

Univerzita Karlova v Praze  
2. lékařská fakulta

## **BAKALÁŘSKÁ PRÁCE**

PSYCHOTERAPIE V KOMPETENCI VŠEOBECNÉ  
SESTRY

Dominika Vlachová

2008

Univerzita Karlova v Praze 2. lékařská fakulta

Ústav ošetřovatelství

Bakalářský studijní program: Ošetřovatelství

Studijní obor: Všeobecná sestra

## **PSYCHOTERAPIE V KOMPETENCI VŠEOBECNÉ SESTRY**

Bakalářská práce

Autor práce: Dominika Vlachová

Vedoucí práce: PhDr. Marie Hlaváčová

Odborný konzultant: MUDr. Michal Goetz

Datum zpracování: duben 2008

Datum obhajoby: červen 2008

Praha 2008

## **PROHLÁŠENÍ**

Prohlašuji, že jsem tuto práci zpracovala samostatně a veškeré literární prameny a informace, které jsem v práci využila, jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

V Praze dne 4. 4. 2008

Dominika Vlachová

.....

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své práce v Univerzitní knihovně UK 2. LF.

Dominika Vlachová

V Praze dne 4. 4. 2008

.....

## **PODĚKOVÁNÍ**

Děkuji PhDr. Marii Hlaváčové, za odborné vedení a pomoc při realizaci mojí bakalářské práce. Děkuji MUDr. Michalovi Goetzovi, za poskytování odborných konzultací a cenných rad.

V Praze dne 4. 4. 2008

Dominika Vlachová

.....

## **ABSTRAKT**

VLACHOVÁ, DOMINIKA: *Psychoterapie v kompetenci všeobecné sestry*

(Bakalářská práce).

*Dominika Vlachová* – Univerzita Karlova Praha, 2. lékařská fakulta, Ústav ošetrovatelství. Stupeň odborné kvalifikace: Bakalář, všeobecná sestra.

*Vedoucí práce:* PhDr. Marie Hlaváčová. UK, 2. lékařská fakulta, Ústav ošetrovatelství.

*Odborný konzultant:* MUDr. Michal Goetz. UK, 2. lékařská fakulta, Dětská psychiatrická klinika.

Tématem bakalářské práce je psychoterapie v kompetenci všeobecné sestry. V úvodní části teoreticko-praktické práce, jsou objasněny pojmy, všeobecná sestra, kompetence, dále pojmy, které se týkají prožívání pacientů. Práce je rozdělena na dvě části: teoretickou a praktickou. Teoretická část popisuje psychoterapii, jak v obecné rovině, tak ve specifických psychoterapeutických odvětvích, která jsou pro všeobecné sestry, vhodná pro následnou práci s pacienty. V práci je zařazena komunikace, (jako součást podpůrné psychoterapie), jelikož komunikací, ať vhodnou nebo nevhodnou můžeme pacienta ovlivnit kladně nebo záporně. Praktická část je zpracována formou průzkumu. Jako metoda průzkumu byla zvolena anketa. Na anketu odpovídaly dvě skupiny respondentů: všeobecné sestry a pacienti. Výstupem práce je brožura, která by měla přiblížit jak vhodně a účelně pečovat o psychickou stránku člověka – pacienta. Brožura obsahuje praktické návody a techniky použitelné v ošetrovatelské péči. Je určena sestrám, pro využití na odděleních dospělých pacientů.

## **ABSTRAKT V ANGLICKÉM JAZYCE**

Vlachová, Dominika: Psychotherapy in the competency of general nurses

Dominika Vlachová – Charles University in Prague, 2 nd Faculty of Medicine, Institution of Nursing Care. Bachelor degree programs, General Nurse.

Head of Bachelor's Project: PhDr. Maria Hlaváčová, Charles University in Prague, 2 nd Faculty of Medicine, Institution of Nursing Care.

Vocational adviser: MUDr. Michal Goetz, Charles University in Prague, 2 nd Faculty of Medicine, Pediatric Psychiatrist clinics.

The topic of my bachelor project is Psychotherapy in the Competency of General Nurses

At the beginning of my work the terms, general nurse, competency are explicated, furthermore the terms are concerned with patient's feeling. The work is divided into two parts: Theoretical and practical one. Psychotherapy is described in the theoretical part, both general and specific psychotherapeutic parts are available for nurses and the work with patients. In my work there is communication, such as supporting psychotherapy, its communication, however we can influence the patient positively and sometimes inverse.

The practical part is processed by a kind of research. The method of the research was chosen by enquiry. Two groups of respondents answered to enquiry: The general nurses and patients.

The outcome of the work is a paperback which could be explained effectively and usefully about mental site of the patient. The paperback consists of practical instruction and technique used in nursing care. This paperback is determined for nurses, for use in departments for Adults.

## OBSAH

<b>1. ÚVOD</b> .....	10
<b>2. TEORETICKÁ ČÁST</b> .....	12
<b>2.1. Systém vzdělávání nelékařských zdravotnických povolání v ČR</b> .....	13
2.1.1 <i>Kompetence všeobecné sestry</i> .....	14
<b>2.2 Vymezení pojmů</b> .....	16
<b>2.3 Psychoterapie</b> .....	17
2.3.1 <i>Členění psychoterapie</i> .....	19
2.3.2 <i>Současné směry v psychoterapii</i> .....	20
<b>2.4 Podpůrná psychoterapie</b> .....	23
2.4.1 <i>Složky podpůrné psychoterapie</i> .....	25
<b>2.5 Relaxační psychoterapie</b> .....	29
2.5.1 <i>Autogenní trénink</i> .....	30
2.5.2 <i>Progresivní svalová relaxace</i> .....	32
2.5.3 <i>Postupy zvládání strachu a úzkosti, s cílem navodit klid</i> .....	32
2.5.4 <i>Expresivní postupy v psychoterapii</i> .....	33
2.5.5 <i>Muzikoterapie</i> .....	34
<b>2.6 Aromaterapie</b> .....	34
<b>3. PRAKTICKÁ ČÁST</b> .....	36
3.1 <i>Metodika</i> .....	37
3.2 <i>Fáze průzkumu</i> .....	37
3.2.1 <i>Použitá metoda</i> .....	38
3.2.2 <i>Výzkumný soubor</i> .....	39
3.2.3 <i>Organizace průzkumu</i> .....	39
3.3 <i>Problém, cíle, hypotézy</i> .....	39
3.4 <i>Výsledky ankety a jejich analýza</i> .....	40
3.4.1 <i>Analýza dotazníků pro všeobecné sestry</i> .....	41
3.4.2 <i>Analýza dotazníků pro pacienty</i> .....	52
3.5 <i>Posouzení výsledků a diskuse</i> .....	65



<b>4. ZÁVĚR.....</b>	<b>68</b>
<b>5. SEZNAM LITERATURY.....</b>	<b>69</b>
<b>Seznam grafů.....</b>	<b>70</b>
<b>Přílohy.....</b>	<b>72</b>
<i>Příloha č. 1: Anketa pro pacienty.....</i>	<i>73</i>
<i>Příloha č. 2: Anketa pro všeobecné sestry.....</i>	<i>75</i>
<i>Příloha č. 3: Brožura.....</i>	<i>77</i>

## 1. ÚVOD

Pro svou bakalářskou práci jsem si zvolila téma: Psychoterapie v kompetenci všeobecné sestry (dále jen sestry). Jako studentka ošetrovatelství jsem v rámci praxe prošla různými odděleními. Měla jsem možnost poznat, jak funguje ošetrovatelská péče. K výběru tématu mě inspirovala osobní zkušenost z pozice studentky na oddělení, i zpětná vazba od lidí z mého okolí, kteří měli zkušenost s hospitalizací. Psychologická problematika je mi blízká a podle mého názoru ve zdravotní péči často opomíjená. Ve zdravotnických zařízeních se denně setkáváme s pacienty, kteří od nás očekávají pomoc. Pomoc nejen fyzickou, ale též psychickou. Stále více se soustředíme na výkon a psychickou složku člověka opomíjíme. Přitom leckdy zdánlivě nepodstatné věci, jako je rozhovor s pacienty a naslouchání, velmi pomůže v léčbě pacienta. Psychická podpora je pro pacienty velmi důležitá. Ne vždy je pacientovi nabídnuta odborná pomoc psychologa, nebo psychoterapeuta, a ani kapacitně není možné takto pomoci všem hospitalizovaným pacientům. Proto si myslím, že i sestra, která s pacientem tráví dost času, může pomocí podpůrné psychoterapie a jejích metod (metody, které nevyžadují vzdělání odborné – psychologické ani psychoterapeutické) umět pomoci. Práce by měla pomoci sestřím, které mají zájem poskytnout pacientům podporu v oblasti somatické i psychické. Pacientům, kteří se ocitají v cizím a ne příliš povzbuzujícím prostředí nemocnice, účinným způsobem zvládat problémy, především strach, úzkost a bolest. Tyto tři pojmy můžeme podle mého názoru jako sestry ovlivnit nejvíce. Práce se tedy nezabývá podrobně psychoterapeutickými metodami, ale klade důraz na psychoterapii podpůrnou. Pod podpůrnou psychoterapii je začleněna i komunikace, která je velmi důležitá a často utváří u pacientů první dojem ze setkání se sestrou. Dále sem patří muzikoterapie pro její zklidňující účinek a také aromaterapie, která má blahodárny vliv na ovlivnění psychického rozpoložení člověka. Metod, které by se daly využít v ošetrovatelské péči je samozřejmě mnohem více. Ty, které jsou vybrány pro tuto práci mohou být základní inspirací. Všechny metody jsou vybrány tak, aby byly použitelné v nemocničním provozu, jako součást ošetrovatelské péče.

Metody jsou přehledně popsány v brožuře, která je výstupem praktické části práce. Součástí práce je anketa provedená mezi sestrami a pacienty. Názory sester i pacientů na psychologickou problematiku v nemocnici a jejich vzájemné porovnání, jsou přínosem i inspirací pro zdokonalení ošetrovatelské péče.

## **2. TEORETICKÁ ČÁST**

## **2.1 SYSTÉM VZDĚLÁVÁNÍ NELÉKAŘSKÝCH ZDRAVOTNICKÝCH POVOLÁNÍ V ČR**

V roce 2004 vstoupila ČR do EU, a tím se zavázala přijmout řadu nových opatření, která se vztahují k oboru ošetrovatelství. Jednou z podmínek či požadavků, pro vstup ČR do EU, bylo vypracovat právní předpisy, které budou řešit specifické oblasti, jenž mají přímý vztah k výkonu povolání všeobecné sestry, tj.: definovat profesi a její členy, určit rozsah působnosti (v primární, sekundární a terciární péče), stanovit profesní kompetence, stanovit vzdělávací standardy (požadavky pro přijetí, kvalifikace učitelů, učební osnovy, celoživotní vzdělávání), stanovit etické standardy a standardy profesní způsobilosti. Toto upravuje zákon 96 / 2004 Sb. (20)

### **Získávání způsobilosti zdravotnického pracovníka**

Odborná způsobilost k výkonu povolání všeobecné sestry se získává absolvováním nejméně tříletého akreditovaného zdravotnického bakalářského studijního oboru pro přípravu všeobecných sester, nejméně tříletého studia v oboru diplomovaná všeobecná sestra na vyšších zdravotnických školách, vysokoškolským studiem v oborech ošetrovatelství, všeobecná sestra nebo porodní asistentka. Za výkon povolání všeobecné sestry se považuje poskytování ošetrovatelské péče. Dále se všeobecná sestra ve spolupráci s lékařem podílí na preventivní, léčebné, diagnostické, rehabilitační, neodkladné nebo dispenzární péči. Pokud způsobilost k výkonu všeobecné sestry získal muž, je oprávněn používat označení odbornosti všeobecný ošetrovatel. (22)

## **2.1.1 Kompetence všeobecné sestry**

Dle sbírky zákonů č. 424/2004, vyhlášky ze dne 30. června 2004, která stanovuje činnosti zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků.

Všeobecná sestra vykonává činnosti podle § 3 odst. 1 a dále bez odborného dohledu a bez indikace v souladu s diagnózou stanovenou lékařem poskytuje, případně zajišťuje základní a specializovanou ošetrovatelskou péči prostřednictvím ošetrovatelského procesu. Přitom zejména vyhodnocuje potřeby a úroveň soběstačnosti pacientů, projevů jejich onemocnění, rizikových faktorů, a to i za použití měřicích technik používaných v ošetrovatelské praxi (například testů soběstačnosti, rizika proleženin, měření intenzity bolesti, stavu výživy). Sleduje a orientačně hodnotí fyziologické funkce pacientů. Zajišťuje a provádí vyšetření biologického materiálu získaného neinvazivní cestou. Hodnotí a ošetřuje poruchy celistvosti kůže a chronické rány a ošetřuje stomie, centrální a periferní žilní vstupy, provádí ve spolupráci s fyzioterapeutem a ergoterapeutem rehabilitační ošetrování, to je zejména polohování, posazování, dechová cvičení a metody bazální stimulace, provádí nácvik sebeobsluhy s cílem zvyšování soběstačnosti. Edukuje pacienty, případně jiné osoby v ošetrovatelských postupech a připravuje pro ně informační materiály. Orientačně hodnotí sociální situaci pacienta, zajišťuje činnosti spojené s přijetím, přemísťováním a propuštěním pacientů. Po stanovení smrti lékařem zajišťuje péči o tělo zemřelého a činnosti spojené s úmrtím pacienta. Zajišťuje přejímání, kontrolu, uložení léčivých přípravků, včetně návykových látek, a manipulaci s nimi. Všeobecná sestra se podílí bez odborného dohledu na základě indikace lékaře na poskytování preventivní, diagnostické, léčebné, rehabilitační, neodkladné a dispenzární péče. Přitom zejména připravuje pacienty k diagnostickým a léčebným postupům, na základě indikace lékaře je provádí nebo při nich asistuje, zajišťuje ošetrovatelskou péči při těchto výkonech a po nich; zejména podává léčivé přípravky s výjimkou nitrožilních injekcí nebo zavádění infuzí u novorozenců a dětí do 3 let a s výjimkou radiofarmak; pokud není dále uvedeno jinak. Zavádí a udržuje kyslíkovou terapii, provádí screeningová a depistážní vyšetření, odebírá biologický materiál. Provádí ošetření akutních a operačních ran, včetně ošetření drénů, provádí

katetrizaci močového měchýře žen a dívek nad 10 let, pečuje o močové katétry pacientů všech věkových kategorií, včetně výplachů močového měchýře. Provádí výměnu a ošetření tracheostomické kanyly, zavádí nazogastrické a jejunální sondy pacientům při vědomí starším 10 let, pečuje o ně a aplikuje výživu sondou, případně žaludečními nebo duodenálními stomiemi u pacientů všech věkových kategorií. Provádí výplach žaludku u pacientů při vědomí starších 10 let. Všeobecná sestra pod odborným dohledem lékaře aplikuje nitrožilně krevní deriváty, spolupracuje při zahájení aplikace transfuzních přípravků a dále bez odborného dohledu na základě indikace lékaře ošetřuje pacienta v průběhu aplikace a ukončuje ji. (22)

Všeobecná sestra a její kompetence (rozsah působnosti, pravomoc) v oblasti podpory psychické, nejsou ve vyhlášce zmíněny, ani vymezeny. Kompetence vymezené vyhláškou jsou orientovány na somatickou oblast. Psychika ovšem hraje při pacientově pobytu v nemocnici velkou roli. Psychickou podporou můžeme pacientovi výrazně pomoci při jeho léčbě. Naopak opomíjení psychické složky pacientovi nikterak nepomůže. Je tedy v zájmu sester i pacientů, usilovat o rozvoj péče v oblasti psychické. Jde o domluvu mezi sestrami a lékaři, respektive celým zdravotnickým týmem, o možnosti cíleného zaměření ošetrovatelské péče na psychickou složku pacienta. Největší pole působnosti se sestrám skýtá v oblasti podpůrné psychoterapie. Všeobecná sestra nemůže nahradit psychologa ani psychoterapeuta. Má však možnost poskytnout pacientům psychickou podporu způsobem, který nevyžaduje odbornost v oboru psychoterapie nebo psychologie.

## 2.2 Vymezení pojmů

Pro účely bakalářské práce jsou vymezeny následující pojmy: Zdraví, nemoc, bolest, strach, úzkost a agrese.

Světová zdravotnická organizace definuje zdraví a nemoc takto: *Zdraví*: Plné tělesné, duševní, sociální a duchovní blaho člověka. *Nemoc*: Nemoc je stav porušení regulačních, rovnovážných mechanismů, jehož výsledkem je porucha funkce. (26)

Následující pojmy vymezují problematiku, se kterou se sestra dnes a denně u pacientů setkává a kterou může pozitivně ovlivnit. Proto je nutné je znát.

*Bolest*: Definice bolesti je složitá. Bolest je komplexní fenomén, který má kognitivní a emocionální složku. Je zcela subjektivní zkušeností, objektivně neměřitelnou. Zobjektivizovat se dá pouze částečně v různých škálách bolesti. Pamatujme, že: Bolest je cokoli, co pacient jako bolest označí. Existuje vždy, když si na ni pacient stěžuje.

*Strach* je averzivní reakcí na určitou poznanou (konkrétní) skutečnost, která v člověku vyvolá ohrožení. Má signální a ochrannou funkci. Strach může být racionální nebo iracionální (pro druhé nepochopitelný, nepřiměřený). Strach má dvojí význam. Pozitivní přiměřený strach, který varuje, podněcuje k vyhledání pomoci. Negativní zatěžuje organismus druhotnými vegetativními reakcemi (zvýšený krevní tlak, tachykardie, tachypnoe, motorický neklid, třes, zblednutí, pocení a poruchy zažívání, rozšířené zornice, sucho v ústech, ...).

*Úzkost* je nepříjemný citový stav. Na rozdíl od strachu si neuvědomujeme její bezprostřední příčinu, tedy určitou skutečnost, která ji vyvolává. (4, 5, 14)

*Agrese*: je reakce na vnější nebo vnitřní podněty. Jde o chování, které ubližuje vědomě a se záměrem. Násilně omezuje svobodu a poškozují jiné osoby nebo věci. Agrese může vzniknout v afektu nebo se může jednat o agresi instrumentální. Podle Dollarda je agrese důsledkem frustrace, a frustrace vede k agresi. (28)

Bolest, strach a úzkost provázejí člověka celý život a mívají různý obsah a podobu. Každý zdravotnický pracovník se denně setkává s těmito projevy nemoci u



pacientů. Je dobré si uvědomit, jak můžeme nemocnému při zvládnání těchto pocitů pomoci. (27)

Sestra tráví s pacientem mnoho času. Pomáhá mu při různých činnostech, zasahuje do intimní zóny pacienta (například při různých ošetřeních nebo hygienické péči). Stává se jeho „rádkyní“, osobou, která ho poučí, ke které má mít důvěru, které se může bez obav a beze studu svěčit. Sestra snadno vyzoruje, že s pacientem není něco v pořádku a to nejen po somatické stránce. Měla by umět rozpoznat projevy strachu, úzkosti, bolesti, napětí atd. Pokud se její činnost obohatí o znalost a možnost podpůrné psychoterapie i vhodné komunikace, prospěje tím pacientům v jejich léčbě.

## 2.3 PSYCHOTERAPIE

Definic psychoterapie je mnoho. Pro tuto práci bylo vybráno pojetí Jána Praška a definice Stanislava Kratochvíla. Ján Praško popisuje psychoterapii takto: *„Každá psychoterapie se snaží pomocí psychologických prostředků zprostředkovat člověku, který přichází do terapie, poznání toho, co se s ním děje a čemu většinou on nerozumí. Každá terapie se snaží umožnit takovému člověku dosáhnout nějaké změny, která vychází přímo z něj a z jeho vlastní zkušenosti. Je důležité, aby lépe rozuměl sám sobě i druhým.“* (Ján Praško, Hovory o psychoterapii, 2001) (6)

Následuje popis a členění psychoterapie podle Stanislava Kratochvíla. Pojem psychoterapie se používá ve dvou základních významech: obor a činnost. Psychoterapie je obor interdisciplinární, je vědní disciplínou, empirickou a aplikovanou vědou, která se dělí na část *obecnou* (teorie, metody a výzkumná data) a *speciální* (aplikace na jednotlivé druhy poruch). Psychoterapie je léčebná činnost, léčebné působení, specializovaná metoda léčení nebo soubor léčebných metod. Specifický rozdíl odlišující tuto činnost od jiných můžeme najít v několika směrech: *Čím působí, na co působí, čeho má dosáhnout, co se při ní děje a kdo působí.* (8)

Psychoterapie je léčebné působení psychologickými prostředky, ke kterým patří slova, rozhovor, neverbální chování, podněcování emocí, vytvoření

terapeutického stavu, sugesce, učení, aj. Psychoterapie je léčebné působení na nemoc, poruchu nebo anomálii. Působí na psychiku a prostřednictvím psychiky na celý organismus nemocného. Je to cílevědomé působení na duševní procesy, funkce a stavy, na osobnost a její vztahy, na poruchy a činitele, které poruchy vyvolávají. Psychoterapie má odstranit nebo zmírnit potíže a podle možnosti i jejich příčiny. Má vést k obnovení zdraví, k poznání a omezení sebezničujícího chování, k účelnému zvládnutí problémů, konfliktů a životních úkolů. Má vést k naplňování životního smyslu, k pocitu vyrovnanosti a spokojenosti. V průběhu psychoterapie dochází ke změnám v prožívání a chování pacienta. Psychoterapii provádí kvalifikovaná osoba. Za kvalifikované osoby k provádění jednodušší podpůrné psychoterapie se považují ty, které mají ukončené lékařské nebo psychologické vzdělání a při týmové práci také vyškolené všeobecné sestry a sociální pracovníce. Mimo tuto oblast se psychoterapie aplikuje při práci s klienty, u nichž se zpravidla ještě nejedná o diagnostikované psychické onemocnění, ale kteří jsou v důsledku svých problémů, konfliktů, psychických traumat, frustrací a stresů vznikem onemocnění ohroženi. (8)

*Cíle psychoterapie:* Existuje dvojí, odlišná formulace cílů psychoterapie.

a) Cílem psychoterapie je odstranění chorobných příznaků. b) Cílem psychoterapie je reedukace, resocializace, reorganizace, restrukturační, rozvoj či integrace pacientovy osobnosti. (5, 8)

### 2.3.1 Členění psychoterapie

V současné době psychoterapie zahrnuje přibližně deset základních uznávaných přístupů či systémů. Každý má své propracované metody, techniky léčby a výcvikové programy. Pro účely této práce je postačující následující jednoduché dělení. (8)

#### Druhy psychoterapie

Psychoterapii můžeme dělit z více hledisek.

a) Podle přístupu na *direktivní, nedirektivní, symptomatickou, podpůrnou a rekonstrukční*. Při **direktivní psychoterapii** terapeut usměrňuje pacientovo myšlení, postoje a chování. Dává mu příkazy a rady, vyžaduje splnění určitých úkolů a cvičení. Při **nedirektivní psychoterapii** má terapeut neutrální postoj. Tím podněcuje pacienta ke slovní, emoční, nebo činnostní produkci. Je spíše katalytickým činitelem. Vytváří příznivou atmosféru pro pacientovu sebeexploraci. U **symptomatické psychoterapie** se zaměřuje na chorobný příznak. **Podpůrná psychoterapie** se nesnaží měnit osobnost. Poskytuje porozumění, podporu a pomoc osobnosti takové, jaká je.

b) Podle počtu účastníků dělíme psychoterapii na *individuální, hromadnou a skupinovou*. **Individuální psychoterapie** je zaměřena na jednotlivce. **Hromadná psychoterapie** znamená, že terapeut působí upravenými metodami individuální psychoterapie na více pacientů současně. **Skupinová psychoterapie** využívá k terapeutickým účelům dynamiky vztahů vznikajících mezi členy plánovitě vytvořené psychoterapeutické skupiny.

c) Podle příslušnosti k základním směrům dělíme psychoterapii na *dynamickou, kognitivně-behaviorální a humanistickou*. **Dynamická psychoterapie** se zabývá vlivy minulých zážitků a nevědomých procesů na současné potíže. **Kognitivně-behaviorální psychoterapie** učí překonávat současné problémy a potíže nácvikem žádoucího chování a myšlení. **Humanistická psychoterapie** se zabývá

sebeuskutečňováním, vnitřním prožíváním, vlastními možnostmi a naplňováním životního smyslu. (8)

### 2.3.2 Současné směry v psychoterapii

Podle zjednodušeného schématu rozdělujeme současné směry na psychoterapii *hlubinnou, dynamickou, Rogersovskou, behaviorální, kognitivní, komunikační, Gestalt terapii, existenciální psychoterapii a elektická a integrativní pojetí.* (8)

Do **hlubinné psychoterapie** zahrnujeme *psychoanalýzu*, jejímž zakladatelem je Sigmund Freud. Psychoanalýza je metoda, jejíž terapeutický potenciál spočívá v poznávání duševního života, vnitřní psychické reality jedince. Psychoanalytický proces probíhá formou partnerské spolupráce mezi psychoanalytikem a pacientem. Po několika úvodních rozhovorech, které probíhají tvář v tvář, dochází k dohodě (kontraktu) o dlouhodobé spolupráci. Pacient obvykle dochází na terapii, která trvá 45-50 minut zpravidla čtyřikrát týdně a vleže na pohovce se snaží vyjádřit všechny své myšlenky, pocity, vzpomínky a fantazie, které mu přijdou na mysl. Tato situace, kterou nazýváme «analytickým settingem», umožňuje vynoření nevědomých přání a obran. Analytik naslouchá volným asociacím pacienta a svými interpretacemi umožňuje pacientovi pokračovat ve vyprávění. Během měsíců a let takového procesu dochází ke změně uvnitř psychické reality pacienta, která se projevuje i navenek v prožívání a chování. (25). Další ze směrů hlubinné psychoterapie je *Adlerovská psychoterapie*, kterou vytvořil Alfred Adler. Terapie vychází z Freudovi psychoanalýzy. Jako rozhodující stanovuje Adler pro lidský vývoj životní cíl. Ten určují dva faktory: potřeba začlenit se do společnosti a potřeba jedince se v této společnosti uplatnit. Zaměřuje se na tzv. rodinnou konstelaci, tj. postavení mezi sourozenci, které podněcuje vytváření osobnostních rysů. Postup spočívá v poznání pacientova nerealistického životního plánu, vedení pacienta ke změně životního stylu, dodávání odvahy pacientovi. Do hlubinné psychoterapie patří i *Jungovská psychoterapie* C.G. Junga, která opět vychází s psychoanalýzy. V Jungově terapii

sedí pacient v křesle proti terapeutovi a čeká na vynořování duševních obsahů, které souvisejí s komplexem obsahujícím pacientův problém. Podstatnou součástí je analýza snů a využívání aktivní imaginace.

**Dynamická psychoterapie** odvozuje svůj vznik od psychoanalýzy. Zkoumá interpersonální vztahy a aktuální konflikty pacienta v nichž lze odhalit maladaptivní chování, kterým si konflikty spoluvytváří, zhoršuje nebo opakuje. Chce pacientovi pomoci, aby porozuměl vlastnímu podílu na problémech, souvislostem mezi současným nepřizpůsobivým chováním, postojem a významnými dřívějšími zážitky. Směřuje k dosažení náhledu. Dynamické psychoterapii se věnovali například K. Horneyová a H. Sullivan.

**Rogersovskou psychoterapii** vytvořil Carl R. Rogers. Terapie je zaměřená na klienta / člověka. Vychází z klienta a podněcuje jeho samostatný rozvoj. Jde o terapii důvěrným otevřeným rozhovorem, při němž se terapeut vcítuje do klienta, plně ho respektuje, podporuje jeho sebeprojevování a současně může autenticky projevit své osobní pocity.

**Behaviorální psychoterapie**, jíž se věnovali H. J. Eysenk a J. Wolpe odmítá spekulaci. Staví na pozorovatelných a registrovatelných faktech a jejich objektivním popisu. Vyznává tezi, že všechny poruchy chování jsou naučenými reakcemi. Zastává názor, že k vyléčení neurózy nevede změna v myšlení, ale přímá změna v jednání.

**Pro kognitivní psychoterapii** jsou typické postupy věnující pozornost poznávacím procesům, a to především myšlení. Řadí se sem, *Racionálně-emoční terapie* Alberta Ellise, který zdůrazňuje vliv přesvědčení a názorů při vzniku a léčení neurotického chování. *Kognitivní terapie* A.T.Becka, která má v podstatě stejné východisko jako racionálně-emoční terapie. Za emoční poruchy odpovídá především nesprávné myšlení. Terapeut se zaměřuje na to, jak pacient interpretuje skutečnost a vede ho k přezkoumávání názorů. *Kognitivně – behaviorální terapie* je kombinací kognitivních a behaviorálních přístupů. Terapeut při ní pomáhá pacientovi uvědomit si svůj způsob zkresleného myšlení a dysfunkčního jednání. Léčebné postupy se

pacientovi jasně vysvětlují. Terapie se nezaobírá nevědomými procesy z minulosti, je orientována na teď a tady.

**Komunikační psychoterapie** P.Watzlawicka se opírá o systémový přístup a zaměřuje se na současné interakce jedince s okolím a na jeho současnou rodinu, kterou chápe jako celek propojený vzájemnými interakcemi. V léčbě využívá různých skrytých manipulací a strategií.

**Gestalt terapie**, jíž založil Frederick Perls je formou expresivní terapie. Zaměřuje se na přítomnost a na prožívání a vyjadřování emocí. Dle Pearlse problémy lidí vznikají z nedostatečného uvědomování si pocitů. Zaměřuje proto pozornost na tuto oblast a zadává různé úkoly, aby zvýšil klientovo „uvědomování“.

**Existenciální a humanistická psychoterapie.** Tyto přístupy podtrhují jedinečnost každé osobnosti. Úkol psychoterapie vidí v podporování osobního růstu. Zdůrazňují seberealizaci a uskutečňování individuálních hodnot nebo životního poslání. Mezi toto pojetí patří *Daseinanalýza*. Představitelem je L.Binswanger. Vychází z faktu „bytí ve světě“ a pokouší se o analýzu jeho prožívání. Chce být cestou k pochopení lidské existence. *Logoterapie* Viktora E. Frankla je dalším směrem patřícím do existenciální a humanistické psychoterapie. V. Frankl stanovil základní lidskou potřebou touhu po smyslu. Nenaplnění této touhy nazývá existenciální frustrací. Logoterapie pomáhá pacientovi najít východiska z jeho existenciální frustrace. Chce mu pomoci najít jeho vlastní osobní životní smysl v souladu s jeho osobností. (Logos znamená slovo, nýbrž smysl a „duchovnost“). V pojetí A. Maslowa se *Humanistická psychoterapie* zaměřuje na pomoc lidem v jejich duchovním růstu a v realizaci vlastního duševního potenciálu.

**Elektická a integrativní pojetí.** *Elektická psychoterapie* se obvykle chápe jako kombinované využívání různých metod podle toho, jak to prakticky orientovanému terapeutovi zdá nejvhodnější. *Integrativní psychoterapie* chápe přístup pokoušející se jednotit různé teoretické přístupy do vyššího celku nebo vytvořit teorii jim nadřazenou. (1, 2, 8)

## 2.4 PODPŮRNÁ PSYCHOTERAPIE

Z psychoterapeutických směrů, které jsou výše popsány, budete podrobněji seznámeni s psychoterapií podpůrnou, jelikož je při práci všeobecné sestry nejvíce využitelná.

Z definic podpůrné psychoterapie jsem vybrala následující: *„Podpůrná psychoterapie pomáhá pacientovi překlenout obtížná období v jeho životě, zvládnout krize a podpořit jeho adaptaci, restabilizovat a mobilizovat obranné mechanismy. Zaměřuje se na zvýšení schopnosti tolerovat frustraci, odkládat krátkodobé uspokojení ve prospěch dlouhodobých pozitivních výsledků, zvládat impulzy a snášet krátkodobé afekty. Podporujeme vše adaptivní v pacientově chování. Pomáháme rozvinout slabé a nedostatečné dovednosti, které se týkají zejména zvládnání zátěže a frustrace. Tyto cíle se stanovují individuálně u každého pacienta.“* (Ján Praško, [www.tigis.cz](http://www.tigis.cz)) (27)

### Základní charakteristika podpůrné psychoterapie

Podpůrná psychoterapie může být buď krátkodobá, nebo dlouhodobá. Délka podpůrné psychoterapie by se měla řídit pacientovým stavem vyplývajícím z povahy jeho onemocnění. Frekvence ani délka není u podpůrné psychoterapie stanovena. Příležitost je při každé kontrolní návštěvě. Nejsou zde podmínkou žádné mimořádné časové nároky. (3)

### Cíl podpůrné psychoterapie

Ján Praško udává následující cíl. *„Cílem podpůrné psychoterapie je znovu navození homeostázy duševního života, rychlá redukce symptomů a posílení psychologických obran.“* (Ján Praško, [www.tigis.cz](http://www.tigis.cz)) (27)

Cíle podpůrné psychoterapie, dle Conteho: „Posílení psychologické obrany, navrácení předchozí psychologické rovnováhy, redukce úzkosti a strachu, lepší snášení náročné situace.“ (Beran, Základy psychoterapie pro lékaře, 2000) (3)

Podpůrná psychoterapie má v medicíně široké uplatnění. Vychází ze zásad vedení rozhovoru mezi lékařem/sestrou a pacientem a z použití komunikačních dovedností. Podpůrnou terapii je nutno používat diferencovaně. Pro léčbu psychopatologicky komplikovaných stavů je třeba hlubších teoretických znalostí psychodynamické teorie i zkušeností, a měli by ji vést psychoterapeuticky vzdělaní odborníci. (3)

Podpůrná psychoterapie má široký rozsah indikací: a) *somatická onemocnění*, b) *algické stavy*, c) *psychosomatická onemocnění*, d) *úzkostné a depresivní stavy neurotického charakteru*. Knobloch popisuje indikace takto: *Akutní stresové situace* (náhlá ztráta blízké osoby, akutní somatická onemocnění, kdy stupeň tenze přesahuje adaptační možnosti jedince), *dlouhodobé duševní choroby nebo osobnostní poruchy*, kde nelze očekávat vyléčení, ale soustavná péče pomáhá k maximální možné adaptaci. (3)

Podpůrná psychoterapie nevede k úplnému odstranění příčin obtíží, ale zmenšuje jejich projevy. U somatických onemocnění má příznivý vliv na psychickou a somatickou reakci na nemoc. Součástí podpůrné psychoterapie je i vzdělávání a vedení pacienta v nové situaci po onemocnění a během zotavování. Pacientovy to umožňuje při léčbě lépe spolupracovat, rozhodovat se o změnách životního stylu, vyrovnat se s pocity viny, vzteku a s eventuálním popřením nemoci.

Během podpůrné psychoterapie zdůrazňujeme pozitivní rysy pacientovi osobnosti, dáváme důraz na jeho potřebu uklidnění a bezpečí. Vyhýbáme se frustraci pacienta zpochybňováním jeho sebepojetí, či naším mlčením. (3)



## 2.4.1 Složky podpůrné psychoterapie

Podpůrná psychoterapie je nedílnou součástí léčby somaticky nemocných. Vzhledem k jejímu širokému spektru užití nelze postupovat podle jednotného metodického návodu. Nelze jednotně stanovit ani formu ani rámeček. (3)

*Psychoterapeuticky účinné složky podpůrné psychoterapie:*

*Vztah mezi lékařem nebo sestrou a pacientem, komunikační styl, ventilace, úcta, aktivní naslouchání, ocenění, rady, podpora vlastních rozhodnutí, interpretace, abreakce, klarifikace, sugesce, persuase, autenticita. (3)*

**Vztah mezi lékařem/sestrou a pacientem** by měl být dostatečně silný a pozitivně laděný. Jen takový vztah má terapeutickou hodnotu. **Komunikační styl** má určitý záměr a vymezené téma. Hovor při podpůrné psychoterapii může mít přátelský charakter, neměla by však být překročena určitá hranice a nemělo by dojít k vzájemnému přátelství mezi lékařem nebo sestrou a pacientem. (3)

Komunikace mezi sestrou a pacientem, je velmi důležitou složkou ošetrovatelské péče. Efektivně vedená komunikace může výrazně pomoci v pacientově terapii. Jejím prostřednictvím se buduje vzájemná důvěra, která je pro pacienta i sestru důležitá. Komunikaci lze definovat jako sdělování informace prostřednictvím nejrůznějších signálů a prostředků: ústně, písemně, mimikou, gesty a především neverbálním chováním. (4) Při správně vedené komunikaci s pacientem musíme vědět, co mu chceme sdělit a zvolit vhodný čas a místo pro předání informace. Informace podávat tak, aby byly pro pacienta srozumitelné. Je dobré sledovat neverbální projevy pacienta, ze kterých můžeme vyčíst, jak na sdělované skutečnosti reaguje. Zpětnou vazbou si ověříme, zda pacient informace přijal a pochopil. (8)

Do této složky je začleněna komunikace s pacientem, který prožívá nepříjemné pocity jako je strach a úzkost. Jednání s pacientem agresivním, nebo podrážděným, jelikož výše zmíněné pocity mohou vyústit až do této podoby.

*Komunikace s pacientem agresivním, s pacientem ve strachu a úzkosti:* Iracionální přístupy vyvolávají u zdravotnického personálu nepříjemné pocity, dostávají jej do napětí a zvyšují tak možnost chybného jednání. Je proto třeba naučit se je rozpoznávat a racionálně řešit. (4)

*Agresivní pacient:* Agresivní chování může mít různé podoby. Od fyzického napadení osob nebo destrukcí předmětů, přes slovní výpady a vyhrožování. Pacient může být agresivní oprávněně, kdy po určité frustrační zátěži považuje za přirozené ohradit se. Motivem k agresii může být také snaha překonat úzkost. Tlumení takové agrese se zaměřuje na její zdroje. Pacientův vztek vyplývající z bezmoci, frustrace a utrpení může také vést k agresivnímu chování. Zde vyjádříme pochopení pro pacientovu situaci. Agresivní pacient signalizuje nejen nespokojenost, ale také ohrožení. K úspěšnému zvládnutí situace i další spolupráce je zapotřebí nejednat impulsivně. Povinností zdravotníka je uklidnit pacienta způsobem jemným a taktickým. V těchto případech je psychotherapeutický přístup efektivnější než farmakoterapie. *Motivy k agresivnímu chování:* a) Pacient může mít na agresi tzv. oprávněný nárok. Po určité frustrační zátěži považuje za přirozené se ohradit proti dalším nepřízním. b) Snaha překonat úzkost. c) Pacientův vztek na vyplývající z bezmoci, frustrace, utrpení. d) Pacienti s osobnostním předpokladem jednat agresivně.

*Úzkostný pacient a pacient ve strachu:* vyjadřuje ve větší intenzitě pocity, s nimiž přichází do nemocnice většina lidí. Dožaduje se tím pocitu bezpečí, jistoty, uklidnění a podpory. Úzkost doprovázejí fyziologické reakce, jako jsou palpitace, arytmie, pocit nedostatečného dechu aj. Přístup k takovým pacientům má být vlídný a pevný. Pacientovi vysvětlíme, co se s ním bude dít a v jakém pořadí. Mluvíme s ním jasně a nahlas, což chceme i po něm. Pokud bude muset zvýšit hlas, donutí ho to zhluboka se nadechnout. Respektujeme strach nebo úzkost nemocného, pátráme po příčině strachu. Umožníme pacientovi, aby o svém strachu mluvil. Buďte trpěliví a jedněte klidně. Informujeme pacienta, nejistota a nevědomost podporuje úzkost. Vše dostatečně a srozumitelně vysvětlíme. Nezhlehčujeme pacientovi obavy. (4, 14)

*Neverbální komunikace:* Každá problematika ve vztazích se projevuje viditelně

především v rovině behaviorální. Na ničem jiném než na chování nemůžeme vidět, zda je osoba, úzkostná, agresivní či standardně naladěná.

Neverbální komunikace, tvoří asi 90% veškeré komunikace. Řeč těla má podobné charakteristiky jako řeč mluvená. Je nutné brát v úvahu celé sekvence neverbálních projevů jako „věty“, které teprve ve větších celcích dávají smysl. Prostředky doprovázející naše neverbální chování se nazývají paralingvistické. Měli bychom jim věnovat pozornost. Jsou to: *síla hlasu, mimika, gestikulace, vzájemná vzdálenost a postavení*. **Mimika**, je aktivita obličejového svalstva. V obličejí partnera můžeme vyčíst, jak je informace přijímána, zpracována a vyhodnocena. Z postupně se měnících výrazů lze snadno zjišťovat reakci na jednotlivé výpovědi. U **gestikulace** věnujeme pozornost celkovému držení těla a ostatním pohybovým projevům. **Vzájemná vzdálenost a vzájemné postavení**, jsou další významné prvky neverbální komunikace. Každý z nás má kolem sebe pomyslnou „bublinu“, do které pustí bez problémů jen osoby, s nimiž podniká nějaké činnosti, účastní se zábav nebo je ve vztahu intimity. Vzdálenost, v níž se cítíme s neznámými lidmi nebezpečně, se označuje jako nárazníková zóna (body – buffer zone) a měří asi jeden metr. Jako zdravotníci se dostáváme velmi často do oblasti pacientovi intimity. A to nejen při choulostivých vyšetřeních. Lidé považují za intimní také další oblasti svého života. Měli bychom tuto skutečnost ctít a přizpůsobit jí své chování. (4, 12)

**Ventilace** je sdělování psychologicky významných obsahů. Tím, že lékař nebo sestra pacienta vyslechne a neodsoudí ho, může znamenat významnou skutečnost, na jejímž základě budujeme pacientovu důvěru k nám. Sdělení takových zážitků lékaři / sestře znamená pro pacienta zpravidla značnou úlevu, pokud nenásleduje kritika a odsouzení. (3) **Úcta** mezi lékařem/sestrou a pacientem musí být vzájemná. Prožitek úcty projevené lékařem nebo sestrou znamená pro pacienta významnou psychologickou podporu. Neúcta k nemocným je hrubou chybou ne pouze etickou, ale i profesionální. (4) **Naslouchání**: Aktivní naslouchání je projevem zájmu lékaře i sestry o pacienta. Nasloucháním je někdy možné dozvědět se více než fyzikálním nebo laboratorním vyšetřením. Umět naslouchat pacientovi je nezbytnou dovedností. Anamnéza je jednou z nejdůležitějších složek pro stanovení správné diagnózy. Umět

klást otázky a umět naslouchat je dovednost, kterou mnoho zdravotníků postrádá. Často jen proto, že tuto skutečnost podceňují a zapomínají přitom, že teprve v systematicky budovaném vztahu s pacientem se vytváří atmosféra důvěry a spolupráce. (9)

Slyšení a naslouchání mají různou funkci v našem styku s druhými lidmi. *Naslouchající* věnuje čas, pozornost, úctu, dává najevo důvěru a příležitost sdělit mu něco důležitého. *Slyšení* je fyziologickou záležitostí. Je to schopnost zachycovat různé zvuky uchem. Naslouchání navazuje na slyšení. Naslouchání je psychologickou záležitostí, jde v něm o pochopení a porozumění toho, co slyšíme. Nasloucháním se vytvářejí podmínky k dalšímu rozvinutí rozhovoru. Naslouchání, umožňuje tomu, komu nasloucháme splnění jednoho z jeho přání: najít někoho, komu by se mohl s něčím svěřit. (9)

**Ocenění.** Mezi tuto složku zařazujeme *chválu*, tedy poskytování pozitivní odezvy pacientovi, což výrazně pozitivně ovlivní jeho sebevědomí. Chvála se musí týkat toho, co sám pacient pokládá za významné. *Ujištění.* Jako ujištění působí také vysvětlení odborného nálezu, které je podáno tak, aby mu pacient porozuměl. Je dobré zeptat se, co určitým výrazem pacient chtěl říci. Pod určitým výrazem si může představovat něco jiného než vy. **Rady.** Profesionálně formulovaná rada, která se týká psychologické problematiky, je obecnější, posiluje pacientovu zodpovědnost a předchází jeho závislosti na lékaři, která je nežádoucí. Je nutné zamezit, tomu, abychom přebírali rozhodování za pacienta. Odpovědnost za svá rozhodnutí má mít pacient. Je lépe více naslouchat a méně radit. **Otevřenost a autenticita.** V rámci podpůrné psychoterapie se předpokládá, že lékař do určité míry vyjádří svůj názor, postoj, popřípadě svůj pocit k tomu, co pacient sdělil. Výklad souvislostí a vztahů, tedy **interpretace**, nemá v podpůrné psychoterapii takový význam jako v psychoterapii odkrývající. Interpretacemi můžeme pacienta upozornit na vztah mezi jeho chováním a reakcí druhých osob. **Abreakce** znamená uvolnění potlačených nevědomých emocí namísto toho, aby se projevovaly v symptomech. Pokud pacient cítí ze strany lékaře i sestry porozumění a podporu, a má-li pocit jistoty, že bude pochopen a nikoliv odmítnut a zesměšněn, může vyjádřit dlouho

zadržované pocity, které se doposud bál, nebo styděl sdělit. **Klasifikace** je tedy připomenutí a upozornění pacienta na jeho myšlenky, pocity, postoje a chování, kterého si doposud nebyl plně vědom, a objasnění některých aspektů jeho maladaptivního chování. Mezi významnou složku patří **sugesce**, nebo-li navození myšlenek, pocitů a jednání osobou, která má určitou autoritu, jinému člověku a to bez účasti jeho kritického zhodnocení. To znamená, že pacienta nežádáme, aby pochopil význam, ale aby akceptoval to, co mu říkáme. **Persuase** na rozdíl od sugesce, kdy pacientovi nic nevysvětlujeme, ale pouze tvrdíme, využívá působení logické argumentace podávané z pozice autority, experta v dané oblasti. Výklad musí být podán na takové úrovni, aby mu pacient porozuměl a stačil ho sledovat. (8) Abreakce, klarifikace, sugesce i persuade jsou zde uvedeny z informativního hlediska, pro praktické využití v práci sestry nejsou vhodné.

## 2.5 RELAXAČNÍ PSYCHOTERAPIE

Relaxační psychoterapie, je terapií, která poskytuje sestře možnost využít v péči o pacienta metody, které napomůžou jeho psychické pohodě. I tuto terapii lze zařadit do podpůrné psychoterapie.

Relaxační metody vyházejí z poznatků o vzájemné souvislosti mezi třemi faktory: psychickou tenzí, funkčním stavem vegetativní nervové soustavy a napětím svalstva. Jelikož tonus kosterního svalstva lze vůlí měnit, je zde možnost využití záměrné svalové relaxace k dosažení psychického uvolnění i k ovlivnění orgánových funkcí, řízených vegetativní nervovou soustavou. Relaxovaný stav při omezení zevních podnětů s ponořením se do duševního klidu je zároveň vhodný pro autosugestivní ovlivnění, jehož účinky při častém opakování přesahují a umocňují dosah prosté relaxace. (13)

*Proč je relaxace důležitá:*

Relaxace vede k výraznému psychickému i tělesnému uvolnění a zabraňuje pokračování stresové reakce. Zvyšuje celkově odolnost proti stresu. Umožní lépe usnout, zbavit se napětí v těle i na duši a řady symptomů, které z napětí vznikají. Prostřednictvím relaxace se lze uvolnit před očekávanou stresující situací. Relaxace zvyšuje schopnost soustředit se na to, co se děje. Posiluje pocit sebedůvěry a optimismu. Harmonizuje psychické a tělesné funkce aj. (21)

## **Metody relaxační psychoterapie**

Relaxační terapie využívá svalovou relaxaci, koncentraci, autosugesci a řízené představy. (21) To jak samostatně, tak ve vzájemné kombinaci. (13) Metody využití jsou: *autogenní trénink*, *progresivní svalová relaxace*, aj. Pro účely bakalářské práce je pod relaxační psychoterapii zařazena též muzikoterapie a aromaterapie.

### **2.5.1 Autogenní trénink**

**Autogenní trénink** je metoda vypracovaná berlínským neurologem a psychiatrem *J. H. Schultzem*. Při vypracování této metody vycházel mj. ze svých zkušeností s hypnózou a znalostí jogínských cvičení. Autogenní trénink je tréninková metoda založená na relaxaci, na krátkých, ale pravidelných a důsledně pokračujících systematických cvičení.

Autogenní trénink má dva stupně. Široce použitelný *nižší stupeň* (standardní cvičení) s navazujícími individuálními formulkami a poněkud složitější *vyšší stupeň*, který je formou řízené imaginace.

*Nížší stupeň* (standardní cvičení). Jde o šest postupně nacvičovaných úkolů, při nichž se dosahuje uvolnění v různých částech a orgánech těla, ve spojení

s koncentrací na příslušné subjektivní pocity. Cílem je zvládnutí celkové svalové relaxace, při níž se dotyčný koncentruje na myšlenku „jsem zcela klidný“. Vhodné polohy jsou: poloha spícího vozky (v sedě, bez opřených zad, lokty na stehnech, ruce volně visí dolů, hlava svěšená), poloha mexického povaleče (v sedě - na okraji židle, lopatky se opírají o opěradlo, paže volně spuštěny podél těla), v leže. Oči jsou přitom zavřené.

Nacvičované úkoly: *pocit tíhy*, *pocit tepla*, *regulace srdeční činnosti* (zpomalení tepové frekvence), *koncentrace na dech* s myšlenkou „dech je zcela klidný“, *regulace břišních orgánů* (formulace „do břicha proudí teplo“), *koncentrace na oblast hlavy* s myšlenkou „čelo je příjemně chladné“. Cvičení se provádí třikrát denně 3 – 5 minut. Později se cvičení může prodloužit na 15 minut. Končí vždy odvoláním relaxace za použití energicky vyslovených formulek: „Paže napnout“, zhluboka dýchat, otevřít oči“. Návčik jednotlivých úkolů trvá obvykle 14 dní, takže na návčik celého nižšího stupně se počítá se třemi měsíci. Pravidelné cvičení má vést již samo o sobě k trvalému uklidnění, zvyšování výkonnosti a odstranění některých neurotických symptomů.

*Vyšší stupeň.* Po zvládnutí standardního cvičení se lze zaměřit na žádoucí nebo nežádoucí vlastnosti a příznaky. Pacient si autosugestivně vštěpuje žádoucí zásady v individuálně vytvořených formulkách. Formulky jsou dvojího typu:

A) *Fyziologicky zaměřené formulky* k posílení účinků navozených standardním cvičením, jsou specificky zaměřeny na funkci orgánů, v nichž pacient pociťuje potíže. *Tíha* se používá při odstraňování symptomů spojených s tenzí. *Tepló* při nedostatečném prokrvení, bolestech. *Chlad* se používá při svědění, bolestech a jiných nepříjemných pocitech. B) *Intenční formulky* jsou orientovány na změnu duševních funkcí, postojů nebo chování. Mohou být: *Neutralizující*, ty mají odstranit rušivou koncentraci na tělesné nebo duševní pochody. *Zaměřující* vytvářejí pozitivní myšlení, „svět je zajímavý a pěkný“ u deprese, „zajímají mě lidi kolem mě“ u egocentrických a hypochondrických tendencí, při odstraňování nevhodných návyků. *Posilující* podporují motivační tendence směřující k dosažení žádoucích vlastností.

## 2.5.2 Progresivní svalová relaxace

**Progresivní relaxace** je metoda vypracovaná *E. Jacobsonem* z Chicaga, která má delší tradici v anglicky mluvících zemích. Nepoužívá představ a autosugestivních formulek. Jde o svalové uvolňování, které se cvičí důkladně a postupně v jednotlivých částech těla. Návčikový postup se rozděluje do šesti lekcí. *V první* se pacient učí rozlišovat mezi pocitem tenze a relaxace ve svalu. Např. jednou rukou má sevřít opěradlo židle a sledovat pocity v předloktí, postupně se učí uvědomovat si napětí ve svalech paže. Poté se pacient cvičí v intenzivní relaxaci uvedených svalových skupin, až dovede relaxovat všechny svaly na předloktí i paži současně. *Ve druhé* se cvičí relaxace svalů hlavy. Nejprve obličejových, např. krčí a uvolňuje čelo. Poté se zaměří na svaly nosu a svaly úst. Dále skousne zuby, tím napne masetery a temporální svaly, které se poté relaxují. Důležitým ukazatelem úspěšné relaxace dýchacího svalstva je poloha rtů. Je-li relaxováno, jsou několik milimetrů od sebe. *Třetí lekce* je zaměřena na svaly jazyka. Jejich koncentraci pacient pociťuje, když tlačí špičku jazyka proti patru. Dále se v této lekci upozorní na napětí ve svalech oka a krku a jejich následné relaxaci. *Čtvrtá lekce* se týká svalů ramene. *Pátá* se věnuje relaxaci svalů zádočných, hrudních a břišních. V poslední *šesté lekci* se nacvičuje relaxace prstů na rukou a nohou. (6, 7)

## 2.5.3 Postupy zvládání strachu a úzkosti, s cílem navodit klid

Jedná se o celou řadu psychohygienických technik, které mohou být využity ke zvládání strachu a úzkosti. Techniky vedoucí ke změně nepříjemného pocitu na tělesné uvolnění a příjemné prožívání dělíme na ty, které rozvíjejí soustředění mysli, navozují příjemné představy mysli, nebo vedou přímo k somatickému uvolnění.

*Techniky vedoucí k soustředění mysli.* Principem technik soustředění je nabídnout mysli jeden jediný, příjemně prožívaný předmět tak, aby u něho spočívala co nejdéle. Mysl tak není zaplavována množstvím myšlenek, pochybností, obav a strachů. Dochází k jejímu zklidnění a postupně i k navození somatického klidu.



*Techniky navozující změnu představování v mysli.* Funguje na principu toho, že myšlení a představy naplněné strachem lze nahradit myšlením a představováním si něčeho příjemného, co uklidňuje i tělesné procesy. Pokud má jedinec strach z konkrétní situace, předmětu nebo osoby, v myšlení nabývá tento předmět, situace nebo osoba neadekvátních rozměrů a vlastností neodpovídajících skutečnosti.

*Techniky vedoucí přímo k somatickému uvolnění.* Tyto techniky a postupy, kterých je široké spektrum ukazují, jak naše mysl může přímo pozorovat nepříjemné pocity vyvolané zmíněnými emocemi a co lze udělat pro jejich uvolnění. (13)

## **2.5.4 Expresivní postupy v psychoterapii**

Techniky spadající pod tuto oblast jsou založeny na použití uměleckých médií, imaginaci a pohybu. Patří sem metody, při kterých se pacient vyjadřuje verbálně i neverbálně prostřednictvím specifického média. Umožňují redukovat pocity úzkosti, a strachu a přes mechanismus projekce hledat jejich kořeny. Expresivní postupy v psychoterapii mají určitá specifika: *Použití uměleckých prostředků umožňuje díky nižší vědomé kontrole, expresi emocí uvědomovaných i skrytých za manifestovanou úzkostí. Pomáhají k abreakci, tedy odžití emocí. Latentní úzkost je díky nim možno dostat do manifestní podoby. Projekce vnitřních obsahů, vzorců chování a myšlení do výtvoru umožňuje pacientům poznat i témata potlačená, nevědomá, tzv. „pohled do zrcadla“. Tvořivá činnost sama o sobě má autosanační (sebehojivý) efekt a působí proti negativnímu účinku strachu a úzkosti.* (13)

Mezi expresivní psychoterapeutické postupy patří: *psychodrama, dramaterapie, terapie hrou, arteterapie, psychopantomima, muzikoterapie.* Jelikož je tato práce zaměřena na terapie, které se dají využít v nemocnici na lůžkovém oddělení, bude podrobněji popsána pouze muzikoterapie, jako vhodná metoda pro tyto účely. (13)

## 2.5.5 Muzikoterapie

Muzikoterapie využívá jako léčebný faktor hudbu. Působícími hudebními prvky jsou: rytmus, intenzita, melodie a harmonie. Hudba intenzivně ovlivňuje pocity a náladu člověka. V terapii tedy můžeme vědomě ovlivňovat náladu pacienta. Poslech hudby má vliv na snížení úzkosti včetně jejích doprovodných fyziologických projevů v oblasti srdeční činnosti, krevního tlaku a mělkého dýchání. Redukce hladiny úzkosti při různých lékařských zákrocích a stavech po nich. (13)

Muzikoterapie má dvě formy použití: *aktivní* (hra na hudební nástroje, zpěv...) a *pasivní* (poslech). Obě formy mají léčebný účinek. Z hlediska zaměření lze muzikoterapii rozdělit na: *Retrospektivní muzikoterapii*, kdy poslech hudby evokuje asociace a vzpomínky z minulosti, ke kterým se váží silné emoce. Takto se dostávají do vědomí a mohou být verbalizovány. *Perspektivní muzikoterapie* je zaměřena více na budoucnost a pozitivní ovlivnění psychofyziologických procesů v organismu, relaxaci a zmírnění úzkosti. Při *reaktivní muzikoterapii* dochází u pacientů k procesu katarze, kdy se odblokuje neurotické zábrany, a dojde k uvolnění emocí spjatých s úzkostí. *Regulativní muzikoterapie* využívá skutečnosti, že kromě prožívání hudby dochází také k uvolnění svalů, vegetativních funkcí a napětí podobně jako při relaxaci, což přispívá ke zmírnění pocitů úzkosti. (13, 19)

## 2.6 Aromaterapie

Aromaterapie je jeden z nejrychleji se rozvíjejících oborů alternativní medicíny. Je široce využitelná v domácím prostředí i v nemocnici. (16) Ačkoliv není uznána spolu s dalšími obory např. akupunkturou nebo akupresurou jako regulární forma léčby, pro její snadné použití, je vhodnou doplňkovou metodou v ošetřovatelské péči, jako součást podpůrné psychoterapie prováděné všeobecnou sestrou.

*Historie aromaterapie:* Kořeny aromaterapie sahají do doby před 6000 lety. Již Řekové, Římané a Egyptané užívali k léčbě aromatické oleje. V té době se pro

tuto metodu nepoužíval název aromaterapie. Až kolem roku 1930 francouzský chemik René Maurice Gattefosse, vytvořil termín aromaterapie pro léčebné používání esenciálních olejů. Byl fascinován blahodárnými účinky levandulového oleje při léčení jeho spálené ruky bez zanechání jizev. Začal zkoumat efekt ostatních esenciálních olejů pro jejich léčebné a psychoterapeutické účinky. (19)

Aromaterapie je léčba pomocí vůní – esenciálních olejů. Esenciální oleje jsou aromatické esence extrahované z rostlin, květin, stromů, ovoce, kůry, travin a semen. Působí terapeuticky, a tím zlepšují zdraví. Jejich inhalace stimuluje čichové nervy a působí na mozek a nervový systém. Esenciální oleje mohou být přímo inhalovány, rozptýleny do celého pokoje, přidávány do koupele, nebo vmasírovány do pokožky. Aromaterapie je použitelná při úlevě od bolesti, zmírnění napětí, únavy/vyčerpanosti, při zmírňování stresu, psychosomatických problémech, onemocněních zažívacího traktu, premenstruačním syndromu, poruchách spánku..., a je povzbuzením pro celé tělo. (16, 19)

### **3. PRAKTICKÁ ČÁST**

### **3.1 Metodika**

V následující kapitole objasním metody, které jsem použila k získání výzkumného materiálu. Zmíním se o jednotlivých fázích průzkumu, průběhu průzkumu, zkoumaném souboru a organizaci průzkumu.

### **3.2 Fáze průzkumu**

Vlastní průzkum probíhal v několika fázích. Nejprve se pokusím stručně nastínit jednotlivé kroky, které jsem podnikala a v dalších kapitolách se jim budu věnovat podrobněji.

#### *1. Fáze*

První fáze zahrnovala získávání poznatků o úrovni péče všeobecných sester k pacientům v oblasti psychické podpory. Na základě poznatků získaných z praxe na různých odděleních, jsem se rozhodla psát o této problematice.

#### *2. Fáze*

Ve druhé fázi průzkumu jsem se zaměřila na návrh a plánování průzkumu. Jako výzkumný vzorek jsem určila zdravotníky a pacienty, se kterými jsem se setkávala na praxi. Vytvořila jsem anketní otázky pro pacienty a zdravotníky tak, aby bylo možné porovnat postoj obou skupin respondentů.

#### *3. Fáze*

Třetí fázi průzkumu jsem zaměřila na sběr údajů a jejich následnou analýzu. Pro lepší znázornění a pochopení zkoumaných jevů jsem u otázek vytvořila grafy a tabulky. Zjistila jsem, zda se hypotézy potvrdily či nepotvrdily a výsledky hypotéz jsem doplnila vysvětlením.

#### *4. Fáze*

Na základě výsledků šetření jsem sestavila názornou brožuru pro všeobecné sestry.

#### *5. Fáze*

V poslední fázi průzkumu jsem navrhla využití výsledků pro praxi, čímž lze dosáhnout i zlepšení ošetrovatelské péče.

### **3.2.1 Použitá metoda**

Ke sběru výzkumných údajů jsem použila kvantitativního sběru dat a získávala informace z ankety pro zdravotníky a pacienty. Následně jsem vytvořila brožuru pro všeobecné sestry. Vzor ankety pro všeobecné sestry viz. příloha č. 2.

*Anketa:* Anketu jsem vytvořila pro sestry a pro pacienty. Obě ankety obsahují devět otázek a prostor k doplnění vlastního komentáře. Z důvodu časového vytížení sester jsem volila menší počet otázek. Vyplnění ankety zabíralo maximálně 10 minut. Správnou odpověď respondenti označili křížkem, přičemž mohli označit více odpovědí. Ankety obsahují v úvodu identifikační údaje o mé osobě, stručný popis ankety (důvod, k vytvoření ankety, záruku anonymity a návod na vyplnění ankety). První otázky ankety zjišťují identifikační údaje respondenta, věk a dosažené vzdělání. Další otázky jsou věcné sloužící k ověření hypotéz. U některých otázek byl ponechán prostor pro volnou odpověď respondenta. Vyhodnocení anket spočívalo ve sčítání jednotlivých odpovědí, tvorbě grafů a jejich porovnáváním s ostatními otázkami.

### **3.2.2 Výzkumný soubor**

Výzkumný soubor kvantitativní části průzkumu, tvoří všeobecné sestry a pacienti, kteří byli hospitalizováni na Ústavu hematologie a krevní transfúze na Karlově náměstí a ve Fakultní nemocnici v Motole. Zkoumaný soubor tvoří 30 zdravotníků a 30 pacientů. V obou zařízeních je kladen důraz na vzdělávání zdravotníků a zlepšování vztahu mezi zdravotníky a pacienty.

### **3.2.3 Organizace výzkumu**

Vlastní průzkum probíhal od prosince 2007 do února 2008. Zdravotníci i pacienti plně souhlasili s průzkumem, ochotně se účastnili průzkumu a neměli problém s vyčleněním chvílky volného času pro vyplnění ankety.

## **3.3 Problém, cíle, hypotézy**

Po důkladném prostudování literatury jsem stanovila následující průzkumný problém, cíle a hypotézy.

*Průzkumný problém:* Poskytování psychické podpory pacientům ze strany všeobecných sester.

*Cíle průzkumu:*

- a) Poukázat na problematiku poskytování psychické podpory pacientům ze strany všeobecných sester.
- b) Popsat možnosti, kterými lze takovou pomoc / podporu pacientům poskytnout i bez odborného vzdělání.

- c) Zlepšit poskytování psychické podpory pacientům. Prostřednictvím relaxačních technik.

*Hypotézy:*

Pacienti:

- H1: Předpokládám, že pacienti pocítují v nemocnici úzkost, strach, vztek / rozhořčení.
- H2: Předpokládám, že pacienti budou mít zájem o poskytování podpůrné psychoterapie zdravotními sestrami.

Sestry:

- H1: Předpokládám, že sestry znají pojem podpůrná psychoterapie.
- H2: Předpokládám, že sestry budou mít zájem poskytovat pacientům pomoc prostřednictvím podpůrné psychoterapie.

### **3.4 Výsledky ankety a jejich analýza**

V této kapitole přiblížím výsledky zjištěné anketou. Nejprve postupně zhodnotím výsledky z ankety pro pacienty a sestry. Poté se zaměřím na potvrzení a vyvrácení hypotéz.



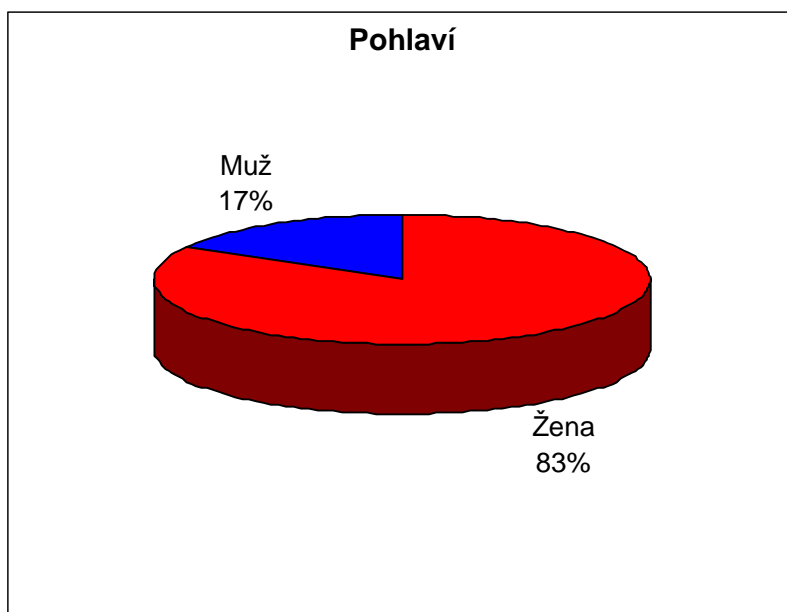
### 3.4.1 Analýza dotazníků pro všeobecné sestry

Výpočty a grafy ankety pro všeobecné sestry

Identifikační údaje:

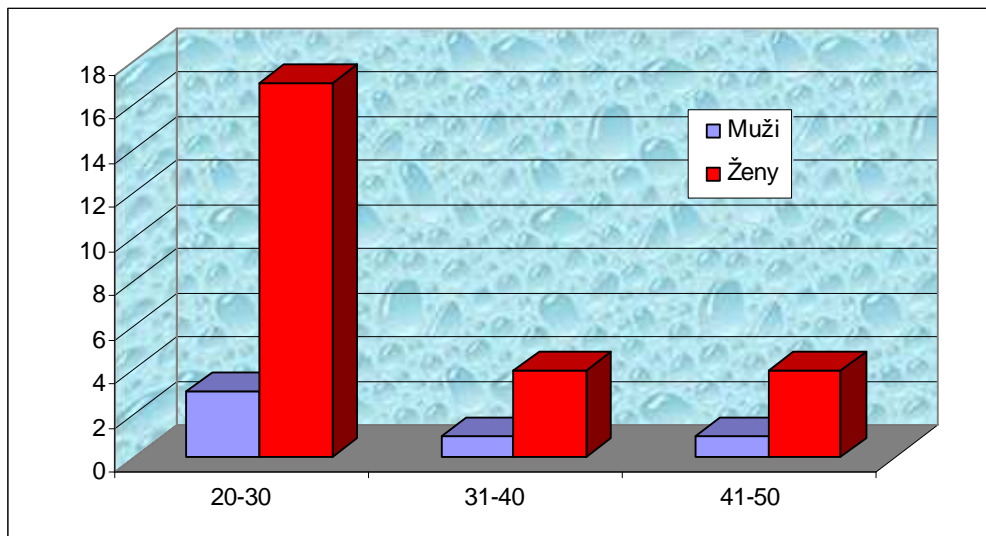
*Pohlaví:* Z celkového počtu 30 respondentů, kteří se zúčastnili ankety pro zdravotníky bylo 17 % mužů a 83 % žen.

Graf č.1



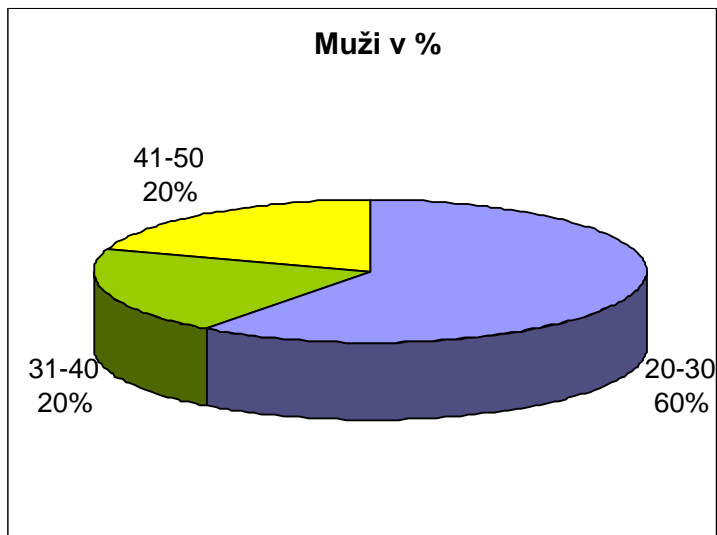
*Věk:* Věkové kategorie jsou rozděleny do tří skupin. V grafu jsou znázorněny jednotlivé věkové kategorie a rozděleny dle pohlaví. Na následující straně jsou grafy vyjadřující zastoupení věkových kategorií v procentech.

Graf č.2, Věk

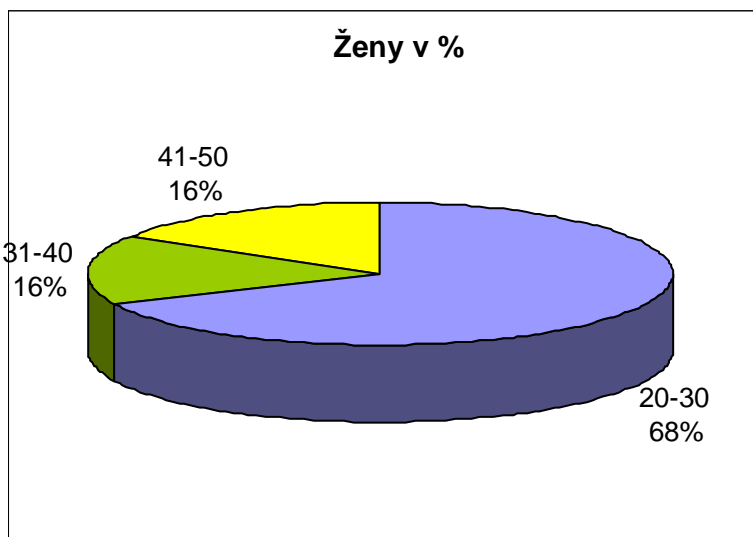


Vyjádření věkových kategorií u mužů i žen v procentech.

Graf č.3



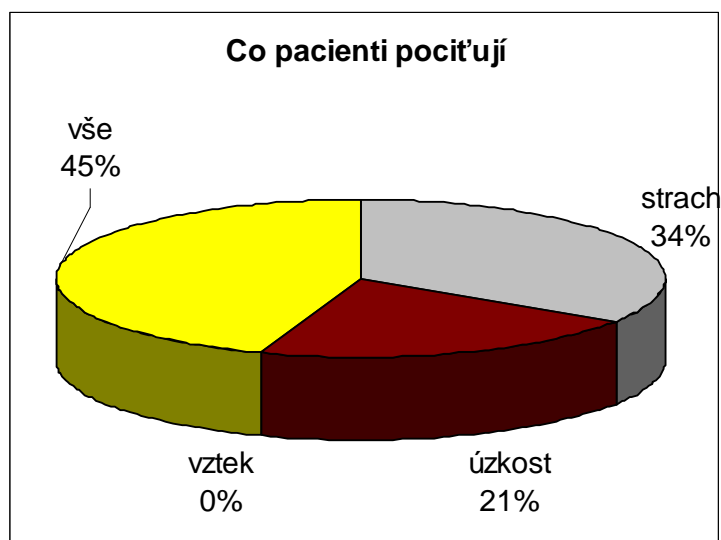
Graf č.4



### **Položka č. 1. Co pacienti pocít'ují.**

Zdravotníci měli na výběr ze tří odpovědí, označit mohli více možností. Třináct zdravotníků (34 %), označilo, že si myslí, že pacienti při pobytu v nemocnici pocít'ují strach. Osm zdravotníků (21 %) uvedlo, že pacienti pocít'ují úzkost, sedmnáct zdravotníků (45 %) udává, že pacienti pocít'ují strach i úzkost a žádný ze zdravotníků si nemyslí, že pacienti pocít'ují vztek. Celkem odpovídalo 30 respondentů.

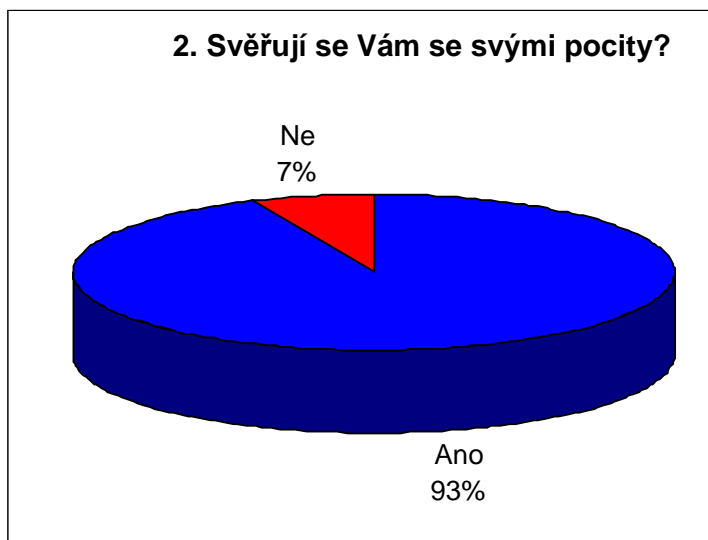
Graf č.5



## **Položka č. 2. Svěřují se Vám se svými pocity?**

Pro pacienty není mnohdy jednoduché svěřovat se osobám blízkým, s tím, co pociťují v období, které tráví v nemocnici, natož cizím osobám, které se o ně v nemocnici starají. V anketě odpovídalo 30 respondentů z řad zdravotníků na výše uvedenou otázku. Možné odpovědi byly ano – ne. Dvacet osm respondentů (93 %) odpovědělo, že se jim pacienti svěřují, dva respondenti (7 %) odpovědělo, že se jim nesvěřují..

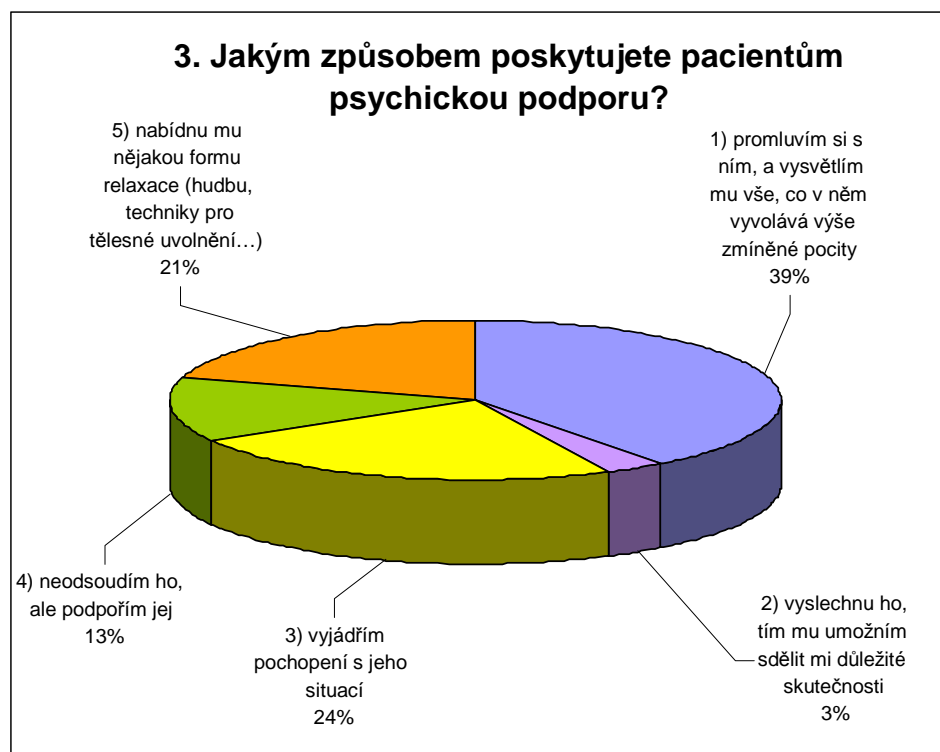
Graf č.6



### Položka č. 3. Jakým způsobem poskytujete pacientům psychickou podporu?

V této otázce mělo možnost 30 respondentů zvolit více odpovědí, které jim byly nabídnuty. Možné odpovědi jsou uvedeny v tabulce pod grafem.

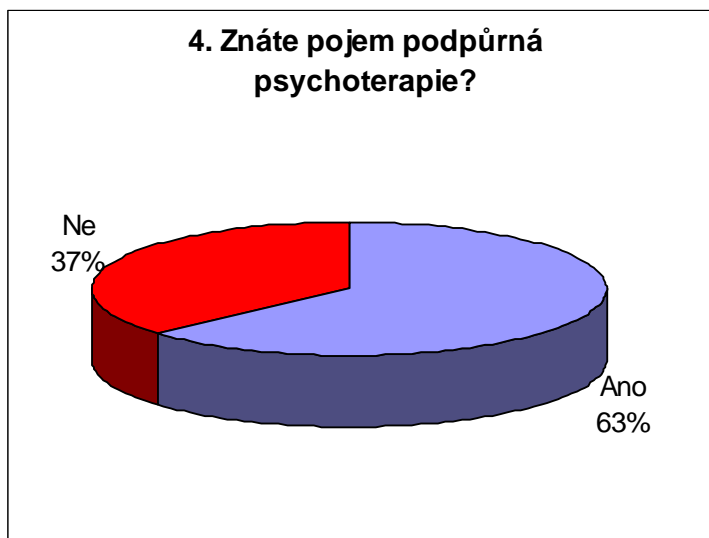
Graf č.7



#### **Položka č. 4. Znáte pojem podpůrná psychoterapie?**

Třicet respondentů z řad zdravotníků odpovídalo na otázku, zda znají pojem podpůrná psychoterapie. Možnosti odpovědi byly ano-ne. Devatenáct respondentů (63 %) odpovědělo, že pojem podpůrná psychoterapie zná, jedenáct respondentů (37 %) odpovědělo, že tento pojem nezná.

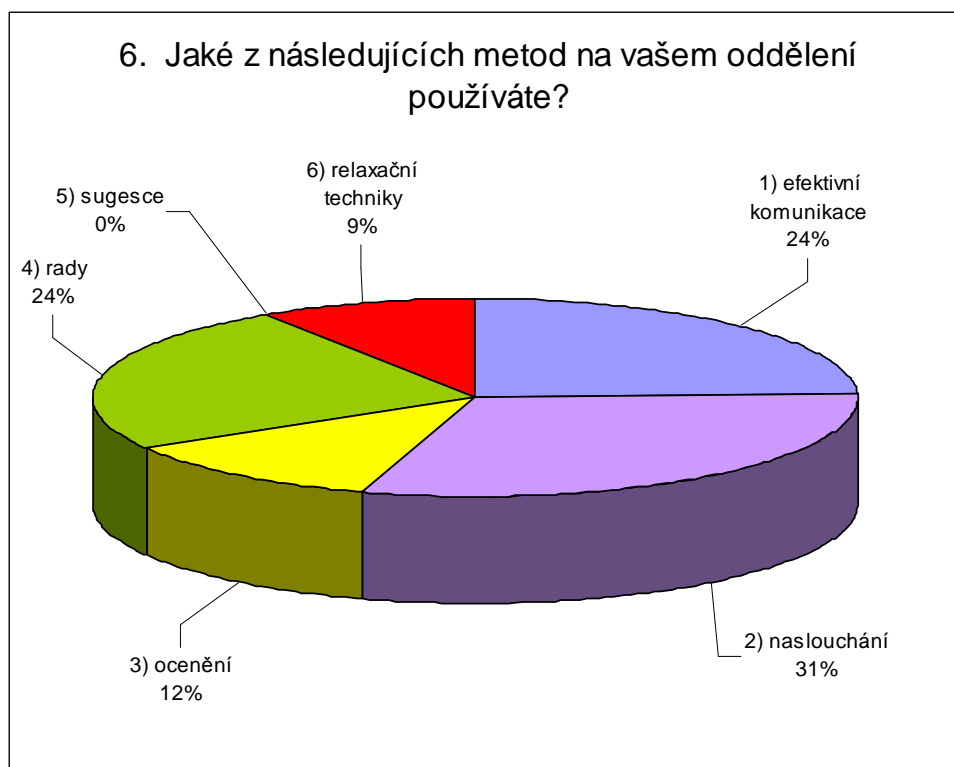
Graf č.8



### **Položka č. 6. Jaké z následujících metod na vašem oddělení používáte?**

V této otázce měli respondenti na výběr z několika možností odpovědí, z nichž mohli označit více možností. Následující graf vyjadřuje v procentech odpovědi zaznamenané v anketě. Odpovídalo 30 respondentů z řad zdravotníků.

Graf č.9





**Položka č.7. Myslíte si, že psychická podpora může snížit potřebu farmakologické léčby?**

Jedna z otázek, které byly položeny zdravotníkům i pacientům. Možná odpověď byla ano-ne. Z třiceti respondentů z řad zdravotníků odpovědělo 28 (93 %), že psychická podpora může snížit potřebu farmakologické léčby, 2 (7 %) si myslí, že psychická podpora nepomůže snížit potřebu léčby farmakologické.

Graf č.10



**Položka č. 8. Máte zájem poskytovat psychickou pomoc / podporu pacientům jako součást ošetrovatelské péče?**

V této otázce bylo možno odpovědět ano-ne. Při kladné odpovědi, byly dány v následující otázce k označení formy, kterými by edukace měla probíhat. Třicet respondentů z řad zdravotníků mělo možnost označit více odpovědí.

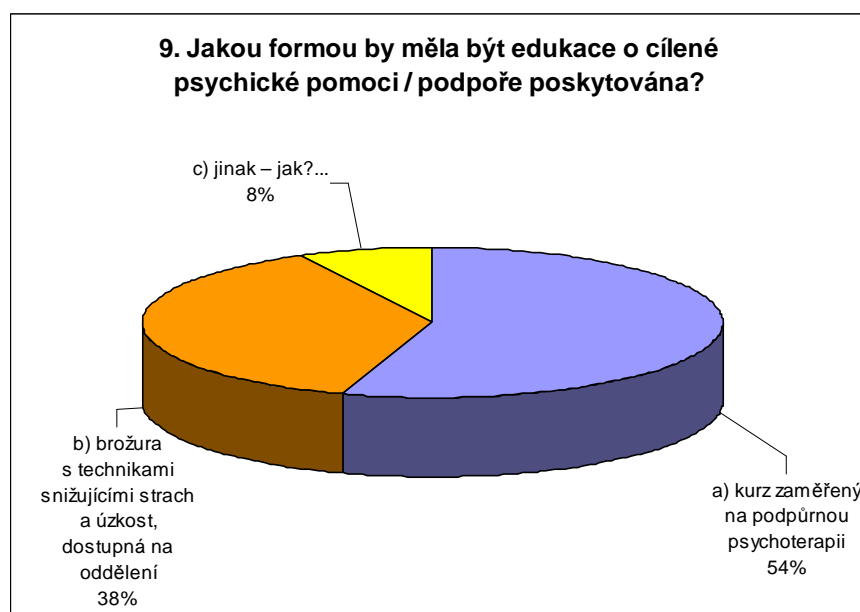
Graf č.11



### **Položka č. 9. Forma poskytování edukace o cílené psychické pomoci / podpoře.**

Pokud v otázce č. 8 odpověděli respondenti –ano-, v této otázce vybírali možnou formu edukace. Dvacet dva respondentů (54 %) by uvítalo kurz zaměřený na téma podpůrná psychoterapie, patnáct (38 %) respondentů si přeje brožuru dostupnou na oddělení a tři respondenti (8 %), upřednostňuje jinou formu. Tyto odpovědi jsou vypsány pod tabulkou.

Graf č.12



Volné odpovědi:

- Předávání zkušeností na oddělení. (1x)
- Schůzky s psychologem 1x za 2-3 měsíce na oddělení. (1x)
- Videotrénink. (1x)

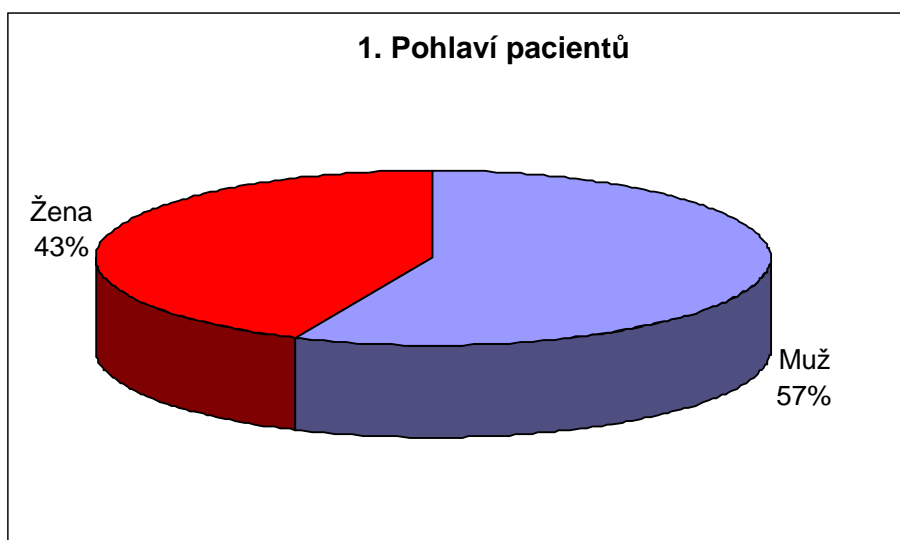
### 3.4.2 Analýza dotazníků pro pacienty

Výpočty a grafy ankety pro pacienty

Identifikační údaje:

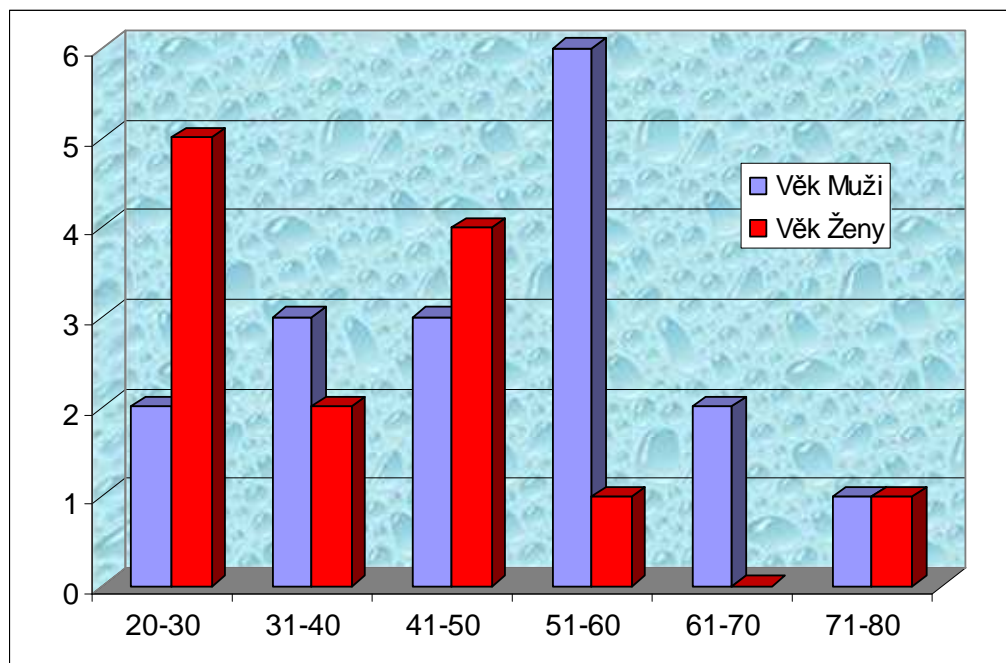
*Pohlaví:* Z celkového počtu 30 respondentů, kteří se zúčastnili ankety pro pacienty bylo 57 % mužů a 43 % žen.

Graf č.1



Věk: Věkové kategorie jsou rozděleny do šesti skupin. V grafu jsou znázorněny jednotlivé věkové kategorie a rozděleny dle pohlaví.

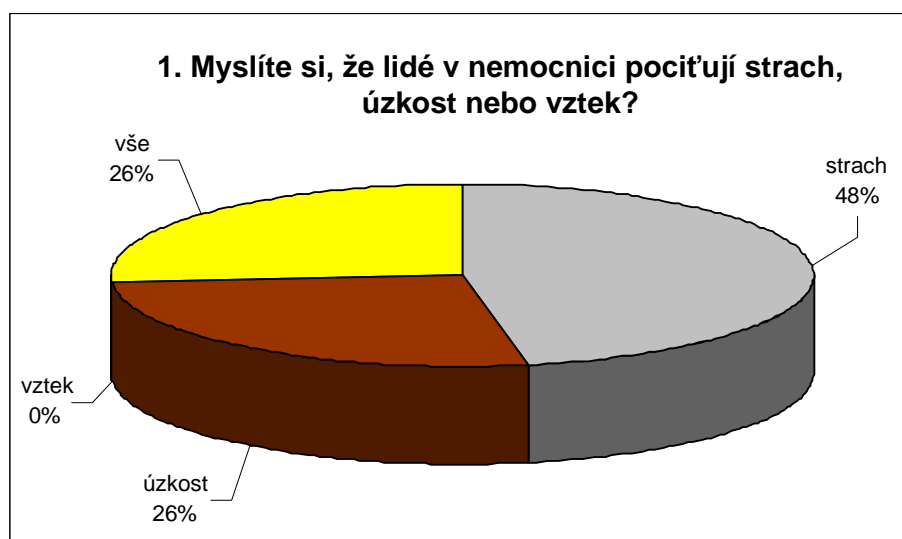
Graf č.2, Věk



### **Položka č. 1. Pociťují lidé v nemocnici strach, úzkost nebo vztek?**

Tato otázka je položena kvůli všeobecnému mínění. Výzkumný vzorek třiceti pacientů měl vybírat z možností, které jsou znázorněny v grafu. Šestnáct pacientů (48 %) odpovědělo, že při pobytu v nemocnici pociťuje strach. Devět pacientů (26 %) pociťuje úzkost, devět pacientů (26 %) úzkost i strach a žádný z pacientů nepociťuje vztek.

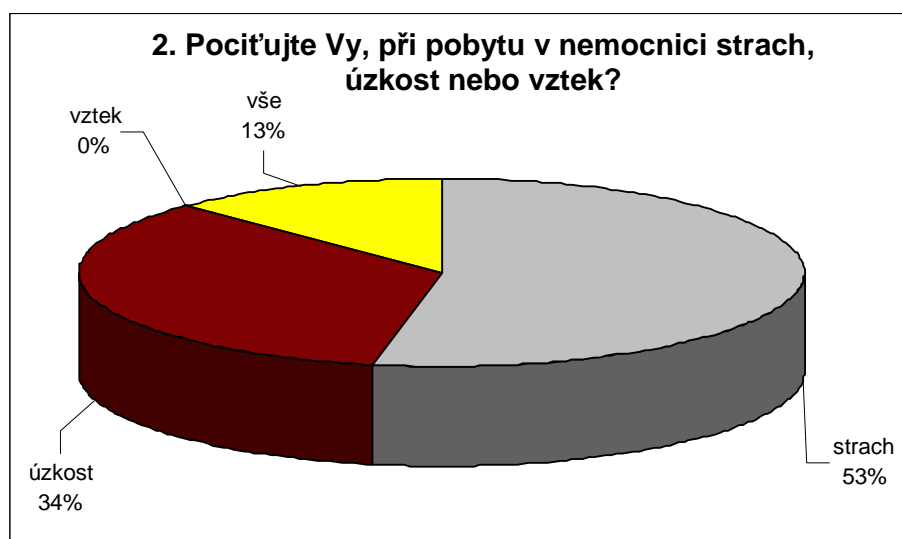
Graf č.3



## **Položka č. 2. Pociťujete Vy, při pobytu v nemocnici strach, úzkost nebo vztek?**

V této otázce odpovídali pacienti sami za sebe, na rozdíl od otázky předešlé, kdy byli dotazováni na všeobecné mínění. V otázce bylo možno označit více odpovědí. Z třiceti pacientů sedmnáct (53 %) odpovědělo, že pociťuje při pobytu v nemocnici strach. Jedenáct (34 %) pociťuje úzkost, čtyři (13 %) pociťuje strach i úzkost a žádný z dotazovaných pacientů nepociťuje vztek.

Graf č.4



### **Položka č. 3. Máte obavy, mluvit o strachu, úzkosti nebo vzteku před sestrou?**

Mluvit o takových pocitech jako je strach, úzkost aj. je nepříjemné zvláště v prostředí nemocnice, kde se většina lidí necítí příliš dobře. Navíc sdělovat tyto skutečnosti cizím lidem, kterými zdravotnický personál pro pacienty je, není jednoduché. Respondenti z řad pacientů, kterých bylo třicet, odpovídali na otázku s možnostmi ano – ne – nemám potřebu. Šest pacientů (20 %) odpovědělo, že o strachu, úzkosti atd. před sestrou mluví. Dvacet tři pacientů (77 %) své pocity sestře nesdělují a jeden (3 %) nemá potřebu o tomto se sestrou hovořit.

Graf č.5

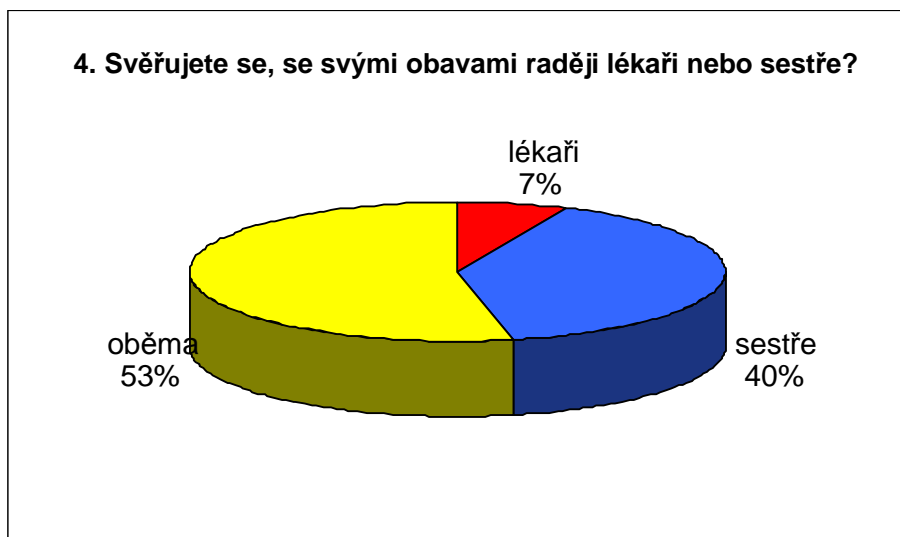




**Položka č. 4. Svěřujete se, se svými obavami raději lékaři nebo sestře?**

Třicet respondentů odpovídalo na otázku s třemi možnostmi odpovědi. Dva pacienti (7 %) odpovědělo, že se raději svěřuje lékaři, dvanáct pacientů (40 %) sestře a šestnáct pacientů (53 %) se svěřuje sestře i lékaři.

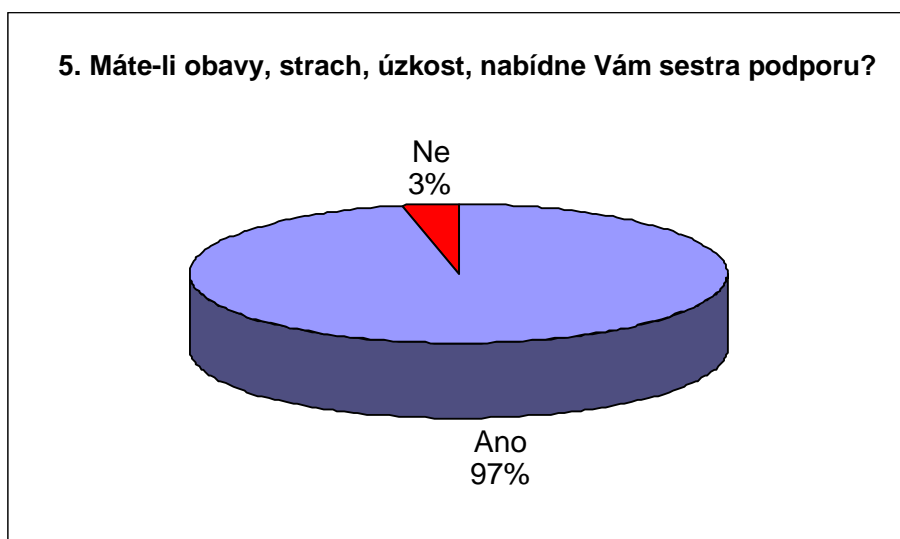
Graf č.6



### **Položka č. 5. Máte-li obavy, strach, úzkost, nabídne Vám sestra podporu?**

V této otázce odpovídalo třicet pacientů ano-ne. Dvacet osm pacientů (97 %) odpovědělo, že jim sestra poskytne psychickou podporu a jeden pacient (3 %) odpověděl, že mu sestra podporu neposkytne. V případě kladné odpovědi pacienti vybírali z možností, jakým způsobem jim psychickou podporu poskytne. Tyto odpovědi jsou uvedeny v tabulce a vizuálně znázorněny v grafu č. 7. Pacienti měli možnost označit více odpovědí najednou.

Graf č.7



### Pokud ano, jakou?

1) promluví si se mnou, a vysvětlí mi vše, co ve mě vyvolává výše zmíněné pocity							20
2) vyslechne mě, tím mi umožní sdělit pro mě důležité skutečnosti							10
3) vyjádří pochopení s mou situací							9
4) neodsoudí mě, ale podpoří							4
5) nabídne mi nějakou formu relaxace (hudbu, techniky pro tělesné uvolnění...)							1

V grafu č. 8 jsou znázorněny číselné počty odpovědí, v grafu č. 9 jsou procentuální výsledky.

Graf č.8



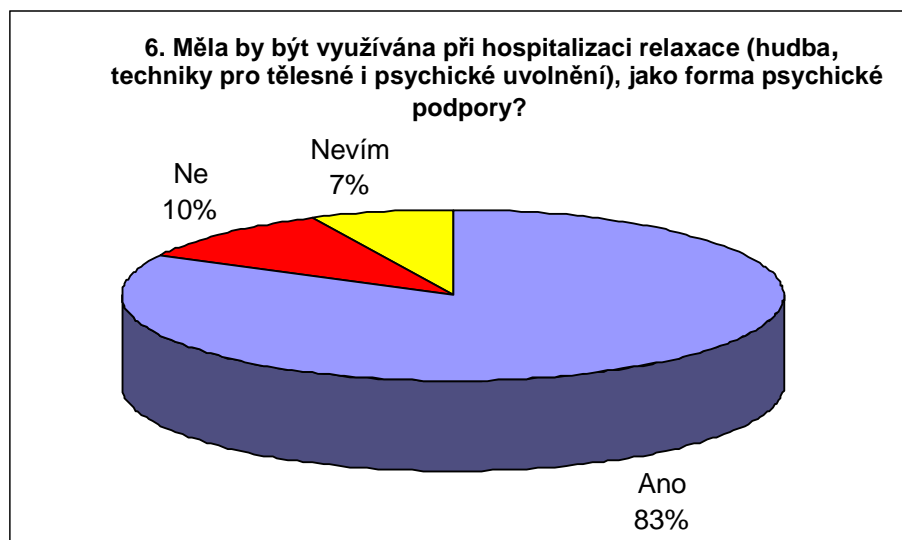
Graf č.9



### **Položka č. 6. Měla by být využívána při hospitalizaci relaxace?**

V otázce, zda by měla být relaxace součástí ošetrovatelské péče odpovědělo 24 pacientů (83 %), že by relaxace měla být při hospitalizaci využívána. Tři pacienti (10 %) odpověděli, že relaxace nemá být při hospitalizaci využívána a dva pacienti (7 %) nevědí. Z třiceti respondentů odpovědělo 29.

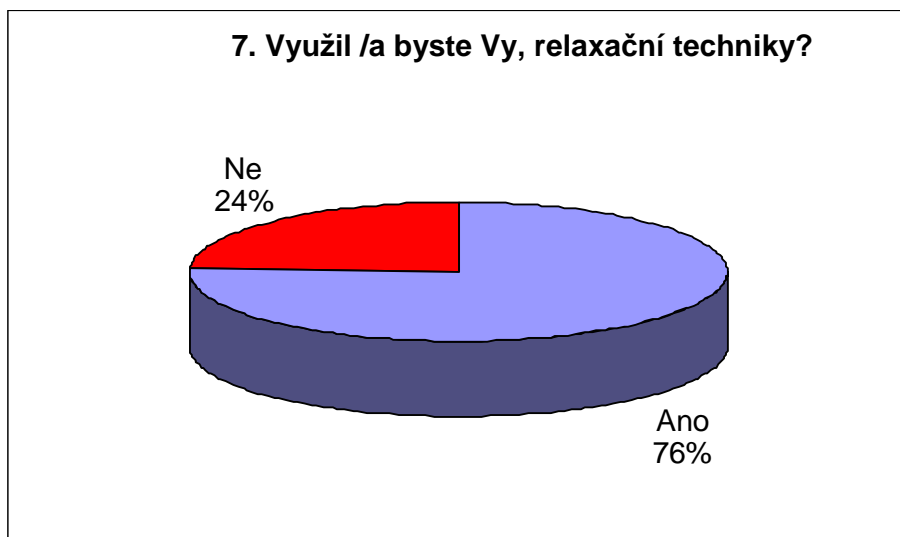
Graf č.10



**Položka č. 7. Využil /a byste Vy, relaxační techniky?**

U odpovědi zda by pacienti relaxační techniky využili odpovědělo dvacet tři pacientů (76 %) ano, a sedm pacientů (24 %) odpovědělo, že by relaxační techniky nevyužili.

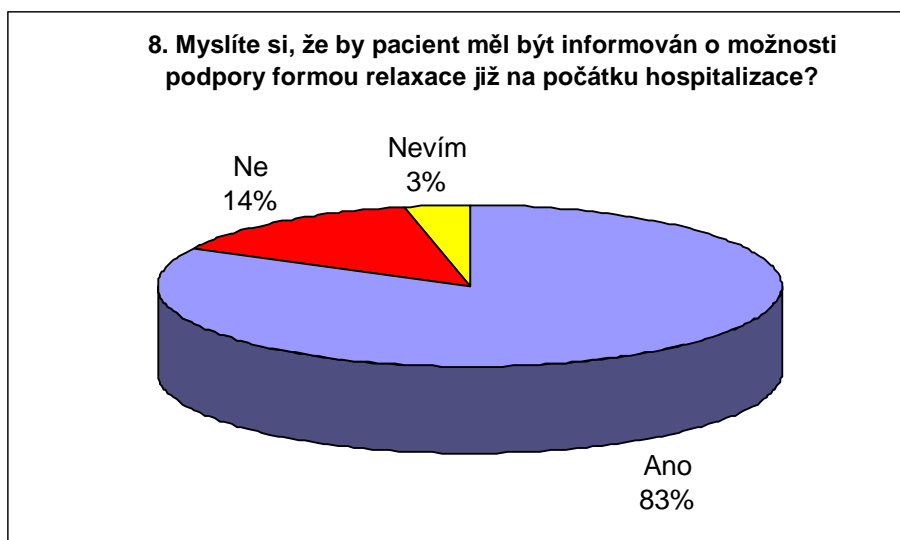
Graf č.11



**Položka č. 8. Měl by být pacient informován o možnosti relaxace již na počátku hospitalizace?**

V otázce, zda by pacienti chtěli být o možnosti poskytnutí psychické podpory informováni již na počátku hospitalizace odpovědělo dvacet čtyři pacientů (83 %) ano, čtyři pacienti (14 %) odpověděli ne, a jeden pacient (3 %) odpověděl, že neví. Z třiceti respondentů odpovědělo na tuto otázku 29.

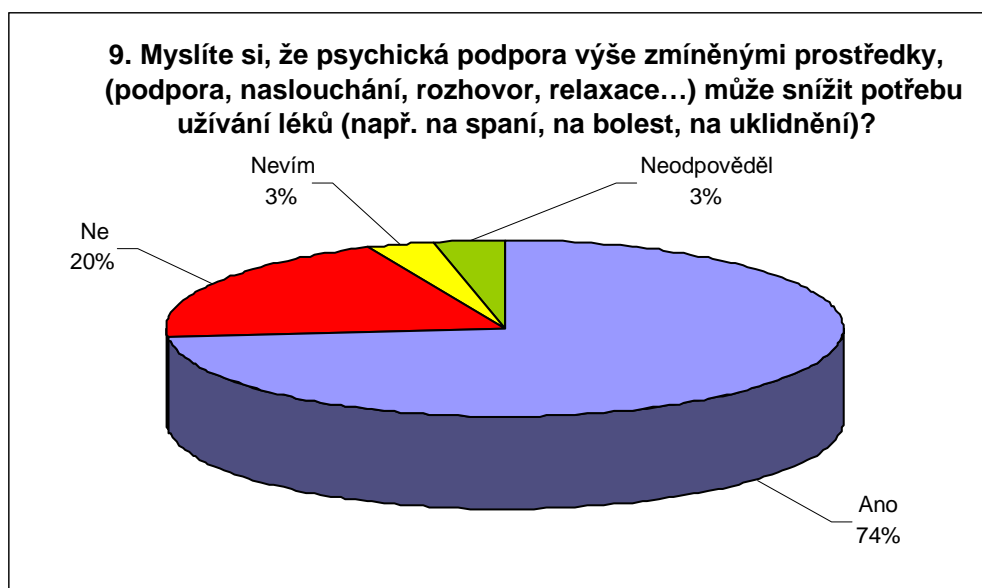
Graf č.12



**Položka č. 9. Myslíte si, že psychická podpora může snížit potřebu užívání léků (např. na spaní, na bolest, na uklidnění)?**

V této otázce byly tři varianty odpovědí. Dvacet dva pacientů (74 %) si myslí, že psychická podpora pomůže snížit farmakologickou léčbu, šest pacientů (20 %) odpovědělo, že psychická podpora nedokáže snížit potřebu farmak, jeden pacient (3 %) neví, a jeden respondent neodpověděl.

Graf č. 13





### 3.5 Posouzení výsledků a diskuse

V této části se budu zabývat interpretací výsledků a pokusím se vyjádřit, do jaké míry se stanovené hypotézy potvrdily či nepotvrdily. Rozeberu postupně jednotlivé hypotézy a poté se zaměřím na hodnocení cílů výzkumu.

Pacienti:

*H 1: Předpokládám, že pacienti pociťují v nemocnici úzkost, strach, vztek/rozhořčení.*

Z analýzy dotazníků pro všeobecné sestry, otázky č. 3 a 4 a grafu č.5 vyplývá, jaké pocity prožívají pacienti při pobytu v nemocnici. Otázka číslo 3 zjišťovala obecné mínění pacientů. V otázce číslo 4, byli pacienti dotazováni na své osobní pocity. Otázky byly takto položeny při průzkumu záměrně, pro možnost vzniku tzv.“lži skóre“. Odpovědi na obě otázky se téměř shodují. Pacienti nejčastěji označovali v obou případech strach, poté úzkost. Nikdo neodpověděl, že při pobytu v nemocnici pociťuje vztek.

Na základě zjištěných údajů jsem došla k závěru, že na daném průzkumném souboru se hypotéza potvrdila.

*H2: Předpokládám, že pacienti budou mít zájem o poskytování podpůrné psychoterapie zdravotními sestrami.*

Z analýzy dotazníků, otázky č.7 a grafu č.11 je zjevné, že pacienti mají zájem o poskytování podpůrné psychoterapie všeobecnými sestrami jako součást běžné ošetrovatelské péče. Podle jednoznačných výsledků (76 % pacientů má zájem o podpůrnou psychoterapii a 24 % zájem nemá ), daného průzkumném vzorku, (30 pacientů) se hypotéza č. 2 potvrdila.

Sestry:

H1: *Předpokládám, že sestry znají pojem podpůrná psychoterapie.*

Tuto hypotézu ověřuje otázka č.4 a vizuálně znázorňuje graf č.8. Z průzkumného vzorku třiceti respondentů odpovědělo 63 % procent, že pojem podpůrná psychoterapie zná. Třicet sedm procent naopak odpovědělo, že tento pojem nezná. V následující otázce (otázka č.9), vybírali pacienti z možností, jakou formou jim sestra psychikou podporu poskytuje. Na základě zjištěných údajů se hypotéza číslo 1 potvrdila.

H2: *Předpokládám, že sestry budou mít zájem poskytovat pacientům pomoc prostřednictvím podpůrné psychoterapie.*

Z analýzy dotazníků, otázky č. 8 a grafu č. 11 vyplývá, že 87 % všeobecných sester, které na otázku odpovídaly má zájem poskytovat pacientům psychickou podporu prostřednictvím podpůrné psychoterapie. Jen 13 % z nich odpovědělo, že nemá zájem poskytovat podporu touto formou. Na základě zjištěných údajů mohu říci, že se hypotéza číslo 2 potvrdila.

V otázce č.9, která je znázorněna v grafu č.12 byly nabídnuty možnosti, jakým způsobem by měla edukace v oblasti podpůrné psychoterapie probíhat. Zde sestry volily z možností: kurz zaměřený na podpůrnou psychoterapii (54 %), brožura dostupná na oddělení (38 %) a jiné (8 %).

Z odpovědí jiné byly navrženy tyto:

- Předávání zkušeností na oddělení. (1x)
- Schůzky s psychologem 1x za 2-3 měsíce na oddělení. (1x)
- Videotrénink. (1x)

## Ještě bych chtěla dodat...

Někteří pacienti, kteří se účastnili průzkumu, spontánně dopisovali do dotazníků vlastní odpovědi:

- Na otázku, zda by měla být relaxace využívána při hospitalizaci jako součást psychické podpory byla 1x dopsána odpověď: „*Nemohu posoudit, nemám zkušenosti.*“
- Na otázku, zda by měli být pacienti o možnosti poskytnutí relaxačních technik na oddělení informováni na počátku hospitalizace byla 1x dopsána odpověď: „*Na počátku relaxace jsou jiné starosti než relaxace.*“
- Na otázku zda pacienti pociťují při pobytu v nemocnici strach, úzkost, vztek..., byla dopsána 1x odpověď: „*Pobrečet si je zcela normální*“.
- Na otázku zda sestra poskytuje pacientovi psychickou podporu, byla 1x dopsána odpověď: „*Dobře mluvené slovo, by určitě pomohlo v kladném smyslu.*“ A 1x odpověď „*Pomohlo by podržení za ruku, (malé pohlázení).*“

Na základě zjištěných výsledků se domnívám, že práce splnila svůj cíl. Pacienti svými odpověďmi potvrdili, že při pobytu v nemocnici nejsou v úplné psychické pohodě. Pacienti, kteří pociťují strach, úzkost aj. se raději svěří s těmito pocity sestře. Sestry pacientům, dle výsledků ankety poskytují psychickou podporu nejčastěji rozhovorem. Použití relaxačních technik, které by většina pacientů uvítala, jako součást ošetrovatelské péče, však poskytuje velmi malé množství sester.

## 4. Závěr

Poznatky z praxe a prostudovaná literatura mi umožnila, stanovit cíle práce. Pacienti, kteří odpovídali na anketu na odděleních nemocnic v Motole a UHK, mi dali možnost získat poznatky o současném stavu ošetrovatelské péče v oblasti psychické. Ačkoliv se jedná o anketu a tudíž byl počet respondentů nižší (třicet pacientů a třicet všeobecných sester), jsou získané informace přínosem pro další vývoj ošetrovatelské péče. Porovnání názorů pacientů s názory všeobecných sester jsou zajímavým srovnáním dvou skupin lidí, kteří se v určité době dostávají do poměrně úzkého kontaktu. Z těchto výsledků můžeme vycházet při plánování a inovování ošetrovatelské péče. Všeobecné sestry (dále jen sestry), denně pečují o pacienty, kteří mají strach, úzkost, bolest... Jsou ochotné i přes časovou tíseň pacienty vyslechnout a poskytnout jim psychickou podporu, nejčastěji rozhovorem. Už tím poskytují pacientům určitou formu „laické“ podpůrné psychoterapie. Ačkoliv většina sester odpověděla, že pojem podpůrná psychoterapie zná, nevědí, že metody, které spontánně používají při podpoře pacienta, do podpůrné psychoterapie patří. Sestry mají zájem se v podpůrné psychoterapii zdokonalit, což je příjemné zjištění. Většina z nich by uvítala kurz zaměřený na toto téma. Brožura, kterou by si přála menší část sester je myslím vhodným materiálem, který by byl dostupný na oddělení. Ideální je samozřejmě kombinace obou těchto metod.

Mojí snahou je zlepšit psychickou podporu pacientů prostřednictvím relaxačních metod, které můžeme do podpůrné psychoterapie zařadit. Proto výstup práce tvoří brožura s vybranými relaxačními technikami, které jsou univerzálně použitelné pro různá nemocniční oddělení. Metod, které by se daly využít je samozřejmě více. Nicméně tato brožura je jakýmsi vodítkem, a materiálem, který se dá inovovat a rozšiřovat. Vzhledem k tomu, že většina pacientů by relaxaci, jako součást ošetrovatelské péče ráda přijala, je namístě se touto problematikou zabývat. Věřím, že relaxační techniky budou v blízké době běžně používány, což přispěje k zlepšení ošetrovatelské péče a lepšímu komfortu pacientů.

## 5. SEZNAM LITERATURY:

1. Atkinsonová, R.L. a kol.: Psychologie. Praha, 1995, ISBN: 80-85605-35-X
2. Beran, Jiří.: Doktor – patient communication. Karolinum, Praha 1999, ISBN:80-7184-846-8
3. Beran, Jiří.: Základy psychoterapie pro lékaře. Grada, 2000, Vydání I., ISBN: 80-7169-932-2
4. Honzák, R.: Komunikační pasti v medicíně. Galén, 1997. ISBN: 80-85824-60-4
5. Hučín, Jakub.: Hovory o psychoterapii. Portál, 2001, ISBN: 80-7178-525-3
6. Kennerleyová, Helen.: Jak zvládnout úzkostné stavy. Portál, Vydání I., Praha 1998, ISBN: 80-7178-266-1
7. Kratochvíl, Stanislav Základy psychoterapie. Portál, Praha 2002, vydání 4.,ISBN: 80-7178-657-8
8. Křivohlavý, Jaro: Povídej, naslouchám. Návrat, Praha, 1993, ISBN: 80-85495-18-X
9. Matoušek, Oldřich: Potřebujete psychoterapii?, Portál, Praha, 1995, ISBN: 80-7178-036-7
10. Novák, Tomáš, Capponi, Věra.: Sám sobě psychologem. Grada, ISBN: 80-247-0606-7
11. Venglářová, M., Mahrová, G.: Komunikace pro zdravotní sestry, Grada, Praha, 2006, ISBN:80-247-1262-8
12. Vymětal, Jan a kolektiv.: Speciální psychoterapie. Grada, Praha 2007, vydání 2., ISBN: 978-80-247-1315-1
13. Zacharová, E., Hermanová, M., Šrámková, J.: Zdravotnická psychologie, teorie a praktická cvičení. Grada, ISBN: 978-80-247-2068-5

### Internetové zdroje

14. [www.aromedica.cz](http://www.aromedica.cz)

15. [www.aromaterapie.cz](http://www.aromaterapie.cz)
16. [www.esence.cz](http://www.esence.cz)
17. [www.e-stranka.cz](http://www.e-stranka.cz)
18. [www.holisticonline.com](http://www.holisticonline.com)
19. [www.lekarnanet.cz](http://www.lekarnanet.cz)
20. [www.med.muni.cz](http://www.med.muni.cz)
21. [www.mzcr.cz](http://www.mzcr.cz)
22. [www.musictherapy.com](http://www.musictherapy.com)
23. [www.orientshop.cz](http://www.orientshop.cz)
24. [www.psychoanalyza.cz](http://www.psychoanalyza.cz)
25. [www.pzdravi.d2.cz](http://www.pzdravi.d2.cz)
26. [www.tigis.cz](http://www.tigis.cz)
27. [www.wikipedie.org](http://www.wikipedie.org)
28. [www.zdravi.e-shop.cz](http://www.zdravi.e-shop.cz)
29. [www.zdravotnipotreby.cz](http://www.zdravotnipotreby.cz)

### **Seznam grafů:**

#### ***Všeobecné sestry:***

Graf č. 1: Pohlaví.....	43
Graf č. 2: Věk muži a ženy v číslech.....	44
Graf č. 3: Věk mužů v procentech.....	45
Graf č. 4: Věk žen v procentech.....	45
Graf č. 5: Co pacienti pociťují.....	46
Graf č. 6: Svěřují se Vám pacienti se svými pocity?.....	47
Graf č. 7: Jakým zp.poskytujete pacientům psychickou podporu?.....	48
Graf č. 8: Znáte pojem podpůrná psychoterapie?.....	49
Graf č. 9: Jaké z následujících metod na vašem odd.používáte?.....	50
Graf č. 10: Myslíte si, že psychická podpora může snížit potřebu farmakologické léčby?.....	51

Graf č. 11: Máte zájem prohloubit si znalost účelně poskytovat psychickou pomoc pacientům jako součást oše.péče?.....	52
Graf č. 12: Jakou formou by měla být edukace o cílené psychické pomoci poskytována?.....	53

***Pacienti:***

Graf č. 1: Pohlaví.....	54
Graf č. 2: Věk.....	55
Graf č. 3: Myslíte si, že lidé v nemocnici pocít'ují strach, úzkost nebo vztek?.....	56
Graf č. 4: Pocít'ujete Vy, při pobytu v nemocnici strach, úzkost nebo vztek?.....	57
Graf č. 5: Máte obavy mluvit o strachu, úzkosti nebo vzteku před sestrou?.....	58
Graf č. 6: Svěřujete se se svými obavami raději lékaři nebo sestře?.....	59
Graf č. 7: Máte-li obavy, strach, úzkost, nabídne Vám sestra podporu?.....	60
Graf č. 8 a 9: Pokud ano – jakou?.....	61, 62
Graf č. 10: Měla by být využívána při hospitalizaci relaxace, jako forma psychické podpory?.....	63
Graf č. 11: Využil / a byste Vy, relaxační techniky?.....	64
Graf č. 12: Myslíte si, že by se o možnosti podpory formou relaxace mělo informovat na počátku hospitalizace?.....	65
Graf č. 13: Myslíte si, že psychická podpora může snížit potřebu užívání některých léků?.....	66

## **PŘÍLOHY**





**4. Svěřujete se, se svými obavami raději lékaři nebo sestře?**

- a) lékaři                      b) sestře                      c) lékaři i sestře

**5. Máte-li obavy, strach, úzkost, nabídne Vám sestra podporu?**

- a) ANO                      b) NE

Pokud ano, jakou?

- a) promluví si se mnou, a vysvětlí mi vše, co ve mě vyvolává výše zmíněné pocity  
b) vyslechne mě, tím mi umožní sdělit pro mě důležité skutečnosti  
c) vyjádří pochopení s mou situací  
d) neodsoudí mě, ale podpoří  
e) nabídne mi nějakou formu relaxace (hudbu, techniky pro tělesné uvolnění...)

**6. Měla by být využívána při hospitalizaci relaxace (hudba, techniky pro tělesné i psychické uvolnění), jako forma psychické podpory?**

- a) ANO                      b) NE

**7. Využil /a byste Vy, relaxační techniky?**

- a) ANO                      b) NE

**8. Myslíte si, že by pacient měl být informován o možnosti podpory formou relaxace již na počátku hospitalizace?**

- a) ANO                      b) NE

**9. Myslíte si, že psychická podpora výše zmíněnými prostředky, (podpora, naslouchání, rozhovor, relaxace...) může snížit potřebu užívání léků (např. na spaní, na bolest, na uklidnění)?**

- a) ANO                      b) NE

## **Příloha č. 2: Anketa pro všeobecné sestry**

Jmenuji se Dominika Vlachová, jsem studentkou 3. ročníku bakalářského studia, na lékařské fakultě, Univerzity Karlovy, oboru: Všeobecná sestra. Prosím Vás o vyplnění ankety, která je součástí méj bakalářské práce, na téma: Psychoterapie v kompetenci všeobecné sestry. Předem Vám děkuji, jelikož Vaše odpovědi pomohou nejen mě, ale i pacientům a kvalitnější ošetrovatelské péči.

Anketa bude zpracovávána zcela anonymně. V otázkách je možné označit více možností.

### **Anketa pro všeobecné sestry:**

pohlaví: a) žena                      b) muž

věk:.....

pracoviště (nemocnice,oddělení).....

### **Otázky:**

**1. Myslíte si, že pacienti při pobytu v nemocnici pociťují strach, úzkost, vztek?**

a) pociťují strach                      b) pociťují úzkost                      c) pociťují vztek

d) pociťují strach, úzkost i vztek

**2. Svěřují se Vám pacienti s tím, že mají obavy, strach, úzkost, vztek?**

a) ANO                                      b) NE

**3. Jakým způsobem poskytujete pacientům psychickou podporu?**

a) promluví si s ním, a vysvětlím mu vše, co v něm vyvolává výše zmíněné pocity

b) vyslechnu ho, tím mu umožním sdělit mi důležité skutečnosti

c) vyjádřím pochopení s jeho situací

d) neodsoudím ho, ale podpořím jej

e) nabídnu mu nějakou formu relaxace (hudbu, techniky pro tělesné uvolnění...)

**4. Znáte pojem podpůrná psychoterapie?**

- a) ANO                      b) NE

**5. Jaké metody podpůrné psychoterapie znáte?**

.....  
.....  
.....  
.....

**6. Jaké z následujících metod na vašem oddělení používáte?**

- 1) efektivní komunikace
- 2) naslouchání
- 3) ocenění
- 4) rady
- 5) sugesce
- 6) relaxační techniky

**7. Myslíte si, že psychická podpora může snížit potřebu farmakologické léčby?**

- a) ANO                      b) NE

**8. Máte zájem prohloubit si znalost účelně poskytovat psychickou pomoc / podporu pacientům jako součást ošetrovatelské péče?**

- a) ANO                      b) NE

**9. Jakou formou by měla být edukace o cílené psychické pomoci / podpoře poskytována?**

- a) kurz zaměřený na podpůrnou psychoterapii
- b) brožura s technikami snižujícími strach a úzkost, dostupná na oddělení
- c) jinak –  
jak?.....  
.....  
.....

