotníci, kteří jsou si vědomi toho, že poskytování psychické podpory není jejich silnou stránkou, pracují většinou na pracovištích, kde není nutná dlouhodobá komunikace s pacientem. Typickým příkladem jsou instrumentárky na operačních sálech, které v podstatě do styku s pacientem nepřicházejí, a využívají svých jiných silných stránek, jako manuální zručnosti, přesnosti a rychlého rozhodování, tolik potřebného pro záchranu života člověka v akutní fázi nemoci.

Typicky opačným příkladem jsou zdravotníci pracující v domácí péči, nebo jako edukační sestry. Silnou stránkou těchto pracovníků je, nebo by měla být, efektivní komunikace, správné vedení rozhovoru, schopnost empatie a zároveň schopnost umět zachovat důstojnost pacienta v každé situaci. Jedná se např. o situace, kdy se pacient nachází v ohrožení života, kdy není schopen péče o sebe, nebo při procesu umírání.

Ve zdravotnické praxi se často hovoří o tom, že zdravotník, v mnoha případech právě zdravotní sestra, má být odborníkem nejen na ošetrovatelskou péči, ale měla by si umět poradit i se zdravotnickou technikou, s odbornými výkony, donedávna spadající do kompetence lékařů, ale i s poskytováním psychické a sociální podpory. Zdravotní sestra, zdravotní technik, psycholog, sociální pracovník atd. jsou však samostatné profese, které člověk studuje mnoho let, nebo celý život a nelze je zaměňovat, nebo se snažit zasahovat do kompetencí druhé profese. Kromě toho by to bylo i nadměrné kladení požadavků na jednotlivé pracovníky.

Realita je taková, že s novou koncepcí vzdělávání sester na vysokých školách se sestřám přidělují nové kompetence, které má laická veřejnost spojena spíše s kompetencemi lékařů, a zároveň pečovatelské úkony, které by teoreticky byli schopni vykonávat zdravotničtí asistenti, stále zůstávají v kompetencích sester. Tímto způsobem vzniká velký tlak na práci sestry, který může vyústit v až v syndrom vyhoření.

Další otázkou k zamyšlení je, jaká je nabídka výuky psychologie, filozofie a sociální péče na vysokých školách pro všeobecné sestry. Základ výše jmenovaných předmětů poskytovaný na těchto školách nestačí na to, aby byla sestra schopna efektivně poskytovat psychosociální pomoc, jelikož naprostá většina přednášek se věnuje zdravotvědě, ošetrovatelství a odborným předmětům. V ideálním případě by sestra měla vykonávat úkony spadající do její kompetence a neměla by zasahovat do kompetencí sociálního pracovníka nebo psychologa. V našem zdravotnictví chybí sociální pracovníci ve zdravotnictví, kteří by tuto činnost vykonávali a velmi efektivně by tak doplňovali práci zdravotníků, i když tato specializace se alespoň na jedné vysoké škole vyučovala. Na PVŠPS tato specializace v bakalářském studiu existovala asi 2 - 3 roky, ale později byla pro nezájem studentů zrušena.

Moje osobní i profesní zkušenost ukazuje, že duše a tělo je propojený celek, o který je (obzvláště v našem zdravotnictví) třeba pečovat současně. Zároveň moje osobní a profesní zkušenost ukazuje, že v tomto směru má naše zdravotnictví stále velké rezervy, přestože osvěta v této oblasti je jistě rozsáhlejší, než dříve.

Všechny podněty, ať pozitivní, či negativní, nějakým způsobem vnímáme, oslovují nás. Na tyto podněty, které nás oslovují, následně odpovídáme. Z tohoto pohledu by se dalo říci, že tělo je zviditelnění, nebo vyjádření duše, našeho já.

3.4.1 Zvládání bolesti

Z praxe se potvrdilo, že je důležité věřit pacientovi, že má bolest, pokud to říká. Dále je známo, že bolest psychická může být pro člověka daleko hůře snesitelná než bolest fyzická. Typickým příkladem mohou být hraniční poruchy osobnosti, které formou sebepoškozování převádějí svou psychickou, neurčitou bolest na bolest fyzickou, která je pro ně uchopitelnější, ale právě to činí i pacienti, kteří se probouzejí z umělého spánku.

Z praxe vyplynulo, že např. pacient po polytraumatu, právě probuzený z umělého spánku, nemusí v určitých chvílích pociťovat fyzickou bolest, přestože objektivně tomu vše nasvědčuje, a to ve chvíli, kdy je mu sdělena jeho diagnóza (např. přerušení míchy s následnou nemožností chůze), nebo jiná zásadní informace, která se jej bezprostředně týká (např. ztráta člena rodiny). V těchto situacích vidím jako naprostou nutnost, aby pracovník, který tyto závažné a zásadní informace podává, dokázal efektivně, správně a hlavně citlivě komunikovat a aby byl schopen poskytnout psychickou podporu, tolik potřebnou k tomu, aby pacient kromě fyzického traumatu neutrpěl navíc trauma psychické.

Při zvládání bolesti je důležitá otevřenost. Znamená to být otevřený tomu, co přichází, ale zároveň být otevřený sami k sobě, abychom vnímali to, co právě cítíme a uměli to pojmenovat.

Na otevřenost a přijetí bolesti je možné pacienta připravit a podporovat jej ve zvládání této nepříjemné situace, která k nemoci většinou patří. Mnohdy postačí bolest pojmenovat, zmínit se o ní jako o něčem, co k aktuální situaci patří a poskytnout pacientovi psychickou podporu. V praxi se osvědčilo dát najevo, že o pacientově bolesti víme a vyjádřit myšlenku, že pacient při zvládání bolesti nezůstane sám.

3.4.2 Zvládání pocitu bezmocnosti

M. Vácha, R. Königová a M. Mauer (2012) uvádějí, že bezmoc je subjektivní ztráta moci nad sebou samým a bezprostředním okolím a ztráta subjektivně pociťované kompetence vypořádat se s potížemi.

Z praxe vyplynulo, že pacienti, kteří se probouzejí z umělého spánku, často popisují bezmocnost zároveň jako bezcennost. Ve chvílích, kdy člověk není schopen sám o sebe pečovat z důvodu nemoci, bolesti, omezení pohybu apod., subjektivně ztrácí pocit moci nad sebou samým.

Je na pováženou, že je vůbec možné ošetrovatelskou péčí vyvolat v člověku pocit bezcennosti, nicméně podívejme se na věc z odstupu a pokud možno objektivně: úkolem zdravotníka pečujícího o pacienta, který je v umělém spánku, nebo se z něj probouzí, je v první řadě dbát na to, aby všechny životní funkce pacienta byly zachovány v rozsahu, jaký je potřeba. V praxi to znamená mnoho odborných ošetrovatelských a lékařských úkonů, které je třeba provést přesně, rychle, bez zbytečných časových prodlev a na efektivní komunikaci nezbývá mnoho prostoru. Jistou překážkou k dokonalé empatii k pacientovi je i nadměra stresu při vykonávání odborných zákroků, kdy zdravotník, soustředící se na péči, není schopen pojmout k vykonávání těchto zákroků ještě činnost další, tzn. efektivně komunikovat a efektivně poskytovat pacientovi psychickou podporu.

Stejně tak pacienti, kteří byli takovéto situaci vystaveni, se mohou cítit bezcennými, jelikož ze svého hlediska nemohou, nebo nejsou schopni vidět a pozorovat to, co se děje okolo nich, kolik úkonů a zákroků bylo provedeno. Ze své praxe mohu říci, že mnohdy se stává, že pacient vůbec nevnímá, že je napojen na přístroje, neuvědomuje si, že nemůže vstát z lůžka a odejít. Nedomnívám se však, že tato nevědomost je způsobena dezorientací či zmateností, tito pacienti jsou schopni reagovat a jednat adekvátně své aktuální situaci. V těchto situacích se spíše domnívám, že se jedná o určitou formu psychické obrany organismu.

Pocit bezmocnosti, nebo bezcennosti v těchto situacích vychází z toho, že pacient není schopen vidět všechny úkony, které se u něho odehrávají a má dojem že se s ním zachází a jedná ve smyslu „jednoho z mnoha“, jako s věcí, kterou je třeba spravit a u které tedy záleží pouze na tom, aby byla funkční, a neočekávají se od ní nějaké pocity nebo vůbec přítomnost psychického života.

K pocitům bezmoci dopomáhají i negativní myšlenky, ke kterým patří:

- nepodložené závěry – jedná se o subjektivní soudy, které nevyplývají z objektivní, reálné skutečnosti, ale ze zkreslené verze této skutečnosti (dalo by se říci paranoidní),
- vztahovačnost – jedná se o nepřiměřenou vztahovačnost v negativním slova smyslu,

- zkreslená fakta, vytržená z kontextu – jedná se většinou o drobný detail, který si domyslíme a zkreslíme podle našeho aktuálního psychického stavu (stačí např. pohyb nebo výraz tváře zdravotníka),
- nepřiměřené zevšeobecňování – jedná se o jednotlivý případ, podle kterého člověk předurčuje další své skutky (nepovedlo se mi to, nikdy se mi to nepovede),
- přehánění – jedná se o vyzdvihování určitých skutečností, většinou spíše negativních,
- bagatelizace – jedná se většinou o bagatelizaci pozitivních úspěchů či zásluh.

(zdroj: *Vitalia.cz, 2013*)

Dalším problémem, který se týká zvládnání pocitu bezmocnosti je tzv. naučená bezmocnost. Teorii naučené bezmocnosti popsal v 70. letech americký psycholog M. Seligman, který říká, že pokud organismus zažije trauma, které nemůže kontrolovat, jeho motivace odpovědět dalšímu traumatu se oslabuje.

Podle Seligmána (1992) nezpůsobuje prožitek bezmoci samotné trauma, ale spíše učení, že žádná odpověď, ani aktivní, ani pasivní, jej nemůže kontrolovat a výsledek je stejný v případě reagování i nereagování. Naučená bezmocnost má tedy kořeny v přesvědčení, že důležité výsledky nejsou pod kontrolou.

Naučená bezmocnost podporuje nemoc a komplikuje léčbu a lze ji velmi dobře demonstrovat na výzkumu podmíněných reflexů I. P. Pavlova. Dochází k rezignaci a odmítání možností, které se pacientovi nabízejí k jeho uzdravení. Pacienti, kteří po mnoha neúspěšných pokusech o sebekpěči, nebo léčbu zjistí, že se situace nelepší, rezignují, přestanou spolupracovat a podílet se na ošetrovatelském procesu a léčbě. V této situaci většinou podpurný rozhovor nepomáhá, protože pacient má vždy připravenou odpověď: „Ano, ale...“. Svojí odpovědí nám dává najevo, že s námi souhlasí, nicméně nám vzápětí vysvětlí, proč naše doporučení a podporu nemůže využít.

V praxi se osvědčilo postupovat spíše preventivně, aby k podobným situacím vůbec nedocházelo, pokud se však pacient do takovéto situace dostane, je vhodné začít problém řešit co nejdříve. Je důležité mluvit pravdu, nebagatelizovat pacientovy problémy, které on sám vidí jako velké, přestože nám se mohou zdát malicherné.

U pacientů, kteří se probouzí z umělého spánku, lze s úspěchem použít techniku, která v podstatě vychází z terapeutické metody, zvané „deník radosti“, ovšem s určitou obměnou. Metoda zvaná „deník radosti“ spočívá v zapisování si pozitivních zážitků. V případě pacientů v těžkém stavu, jako je to v případě pacientů po probuzení z umělého spánku, samozřejmě o

zapisování nelze hovořit, proto lze v praxi použít modifikovanou techniku připomínání a pojmenování pozitivního zážitku, ať již pacientem samotným (pokud již je schopen verbální komunikace), nebo právě přítomným zdravotníkem, či jiným odborníkem. (cit. dle Liebhermana 2015)

Z praxe však vyplývá, že je možné setkat se i s opakem naučené bezmocnosti, kterou by bylo možno nazvat „nezdolností“. Ne každý má tento dar nezdolnosti, či nezlomnosti, nicméně správnou péčí a podporou ji lze v pacientovi najít. Ve své podstatě se jedná o umění zvládnání obtížných životních situací, kdy jsme schopni vyrovnat se s tím, co se stalo a dokázat to bez negativní změny ve své osobnosti.

Někteří pacienti po probuzení z umělého spánku disponují ohromnou psychickou silou a vůlí k životu, kterou popisují jako situaci, kdy se odrazili od pomyslného dna a nyní stoupají výš a výš, aby zvítězili nad nelehkou životní situací, která je postihla.

4 HODNOCENÍ SITUACE

Hogenová (2002, s. 82) píše, že člověka je vždy třeba hodnotit v kontextu situace, do které byl vržen, protože právě ta situace je to, co otevírá naše intence, ustavené z retencí procesem variovaní.

Heidegger (2008) říká, že naše cesta životem má počátek (arché) a cíl (telos). Během naší životní cesty vstupujeme do různých situací a tyto situace jsou pro nás problémem, který potřebujeme řešit. Řešení nacházíme tak, že hledáme možnosti, které nejlépe odpovídají našemu arché a našemu telos a tuto možnost si zvolíme. Tuto možnost Heidegger nazývá dynamis a je možné ji uskutečnit procesem, který nazývá energea. Výsledkem uskutečnění je potom skutek (ergon), který v sobě nese stopy po arché, telos, dynamis a energea.

Každý člověk je individualitou, každý z nás se v určitých situacích může chovat jinak: dle svého arché a telos. Proto je třeba hodnotit člověka v kontextu situace, ve které se právě nachází. V případě pacientů, kteří se probouzejí z umělého spánku, je vhodné být si vědomi toho, že tito lidé prožívají velmi silné psychické napětí, spojené nejen se zdravotním stavem jako takovým, ale i s tím, že nejsou vždy schopni adekvátně reagovat na aktuální situaci, tedy tak, jak by reagovali, pokud by byli zdraví, a to např. i díky farmakologickému vlivu léků.

4.1 Atribuce

Atribuci popisují v článku „Atribuce“ autoři jako kognitivní proces přisuzování, ale i opomíjení významu, vlastností, nebo příčiny určitému objektu, nebo situaci. Jedná se v podstatě o způsob subjektivního vytváření spojitostí mezi příčinou a následkem chování, proto se často mluví o tzv. kauzální atribuci.

Atribuční proces začal jako první systematicky zkoumat rakouský psycholog působící v Americe, Fritz Heider (1958), který ve své knize popsal tzv. laickou psychologii jako vnímání a posuzování druhých osob i sebe sama v každodenních situacích. Vytvořil první atribuční teorii - naivní analýzu událostí a rozlišil atribuci na dispoziční a situační. Podle těchto dílčích atribucí rozlišil pozorovatele na lidi s vnějším místem a vnitřním místem kontroly. Atribuci považoval za předpoklad porozumění sociální realitě a jeho studie prokázala silnou tendenci vysvětlovat si chování druhých jako úmyslné.

Atribuci předcházejí dva kroky: percepce činu a zhodnocení záměru činu. Percepce činu je ovlivněna motivačními, kognitivními a podnětovými faktory, hodnocení záměru činu je ovlivněno myšlenkovými zkratkami, neúplnými informacemi a předpojatostí pozorovatele. Proces probíhá jinak u cizího pozorovatele, kde je atribuce ovlivněna zejména informovaností

pozorovatele a očekávaností chování aktéra, a jinak při atribuci známého pozorovatele nebo při sebepercepci, kde atribuuující osoba rozlišuje především mezi pozitivním a negativním chováním.

Atribuce se dělí na vnější a vnitřní. Vnější (situační, environmentální) atribuce je ovlivněna situačními faktory, tzn. vnějším okolím aktéra (např.: obeznámenost s prostředím, síla podnětů). Vnitřní (osobnostní, dispoziční) atribuce je ovlivněna dispozičními faktory, tzn. osobností aktéra (z atribučního hlediska to jsou především motivy a schopnosti).

Na čin aktéra pozorovatel reaguje přívětivěji, pokud tento čin připíše dispozičním faktorům, než pokud jej připíše situaci. Naopak zraňující činy jsou pozorovatelem více tolerovány, pokud jsou připsány situačním faktorům.

4.2 Atribuční teorie

Atribuční teorie se věnují procesům, kterými pozorovatel vnímá příčiny vlastního jednání i jednání druhých lidí. Pro přiblížení situace, kdy se pacient probouzí z umělého spánku, považují za vhodné popsat Heiderovu teorii, nazvanou naivní analýza událostí.

Heider (1958) dále říká, že pozorovatel situace si automaticky, intuitivně, nedokonale a často za přehlížení situačních faktorů spojuje navenek projevené chování s jeho nepozorovatelnými příčinami.

4.3 Atribuční tendence v přístupu k pacientům při jejich probouzení z umělého spánku

Heider (1958) dále uvádí, že atribuční tendence (sklony, styly) představují zkreslení vnímání účastníků interakce, které ovlivňuje interpretaci vlastního chování i chování ostatních lidí.

Mezi hlavní atribuční tendence patří např. základní atribuční chyba, kterou považují za důležité popsat v souvislosti s tématem, kterému se tato práce věnuje. Základní atribuční chyba je tendence přeceňovat vliv dispozičních příčin chování a podceňovat vliv situačních příčin.

Díky dlouholetému pozorování a práci se skupinou pacientů na umělé plicní ventilaci si dovoluji vyjádřit poznatek, že sestra může mít v případě pacienta, který není schopen verbálního projevu, zkreslenou představu o jeho inteligenčních schopnostech. Zůstává k zamyšlení, proč tomu tak je. Jako možnost se nabízí, že sestry neumí správně dekodovat

neverbální projevy nebo jsou neverbální projevy pacientů natolik ovlivněny např. negativními emocemi, že je nelze rozšifrovat jinak.

Jedná se sice o nevědeckou hypotézu, resp. neověřenou v rámci žádné studie u pacientů na UPV, ale do budoucna se nabízí možnost jejího prošetření relevantním výzkumem. Je důležité zdůraznit obtížnost a objektivitu pozorování a posuzování lidského chování. To, co vnímáme, nemusí být vždy shodné s tím, co ve skutečnosti prožívá pacient, a je na pozorovateli, aby si toto uvědomil. Pozorovat a hodnotit je tedy možné pouze to, co je vidět, nikoli to, co pozorovatel pouze tuší či odhaduje. Doba pozorování představuje pouze krátký úsek ze života pozorovaného a nemusí vždy odrážet specifické chování jedince v obdobných situacích.

Pacienta na umělé plicní ventilaci je možné vnímat z různých úhlů pohledu. Vybíral (2005) uvádí, že vnímání a posuzování druhých osob je v podstatě „laická psychologie“, kde se může uplatňovat řada omylů, předsudků, zjednodušování a dalších tendencí, kvůli kterým nemusíme v závěru získat zcela spolehlivý obraz posuzované osoby. Rovněž záleží na předchozích zkušenostech pozorovatele s pacienty a na jeho dalších životních přesvědčeních a zkušenostech. Vliv na vnímání skutečnosti mohou mít schémata, která ovlivňují, co a jak vnímáme a čeho si všímáme, stereotypy, při kterých nevnímáme osobu jako individualitu, ale jako příslušníka určité skupiny a hodnotíme její chování podle toho, co od ní očekáváme, a v neposlední řadě hrají významnou zkreslující roli právě výše popsané atribuční tendence.

Heider (1958) říká, že mezi atribuční tendence patří základní atribuční chyby, které spočívají v nadsazování důležitosti některých osobnostních faktorů a jsou obecnou lidskou tendencí, projevující se při posuzování příčin chování.

4.3.1 Typické neverbální projevy pacientů při probouzení z umělého spánku

V případě pacienta na umělé plicní ventilaci se mimo jiné nabízí zkreslení celkového dojmu pro jeho typický neverbální projev. Tato skupina pacientů se může při probouzení z umělého spánku vlivem doznívající medikace projevovat až extrémními fyzickými projevy a velkou fyzickou silou v případě, kdy mají pocit, že je nutno se nějakým způsobem bránit. Jedná se hlavně o vstávání z lůžka a mnohdy i o snahu zbavit se endotracheální kanyly, která je k zachování základních životních funkcí člověka nutná. Dalším typickým neverbálním projevem pacientů na umělé plicní ventilaci je shodná mimika obličeje. Vzhledem k tomu, že pacient má zavedenou endotracheální kanylu, má vždy otevřená ústa, nemůže se verbálně

projevit, a navíc první minuty po probuzení bývá dezorientován místem a časem, může sestra z jeho výrazu nesprávně zhodnotit skutečnou situaci a podle tohoto prvního dojmu s ním může jednat i nadále.

Zde vycházím ze své zkušenosti z praxe, kde jsem měla možnost vidět své kolegyně při práci s touto skupinou pacientů, ale čerpám i z vlastní zkušenosti s těmito pacienty. Povahové rysy, včetně inteligenčních schopností, se v praxi často hodnotí právě podle těchto prvních neverbálních projevů a často dochází ke zkreslení, což podrobně popisují v kapitole o atribučních tendencích v přístupu k pacientům na umělé plicní ventilaci.

Z praxe vyplynulo, že je namístě připomínat si, že podstatná část tohoto chování je spuštěna tím, že je pacient hospitalizován, a ne jeho handicapem. Ve chvíli, kdy se sestra na základě atribuční chyby spokojí s analýzou chování ve smyslu: „On je agresivní, protože vždycky byl agresivní“, nedokáže vhodně rozpoznat příčinu problémového chování. Teprve ve chvíli, kdy sestra bude o incidentu uvažovat bez emočního náboje, může najít i jiné příčinné vazby, které jí při atribuční chybě zůstanou skryty.

4.3.2 Mnohovýznamovost neverbálního signálu

Vybíral (2005, s.85) uvádí, že lidé se mohou velmi lišit v tom, kolik toho o sobě dokážou říci beze slov. Strnulost obličeje a útlum pohybů, nebo celkové snížení neverbální expresivity může souviset se skrýváním a ovládním, s představou o přiměřeném vystupování, ale také se soustředěným pozorováním druhých. Lidé, kteří jsou naproti tomu mimicky a postojově uvolnění, jsou více čitelní. Namístě je zdůraznit mnohovýznamovost neverbálního signálu, díky které je jednoznačnost signálu relativní.

Mnohovýznamovost neverbálních signálů je vhodné mít na paměti i u pacientů na umělé plicní ventilaci, kdy je jejich snaha o vyjádření jejich potřeby podmíněna mnoha situačními aspekty. Při snaze dekodovat sdělení pacienta může bohužel dojít k výše zmíněnému zkreslení, způsobenému změnami výrazu tváře a gest souvisejícími s probíhajícím onemocněním, které jsou odlišné od situací, kdy je člověk zdrav.

Ve výrazu pacientů na umělé plicní ventilaci je většinou nejprve možné vyčíst některou z negativních emocí, jako je strach a úzkost, které bývají spojeny se zvýšenou závislostí na zdravotnickém personálu. Souvisí to s tím, že si pacienti obvykle nepamatují, co se stalo předtím, než se probudili v nemocničním zařízení, a proto je bezpodmínečně nutné všem pacientům ihned po jejich probuzení vysvětlit, kde jsou, eventuálně i co se stalo. Zamezíme

tak rozvoji jejich strachu, úzkosti a neklidu, tzn. zhoršení psychického stavu, což je pro jejich fyzický zdravotní stav nežádoucí až nebezpečné.

Ve výrazu tváře a gestech pacienta lze samozřejmě vyčíst i kladné emoce, pouze však tehdy, je-li pacient řádně edukován, je mu vysvětleno, kde je, za jakým účelem a proč nemůže komunikovat.

5 POTŘEBY PACIENTŮ PŘI PROBOUZENÍ Z UMĚLÉHO SPÁNKU

Šamánková (2011) ve své knize říká, že ve zdraví je většinou člověk schopen své potřeby saturovat, počínaje základními biologickými potřebami až po naplnění všech individuálních potřeb. V nemoci člověk buď není schopen tyto potřeby saturovat bez pomoci druhých, nebo je toho schopen pouze částečně. Je proto vhodné a žádoucí pacienty motivovat, podporovat a chválit je za každý nový pokrok.

Šamánková dále ve své knize zmiňuje, že při ošetřování nemocných, zejména pak těžce a vážně nemocných, se snažíme uspokojit potřeby, které jsou limitovány onemocněním samotným. Potřeby se s průběhem onemocnění mění, některé mizí, jiné se zase naléhavě objevují.

Uspokojování potřeb v těžké a vážné nemoci zachycuje následující modifikace seřazení hodnot, vycházející z Maslowova trojúhelníku:

(cit. dle Šamánkové, 2011, s. 20)

Fyziologické potřeby

- zůstávají po dlouhou dobu nemoci v popředí zájmu nemocného člověka, ale časem se zájem o ně může ztrácet.

Bezpečí a jistota

- nemocný člověk chce vědět, že nebude opuštěn, že ho nenecháme samotného,
- nemocný člověk chce být v první řadě zbaven bolesti, chce být zbaven ostatních, pro něj nepříjemných, doprovodných příznaků,
- nemocný člověk chce vědět, že se mu dostane v případě potřeby všeho, co mu přinese úlevu.

Láska a pocit příslušnosti

- dáváme jednoznačně najevo své porozumění, snažíme se pomoci při vysvětlování osobních a vztahových nejasností.

Sebeúcta

- sebeúctu posilujeme v nemocném tím, že mu dáváme najevo, že nás neobtěžuje o něj pečovat.

Seberealizace

- těžce a vážně nemocný člověk má velmi různé možnosti, jak se seberealizovat, např. u ležícího pacienta může seberealizací být zvládnutý proces sepeče.

Pokud budeme vycházet z Maslowovy hierarchie potřeb, dalo by se říci, že u pacientů na umělé plicní ventilaci se jejich potřeby zpočátku většinou zúží na základní fyzické, tzn. na dýchání, vyprazdňování, hygienu a výživu.

Téměř současně se jejich potřeby zároveň rozšiřují o pocit bezpečí, který vyhledávají právě u sester, jelikož sestra je u pacienta jako první, když se probudí. Zde by bylo vhodné zmínit, že pacienti si většinou pamatují právě tu sestru, která o ně pečovala jako první.

Poté se přidává potřeba sounáležitosti, potřeba někam patřit a zde je velmi důležité, jak se bude sestra chovat, zda bude schopna pacientovi pomoci v přijetí jeho nové role.

Neméně důležitá je také potřeba sounáležitosti a seberealizace, které jsou v období napojení pacienta na umělou plicní ventilaci velmi choulostivým tématem. Zde opět vstupuje do hry chování sestry, zda bude dávat pacientovi najevo empatii, bude respektovat jeho důstojnost, podporovat jej v dalších krocích a tím přispívat k jeho uzdravování.

Je k zamyšlení, do jaké míry se pacient na umělé plicní ventilaci chce, nebo je schopen, seberealizovat. Součástí seberealizace pacienta na umělé plicní ventilaci může být např. nácvik sebepéče. Zde jistě hrají roli nejen osobnostní rysy pacienta, ale i osobnostní rysy pečující osoby. Žebříčky hodnot těchto pacientů se mohou buď dočasně, nebo i trvale měnit a záleží i na nás, jakým způsobem budeme této skupině pacientů pomáhat naplňovat jejich potřeby a měnit jejich postoje k dalšímu životu.

Potřeby pacientů, popsané níže, vycházejí jednak z praxe, jednak z výzkumného šetření, které bylo uskutečněno v Nemocnici Na Homolce v r. 2013.

5.1 Potřeba komunikace

Komunikace je ve stadiu probouzení z umělého spánku velmi problematická. Většina pacientů je napojena na umělou plicní ventilaci, tzn., že mají do úst zavedenou endotracheální kanylu, která znemožňuje verbální komunikaci. V nemocničních zařízeních jsou pacientům nabízeny různé formy alternativních metod komunikace, nicméně ne vždy ve vhodnou dobu a ne vždy vhodnou technikou.

Všichni pacienti udávají při nemožnosti verbální komunikace stav bezmoci a k dorozumívání používají hlavně gestikulaci pomocí rukou. Písemný projev a použití tabulek s písmeny vidí jako obtížnou a zdoluhavou metodu, při které není zcela dobře možné vyjádřit svou potřebu tak, aby byla správně pochopena. Uvědomují si časovou náročnost při použití alternativních metod a časovou úspornost při verbálním projevu. Časovou náročnost při

použití alternativních metod komunikace vysvětlují tím, že nejsou schopni ve stresové situaci, kterou napojení na umělou plicní ventilaci nepochybně je, sestavit krátkou a výstižnou větu k vyjádření své potřeby.

Pacienti mají velkou potřebu komunikace, která je, jak shodně uvádějí, uklidňuje, povzbuzuje a motivuje k dalšímu boji za jejich uzdravení. Upřednostňují a cítí potřebu komunikace v jakékoliv fázi nemoci a v jakékoliv situaci, a pokud komunikace chybí, popisují různé druhy negativních emocí. Většině pacientů tedy při nemožnosti verbální komunikace mluvená řeč chybí, protože alternativní metoda komunikace, která jim byla nabídnuta, byla pro ně příliš obtížná.

Králová et al.(2009) říká, že správná a efektivní komunikace je potřebná. Komunikace výrazně přispívá ke zlepšení nejen psychického, ale i fyzického zdravotního stavu pacienta, urychluje proces uzdravování a výrazně zvyšuje důvěru ve zdravotnický personál. Potřebnou důvěru podporuje nejen naučená, či zdokonalená dovednost efektivní komunikace, ale především osobnostní naladění zdravotníka. Komunikace, která je pouze naučená, může naopak pacienta iatrogeně poškodit.

Pacienti na krátkodobé umělé plicní ventilaci mívají menší potřebu komunikace, jelikož vnímají skutečnost nemožnosti verbální komunikace jako přechodnou a krátkodobou, nicméně většina pacientů komunikovat chce a potřebuje. Výjimkou je přechodný těžký fyzický stav.

Komunikace ve zdravotnictví je v mnoha ohledech specifická. V běžném životě zpravidla komunikace podléhá sociální kontrole – řídí se určitými pravidly, normami, etiketou, apod. V okamžiku, kdy zdravotník vstupuje do interakce s pacientem, se mohou tyto běžně nastavené hranice měnit. Zdravotníci se dotazují pacientů na velmi citlivé, mnohdy intimní záležitosti, a to jsou situace, kdy záleží na tom, aby se vše odehrálo na úrovni respektu k důstojnosti pacienta. Proto je důležité, aby se tyto druhy rozhovorů odehrávaly na půdě vhodné atmosféry a tam, kde má pacient pocit bezpečí a důvěry.

Ve fázi ošetřovatelského procesu je vhodné, potřebné, nebo dokonce nutné, navázat s pacientem vztah, založený na důvěře, ale i úctě a vzájemném respektu. Respekt je vhodný a potřebný k tomu, aby např. pacient byl schopen vidět a uznat, že zdravotník je profesionál ve svém oboru - a tudíž je s výhodou si od něho nechat poradit, stejně tak je třeba, aby si zdravotník uvědomil, že pacient je osobnost, která má svá specifika, které je třeba respektovat, uznat a vidět hlavně „člověka“, více než „pacienta“. Takový vztah umožňuje správnou a efektivní spolupráci, nicméně vybudování takového vztahu se může během krátké doby, kterou na to zdravotníci mají, zdát jako nemožný úkol.

Pro všechny, kteří pracují v profesích, kde se setkávají s člověkem jako příjemcem své práce, je důležitá oblast sociálních dovedností a i ošetrovatelská praxe klade schopnost interakce s nemocnými na významné místo. Veškerý styk s okolím se totiž odehrává formou interakce, reagování lidí navzájem, které probíhá neustále a zaznamenáváme ji někdy intenzivně, jindy jen tak mimoděk.

Komunikace je dovednost, kterou je možné kdykoliv během života člověka rozvíjet. Pokud je splněna základní podmínka – chtít, pak je možné se zdokonalit.

Komunikace v ošetrovatelství je stejně jako v jiných lidských činnostech a oborech mnohostranně ovlivňována. Rozdíl spočívá v tom, že v ošetrovatelství se mohou lišit využitá komunikační techniky, zejména potřebou udržet interaktivní charakter komunikace, a to i v případě rizika neochoty a odmítání jedné z komunikujících stran. To nejčastěji znamená, že poskytovatelé péče se snaží komunikovat s druhou osobou (nemocným, příbuzným) i přesto, že o komunikaci nemá zájem. Je důležité zjistit, z jakého důvodu pacient komunikaci odmítá. Může to být podmíněno subjektivně zhoršeným zdravotním stavem pacienta, malou motivací ke komunikaci ze strany zdravotníka, nebo pouze nevhodným načasováním komunikace.

V prvních dnech adaptace na novou situaci většinou pacient své úsilí vynakládá na vyrovnání se s ní a nemusí být ochoten a schopen se plně zapojit, potom je vhodné komunikaci nabídnout, v případě odmítnutí diagnostikovat jeho příčinu a zvolit další vhodný postup.

Linhartová (2007) uvádí, že lidská komunikace je složitý a mnohvrstevný proces, závislý na individuální psychice, inteligenci, na vzdělání a na individuálních sociálních zkušenostech, například schopnosti reflektovat zvykové (dobové) konvence a kulturní tradice. Patří tedy k základní bio-psycho-sociální výbavě člověka, ale individuálně se liší svou vyvinutostí, dědičnými dispozicemi, rozvojem komunikačních dovedností, výchovou v rodině i způsobem, jímž je realizována a jejím cílem je účinně, co nejefektivněji něco sdělit, zjistit, pobavit, přesvědčit, odradit. Každá komunikace má svůj účel a cíl, nejobecněji slouží k tomu, abychom se vzájemně dorozuměli.

Linhartová (2007) dále uvádí, že výměna informací vždy znamená aktivní účast všech zúčastněných, i když odpoví mlčením. Interaktivní (zpětnovazebný) charakter komunikace je tedy jejím významným a základním znakem. I když nedostaneme slovní odpověď, vyvolává vyslaná informace u příjemce reakci, kterou je možné odezírat z jeho obličeje, těla, popřípadě z jeho jednání, což se zpětně, jako specifická informace, vrací do našeho vědomí a proces se opakuje.

Mluvčí a příjemce, popřípadě všichni účastníci komunikace jsou charakterizováni rolí, kterou v komunikaci přebírají. V běžném hovoru se obě role rychle střídají, mluvčí se stává příjemcem a naopak. V lidské komunikaci klademe důraz na to, že její účastníci jsou neopakovatelnými osobnostmi. Mluví a jednají mezi sebou navzájem, jsou determinováni a limitováni svými vlastnostmi, kvalitou vytváření a prožívání mezilidských vztahů, místem v sociální skupině, komunikačními dovednostmi apod. Tyto jedinečnosti jsou omezovány a vymezovány tradicí, zvyklostmi (národní kulturou, náboženstvím) a různými obecnými normami (etikou, morálkou), ale třeba také speciálními předpisy a pravidly pro různé vztahy (lékař – pacient).

Králová et al. (2009) uvádí, že ve zdravotnickém prostředí se nevyhneme jistému komunikačnímu chování zacílenému na získání pacienta pro určité rozhodnutí, ale má se tak dít podle určitých etických pravidel, na základě vzájemného porozumění a dorozumění. Jedná se zde o určitou pozitivní manipulaci, kterou se snažíme změnit pacientovy postoje k nemoci tak, aby zabránil další progresi nemoci, pokud je v jeho silách to ovlivnit a zároveň jej motivovat k tomu, aby se svou nemocí bojoval.

Pacienti, probouzející se z umělého spánku se do své role dostávají nedobrovolně, často bez varování a s nutností se s touto situací vyrovnat. Jejich potřeba komunikace je, jak je již zmiňováno, obrovská a v mnoha ohledech specifická a jejich prožívání nemožnosti verbálně komunikovat se často odráží v jejich chování. Tato skupina pacientů při nemožnosti vyjádřit se verbálně popisuje stav bezmoci a zvýšenou potřebu komunikace. Verbální projev vnímají jako nejpřirozenější projev své potřeby, mají potřebu dorozumět se svým okolím a dát najevo svou potřebu tak, aby byla správně pochopena. To se často projevuje i tím, že se snaží upoutat na sebe pozornost alespoň neverbálně a to nejen pomocí gestikulace a mimiky, ale i pomocí vydávání zvuků jakýmkoliv dostupným předmětem.

Pacienti při probouzení z umělého spánku cítí komunikaci ze strany sestry jako uklidňující, motivující, pomáhající. Upřednostňují vlídný a klidný tón hlasu, projevy chvály a povzbuzení a vidí sestru jako člověka, který by měl být schopen empatie a tudíž jako někoho, kdo by měl umět adekvátně pomoci pacientovi jako individualitě. Nevidí jako chybu, pokud sestra přizná, že nerozumí a přivolá si na pomoc kolegyni, upřednostňují vyřešení svého problému a to jakoukoliv cestou.

Pacienti oceňují úsměv, snahu o komunikaci a aktivitu ze strany sestry, pravdivost podávaných informací a v neposlední řadě dostatek času na vyjádření své potřeby. Oceňují každou chvíli, kdy je sestra přítomna a dává najevo, že se věnuje pouze jim.

Na druhé straně popisují i negativní emoce a to hlavně při bagatelizaci svých problémů sestrou, při nevhodném chování sestry, nedostatku času a absenci komunikace ze strany sestry. Za nevhodné mnohdy považují hlasité vyjadřování sestry, nebo jakýkoliv nečekaný hluk bez předchozího upozornění, který pociťují velmi negativně převážně v noci, nebo v době spánku.

Negativní emoce udávají tito pacienti i v souvislosti s absencí komunikace ze strany sestry. Popisují strach, úzkost a nejistotu, pokud jim nejsou podávány adekvátní informace, nebo pokud s nimi sestry nekomunikují. V okamžiku, kdy jim sestry nebo jejich blízcí nerozumí, pociťují vztek, pocity méněcennosti, studu a psychického vyčerpání. Negativní emoce se minimalizují, pokud je přítomna komunikace, fyzický kontakt formou doteku a naopak se zvětšují při nedostatku komunikace, fyzického kontaktu a nedostupnosti sestry či blízkého člověka.

Za zmínku stojí i ovlivnění bolesti při správné komunikaci sestry, kdy je popisována minimalizace bolesti při správném vysvětlení výkonu, který bude následovat.

Komunikaci je možné nazvat terapeutickou a pomáhající intervencí, protože dopad toho, jak zdravotnický pracovník komunikuje s pacientem, je často dalekosáhlý. Odborník může svou komunikací podstatně ovlivnit psychické zdraví a celkovou pacientovu pohodu (Králová et al. 2009).

Zdravotník svými dotazy, tím, čemu sám přikládá větší a čemu menší význam, pomáhá konstruovat význam nemoci a potíží v mysli druhých lidí. Některá sdělení může ignorovat, jiná bagatelizovat, nad dalšími se může významně podívat a tím může psychický a zdravotní stav jak zlepšovat, tak i zhoršovat.

Z většiny empirických studií zabývajících se komunikačními dovednostmi poskytovatelů péče vyplývá nedostatečná připravenost profesionálních poskytovatelů péče na všech funkčních úrovních a v rámci multioborové zaměřenosti zdravotní péče a velmi často neznalost základních principů efektivní komunikace. Proto je třeba vzdělávání budoucích zdravotnických profesionálů v komunikaci podporovat a rozvíjet.

5.2 Potřeba kontaktu

Frankl (1994, s. 30) říká, že: *„Člověk v nejžalostnější vnější situaci, v níž se nemůže realizovat činem, a v níž jeho jediný výkon může záležet v pravém, nehrbícím se utrpení, nalezne naplnění svého bytí v komplementaci svého vnitřního duchovního obrazu milovaného člověka.“*

Potřeba kontaktu s okolím je možné chápat ve dvou směrech - jedná se o kontakt fyzický a o kontakt psychický.

Kopřiva (2011) rozlišuje druhy kontaktu odlišně. Popisuje kontakt, při kterém je každý účastník obrněn vůči vlivu druhého zřetelnou hranicí a na druhé straně kontakt, který označuje jako „vnímavý“. Jedná se o kontakt, kdy jsme vůči druhému otevřeni a vnímáme jej. K formě kontaktu, zvané vnímavý kontakt, mají příležitost lidé, pracující v pomáhajících profesích a jsou v celodenním kontaktu s klienty. Někdy vnímavý postoj nemůžeme zaujmout, protože nás druhý člověk dráždí, odpuzuje, vyvolává v nás strach, nebo jinou tenzi. Pak je s výhodou využít k řešení problému supervizi, nebo případ předat jinému kolegovi.

Pacienti na umělé plicní ventilaci cítí potřebu blízkosti druhých lidí, někdy i fyzického kontaktu, což považují za uklidňující. Je dobré vědět a uvědomit si, že pacienti se mnohdy snaží na sebe upoutat pozornost jen proto, aby nebyli sami, nikoliv proto, že mají nějakou tělesnou potřebu. Upřednostňují kontakt s blízkými či se sestrou, považují je za zdroj bezpečí a ochrany, povzbuzení a motivaci k uzdravení. Je však vhodné si uvědomit i to, že sympatie a antipatie se objevují i během různých fází nemoci. Znamená to, že fyzický kontakt sestry s pacientem (nejčastěji tzv. iniciační dotek při příchodu k lůžku), nemusí být pacientem vždy pozitivně přijat. I v těchto situacích záleží na osobních sympatiích, event. antipatiích a je vždy s výhodou o těchto možnostech vědět a včas předat pacienta ostatním kolegům.

Pacienti jsou si vědomi náročnosti situace pro sestru, svou rodinu i své závislosti na pomoci druhé osoby. Z důvodu závislosti na druhé osobě bývá mnohdy těžší vyjádřit poděkování za péči a věnovanou pozornost. Pacienti se mnohdy ostýchají dotknout se pečující osoby...

Za zmínku stojí fyzický kontakt ze strany rodinných příslušníků ke svému blízkému. Pokud se pacient nachází v akutním stadiu nemoci, je napojen na umělou plicní ventilaci, infuzní léčbu, monitoraci EKG křivky apod., rodina se v mnoha případech fyzického dotyku obává a vysvětluje to tak, že mají strach, že svému blízkému ublíží a někdy dokonce může dojít i k tomu, že rodina má strach se svým blízkým i hovořit. Paradoxní v těchto situacích je to, že většina akutních pacientů právě tento strach z dotyku vnímá velmi negativně a právě dotyk od svých nejbližších považuje za jednu z nejvíce podporujících činností v oblasti péče. Stejně tak absenci komunikace považují tito pacienti za nezáměr o jejich osobu, což u nich jen prohlubuje úzkost a strach z další společné budoucnosti.

Určitý vliv na jednání těžce nemocných pacientů má kontakt se ostatními pacienty a s jejich informacemi. Kontakt s lidmi v podobné situaci se osvědčil v rámci svépomocných skupin, kde si lidé, kteří mají podobné, či stejné problémy, nebo onemocnění, poskytují vzájemnou oporu bez toho, aby byli odmítáni, nějakým způsobem posuzováni, nebo dokonce odsuzováni za své chování, či nemoc. Z praxe však vyplývá, že v případě hospitalizace v nemocničním zařízení nemusí tato opora být vždy pozitivní. Mnoho pacientů má tendence k agravaci (zvyšování, zveličování) svých osobních prožitků během nemoci a po následném předávání zkreslených informací ostatním pacientům tak dochází spíše k podpoře negativních emocí, např. vzniku úzkosti a strachu.

Na druhé straně i v nemocničním zařízení je samozřejmě možná pozitivní podpora od ostatních pacientů, záleží však na mnoha okolnostech, v neposlední řadě i na osobnosti všech zúčastněných. Vážný zdravotní stav a nemožnost komunikace způsobuje změnu postojů a chování k druhým lidem a za zmínku stojí zapsání se sestry do paměti pacienta a to jak pozitivním, tak negativním způsobem.

Další forma kontaktu, tzv. psychický kontakt, se uskutečňuje pomocí představ. Pokud budeme vycházet ze slov Frankla, citovaného na začátku této kapitoly, dojdeme k názoru, že při představách své milované osoby můžeme pocítit určitý druh úlevy, či podpory. Stejně tak můžeme pocítit úlevu či podporu při představách míst, které máme rádi, na které rádi vzpomínáme a kam bychom se rádi vrátili. Tato forma kontaktu se tak může jevit jakožto určitá forma psychické obrany v obtížných životních situacích a popisují ji bez výjimky všichni pacienti, kteří byli uvedeni do umělého spánku.

5.3 Potřeba důvěry, bezpečí a jistoty

Pocit důvěry, bezpečí a jistoty má pozitivní vliv na psychiku člověka, obzvláště v období nemoci, či dokonce v obtížné životní situaci. Pacienti, kteří se probouzí z umělého spánku, potřebují pocítit bezpečí a jistoty k tomu, aby vůbec byli schopni jakékoliv spolupráce se zdravotnickým personálem, jelikož (jak jsem zmínila výše) nejsou v určitém období schopni rozlišit sny od reality.

Z toho vyplývá, jak důležité je navázání kontaktu zdravotníka s pacientem a získání důvěry. Pokud nedojde k získání důvěry, nemůže být efektivní jakákoliv další spolupráce, a proto by měl každý, kdo pracuje s pacientem, vědět, jakým způsobem je možné tuto důvěru získat. Rozhodně se v praxi neosvědčilo utěšování pacientů ve smyslu: „to bude dobré“, nebo

bagatelizace situace ve smyslu: „jiní jsou na tom hůř“. Každý člověk vidí svou situaci trochu jinak, ale vždy si myslí, že právě ta jeho situace je obtížná. Nezáleží na tom, jakou intenzitu obtížnosti člověk pociťuje, důležité je, že ji pociťuje jakožto nepříjemnou, obtížnou situaci, se kterou si mnohdy neví rady a k jejímu řešení tudíž potřebuje mít důvěru ve zdravotnický personál, pocit bezpečí a jistoty.

Hlavní zásadou k získání důvěry, která se v praxi osvědčila, je podávání informací pacientovi pravdivě, se současným ujištěním o tom, že pacient není na zvládnutí situace sám. Za velmi důležitou však považuji formulaci slovní podpory. Jinak zní věta: „Nebojte se, vydrželi to jiní, zvládneme to také“, a jinak zní věta: „Vidím, že je to pro Vás asi těžké, ale pokusíme se to spolu zvládnout co nejlépe“. Touto formulací dáváme najevo, že víme, že je aktuální situace pro pacienta obtížná, nebagatelizujeme, čímž poskytujeme pacientovi potřebnou podporu, zároveň dodáváme naději, že je situace nějakým způsobem řešitelná a že je nablízku pomoc, pokud ji bude potřeba.

V návaznosti na získání důvěry může u pacienta vzniknout pocit bezpečí a jistoty, tolik potřebný k další, efektivní spolupráci.

5.4 Potřeba hledání smyslu

Frankl (1994) dále říká, že: „*Ve způsobu, jakým člověk přijímá svůj neodvratitelný úděl a bere na sebe utrpení jako svůj kříž, se i v nejtěžších situacích a do poslední minuty života otvírá plnost možností, utvářet svůj život podle toho, zda zůstává odvážný, statečný, nesobecký a lidský, či zda v krajně vyhoceném zápase o sebezáchovu na své lidství zapomíná a zcela se stává stádním zvířetem. Jde o to, zda člověk uskuteční nebo zmaří možnosti mravních hodnot, které mu jeho strastiplná situace a těžký úděl přikazují.*“

Každý člověk hledá smysl, ať již smysl toho, proč právě on je nemocen, proč se chová tak či onak, tak i smysl svého života vůbec. Pacienti, kteří se probouzejí z umělého spánku, hledají smysl své situace v podstatě hned od chvíle, kdy poprvé tzv. otevrou oči.

Vzhledem k tomu, že tento okamžik nastává většinou ještě tehdy, když jsou napojeni na umělou plicní ventilaci a tudíž nejsou schopni verbální komunikace, jsou pro ně tyto chvíle jedny z nejtěžších. Komunikaci s pacienty, kteří se probouzejí z umělého spánku, je možné považovat za jednu z velmi důležitých činností, potřebných nejen k získání pacienta ke spolupráci, ale i k podpoře pacienta v úspěšném hledání jeho smyslu k životu.

Velmi výstižné mi připadá rozdělení komunikace na „říkání a naslouchání“, obzvláště ve smyslu neverbální komunikace. Pacienti, kteří nejsou schopni verbální komunikace „říkají“ a zdravotníci, nebo ostatní pečující osoby „naslouchají“. Při těchto rozhovorech je velmi důležitá otevřenost duše, autenticita a kongruence.

Hledání smyslu je pro pacienty, probouzející se z umělého spánku, jedním z důležitých předpokladů k jejich uzdravení. Pokud nemají představu o tom, co je smyslem jejich dalšího žití, nemají pro koho a proč žít, žijí existenci bez budoucnosti, je důležité jim při hledání nového cíle pomoci. Nezáleží na tom, jak malý, či jak velký cíl si pacient určí, ale záleží na jeho přesvědčení, že jeho cíl je dobrý. Člověk, který nenalézá oporu ve svém budoucím cíli, se vzdává svého lidství a zapomíná, že těžké životní situace mají i pozitivní stránky. Těžké životní situace dávají člověku možnost vnitřního morálního růstu, a pokud člověk není schopen tyto pozitivní stránky vidět, vzdává se možnosti jejich využití.

V praxi se při pomoci hledání smyslu osvědčilo zaměření se na blízkou budoucnost. Naděje na lepší budoucnost člověka drží, podporuje a pomáhá mu v těžkém boji s nemocí. Pokud se člověk nachází v situaci, kterou považuje za nevyřešitelnou a bezvýchodnou a od života již nic neočekává, osvědčilo se tuto situaci obrátit v pravý opak – ukázat člověku, že život něco očekává od něho.

Další možností pomoci a podpory, pokud zaměření se na budoucnost není vhodnou alternativou (např. v terminálním stadiu onkologického onemocnění), je zaměření se na minulost. Osvědčilo se připomínat, co dobrého člověk ve svém životě prožil, jak byl úspěšný druhým, jak dobrý život žil.

V praxi se rovněž potvrdilo, že není vhodné zaměřit se na příliš velké, těžce dosažitelné cíle, protože stejně tak jako naděje probouzí člověka k životu, stejně tak neúspěch v dosahování cílů způsobuje náhlé upadnutí do beznaděje, úzkosti a deprese.

V těžkých životních situacích, kdy hledáme cíl a smysl svého života, je sociální podpora druhých velmi ceněna. Člověk, který zůstává sám a bez opory, se velmi rychle vzdává, oproti tomu ten, kdo má proč žít, vydrží téměř cokoliv.

Frankl (1994) dále píše, že otázka smyslu života nelze stanovit jednou a provždy – je třeba vědět, že smysl života se může během života měnit a že životní úděl člověka je jedinečný a neopakovatelný a záleží jen na nás, jak tento úděl přijímáme, neseme a jak jsme schopni se k němu postavit.

5.5 Potřeba domova

Dalo by se říci, že všichni, kteří se dostanou do role pacienta, ať již v umělém spánku, nebo jakkoliv jinak, mají společnou potřebu - jít domů. K zamyšlení zůstává, co to znamená – „být doma“?

Domov je možné vidět nejen jako své obydlí ve smyslu hmotných věcí, které vlastníme, ale i jako střed světa, kde jsme a můžeme být sami sebou. Podstata takového domova znamená zvnitřnění sebe sama a svobodné hledání vlastní cesty k bytí, kterou si musí najít každý sám, bez podsouvání a nátlaku okolí. I domov je potřeba pochopit z něho samého, nikoliv z předsudků, které nám někdo podsouvá.

Hogenová (2013, s. 243) říká, že domov je takové místo, kde je možno sdílet své problémy s druhými. Pacient, probouzející se z umělého spánku, ale i kdokoliv jiný v jakékoliv obtížné životní situaci potřebuje cítit, že je doma. Proto je sdílení tak podstatné a komunikace tak důležitá. Zároveň je však důležité být se sebou samým, protože pokud jsme se sebou samými, znamená to, že jsme doma. Domov je tam, kde jsme bezpodmínečně přijati, tzn., že pokud jsme schopni přijmout sami sebe kdekoliv, třeba i v nemocnici, jsme doma. Z toho vyplývá, že i nemocnice může být domovem, pokud v ní dokážeme sdílet své problémy s druhými a zároveň přijmout sami sebe, být sami se sebou.

5.6 Potřeby pacienta při propuštění do domácího ošetřování

Považuji za důležité zmínit se o tom, jaké má pacient potřeby při propuštění a po propuštění do domácího ošetřování, jelikož tato oblast je velmi důležitá z hlediska psychiky člověka, který se mnohdy po velmi dlouhé době vrací domů a také je tato oblast poměrně často opomíjena.

Propuštěním pacienta z nemocničního zařízení ošetrovatelská a lékařská péče mnohdy končí, jelikož doporučené kontroly zdravotního stavu nejsou povinné a tudíž ne každý člověk je absolvuje. Zde bych viděla jako vhodné a potřebné, aby pacient, který opouští zdravotnické zařízení, věděl, kam a na koho se může v případě potřeby obrátit a to nejen s potřebami, které se týkají zdravotního stavu, ale i s potřebami, které se týkají psychické a sociální stránky.

Nejpřirozenější podporou pacienta, propuštěného do domácího ošetřování, většinou bývá rodina, nebo blízcí přátelé. Otázkou zůstává, na koho se může obrátit pacient, který žije sám. V nemocničních zařízeních existuje služba, kterou vykonává koordinátor následné péče, což je sociální služba pro ty, kteří po propuštění nejsou schopni ze zdravotních důvodů o sebe

sami pečovat. Tato forma služeb spočívá v zajištění následné péče o pacienta na odděleních LDN (Léčebna dlouhodobě nemocných), OCHRIP (Oddělení chronické intenzivní péče), v nejrůznějších Hospicích, nebo agenturách Domácí péče. V těchto zařízeních je dostupná veškerá péče ošetrovatelská, medicínská, psychologická i sociální.

Přesně tyto formy péče však mohou chybět pacientům, kteří jsou propuštěni do domácí péče jako soběstační. Jedná se i o pacienty, kteří byli určitou dobu v umělém spánku a vrací se zpět do svého domácího prostředí a do života vůbec. Ze své praxe i z osobní zkušenosti vím, že podpora člověka (pokud tedy rodina, nebo blízcí vůbec jsou schopni poskytovat adekvátní podporu), je nejintenzivnější v časném období po návratu domů. Stupeň intenzity podpory postupně klesá a v některých případech dokonce vymizí úplně.

Pokud se zamyslíme nad tím, kde je nejvhodnější hledat zdroje podpory, zjistíme, že názory se mohou velmi lišit. Někteří lidé jsou přesvědčeni o tom, že služby zdravotní a sociální péče jsou od toho, aby jim poskytovaly adekvátní pomoc a podporu. Někteří lidé jsou si vědomi toho, že úkolem těchto služeb je mimo jiné i vyhledávání adekvátních zdrojů pomoci podpory, tudíž nejsou zdrojem jediným.

Nejpřirozenějším zdrojem podpory je rodina, či komunita, ve které člověk žije. Rodina je většinou ta, která zná pacientovy zvyky, zná pacienta jako takového a tudíž je schopna mu nejlépe pomoci v překonávání jeho obtížné životní situace. Otázkou zůstává, do jaké míry chtějí, či mohou členové rodiny poskytovat pomoc a do jaké míry je pacient, propuštěný do domácí péče, schopen pomoc přijímat. Bylo by výhodou, kdyby byla rodina edukována o možnostech péče o svého člena rodiny, o způsobech, jakými je možné pomoc poskytovat a o možných úskalích, se kterými se mohou setkat.

V praxi je opakovaně pozorovatelné, že pacientům v domácí péči je spíše nepříjemné, když je rodina považuje za nemocné, neschopné sebepéče apod., přestože se našli i pacienti, kteří se ve své roli nemohoucích a bezmocných cítili dobře.

6 DOPORUČENÍ PRO INTERAKCI S PACIENTY NA UMĚLÉ PLICNÍ VENTILACI A S PACIENTY PROBOUZEJÍCÍMI SE Z UMĚLÉHO SPÁNKU

Z mého výzkumného šetření, které bylo uskutečněno v r. 2013 v Nemocnici Na Homolce, vyplývá několik kategorií, které se v rozhovorech dotazovaných respondentů objevovaly nejčastěji a opakovaně. Analýzou těchto kategorií bylo možné dojít k doporučením, která jsou uvedena níže.

Kategorie č.1 – prožívání nemožnosti verbálně komunikovat

Pacienti při nemožnosti verbální komunikace popisují stav bezmoci, nebo i stav bezcennosti, větší potřebu efektivně se dorozumět a snahu o verbální projev.

Doporučení: edukace o tom, z jakého důvodu není verbální komunikace možná, podpora pacienta v jeho kompetencích.

Kategorie č. 2 – neverbální projevy

Mezi neverbální projevy pacientů, kteří nemohou komunikovat verbálně, se řadí vydávání zvuků pomocí rukou, nebo pomocí dostupných předmětů, gestikulace a mimika. Neverbální projevy často provází nervozita, neklid, nebo dokonce agresivita z důvodu nemožnosti efektivně se dorozumět.

Doporučení: snaha o uklidnění pacienta, např. návrhem alternativních metod komunikace, dostupností péče a podpory.

Kategorie č. 3 – užívání alternativních metod komunikace

Mezi alternativní metody komunikace patří použití tabulek s předepsanými písmeny, nebo větami, dále použití písemného výrazu, nebo použití komunikačních karet. Alternativní metody komunikace pacienti popisují jako zdlouhavé, a verbální vyjádření své potřeby považují za kratší a efektivnější. Mnohdy pacienti udávají nemožnost či neschopnost vyjádřit svou potřebu krátce, výstižně a tak, aby byla správně pochopena.

Doporučení: správná volba alternativní metody vzhledem ke zdravotnímu a psychickému stavu pacienta.

Kategorie č. 4 – negativní emoce

Mezi negativní emoce, které se objevují u pacientů při probouzení z umělého spánku, patří strach, úzkost, vztek.

Doporučení: nedávat příčinu ke vzniku negativní emoce a neposilovat ji, pokud již vznikla.

Kategorie č. 5 – tělesné obtíže

Mezi tělesné obtíže v tomto případě patří bolest, žízeň, obtížné vyprazdňování, fyzická únava a vyčerpání.

Doporučení: provádění ošetrovatelských úkonů s maximální šetrností a vyjádření psychické podpory.

Kategorie č. 6 – poruchy spánku

Poruchy spánku udává většina pacientů a to z důvodu nedostatečného soukromí, nadměrného hluku, nebo osvětlení.

Doporučení: zajistit dostatek soukromí, omezit hluk a osvětlení a snaha o navození klidného spánku nejen hypnotiky.

Kategorie č. 7 – kontakty s okolím

Pacienti vnímají kontakt s rodinou a blízkými jako zdroj bezpečí, ochrany a možnosti poskytnutí konkrétní pomoci. Návštěvu rodiny či blízkého vnímají jako povzbuzení a motivaci k dalšímu uzdravování.

Doporučení: umožnění návštěv v jakoukoliv denní dobu, edukace rodiny o možnostech psychické a sociální podpory jejich blízkého.

Kategorie č. 8 – komunikace ze strany zdravotníka

Pacienti preferují vysvětlování, pravdivé podávání informací, vlídný a klidný tón hlasu a pomalé tempo řeči.

Doporučení: dostatek empatie a komunikačních dovedností ze strany zdravotníka.

Kategorie č. 9 – komunikace ze strany pacienta

Pacienti popisují potřebu komunikace, snahu o vyjádření své potřeby jakýmkoliv způsobem a zároveň obtížnost vyjádření své potřeby.

Doporučení: nabídka alternativních metod komunikace, pomoc při vyjadřování potřeb pacienta, psychická podpora.

Kategorie č. 10 – změna sociální role

Pacientem se nerodíme, ale během života se jím stáváme. Za zmínku zde stojí obtížnější zvládnání změny sociální role u zdravotníků, kteří se stávají pacienti (dostávají se do opačné role, než ve které byli doposud). Pacienti popisují se změnou role ztrátu kompetencí, nemožnost rozhodování a participace na některých činnostech.

Doporučení: vyjádření psychické i sociální podpory, posilování pacientových kompetencí a umožnění rozhodování pacienta o svém zdravotním stavu v rámci lékařské etiky.

Kategorie č. 11 – pozitivní zkušenosti se zdravotníkem

Pacienti udávají jako pozitivní, pokud zdravotník projevuje zájem o jeho osobu, snaží se komunikovat, pravdivě podává informace a nechává dostatek času k vyjádření pacientovy potřeby.

Doporučení: empatický, individuální a vstřícný přístup v interakci s pacientem.

Kategorie č. 12 – negativní zkušenosti se zdravotníkem

Pacienti udávají jako negativní, pokud zdravotník bagatelizuje jejich pocity, jedná s nimi nevhodně, příkře, či s despektem a vyjadřuje nedostatek času.

Doporučení: projevení účasti a pochopení.

Kategorie č. 13 – řešení situace

K popisovaným řešením situace samotnými pacienty patří smíření se, rezignace a různé konkrétní způsoby boje.

Doporučení: psychosociální pomoc pacientovi při hledání vhodného způsobu boje s nemocí.

Doporučení, popsaná níže, jsou aplikovatelná pro interakci s pacienty, ale velkou část z nich je možné a vhodné použít i v běžném životě.

Věnujme pacientovi maximální pozornost a dejme mu najevo, že jsme tady právě teď jenom pro něj. Tato zdánlivě nevýznamná skutečnost nabývá na své důležitosti právě v době, kdy se člověk dostává do role pacienta, je zranitelnější, citlivější, chová se tzv. jinak než obvykle.

Vysvětleme pacientovi, pokud tomu jeho aktuální situace odpovídá, tzn. např. při zavedení endotracheální kanyly, která je důvodem zhoršené komunikace, že tento stav je pouze dočasný a nabídneme alternativní metody komunikace (v nemocničních zařízeních jsou

k dispozici různé tabulky s předepsanou abecedou, komunikační karty apod.) Pacientovi je třeba vysvětlit, že při metodě odezírání z úst je vhodné volit pouze slova nebo kratší věty a viditelně artikulovat, abychom předešli zbytečným nedorozuměním.

Udržujme zrakový kontakt s pacientem, trpělivě naslouchejme a při rozhovoru dávejme neverbálně najevo porozumění a zájem. Zároveň je vhodné sledovat veškeré neverbální projevy pacienta (gesta, nervozitu, mimiku) a vyvarovat se nevhodných verbálních či neverbálních projevů, kterými bychom mohli pacienta poškodit.

Rozhovor by se měl dotknout současné situace pacienta a výhledu do budoucnosti. Zjistíme, co pacienta tíží, z čeho má obavy, zjistíme pacientova přání a potřeby. Během rozhovoru s pacientem na umělé plicní ventilaci bychom měli najít cíl, o který může pacient usilovat, a tím u něj vzbudit naději na zlepšení situace.

V každé situaci je vhodné posilovat kladné sebepojetí a lidskou důstojnost, nicméně v období nemoci bych toto doporučení viděla jako stěžejní. Je důležité, aby si člověk sám sebe nepřestal vážit, aby měl chuť a sílu jít dál, což bývá pro mnohé pacienty velmi těžké.

7 VZPOMÍNKY PACIENTŮ PO PROBUZENÍ Z UMĚLÉHO SPÁNKU

Pacienti, kteří byli kvůli svému závažnému zdravotnímu stavu uvedeni do umělého spánku, si mnohdy pamatují některé, nebo veškeré události, které v tomto období proběhly, přestože během doby udržování v umělém spánku jim byla aplikována farmaka, která mají způsobovat amnézii.

Jako příklad zde uvádím případ pacienta, o kterého jsem pečovala před několika lety na oddělení kardiologie a se kterým jsem se nedávno znovu setkala. Jedná se o pacienta, který byl hospitalizován na koronární jednotce, byl udržován v umělém spánku pro vážný zdravotní stav, ale po několika týdnech úspěšné léčby se vrátil do domácího ošetřování. V nedávné době tento pacient přišel k nám na kontrolu zdravotního stavu a po vyšetření mi sdělil, že si na mne pamatuje. Postupně jsme pomocí dlouhého rozhovoru zjistili, že si pamatuje nejen na mne, jak jsem o něho pečovala, ale že si vybavuje i mnoho zážitků, které prožil ještě během umělého spánku a při probouzení. Zaujalo mne, s jakou přesností si pacient vybavoval různé zážitky, a to jak psychické, tak i tělesné a i to, jak na něj působil návrat do míst, kde prožíval těžké chvíle svého života. Zde bych ráda znovu zopakovala, že tělo má paměť (cit. dle Merleau – Ponty, 1966) Pacient nejen, že si vybavoval různé vzpomínky, ale současně i tělesně prožíval okamžiky, které popisoval a to jak ty pozitivní, tak ty negativní.

Považuji za důležité podotknout, že tento pacient má povolání čistě technického zaměření a žádné předchozí vzdělání v oblasti psychologie ani jiných příbuzných oborů nemá. Přesto naprosto dokonale dokázal popsat např. tělesné schéma, přestože „jen“ laickým způsobem. Pacient popisoval, že teprve když nebyl schopen pohybu a verbální komunikace, uvědomil si, jak usilovně se musel soustředit na to, aby jeho tělo bylo znovu schopno vykonat nějaký pohyb. Dále popisoval, jak bylo pro něj důležité, že nebyl sám, že s ním někdo komunikoval, což mu dodávalo pocit jistoty a bezpečí. Současně bylo zajímavé propojení zážitků z období probouzení z umělého spánku s pacientovým předchozím životem. Pacient hovořil o tom, jak si byl vědom toho, že jeho reakce na různé podněty, které přicházely ze strany zdravotníků, byly takové, jako by je již znal z dřívější doby. Po mých dalších dotazech jsme zjistili, že se z jeho strany jednalo o stejné reakce, jaké si pamatuje z dětství při podobných situacích. K zamyšlení zůstává, do jaké míry jsou tyto reakce vědomé či nevědomé a do jaké míry byl pacient ovlivněn medikací.

Zdravotničtí pracovníci, kteří pečují o pacienta v době, kdy bojuje o život, ale nejen tehdy, se mohou zapisovat do jeho paměti. Ve své praxi jsem se mnohokrát setkala s tím, že se pacient, který byl hospitalizován a napojen na umělou plicní ventilaci, vrátil do nemocničního zařízení buď ke kontrole, nebo znovu k hospitalizaci s tím, že byl schopen naprosto přesně poznat sestry, které o něj pečovaly, pamatoval si jejich jména, a někteří si pamatovali dokonce i na dobu, kdy byli v umělém spánku (zde se však často překrývají sny s realitou, nicméně po delším rozhovoru je možné zjistit, co byla realita a co nikoli). To vše by nás mělo motivovat k tomu, abychom při své práci nezapomínali na lidskou důstojnost, úctu a vždy jednali tak, abychom se zapsali do paměti pacienta pozitivně...

Správná a efektivní komunikace je potřebná, výrazně přispívá ke zlepšení nejen psychického, ale i fyzického zdravotního stavu pacienta, může urychlovat proces uzdravování a výrazně zvyšuje důvěru ve zdravotnický personál. Záleží jen na nás, jak se do paměti pacientů zapíšeme, zda pozitivně, či negativně, a je třeba myslet na to, že nám pacient a jeho rodina možná prominou drobnou odbornou neznalost, ale rozhodně nám neodpustí nevhodné jednání, strohost a absenci empatie. Je vhodné mít na paměti, že právě sestra je ta, na kterou se pacient obrací s prosbou o pomoc, radu a pochopení. Sestra se stává jedním z těch, kteří jsou v době nemoci pacientovi nejbližší, a to nejen proto, že vstupuje do jeho intimní zóny při provádění ošetrovatelských výkonů, ale i proto, že právě jí pacient svěřuje své bolesti, obavy a strach. Proto je vhodná komunikace nejen potřebná, ale i nutná, a to ve všech fázích nemoci.

7.1 Potřeba pacientů sdělovat své sny z období umělého spánku

Z praxe vyplývá, že pacienti chtějí hovořit o svých snech. Vystává však problém, komu by pacient měl své sny sdělit, aby to pro něj bylo přínosem a nedocházelo spíše k jeho traumatizaci. Důležité je, aby si kdokoliv, kdo pečuje o pacienta, uvědomil, že pacient má právo kdykoliv říci stop a má právo kdykoliv své vyprávění ukončit. Tímto uvědoměním je možné předejít riziku traumatizace.

Pokud se zamyslíme nad tím, kdo se v blízkosti pacienta, který se probouzí z umělého spánku, nachází, zjistíme, že se jedná o zdravotnický personál a rodinné příslušníky. Ke zdravotnickému personálu lze přiřadit pomocný zdravotnický personál, zdravotnického asistenta, zdravotní sestru a lékaře. Je k zamyšlení, která z těchto profesí je schopna, ať časově či jinak, naslouchat člověku a hlavně poskytnout adekvátní podporu. Můj názor je ten, že nejbližší pacientovi v tomto směru může být sestra. Otázkou však zůstává, zda je každá

sestra schopna empaticky aktivně naslouchat, zda má na to časové možnosti a zda je schopna efektivně poskytovat potřebnou podporu.

Z praxe vyplývá, že pacienti mají potřebu hovořit o svých snech, ale většinou bezprostředně po probuzení. Pouze malá část pacientů má potřebu sdělovat své sny z umělého spánku později, nebo dokonce po propuštění do domácí péče. Jsou však i pacienti, kteří jsou schopni a chtějí hovořit o svých snech i po několika letech.

Jedním z nich je pacient, který po několika letech přišel k další kontrole do naší nemocnice. Po kratším rozhovoru jsme došli k závěru, jak důležité je sdělování snů pro psychiku člověka. Pacient považoval za důležité sdělit své sny tomu, kdo je schopen dát jeho sny do reálných časových souvislostí, v jeho případě sestřám, které o pacienta v době probouzení z umělého spánku pečovaly. Pro pacienta bylo důležité zařazení vzpomínek a snů do časových souvislostí z toho důvodu, že se nedokázal smířit s tím, že by snad několik dnů nebyl schopen vnímat okolní svět. Z jeho tvrzení však vyplývá, že vnímání okolního světa schopen byl, byť bylo toto vnímání prokládáno různými sny. Zařazení snů do časových souvislostí pacientovi pomohlo zorientovat se v situaci a byl schopen dát si do reálných souvislostí i své sny.

Jednou z věcí, kterou pacienti považují za nepříjemný problém, je právě neschopnost orientovat se v čase. V nemocničních zařízeních, hlavně na odděleních intenzivní péče, pacienti mnohdy nejsou schopni odlišit ani den od noci, natož dny v týdnu, nebo aktuální datum.

Rovněž pacient považoval za důležité sdělit sny tomu, kdo má povědomí o tom, že sny v umělém spánku existují a jakého jsou charakteru, v lepším případě tomu, kdo má s jejich interpretací či výkladem alespoň základní zkušenost. Zde se znovu dotýkáme otázky, komu má pacient své sny sdělit a jak ve zdravotnictví schází odborníci, kteří se touto problematikou zabývají.

7.2 Společné znaky snů pacientů v umělém spánku

Pacienti, kteří byli v umělém spánku, popisují různé sny, které však mají společné znaky. Za nejdůležitější považují fakt, že tito pacienti udávají nemožnost oddělení reality od skutečnosti. Z tohoto zjištění je možné usuzovat na to, proč se někteří pacienti chovají agresivně, nebo mají potřebu se bránit. Pokud se pacientovi, který není schopen oddělit realitu od skutečnosti, zdá sen o tom, že je pronásledován, nebo předpokládá nějakou formu

perzekuce, je celkem evidentní, že přijde-li k němu sestra, která shodou okolností potřebuje vykonat poměrně bolestivý výkon, setká se s určitou formou agrese za strany pacienta.

Sny, ve kterých převládá pronásledování, perzekuce, nebo jakákoliv jiná forma negativního zážitku, udávali všichni pacienti, se kterými jsem o tomto tématu hovořila. Někteří udávali, že jejich sny byly pouze negativního rázu, někteří navíc popisovali i sny, které považovali za pozitivně laděné, ale s pacienty, kteří by udávali pouze pozitivně laděné sny, jsem se ve své praxi nesečkala.

Další společným znakem snů v umělém spánku jsou např. situace, které se podobají cestování a jsou doprovázeny (dle popisu pacientů) nádhernými, barevnými scénériemi z míst, které pacienti buď znají ze svého předchozího života, nebo je vidí poprvé. Tento znak bych viděla jako určitou formu psychické obrany, stejně jako potřebu představ, které se velmi často projevují i formou představy blízké osoby.

Z toho vyplývá, že dalším společným znakem snů u těchto pacientů jsou představy jejich blízkých. Z toho, co tito pacienti popisují, vyplývá, že existuje i jiná potřeba kontaktu, než je fyzický. Jedná se o potřebu psychického kontaktu, podrobněji popsáno v kapitole 4.2. Je to určitá forma kontaktu, která se odehrává v představách a pomáhá zvládnout obtížnou situaci. Tito pacienti si většinou představují někoho ze své rodiny, ze svých blízkých a již samotná představa někoho, koho mají rádi, jim dodává energii, tolik potřebnou ke zvládnání obtížné životní situace, ve které se nachází.

7.3 Záchytný bod

Jedním ze společných znaků, který je v praxi opakovaně popisován, je potřeba tzv. záchytného bodu. V praxi tento termín používají nezávisle na sobě všichni, kteří jej popisují.

V situaci pacienta v umělém spánku, který má sny, v nichž vidí obrazy krajiny, po které zároveň cestuje, se tento termín přímo nabízí.

V praxi se opakovaně stává, že pacienti popisují potřebu tohoto záchytného bodu v různých situacích.

První variantou záchytného bodu je bod, který je reálný, tzn., že je viditelný a hmatatelný a pacienti jej využívají v situacích, kdy po dlouhé době vstávají z lůžka, učí své tělo znovu stát a chodit. Tehdy popisují potřebu dívat se na pevný, nehybný bod, např. na stěně pokoje, aby byli schopni udržet rovnováhu, nebo aby byli schopni odpoutat se od bolesti, která první

nácviky vstávání z lůžka většinou provází. Z výše řečeného vyplývá, že tato varianta záchytného bodu souvisí spíše s tělem a tělesnými prožitky pacienta.

Druhou variantou záchytného bodu je bod, který existuje v představách pacienta, není tedy viditelný a hmatatelný. Tato varianta záchytného bodu souvisí s hledáním důvodů, proč se nepoddát nemoci a proč se snažit o efektivní spolupráci na ošetrovatelském procesu. Souvisí tedy, na rozdíl od první varianty, spíše s duševními prožitky pacienta.

Záchytný bod se tedy jeví jakousi jistotou, nebo oporou, díky které se pacienti dokážou se svou situací smířit, znovu věřit ve své uzdravení a bojovat za ně. Existuje mnoho zdrojů, o které je možno se opřít, ale pacientům při probouzení z umělého spánku, kdy může být jejich vnímání a prožívání ovlivněno medikací, je vhodné přispět s vyhledáváním a pojmenováváním zdrojů pomoci.

V praxi se ukazuje, že vhodným zdrojem pomoci a opory ve výše zmiňovaných situacích jsou např. stereotypy. Patří sem všechny činnosti, které děláme automaticky, patří k našim návykům, či zvyklostem. Dalším zdrojem opory jsme my sami - je možné opřít se o své zkušenosti, znalosti a dovednosti. Z toho vyplývá, že fyzická činnost při provádění naučených stereotypů, naše znalosti, zvyky, dovednosti, to vše může být zdrojem jistoty a opory v těžkých životních situacích.

Dalším zdrojem pomoci, který se týká spíše psychické činnosti, je výše zmiňované hledání důvodů, proč se nepoddát nemoci, které souvisí především s hledáním smyslu.

7.4 Pohled rodinných příslušníků na období probouzení z umělého spánku

Situaci, kdy není možné komunikovat verbálně, je možné prožívat různě. Jinak může tuto situaci prožívat ten, kterého se to bezprostředně týká, a jinak ten, kdo tuto situaci nikdy sám neprožil. Je vhodné si uvědomit, že může být někdy i velký rozdíl mezi potřebami tak, jak je vidí pacient na umělé plicní ventilaci a jak je vidí rodinní příslušníci.

V praxi je možné zaznamenat jak rozdíly, tak i shody v tom, jak situaci nemožnosti verbální komunikace vidí pacient a jak jeho rodina. Rozdíly se týkají toho, že rodinný příslušník se snaží řešit spíše praktické potřeby, jako je polohování, masáže, výživa a svou návštěvu vidí jako těžkou fyzickou činnost, zatímco pacient preferuje psychickou podporu, nebo pouhou přítomnost blízkého člověka. Pacienti upřednostňují řešení svého psychického stavu, chtějí více komunikovat, ale většina z nich preferuje i fyzický kontakt.

Pacienti i rodina se shodují v tom, že nemožnost verbální komunikace je jeden z nejhorších životních zážitků, potřeba komunikace je obrovská a očekává se, že zdravotník, lékař, či sociální pracovník bude schopen poradit, pomoci a bude v tomto směru jednat aktivně.

Za zmínku stojí i to, že rodinný příslušník popisuje, že u pacienta dochází ke změně psychického stavu, konkrétně ke změně pozornosti a vnímání svého okolí, přičemž pacient popisuje spíše neschopnost rodinného příslušníka porozumět jeho způsobu komunikace. Pacienti nevnímají, že by jejich pozornost a vnímání okolí bylo jakkoliv změněno a návštěvu rodinného příslušníka pocítují jako možnost uklidnění a navození spánku, jelikož získávají v jejich blízkosti pocit bezpečí. Naproti tomu rodina, která preferuje uspokojení fyzických potřeb pacienta, vnímá návštěvu jako namáhavou fyzickou činnost.

Tab. Č. 1 **Shody a rozdíly ve vnímání nemoci rodinou a pacientem**

	Rodina	Pacient
Rozdíly	Řešení praktických věcí, tělesných potřeb.	Řešení psychického stavu, fyzický kontakt, komunikace.
	Změna pozornosti vlivem léků a psychického stavu	Pozornost a vědomí se nezměnilo.
	Návštěva = namáhavá fyzická činnost.	Návštěva = uklidnění, spánek.
Shody	Nemožnost verbální komunikace je jeden z nejhorších životních zážitků.	
	Potřeba komunikace a dorozumění je obrovská.	
	Očekávání rady, pomoci a aktivity	
	Nedostupnost zdravotníka, když je zrovna potřeba.	

Převzato z bakalářské práce autorky této práce

ZÁVĚR

Cílem této práce bylo popsat psychosociální péči o pacienty ve zdravotnictví, speciálně o pacienty, kteří se probouzejí z umělého spánku. Dalším účelem bylo upozornit na potřebu spolupráce zdravotníků a sociálních pracovníků, která je nedílnou součástí v péči o nemocné a která je v dnešní době značně opomíjena.

V dnešní době se psychosociální péče v nemocničních zařízeních poskytuje formou podpory nemocničních kaplanů, což je jistě určitým krokem vpřed, nicméně tento krok by neměl zůstat krokem jediným. Pacientům, kteří nejsou věřící, se tak zužuje výběr možností pomoci a podpory, protože ne vždy a ne všichni pacienti dokážou, nebo chtějí přijmout podporu od nemocničního kaplana.

Jako další krok ke zvyšování kvality ošetrovatelské i lékařské péče se nabízí větší spolupráce se sociálními pracovníky. Uplatnění sociálních pracovníků ve zdravotnictví se jeví jako smysluplné a potřebné, a to obzvláště tehdy, pokud absolvují psychoterapeutický výcvik. Jejich psychosociální podpora nemocným je pak kvalifikovaná, efektivní a pacienty i zdravotníky velmi vyhledávaná.

U pacientů, kteří se probouzejí z umělého spánku, je psychosociální péče nedílnou součástí léčby, nicméně ji z časových důvodů není možno poskytnout v žádoucím rozsahu. Sestra, která pečuje o tuto skupinu pacientů, přestože je třeba absolventkou psychoterapeutického výcviku, má málokdy během své pracovní doby časové možnosti k tomu, aby svou zkušenost z výcviku adekvátně využila.

Řešením této situace by mohlo být právě větší začlenění zdravotně - sociálních pracovníků do ošetrovatelského procesu.

Tato práce se zabývá po teoretické stránce stavem pacientů probouzejících se z umělého spánku a přístupem ošetřujícího personálu, který jejich stav vyžaduje.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

ADAMEC, Jiří. *Spánek a sny v klinické psychopatologii*. Brno: Filosofický seminář – katedra teorie, 2010. ISBN 978-80-87234-22-8.

BOSS, Medard. *Včera v noci se mi zdálo*. Praha: Triton, 2002. 233 s. ISBN 80-7254-229-X.

ČERNOUŠEK, Michal. *Sen a snění*. Praha: Horizont, 1988. 184 s. ISBN 40-057-88.

FRANKL, Viktor Emanuel. *Člověk hledá smysl*. Praha: Psychoanalytické nakladatelství J. Kocourka. Sazba Triton, 1994. 87 s. ISBN 80-901601-4-X.

HEIDEGGER, Martin. *Bytí a čas*. 2. vyd. Praha: Oikoymenh, 2008. 488 s. ISBN 978-80-7298-048-3.

HEIDER, Fritz. *The Psychology of Interpersonal Relations*. New York: John Willey, 1958. 322 s. ISBN 0898592828

HERMANOVÁ, Miroslava. ŠRÁMKOVÁ, Jaroslava a Zacharová, Eva. *Zdravotnická psychologie*. Praha: Grada, 2007 ISBN 978-80-247-2068-5.

HOGENOVÁ, Anna. *Fenomén domova*. Praha: Karolinum, 2013. 301 s. ISBN 978-80-7290-705-2.

HOGENOVÁ, Anna. *K věci samé*. Praha: Karolinum, 2012. 239 s. ISBN 978-80-7290-615-4.

HUSSERL, Edmund. *Logická zkoumání II/1*. Praha: Oikoymenh, 2010. 501 s. ISBN 978-80-7298-397-1.

JANOUSEK, Jaromír. *Verbální komunikace a lidská psychika*. Praha: Grada, 2007. 176 s. ISBN 978-80-247-1594-0.

KOPŘIVA, Karel. *Lidský vztah jako součást profese*. 6. vyd. Praha: Portál 2011. 147 s. ISBN 978-80-7367-922-4.

KRÁLOVÁ, Jaroslava a ŠPATENKOVÁ, Naděžda. *Základní otázky komunikace*. Praha: Galén, 2009. 132 s. ISBN 978-80-7262-599-4.

KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Jak zvládat stres*. Praha: Avicenum, 1994. 192 s. ISBN 80-716-9121-6.

KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie moudrosti a dobrého života*. Praha: Grada, 2009. 144s. ISBN 978-80-247-2362-4.

KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie nemoci*. Praha: Grada, 2002. 198 s. ISBN 80-247-0179-0.

- KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie zdraví*. 2. vyd. Praha: Portál, 2003. 279 s. ISBN 80-7178-774-4.
- KUTNOHORSKÁ, Jana. *Etika v ošetrovatelství*. Praha: Grada, 2007. 164 s. ISBN 978-80-247-2069-2.
- LIEBERMAN, Matthew. *Social*. New York: Oxford University press, 2015. 384 s. ISBN 9780198743811.
- LINHARTOVÁ, Věra. *Praktická komunikace v medicíně*. Praha: Grada, 2007. 152 s. ISBN 978-80-247-1784-5.
- MAHROVÁ, Gabriela a VENGLÁŘOVÁ, Martina. *Komunikace pro zdravotní sestry*. Praha: Grada, 2006. 144 s. ISBN 80-247-1262-8
- Merleau-Ponty, M. *Phänomenologie der Wahrnehmung*. Berlin: Rudolf Boehm, 1966. 535 s. ISBN 3110068842, 9783110068849.
- NEČAS, Emanuel et al. *Patologická fyziologie orgánových systémů*. Praha: Karolinum 2005. 743 s. ISBN 80-246-0674-7.
- PATOČKA, Jan. *Péče o duši II*. Praha: Oikoymenh, 1999. 394 s. ISBN 80-86005-91-7.
- POKORNÁ, Andrea. *Efektivní komunikační techniky v ošetrovatelství*. Brno: NCONZO, 2006. 86 s. ISBN 80-7013-440-2.
- POKORNÁ, Andrea. *Komunikace se seniory*. Praha: Grada, 2010. 160 s. ISBN 978-80-247-3271-8.
- ŘÍČAN, Pavel. *Cesta životem*. 2.vyd. Praha: Portál, 2004. 390 s. ISBN 80-7367-124-7.
- ŘÍČAN, Pavel. *Psychologie osobnosti*. 6.vyd. Praha: Grada, 2010. 208 s. ISBN 978-80-247-3133-9.
- SELIGMAN Martin E.P. *Helplessness: On Depression, Development, and Death*. W.H. Freeman company, 1992. 250s. ISBN 071672328X.
- SILBERNAGL, Stefan a. DESPOPOULOS, Agamemnon. *Atlas fyziologie člověka*. 3. vyd. Praha: Grada. 2004. 448 s. ISBN80-247-0630-X.
- ŠAMÁNKOVÁ, Marie. *Lidské potřeby ve zdraví a nemoci*. Praha: Grada, 2011. 136 s. ISBN 978-80-247-3223-7.
- VÁCHA, Marek , KÖNIGOVÁ, Radana a MAUER, Miloš. *Základy moderní lékařské etiky*. Praha: Portál, 2012. 304 s. ISBN 978-80-7367-780-0.
- VOKURKA, Martin, HUGO, Jan aj. *Praktický slovník medicíny*. 9.vyd. Praha: Maxdorf, 2008. 520 s. ISBN 978-80-7345-159-2.

- Vše o léčbě bolesti*. Praha: Grada, 2006. 356 s. ISBN 80-247-1720-4.
- VYBÍRAL, Zbyněk. *Psychologie komunikace*. Praha: Portál, 2005. 320 s. ISBN 80-7178-998-4.
- VYMĚTAL, Jan. *Úvod do psychoterapie*. 3. aktualizované a doplněné vydání. Praha: Grada, 2010. 288 s. ISBN 978-80-247-2667-0
- VYMĚTAL, Jan a kolektiv. *Obecná psychoterapie*. 2. rozšířené a přepracované vydání. Praha: Grada, 2004. 340 s. ISBN 978-80-247-0723-5
- ZAKOUŘILOVÁ, Eva. *Speciální techniky sociální terapie rodin*. Praha: Portál, 2014. 192 s. ISBN 978-80-262-0583-8
- STIBOR, Bronislav. SCHWAMEIS, Franz. Aktuální trendy dlouhodobé farmakologické sedace kriticky nemocných. *Anesteziologie a intenzivní medicína*. 2014, roč. 25, č. 4, s. 307 – 314. ISSN 1214-2158
- Atribuce. *Wikisofia.cz*. ISSN 2336-5897 [online]. ©2013, 23. 11. 2014 [cit. 2015-07-13]. Dostupné z: <https://wikisofia.cz/index.php?title=Atribuce&action=history>
- Co dělá mozek v umělém spánku? *Nasagel.cz* [online]. ©2011 – 2015, 14.1.2015 [cit. 2015-07-13]. Dostupné z: <http://www.nasagel.cz/z-nemocnic/podhorska-nemocnice/1406-umely-spanek.html>
- Hygiensis a iatreusis a "ne-moci" se pohybovat na životní cestě“. *lirtaps.cz* [online]. ©2005, 4. 7. 2014 [cit. 2015-07-14]. Dostupné z http://www.lirtaps.cz/psychosomatika/psomweb2006_4/konf_predn_hogenova.htm
- Naučená bezmocnost ví předem: nemá to cenu. *Vitalia.cz* [online]. ©2013, 7. 3. 2013 [cit. 2016-02-20]. Dostupné z <http://www.vitalia.cz/clanky/naucena-bezmocnost-vi-predem-nema-to-cenu/>
- Bakalářské práce:
- LEDEREROVÁ, Kateřina. *Komunikace sester s nemocnými při odvykání od umělé plicní ventilace*. Bakalářská práce. Praha, 2013. 3. lékařská fakulta Univerzity Karlovy. 80 s. Vedoucí práce Mgr. M. Mauer.

PŘÍLOHY

1. Pacientka po dlouhodobé umělé plicní ventilaci pro Guillan – Barrého syndrom

Já jsem se vás chtěla zeptat na vaše pocity, který jste měla, když jste se probudila na tom ventilátoru a zjistila jste, že nemůžete mluvit?

No, je to asi špatně pochopitelný pro ostatní, ale je strašná chyba, že když je ten člověk v tom umělém spánku, oni ho pak probouzejí a než se jako úplně probudí, tak tomu člověku vlastně nikdo neřekne, co se stalo, co se děje, protože dopředu mu nikdo neřekne: my vás uvedeme do umělého spánku, protože je to vždycky dramatický. Takže to nikdo vlastně zpětně neví, co se dělo, takže já jsem jako vůbec nechápala to, že nemůžu mluvit. Já jsem tomu vůbec nerozuměla a vůbec jsem jako nevěděla, co se stalo a trvalo mi to hrozně dlouho, protože mi to vlastně nikdo nevysvětloval, ani z těch doktorů, ani z těch sestřiček, ani z těch příbuznejch, protože to nevěděli, že jo. Že jsem byla v umělém spánku, že jsem na ventilaci, že nemůžu mluvit a trvalo mi to....já nevím....

No, já mám taky zkušenost s umělým spánkem a s ventilací a musím říct, že zatím ty vaše pocity jsou hodně podobný těm mým, tak mi klidně říkejte cokoliv, i kdybyste si třeba myslela, že je to nesmysl...já bych ráda zjistila, jestli ty pocity ti pacienti mají ty dojmy a pocity stejný...

Tak to vám řeknu, že určitě měli, protože co jsem se bavila s nima v Kladrubech potom, protože tam to měla většina lidí takhle dramatický, tak většinou všichni měli takový ty barevný, ty strašný sny. Šílený, na který doteď nemůžete zapomenout, že jo...

A můžete mi popsat třeba některej, na kterej si pamatujete, nebo na to máte až tak špatnou vzpomínku, že se k tomu nechcete vracet?

No, já mám teda vzpomínky hrozný v tom, že já jsem si to jela v takovym, tak živě, že to že nemůžu mluvit a to co jsem měla v těch snech, tak to se mi smísilo úplně se skutečností, takže já jsem vůbec nevěděla, co je realita, nebo co prostě byly sny. To jsem jim říkala i na tom JIPu, proč mi to jako nikdo neřek? Jsem říkala : víte, jak já jsem se vás bála? Já měla pocit, že mi jdete po krku, že mně chcete zabít...bylo teda zvláštní, co jsem měla v tom umělém spánku, že jsem měla sny, že jsem úplně ochrnutá a to jsem nemohla vědomě vědět, takže ta hlava to nějakým zvláštním způsobem teda ví, co se s tím tělem děje, to teda už vim teďko. Takže jak já jsem v těch snech byla ochrnutá, tak ne že by mně někdo vyloženě škrtil, nebo chtěl zabít, ale tím, jak jsem byla bezmocná, ochrnutá, to jsem věděla, že jsem bezmocná, ochrnutá, tak všechny ty sny byly na základě toho, že prostě: nechávali mně ležet, odešli, nedali mi najíst, byly to lítací sny, jako do raket, do helikoptéry, nevím, jestli to bylo

způsobený tím, že nad tou nemocnicí lítaj letadla a že tam přistávají ty vrtulníky, to nevím, to netuším, ale pak co měli i ty ostatní, tak jsem měla jako že mně zatáhli do vody, teď mně dotáhli do nějakýho podmořskýho prostě světa a takový, ale ve všech těch snech bylo, že jsem úplně bezmocná a vždycky mně nechali někde třeba na horách na posteli a otevřeli dveře, odešli a nechali mně tam a já jsem, tím že jsem věděla že jsem ochrnutá a nemůžu se bránit, já jsem v těch umělejch snech věděla, že i nemůžu mluvit....že prostě jsem úplně mimo, že tam prostě ležím a že mně tam vždycky někam odšoupnou do rohu a nikdo si mně nevšímá, okolo je sranda, okolo chtěj odletět a mně tam nechat a vždycky mně berou jako tu přítěž, tak jako : co s ní uděláme, jo...ale ve finále tam bylo taky jako že se střílelo a tak je to zvláštní, že jsem věděla, že jsem ochrnutá a přitom když mně z toho probrali, tak jsem nevěděla jako co...jako co se mi zdálo a co byla pravda. A když jsem to říkala, tak ta pani doktorka mi říkala: tak on by měl bejt asi nějaký psycholog, kterej by to....no ale já říkám, kdyby mi to jako někdo srozumitelně řekl, jako že: to co se ti zdálo, to bylo jenom proto, že jsi byla v umělým spánku...takhle já jsem z toho byla úplně vycucaná, že oni po mně jdou!!! A ještě jako prvního, koho jsem zaregistrovala, byl můj brácha a že jsem mu jako říkala: chtěj mně zabít, vem mně odsud a on mi teprve řekl, že nemůžu mluvit. A to mi vyprávěla dcera, že jak mně uvedli do toho umělýho spánku, tak že jí říkali, že tam jako ani nemusej ke mně chodit, že jsem v tom umělým spánku, jenomže ona je paličatá, něco si o tom i načetla, tak za mnou chodila každěj den a říkala, že tam byla snad 4 hodiny vždycky a četla mi. A četla mi a povídala prej a četla mi časopisy ...a v těch snech mejch, co jsem měla v tom umělým spánku jsem tam měla jenom tu dceru. Neměla jsem jí tam ve stylu jako že bych jí slyšela, ale když třeba mně odvezli do toho podvodního světa, tak tam byly takový podivný ženský, byly tetovaný na čele a byly to jenom ženský a teď tam byla nějaká porodní místnost, kde se rodilo a všechny kluky tam jakoby utráceli, no prostě úplně ujetý ale bylo to luxusně zařízený, takový oranžový, hezký, a ta dcera moje jakoby pomáhala vždycky v nějakým tom snu, vždycky ta holka se mi tam objevila a jako a mně to uklidnilodobrý, ona je tady,jako nemůže se nic stát, ale pak se teda začala přeměňovat na ty potvory, tak jsem jí říkala: jako co to děláš,vždyť to jsou takový bestie a ona mi říká : neboj, já tady budu s tebou....takže to funguje stoprocentně!!! O tom jsem přesvědčená, protože já nikoho jinýho v těch snech jsem neměla a měla jsem jenom jí....

Tohle je úžasný, to by chtělo předávat dál, ty sestry to prostě nevědí.....oni netuší, že je potřeba říct tomu pacientovi, hned jak otevře oči, co se stalo....to se na žádný škole neučí a proto je třeba se s tím seznamovat...

No, proto jsem taky napsala tu knihu.!!!! (pozn. kniha „Vozík a vězení je pro každého“)

No, to je strašně moc dobře, já myslím, že ta psychika tam hraje velkou roli....

Neskutečnou, podle mně neskutečnou, já bych řekla jakoby že člověk jako dostává ty léky, že jo, to určitě, ale já si myslím, že to uzdravení stojí a padá s tou psychikou, to jako rozhodně. A taky mám až taky úplně někdy zvláštní pocit, i když za mnou chodili jako všichni členové rodiny a chodili tam často, chodili tam určitě denně, opečovávali mně, takže se mně stalo s tou holkou mojí, tím, že jsem jí měla tady v těch snech, tak mám někdy až takovej zvláštní pocit, že jsem na ní teď úplně jiným způsobem napojená, jakoby funguje to nevědomě, úplně nevědomě, ale myslím si, že kdybysme si dva tři dny nezavolaly, tak to je tragédie...je to až takový, jsem na ní neskutečně fixovaná teď...

Tak určitě vám pomohla, že jo, ono když na vás někdo v uvozovkách JENOM mluví, tak je to v závěru strašně moc...

No, to je strašně moc, to bych určitě řekla. Takový to, že mně někdo drží za ruku, to byl další takovej pocit, když už se mi dělalo líp, takový to fyzický, že mně někdo drží za ruku a že je všechno v klidu, tak já jsem automaticky usínala. Oni přišli na návštěvu, vzali mně za ruku a já jsem v tu ránu spala. A předtím jsem nespala celou noc, tak asi i ten fyzickej kontakt je od těch lidí blízkých je strašně důležitý....

A myslíte si, že by vám to bylo příjemný i od těch sester, kdyby ta sestra přišla a jen se dotkla...

Hm, myslím si, že určitě. Já nad tím přemejšlim a já jsem to tolikrát rozebírala s tolika lidma, že je to tak strašně těžký, protože jak si lidi jako sednou, že jo, někoho potkáte a začnete se bavit a ten člověk vám naskočí hned, že jo, a nebo nenaskočí a pak je to jako horší....jenže tam je to ještě stonásobně a je to tam vidět hned, okamžitě....a od některých sestřiček bych to asi ani nebrala, nevím, no, ale třeba naopak by tím všechno to negativní, co jsem v sobě proti nim měla, bylo v tu ránu pryč.

Hm, tak ono podle konceptu bazální stimulace, kde je to už dávno dávno popsáno, je řečeno, že ten první dotyk před tím, než začnete mluvit, se má uskutečňovat vždycky na tom samým místě, většinou někde na paži. A já jsem to zkoušela mockrát, a zjistila jsem, že když přijdu a dotknu se toho pacienta v umělém spánku, tak on na mně reaguje, vidím to na tom monitoru, a ze začátku reagovali třeba i negativně, ale časem si zvykli, zjistili, že se vždycky po tom doteku děje to samý a nikdy nic nepříjemného a začali reagovat pozitivně...

Tak to na mně nikdo nezkoušel, já tam mám tu dceru, ta vždycky říkala: já jsem tě držela za ruku a četla jsem ti. A možná i tím, že ostatní sice z mnou chodili, ale třeba řekli jenom pár vět, ale ona asi jak hodně mluvila, tak tu jsem tam měla pořád a to mi dělalo strašně dobře. V těch snech, když jsem jí tam někde viděla, tak to jsem věděla, že to bude dobrý, to jsem si

říkala: nic se nemůže stát, ona je tady. To byl takovej ten bod záchytný. A teď mně ještě napadlo, co se týká vážný muziky, jestli mi třeba dávali poslouchat něco, to jsem se dcery zapomněla zeptat, ale to jsem měla pocit, že se mi úplně vypere hlava a tatínek mi říkal: no od toho se ta vážná muzika poslouchá. Tak si myslím, že kdyby se tomu člověku ta muzika dávala poslouchat, tak by je to taky jako uklidnilo, protože ty tóny od té vážný muziky jsou takový, jsou tak správně posazený, že to ten nervovej systém vyvibrovává do takovýho toho pozitivního, jako vyladuje to...

A kdybysme se teď posunuly do toho stadia, kdy jste věděla, že už vás jako nezabijou, že jste v té nemocnici a nemůžete mluvit, tak tohle období byste nějak dokázala popsat?

Já tím, že jsem měla všechny ty nervy postižený, tak já nejvíc si z toho období pamatuju na tu šílenou bolest po celým těle. Protože tahleta nemoc je jako když nemáte kůži, jako když máte obnažený ty nervy od hlavy k patě, takže to je šílená bolest, neskutečná....takže oni mně chtěli polohovat nějakým způsobem, takže mně třeba zavěsili do takovýho sedátka, oni se bavili i s mojí dcerou o tom, jestli nějak jako morfin a tak a oni říkali, že je to na jednu stranu nebezpečný, taková ta závislost, že se nedá odhadnout na koho jak zapůsobí, takže oni mi ty tisíce léky nedali v podstatě žádný, takže já jsem si to pěkně odtrpěla a já jsem upadla do hrozný apatie, já jsem jako žila vevnitř a to ostatní okolo prostě úplně jsem to okolí nechtěla k sobě pustit, jako takovej jako že jsem byla zavřená vevnitř a jenom jsem se chtěla zbavit ty bolesti, no, to bylo děsný, no....

A ty trubky a toho ventilátoru jste se zbavit nechtěla?

Ne, ne, já jsem na něm byla asi 3 měsíce, a když jsem byla na ARU a pan doktor mi řekl, že mi to vytáhne, tak já jsem z toho dostala panickou hrůzu....já jsem už měla panickou hrůzu ze všeho, co se se mnou děje, já jsem měla takovej pocit: ať mně nikdo nic nedělá, ať na mně nikdo nešahá, ať mně všichni nechaj bejt.

A jak jste se dorozumívala?

No, na tom ARU jsme měli abecedu a mrkala jsem : ABCD mrk a znovu : ABCD...

A jak vám to vyhovovalo?

No, to bylo příšerný, to byla tragédie, protože ta hlava mi fungovala úplně normálně, pokud jsem zrovna neupadala do nějakýho bezvědomí, nebo co to bylo, takže já jsem si v hlavě pracně sestavovala nějakou kratoučkou větu, nebo něco, co chci říct, ale ono to bylo strašně těžký, protože dcera to třeba uměla, můj manžel to neuměl vůbec, bratr to neuměl, to bylo strašně těžký, protože se to muselo jako: držet mi tu abecedu před očima, na mně koukat a další rukou ještě psát ty písmenka, protože to se dalo špatně zapamatovat. Takže já jsem si pracně vytvořila nějakou tu větu, teď jsem mrkala, přesně jsem věděla, že mrkám dobře a oni to

třeba nepochytli v tu chvíli, takže z toho vylezla nějaká blbost a v tu chvíli já jsem úplně vnitřně šlela, dcera ta se rozplakala, že je blbá, manžel ten řek že tam nebude chodit, že mně jenom nervuje , no a mně to prostě to nedorozumění se s nima, to jako bylo hrozný, ale pak dcera vymyslela kartičky, nebo A4, kde měla napsáno jestli chci napít, utřít čelo, namazat, otočit, zavolat sestru, takže měla A4 z obou stran popsanou, takže jsme jely ty krátký věty, kde bylo napsáno, co bych tak asi mohla chtít...

To je super, protože nic takovýho v nemocnicích není, existuje abeceda, komunikační karty s obrázkem...

To si pamatuju, to bylo úplně na nic...

To vám dávali někde?

Jo, na JIPce. My jsme se vypracovaly s dcerou docela slušně, jak jsem neměla ani tu mimiku, protože jsem měla ochrnutej teda i ten obličej, tak oni nemohli ani pořádně odezírat, protože já jsem těma svalama v obličejí jakoby špatně....brácha mi vždycky říkal, že dělám kapříka, že jsem jenom pohybovala těma rtama a dcera mi říkala: jak už jsi začala ten obličej, tak už ti bylo jakoby možný odezírat. Byly třeba dvě sestry pak už na JIPce, jedna teda speciálně, ta odezírala luxusně, tak luxusním způsobem, že já říkám, že je tam průvan, on tam stál doktor a říkal: co paní chce? Ale.....že je tady průvan! Jo, takže ta teda odezírala prostě úplně luxusně a pak byly samozřejmě sestry který jako : já vám nerozumim, sebraly se a odešly pryč...

Jako neřešily to vůbec?

Ne, vůbec, nic vůbec...jako čtvrtina sester na tý JIPce strašnejch teda, katastrofální, to vám teda můžu říct. A jak jsem se na ně teď byla podívat, tak mně úplně vypadly ty obličej, nikoho jsem si nepamatovala z nich, ale jak jsem vešla dovnitř, tak mně to naskočilo, prostě ty obličej. A byla tam zrovna sestra, která nebyla jako nejmilejší a ona to teda musela vědět, protože já jsem se na ní schválně dívala a byla nervózní. Bylo na ní vidět, jak je jí to nepříjemný, že si tam povídám s doktorkou třičtvrtě hodiny a byla z toho docela jako vynervovaná. Víte, já jsem zažila třeba, že na mně sestra řvala ve dvě v noci, že si furt něco vymejšlim a já jsem nemohla nic, já jsem jenom mrkala jako, no, takže já jsem brečela a ona stála nade mnou jak dráb prostě. Je to strašný.

No, to by se asi mělo říkat nahlas tyhle věci...

Já jsem to právě proto napsala do tý knížky, já jsem říkala, helejte se, ty hrozný sny a to jak jsem se bála, to jako všechno jo, já jsem říkala: já před váma smekám, vy jste mně tady zachránili, o to nic,ale já jsem nechtěla do tý knížky psát něco s nějakým ohledem, to jako ne, no. Ale jo, jednou se to tak stalo, je to tak prostě, tak proč to tak nenapsat, kdybysme se

v tomhle směru pořád ohlíželi, co tomu řeknou druhý, tak bysme se zřejmě nikam nedostali. Prostě je to potřeba, ať s tím teda něco dělaj....

Já jsem tam taky psala, že já vim, že je to strašně náročný, já to prostě všechno vim, že to je jako psychicky náročný, to jsme si i s tou doktorkou říkaly, že to je jako o nervy kolikrát, ale jako všichni ty zdravotníci, co jsem se s nima setkala až po ty Kladruby tak jsou rádi za pacienta, kterej nic nechce, neotravuje, leží, je hodnej a jako konec. A na tom ARU a pak na tom JIPu, tak co tam jako člověk může? Já jsem pak začala hejbat rukama, když jsem něco chtěla, tak jsem měla ovladačku od televize, tak jsem bušila do toho zábradlíčka a jak je tam člověk vlastně sám, že jo, jak často tam ta sestra přijde, jednou za pár hodin, seděj tam za tím sklem, pak ty snídaně, ty léky a nic, že jo. Pak tam přijdou ty návštěvy, ta rodina je tam chvilku, takže člověk je rád, když přijde sestra, která je milá, příjemná a řekne: tak jak jste se vyspala? Jak jste se měla? A chcete převlíknout postel? To jsou jako minutový záležitosti a člověku se v tu chvíli udělá dobře, že na něho někdo nekašle, že tam neleží jako debil, A já mám pocit, že ti pacienti, který takhle otravujou, tak já mám pořád pocit, že ten člověk tím, že něco chce, tak tím jakoby bojuje, vyžaduje náskou akci, prostě aby něco jako bylo. A já třeba vim, že vedle mně ležela pani, co potom umřela a ty co jako nic nechtěj, tak ty jsou jakoby už odepsaný, ty to prostě vzdali, ty tam už prostě jenom ležej...už nebojujou. Jako jak může člověk jinak bojovat, když je na ARU na ventilaci, je ochrnutej a nehejbe se, že jo, tak aspoň tak náskou tu akci vyvinout aspoň trošku, někoho si přivolat aspoň na chvilku, to je jediný co zvládne, že jo...

No, to vlastně člověk cítí, že je na někom závislej...

No a to je právě ta tragédie, to je prostě nejhorší pocit, kterej jsem v životě poznala, bejt stoprocentně závislej na někom jinym a vůbec úplně nejhorší pocit byl, když jsem tady byla na ARU a byla bouřka a teď to se světlama udělalo blik a mně došlo, že jsem na tý ventilaci a říkám : a je to v háji, jestli vypnou elektřinu, tak já nedejchám ! A to člověka přepadá až panika, že jo....

Já si ještě myslím, a vy jste to taky před chvílí řekla, jestli ta sestra je tam hodinu, nebo minutu, tam záleží, jestli přijde s tím úsměvem, nebo našťvaná...

No, tak, to je úplně přesně, jako...já jsem se třeba tý jedný směny jako bála na tom JIPu, ale na ARU tam jsem se zas vyloženě těšila, až přijde jedna směna do práce, kdy to bylo fakt ve dveřích, šly se převlíct a bylo to: tak nazdar, jak bylo dneska??? No, ty když byly v práci, tak mně bylo po těle jako dobře. A je to na těch ženskejch vidět, který maj spokojenej život rodinnej, tak nikdo neni stoprocentně spokojenej, že jo, ale na některejch to bylo tak vidět, že jsou nespokojený, jak jsou to takový baby nevyrovnaný se životem, nebo jak bych to řekla.

Já si myslím, že ve zdravotnictví a ve školství nemají pracovat ti, co je to nebaví...

Teda, vy mi tak mluvíte z duše, to je neskutečný, teď jsem to těm doktorkám tam říkala, jak prostě tady na mně řvala v noci ta jedna sestra a to a jak jsem byla tak emočně už nabuzená, tak já ty doktorce říkala : jak ona mně může říct, že nic nevydržím, že se otáčí jednou za dvě a půl hodiny a že to musím vydržet jako všichni ostatní a já jsem si v duchu říkala: ježiš tak si lehni do ty jedny pozice na dvě a půl hodiny a ani o milimetr se nepohni!!! Teď já měla šílený bolesti v celým těle, mně to tak hrozně uráželo, ta bezmoc, jak o mně někdo může říct, že nic nevydržím, když to prostě v životě nezkusil, když vůbec ani neví o co jde, jako oni z ty druhý strany ty lidi vidí, ale nikdy to nezažili....ta zkušenost je nesdělitelná, ale že některý ty sestry nemají kousek ty empatie, že ta sestra ještě chodila za doktorem ať mi dávaj nějaký opiáty, že je to se mnou děsný, jako děsný s člověkem, kterej je na dejcháku a nepohne se o milimetr, jo?

Já momentálně nevím, co k tomu mám říct....

No k tomu se nedá nic říct, že jo...teď mně potkává na náměstí a tak se jakoby usmívá: no vy už krásně chodíte! A já prostě si o sobě myslím, že jsem slušnej člověk a celou tu dobu jsem si říkala, že až jí někdy potkám, tak jí to prostě řeknu, že je prostě nejhorší sestra, kterou jsem kdy viděla a já na to nemám sílu a když jí potkám, tak si říkám : tak já nemám, ty doroto, ti sílu říct, jaká jsi byla hnusná a ty jsi byla přitom sílu na mně, když já jsem byla úplně bezmocná, řvát...je to asi o tom, jakej je člověk vnitřně a já si vždycky říkám, že když jde na tu školu, že by snad měli k tomu dělat nějaký psychotesty, jak ten člověk je na tom, stejně jako učitelky, který se podepíšou na těch malejch dětech, jako jak ten člověk je na tom psychicky, protože to si myslím, že jako musí bejt na nákejch těch psychotestech vidět! Tak oni dělaj psychotesty v pojišťovnách a manažéri a tak, ale v tom důležitým, kde by je měli dělat, tak tam ne, že jo.

No, tak musíme s tím něco udělat, určitě nejsme samy dvě s podobnejma dojmama z ventilace a myslím si, že by se o tom mělo víc mluvit....mělo by se o tom víc mluvit v psychologii, měly by být pro sestry kurzy komunikace.....

To mi říkala ta doktorka, ona říkala: pro nás bude daleko důležitější, co nám budete říkat vy, než to, co je v těch knížkách...a já jak jsem si to dávala dohromady, tak nevím, jestli ty doktoři a sestry si to jako neuvědomujou, když ty lidi jsou na tom špatně a jsou tam dlouho, tak že pro toho člověka je to tak silnej zážitek, že na to prostě nikdy nezapomene, ale buď v dobrým, nebo ve špatným. Jestli si ty sestry uvědomujou, že se z paměti někoho už nikdy nevymažou, protože když tam člověk leží tři čtyři měsíce a bojoval si tam o život, tak na to nikdy nemůže zapomenout, to se prostě nezapomíná. Já mám kamaráda psychologa a s tím

taky když jsem to probírala, tak ten taky mi říkal: hele, na to do smrti nezapomeneš...a jestli si to ty sestry třeba uvědomují, že když jsou třeba hnusný a zlý, že prostě některý lidi na ně negativně vzpomínají celý život, že na něho myslej jako na někoho negativního, že se zapíší do něčí hlavy nafurt jako někdo zlej, nepříjemnej, že udělaj ten otisk svůj někam strašně negativní.

Já si teda sama o sobě myslím, že jsem poměr empatickej člověk, ale musím říct, že takhle jak jste to řekla teď, jsem si to neuvědomila ani já. Já jsem si vždycky uvědomila to, že leckdo mi odpustí nějakou odbornou neznalost, ale nikdo mi neodpustí, když se k němu budu chovat špatně...ale že bych si přímo uvědomila, že si ten člověk s sebou odnáší zážitek napořád, to se teda přiznám, že mně teda nikdy nenapadlo....

Ale to tak je, prostě.

No tak pak je teda potřeba, aby to ty sestry slyšely tyhle zážitky, aby se vyvarovaly toho činění, který prostě není žádoucí pro toho pacienta. Já jsem díky svojí zkušenosti taky přišla na pár věcí, který už nikdy nebudu dělat a předtím jsem je dělal v dobrý víře, že to tak má bejt....

Jenomže když někdo dělá v životě nějakou chybu, třeba i nevědomě, nebo tak, dostane nějakou zpětnou vazbu a vezme si z toho, že tohle jako nebylo dobře, tak ty kvalitní lidi se toho pak vyvarujou, protože proč budou něco dělat tak, že tím někomu škoděj, ale někdo prostě je jako když po něm přelege vodou a je mu to úplně šumák, on si hlavně odkrotí ty svýa to je právě podle mně zakořeněný i v tom slově POSLÁNÍ, protože od toho slova poselství, to je to poslání, prostě buď ze sebe to poselství dám dobrý a nebo ho dám úplně blbý, že jo. Víte, nestalo se mi, že bych na někoho z těch sester, že by na někoho z nich byly různý názory. Vždycky všichni řeknou: ten je dobrej, nebo ten je špatnej jako, jo. Já jsem to všechno měla takový černobílý, když je to takhle na krev tak jako jak člověk bojuje jenom o to svý přežití, tak nemá ten čas, jakoby do šířky rozebírat nějaký široký věci, nebo tak se na to dívat v tý šíři, tak to všechno vidí buď dobrý, nebo špatný, mezi tím toho moc není, mezi tím dobrým a špatným, co v tu chvíli jako pro mně je, buď je to prostě dobře, nebo špatně, to jsem teda nevnímala, že bych měla něco mezi. A to taky nevím, jestli si to ty zdravotníci si to uvědomují, že ten člověk fakt teda to vnímání má zploštělý, protože si tam fakt bojuje o ten život, nebo s bolestma a nikdo tam neleží rád, že jo...každej by radši ležel doma....

Tak musíme to dávat těm sestřám vědět, musíme jim to říkat..

A ještě vám k tomu řeknu jednu zajímavost, v tý knížce jsem psala, že jsem se oddávala svý oblíbený činnosti a to je zírání tupý do zdi a do nějaký jako dirky ve zdi..a když jsem to říkala tý doktorce, tak ta říkala: to známe, to dělají všichni! A mně to zůstalo v hlavě a

rozebírala jsem si to, já si přesně pamatuju všechny ty díry v tý zdi, tak mi tak došlo, proč to tak je : já si myslím, že ta díra ve zdi je prostě pevnej bod, protože je to uklidňující, prostě ta díra tam je ať se cokoliv děje se mnou, tak když tam vrhnu ty oči, tak ta díra tam fakt je, furt...jo, jak se s člověkem manipuluje, pořád něco, tak jako to je fakt záchytný bod na kterej člověk může ty oči vrhnout. Já jsem chodila do baletu a mně se to s tím spojilo, když se totiž dělaj otočky, tak se máte dívat na jeden bod, kde se uchytete. Ono je to pak to samý, potřebuju ten jeden bod, kde si ty oči zafixuju a kde mně to udrží, uzemní, nevím, jak to mám říct...

Jako pocit bezpečí?

Tak, bezpečí, nebo jistoty možná...že tam ten bod furt je a můžu ho vždycky chytit. A pak když mně posazovali, tak si pamatuju přesně, že jsem si říkala: musím se dívat do jednoho místa, abych to tělo udržela, abych to zvládla a bez toho bodu by to prostě nešlo ani. No a to se právě ta doktorka smála a říkala: no, tohle dělaj všichni, ale proč oni to dělaj? A pak mi to teprve došlo...a já teda nejsem věřící, i když teď nevím, myslím, že jsou určitý věci mezi nebem a zemí, ale kdyby tam na tý zdi visel třeba křížek, tak budu aspoň koukat na ten křížek, nemusel by člověk hledat ty praskliny a bylo by tam něco normálnějšího, bylo by to lepší.

No, možná, a co třeba fotka rodiny?

No, no, a nebo tak, ano, přesně.....víte, kdyby ty sestry se usmály, chytly za ruku, řekly jo, to bude dobrý, to zvládneme....přitom to jsou tak jednoduchý věci, to není nic fyzicky namáhavýho, to není prostě.....

To nás prostě nic nestojí....to je jenom o tom, jestli člověk chce, nebo nechce...

Tak, přesně, a je to jak jsem říkala před chvílí, že si to ty sestry některý fakt neuvědomujou, protože já na některý ty sestry, který byly úžasný do smrti nezapomenu, já jim píšu na vánoce a tak a já na ně nikdy nezapomenu, s děsnou vděčností budu na ně vzpomínat, jo. Ale jsou na druhý straně bestie, na který teda jako taky nezapomenu. Nevím, já bych teda chtěla bejt zapsaná ve vzpomínkách někoho jako dobře, já bych nechtěla bejt zapsaná ve vzpomínkách někoho zle, že jo. No, když je mu to jedno, tak maj jít dělat někam do laboratoře. A to jsem vám ještě neřekla, že třeba se ty sestry sebraly, šly kouřit na půl hodiny a nechaly tam tu dceru mojí samotnou vlastně. A dcera mi říkala: tak teď jsem se dívala, co bych dělala, kdyby se něco stalo, jako, jo...kdyby tady něco začlo pískat, že jo? Ta z toho teda byla jako špatná, oni jí normálně řekly, že jdou pryč, sebraly se a odešly. Že se třeba aspoň nevystřídaly po jedný, aby tam jedna zůstala, z toho teda byla dcera vynervovaná, na ně naštvaná...je to drzost prostě, to jsem ani do tý knížky nepsala. Mně zaráží to, že jako já jsem to tam sice přežila, ale může se stát cokoliv jako ...já jsem si říkala, že musím právě něco

napsat, pro ty lidi na těch vozejčkách i pro ty ostatní, aby věděli, že jde i o to mezidobí, že od té doby co se jim to stalo až do té doby, než se dostali na ten vozejk je takový jako nepopsaný, to nikdo nevidí, co ty lidi zažili v nemocnici a jak to bylo vůbec, že jo.

No, to je dobře, protože to je strašnej boj to mezidobí...

Právě, právě....

Ten boj je neviditelný, nikdo o něm neví a je potřeba aby se lidi o něm dověděli, že to takhle je, že to není tak, že člověk leží rozbitej na posteli a pak najednou vstane, že mezi tím je něco, a to něco je tvrdý boj...

A navíc těch psychických věcí, co ty lidi zažívají, to je prostě strašný. Já jsem dřív nechápala, když nějaký vozíčkář ukazoval, že už umí přisednout na vozejk, ono se to tak překulí všechno, člověk všechno bere jinak.....mně taky každej říkal, že si myslel, že když jsem v umělém spánku, tak že spím....a mně ta doktorka vysvětlovala, že třeba se i může stát, že po probuzení se ten člověk může i změnit psychicky, že je z něj někdo úplně jiný. Já třeba jsem asi ztvrdla vůči ostatním, když mně někdo řekne: mně dneska bolejí záda, tak já si říkám : no a co jako? Chodíš, myslíš, no tak co kňučíš vůbec? A největší paradox byl, když jsem přijela z Kladruhu, tak tady u nás postavili moderní, krásný rehabilitační centrum a já jsem tam začala chodit na rehabilitace a jak já jsem byla zvyklá na ty vozejky, kdo se belhal o dvou berlích, tak ten už tam pomalu neměl co dělat....a já vešla do toho nového rehabilitačního centra a tam všichni chodili bez berlí a mně to prostě v tu chvíli přišlo divný, jako co tam ty lidi dělají? A dcera mi říká : no co asi, jdou rehabilitovat...a to vůbec nebylo z mé strany ironický, nebo tak, mně to prostě přišlo, jako co že tam dělají, když choděj? No, někdy jsem hustá, prostě....

Dcera pacientky s Guillan – Barrého syndromem

Dobrý večer, já jsem moc ráda, že jste si na mně udělala čas a že jste ochotná se o vaše zkušenosti podělit...

Moc ráda, cokoliv budete potřebovat slyšet, vědět, tak ráda vám povím.

To je úplně výborný, já totiž, píšu, jak už víte, tu bakalářskou práci o komunikaci z několika důvodů, jednou z nich je, že jsem sama situaci na ventilátoru zažila a přiznám se, že jsem o tom začala přemýšlet až dlouho potom. Když jsem v té situaci byla, tak jsem o tom až tak nepřemýšlela a zjistila jsem, že ty sestry těm pacientům dost často nerozuměj, pokud se ten pacient nevyjadřuje verbálně, pokud nezačne mluvit, tak málokterá sestra je natolik empatická, aby prostě pochopila, co ten pacient chce říct, pokud neumí nějak odezírat, takže myslíte, že bych se mohla začít ptát, jak jste se třeba dorozumívali vy?

No, tak jestli máte přímo nějakou otázku...

Já jsem četla tu knížku vaší maminky a tam jste psali, že nejdříve jste začínali nějak na tabulce s písmenkama....

Popravdě, já jsem tu mamky knížku nečetla, já se k tomu hrozně nerada vracím, já už to mám prožité, tak já jsem jí jako nečetla, ale je to pravda. No, my jsme začali na tabulkách, ale my jsme měli ještě komplikace, protože ten syndrom byl ochrnutí nervů vlastně postupný v celém těle a mamka měla ochrnutí i nervy v obličeji takže u nás úplně odpadlo, ona nemohla hejbat ničím, byla totálně ochrnutá a neměla teda ani žádný mimický svaly jako v provozu, takže nešlo vůbec ani odezírání a tam to bylo vysloveně jenom na mrkání. Takže my jsme zkoušely jako to odezírání, že bysme se to mohly nějak naučit a to jsme hrozně rychle zjistili, že vůbec nejde, protože tam ta odezva nebyla vůbec žádná a vůbec jsme si nerozuměli. Takže potom jsme hned začaly jakoby improvizovat ze dne na den, protože tam ta potřeba komunikace byla obrovská, naše máti je extrémně komunikační typ, ale to se není co divit, to asi každéj, a teďko co jsme se o tom bavily, tak máme na to trošku rozdílný názory, já jsem měla pocit, že musíme jako řešit ty praktický věci, protože ona kromě toho, že teda byla ochrnutá, že byla na tý tráše, ale tak měla to vědomí jako v pořádku, byla při vědomí, hlava jí fungovala celkem dobře a měla teda jako velký bolesti a potřebovala spoustu jako těch praktickejch věcí což já jsem měla potřebu jí nějak jako vyhovět a jakože potřebovala různě polohovat, potřebovala odsávat z tý tráši, potřebovala obracet na bok a různý ty ponožky, potřebovala stahovat tu bandáž nějak upravovat, masírovat a tam jako bylo milion úkonů, co ten den se jako muselo udělat a potřebovaly jsme se dopátrat jakoby toho, co chce takže jsem začala s tím, že jsem první napsala na A4 jsem měla napsané věty, kde jsem vzala od hlavy až dolů jako že bolí mně hlava, chci obklad na čelo, chci namazat rty, chci napít, chci otočit, chci na mísu a to jsem měla A4 z obou stran a tak jsem to nějak jako tam nechávala, zvýrazňovala a nechávala i sestřám, protože jsem si myslela, že jako se s ní taky chtěj nějak dorozumět ale to mi teda po dvou dnech jako že vůbec. Na tom místě, kde jsem to položila vždycky tak jsem to našla druhéj den, takže tam to jako vůbec nefungovalo takhle, ale nebylo to dostačující, takže jak jsem vymyslela sice X vět, tak jsem bylo potřeba zas něco dalšího. Takže jsme zkoušely zas něco dalšího, různý abecedy a zkoušely jsme, na čem jsme jely úplně nejvíc, tak bylo abeceda a jely jsme že jsem začla říkat tak já začnu A a ty mně stopneš, nebo jsem říkala ABCD a ona mrkla vždycky když to bylo správný písmeno takže jsem ho napsala a znova. A bylo to totálně nepraktický, nebo neuměla jsem si poradit s tím, jak si sednout vedle toho pacienta, držet ten papír v úrovni, aby správně teda na tu plochu co píšu a ještě jako aby ona mi viděla trošku jako na rty, jako mně zřetelně slyšela a viděla a i u

tohodlenctoho, že jsem si nebyla jistá a to balo jako a ještě teda jednou rukou psát na to, to nám jako to nám dělalo velkej problém se ňák jakoby naštelovat a tohle.

Hm, takže by to potřebovalo, myslíte jakoby víc lidí na to?

No v podstatě jako asi jo, já jsem potom protože vždycky tak jsem večer přišla teda s tý nemocnice a místo toho abych běhala kolem dětí tak jsem zasedla k internetu a snažila jsem se surfovat jak si jako vypomocť někde, tak jsem narazila na tu alternativní augmentativní komunikaci na šikovný pani, takže tam jsem se objednala a tam jsem byla, ty mi poradili takovou šikovnou tabulku co byla z dvou A4 slepená abeceda v řádkách zalitínovaný, dala jsem si to zalitínovat a na suchejch zipcech tam byly přidělaný ty písmenka takže v podstatě jsme jenom ukazovaly: je to v tomhle řádku? Ano a už jsme jenom prstem jely po tom řádku, je to tohle písmeno? Ano. A to písmeno se jakoby vzalo jenom, dalo se dolu na ten řádek, takže z toho dole vznikaly potom slova a věty. To byla taková lidová tvořivost trošičku.

A myslíte si, že vám to teda pomohlo jakoby teda i v rychlosti, jestli to dobře chápu, že to byla jako časová úspora?

No, já si dost dobře nepamatuju už ten časovej sled, my jsme na tý tráše, kdy ona měla teda totálně ochrnutěj i ten obličej byly asi tak měsíc a já mám pocit, že tohleto jsem podstoupila až v tý jakoby ke konci, co jsme byly Na Homolce, oni jí pak převáželi do Příbrami na OCHRIP takže to bylo až tam ke konci, my jsme většinu odžily s tou tužkou a papírem a tady s těma písmenkama. Tohlencto potom trošku pomohlo a už jsme měly tak trošku zajetý tamto ale určitě jsme to využily oni nám to potom nabízeli i pro ňáký, já mám pocit po obrnách, po těch ňákých ochrnutích ňáký počítače který se ovládaji jakoby stiskem hlavy, že tam potom jsou ňáký, ale to my jsme pak už nevyužili, protože na tom OCHRIPU i když ty prognózy byly špatný, tak tam už se to začalo zlepšovat v tý Příbrami, takže počítač jsem tam sice vezla, ale mám pocit že jsme ho ani nevybalily. Potom ty varianty jakoby byly větší a asi když by na tom ten pacient byl delší dobu a ta rodina se tomu věnovala tak se hodilo jakoby vícero možností použít.

A myslíte si teda, měla jste teda pocit, že ty sestry komunikovat neuměj, nebo nechtěj, že jste říkala, že ta tabulka tam zůstala vždycky?

Já jsem ze sester, tak samozřejmě v první chvíli člověk k nim vzhlíží, ale to není nic osobního, ony ty sestry si to potom už asi neuvědomujou, snaží se zajistit takovou tu základní péči, to se snaží, to si myslím, že funguje jakoby dobře, ale pak tam určitě je takovej ten lidskej faktor, že ty sestry to berou jakoby rutinu, tak vodsad' podsad' a dál už to jakoby nefunguje. Já cokoliv jsem tam chodila tak nemám pocit, že by mi někdo vycházel nějak vstříc to taky ne, když jsem přišla, tak sestry mizely, samozřejmě je to jakoby, že chtěly

nechat i to soukromí, pak asi mají špatnej pocit, že jim do toho chce někdo fušovat, když začnete někoho masírovat tam, nebo tohle tak jestli to berou osobně, že jim jako, nevim, ale já jsem se teda proškolila, ale se sestrama jsem do styku nepřišla. Na to, že jsem tam teda denně seděla opravdu každý den od nějaký jedný třeba do čtyř do pěti, tak asi ani jednou mi sestry jakoby neporadily. I když teda musely vidět, co my tam děláme za peripetie, na mně teda koukaly skrz prsty, jakože co tam zase vyvádím, ale určitě mi nikdo nějak neporadil.

Já si myslím, že ta sestra je tam s tím pacientem celý den a právě ona by měla vědět, co ten pacient potřebuje a ta komunikace, nebo vůbec nějaký vyjádření potřeby toho pacienta je strašně důležitý....

Bylo poznat na sestřičce, která tam byla jen na poloviční úvazek, přišla k nám, v pohodě, vstřícná, to zase jo, ale jako valná většina těch holek tam, dělají na tři směny a fakt byly unavený ale v tu chvíli jako já jsem byla hrozně naštvaná jako. My jsme bojovaly s tím, že máti jakoby chtěla hrozně přebalit a já jsem nemohla najít sestry a prostě když se vrátily, tak jsem cejtila, že byly kouřit někde venku a nebyly k dispozici, takže tohle já už beru jakoby, byl to velký problém pro mně teda a já jsem si uměla poradit, pro tu máti to byl větší problém a jestli s ní budete mluvit, tak jakoby další vedlejší, když byla na té tráse v tom umělým spánku, tak měla nějaký sny, prej to je i v té knížce, takový nějaký zvláštní sny, takže když se probírala, tak se hrozně bála, že vůbec nic nevěděla kde je, co se s ní děje a jako vůbec netušila jako realita jaká je a nikdo s ní prej ani nepromluvil, jako ani doktoři, že by někdo řekl : nebojte se, všechno je v pořádku , tak to taky neměla jako z té strany těch sester . Jinak my jsme měli jako, nás odváželi s prognózou, že to máti teda nepřezijí a že jí vezou na OCHRIP, což byla LDN pro pacienty s tou plicní ventilací a s tím, že teda je to konečná, ale pak zase ty sestry jako nás z toho nějak dostaly, no. Já jsem se snažila i dostat na nějakou psycholožku, protože mi přišlo, že tím, že nekomunikuje máti, tak že i psychicky jde hrozně dolů a že by potřebovala někoho, kdo by s ní jakoby něco dělal, kdo by jí z té letargie dostal, jsem si myslela nějak jí vybičovat něčím, ale to taky nějak nedopadlo, no. Tam jsem nakonec zbyla jenom já. Tam byla kouzelná vrchní sestra, hrozně hodná, jako nebylo to šmahem, jako že by to, člověk když tam chodil každý den, tak už to trochu jako prokouknul a viděl to i z té druhé strany. Ale s tou komunikací, s tou nám teda neporadil nikdo, to byla vysloveně aktivita po internetu, kdy já jsem jako dávala report ostatním členům rodiny jak to dělat. Nejhůř to nesl teda náš tatínek, brečel, když odcházel, že tam chodit nebude, že jí vůbec nerozumí a že jí akorát uškodí, protože samozřejmě ona když už měla víc energie tak se rozčilovala, jako že jakto, že my jí nerozumíme? Ale ono to jakoby nešlo, protože ona když říkala ty písmenka, tak já jsem měla pocit, že zapomíná, co vlastně chce říct , že to slovo je hrozně těžký, udržet

tu pozornost a potom jsme hodinu třeba něco říkali a ona najednou „ven,, , já povídám : ty chceš ven? A ona začala kejvat, že chce ven. Ona zase to vysvětluje trošičku jinak, nebo že je hrozně těžký všechny ty pocit, všechno to, co chce říct, vsunout do jednoho slova, to skoro není možný.

A podobně mi to popisuje většin pacientů : že je těžký se vyjádřit v jedný krátký výstižný větě....

Asi jo, já si to neumím představit, člověk asi uvažuje úplně jinak, ale je pravda, v čem se úplně rozcházíme: já jsem myslela, že je potřeba soustředit se na praktický věci, na to co nejvíc jí ulehčit, takže i ta komunikace se zaměřovala na to: co bolí, co potřebuješ a ona možná potřebovala si jenom ulevit, postěžovat si, nebo něco takovýho.

Hm, že jako nechtěla nic řešit, že chtěla společnost....

Možná, ale to mně ani ve snu nenapadlo. Já jsem měla pocit, protože ona ty bolesti měla, tak jsem se soustředila na ty úkony, asi jenom na tohlencto. Takže takový to, jako že se bojí, to mně vůbec nenapadlo....potom tam docházel strejda, její bratr, to je pro ní velkej opěrný bod a ten když to viděl, tak říkal: hele vykašlem se na to, to nemá cenu, my se spolu stejně nedomluvíme a tak on byl útěcha jenom tím, že tam přišel, ta morální psychická podpora. Jinak ostatní členové rodiny ani nevím, jak často tam dojížděli, nejvíc jsem tam asi byla já, ale otec tam byl taky každý den ty dvě hodiny, no a ti měli jakoby větší problém.

A měla jste pocit, že maminka má potřebu mluvení, na začátku jste říkala, že je taková komunikativní...

Jo, určitě měla, obrovskou,ona je hodně komunikativní a v okamžiku, kdy se dalo odezírat, tak to byl luxus pro nás, to už jsme si věděli rady, to už bylo krásný. Ale od začátku něco chtěla prostě, nebyla minuta, že bysme jenom tak seděly, držela se za ruce, nebo na sebe koukaly, to vůbec, to byla prostě šichta od začátku do konce návštěvy.

A jak to maminka vyjadřovala, že něco chce? Vy jste říkala, zezáčátku tím mrkáním těch očí, pak teda už jste odezíraly ze rtů, ale jak jste to poznala, že maminka něco chce?

Já jsem se furt ptala, já jsem tam chodila jako pracovní síla, takže to bylo: co budeme teď dělat? Potřebuješ otočit? A pak teda když jsem ten repertoár, co jsem měla tak naučenej, co všechno by mohla potřebovat, tak jako poslední otázka byla: „Ještě něco potřebuješ?“. Tak pak už jako kejvala tou hlavou ano, ne, tak jsem si na chvíli sedla a za chvíli to začalo nanovo, protože se jí chtělo na záchod třeba, to bylo jako pětiminutovka, kdy nic nepotřebovala.

To jste to ale úžasně zvládala, to je opravdu, jak říkáte, šichta, ještě když vlastně takhle vidíte svoji maminku, to je úžasný, že jste to takhle zvládla. A maminka je teď soběstačná?

V podstatě se s malou dopomocí otce obstará, dojde si o berličích, bolesti má, rehabilituje...

A když se vrátím k té komunikaci, tak když mamince vyndali tu trášu a mohla začít mluvit, tak jaké jste měla vy pocit a jaké myslíte, že ona?

Pamatuju si, když jí to vyndali poprvý, protože mi hned telefonovala, což byl zázrak po těch dvou měsících. Takže mi telefonovala, že mluví, určitě měla strašnou radost. Ale pro nás, pro nás byl zázrak už to, že se dalo odezírat, my jsme se dorozuměli už přes tu trášu, to šlo, takovej dutej zvuk to byl. Tam už začalo bejt daleko míň těch fyzickejch potřeb, co ona měla, už se trošku i sama natočila, takže to už bylo pro ní schůdnější celkově a to mluvení byl takovej bonus. Myslim si, že máti má jinej pohled na tu komunikaci, než já, u ní to bylo trošku ovlivněný těma lékama. Taky jak mluvila o tom, jak měla ty sny v tom umělým spánku, tak prej se strašně bála, tak já nevím, asi se věnovat spíš té psychice po tom probuzení, možná to s tím taky souvisí nějak.

Určitě, pro mně je tohle něco jako pilotní studie a já v tom hodlám pokračovat dál, protože si myslím, že ta psychika je strašně důležitá....

Určitě, já teda nevím, jak to přesně funguje, ale tak jako v té nemocnici funguje psycholog, tak jako kdyby tam byl i logoped, kterej by třeba po těch mrtvicích je jako rozmlouval a stačilo by jenom, já teda teď nevím, jestli by to časově a kapacitně šlo, kdyby prostě přišel a poradil. Tak jako je rehabilitace, tak prostě aby přišel, poseděl, poradil a pomohl té rodině, protože co máme zkušenosti, tak spousta těch členů rodiny hrozně rádo pomůže, ten čas si najde a obětuje cokoliv, ale neví jakoby kudy kam, takže jakýkoliv rady jsou dobrý. I ty sestry třeba kdyby řekly: tak, pacient se probouzí, zaškolíme rodinu, nebo kdyby měly na papíru odkazy na internet, prostě aby nějaký zásady té komunikace aby byly předaný té rodině. Takový jako všeobecný, pak už se dá jako..... Ta komunikace je důležitá, zvlášť to dorozumívání se a v tuhle chvíli je to prostě odsunutý, upřednostňujou se samozřejmě ty fyzický všechny úkony a tohle jde bokem. Pak samozřejmě ta psychika a to uzdravování má taky hodně společnýho.

Co byste říkala takovému spojovacímu článku mezi zdravotníkama a rodinou pacienta? Člověku, kterej by tzv. překládal potřeby pacienta rodině, nebo sestram?

Já myslim, že určitě faktor proti je ta vyčerpanost sester, ta práce je hrozně náročná a ty syndromy vyhoření tam začnou fungovat hrozně rychle, tam je stěžejní, že s těma ideálama z té školy ty holky i choděj a pak jsou z toho rozčarovaný, i když třeba ta vrchní sestra z té neurologie, ta byla příkladná, ta byla jako zlatá. Já jsem praktickej člověk, mně stačí, když mi pak dá někdo 10 bodů, co mám udělat, jak tu komunikaci usnadnit a já se podle toho zařídím a dohledám si dál. Jenomže tam nebylo nic, z žádný strany, když jsme přišli, tak se dívali spíš

skrz prsty, jako co tady zase dělaj, vždyť jako jí držej za ruku 10 minut a zase jde, vždyť je to úplně zbytečný.....já jsem tam docházela i když byla na tom ventilátoru v umělém spánku, kdy mně říkali, že je to úplně zbytečný a že tam nemáme chodit, tak já jsem tam stejně denně chodila něco jí přečíst, říct co se dělo doma, ale neviděj to rádi, neviděj to rádi, takovouhle snahu. Ono potom zase jestli bráněj samy sebe, jako že nechtěj, aby jim tam někdo do toho prokouk, co se tam děje, jak to funguje, ale je to podle mně na škodu, protože o co dřív se ten pacient dá dohromady psychicky, tím dřív se jakoby uzdraví, vždyť ta rodina může suplovat spoustu práce, jako když mi řeknou: udělejte tohle, tohle, tak pak už jsme byly domluvený, že spoustu věcí jsem pak dělala já, třeba krmení a tak.

Já teda jsem pracovala u pacientů na ventilátoru a my jsme všechny říkaly rodině : přijďte, přineste mejdlo s oblíbenou vůní, oblíbenej čaj, jeho polštářek, ať to tady má a hlavně : mluve na něj, my jsme vždycky říkaly mluve na něj a spousta těch lidí nám říkalo : ale vždyť spí a my jsme jim vysvětlovaly, že vůbec nevíme, co všechno vnímá a co ne a že mu to rozhodně neublíží, spíš ho to uklidní....

No, tak to mi říkaly pravej opak, doktorka tam dokonce mi to říkala a když jí uváděli do umělého spánku, tak mi zabalili všechny její věci a ať si to odnesu, že tam nemusíme teď už chodit....

Nevím, no, nejsem na to zvyklá, my jsme to tak nedělaly, my jsme rodinu edukovaly a chtěly jsme po nich, aby na pacienta mluvili , drželi ho za ruku a tak...

Hm, tady od sester aktivita nebyla vůbec, ani si nevybavuju obličej, který by byla vstřícný nebo něco, naopak, tam začalo blikat něco na monitoru, já jsem z toho byla úplně vystresovaná, co se děje a už jsem se bála i ptát, radši jsem neobtěžovala...

Na to není co říct...

Ne, ale víte, je to kus od kusu prostě, je to jak to kdo bere, jak ho to rychle přejde...je to v těch lidech, já nevím, jestli je to proškolením, nebo já nevím, jak to udělat....

Víte, je to i o tom, že sestry neprocházej žádným školením komunikace, nebo jen velice letem světem a vyjdou ze školy s tím, že o komunikaci a o psychologii komunikace nevědí nic, nebo jen něco málo. Teprve po několika letech praxe se naučí se s těma pacientama nějak dorozumívat a naučej se, co se jim říkat může a co nesmí, ale co těch pár let mezi tím?

No, to je dost napáchaný škody, když se to nedaří! Vždyť proč není pro ty holky, který chtěj na sobě nějak pracovat, nějakěj motivační program? Když pak si povinně odkrouť to svoje a nějaký sebevzdělávání a sebezproškolování jde stranou, že jo. A pak taky semele ten tým tu holku, ve chvíli, kdy nastoupim do vlaku, kde to funguje a jede se nákej styl práce, tak jako nastoupim a jedu, ale když nastoupim někam, kde to nefunguje a nedělá se to, tak já to sama

dělat nebudu, že jo. Nebo chvíli, než mi ostatní vysvětlí, jak se to má dělat. A je to i o vedoucích pracovnících, který by je měly teda vést. Já jsem tam neviděla žádnéj zájem se domluvit na něčem, tam jako když viděly, že má rozpraskanou pusou, tak jí namazaly, ale nevšimla jsem si ničeho jinýho. Prostě sestry odsad' podsad' a navíc vůbec nic, jakoukoliv snahu, jako vůbec. Zase abych je nepohanila, abych jim neublížila, máti se z toho dostala, určitě musely udělat spoustu dobrýho. Vzhledem k těm velkejm bolestem, možná ty požadavky byly tak extrémně vysoký, tak taky to je třeba tím, no.

No, ta sestra je tam od toho, aby u toho pacienta zabezpečila nejen ty základních potřeby, ale aby ho zabezpečila i po tý psychický stránce, to je můj názor, že od toho tam je.

Já mám pocit, že to jsme tam nezvládli. Nevim, jestli ty bolesti a ten stres byl takovej, že si na to nepamatujem, ale ty vzpomínky naše společný, jako že jí nekoupali, to asi možný je, pak že jí zavěšovali do nějakýho křesla a ona nechtěla, protože jí to bolelo a teď jako ona nemohla to říct, nechali jí tam viset, koukat z okna, aby teda ty svaly začaly fungovat. Ona na to má šílený vzpomínky, že někde visela hodinu, brečela, všechno jí bolelo a nemohla si říct, že chce dolu, že jo, nemohla si zavolat...

2. pacientka 78 let, po exacerbaci CHOPN, po dlouhodobé UPV

Můžete mi popsat, co si pamatujete z toho období, kdy jste byla napojená na ten ventilátor?

Já si vždycky pamatuju takovej záchvěv, že náká sestřička tam okolo mně poskakovala a já jsem si připadala jako v ráji a vůbec jsem nevěděla co se se mnou děje, když se to tak veme.

A vy si pamatujete, že jste měla tu trubičku na dýchání v puse?

No, zezačátku si vůbec nepamatuju, když jsem byla na tom ARU , tak to si skoro vůbec nepamatuju, to jsem měla takový prapodivný sny a to bylo kolem vánoc, takže mně se třeba zdálo, že jsem támhle někde na Šumavě se známejma, ale ty známí byli všichni takový neurčitý, ne přímo jako jo....

Jako že jste je neznala?

No, jako že jsem je neznala pořádně, no.

A chtěla jste si s nimi povídat?

Povídat jsem si s nima chtěla , i jsem si s nima povídala všechno možný a vůbec jsem teda nevnímala, že by tam byly děti, manžel, nicprostě jsem si připadala jak....jednou jsem si myslela, že jsem zas posypaná celá nákejma lístkama z růží a takovýhle pitominy, jedna větší než druhá. No a pak postupně už, to už jsem začla vnímat, že jo, když tam za mnou začaly chodit sestřičky, tak to už jsem potom jako trochu věděla, že jo, že se probírám a že tohle, tohle, no, bylo to hrozný....

A ty sestřičky, ty na vás mluvily?

Ty na mně mluvily, všechno se mnou, všechno mi vysvětlovaly a já si třeba pamatuju, což byl pro mně hroznej šok,, že jsem měla tak těžký ruce, že jsem ležela, že jsem říkala, no já nemůžu v životě ty ruce zvednout a sáhnout na obličej, to jsem si říkala, no , to není možný, mně to připadalo jako když je mám z olova.

A měla jste potřebu to těm sestřičkám říct, že máte těžký ruce?

Určitě, určitě...!!

A šlo vám to?

No, trochu jsem asi něco tak napůl blábolila a oni mi jako docela odezíraly docela dobře, chápaly co chci říct, takže vždycky jsme se tak nějak trochu domluvily.

Takže vám rozuměly?

Rozuměly, obzvlášť některý, že jo, no některý byly taky lepší, některý horší, ale opravdu se teda tam věnovaly celou dobu.

A jaký jste třeba měla pocit, když jste viděla, že vám ta sestřička rozumí?

No, docela prima, docela prima. Protože nejdřív jsem vůbec nevěděla, co se se mnou děje a pak tu byla ta sestřička, se mnou mluvila a říkala tohle bude lepší a nebojte se, musíte to a snažte se mi něco říct a chcete tohle a tohle a já vás učešu a já nevím co všechno, tak teprv jsem pochopila, že vlastně žiju a že vlastně jsem, no jinak do té doby já jsem o sobě nevěděla vůbec nic.

A ty sestřičky, který vám nerozuměly, tak jak to řešily, že vám nerozumí?

Rukama, co nejvíc rukama, no.

A nějakou tužku, papír, nebo nějaký obrázky vám nabídly?

To jsem nebyla schopná vůbec. Oni mně možná, to si nepamatuju, dávaly tu tabulku, ale to byl problém jako s těma rukama, protože jako ukázat to písmenko, to se mi tak strašně klepaly ruce, že byl problém ukázat písmenko abych tím řekla co vlastně chci nebo tak. To trvalo docela dost dlouho, než jsem trochu to dala dohromady, ty ruce, na to abych vůbec mohla něco. A na tom ARU jsem byla asi měsíc a to pak až tady na JIPce to začlo bejt lepší. Tady taky mi dávali zas ty tabulky, všechno, no, vyndávali mi tu trubku a dávali mi tu tracheostomii, ale to si moc nepamatuju, jen vím, že jsem nemohla pochopit, že nemůžu mluvit a to byl pro mně hroznej šok.

Takže to byl pro vás šok, že nemůžete mluvit?

Že nemůžu mluvit vůbec.

A jak jste to řešila?

Snažila jsem se šeptat, jako šeptat a zase některá sestřička docela dobře oni uměj odezírat, takže něco jsme se domluvily, něco jsme se nedomluvily, že jo, něco jo a něco ne, takže takhle no...

A chybělo vám to, ta řeč?

Hrozně, hrozně, hrozně !!!Protože když je vám špatně a ještě nemůžete mluvit, tu sestru třeba zavolat, že jo, normálně člověk když něco chce, tak zavolá : sestři, nebo tak...snažila jsem se něco říct a ono to nešlo, to bylo hrozný pro mně, ani jsem nevěděla v jaký jsem nemocnici a co se stalo...nejhorší je pro ženskou když nemůže mluvit, kor když je tak ukecaná jako já. Člověk něco potřebuje, je mu blbě a ještě se v tu chvíli namáhat a nějakým stylem ještě vymejšlet komunikaci, to je docela problém, no.

A sestřičky vám ukazovaly nějaké jiné metody komunikace?

Tabulku, oni měly tabulku, teď holky napsaly doma taky tabulku s písmenkama, no tak já jsem prstem ňáký slovo no, ale to byla příšerná domluva, protože oni nemohly pochopit co já, mně se klepala ruka, takže to , no, trvalo dlouho, ale přece jenom dali jsme ňáký to slovo dohromady a trochu jsme se dorozuměly. Pak mi to teprve, za jak dlouho, za 14 dní

vyndávali. To byl teda, to když jsem mohla začít mluvit, tak to mi doktor říkal : tak řekněte něco a já jsem si říkala, no co mám říct? Tak prej řekněte dobrý den, tak jsem řekla dobrý den a bylo to jako když to neříkám já, jako někdo úplně jinej, že jo. Musím doufat, ale je to dlouhý...

Jméno a příjmení autora: Bc. Kateřina Ledererová

Studijní program: Sociální politika a sociální práce

Studijní obor: Sociální práce se zaměřením na komunikaci a aplikovanou psychoterapii

Název práce: Psychosociální péče o pacienty při probouzení z umělého spánku

Počet stran (bez příloh): 53

Celkový počet stran příloh: 17

Počet titulů české literatury a pramenů: 35

Počet titulů zahraniční literatury a pramenů: 4

Počet internetových odkazů: 4

Vedoucí práce: Doc. PhDr. Jiří Růžička, Ph.D

Rok dokončení práce: 2016

**Posudek vedoucího diplomové práce
na Pražské vysoké škole psychosociálních studií**

Jméno a příjmení studentky: Bc. Kateřina LEDEREROVÁ

Obor studia: Sociální práce se zaměřením na komunikaci a aplikovanou psychoterapii

Název práce: **Psychosociální péče o pacienty při probouzení z umělého spánku**

Vedoucí práce: Doc. PhDr. Jiří Růžička, Ph.D.,

Technické parametry práce:

Počet stránek textu (bez příloh): 56

Počet stránek příloh: 17

Počet titulů v seznamu literatury: 39

0**	1	2	3	4
-----	---	---	---	---

Výběr tématu

Závažnost tématu

	1			
--	---	--	--	--

Oborová příslušnost tématu

	1			
--	---	--	--	--

Originalita tématu a jeho zpracování

	1			
--	---	--	--	--

Formální zpracování

Jazykové vyjádření (respektování pravopisné normy, stylistické vyjadřování, zvládnutí odborné terminologie)

	1			
--	---	--	--	--

	1			
--	---	--	--	--

Práce s odbornou literaturou a prameny (citace, parafráze, odkazy, dodržení norem pro citace, cizojazyčná literatura)

Formální zpracování (jasnost tématu, rozčlenění textu, průvodní aparát, poznámky, přílohy, grafická úprava)

		2		
--	--	---	--	--

Metody práce

Vhodnost a úroveň použitých metod

		2		
--	--	---	--	--

Využití výzkumných empirických metod

			3	
--	--	--	---	--

Využití praktických zkušeností

	1			
--	---	--	--	--

** 0 – nehodnoceno; 1 – výborně; 2 – velmi dobře; 3 – dobře; 4 – neprospěl/a

Obsahová kritéria a přínos práce

Přístup autora k řešené problematice (samostatnost, iniciativa, spolupráce s vedoucím práce)

		2		
--	--	---	--	--

Naplnění cílů práce

		2		
--	--	---	--	--

Vyváženost teoretické a praktické části v daném tématu

			3	
--	--	--	---	--

Návaznost kapitol a subkapitol

		2		
--	--	---	--	--

Dosažené výsledky, odborný vklad, použitelnost výsledků v praxi

		2		
--	--	---	--	--

Vhodnost prezentace závěrů práce (publikace, referáty, apod.)

		2		
--	--	---	--	--

Otázky a náměty k diskusi při obhajobě:

Doporučuji, aby studentka vytvořila návrh ideální spolupráce soc. pracovníka s odborníky na daných jednotkách umělého spánku. Jak by měla vypadat ideální spolupráce s rodinou?


Celkové zhodnocení (klady a nedostatky):

Studentka rozvrhla práci adekvátně, prochází definicí spánku, teoriemi snění, zejména pak zmiňuje M. Bosse, jeho příspěvek však dále nerozvádí. Podrobně popisuje umělý spánek do probuzení. Logicky pak navazuje péče o člověka, tělesnou i duševní stránku. Pozastavuje se i u spirituálních obsahů snů. V kapitole 4 pak rozebírá adekvátně atribuci. Zajímavá je kap. 5., potřeby pacientů při probouzení, což je klíčový moment pro daný pisatelčin záměr, škoda jen, že se tomuto problému nevěnuje širěji a prakticky. Zajímavé jsou vzpomínky pacientů. I zde bych potřeboval vidět větší propracování tématu s konkrétními příklady a jejich rozporem v praxi. Závěry jsou rovněž smysluplné, chybí větší praktický dopad. Nejzajímavější část, totiž případy se zápisem je uvedena v přílohách, což je škoda. Patří přímo do středu textu. Práce je velmi vhodně zvolená, pole je to neorané. Pisatelčin zájem je oprávněný a odborně vodný. Odvaha za to, že zdánlivě ryze zdravotnický zájem rozšiřuje o sociálně pracovní orientaci je výtečný. Doporučuji toto téma rozvést v diskusi.

Doporučení k obhajobě: doporučuji

Navrhovaná klasifikace: velmi dobře

20. 5. 2016


Doc. PhDr. Jiří. Růžička, Ph.D.,

**Posudek oponenta diplomové práce
na Pražské vysoké škole psychosociálních studií**

Jméno a příjmení studentky: Bc. Kateřina LEDEREROVÁ

Obor studia: Sociální práce se zaměřením na komunikaci a aplikovanou psychoterapii

Název práce: **Psychosociální péče o pacienty při probouzení z umělého spánku**

Oponent práce: MUDr. Olga Dostálová, CSc.

Technické parametry práce:

Počet stránek textu (bez příloh): 56

Počet stránek příloh: 17

Počet titulů v seznamu literatury: 39

0**	1	2	3	4
-----	---	---	---	---

Výběr tématu

Závažnost tématu

		2		
--	--	---	--	--

Oborová příslušnost tématu

		2		
--	--	---	--	--

Originalita tématu a jeho zpracování

	1			
--	---	--	--	--

Formální zpracování

Jazykové vyjádření (respektování pravopisné normy, stylistické vyjadřování, zvládnutí odborné terminologie)

	1			
--	---	--	--	--

	1			
--	---	--	--	--

Práce s odbornou literaturou a prameny (citace, parafráze, odkazy, dodržení norem pro citace, cizojazyčná literatura)

Formální zpracování (jasnost tématu, rozčlenění textu, průvodní aparát, poznámky, přílohy, grafická úprava)

		2		
--	--	---	--	--

Metody práce

Vhodnost a úroveň použitých metod

		2		
--	--	---	--	--

Využití výzkumných empirických metod

		2		
--	--	---	--	--

Využití praktických zkušeností

	1			
--	---	--	--	--

** 0 – nehodnoceno; 1 – výborně; 2 – velmi dobře; 3 – dobře; 4 – neprospěl/a

Obsahová kritéria a přínos práce

Přístup autora k řešené problematice (samostatnost, iniciativa, spolupráce s vedoucím práce)

--	--	--	--	--

Naplnění cílů práce

	1			
--	---	--	--	--

Vyváženost teoretické a praktické části v daném tématu

		2		
--	--	---	--	--

Návaznost kapitol a subkapitol

		2		
--	--	---	--	--

Dosažené výsledky, odborný vklad, použitelnost výsledků v praxi

		2		
--	--	---	--	--

Vhodnost prezentace závěrů práce (publikace, referáty, apod.)

		2		
--	--	---	--	--

Otázky a náměty k diskusi při obhajobě:

Nechť autorka při své obhajobě uvede přehledně indikace chorobných stavů, kde je vhodné použít umělý spánek!

Celkové zhodnocení (klady a nedostatky):

Autorka podává přehled průběhu spánku během a života a teorie významu snů podle Freuda, Junga, Adlera a Bosse. Dále se věnuje umělému spánku a snům, které se během něj objevují. Autorka pojala péči o pacienta v umělém spánku z větší šíře, uvádí celkovou péči, která se věnuje tomuto pacientovi. Praktickou část má autorka uvedenou v příloze a týká se dvou patientek a jedné příslušnice rodiny. Ve vlastním textu pak uvádí shrnutí těchto svých pozorování.

Připomínku lze mít k celkovému závěru práce, který je příliš obecný a vlastního tématu práce se týká pouze první věta a čtvrtý a šestý odstavec, zatímco další necelé čtyři odstavce jsou věnovány obecným úvahám psychosociální péče o pacienty a spolupráci angažovaných pracovníků. Na rozdíl od toho anotace se obsahu práce věnuje. Další připomínka: číslování stránek příloh má být znovu od jedné, práce pokračuje návazným číslováním.

Doporučení k obhajobě: doporučuji

Navrhovaná klasifikace: velmi dobře

12. 5. 2016

MUDr. Olga Dostálová, CSc.