

UNIVERZITA KARLOVA
3. LÉKAŘSKÁ FAKULTA

Ústav ošetřovatelství



Hedvika Literová

Komunikace s pacientem v resuscitační péči

Communication with a patient in critical care

Bakalářská práce

Praha, květen 2020

Autor práce: Hedvika Literová

Studijní program: Ošetrovatelství

Bakalářský studijní obor: Všeobecná sestra

Vedoucí práce: **PhDr. Marie Zvoníčková**

Pracoviště vedoucího práce: **Ústav ošetrovatelství 3. LF UK**

Předpokládaný termín obhajoby: červen 2020

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem předkládanou práci vypracovala samostatně a použila výhradně uvedené citované prameny, literaturu a další odborné zdroje. Současně dávám svolení k tomu, aby má bakalářská práce byla používána ke studijním účelům.

Souhlasím s trvalým uložením elektronické verze mé práce v databázi systému meziuniverzitního projektu Theses.cz za účelem soustavné kontroly podobnosti kvalifikačních prací. Potvrzuji, že tištěná i elektronická verze v Studijním informačním systému UK je totožná.

V Praze dne 18. května 2020

Hedvika Literová

V první řadě bych ráda poděkovala PhDr. Marii Zvoníčkové za vedení práce, její cenné rady a neutuchající motivaci. Velmi děkuji za její vstřícnost, trpělivost a profesní inspiraci. Díky patří také mé rodině.

Obsah

1	Úvod	6
2	Teoretická část	7
2.1	Komunikace	7
2.1.1	Verbální komunikace.....	7
2.1.2	Nonverbální komunikace.....	8
2.1.3	Bariéry v komunikaci	9
2.2	Specifika komunikace ve zdravotnictví.....	11
2.2.1	Role sestry	11
2.2.2	Komunikace jako potřeba pacienta.....	13
2.2.3	Bariéry v komunikaci v resuscitační péči	13
2.2.4	Využití komunikačních technik v resuscitační péči	15
2.2.5	Emoční inteligence v komunikaci	17
3	Empirická část.....	19
3.1	Výzkumná metodologie.....	19
3.1.1	Etnografie	19
3.1.2	Pozadí výzkumu	21
3.1.3	Místo sběru dat	22
3.2	Sběr a zpracování dat	22
3.2.1	Analýza komunikace 1	25
3.2.2	Analýza komunikace 2	27
3.2.3	Analýza komunikace 3	30
3.2.4	Limity práce.....	33
4	Závěr	34
5	Seznam použitých zdrojů	37
6	Seznam příloh.....	40
7	Přílohy.....	41

1 Úvod

Lidské bytosti touží po naplnění svých potřeb. Jednou z pěti základních potřeb podle Maslowa je potřeba lásky, přijetí a spolupatříčnosti či sounáležitosti. (Malíková, 2011) Naplnění této potřeby nelze dosáhnout bez užití jednoho zásadního prostředku – komunikace. Lidské potřeby jsou silně závislé na prostředí a okolnostech. V této práci se budu zabývat komunikací v prostředí, které do procesu komunikace přináší množství bariér – prostředí resuscitačního oddělení.

Téma komunikace ve zdravotnictví se mi jeví zajímavé zejména tím, jak významný rozdíl je mezi následky komunikace nedostatečné či nevhodné a výsledky komunikace empatické, zohledňující potřeby pacienta. Vhodná komunikace je pro všeobecnou sestrou jednou ze zásadních dovedností, často ovlivňuje průběh léčby i atmosféru na pracovišti.

Teoretickou část jsem rozdělila do dvou hlavních částí. V první kapitole se věnuji obecnému významu komunikace, její klasifikaci a bariérám v ní. Ve druhé kapitole se zabývám komunikací v prostředí zdravotnictví se zaměřením na komunikaci mezi sestrou a pacientem na oddělení resuscitační péče.

Empirickou část uvozuje popis metodologie výzkumného šetření a následné práce s daty. Popisuje reálnou komunikaci sestry a pacienta. Dále obsahuje reflektování dění autorkou výzkumu.

Cílem této práce je detailně prozkoumat malý vzorek komunikace sestry s pacientem z pohledu pozorovatele, nalézt specifika komunikace v intenzivní péči a zhodnotit pozorované techniky a metody.

2 Teoretická část

2.1 Komunikace

Komunikovat znamená poskytovat zprávy, sdílet informace, vyměňovat si myšlenky. Slovníky dnes označují komunikaci jako „proudění informací z jednoho bodu k bodu druhému“ či jako „přenos nebo vytváření znalostí“. Slovo *communicatio* ale neoznačuje pouhý proud informací, znamená to totiž „vespolné účastnění“ a *communicare* „činit něco společným, společně něco sdílet“. (Vybíral, 2009)

Člověk a komunikace k sobě přirozeně a neoddělitelně patří. Člověk sám sobě i ostatním chce nějak vyjádřit co cítí a co si myslí. Mezilidská komunikace je závislá na psychice jedince, jeho inteligenci, vzdělání a na jeho sociálních zkušenostech. Řadí se do základní výbavy člověka, individuálně se pak liší rozvojem komunikačních dovedností, dědičnými dispozicemi nebo výchovou v rodině. (Linhartová, 2007)

2.1.1 Verbální komunikace

Verbální komunikací rozumíme informaci předanou pomocí řeči. Jako lidé jsme v této schopnosti jedineční. Slova jsou pro nás nesmírnou výhodou, doplňují se navzájem s nonverbální částí komunikace a vytváří tak lépe pochopitelný celek.

Není novým objevem, že to, co říkáme nahlas, má podstatný vliv na lidi okolo nás. V Bibli v 3. kapitole Listu Jakubova v 6. verši se píše, že *I jazyk je oheň. Je to svět zla mezi našimi údy, poskvrňuje celé tělo a ničí celý náš život*. Autor poukazuje na fakt, že slovy můžeme ostatní zranit a omluva často není dostatečnou léčbou. Nesprávná komunikace může být zdrojem sororigenie, tedy poškození pacienta zdravotnickým pracovníkem. Slovo pak neléčí, ale působí jako jed.

Verbální komunikaci s pacientem mohou komplikovat například zbytečné příkazy, moralizování, souzení, nevhodný humor, stereotypizace, podceňování pacienta, obviňování, povyšování se nad pacienta apod. Lze se tedy dopustit mnoha chyb, které ústí v nedorozumění, komunikační šumy a problémy. (Špatenková, Králová, 2009)

2.1.2 Nonverbální komunikace

Je sice možné nemluvit, není však možné signalizovat nic. I celkovým klidem těla, mlčením a minimálním výrazem ve tváři něco sdělujeme. Míra a způsoby verbální exprese se u lidí různí. *Člověk může přestat mluvit, nemůže však přestat komunikovat svým tělovým idiomem, zde musí něco říct: buď dobře, nebo špatně. Nemůže neříct nic.* (Goffman, 1963) Nonverbální komunikace je vše, co signalizujeme bez použití slov či to, co doprovází naši slovní komunikaci. *Neverbálně komunikujeme gesty, postojem těla, výrazem tváře, pohledy očí, volbou a změnami vzdálenosti, tělesným kontaktem, tónem hlasu, oblečením a jinými aspekty vlastního zjevu.* (Vybíral, 2009) Celou řadu těchto mimoslovních prostředků také užíváme intuitivně, podprahově. Často buď zdůrazňují sdělované informace, nebo je popírají či doplňují.

Mimojazykové prvky, které spadají do verbální komunikace, se nazývají paralingvistické prostředky. Takovým prostředkem, který doprovází naše řečové vyjádření, je např. síla hlasu, výška tónu či pomlky mezi slovy. Při smysluplné komunikaci má být naše sdělení kongruentní, to znamená, že komunikační prostředky nejsou ve vzájemném rozporu. Výpověď: „To je mi skutečně velice líto“ se dá vyslovit mnoha různými způsoby, neboť vyjadřují různé subjektivní postoje mluvčího. Může to být soucit, ale také škodolibá radost. Velmi často můžeme pozorovat rozpor mezi obsahem sdělení a intonací.

Například v situaci, kdy sestra nesouhlasí s prováděným postupem nemocného, za něhož cítí (až rodičovskou) zodpovědnost, je lépe vyjádřit jasně svůj nesouhlas než ho manipulovat do pocitů viny, a tudíž do spolupráce. Je čestnější a účinnější vysvětlit pacientovi proč je dobré, aby od cigaret abstinovat, než použít popuzení: „No tak si kuřte, mně to může být jedno!“

Ve slovním projevu lze celkem snadno lhát, v nonverbálním doprovodu to již tak jednoduché není. Sestra má být autentická. Má říkat to, co je v souladu s jejím vnitřním přesvědčením. Informace se nesmí zásadním způsobem lišit od toho, co si sestra skutečně myslí. „Řeč těla“ pak její inkoherenci prozradí, čehož následkem je nedůvěryhodnost a poškození vztahu mezi sestrou a pacientem. Podobně na sebe pacienti mohou prozradit pochyby či obavy z léčby. (Honzák, 1999) Úkolem sestry je nejen umět rozpoznat tyto signály, ale také správně reagovat a vědět kdy je třeba situaci konzultovat s lékařem.

Mimikou rozumíme aktivitu obličejového svalstva. Mimika má ve zdravotnictví zásadní úlohu převážně v diagnostice bolesti. Pacient reaguje bolestivou grimasou na silný nociceptivní podnět, a to i na operačním sále v průběhu celkové anestezie. (Pálková, 2011) Mimické projevy jsou také zásadním vodítkem při zjišťování bolesti u dětí. Používá se některá z podob Wonk Bakerovy škály, která představuje sekvenci výrazů od radosti a pohody až po zoufalství. Výraz v obličejí při komunikaci odhaluje, jak je informace přijímána, zpracována a vyhodnocena. Z různých se měnících výrazů lze zjišťovat reakci na pobíhající komunikaci. Důležitým faktem je také to, že velmi pozorně (a ve stresové situaci ještě pozorněji) sleduje náš mimický projev také pacient. (Honzák, 1993)

2.1.3 Bariéry v komunikaci

Naše komunikace může být rušena různými vnějšími i vnitřními vlivy. Překážky v komunikaci dělíme na praktické, jazykové, emotivní, intelektuální a překážky v pochopení. Mohou na sebe navazovat, vznik jisté překážky může zapříčinit již existence jiné překážky. (Gabura, 1995)

Překážky praktické

Většinou se týkají rušivých vlivů z našeho okolí, například neslyšíme vysílatele informací, máme otevřené okno a na ulici jezdí auta, což vytváří hluk. Anebo neustále zvoní telefon. Příjemce by měl vysílatele upozornit na situaci, která tento nedokonalý příjem způsobuje. Oba by se měli snažit změnit podmínky přenosu informací, změnit místo rozhovoru, odstranit zdroj rušení apod.

Překážky jazykové

Jazykové překážky nastávají tehdy, pokud vysílatel mluví příliš rychle, nesrozumitelně, tzv. polyká slova, anebo formuluje tak dlouhé věty, že v jejich průběhu příjemce nezvládne udržet pozornost. Mezi jazykové překážky můžeme zařadit i sémantické bariéry, které vznikají, pokud komunikujeme v jazyce, který neovládáme dokonale. Mohou také vzniknout, když každý z mluvčích mluví jiným jazykem, nebo pokud má někdo vadu řeči.

Překážky v pochopení

Překážka v pochopení komunikovaného obsahu se objevuje tehdy, když vysílatel a příjemce chápou vysílaný obsah odlišně. Důvodem může být například vícevýznamový obsah slov, ale i jiný pohled na situaci který vyplývá z odlišnosti osob zúčastněných v komunikaci. Závisí to v podstatě na čemkoliv, co jednotlivé mluvčí v minulosti formovalo, silně působící jsou například faktory kulturní.

Překážky emotivní

V průběhu komunikace se někdy jen těžko můžeme vyhnout emocím, které v nás vyvolává informace nebo osoba se kterou komunikujeme. Emoce doprovázející komunikaci mohou být negativní (např. rozčilení, hněv, zuřivost, podráždění) anebo pozitivní (např. radost, nadšení) Pokud komunikovaný obsah nebo osoba, se kterou komunikujeme, v nás vyvolávají příliš silné emoce, brání nám v efektivním příjmu anebo vysílání informací. Hovoříme o překrývání pozornosti a komunikace emocemi. Někdy je vhodné komunikaci na čas přerušit, dokud emoce neodezní a až potom v komunikaci pokračovat.

Překážky intelektuální

Tyto překážky se nejčastěji týkají přizpůsobování jazyka vysílatele k intelektuálnímu potenciálu příjemce. Pokud vysílatel při komunikaci používá příliš odborný jazyk, cizí slova, komplikované vyjadřování, metafory, nevhodné příklady, příjemce nechápe komunikovaný obsah. Může nastat i opačná situace, snaha o co nejjednodušší vysvětlení určitého problému se pak může jevit jako neslušná. Mluvčí musí oboustranně používat jazyk přiměřený situaci. Některá odborná slova patří, jinde se naopak nehodí a vyzněla by zvláště. (Gabura, 1995)

2.2 Specifika komunikace ve zdravotnictví

2.2.1 Role sestry

Ve vztahu sestry s pacientem (ostatně jako v každém mezilidském vztahu) nejde pouze o předání informací, či interpretaci dat, jde o budování a rozvíjení vzájemného vztahu. Je to nedílnou součástí ošetrovatelské péče. Lze dokonce říci, že je jejím základem. Ošetrovatelský proces stojí na existenci setkávání lidí, a takové setkávání se bez komunikace neobejde. Ve slovnících bývá také uvedeno, že v komunikaci jde o prostředky, které pomáhají ke spojení. Spojení implikuje i možnost spojenectví. Pacient a sestra mají tedy být spojenci na společné cestě. (Honzák, 1999)

Profese sestry má za sebou v poměrně nedávné historii velké změny. Už jen to, že nazýváme sesterskou práci profesí je velký krok od dřívější charitativní činnosti postavené výlučně na náboženském základě. Virginie Hendersonová vidí základní funkci sestry v tom, že *pomáhá zdravému či nemocnému člověku v provádění činností, týkajících se zdraví a jeho ochrany, a to v situaci, kdy toho není sám schopen a nemá potřebnou sílu, vůli, nebo znalosti.* (Bártlová, 2018)

Sestra mívá s pacientem častější a bližší kontakt nežli lékař. Sestra dává pacientovi jídlo, sestra mu pomůže s osobní hygienou, sestra podá léky, sestra jednoduše pomáhá pacientovi při plnění jeho základních biologických potřeb. Pokud pacient hospitalizovaný na lůžkovém oddělení cokoliv potřebuje (zmírnit bolest, vstát z lůžka apod.), nejprve volá sestru. Protože sestra obstarává jeho osobní potřeby, je na ní pacient někdy zcela závislý. Sestra taktéž pacientovi supluje společenské vztahy, protože je mnohdy jediným člověkem, se kterým se pacient pravidelně stýká, je spojkou se světem a zdrojem informací. Sestra zná možnosti, jak pacientovi pomoci jak odborně, tak v rámci psychické podpory. Komunikace sestry s pacientem je tedy řízena tak, aby vedla k identifikaci potřeb pacienta a k zjištění přijatelného způsobu jejich splnění pro pacienta. (Bártlová, 2003)

Sestra má tedy vykonávat činnosti, kterými naplňuje potřeby pacienta. Na tuto základní funkci sestry však negativně působí několik faktorů. Je jím například velikost nemocnic, která implikuje náročnost na návaznost mezi dalšími odděleními, a vyplývá z ní větší množství provozních úkonů, které je sestra povinna vykonávat. Legislativou je dáno čím dál tím více úkonů, které sestra musí provést v rámci ochrany sama sebe. Tím

však logicky dochází k vzdalování se od pacienta. Se vznikem velkých zařízení přibýlo tedy mnoho činností, které bezprostředně nesouvisejí s ošetřováním nemocného. V praxi tento jev nazýváme dehumanizace ošetřování. (Bártlová, 2003)

Zásadní dovedností sestry je schopnost organizace vlastního času. Musí umět svůj čas správně a efektivně rozdělit. Komunikace s pacientem je jen jedním z mnoha úkolů, které má sestra během směny provést. Sestra musí svou roli nejen znát, ale také si ji řádně osvojit. Pouze dokonalá internalizace role může zabránit rigoróznímu vázání se na pravidla či naopak lehkomyšlnému porušování pravidel. Povolání sestry tvoří celý systém společenských rolí. *Při charakteristice činností sestry nejde o vystižení všech úkonů, ale o vystižení činností funkčně odlišných, jejichž souhrn tvoří základ role sestry. Znamená to, že se jedná o činnosti, které musí být každá sestra připravena aktivovat, i když je momentálně nepotřebuje pro výkon té role, kterou zastává.* (Paseka, 1971) Gró realizace profesionální role je její vykonávání. Realizaci role sestry ztěžuje především to, že je svou povahou vnitřně konfliktní. Největší zdroj konfliktnosti vyplývá z toho, že pro výkon činností jsou ve zdravotnictví stanoveny přesné normy, ale zdravotničtí pracovníci realizují úkony v naprosto jedinečných situacích a proto je z hlediska psychologie osvojení role této profese zvláště obtížné. (Bártlová, 2003)

Vzájemný komunikační vztah sestry a pacienta má být lidsky rovnocenný. Komunikují spolu dvě lidské bytosti. Je ale přirozeně nevyvážený, sestra bývá z hlediska své pracovní pozice určitou autoritou, expertem. Může proto komunikaci s pacientem do jisté míry řídit a usměrňovat. Sestra má ve správné míře rozhodovat o její formě a obsahu. Jedná se tedy o velice zodpovědný a nelehký úkol. (Bártlová, 2003)

2.2.2 Komunikace jako potřeba pacienta

Jak vyplývá z výše zmíněné definice základní role sestry podle V. Hendersonové, zvláště významné místo v řešení situace nemocného zaujímá problematika potřeb. Potřeby pacienta jsou individuální, stále složitější a komplexnější ve všech svých složkách. Samotná podoba pacientových potřeb vyplývá hlavně z charakteru nemoci. Závisí ale i na pacientovi samotném. Specifická podoba potřeb je závislá především na charakteru nemoci, zároveň však na pacientovi samotném a na sociálních poměrech, ve kterých žije. Potřeba sociálních interakcí je nasycena určitým množstvím sociálně skupinových vztahů. Pro hospitalizovaného pacienta jsou to vztahy k lékaři, sestře, či k dalším hospitalizovaným pacientům. Pacientovi ošetřovanému v domácnosti zpravidla rodina naplňuje potřebu sociálního kontaktu. Uspokojování potřeby komunikace je v současné době mnohdy omezováno, a to vysokým podílem techniky v diagnostice a terapii a vlivem nemedicínských faktorů na léčebný proces, dále pak rychlými změnami osobností pacientů a jejich rolí v nemocnicích.

Jde zejména o změnu vztahu lékař-pacient z dříve autoritativních na partnerské vztahy, o realizaci ošetrovatelské péče s tím, že je třeba mít „více času pro pacienty“, odstraněním nekvalifikovaných prací z činnosti absolventů středních zdravotnických škol atd. Záměrně v souladu s cíli léčebného a diagnostického procesu je třeba rozvíjet a usměrňovat komunikaci pacienta s těmi, kteří ho přijdou navštívit tak, aby se plně aktivizoval v roli pacienta a pozitivně ji s pomocí ostatních přijal a uvědoměle realizoval. (Bártlová, 2003)

2.2.3 Bariéry v komunikaci v resuscitační péči

Jen fakt, že pacient je hospitalizovaný na oddělení resuscitační péče na něj klade určitou zátěž. Pobyt na resuscitačním oddělení nelze nazvat relaxačním. Samotné prostředí těchto oddělení může být pro pacienta zvláštní. Oddělení jsou přizpůsobena tomu, aby pomáhala udržet při životě vážně nemocné pacienty. Přístroje, sondy, katetry a všelijaké zvuky nevytvářejí prostředí obecně příjemné.

Kromě toho může mít pacient bolesti. Není lehký úkol správně naladit hladiny analgosedace, aby byla dostatečně účinná, pacient byl bez bolesti, ale zároveň se minimalizovalo množství postsedačních následků. Studie prokázaly, že koncentrace

Propofolu¹ zjištěné v plazmě u pacientů v sedaci na jednotkách intenzivní péče způsobují inhibici oxidace mastných kyselin ve svalových buňkách a snižují volnou kapacitu řetězce přenosu elektronů v mitochondriích. Tedy již při malých, zdánlivě neškodných koncentracích se ve svalech dějí změny, které pacientovi výrazně ztíží návrat k normálnímu způsobu života. (Krajčová, 2018)

Pacient může být napojen na umělou plicní ventilaci, může být analgosedován, může být v bezvědomí. Tyto skutečnosti mohou být faktory, které významně působí na komunikaci mezi sestrou a pacientem.

V resuscitační péči se ovšem nevyskytují pouze bariéry bezprostředně s resuscitační péčí související. Některé bariéry jsou vneseny ze strany personálu. Nijak nesouvisejí s charakterem péče či vážností diagnózy pacienta. Jsou to například bariéry takové, které způsobuje fyzická a psychická zátěž personálu. Kromě momentálních zátěží personálu může být na vině i poněkud chroničtější záležitost – syndrom vyhoření. Právě profese sestry či ošetřovatele vykazuje velké riziko rozvoje tohoto syndromu. McHugh ve své studii uvádí, že v institucích, kde je více nespokojených sester se syndromem vyhoření je spokojenost pacientů o mnoho nižší než v institucích jiných. Nabízí se tedy možnost, že zkvalitněním pracovních podmínek a zaměřením se na celkovou spokojenost sester se dá zvýšit spokojenost pacientů. (McHugh, 2011)

Příčinou nedostatku iniciativy v komunikaci nemusí být jen přepracování personálu, vychází to i z charakteru biomedicínského modelu péče. Ten mluví o pacientovi jako o biologické jednotce. Neodpírá péči holistické pojetí člověka, ale příliš ho do popředí nestaví. Základní předpoklad pro personál na konci směny je „mít hotovo“.

¹ Propofol je celkové anestetikum užívané pro úvod do anestezie a její udržování a sedaci během diagnostických a chirurgických výkonů. (Souhrn údajů o přípravku, 2019)

2.2.4 Využití komunikačních technik v resuscitační péči

Nejčastěji se na resuscitačním oddělení setkáváme s pacienty, kteří jsou napojeni na umělou plicní ventilaci. Pacienti s touto intervencí jsou většinou také za účelem tolerance kanyly v dýchacích cestách pod kontinuální terapií kombinací sedativ a opiátů. To zajišťuje pacientovo pohodlí a bezpečí, ale zároveň to staví mezi pacienta a personál komunikační překážku. Nejjednodušší forma komunikace sestry s pacientem na umělé plicní ventilaci je formou otázek typu ano/ne. Pacient odpovídá adekvátně ke svým možnostem. Bývá to například stisk ruky, či mrknutí. Je nutné dbát při oslovení pacienta na to, zda se pacient otočí za hlasem a fixuje pohledem. I v případech, kdy tomu tak není a od pacienta se personálu nedostává žádné reakce, je nejlepší předpokládat, že je slyší a tomu přizpůsobit veškerou probíhající komunikaci v pacientově pokoji. (Tomová, Křivková, 2016)

Mezi metody komunikace patří základní výzvy, které zjišťují reakce a úroveň stavu vědomí pacienta. Pouze když známe přesné komunikační limity pacienta, můžeme správně vybrat metodu, kterou budeme s pacientem komunikovat. Pro zjištění stavu vědomí máme hodnotící škály, nejznámější je Glasgow Coma Scale, který hodnotí otevření očí, hlasový projev a motorickou odpověď. (Kapounová, 2007)

Za posledních 30 let se také celosvětově rozšířila bazální stimulace. Bazální stimulace není ani tak komunikační technikou, jako *pedagogicko-ošetrovatelským konceptem, který se orientuje na všechny oblasti lidských potřeb. Cílem postupů v bazální stimulaci je přizpůsobit péči životní situaci lidí, kteří se narodili s postižením nebo ho za života získali v důsledku onemocnění či úrazu*, jak uvádí Friedlová v časopise *Diagnóza v ošetrovatelství*.

Prof. dr. A. Fröhlich vypracoval koncept Bazální stimulace na podkladě vědeckých poznatků z fyziologie, neurologie, embryologie a vývojové psychologie. Pokládá zkušenosti se svým vlastním tělem jako hlavní a výchozí bod pro psychomotorický vývoj jedince. Základní kámen vnímání vlastního těla pak umožňuje vývoj dalších oblastí, tedy motoriky, kognice, komunikace, sociální zkušenosti, emocí a vnímání. Bazální stimulace pojímá člověka komplexně a vidí souvislost a rovnováhu mezi jednotlivými rovinami. Podle Fröhliche je důležité pochopení myšlenky konceptu bazální stimulace, a to propojení mezi duševnem a tělem člověka. Základní okruhy

stimulace jsou somatická, vestibulární a vibrační stimulace. Do prvků nastavbové stimulace se řadí optická (zraková), auditivní (sluchová), taktilně-haptická (hmatová), olfaktorická (čichová) a orální stimulace (senzoriky dutiny ústní a chuťových vjemů). (Friedlová, 2012)

Bazální stimulace není finančně náročná, není zapotřebí mít na oddělení nejnovější technické vybavení. Jediné, co potřebuje, je vyškolený personál, pochopení a spolupráci celého týmu. (Friedlová, 2006)

Prvky, kterými stimulujeme pacienta jsou vybírány na základě jeho zdravotního stavu a autobiografické anamnézy, do které spadají jakékoliv využitelné informace. Jídelníček, oblíbená hudba, spánkové rituály, oblíbené denní činnosti nebo zdali je pacient pravák, či levák. Právě tyto informace napomáhají personálu v situacích, kdy se pacient nemůže vyjádřit sám. Je ideální, když se podaří zapojit i pacientovu rodinu. Praktikování péče v konceptu bazální stimulace není omezeno jen na individuální pacientovy zkušenosti. Zahrnuje mnoho praktik všeobecně využitelných jako například iniciální dotek, který odstraňuje pacientův strach a nejistotu a s tím spojené změny fyziologických funkcí při nečekaných událostech. Pacienti se sníženým smyslem vnímání jsou náchylní na nečekané doteky. Když ke každému setkání s nimi přidáme stejný dotek na určitém místě (doporučuje se paže nebo rameno), výrazně jim to napomůže orientovat se v okolním dění. Dalšími technikami jsou například kontaktní dýchací masáže, koupele nebo polohování. (Friedlová, 2006)

2.2.5 Emoční inteligence v komunikaci

Emoční inteligenci lze definovat jako *schopnost vnímat vlastní emoce, umět s těmito emocemi zacházet, využít je ve prospěch nějaké věci, tedy sám sebe motivovat, ale také schopnost vcítit se do ostatních lidí (empatie) a správně nakládat se vztahy*. (Vymětal, 2008) Emoční inteligence se skládá z pěti základních schopností.

Emoční sebeuvědomění

To zahrnuje schopnost vyjadřovat vlastní emoce a nálady, rozpoznat je a uvědomovat si jejich dopad na naše jednání, chování i na okolí, být si vědom vlastní ceny. Je to základní předpoklad pro asertivní chování jak v rámci ošetrovatelského týmu, tak v jednání s pacienty.

Sebeovládání

Popisuje schopnost regulovat a kontrolovat své negativní emoce v náročných a vypjatých situacích, umění pracovat efektivně pod tlakem, nenechat se ovládat panikou ani zaslepit hněvem. Patří sem také schopnost ventilovat své emoce vhodným způsobem ve vhodnou chvíli.

Motivace

Motivace znamená vnitřní schopnost dosažení cílů s nadšením, umění vědomě navozovat emocionální stavy spojené s vůlí dosáhnout úspěchu, umění přesvědčovat druhé a motivovat je k požadovanému výkonu a realizaci kýženého cíle. Je zásadní pro práci v týmu a také je to jeden z hlavních prvků prevence vyhoření. (Vymětal, 2008)

Empatie

Empatie je schopnost vcítit se do situace druhého. Slovo empatie je často využíváno ne zcela správným způsobem. Nejde jen o soucit a litování a už vůbec ne o nějaké sentimentální předstírání a prožívání utrpení druhého. Jde o to si představit situaci druhého, přemýšlet o tom jaké nové překážky a potřeby by člověk pociťoval v právě vzniklé situaci druhého. Dosud u převážné části zdravotníků bohužel převažuje pocit, že dlouhé rozhovory z pacientem znamenají ztrátu vzácného času, který lze daleko efektivněji využít tím, že se mu nabídne racionální biomedicínská pomoc. (Honzák, 1999)

Nedostatek empatie, či její nevhodný výklad lze považovat za chybu v komunikaci. Nemocný člověk je mimořádně citlivý ke komunikačním faulům. Komunikace pomáhá léčit, komunikace může také hodně ublížit. Je proto podstatné nejen dokázat si představit, jak se nemocný člověk ve své situaci cítí, ale i zkoumat jeho reakce a adekvátně se správným projevem a ve správné míře empatického chování reagovat. (Kutnohorská, 2013)

Společenská obratnost

To znamená obratnost v prostředí sociálního styku, schopnost docílit žádoucí reakce ze strany druhého, ovlivňovat názory druhých, přesvědčovat a argumentovat. Do této kategorie spadá sem i umění vedení ostatních, umění kompromisu a spolupráce. (Vymětal, 2008)

Pro ilustraci lidského nedostatku emoční inteligence je přiložena báseň od pacientky z domova pro seniory v Dundee ve Skotsku (viz Příloha 1), kterou po její smrti našel tamější personál.

Při komunikaci s pacientem se v jednotlivých dílčích momentech projevuje celkové filozofické pojetí přístupu k němu. Je čitelné, zda zdravotnický personál bere pacienta jako člověka či jako nositele diagnózy.

3 Empirická část

3.1 Výzkumná metodologie

3.1.1 Etnografie

Etnografie má za cíl provádět analýzu sociálních skupin, společností a institucí. Vyznačuje se získáním holistického obrazu daného subjektu, je to flexibilní a dá se říct i kreativní proces. Vývoj etnografie je úzce spjat s antropologií. Několik historických událostí významně přispělo k etablování sociální antropologie jako akademické disciplíny, a tedy i k rozvoji etnografie jako výzkumné metody. Jednou z těchto událostí je terénní výzkum Bronislawa K. Malinowského na Trobriandových ostrovech. Tento britský antropolog totiž během svých zkoumání došel k závěru, že pokud chce výzkumník získat skutečně cenná data, nestačí provádět rozhovory na verandách pohodlných koloniálních domů prostřednictvím tlumočnicků, ale musí se dostat do centra domorodé vesnice, naučit se jejich jazyk, účastnit se jejich běžného života. k získání skutečně cenných dat nestačí rozmlouvat s informátory na verandách pohodlných koloniálních domů prostřednictvím tlumočnicků, ale je třeba odstěhovat se přímo do domorodé vesnice, naučit se místní jazyk a účastnit se každodenního života zkoumaných osob. Je tedy jasné, že abychom získali data, která budou relevantní, musíme strávit v tamním prostředí velké množství času. Jeden rok se uvádí jako optimální. Je to také proto, že výzkumník značně svou přítomností společnost ovlivňuje a předpokládá se, že po určité době se i výzkumník začlení do skupiny natolik, že se realita tamního prostředí vrátí zpátky do starých kolejí. (Budilová, 2015)

Nepostradatelnou součástí kvalitně provedeného terénního výzkumu je v sociální antropologii dostatečné zvládnutí jazyka příslušníků sledované skupiny.

Této výzkumné metodě je také mnoho věcí vytýkáno. Vedle již zmíněného ovlivnění skupiny pozorovatelem věrohodnosti a správnosti dat škodí i vytržení z kontextu života skupiny, tzv. ahistoričnost. Od počátku byly tyto výzkumy prováděny především ve společnostech bez písma, bez jakéhokoliv záznamu historie, tedy založeny na mnohdy zcela subjektivních vzpomínkách z rozhovorů.

Moderní antropologie rezignovala na původně kýžený exaktní, objektivní výzkum. *Ještě Malinowski byl přesvědčen, že badatel by do výzkumu a následné analýzy*

neměl vnášet své osobní postoje, či emoce. Moderní antropologie naopak uznává, že výzkumník je ve své etnografii vždy nutně přítomen: svoji osobnost a pozici nemůže uzávorkovat, měl by ji ovšem reflektovat a explicitně sebe sama kontextualizovat. (Budilová, 2015) Obsažení těchto okolností ve výzkumu může totiž naopak přinést cenná zjištění.

Představa, že terénní výzkum se týká pouze exotických krajín a diametrálně odlišných životních úrovní již v současnosti neplatí. Teď etnografie není vymezena předmětem zájmu, nýbrž specifickým přístupem, do něhož spadá způsob vytváření dat. To, co výzkumník nejčastěji hledá je jednání, které se určitým způsobem pravidelně opakuje. Jednání, které přináší možnost ho interpretovat jako vzorce. (Thornton, 1985)

Je třeba zdůraznit, že etnograf není nepopsanou knihou. Jeho přístup, názory, percepce reality, způsob a interpretace výsledků jsou vždy významně ovlivněny pohledem výzkumníka na svět. Výzkum tedy klade vysoké nároky na intelektuální vyzrálou a schopnost výzkumníka. Nároky v této oblasti jsou ale velmi těžko měřitelné a naučitelné. Mohli bychom tyto schopnosti nazvat jako „sociální cit“. (Kempny, 1992)

Další problematikou výzkumníka v terénu je rozhodnutí, zda zvolí identitu otevřenou nebo skrytou. Skrytá identita výzkumníka je často z etického hlediska kritizována. Ať už se ale výzkumník rozhodne pro jakoukoliv identitu, musí svou pozici popsat. Vztahy výzkumníka se zkoumanými jsou totiž důležitým faktorem ovlivňujícím průběh i výsledky výzkumu. Badatel se také v terénu setkává s nálepkami jako „novinář“, „ten od televize“, či v horším případě „špion“, ať se svou pozici terénního etnografa snaží vysvětlit sebelépe.

Silnou stránkou etnografie bývají hloubkové sondy do dění v prostředí konkrétního společenství. *Vždy je ovšem třeba si položit otázku, nakolik je možné taková data či analýzy generalizovat na širší společnost.* (Budilová, 2015)

3.1.2 Pozadí výzkumu

V rámci tříletého bakalářského studia oboru Všeobecná sestra na 3.lékařské fakultě Univerzity Karlovy jsem se dostala na Klinikou anesteziologie a resuscitace ve Fakultní nemocnici Královské Vinohrady, kde jsem v létě roku 2019 vykonávala praxi. Celkem jsem na lůžkových odděleních kliniky strávila 120 hodin.

Čas prováděného výzkumu čítá celkem 70 hodin. Je nutno říct, že oproti běžným etnografickým výzkumům je to čas velmi krátký. Výzkum jsem prováděla společně s dvěma kolegyněmi ze stejného ročníku. Byly jsme oproštěny od jinak nevyhnutelného počátečního kulturního šoku v první fázi výzkumu, protože jsme všechny tři vykonávaly souvislou praxi na této klinice. Během praxe jsme měly možnost se dostatečně začlenit do týmu, ale zároveň zůstat vnějšími pozorovateli.

Jak zmiňuji v kapitole Etnografie, podmínkou dobře odvedeného terénního výzkumu je zvládnutí jazyka, kterým hovoří členové sledované skupiny. Na rozdíl od expedic k domorodému obyvatelstvu v neprobádaných končinách nebyla jazyková bariéra na klinice vysoká. Nebyla však neexistující, protože jako každé uzavřené pracovní prostředí, i toto nemocniční oddělení má své specifické postupy v komunikaci s okolím. Pro dlouholetého zaměstnance jsou pokyny poněkud slangového rázu plně dostačující, ale pro pacienty stejně jako pro nově příchozí zaměstnance mohou být matoucí. Například „udělat noráč“ znamená připravit roztok noradrenalinu v 5% glukóze v určité koncentraci, dát ho do k tomu určené stříkačky a tu náležitým způsobem označit. Pro sestru na tamějším oddělení jasný úkol, pro nově příchozí již tolik ne.

Zde se potvrzuje výše zmíněná ahistoričnost výzkumu, kterou s sebou tento způsob sběru dat nevyhnutelně přináší. Sleduji dění na klinice „tady a teď“, co předcházelo mé návštěvě a následovalo po mém odchodu je mi zcela neznámé a tím tamní osazenstvo obírám o veškerou možnost záznamu jejich změny či růstu, která nastala mimo můj pobyt.

Gró antropologovy dovednosti v provádění výzkumu je adaptace, schopnost vykonávat stejné činnosti, které vykonávají zkoumané osoby. Tento adaptační proces proběhl již při předešlé praxi na Klinice anesteziologie a resuscitace, čímž se nám značně ulehčil průběh výzkumu.

Z výše zmíněných důvodů jsme se po konzultaci s vedoucí práce rozhodly zaměřit se na jednotlivé jevy, tedy zkoumat velmi malou část výzkumného materiálu. Rozhodly jsme se udělat sondu do komunikace probíhající v jednom dni postupně mezi dvěma sestrami a jedním pacientem na resuscitačním oddělení.

3.1.3 Místo sběru dat

Sběr dat probíhal na oddělení Kliniky anesteziologie a resuscitace RES II VE Fakultní nemocnici Královské Vinohrady.

Intenzivní péče je na Klinice anesteziologie a resuscitace provozována na dvou odděleních umístěných ve dvou podlažích pavilonu H (RES 1 a RES 2) s celkovým počtem 21 lůžek (10 a 11) a jedním lůžkem vysokoprahového příjmového místa. Na lůžkovou část kliniky jsou přijímáni nemocní vyžadující podporu nebo plnou náhradu životních funkcí. Personální a přístrojové vybavení umožňuje nejvyšší stupeň podpory orgánových funkcí včetně kontinuálních eliminačních technik a extrakorporální membránové oxygenace. Ročně je přijato na lůžkovou část kliniky 800 kriticky nemocných, polovina z celkového počtu je zajištěna z oblasti přednemocniční péče ve spolupráci se záchrannými zdravotnickými službami, druhá polovina jsou již hospitalizovaní pacienti. Klinika anesteziologie a resuscitace ve Fakultní nemocnici Královské Vinohrady slouží jako nejvyšší resuscitační pracoviště pro pacienty z Prahy 3 a 10 a pacienty Traumacentra, které pokrývá východní část Prahy a středních Čech. Lůžková část kliniky je vybavena nejmodernějším klinickým informačním systémem, který umožňuje pracovat bez papírové dokumentace tak, aby se personál mohl věnovat více pacientům. Na lůžkách se prosazují nejnovější trendy v intenzivní péči, včetně velmi časných mobilizací a rehabilitací kriticky nemocných, prevence nosokomiálních infekcí a antibiotické surveillanc. Multidisciplinární charakter péče podtrhuje účast mikrobiologa a klinického farmaceuta na vizitách u lůžka. (web FNKV, 2016)

3.2 Sběr a zpracování dat

Sběr dat probíhal celkem v pěti dnech. Střídalý jsme se spolu s kolegyněmi v třech směnách. První směna probíhala od 7.00 do 12.00, další od 12.00 do 17.00 a poslední od 17.00 do 21.00. V Příloze 2 je ukázkový záznam komunikace. Po každé směně jsme data prošli, doslovně text přepsaly a vzájemně si nejasnosti dovysvětlily, aby pro další zpracování dat byl veškerý text plně srozumitelný.

Každý den nám byl přidělen jiný pacient i jiná sestra. Je tedy zřejmé, že bylo těžké vypořádat nějaký opakující se vzor za tak krátký čas. Proto jsem se uchýlila ke zkoumání velmi malých částí komunikace u jedné konkrétní pacientky. Pacientka byla v kritickém stavu, byla při vědomí a komunikovala, což mi rozšířilo pole zkoumání. Z výše zmíněných důvodů bych spíše než za analýzu tuto práci označila jako sondu.

Důležitou součástí zpracování dat bylo jejich opakované čtení. Po určení tří částí dialogu pro zkoumání následovalo opakované čtení již vybraných částí a jejich rozbor. V třech vybraných komunikačních situacích je popsán způsob komunikace dvou sester s pacientkou.

Na začátku zkoumání nebylo vzhledem k povaze práce jasné, co přesně bude zaměřením v empirické části práce. Na základě zpracování a zkoumání dat jsme si s kolegyněmi rozdělily na co se každá budeme zaměřovat. Každý den nám byla přidělena jiná sestra a jiný pacient, pouze v jednom z pěti dní se jednalo o komunikaci s pacientem při vědomí. Právě na tuto část jsem se zaměřila já. Jde o prozkoumání malého vzorku komunikace, jakousi sondu do konkrétní situace z jednoho dne.

Tato práce se zaměřuje na komunikaci dvou sester s verbálně komunikující pacientkou při vědomí. Po pečlivém zkoumání zápisu jsem identifikovala tři situace, na kterých se snažím popsat zvláštnosti komunikace s pacientkou.

Po krátkém popisu pacienta jsou uvedeny přesné zápisy komunikace, poté vlastní reflexe situace pomocí třech otázek. Komunikace 1 a Komunikace 2 probíhá se sestrou č.1, Komunikace 3 se sestrou č.2.

Příklad záznamu komunikace

čas	činnost	verbální komunikace sestry	neverbální komunikace sestry	pacient
7:47-7:50	sestra přináší jídlo a pití, komunikuje	Tak já tu šňávu asi odnesu, dám vám, čaj k ruce, jo? Tady brčko a dám vám trochu piškotů, ať nemáte ten žaludek úplně na lačno.	usmívá se	Tak jo, tady to klidně nechte, já už tam dosáhnu.
7:51	komunikuje s pacientkou	Koukám, že rukáv se ujal, ten pruban, tak teď už to drží líp, žejo?	usmívá se, při komunikaci udržuje oční kontakt	Joo, je to mnohem lepší.
7:52	sestra je mimo box pacientky			pacientka je na telefonu
8:17-8:21	vizita, pouze přednosta vešel do pokoje, zvýšený hygienický režim se sice včera zrušil, ale všichni jsou velmi opatrní			
8:22	polohuje postel pacientky	Jak to pokračuje, ta snídaně? Trochu čaje, piškot, bylo?		Zatím ještě ne..mohla byste mi trochu zvednout tu postel?
8:25		Zkuste to sama, tady, tlačítkama..		Já to právě zkoušela, ale tyhle asi nejdou. A na druhý straně taky ne.
8:26		Aha, tak mě vždycky řekněte kdyžtak. To je zase MASH? (běží seriál na mobilu)		Jojo. (usmívá se)

Popis pacienta

25letá pacientka s těžkým imunodeficitem (těžká kongenitální neutropenie neboli Kostmannův syndrom) s chronickými defekty obou bérců a recidivujícími bakteriálními infekcemi byla dne 18.7.2019 vyšetřena na centrálním příjmu interních klinik ve Fakultní nemocnici Královské Vinohrady. Pacientka má Kostmannův syndrom Seps, výpočetní tomografie s průkazem plynaté gangrény levé dolní končetiny a retroperitonea, překlad na oddělení RES II. Zde rozvoj šokového stavu, podpora noradrenalinem, Penicilin, Dalacin, Gentamicin. Provedena amputace levé dolní končetiny ve stehně a drenáž retroperitonea.

19.7. progrese septického šoku

20.7. pro prohloubení svalových nekróz provedena exartikulace levé dolní končetiny v kyčelním kloubu

23.8. aplikován VAC systém

od 11.9. spontánní ventilace

14.9. septický šok – zdrojem pravděpodobně absces v ráně v levém hypogastriu

19.9. resekce sedacího hrbolu a převaz VAC systému na sále, na výpočetní tomografii známky osteomyelitidy pánve

20.9. změna antibiotik na ciprofloxacin

Stav pacientky v den výzkumu

Pacientka je spontánně ventilující, bez obtíží, nedesaturuje, nebulizace toleruje, je při plném vědomí, orientovaná místem, časem i osobou, komunikuje bez problémů. Je normotenzní, oběhově stabilní bez podpory katecholaminy. Bolesti má v pravé dolní končetině – prsty a kotník. Nutno šetrně manipulovat a podávat analgezii dle ordinace lékaře. Výživa perorální, někdy ji odmítá, pije dostatečné množství tekutin. Stolice kašovitá. Pacientka je pohyblivá v rámci lůžka, polohování dolní končetiny, fyzioterapie. Polohování na boky si nepřeje, rehabilitace ji velmi vyčerpává. Má zavedený arteriální katetr a permanentní močový katetr. Dnes 70. den hospitalizace.

3.2.1 Analýza komunikace 1

Komunikace 1
S: "Měla bych s vámi jít do sprchy, co vy na to? Nee? Já jenom vezmu vzorek moče, nic bolavýho, tady z hadičky to znáte, žejo?" Usmívá se a ukazuje na močový katetr.
P: „M-hm“, odkývá a usmívá se.
S: „Mohly bychom umejt vlasy a udělat si pořádnou koupel, zítra o to přijdete, protože se bude řešit ten převaz.“
P: Pacientka kroutí hlavou. "Ne já se bojím, to nechci"
S: „Jee to nemusíte, většině pacientům od nás se to líbí, že je to konečně proud vody, ne jenom šplouchání na posteli. Tam poteče krásná teplá, budete na vaně, nemusíte se bát, budeme tam s váma. Na tý vaně jsou taky bezpečnostní zábrany, nemusíte se bát, že spadnete.“
P: Pacientka kroutí hlavou, že nechce.
S: „Určitě ne?“
P: „Hmm, ne.“ Zamračí se.
S: „Tak, já tady teď pracuju na těch lécích, že to všechno kape tak jak má“
P: „Jojo, dobře.“ Tváří se zmateně, rozpačitě.
S: Sestra odejde z boxu, za chvíli se vrátí. „Já tady mám takovou inovaci, znáte tyhle žínky, který hodně mydlej? Uděláme si tu takovej kosmeták, deodorant, hezky pěnu.“ Podává pacientce žínky.
P: myje se

Co jsem viděla

Sestra přichází na box pacientky odebrat vzorek moči a snaží se ji přesvědčit, aby šla do sprchy. Pacientka z nějakého důvodu nechce. Říká, že se bojí. Sestra se po nějakém čase rozhodne, že provede hygienu na lůžku.

Co jsem si myslela

Pacientka dlouho ve sprše nebyla, pomalu se snaží dostat se zpět k vykonávání normálních životních činností a tato nabídka byla na ni příliš velká. Nevím přesně, čeho se bála. Zdali to byl pád, či třeba jak to bude zvládat v současném stavu. Sestra se jí snažila přesvědčit, že sprcha je pro její stav dobré rozhodnutí, ale už se nesnažila zjistit pacientčinu příčinu nechuti k této činnosti.

Co jsem cítila

Cítila jsem lítost, bylo vidět, že pacientka toho má už zkrátka dost. Pacientka nemá nohu, nemá sedací kost, má bolesti, velmi ochablé svaly, je mladá, její fyzický vzhled se za poslední týdny nenávratně změnil. Podle mě je v nepředstavitelně těžké situaci. Sestra je skvělá, komunikativní, milá, vtipná, soucitná. Těžko by kdo hledal lepší, ale možná

v tuhle chvíli pacientka potřebuje jen čas, možná pacientka cítí, že jí nikdo porozumět nemůže, že nikdo její situaci zkrátka nezažil. V tuto chvíli bych já potřebovala vidět svoji rodinu a přátele a mít jistotu, že ve mně pořád vidí toho samého člověka, že jsem neubrala na hodnotě.

a) *„S: Mohly bychom umejt vlasy a udělat si pořádnou koupel, zítra o to přijdete, protože se bude řešit ten převaz.“*

Sestra poukazuje na jedinečnou možnost jít do sprchy, zítra to nebude možné, představuje koupel jako vzácnost, což by mohlo pacientku povzbudit.

b) *S: „Tak, já tady teď pracuju na těch lécích, že to všechno kape tak jak má.“*

Sestra přesvědčuje pacientku, aby šla do sprchy. Uprostřed náhle změní téma. Tím, že se jen celou dobu nesnaží ji přemluvit a řeší i jiné věci lze pravděpodobněji docílit souhlasu pacientky.

c) *S: Sestra odejde z boxu, za chvíli se vrátí. „Já tady mám takovou inovaci, znáte tyhle žínky, který hodně mydlej? **Uděláme si tu takovej kosmeták, hezky pěnu.**“
*Podává pacientce žínky.**

„Dáme košili, spolkneme prášek, změříme tlak.“ Sestra k pacientovi mluví v první osobě množného čísla. Pro uši zdravotníka to není nic neobvyklého. Zdá se to být přívětivějším způsobem mluvy, méně rozkazovacím, sestru a pacienta tyto výroky činí skupinou, jsou na stejné lodi, zvyšuje to spolupráci. Avšak vzpomeňme si, u koho jsme tento způsob vyjadřování použili poprvé. „Matoušku, vyčistíme zoubky a jdeme spát, jo?“ Nemusí se nám to zdát jako špatný způsob, ale pro pacienta to může být způsob dehonestující. Jsou situace, kdy jsou tato vyjádření na místě, může to být např. jako prvek ke zklidnění pacienta, pokud se cítí sám, či se něčeho obává. Situace ale není jediným faktorem, podle kterého bychom se měli rozhodovat, zda infantilizaci tolerovat či ne. Je na místě se rozhodovat na základě věku pacienta i sestry, jejich vzájemného vztahu a mentálního stavu pacienta. V praxi (i ve výše uvedených komunikačních situacích) vidíme, že tento prvek je spíše nadužíván.

3.2.2 Analýza komunikace 2

Komunikace 2
S: „Ještě to chce přitáhnout, XY. Namažu hlavně ten vršek, zbytek kdyžtak s rehabilitákama.“
P: „Hmm.“
S: „Jo, je to výborný! Jste moc šikovná. Usušíme, namažu, chvíli si odpočíte, jo?“
P: „Dobrý?“ Pacientka měla zvednutou ruku, ptá se, jestli jí už může povolit.
P: „Mně hlavně nejde zvednout ta prdel pořád.“ směje se.
S: „Nojoo, letadlu to taky chvíli trvá“ směje se.
P: „Když já jsem spíš helikoptéra.“ směje se.
S: „Ještě trošičku se přitáhněte, tak, natáhnu prostěradlo.“
P: „Aha, já jsem se jen lekla, já se snažím se nějak natočit.“
S: „Zkuste se teď naposledy přitáhnout, já tam musím to prostěradlo hodně nasoukat, ať to pak máme co nejlehčí.“
P: „Ok, neřvii“ Pacientka mluví na infuzní pumpu, která hlásí dokapání infuze.
S: „Já jí hned umlčím, nebojte“
P: „Já se na tu rehabilitaci fakt moc necejtim.“
S: „Já bych vám toho spoustu ráda odpustila, sprchu, jasný, ale ta rehabilitace je fakt hodně důležitá. Tak a teď už zbejvá jenom druhej bok, to už zvádáme, jste moc šikovná.“
P: „Jauu, bolí mě svaly na ruce.“
S: „No my jsme je teď unavily, co bolí, to jsme teď posílily. Tak co druhej bok, chcete si to zkusit sama, nebo zavoláme Pepu?“
P: „Zkusíme to samy.“
S: „Až budete připravená, tak já můžu.“
P: „Jo, já se obávám že tam úplně nedošáhnu.“
S: „Já vám pomůžu, zkuste udělat ten pohyb a taak, já vám tam tu ruku došťouchnu.“
P: „Dobrý, ale moc dlouho to neudržím.“
S: „Tak jdem, naposledy, hej rup! Raz dva tři.“
P: „Jo, držim se.“
S: „Ještě není úplně doděláno, moment. Ale jste mocmoc šikovná, super! Zvládly jsme to samy! Zkusíte se tady trošičku přitáhnout rukama? Nadlehčit ten hrudník, tak, supr. Vydržte, už dobrý.“
P: „Můžu už pustit?“
S: „Přikryju ještě dekou, vyměníme ten polštář a dáme košili. Co dežodorant?“
P: „Jo, můžeme.“
S: „Tak tady máte, můžete sama.“
P: „Tak jo.“
S: „Rehabilitace by nás pochválila. To je trénink jemné motoriky.“
P: „To je spíš týrání helikoptér, pomůžete mi?“ Směje se.
S: „Joo, jasný.“ Nastříká deodorant.
P: „Mně je fakt blbě.“
S: „Jeee, XY, ale teď jste nezracela..já vim že je to blbý, ale o víkendu tady ty rehabilitační nejsou, to o to přijdete, zejtra máte ten převaz, tak to zkuste překonat, já vim, že mně se to říká, ale prosím zkuste to.“
P: „Já vim“
S: „Ještě tu jsou ty tabletky, zkuste je spolknout, mám je nadrtit?“
P: „Já to zkusim spolknout.“

S: „Až pak budete s někým zas bydlet doma tak jim to musíme ukázat, jak se to dělá, teď fakt toho využijte ať se to naučíte.“
P: „Já se na to fakt ale necítím.“
S: „Zkusíme to, je to fakt potřeba, to vám nemůžu odpustit, kdyžtak v průběhu to můžeme zkrátit. Chcete přisednout v posteli na polykání tabletek?“
P: Pacientka se mračí, nechce se jí do toho.

Co jsem viděla

Sestra s pacientkou během ranních činností mluví o rehabilitaci. Povzbuzuje ji během polohování a zdůrazňuje důležitost rehabilitace a její role v nácviku soběstačnosti. Povídají si o činnostech, které zrovna provádějí.

Co jsem si myslela

Sestra se s pacientkou bavila o různých věcech, vtipkovaly, povídaly si. Vždy si ale po nějaké době pacientka vzpomněla na rehabilitaci, která jí čekala a zdůrazňovala sestře, že se na to necítí. Je těžké rozlišit, kdy se pacientovi nechce z lenosti a kdy jeho nechuť k činnosti poukazuje na vážnější důvody. Na Komunikaci 1 i Komunikaci 2 pozorujeme nechuť pacientky k provádění jakýchkoliv činností zahrnujících větší fyzickou aktivitu. Možná byla unavená, měla bolesti, cítila se slabá nebo měla strach. Sestra je empatická, dokáže utěšit, ale zároveň nezanedbává důležité věci.

Co jsem cítila

Cítila jsem se ohromeně ze zjištění, kolik úkonů bude pro pacientku výzvou. Sestra se snaží o nácvik soběstačnosti, efektivita včasné rehabilitace určitě není diskutabilní. Ale když jsem viděla, že pacientka má problém s aplikací deodorantu (činnost, kterou by nikdo z nás neoznačil za náročnou), uvědomila jsem si, jak malé krůčky je třeba v rehabilitaci dělat. Nejen za účelem efektivitě práce, ale také je nutno brát v potaz psychický stav pacientky. Pokaždé, když musí požádat sestru o pomoc se zdánlivě banálním úkolem, se pacientce vybije část baterie motivace a je jen na nás, lidech v jejím okolí, abychom našli ten správný zdroj energie a včas do něj baterii zapojili.

- a) *S: „Jeee, XY, ale teď jste nezvracela. Já vim že je to blbý, ale o víkendu tady ty rehabilitační nejsou, to o to přijdete, zejtra máte ten převaz, tak to zkuste překonat, já vim, že mně se to říká, ale prosím zkuste to.“*

Sestra mluví o rehabilitačních sestřích, které o víkendu na oddělení nedocházejí. Označuje tak rehabilitaci jako vzácnou.

- b) *S: „Zkusíme to, je to fakt potřeba, to vám nemůžu odpustit, kdyžtak v průběhu to můžeme zkrátit. Chcete přisednout v posteli na polykání tabletek?“*

Pacientka rehabilitovat nechce. Sestra vyjadřuje svou autoritu jasným rozhodnutím, že je to potřeba.

- c) *S: „Jo, je to výborný! Jste moc šikovná. Usušíme, namažu, chvíličku si odpočíte, jo?“*

S: „Ještě není úplně doděláno, moment. Ale jste moc moc šikovná, super! Zvládly jsme to samy! Zkusíte se tady trošičku přitáhnout rukama? Nadlehčit ten hrudník, tak, supr. Vydržte, už dobrý.“

Sestra v průběhu hygieny několikrát zdůrazňuje, že je pacientka šikovná. Motivuje ji tím.

- d) *P: „Mně hlavně nejde zvednout ta prdel pořád.“ směje se.*

S: „Nojoo, letadlu to taky chvílku trvá“ směje se.

P: „Když já jsem spíš helikoptéra.“ směje se.

Sestra i pacientka využívají humor pro odlehčení situace. Později pacientka ještě odkazuje na tento konkrétní vtip. Vytváří se tak mezi nimi vřelejší vztah.

- e) *S: „Přikryju ještě dekou, vyměníme ten polštář a dáme košili. Co dežodorant?“*

P: „Jo, můžeme.“

S: „Tak tady máte, můžete sama.“

P: „Tak jo.“

Sestra pacientku informuje o tom, co bude následovat. Nabízí, zda pacientka chce deodorant. Místo prostého oznámení jí dává možnost volby, a i to je pro pacienta v této chvíli důležité.

3.2.3 Analýza komunikace 3

Komunikace 3
S: „Tak, budeme muset jít na hygienu, jo? Otočíme na bok.“
P: „Hmm.“
S: „No, já na Vás vidím, že se Vám moc nechce.“ Usmívá se.
P: „Hmm.“
S: „Teď dám pryč všechno z postele. Chcete se umýt celá? Hele hlavně zuby, podpaží, obličej jo?“
P: „Hmm.“
S: „Klidně mě navigujte, moc se neznáme, jo?“ Sundává košili pacientce.
P: „Hmm.“
S: „Podám Vám žínku a umejete se sama? nebo mám já?“
P: „Obličej zvládnou.“
S: „Vyndám novou košili a ta stará bude jako ručník. Tak, zkuste, jestli je takhle ta voda dobrá. Není moc horká?“ Podává lavor do lůžka.
P: „Ne, dobrá je.“
S: „To je takhle dobrý, jak máte ten počítač, co?“
P: „Jo, celkem ano.“
S: „Alespoň se nenudíte.“
P: „Hmmm. Kdyžtak tam mám deodorant.“
S: „No, na tu noc nevím, úplně nevím... to stačí mýdlo, co?“
P: „Hmmm, já bych raději ten deodorant.“
S: „To mýdlo ale je taky dobrý.“
P: „No, to spíš, aby mi ta voda netekla do postele.“
S: „Dobře, tak podávám Vám ten deodorant.“
P: „Hmmm.“
S: „Už to bude. Ono Vám není úplně nejlíp, co?“
P: „Ono je to nejlepší odpoledne.“
S: „Já to chápu, alespoň zase usnete.“
S: „Ještě kolem té cévky a dám vám pokoj.“ Sestra omývá genitál.
P: „Hmm.“
S: „No, já vím, ale už to je.“
S: „Tak a můžeme jít na ty zuby.“ Pacientku přikrývá a podává kelímek se zubním kartáčkem. „Dobrý?“ Přidrží emitní misku u úst pacientky.
S: „Tohle vyleju...ono by to chtělo piškotek..Říkají colu, ale ve vašem případě moc nevím no...“
S: „Tak, tady jsem viděla nějaký krém.“
S: „Mám Vás namazat nebo to zvládnete sama?“ Podává krém k pacientce.
P: „Tak já to asi zvládnou, jenom si toho nemůžu vzít hodně.“
S: „Já si zavolám kolegu a přetočíme.“ Mezitím maže pacientce obličej.
P: „No, já bych to asi zvládla i sama.“
S: „Nechcete abych volala kolegu? Jestli ne, tak to zvládneme.“
P: „Hmmm.“
S: „Tak se otočíme a já nastříkám tím stříbrem. Pacientku obléká do košile.“
S: „A takhle Vám to vyhovuje, to koleno?“
P: „Hmmm.“
S: „Tak jdeme se otočit. Řekněte mi, jak to děláte.“

P: „Já se snažím, ale nějak to nejde.“
S: Chytne pacientku za koleno.
P: „Ne!“ *bolestivý výraz*
S: „Tak já si zavolám kolegu“
P: „Hmm.“
S: Odchází z boxu.

Co jsem viděla

Sestra prováděla s pacientkou večerní hygienu. Sestra viděla pacientku poprvé, takže se co nejvíce dotazovala na pacientky přání.

Co jsem si myslela

Po vystřídání směny pacientka mluvila jen když to bylo nutné, spíš používala jen citoslovce k vyjádření souhlasu či nesouhlasu. Sestru, která přišla na noční směnu moc neznala a byla z toho rozpačitá. Na tomto oddělení se na kvalitní hygienickou péči velmi dbá. Určitě je to pozitivum, zvláště pak u pacienta s tak těžkým imunodeficitem. Ale tato pacientka několikrát vyjadřuje nesouhlas s tak častou fyzickou aktivitou. Možná by se mohlo ulevit z večerní hygieny, nikdo z nás se obvykle nemyje dvakrát denně.

Co jsem cítila

Nelze si nepovšimnout frekvence onoho „Hmm.“ z úst pacientky. Na boxu byla mnohem nepříjemnější atmosféra, než přes den. Bylo to výměnou sestřičky na boxu? Nebo snad únavou a vyčerpáním po celém dni? Nebo ji něco trápilo? Nebo se mi to jen zdálo a byla v pořádku? Cítila jsem lítost, že nelze perfektně rozeznat trápení a potřeby pacienta – někdy z důvodu nedostatku času, kvůli střídání služeb a někdy pro povahu pacienta.

a) S: „Klidně mě navigujte, moc se neznáme, jo?“ *sundává košili pacientce

P: „Hmm.“

S: „Podám Vám žínku a umejete se sama? nebo mám já?“ *podává žínku pacientce*

P: „Obličej zvládnou.“

Na směnu přišla jiná sestra a lze pozorovat pacientky výrazně snížený zájem. Na předešlou sestru si zvykla, dá se říct, že si vytvořily určité pouto. Nyní musí znovu informovat sestru o svém stavu, o svých možnostech. Každá změna personálu klade na

pacientku stres. Ač je obecně dán lehce nadřazený postoj personálu nad pacientem, pořád mluvíme o mezilidské komunikaci a vzájemné snaze pochopit druhého. Tímto procesem tedy musí pacientka projít při každé změně směny a nachází se při tom v mnohem složitější pozici než přichází personál.

b) S: „*Já si zavolám kolegu a přetočíme.*“ **mezitím maže pacientce obličej**

P: „*No, já bych to asi zvládla i sama.*“

S: „*Nechcete abych volala kolegu? Jestli ne, tak to zvládneme.*“

P: „*Hmmm.*“

Sestra, která přišla na noční neví, že když to jde, pacientka upřednostňuje hygienu jen se sestrou bez pomoci sanitáře. Lze vidět, že to nechce znovu vysvětlovat a je unavená.

c) S: „*Tak jdeme se otočit. Řekněte mi, jak to děláte.*“

P: „*Já se snažím, ale nějak to nejde.*“

S: **chytne pacientku za koleno**

P: „*Ne!*“ **bolestivý výraz**

S: „*Tak já si zavolám kolegu*“

P: „*Hmm.*“

odchází z boxu

Pacientka se s pomocí snaží otočit. Sestra neví, že koleno je bolestivé místo a po plačtivém výroku pacientky reaguje informací, že tedy zavolá sanitáře. Situace se tím vyřešila, ale možná bylo na místě to nejprve zkusit jinak, když si pacientka sanitáře nepřála. Přejde mi, že pacientka se nemůže cítit jako normální člověk. Spíše přebrala identitu pacienta. V této chvíli je důležité, aby ji lidi okolo brali pravdivě, aby nebagatelizovali její situaci, aby brali na vědomí její lidskost. Měli by brát situaci realisticky a zároveň mikroskopicky svítit na cestu pozitivně, ale nefalešně. Myslím si, že je například na místě vyprávět o pacientech, kteří se z podobně těžkých situací dostali. Také mi přijde důležité nemluvit pouze o diagnóze a s ní souvisejících výkonech a problémech, ale snažit se o co nejpřirozenější mezilidskou komunikaci.

3.2.4 Limity práce

Analýza dat byla obtížná z důvodu mého limitovaného chápání komunikace. Tato problematika není součástí studia mého oboru v takové hloubce, abych komunikaci mohla hodnotit. Hodnocení a rozbor komunikace vyžaduje mnohem komplexnější pojetí a profesionální náhled. Dalším limitem je málo času s pacientkou, nelze vyvozovat závěry obecně týkající se komunikace na resuscitačním oddělení – je k dispozici jen malý vzorek pozorovaných dat. To, že se ve směně s pacientkou vystřídalily dvě sestry do práce přineslo možnost srovnání, ale ne zcela spravedlivého. První sestra byla s pacientkou celý den, druhá celou noc, pozorování však probíhalo pouze na začátku noční směny, data pro srovnání tedy nejsou dostačující.

Pacientka, která byla objektem zkoumání v této práci má velmi specifickou diagnózu. Během její hospitalizace probíhaly rozhovory s psychologem, ke kterým jsem přístup neměla.

4 Závěr

Sestra musí umět s pacientem komunikovat. Je to jednoduše jedna z jejích odborných kompetencí. Musí umět vytvořit takové prostředí, ve kterém pacient nebude mít strach komunikovat. U těch pacientů, se kterými je komunikace obtížná, je jejím úkolem to nevzdat, být trpělivá a udělat vše pro to, aby komunikace byla léčivá.

Cílem práce bylo detailně prozkoumat a popsat malý vzorek komunikace sestry s pacientem na resuscitačním oddělení z pohledu pozorovatele a ilustrovat na nich specifika komunikace v intenzivní péči.

Cíl práce se mi podařilo splnit. Konkrétně jsem analyzovala tři komunikační situace jedné pacientky a dvou sester.

Ve svém pozorování jsem zjistila, jak je důležité, aby sestra uměla vhodně zhodnotit danou situaci a adekvátně a empaticky s pacientem komunikovat. V případě dlouhodobě hospitalizovaných pacientů je také vhodné, aby se o ně starali pokud možno stejní zdravotničtí pracovníci.

Pokud si pacient se svými ošetřovateli dokáže vytvořit lidský vztah, je na ně zvyklý, péče je snazší pro obě strany. Pacient nemusí neustále vysvětlovat svou situaci novým a novým pracovníkům, komunikace probíhá snáze a tvoří se tak i menší prostor pro nedorozumění.

Ve studiu všeobecné sestry je komunikaci věnován pouze omezený prostor, mám za to, že si zaslouží větší pozornost. Pokud budeme mít skvělé odborné znalosti, praktické dovednosti a třeba i dlouholeté zkušenosti, ale bude nám chybět schopnost komunikace, péče o pacienty nikdy nebude péčí v tom pravém slova smyslu. Správná komunikace ulehčuje situaci všem stranám ve zdravotnictví.

Souhrn

Tato bakalářská práce se věnuje problematice komunikace sestry s pacientem na resuscitačním oddělení. Teoretická část nejprve popíše komunikaci jako koncept a dále představí specifika komunikace ve zdravotnictví. Konkrétně se soustředí na výzvy a bariéry které vyplývají z prostředí resuscitačního oddělení.

Praktická část se zabývá konkrétními komunikačními situacemi vycházejícími z pozorování autorky práce. Metodou výzkumné sondy byly zachyceny tři reálné rozhovory mezi dvěma sestrami a jednou pacientkou. Ty byly následně analyzovány, vyhodnoceny a okomentovány z pohledu subjektivního pozorovatele.

Klíčová slova: komunikace, resuscitační oddělení, intenzivní péče, pozorování

Summary

This thesis deals with the issue of nurse-patient communication on a resuscitation unit. It first describes communication as a concept and further denotes the specifics of communication in healthcare, as well as mentions various barriers and challenges that are innate to the environment of a resuscitation unit.

It aims to thoroughly analyse three small segments of real communication between two nurses and one patient observed over the course of fifteen hours. It is analysed and commented on from a subjective perspective of the observer.

Key words: communication, resuscitation unit, intensive care, observation

5 Seznam použitých zdrojů

1. BÁRTLOVÁ, Sylva. Helping from the nursing perspective. Kontakt: Journal of nursing and social sciences related to health and illness [online]. 2018, 26.3.2018, 20(1), 1 [cit. 2019-11-15]. ISSN 1212-4117. Dostupné z: <https://kont.zsf.jcu.cz/pdfs/knt/2018/01/01.pdf>
2. BÁRTLOVÁ, Sylva. Sociologie medicíny a zdravotnictví. Vyd. 5., přeprac. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2003. ISBN 80-7013-391-0.
3. Bible: Písmo svaté Starého a Nového zákona: český ekumenický překlad. 21. (8. opravené) vydání. Praha: Česká biblická společnost, 2019. ISBN 978-80-7545-083-8.
4. Diagnóza v ošetrovatelství: odborný a informační časopis pro zdravotnické pracovníky. Praha: Promediamotion, 2012, (2). ISSN 1801-1349. st. 30-31
5. Fakultní nemocnice Královské Vinohrady: Klinika anesteziologie a resuscitace [online]. 2016 [cit. 2020-05-02]. Dostupné z: <https://www.fnkv.cz/klinika-anesteziologie-a-resuscitace-o-klinice.php>
6. GABURA, Ján a Jana PRUŽINSKÁ. Poradenský proces. Praha: Sociologické nakl., 1995. Studijní texty (Sociologické nakladatelství), sv. 9. ISBN 8085850109.
7. GÁLIK, Stanislav. Psychologie přesvědčování. Praha: Grada, 2012. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-4247-2.
8. GOFFMAN, Erving. Behavior in public places: notes on the social organization of gatherings. New York: Free Press of Glencoe, [1963].
9. HONZÁK, Radkin. Bolest z psychosomatického pohledu. Praha: Maxdorf, 1993, ročník 1, číslo 3. 42s. ISBN 80-85800-11-x

10. HONZÁK, Radkin. Komunikační pasti v medicíně: praktický manuál komunikace lékaře s pacientem. 2., dopl. vyd. Praha: Galén, c1999. ISBN 80-7262-032-0.
11. KAPOUNOVÁ, Gabriela. Ošetřovatelství v intenzivní péči. Praha: Grada, 2007. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-1830-9.
12. KEMPNY, Marian (1992). Malinowski Fifty Years Later. The Polish Sociological Bulletin, (97), 7-17. Retrieved May 2, 2020. Dostupné z: www.jstor.org/stable/44816939
13. KRAJČOVÁ, Adéla, Nils Gunnar LØVSLETTEN, Petr WALDAUF, et al. Effects of Propofol on Cellular Bioenergetics in Human Skeletal Muscle Cells. Critical Care Medicine. 2018, 46(3), e206-e212. DOI: 10.1097/CCM.0000000000002875.
14. KUTNOHORSKÁ, Jana. Multikulturní ošetřovatelství pro praxi. Praha: Grada, 2013. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-4413-1.
15. LINHARTOVÁ, Věra. Praktická komunikace v medicíně: pro mediky, lékaře a ošetřující personál. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-1784-5.
16. MALÍKOVÁ, Eva. Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních. Praha: Grada, 2011. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3148-3.
17. MCHUGH, Matthew D., Ann KUTNEY-LEE, Jeannie P. CIMIOTTI, Douglas M. SLOANE a Linda H. AIKEN. Nurses' Widespread Job Dissatisfaction, Burnout, And Frustration With Health Benefits Signal Problems For Patient Care. Health Affairs [online]. 2011, 30(2), 202- 210 [cit. 2019-01-28]. DOI: 10.1377/hlthaff.2010.0100. ISSN 0278-2715. Dostupné z: <http://www.healthaffairs.org/doi/10.1377/hlthaff.2010.0100>
18. PÁLKOVÁ, Veronika, 2011. Bolest – problém, který nás zajímá. Urologie pro praxi. roč. 12, č. 2, s. 129-130.
19. PASEKA, V. Společenské problémy sesterské profese. Čsl. Zdravot. 1971, 19(6), 212-216. ISSN 0009-0689.

20. PEARSON Alan, VAUGHAN Barbara. Nursing Models for Practice. Heinemann Nursing, 1989, ISBN 0-433-24902-1. Chapter 2 The Traditional Model for Nursing Practice, s. 15-25
21. Souhrn údajů o přípravku: Propofol MCT/LCT Fresenius 20 mg/ml injekční/infuzní emulze [online]. 2019 [cit. 2020-05-10]. Dostupné z: <http://www.sukl.cz/modules/medication/detail.php?code=0018188&tab=texts>
22. TATE, Peter. Příručka komunikace pro lékaře: jak získat důvěru pacienta. Praha: Grada, 2005. ISBN 80-247-0911-2.
23. THORNTON, Robert J. "Imagine Yourself Set Down...": Mach, Frazer, Conrad, Malinowski and the Role of Imagination in Ethnography." Anthropology Today, vol. 1, no. 5, 1985, pp. 7–14. Dostupné z: www.jstor.org/stable/3032822.
24. TOMOVÁ, Šárka a Jana KŘIVKOVÁ. Komunikace s pacientem v intenzivní péči. Praha: Grada Publishing, 2016. Sestra (Grada). ISBN 978-80-271-0064-4.
25. TOUŠEK, Laco; BUDILOVÁ, Lenka J.; FATKOVÁ, Gabriela; HEJNAL, Ondřej; LUPTÁK, Lubomír; RŮŽIČKA, Michal; ŠIMEK, Jan. Kapitoly z kvalitativního výzkumu. Vyd. 1. Plzeň: Západočeská univerzita v Plzni, 2015. 119 s. ISBN 978-80-261-0471-1.
26. VYBÍRAL, Zbyněk. Psychologie komunikace. Vyd. 2. Praha: Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-387-1.
27. VYMĚTAL, Jan. Lékařská psychologie. Praha: Psychoanalytické nakladatelství, 1999. Psychoterapie. ISBN 8086123081.
28. VYMĚTAL, Jan. Průvodce úspěšnou komunikací: efektivní komunikace v praxi. Praha: Grada, 2008. Manažer. ISBN 978-80-247-2614-4.

6 Seznam příloh

Příloha 1 – Báseň pacientky s demencí

7 Přílohy

Příloha 1 – Báseň pacientky s demencí

Toto vám píše stará, protivná ženská
Sestřičky, sestry, připadám vám známě?
A co si myslíte, když díváte se na mě?
Protivná ženská stará, všechno ji leká,
divně se chová a zírá do daleka.
Snažte se pohnout s ní a křičte v jednom kuse,
sedí tu, mlčí, jen žmoulá něco v puse.
Zdá se, že nevnímá a jaká je s ní dřina
a nosit ponožky a boty, to věčně zapomíná.
Žije či nežije, snad neví, co se děje,
koupat a krmit a uplyne další den – a je bez
naděje.
To myslíte si, sestry, když na mne hledíte?
Otevřte oči!
To přece nejsem já, koho tu vidíte!
Teď řeknu vám, kdo jsem, když sedím bez hnutí
a spím a jím a žiju, kdo jak mne donutí.
Zas malá holka jsem, tak deset je mi,
ráda jsem s maminkou, tátou, se sourozenci
všemi.
Dívka jsem, šestnáct, křídla mám na nohou
a sním, že princ můj čeká tam za horou.
Nevěsta šťastná. Ten o kterém jsem snila,
můj přijal slib, já nikdy nehradila.
Už děti mám a domov tam, kde se nebřečí.
O jejich radost dbám i o jejich bezpečí.

Už třicítka je tu a čas tak děsně pádí,
synové rostou, jen kéž se mají rádi!
Čtyřicet a synáčkové velcí už z domu odcházejí
však se mnou je můj muž, chlap v plné síle,
a život ve dvou se žije veseleji.
Padesát přešlo, zas děti batolí se kolem.
Pak přišla temnota a bez varování mého drahého
mi vzala.
Co bude dál? A tehdy poprvé hrůza mnou
zabloumala.
Mé děti pečují teď o svoji chásku.
Já myslím dozadu, a vzpomínám,
Ach na svoji lásku!
Stará jsem ženská a příroda moc zlá je
a s námi starými teď na blázna si hraje.
Tělo se drobí, síla je pryč i krása oněměla
a kámen mám tam, kde dříve jsem srdce měla.
V té staré zdechlině však mladá jsem, jak kdysi
a srdce ubité přec občas poskočí si.
Vzpomínám na radost, na bolest vzpomínám
a miluji a žiju, jen uzavřena v sobě a ve svých
vzpomínkách.
Sestřičky milé, já nejsem tam,
kam pohled váš se nese, ta stará protiva!
Otevřte oči! Pojd'te jen bliž!
A na mé JÁ teď dívejte se.