

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE

2. LÉKAŘSKÁ FAKULTA

Ústav ošetrovatelství

Jitka Karmášková

Hodnota doteku v práci všeobecné sestry

Bakalářská práce

Praha 2012

Autor práce: **Jitka Karmášková**

Vedoucí práce: **PhDr. Marie Hlaváčová**

Oponent práce:

Datum obhajoby: **2012**

Bibliografický záznam

KARMÁŠKOVÁ, Jitka. *Hodnota doteku v práci všeobecné sestry*. Praha, 2012. 65 str. Bakalářská práce. Univerzita Karlova, 2. lékařská fakulta, Ústav ošetřovatelství. Vedoucí práce PhDr. Marie Hlaváčová.

Anotace

Předkládaná bakalářská práce je věnována hodnotě doteku v práci sestry. Cílem práce je poukázat na význam doteku v ošetrovatelské péči, nastínit různé možnosti jeho využití a zároveň zjistit povědomí sester o dotekových metodách a jejich užití v praxi.

Práce je rozdělena na teoretickou a empirickou část. Teoretická část se zabývá hodnotou doteku a zaměřuje se na jeho léčebný potenciál. Pacient se v nemoci nachází v nové, často neznámé situaci a sestra, která bývá s pacientem nejvíce v kontaktu, může pomocí doteku výrazně ovlivnit, jak se pacient cítí. V této práci jsou popsány tři konkrétní způsoby užití doteku k podpoře pacienta. Nejčastěji sestry podporují pacienty pomocí haptického kontaktu. Rozšířenou metodou je koncept bazální stimulace, který s dotekem a jeho kvalitou ve vypracovaných postupech přímo pracuje. Metoda terapeutického doteku, která je popsána v závěru práce, využívá k léčebným účelům dotek nepřímý.

Empirická část zjišťuje, pomocí dotazníkového šetření, informovanost sester o dotekových metodách, jejich názor na tyto metody, a ukazuje, jaké dotekové metody využívají při své práci.

Annotation

This bachelor's work focuses on the value of touch in nursing care. The goal of the work is to show the importance of touch and the way in which touch can be used in nursing, and to investigate nurses' knowledge about using touch therapeutically and how frequently nurses are employing these method in their daily practice.

This work is composed of a theoretical and an empirical investigation of this topic. The theoretical part focuses on healing potential of touch in nursing. Nurses, who have the closest contact with patients, have a significant impact on patients' experience during their stay in a hospital. This work examines the three main means of touch used to support patients: haptic touch or nonverbal communication through touch; basal stimulation for severely ill patients; and Therapeutic touch, that works with a distant touch.

The empirical part of this work consists of an analysis of the results of a survey examining nurses' awareness and use of methods of touch in their work, as well as their approach towards these methods.

Klíčová slova

Dotek, hodnota doteku, haptika v ošetrovateľskej péči, bazálna stimulácia, terapeutický dotek.

Keywords

Touch, value of touch, haptic touch in nursing, basal stimulation, therapeutic touch.

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE
2. lékařská fakulta

Ústav ošetřovatelství

Akademický rok: 2010/2011

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Jméno a příjmení: **Jitka Karmášková**

studijní program: **Ošetřovatelství**

studijní obor: **Všeobecná sestra s rozšířenou výukou v pediatrickém ošetřovatelství**

Děkan fakulty Vám podle zákona č. 111/1998 Sb. určuje tuto bakalářskou práci:

Název práce: **Hodnota dotyku v práci všeobecné sestry**

Zásady pro vypracování:

Bakalářská práce musí splňovat požadavky uvedené v Opatření děkana UK 2. LF č. 12/2010. Zpracováním bakalářské práce student/ka prokáže, že se umí samostatně orientovat ve studovaném oboru a že v průběhu studia získal/a a zároveň je i schopen/a v praxi uplatňovat teoretické poznatky a praktické postupy (metody). Bakalářská práce musí být původním a samostatně zpracovaným odborným textem. Při zpracování bakalářské práce se student/ka může opírat o výsledky a zkušenosti získané jinými autory, avšak vždy musí tyto výsledky a zkušenosti konfrontovat s vlastními názory, úvahami, hodnoceními a závěry. Rozsah bakalářské práce vyplývá z povahy zpracovávaného tématu, přičemž její minimální rozsah činí 40 stran normovaného textu. Referenční seznam musí obsahovat nejméně 25 položek časopiseckých, literárních či elektronických zdrojů informací. Do referenčního seznamu se nezapočítávají pouhá abstrakta. Zpracováním bakalářské práce musí student prokázat schopnost pracovat s aktuální odbornou literaturou vztahující se k řešené problematice, včetně práce s cizojazyčnou literaturou a s dalšími prameny. Citace typu "ústní sdělení" a "nepublikovaná data" (s výjimkou vnitřních předpisů a standardů) nelze v bakalářské práci použít.

Seznam odborné literatury:

- KOPŘIVA, Karel. Lidský vztah jako součást profese. Praha : Portál, 2006. 147 s. ISBN 80-7367-181-6.
FRIEDLOVA, Karolina. Bazální stimulace v základní ošetřovatelské péči. [s.l.] : Grada, 2007. 168 s. ISBN 978-80-247-1314-4.
PITNEROVÁ, Jana; KLUSONOVÁ, Eva. Rehabilitační ošetřování pacientů s těžkými poruchami hybnosti. Brno : Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2005. 107 s. ISBN 80-7013-319-8.
SMITH, Edward. Tělo v psychoterapii. Praha : Portál, 2007. 208 s. ISBN 978-80-7367-144-0.
DOHERTHY-SNEEDON, Gwyneth. Neverbální komunikace dětí. Praha : Portál, 2005. 208 s. ISBN 80-7367-043-7.
VREDEVOOGD, Jon D.; UPLEDGER, John E. Kraniosakrální terapie. [s.l.] : Poznání, 2004. 382 s. ISBN 80-86606-29-5.

Vedoucí bakalářské práce: **PhDr. Hlaváčová Marie**

Oponenti: **Doc. PhDr. Kocourková Jana**

Konzultanti:

Datum zadání bakalářské práce: 23.5.2011

Termín odevzdání bakalářské práce: dle harmonogramu příslušného akademického roku



Vedoucí katedry

V Praze dne 9.3.2012



Děkan

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci zpracovala samostatně pod vedením PhDr. Marie Hlaváčové, uvedla všechny použité literární a odborné zdroje a dodržovala zásady vědecké etiky. Dále prohlašuji, že stejná práce nebyla použita pro získání jiného nebo stejného akademického titulu.

V Praze dne 27. 6. 2012

Jitka Karmášková

Poděkování

Na tomto místě bych ráda poděkovala PhDr. Marii Hlaváčové za informace a cenné připomínky při vedení mé bakalářské práce.

Seznam zkratek

aj.	a jiné
č.	číslo
DIOP	oddělení dlouhodobé intenzivní péče
ed.	editor
FVN	Fakultní vojenská nemocnice
LF	lékařská fakulta
LDN	léčebna dlouhodobě nemocných
Mgr.	magistr
např.	například
obr.	obrázek
PhDr.	doktor filosofie
přel.	přeložil
r.	roku
roč.	ročník
s.	strana
srov.	srovnej
tab.	tabulka
UK	Univerzita Karlova v Praze
vyd.	vydání

Obsah

1	ÚVOD.....	7
2	TEORETICKÁ ČÁST.....	8
2.1	HODNOTA DOTEKU.....	8
2.1.1	Léčebný potenciál doteku	9
2.1.1.1	Vnímání těla v nemoci	9
2.1.1.2	Nepřítomný a účastný dotek	10
2.1.2	Lidský vztah jako součást profese.....	11
2.1.2.1	Dotek jako prostředek evalvace i devalvace	12
2.1.2.2	Taktilní senzoričká deprivace	13
2.2	HAPTIKA JAKO FORMA NEVERBÁLNÍ KOMUNIKACE.....	14
2.3	BAZÁLNÍ STIMULACE	16
2.3.1	Vznik konceptu	16
2.3.2	Koncept.....	17
2.3.3	Technika.....	17
2.3.3.1	Iniciální dotek	18
2.3.3.2	Prvky bazální stimulace	18
2.3.4.	Využití bazální stimulace.....	20
2.4	TERAPEUTICKÝ DOTEK.....	22
2.4.1	Vznik konceptu	22
2.4.2	Koncept.....	22
2.4.3	Technika.....	23
2.4.4	Využití terapeutického doteku	24
2.4.4.1	Prevence.....	25
2.4.5	Zpochybňování efektivity Terapeutického doteku.....	26
3	EMPIRICKÁ ČÁST	27
3.1	CÍLE A HYPOTÉZY	27
3.2	METODIKA PRŮZKUMNÉHO ŠETŘENÍ	28
3.3	FORMA ZPRACOVÁNÍ VÝLEDKŮ PRŮZKUMNÉHO ŠETŘENÍ.....	28
3.4	ORGANIZACE PROVÁDĚNÉHO ŠETŘENÍ	29
3.5	CHARAKTERISTIKA PRŮZKUMNÉHO VZORKU.....	29
3.6	ANALÝZA VÝLEDKŮ PRŮZKUMNÉHO ŠETŘENÍ	29
3.7	DISKUSE.....	43
4	ZÁVĚR	50
	REFERENČNÍ SEZNAM	52
	SEZNAM TABULEK.....	55
	SEZNAM PŘÍLOH.....	56

1 Úvod

Předkládaná bakalářská práce se věnuje hodnotě doteku a možnostem jeho využití v práci sestry.

Dotek je komunikační a léčebnou metodou rozšířenou po celém světě. Pomocí doteku se člověk seznamuje se světem. Je zdrojem poznání, radosti i bolesti. Sestra, která je s hospitalizovaným pacientem nejvíce v kontaktu a zprostředkovává mu nejvíce vjemů z okolního prostředí, výrazně ovlivňuje, jak se pacient cítí.

K výběru tohoto tématu mne vedl můj zájem o holistické pojetí ošetrovatelské péče. Citlivý dotek může zejména v nemocničním prostředí navodit atmosféru lidskosti, porozumění a podpory a působí tak příznivě na fyzický i psychický stav pacienta. Dotek a metody, které jej využívají, rozšiřují možnosti ošetrovatelských intervencí. Podle mého názoru je hodnota doteku v práci sestry důležité téma, protože může výrazně přispět k většímu komfortu pacientů.

Práce je rozdělena na dvě části – teoretickou a empirickou. Teoretická část se zabývá dotekem obecně, jeho léčebným potenciálem a užitím v ošetrovatelské péči v komunikační a terapeutické rovině. Poukazuje na pacientovu situaci v nemoci a na důležitost vztahu k pacientovi, který sestra pomocí doteku vyjadřuje. Empirickou část tvoří průzkumné šetření, které zjišťuje názor sester na užívání doteku k terapeutickým účelům. Záměrem empirické části také bylo zmapovat informovanost sester o terapeutických a komunikačních dotekových metodách a jejich užívání v praxi.

Stanovila jsem si následující cíle této práce:

- Prezentovat základní poznatky o významu doteku, jeho účincích a možných způsobech využití v ošetrovatelské péči.
- Zjistit informovanost sester o dotekových metodách.
- Zjistit, zda a do jaké míry sestry dotek využívají jako prostředek komunikace a terapie při své práci
- Zjistit případný zájem sester o vzdělávání v oblasti dotekových metod.
- Provést primární analýzu empirických dat.

2 Teoretická část

Teoretická část se zabývá dotekem obecně, jeho významem a účinky. Zaměřuje se na léčebný potenciál doteku a jeho možnost uplatnění v ošetrovatelské péči. Podrobněji jsou popsány tři konkrétní způsoby, jak lze dotek v péči o pacienta využít – jde o neverbální vyjádření podpory nemocnému pomocí haptického kontaktu, bazální stimulaci a metodu terapeutického doteku. Stručně jsou popsány základní principy těchto konceptů, jejich vznik, nejčastěji používané techniky a možnosti využití.

2.1 Hodnota doteku

Dotek souvisí s jedním z pěti základních smyslů, po zraku patří hmat u člověka mezi nejdůležitější. Je zdrojem mnoha podnětů a je jedním z nejrozšířenějších a nejpřirozenějších způsobů péče, útěchy a pomoci od bolesti. Provází nás po celý život. „*Mateřské doteky jsou naším prvotním, hlubokým a nenahraditelným prožitkem. Bezprostředně po narození se dítě nejen dotkne, nýbrž přitiskne a o něco později přisaje k matčinu tělu.*“¹ Je to tedy doteková komunikace, která vytváří základ pozdějších komunikačních dovedností dítěte a z toho vyplývající schopnosti navázat a udržet hlubší vztah s druhým člověkem.

Sara Wuthnow (profesorka ošetrovatelství na Eastern Colledge) ve své práci *Healing Touch Controversies* považuje léčivou schopnost doteku za dar „lidskosti“. „*Léčení pomocí doteku je jedním z nejkomplexnějších a zároveň nejméně pochopeným darem zahrnujícím jak spirituální, tak fyzický aspekt naší lidskosti.*“² Wuthnow stejně jako Plaňava upozorňuje na zásadní význam doteku, kterým se matka dotýká svého dítěte – na vliv doteku na vývoj a utváření osobnosti a na negativní důsledky jeho nedostatku (taktilní deprivace) u dětí i dospělých. Wuthnow se také zabývá historií užívání doteku k léčebným účelům a upozorňuje na fakt, že stejně jako je dotek užíván k léčbě, je pro svou těžkou uchopitelnost a rozlišení záměru doteku zdrojem kontroverzí.

Zmínky o léčbě pomocí doteku provází kultury celého světa, jsou zmiňovány v Bibli, řecké mytologii, východní filosofii, mýtech amerických indiánů, afrických etnik a v různé variabilitě jsou zachovány dodnes. Léčebný proces probíhá převážně pro-

¹ PLAŇAVA, Ivo. Průvodce mezilidskou komunikací: Přístupy - dovednosti - poruchy. 1. vyd., Praha: Grada, 2005, str. 46.

² WUTHNOW, Sara. Healing Touch Controversies. Journal of Religion and Health. 1997, vol. 36, no. 3, str. 221-229.

střednictvím doteku rukou. Člověk, který uzdravuje, nebo jehož prostřednictvím uzdravení přichází, se dotýká člověka, který je nemocný. Tento vztah v sobě nese různé aspekty, ale dá se říci, že dva základní – záměr léčit a víru v uzdravení.

V současném západním světě sestry pacientům podávají léky, ale přímá intence léčit jakoby se vytrácela. Farmaceutika nepochybně mají svá opodstatnění a např. tlumení bolesti patří k jednomu z nejvýznamnějších vynálezů lidstva. Otázkou ale je, zda jsou farmaceutika ve všech případech nutná a zda by bolest, nejen fyzická, ale i duševní, mohla být tlumena i jinými, přirozenějšími prostředky, zda se pro snadnost podávání a kontroly účinků farmaceutik nezapomíná na přirozené lidské potřeby.

McCabe a Kenny (zdravotní sestry, La Trobe university) poukazují na důležitost alternativních terapií, do kterých zahrnují i léčbu pomocí doteku. „*V určitém smyslu to, čemu dnes říkáme alternativní terapie, není ve skutečnosti nic jiného, než rozvinutí tradičních ošetrovatelských technik, které byly zapomenuty, když začalo být normou „high-tech“ ošetrovatelství.*“³

2.1.1 Léčebný potenciál doteku

V nemoci je narušen vztah člověka k sobě samému, svému tělu i okolí. Pacient je zejména v nemocničním prostředí vystaven dotekům cizích osob. Člověk, který je oslaben nemocí, ale i novou situací, ve které se jako pacient nachází, je mnohem více vystaven vlivu doteku a tedy i způsobu, jakým se jej sestra dotýká.

2.1.1.1 Vnímání těla v nemoci

Doktor Leder (filosofická fakulta, Loyola College) a doktor Krucoff (lékařská fakulta, Duke University) ve své společné práci *The touch that heals – Dotek, který léčí*, popisují zdraví jako stav celistvosti, jednoty člověka se svým tělem, skrze které se vztahuje k okolnímu světu. V případě nemoci je tento stav narušen. V první řadě se mění vztah člověka ke svému tělu, které je vnímáno už jako oddělená entita, jako zdroj problémů, omezení, bolesti. Vztah ke světu se také mění. Dříve snadné a automaticky prováděné činnosti jsou nyní obtížné, člověk musí měnit své plány do budoucna, jinak vnímá čas, musí najít nový přístup ke světu. „*Porušení vztahu já a tělo doprovází porušení vztahu*

³ MCCABE, Pauline a Amanda KENNY. Alternativní terapie. O'CONNOR, Margaret. *Paliativní péče: pro sestry všech oborů*. 1. české vyd. Praha: Grada, 2005, str. 218.

*já a časoprostorový svět. [...] Porušení vztahu já a mé tělo a já a okolní svět často doprovází narušení vztahu já a ostatní. Je mnoho způsobů jak může nemoc člověka izolovat.*⁴ Pokud vnímáme onemocnění i v tomto kontextu – jako narušení rovnováhy a vztahu člověka k sobě samému a svému okolí, musíme v jiném kontextu vnímat i léčbu. Člověk se může uzdravovat, i když symptomy nemoci přetrvávají. Uzdravuje se tím, že nachází znovu vztah k sobě samému a ke světu. Zdravotníci, kteří se u pacienta nacházejí v klíčových situacích, mohou svým přístupem pacientovi pomoci ve znovunalezení celistvosti, nebo mohou jeho narušené vztahy svou necitlivostí ještě zhoršit.⁵

2.1.1.2 Nepřítomný a účastný dotek

Leder a Krucoff identifikují objektivní, až „nepřítomný“ dotek, který je zdravotníky používán k diagnostice nebo provedení určitých výkonů na pacientovi. Je to dotek spíše technologický, s jasným účelem – posoudit symptomy nebo provést určitý výkon. Zdravotníci se v tomto kontextu více než přímo pacienta dotýkají jeho těla. Nepochybné ale je, že způsob, kterým to dělají, pomáhá utvářet pacientův vztah k jeho tělu.

Pokud se zdravotník pacienta dotýká se soucitem a účastí, dotýká se nejen jeho těla, ale i jeho „duše“, a pomáhá mu tak znovu nalézt spojení s okolím a sám se sebou. Jinými slovy, pokud zdravotník jedná citlivě a zároveň ví, co dělá, a pacientovi celou situaci objasní, rozumí pacient ve větší míře tomu, co se s ním děje, jeho tělo mu už nepřipadá tak nesrozumitelné a cizí, protože rozumí co se s ním děje a zažívá, že i přes „odlišnost“, kterou onemocnění způsobuje, je hodno úcty, stejně jako on sám.⁶

Citlivý dotek v tomto kontextu překonává dichotomii duše – tělo. Psychoterapeut Edward W.L. Smith ve své knize *Tělo v psychoterapii* poukazuje na skutečnost jak moc je tato dichotomie v západním myšlení zakotvena.⁷ Současná medicína už ale od tohoto modelu upouští a psychosomatický pohled na onemocnění je stále více zohledňován.

Relaxace, které pacient díky citlivému doteku dosáhne, se promítá do jeho přístupu ke světu a ruku v ruce uvolnění přichází i důvěra a otevřenost. Existují onemocnění, která přímo souvisí s uzavřeností vůči světu i sobě samému. Mají podobu různých forem za-

⁴ LEDER, Drew a MITCHELL W. KRUCOFF. The Touch That Heals: The Uses and Meanings of Touch in the Clinical Encounter. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*. 2008, 14(3), 321-327. DOI: 10.1089/acm.2007.0717, str. 322.

⁵ Ibid., str. 323.

⁶ Ibid., str. 323.

⁷ SMITH Edward W. *Tělo v psychoterapii*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2007, str. 15.

nedbávání a ignorace příznaků, díky kterým se onemocnění často dostane do fáze, kdy lze už jen velmi obtížně navrátit zdraví. Výjimkou nejsou ani duševní onemocnění. Navázáním vztahu s pacientem a vytvořením důvěry je možné v mnoha případech dosáhnout uvolnění a otevřenosti pacienta, díky kterému může teprve začít smysluplná léčba.⁸

2.1.2 Lidský vztah jako součást profese

Karel Kopřiva ve své knize *Lidský vztah jako součást profese* poukazuje na souvztažnost pomáhajících profesí a přirozenosti. „V současném světě jsme stále více obklopeni technikou, civilizací, umělým světem. Příroda rychle mizí včetně „přírody“, která je obsažena v samotném žití života – ve spontaneitě, citech, kontaktu s tělem, v odevzdání se. Stále roste hodnota výkonu, úspěchu, sebekontroly. Nejen přírodu kolem sebe, ale i přírodu v nás se snažíme stále více ovládat. V takovém světě je pomáhání vítanou možností kontaktu s životem – přírodou, je to podpora života a každodenní přímý kontakt s životem – ne ovšem pro neangažované pomáhající – úředníky, ale pro ty, kdo chtějí takový kontakt v pomáhající práci hledat.“⁹

Kopřiva zmiňuje výsledky svého dotazníkového šetření, ve kterém se dotazuje zdravotních sester: „Kdyby někdo Vám blízký se z nějakého důvodu ocitl v domově důchodců, jaké tři nejdůležitější schopnosti nebo vlastnosti jeho sester či ošetřovatelek byste mu přála?“ Z šetření vyplývá, že nejvíce je ceněna náklonnost (vlídnost, ochota, láska), poté trpělivost (klid, vyrovnanost) a vcítění (porozumění, empatie). Odbornost a profesionalita skončily až na posledním místě.¹⁰

Z dotazníkového šetření dále vyplývá, že kladný vztah ke klientovi je u pomáhajících profesí důležitou součástí povolání. Kopřiva podotýká, že i jiné profese, ve kterých je pracovník v častém kontaktu s klientem, jako např. advokát, manažer nebo holič, vyžadují pracovníkův osobní přístup, přičemž v těchto povoláních stačí, pokud se jednání odehrává v rámci běžných konvencí, tj. slušně. „Pomáhající pracovník se však velmi často setkává s lidmi v nouzi, v závislém postavení, kteří zpravidla potřebují víc než pouhou slušnost: přijetí, spoluúčast, porozumění, pocit, že pomáhajícímu pracovníkovi nejsou na obtíž, že je pracovník neodsuzuje. Pátrají po signálech, které by jim pomohly vytušit kvalitu prožitků pracovníka při vzájemném kontaktu. Nacházejí je při každém

⁸ LEDER, str. 324.

⁹ KOPŘIVA, Karel. *Lidský vztah jako součást profese*. Praha: Portál, 2006. str. 17.

¹⁰ *Ibid.*, str. 15.

*setkání v drobných neverbálních projevech pracovníka. Nemusí je ani vědomě vnímat. Stačí, že tyto projevy vytváří určitou atmosféru, která klienty posiluje, nebo naopak sráží. Klient potřebuje důvěřovat, cítit se bezpečný a přijímaný.*¹¹

Dalo by se namítnout, že odbornost byla v tomto šetření na posledním místě proto, že se jedná o domov důchodců, kde na odbornost není brán takový zřetel, jako např. v intenzivní péči. Jednotky intenzivní péče jsou ale také specifické a nacházejí se skoro na opačném konci škály pokrývající možné uplatnění a náplň práce sestry. Vztah zdravotníka a pacienta je důležitý vždy. Dotek je v tomto ohledu jedním z prostředků vytvářející tento vztah, je určitým gestem, vyjádřením vztahu sestry k pacientovi.

2.1.2.1 Dotek jako prostředek evalvace i devalvace

Křivohlavý a Pečenková vnímají evalvací a devalvací jako hodnoty, které komunikace přirozeně nese. *„Každý náš čin – ať je jím slovo, pohled, či skutek, je možno hodnotit z hlediska toho, jakou hodnotu má pro druhého člověka, s nímž jsme ve styku. Může ho snižovat – devalvovat – ponižovat jeho sebevědomí, sebepojetí a sebehodnocení. Může ho ale též povzbuzovat – evalvovat, tj. zvyšovat jeho sebevědomí, sebehodnocení. [...] Obecně je možné říci, že devalvace má negativní vliv na psychiku toho, komu byla určena. Může se projevit psychickou bolestí různé intenzity.*¹²

Jako příklady devalvace Křivohlavý a Pečenková mimo jiné uvádí: nadřazené a povýšené jednání, neosobní, necitlivé, neuctivé jednání, odbývání atd. Mezi projevy evalvace naopak patří: projevení úcty, laskavé jednání, opora, vyslechnutí, věnování pozornosti atd. Všechny tyto hodnoty se mohou odrazit i ve způsobu, jakým se sestra pacienta dotýká. Pokud má sestra patřičné morální cítění a empatii a je psychicky vyrovnaná, dá se předpokládat, že bude s pacientem jednat evalvačním způsobem. Bude uctivá při podání ruky a citlivá a ohleduplná při manipulaci s pacientem při výkonech nebo hygieně. Křivohlavý upozorňuje i na velký význam sebeovládání a na to, že devalvační způsob jednání s pacienty způsobuje velké škody. *„Je velmi obtížné získávat ztracenou důvěru. Spolu s důvěrou ke zdravotníkovi jde ruku v ruce i víra v uzdravení.*¹³

¹¹ Ibid., str. 14.

¹² KŘIVOHLAVÝ, Jaro; PEČENKOVÁ, Jaroslava. Duševní hygiena zdravotní sestry. Grada, 2004, str. 34.

¹³ Ibid., str. 76.

Specifickou oblastí je péče o dlouhodobě nemocné, převážně starší pacienty, kde se vzhledem k nesoběstačnosti pacientů stává dotek nutnou součástí práce sestry. Doktorky Routasalo a Isola (Ústav ošetrovatelství, Universita Kuopio) ve svém článku uvádí: „*Mnoho dlouhodobě nemocných pacientů vyžaduje pomoc od sester s běžnými denními aktivitami. Tím se dotýkání stává nedílnou součástí ošetrovatelské péče. Dotek je také důležitou částí neverbální komunikace v situacích, kdy člověk už není schopný vzájemné slovní komunikace. Sestry mohou pomocí doteku vyjádřit pacientům svůj opravdový zájem.*“¹⁴

Routasalo a Isola ve svém výzkumu zaměřeném na to, jak se sestry pacientů dotýkají, sledovaly pomocí kamer sestry při práci s nesoběstačnými pacienty ve vybraných deseti ošetrovatelských situacích. Všichni pacienti měli problém s verbální komunikací, komunikace byla tím pádem ztížená a bylo třeba komunikovat i neverbálně. Z pozorování vyplynulo, že skupina sester se dá rozdělit na ty, které stály velmi často blízko pacientů, často se jich dotýkaly, objímaly je a hladily, a sestry, které vždy udržovaly od pacientů mnohem větší odstup a nikdy se nedotýkaly pacientů víc, než bylo třeba k vyhovění jejich žádosti, či provedení určitého výkonu. Mimo tuto skutečnost vyzorovaly, že dotek je nejčastěji spojován s poskytnutím pocitu komfortu a bezpečí, může sloužit i jako pomocný prostředek při instrukci, vysvětlování procedur, při dotazování, zjištění orientace pacienta ohledně místa a času a je spojen se snahou povzbudit pacienty k soběstačnosti a uklidněním neklidných pacientů.¹⁵

2.1.2.2 Taktilní senzoričná deprivace

Deprivace vyjadřuje neuspokojení některé z potřeb. Jaro Křivohlavý v knize *Jak si navzájem lépe porozumíme* definuje taktilně senzoričnou deprivaci takto: „*O taktilně senzoričnou deprivaci jde tehdy, když je člověk zbaven možnosti něčeho se dotýkat.*“¹⁶

Za taktilní deprivaci ale můžeme považovat i dlouhodobý stav, kdy se pacienta nikdo nedotýká, nebo dotýká v malé míře. Matějček, který se zabývá psychickou deprivací v dětství, vymezuje deprivaci jako neuspokojení psychické potřeby „*v dostatečné míře*

¹⁴ ROUTASALO, Pirkko a Arja ISOLA. Touching by Skilled Nurses in Elderly Nursing Care. In: Scand J Caring Sci. Scandinavian University Press, 1998, str. 170- 178.

¹⁵ Ibid., str. 171.

¹⁶ KŘIVOHLAVÝ, Jaro. Jak si navzájem lépe porozumíme: Kapitoly z psychologie sociální komunikace. Vyd. 1. Praha: Svoboda, 1988, str. 54.

a po dosti dlouhou dobu.“¹⁷ Velký sociologický slovník definuje senzorickeu deprivaci jako: „Postupné omezování smyslových podnětů až k naprosté izolaci od senzorických stimulů vnějšího světa.“¹⁸

Nora Brunner (Public Relations specialistka Profesiního sdružení masérů a fyzioterapeutů) ve svém článku *The Power of Touch* zasazuje taktilní deprivaci do sociálního kontextu. „Nedostatek základního lidského kontaktu v našem high-tech medi-cínském systému reflektuje rozsáhlý sociální problém, kterému se teprve nedávno dostalo pozornosti – taktilní deprivace. Na jednu stranu jsme nasyceni masmédií, která nám zprostředkovávají dotek v mnoha podobách, na druhou stranu se pediatr bojí políbit miminko na čelo, aby to nepůsobilo nevhodně.“¹⁹

Pro vysvětlení možných příčin vzniku taktilní deprivace, odstupů a oddělenosti v současné společnosti Nora Brunner zmiňuje názor psychologa prof. Davida R. Crosse, PhD. z Texaské University, který popisuje tři hlavní důvody: strach z vykládání doteku jako sexuální narážky, společenská oddělenost a osamělost lidí a skutečnost, že efekt nedotýkání je jen velmi těžko prokazatelný a nevěnuje se mu proto mnoho pozornosti.

Jane A. Simington, RN, PhD. (odborná asistentka na Ústavu ošetrovatelství, University of Alberta) se ve svém článku o léčebném potenciálu doteku zmiňuje také o taktilní deprivaci, kterou považuje stejně jako profesor Cross za důsledek hodnot současné západní společnosti. „Moderní společnost vyzdvihující „mláď“ a „krásu“ jako jedny ze svých nejdůležitějších hodnot způsobuje, že vnímáme ty, kteří by mohli z doteku těžit nejvíce jako „nedotknutelné“. Staří a nemocní lidé mají největší předpoklad trpět taktilní deprivací.“²⁰

2.2 Haptika jako forma neverbální komunikace

Neverbální komunikace je způsob komunikace, která probíhá beze slov, může však slovní komunikaci podporovat. Neverbální složky sdělení, které jsou fylogeneticky starší, mají často větší informační hodnotu, než slovní obsah. Pomocí neverbální komunikace vyjadřujeme především naše emoce a postoje, příslušnost k určité skupině atd. Ne-

¹⁷ LANGMEIER, Josef a Zdeněk MATĚJČEK. Psychická deprivace v dětství. Vyd. 4., dopl., V nakl. Karolinum I. Praha: Karolinum, 2011, str. 24.

¹⁸ Velký sociologický slovník: I. svazek A-O. Vyd. 1. Praha: Karolinum, 1996, str. 136.

¹⁹ BRUNNER, Nora. The Power of Touch: In a High-Tech World It Pays to Reach Out. Body Sense. 2009, str. 26-29.

²⁰ SIMINGTON, RN, PHD., Jane A. The Power of Expressive Touch. A Journal of the Art and Science of Medicine [online] 2011, roč. 11, č. 4 [cit. 2012-06-11]. Dostupné z: www.humanehealthcare.com

verbální projevy je vždy důležité vnímat v situačním kontextu, protože každý neverbální signál je podmíněn mimo osobnosti, která ho vysílá, i situací – dobou a prostředím, ve kterém se komunikace odehrává.²¹ „U neverbálního chování je třeba vědět, že největší význam mají neverbální projevy v oblasti obličeje a hlavy, tato část je nejvíce vnímána a nejvíce také ovlivňuje to, jak posluchač vnímá zprávu (kontakt očima, mimika), na druhém místě jsou to pohyby rukou paží a teprve pak pohyby a pozice těla a nohou.“²²

Informace si vědomě či nevědomě sdělujeme z výrazu obličeje (mimika), pohledy, odělením nebo přiblížením (proxemika), pohyby (kinezika), postojem (posturika), dotekem (haptika), gesty (gestika), úpravou zevnějšku atd.

Špatenková a Králová v knize *Základní otázky komunikace: Komunikace (nejen) pro sestry* zmiňuje, že pravděpodobně první informaci, kterou pacient o sestře v rámci neverbální komunikace získá, vychází z úpravy jejího zevnějšku.²³ Nejenom, že pacient získává díky neverbální komunikaci informace o sestře, ale i obráceně, sestra může z pacientových neverbálních projevů mnoho vyčíst. „Ve zdravotnictví je neverbální komunikace jednou z důležitých informací o pacientovi.“²⁴

Haptika je jedním z druhů neverbální komunikace, která využívá dotek jako nosič sdělení. Milan Mikuláščík, který se zabývá komunikačními dovednostmi v praxi, uvádí, že není důležité jen jakých částí těla se dotýkáme, ale i to, jakým způsobem se jich dotýkáme.²⁵

Jedním z nejčastějších případů haptického kontaktu je podání ruky. Z podání ruky lze mnoho vyčíst. Janáčková a Weiss uvádí: „V první řadě si všímáme způsobu podání ruky, zda je energické, či nikoli, jestli ruka působí jako leklá ryba, je podávána způsobem zvoucím „k políbení“ apod. Všímáme si, jak je ruka daleko od těla, což signalizuje oblast, kterou bychom neměli překračovat. Dává nám rovněž informace o emocionálním rozpoložení druhého – způsobem uchopení, stisku, teplotě, chvění a potivosti. Ukazuje

²¹ PLANAŇAVA, Ivo. Průvodce mezilidskou komunikací: Přístupy - dovednosti - poruchy. Vyd. 1., Praha: Grada, 2005, str. 42-43.

²² MIKULÁŠČÍK, Milan. Komunikační dovednosti v praxi. 2., dopl. a přeprac. vyd. Praha: Grada Publishing, 2010, str. 107.

²³ ŠPATENKOVÁ, Naděžda a Jaroslava KRÁLOVÁ. Základní otázky komunikace: komunikace (nejen) pro sestry. 1. vyd. Praha: Galén, 2009, str. 29.

²⁴ ANÁČKOVÁ, Laura; WEISS, Petr. Komunikace ve zdravotnické péči. Praha: Portál, 2008, str. 47.

²⁵ MIKULÁŠČÍK, str. 24.

*nám míru stresu, nejistoty a napětí pacienta. Všechny tyto informace jsou podvědomě zaznamenávány a tvoří součást celkového dojmu o tom druhém.*²⁶

Špatenková a Králová se zabývají haptikou přímo v kontextu ošetrovatelské péče. Význam doteku vnímají především v jeho potenciálu redukovat úzkost, upoutat pozornost, vyjádřit zájem, projevit blízkost a sdílení. *„Užití doteku je universálním jazykem péče.*²⁷

Mikuláščík rozlišuje 3 pásma v rámci dotekové komunikace a upozorňuje na skutečnost, že ve zdravotnictví existují výjimky. Pásmo společenské vymezuje k doteku ruce a paže, pásmo osobní paže, ramena, vlasy a obličej a pásmo intimní má rozsah doteku neomezený. Sestra při své práci často vstupuje do všech těchto pásem, aniž by s pacientem měla bližší vztah, a je proto důležité se v této oblasti pohybovat s maximální citlivostí, aby nedošlo ke stresu pacienta.²⁸ Celou situaci ovlivňuje také skutečnost, že dotyk a vstup do osobního až intimního pásma pacienta je jednostranný. Sestra překračuje hranice a pacient je ten, kdo to, pokud je při vědomí, umožňuje. Pacient ale málokdy vstupuje do osobních a nikdy nevstupuje do intimních pásem sestry. Nehledě na to, že překračování těchto hranic může být stejně jako pacientovi nepříjemné i sestře, je to ona, kdo je překračuje a způsob, kterým to dělá, pacienta zásadně ovlivňuje. *„V lékařské praxi cíleným psychologickým dotykem často pacientovi vyjadřujeme podporu a porozumění. Vhodná neverbální komunikace v této dotekové rovině je jednou z nejvíce emočně nabitých terapeutických podpůrných technik, které signalizují maximální míru empatie lékaře k pacientovi.*²⁹

2.3 Bazální stimulace

2.3.1 Vznik konceptu

Bazální stimulace je v Evropě rozšířený pedagogicko–ošetrovatelský koncept, který se zaměřuje na základní lidské potřeby a jejich naplnění. Uplatnění nachází u široké škály pacientů, od neonatologie po paliativní péči. Autorem konceptu je Dr. Andreas Fruhlich, speciální pedagog, který pracoval s těžce somaticky i intelektuálně postiženými dětmi a prokázal, že základní vrozené percepční schopnosti člověka stačí ke stimulaci

²⁶ JANÁČKOVÁ, Laura; WEISS, Petr. *Komunikace ve zdravotnické péči*. Praha: Portál, 2008, str. 24.

²⁷ Špatenková a Králová, str. 32.

²⁸ MIKULÁŠČÍK, str. 24.

²⁹ JANÁČKOVÁ, str. 47.

a rozvoji vnímání a komunikace. Do ošetrovatelské péče včlenila bazální stimulaci profesorka Christen Bienstein, která měla s ošetrovatelstvím mnoholeté zkušenosti.

V současné době patří k uznávaným a využívaným konceptům převážně v zemích Evropské unie. V České republice se bazální stimulace vyučuje od roku 2003. Od roku 2004 je koncept včleněn do studijních programů na středních zdravotnických školách – zdravotnický asistent. V roce 2005 byl založen Institut Bazální stimulace, který mimo jiné pořádá další odborné kurzy a konference. Na jeho stránkách lze také najít seznam pracovišť, které bazální stimulaci praktikují.³⁰

2.3.2 Koncept

Bazální stimulace staví na třech základních prvcích a jejich propojení – na pohybu, komunikaci a vnímání. Cílenou stimulací smyslových orgánů a využitím schopnosti lidského mozku uchovávat své životní návyky v paměťových drahách je možné aktivovat mozkovou činnost a podporovat tak vnímání, komunikaci a hybnost klientů. Kontinuální stimulací je také v některých případech možné vytvářet nová spojení dendritů v mozku. *„Bazální stimulace je tedy komunikační, interakční a vývoj podporující stimulační koncept, který se orientuje na všechny oblasti lidských potřeb a přizpůsobuje se věku a stavu klienta, na kterého se pohlíží jako na rovnocenného partnera, člověka s vlastní historií a určitými schopnostmi a s individualitou, kterou tělesně i psychicky manifestuje.“*³¹

Bazální stimulace je založena na holistickém vnímání jedince a to jak v prostředí nemocnice nebo jiného hospitalizačního zařízení, tak v prostředí domácím. Maximální péče je dosaženo tím, že mimo vyškoleného zdravotnického pracovníka ji může poskytovat i rodina pacienta a jiné blízké osoby. Pacientovi blízcí poskytují velmi potřebné informace k vytvoření anamnézy a ošetrovatelského plánu a mají možnost působit i jako terapeuti.

2.3.3 Technika

Jednotlivé techniky reprezentující určitý směr většinou zahrnují více druhů stimulací. Např. při zklidňující koupeli provádíme stimulaci somatickou, ale i vibrační, vestibulár-

³⁰ Viz www.bazalni-stimulace.cz

³¹ FRIEDLOVÁ, Karolína. Bazální stimulace v základní ošetrovatelské péči. Vyd. 1., Praha, Grada Publishing, 2007, str. 19.

ní a taktilně haptickou. Pokud to možnosti pacienta umožní, zapojujeme i stimulaci oftalmologickou, auditivní a olfaktorickou. Pravidlem při jejich vykonávání je informovat klienta o tom, co terapeut (zdravotní sestra) právě dělá. O své přítomnosti informuje pacienta pomocí iniciálního doteku.

2.3.3.1 Iniciální dotek

Iniciální dotek, je jedním ze základních pojmů konceptu bazální stimulace. Představuje zahájení komunikace a ošetrovatelské intervence u všech druhů stimulace, vyvolává v pacientovi pocit bezpečí. Na rozdíl od náhodných, nečekaných doteků, iniciální dotek vždy označuje něčí přítomnost a začátek i ukončení určitého děje s přítomností této osoby spojeného. Místo, kde se terapeut při zahájení kontaktu dotýká, nemusí být u každého klienta stejné. Vhodnost místa se posuzuje podle biografické anamnézy. Veliká důležitost se přikládá tomu, aby zvolený postup – specifické místo iniciálního doteku užívali všichni členové zdravotnického týmu, když s klientem přijdou do kontaktu. Nejčastěji se volí dotek na ruce nebo rameni.

2.3.3.2 Prvky bazální stimulace

„Předpokladem kvalitní a účinné stimulace vnímání je získání kvalitní autobiografické anamnézy, formulace reálných cílů, sestavení adekvátního ošetrovatelského plánu a kontinuální evaluace reakcí klienta na poskytovanou péči.“³²

V oblasti vnímání je hlavním cílem terapeuta, aby u klienta docházelo ke stimulaci vnímání vlastního těla, podpoře rozvoje vlastní identity, k umožnění vnímání okolního světa a navázání komunikace se svým okolím, zvládnutí orientace v prostoru a čase a v neposlední řadě zlepšení funkcí organismu.³³

U člověka vytváří primární pocit jistoty tři druhy vnímání – **somatické, vibrační a vestibulární**. Somatické vnímání zprostředkovává informace o našem tělesném schématu, pomocí vibračního vnímání rozeznáváme chvění, hlasy a tóny a vestibulární vnímání podává informace o poloze těla v prostoru a zlepšuje prostorovou orientaci. Stimulace těchto tří oblastí patří mezi základní techniky konceptu.

³² Ibid., str. 24.

³³ Ibid., str. 24.

Mezi techniky **somatické stimulace** patří somatická stimulace povzbuzující a zklidňující, velmi často prováděná prostřednictvím koupele, neurofyziologická stimulace, symetrická, diametrální a rozvíjející somatická stimulace. V této oblasti se také velmi dobře uplatňuje polohování – polohy „hnízdo“ a „mumie“ působí nejen na uvědomění tělesného schématu pacienta, ale také výrazně uklidňují navozením pocitu bezpečí. *„Kvalita somatické stimulace a její účinnost je závislá na kvalitě doteku, který terapeut aplikuje na těle klienta při stimulaci vnímání tělesného schématu.“*³⁴

Techniky **vestibulární stimulace** spočívají v jemných pohybech, které provádí terapeut s klientem, nebo pokud je toho klient schopen, může je provádět sám. Vestibulární stimulaci zejména pomocí jemných pohybů hlavou, je vhodné provádět např. před změnou polohy klienta, ve směru plánovaného pohybu. Cílem vestibulární stimulace je zprostředkovat klientovi podněty/vjemy pohybu a orientace v prostoru.

K **vibrační stimulaci** slouží terapeutovi ruce nebo lze využít různé vibrující hračky, přístroje, hudební nástroje či hlas. Často je využívá tzv. trilogie, při které dochází k jak vibrační, tak vestibulární a somatické stimulaci. Klient se opírá o hrudník terapeuta, který s ním jemně pohybuje do stran. Tlak těla terapeuta zprostředkovává stimulaci somatickou, zároveň skrze terapeutovu mluvu, která rozechvívá hrudník, přicházejí ke klientovi i vibrační podněty. Tato technika se využívá často u nemocného dítěte, kdy terapeutem může být jeho matka. *„Cílem vibrační stimulace je stimulovat kožní receptory pro vnímání vibrací a receptory hluboké citlivosti, tedy proprioreceptory ve svalech, šlachách a vazivovém aparátu kostí a kloubů.“*³⁵

Mezi prvky nastavbové stimulace patří:

Optická stimulace: Zrakové vjemy jsou pro člověka velmi důležité pro představu o okolním světě a komunikaci s ním. Hlavně schopnost orientace v prostoru, která vytváří pocit jistoty, je důležitým prvkem stimulačních technik. Do zorného pole klienta se dle biologické anamnézy aplikují stimulační předměty a díky změně polohy, případně i prostředí (změna pokoje atd.) se klientovi poskytují nové vjemy, které podporují jeho orientaci a pocit jistoty.

³⁴ Ibid., str. 71.

³⁵ Ibid., str. 107.

Auditivní stimulace: Tento druh stimulace pomáhá navázat kontakt s klientem, podporuje orientaci, pocit jistoty a stimuluje vnímání klienta aktivizací vzpomínek. U dětí pomáhá podpořit rozvoj řeči. Techniky stimulace využívají nejčastěji hlasu terapeuta nebo blízkých osob a reprodukováné hudby.

Orální – chuťová stimulace: Vzhledem k tomu, že ústa představují jednu z nejcitlivějších tělesných zón, hraje důležitou roli v stimulaci vnímání a následném navázání komunikace. Mezi techniky stimulace patří chuťová stimulace a aktivizace úst, které mohou být prováděny samostatně, nebo mohou předcházet např. perorální příjem potravy. Chuťová stimulace je často prováděna pomocí molitanových štětiček k péči o dutinu ústní, se kterou se orální stimulace velmi dobře kombinuje.

Olfaktorická stimulace: Tato stimulace úzce souvisí s orální technikou. Vnímání vůní působí silně na limbický systém, vyvolává pocity libosti i nelibosti a může silně působit na stav pacienta např. evokací vzpomínek. V anamnéze klienta jsou zaznamenány i vůně, které klient upřednostňuje – např. vůně jídla, parfému, toaletních potřeb, pracovního prostředí atd. *„Zvláště výrazná pro stimulaci paměťové stopy a aktivizaci asociálních funkcí mozku je čichová stimulace u klientů po úrazech mozku, zejména ve vegetativních stavech. Olfaktorickou stimulaci je vhodné aplikovat také z důvodu poskytnout klientovi schopnost orientovat se v dané situaci (např. u klienta s demencí, či ve vigilním kómatu) a tím zprostředkovat pocit jistoty a bezpečí.“*³⁶

Taktilně haptická stimulace: Tato stimulace slouží převážně k uklidnění klienta a stimulaci paměťové stopy. Neklidní a zmatení klienti si mohou díky nedostatečné stimulaci poškodit své zdraví – vytaháváním katétrů, infuzí atd. Pro volbu předmětů pro taktilně haptickou stimulaci je dobré pracovat s biografií klienta a poskytnout mu předměty známé a zároveň předměty, kterými si nemůže ublížit. Aktivizací ruky klienta vložением určitého předmětu můžeme aktivizovat i jeho sensoriku a motoriku. Ruka a rty patří k nejcitlivějším částem těla.

2.3.4. Využití bazální stimulace

Podporu vnímání lze využít všude, kde dochází k narušení této schopnosti. U pacientů s různou mírou poruchy vědomí a nedostatkem pohybové aktivity se často projevuje

³⁶ Ibid., str. 126.

i senzomotorická a taktilní deprivace. Bazální stimulace v rámci možností pomáhá udržet, případně zlepšit celkový stavu pacienta.

Bazální stimulace může být využita v intenzivní péči, neonatologii, následné péči, ale i v neklinických oblastech jako jsou ústavy sociální péče, speciální školy, ústavy pro seniory, hospice a domácí péče.

Příklady konkrétního využití:

- Zklidňující koupel – u pacientů se změnou v mentální oblasti, zvýšeným svalovým tonem, poruchou spánku, retardovaní pacienti a pacienti s demencí, hyperaktivní a úzkostní pacienti.
- Povzbuzující koupel – pacienti s bradykardií, sníženým svalovým tonem, apatičtí a depresivní pacienti.
- Neurofyziologická stimulace – pacienti s postižením pohybového aparátu, mozkovou obrnou, psychomotorickou retardací.
- Polohování – u pacientů s poruchou vnímání těla a tělesné identity, poruchou koordinace, orientace a komunikace.

Koncept bazální stimulace vychází ze snahy pochopit klienta a přispět k jeho rozvoji a zdraví a stejně jako metoda popsaná následně – terapeutický dotek – anticipuje víru v klientovy přirozené schopnosti, které terapeut podporuje a rozvíjí. I když Bazální stimulace nepatří přímo mezi dotekové terapie, dotek je její nedílnou součástí a klade velký důraz na jeho kvalitu. Koncept a techniky bazální stimulace navazují na vědecké poznatky stejně jako běžné ošetrovatelské postupy, ale v bazální stimulaci se setkáváme s větší mírou vcítění. Některé její techniky nejsou nějak objevené a blízcí klientů nebo citlivé ošetrovatelky je provádí i bez znalosti bazální stimulace. Tento koncept ale představuje systém s metodou a měřitelnými výsledky a má proto pro rozvoj ošetrovatelství velký význam. Určuje směr, kterým se ubírat – citlivé vnímání a podpora pacientových potřeb.

2.4 Terapeutický dotek

2.4.1 Vznik konceptu

Terapeutický dotek je především ve Spojených Státech Amerických rozšířený koncept založený na léčení pomocí energie. Tuto metodu rozvinula Dolores Krieger (zdravotní sestra) za podpory Dory Kunz (presidentka Theosophical Society in America) v sedmdesátých letech minulého století.³⁷

Metoda terapeutického doteku bývá považována za nástupce v historii užívaných léčebných metod, jako je např. antické přikládání rukou.

Podle knihy *Vše o léčbě bolesti*³⁸ patří terapeutický dotek mezi doplňkové terapie medicínské léčby bolesti. U Terapeutického doteku je vyzdvihován především holistický přístup této metody. *Vše o léčbě bolesti* patří mezi jednu z mála knih, přeložených do češtiny, ve které se lze o Terapeutickém doteku dočíst. McCabe a Kenny v knize *Paliativní péče*, řadí terapeutický dotek rovněž mezi doplňkové (alternativní) terapie, které obohacují ošetřovatelství a dávají tak sestřím více možností jak pečovat o pacienta.³⁹ *Kapesní průvodce zdravotní sestry* terapeutický dotek také zmiňuje a uvádí ho jako intervenci u ošetřovatelské diagnózy „energetické pole porušené“. Stručně vysvětluje postup při jeho provádění.⁴⁰

2.4.2 Koncept

Metoda terapeutického doteku je založená na předpokladu, že schopnost podpořit léčebný proces druhého člověka je součástí lidského přirozeného potenciálu. Proces uzdravování se děje díky působení terapeuta, který svými dlaněmi modifikuje pacientovo energetické pole – jeho životní energii, která je při nemoci narušena. Terapeut přikládá ruce k pacientovu tělu a prostřednictvím své energie a znalosti léčebné techniky funguje jako určitá podpora pacientova imunitního systému. Uzdravení je v tomto konceptu vnímáno jako sebe uzdravení a je podloženo vírou v sebe uzdravující schopnosti každého člověka. Krieger uvádí, že nemoc nemusí být považována za něco špatného, co

³⁷ Viz www.therapeutic-touch.org

³⁸ *Vše o léčbě bolesti: příručka pro sestry*; [z angl. orig. přel. Veronika Di Cara], 1. vyd., Praha: Grada Publishing, 2006, str. 121-124.

³⁹ MCCABE, Pauline a Amanda KENNY. Alternativní terapie. O'CONNOR, Margaret. *Paliativní péče: pro sestry všech oborů*. 1. české vyd. Praha: Grada, 2005, str. 211.

⁴⁰ DOENGES, Marilynn E. *Kapesní průvodce zdravotní sestry*. 2. přepr. a rozšíř. vyd. Praha: Grada Publishing, 2001, str. 98- 100.

se člověku přihodí, ale za individuální reakci člověka na okolnosti, ve kterých se nachází. „V tomto kontextu, nemoc může být zmírněna nebo vyléčena samotným člověkem skrze navození stimulace určitých enzymů v mozku.“⁴¹

Terapeutický dotek stojí na těchto základních předpokladech:

- Živé bytosti jsou otevřené, komplexní systémy schopné seberegulace.
- Lidské energetické pole vykazuje určitou rovnováhu a symetrii (pokud je člověk zdravý).
- Lidské bytosti mají schopnost transcendence a transformace.
- Životní energie se dá ovlivnit vůlí člověka.
- Živému organismu je vlastní snaha o dosažení rovnováhy.

2.4.3 Technika

Praxe terapeutického doteku má 4 hlavní fáze: koncentraci, posouzení, intervenci a hodnocení.

Koncentrace: V této fázi se terapeut připravuje na léčebný proces navozením meditační koncentrace. Dosahuje klidu, spojení se sebou samým, nachází se ve stavu vnímavé přítomnosti. Tento proces je pro celý systém zásadní. Terapeut v tuto chvíli vnímá jen sám sebe a není ještě ve spojení s příjemcem terapeutického doteku.

Posouzení: Druhá fáze zahrnuje přístup k pacientovi a detekci jeho energetického pole. Pomocí pohybů rukou kolem pacientova těla by měl být terapeut schopný rozlišit, v jakém případě se jedná o energii, kterou vyzařuje zdravé tělo, nebo jeho část, a v kterém případě jde o nevyváženost, značící onemocnění. Způsob, jak vnímat rozdíly v určitých oblastech a jak interpretovat vjemy takto získané, se terapeut učí v průběhu kurzu.

Intervence: Intervence má tři hlavní aspekty – uvolnění, očištění a nasměrování energie tak, aby bylo docíleno symetrie a obnovy správného – zdravého rytmu energetického pole pacienta. Terapeut nechává pacientovu energii procházet svým energetickým po-

⁴¹ KRIEGER, Dolores. *Accepting Your Power to Heal: The Personal Practice of Therapeutic Touch*. Rochester: Bear and Company, 1993, str. 6.

lem a upravuje jí prostřednictvím vizualizace a soustředěním se na výsledek celého procesu – obnovení zdraví.

Hodnocení: Ukončení procesu probíhá, když terapeut vyhodnotí současný stav jako dostačující. Proces by měl být ukončen v případě, že příjemcovo energetické pole je znovu v rovnováze, anebo v případě, že už není možné s energií více pracovat.

Celý proces terapeutického doteku trvá přibližně půl hodiny, poté následuje relaxace trvající přibližně deset minut, při které příjemce energii stále vstřebává. Proces terapie probíhá většinou tak, že příjemce sedí, nejčastěji na židli tak, aby měl přístupná záda. Proces lze ale různě přizpůsobovat okolnostem, provádět jej lze i vleže atd. Dolores Krieger uvádí: „*Základní techniky nejsou jen jednoduché, jsou i přirozené.*“⁴²

2.4.4 Využití terapeutického doteku

Terapeutický dotek má širší uplatnění než bazální stimulace mimo jiné proto, že k praktikování této metody nejsou zapotřebí žádné pomůcky, ani speciálně upravené prostředí. Lze ji praktikovat kdekoliv a jedinou podmínkou je kvalifikovaný terapeut. Terapeutický dotek nachází uplatnění všude, kde je třeba zmírňovat bolest a úzkost a tím podpořit tělo v léčebném procesu.

Velkou oblast pro využití terapeutického doteku představuje geriatric a paliativní péče. V paliativní péči jsou to především 4 oblasti, kde se terapeutický dotek využívá:

- úprava chování – agresivní chování, roztěkanost, neklid, potulování atd.
- naplňování základních potřeb – úzkost, deprese, pocit osamělosti a odtrženosti od ostatních
- komplexní a technická péče – zvládnutí/odstranění bolesti, paliativní péče, problematika hojení ran, dušnost, horečka, zácpa
- celková terapie – zlepšení schopnosti vykonávat činnosti denního života, zvýšení participace na volnočasových aktivitách, zlepšení spánku, spokojenosti – dobrého pocitu ze života

⁴² Ibid., str. 15.

U pacientů s demencí většina studií potvrzuje zlepšení behaviorálních symptomů provázejících tuto nemoc jako je rozrušenost, zmatenost a smutek. Pacienti samotní bývají s touto terapií spokojeni.⁴³

U karcinogenních onemocnění má terapeutický dotek také širokou oblast využití. Emily Jackson (zdravotní sestra, Ústav ošetrovatelství, James Medison University) spolu se svými kolegyněmi vycházela z 12 odborných studií, které se zabývají alternativními dotekovými metodami a došla k závěru, že Terapeutický dotek má vliv na fyzický i psychický stav pacientů. Při provádění terapeutického doteku dochází ve velké míře ke snížení úzkosti i bolesti. Autoři doporučují Terapeutický dotek jako kurz pro další vzdělávání zdravotníků a zvažují jeho začlenění do studijních programů.⁴⁴

Dle provedených výzkumů byl prokázán efekt i u následujících onemocnění: tenzní bolest hlavy, chronické a pooperační bolesti, úzkost, roztroušená skleróza, oslabená imunita, osteoartritida, popáleniny, regulace krevního tlaku atd.

2.4.4.1 Prevence

Terapeutický dotek má podle Dolores Krieger velký potenciál v předcházení a léčbě psychosomatických onemocnění, které stojí za vznikem až 70 % všech onemocnění. *„Onemocnění v důsledku stresu jsou velmi rozšířená a představují určitou pandemii nejen v západní kultuře, ale i v zemích třetího světa. Citlivost autonomního nervového systému k terapeutickému doteku vytváří výraznou dlouhotrvající odpověď v podobě relaxace.“*⁴⁵

Jaro Křivohlavý v knize Psychologie nemoci zmiňuje, že relaxaci lze přímo modulovat bolest. *„Z fyziologického hlediska jde při relaxaci o přeladění organismu z tzv. ergotropního na trofotropní ladění (z napětí na uklidnění). Dechová frekvence se uklidňuje a dýchání se stává pravidelnější. Svalový tonus se snižuje.“*⁴⁶ Hawranik poukazuje na stejnou okolnost a zmiňuje, že v důsledku relaxace, kterou TD navozuje, odeznívá nega-

⁴³ WANG, K. L., HERMANN, C. Pilot study to test the effectiveness of healing touch on agitation in people with dementia. *Geriatric Nursing*. 2006, vol. 27, č. 1, str. 34-36. Srov. HAVRANIK, P., JOHNSTON, P., DEATRICH, J. *Therapeutic touch and agitation in individuals with Alzheimer's disease*. *Western Journal of Nursing Research*. 2008, vol 30, č 4, str. 417-434.

⁴⁴ JACKSON, Emily et al. *Does Therapeutic Touch Help Reduce Pain and Anxiety in Patients with Cancer?*. *Clinical Journal of Oncology Nursing*. 2008, vol. 12, č. 1, str. 113 – 120.

⁴⁵ KRIEGER, Dolores. *Accepting Your Power to Heal: The Personal Practice of Therapeutic Touch*. Rochester: Bear and Company, 1993, str. 14.

⁴⁶ KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie nemoci*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2002, str. 94.

tivní působení stresových faktorů a se snížením napětí jde ruku v ruce snížení krevního tlaku, lépe se např. i hojí rány.⁴⁷

Krieger uvádí, že terapeutický dotek může do určité míry působit i jako placebo, ale také udává mnoho příkladů, kdy byly výsledky terapeutického doteku prokázány u pacientů v kómatu nebo u předčasně narozených dětí, tedy v případech, kdy placebo jako zdroj úlevy být nemohlo.⁴⁸

Server skeptiků (slovník skeptiků)⁴⁹ mimo jiné uvádí, že z této metody profitují i sestry, které ji praktikují – pomáhá předcházet syndromu vyhoření. Studie doktora Tanga a jeho kolegů (Wake Forest University Health Sciences), zaměřená na zdravotní sestry ve vedoucích pozicích prokazuje, že využívání Terapeutického doteku vede k výrazné redukci stresu. Sestry udávají snížení úzkosti, zlepšení spánku a cítí se celkově spokojenější a uvolněnější.⁵⁰

2.4.5 Zpochybňování efektivity Terapeutického doteku

Metoda terapeutického doteku je zpochybňována, protože ji nelze přímo vědecky prokázat. Přes to je o ní velký zájem. Slovník skeptiků uvádí, že jeho výuka probíhá na 100 vysokých škol v 75 zemích.⁵¹

Dolores Krieger se zabývá otázkou, jak je možné, že má tato metoda tolik příznivců. Ve své knize *Accepting your power to heal* uvádí: „Proč je tolik zájmu o terapeutický dotek? Domnívám se, že z velké části proto, že stále nejsme schopni pochopit příčinu vzniku mnoha onemocnění, přestože věda a technologie prochází obrovským vývojem. Jednoduchá praxe terapeutického doteku, založená na modulaci přirozené lidské energie, prokázala svou účinnost v široké škále onemocnění.“⁵² Za další příčinu zájmu o terapeutický dotek, kterou Krieger zmiňuje, je současný multikulturní pohled na svět a uznání různých druhů „reality“. Závěrem Krieger zmiňuje, že terapeutický dotek je rozšířen také jednoduše proto, že funguje.

⁴⁷ HAVRANIK, P., JOHNSTON, P., DEATRICH, J. *Therapeutic touch and agitation in individuals with Alzheimer's disease. Western Journal of Nursing Research.* 2008, vol 30, str. 417 – 433

⁴⁸ KRIEGER, Dolores. *Accepting Your Power to Heal: The Personal Practice of Therapeutic Touch.* Rochester: Bear and Company, 1993, str. 11.

⁴⁹ Viz <http://www.skeptik.com/tt.html>

⁵⁰ TANG, Rong et al. Improving the Well-Being of Nursing Leaders Through Healing Touch Training. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine.* 2010, vol. 16, č. 10, str. 837-841.

⁵¹ Viz slovník skeptiků na: <http://www.skeptik.com/tt.html>.

⁵² KRIEGER, Dolores. *Accepting Your Power to Heal: The Personal Practice of Therapeutic Touch.* Rochester: Bear and Company, 1993, str. 8.

McCabe a Kenny v rámci efektivitu alternativních metod zmiňují: „*Mnoho sester mělo úspěch s určitými metodami, ale nejsou si jisté, zda pacientům pomohla léčba, nebo prostý fakt, že s nimi někdo byl.*“⁵³ Jedna z nejrozsáhlejších nezávislých studií, věnující se léčení pomocí modifikace lidské energie prostřednictvím nepřímého doteku – *The Efficiency of „Distant Healing“: A Systematic Review of Randomized Trials* přichází se závěrem, že vzhledem k metodologickému omezení studií, zabývajících se touto oblastí, je velmi těžké dojít k nějakému absolutnímu závěru a doporučují se této oblasti dále věnovat.⁵⁴ „*To, že je obtížné zkoumat účinky alternativních terapií, by nemělo vést k tomu, že se jich zřekneme.*“⁵⁵

Závěrem lze shrnout, že příznivci i odpůrci metody terapeutického doteku se přes neshody ohledně efektivitu shodují v tom, že terapeutický dotek může pozitivně působit na zklidnění a relaxaci pacienta. Vzhledem k tomu, že v důsledku relaxace může být podpořen celkový léčebný proces u mnoha onemocnění, není to zanedbatelný výsledek.

3 Empirická část

Empirická část se zabývá definovanými cíli a pracovními hypotézami, metodikou, organizací vlastního šetření a charakteristikou zkoumaného vzorku. Výsledkům šetření a diskusi je věnována zvláštní kapitola.

3.1 Cíle a hypotézy

Cíle jsou stanoveny na základě informací získaných z odborné literatury, výsledků dříve provedených výzkumů, vlastní praxe a informací získaných v průběhu zpracovávání této bakalářské práce.

Cíl č. 1: Zjistit, k jakému účelu sestry nejvíce používají haptiku.

Cíl č. 2: Zjistit názor sester na přínos používání bazální stimulace.

Cíl č. 3: Zjistit míru informovanosti sester o metodě terapeutického doteku.

Cíl č. 4: Zjistit, zda existuje vztah závislosti mezi znalostí terapeutických metod, které užívají dotek a jejich praktikováním pracovníky vybraných oddělení.

⁵³ MCCABE, Pauline a Amanda KENNY. Alternativní terapie. O'CONNOR, Margaret. *Paliativní péče: pro sestry všech oborů*. 1. české vyd. Praha: Grada, 2005, str. 211.

⁵⁴ ASTIN, John A. et al. The Efficiency of "Distant Healing": A Systematic Review of Randomized Trials. *Annals of Internal Medicine*. 2000, vol. 132, č. 11, str. 903-910.

⁵⁵ MCCABE, Pauline a Amanda KENNY. Alternativní terapie. O'CONNOR, Margaret. *Paliativní péče: pro sestry všech oborů*. 1. české vyd. Praha: Grada, 2005, str. 212.

Na základě uvedených cílů byly stanoveny jednotlivé hypotézy:

Hypotéza č. 1: Předpokládám, že haptiku sestry nejvíce užívají při povzbuzení pacienta.

Hypotéza č. 2: Předpokládám, že metodu Terapeutického doteku zná méně, než jedna třetina dotazovaných.

Hypotéza č. 3: Předpokládám, že existuje přímý vztah závislosti mezi znalostí bazální stimulace a jiných terapeutických metod užívajících dotek a jejich používáním v praxi.

Hypotéza č. 4: Předpokládám, že více než dvě třetiny sester považují bazální stimulaci za metodu pro pacienty přínosnou.

3.2 Metodika průzkumného šetření

Pro získávání dat empirické části bakalářské práce bylo zvoleno kvantitativní průzkumné šetření. Získávání dat proběhlo formou dotazníkového šetření.

Dotazník obsahoval 22 položek a byl připraven pro všeobecné sestry a zdravotnické asistenty pracující na Oddělení dlouhodobé intenzivní ošetrovatelské péče (DIOP) a v Léčebně dlouhodobě nemocných a oddělení následné péče (LDN) v Ústřední vojenské nemocnici Praha. Jednotlivé položky jsou rozděleny do tří kategorií. První kategorie dotazovaných položek byla zaměřena na jednotlivé identifikační charakteristiky respondentů. Tato kategorie zahrnovala charakteristiky týkající se věku, pohlaví a délky praxe na uvedeném oddělení. Do této kategorie spadaly položky č. 1-4. Druhá kategorie položek se zabývala zmapováním péče o pacienty za použití haptiky a jiných terapeutických metod užívajících dotek. Tato kategorie zahrnovala položky č. 5-14, č. 16, č. 18 a č. 20. Ostatní položky byly zahrnuty do třetí kategorie. Tato kategorie se zabývala všeobecnou orientací respondentů v rámci uvedené problematiky v oblasti haptiky a terapeutických metod. Jednotlivé otázky dotazníku byly vytvořeny jako položky uzavřené (otázka č. 1, 2, 4-9, 14-16, 19-22), polouzavřené (otázka č. 12, 13, 17, 18) a otevřené (otázka č. 3, 10, 11).

3.3 Forma zpracování výsledků průzkumného šetření

Při zpracování odpovědí respondentů, pro kvantifikaci jednotlivých položek a znázornění vzájemných závislostí byly použity tabulky a grafy, které byly zpracovány

v programu Microsoft Excel 2010. Výsledky dat jsou vyjádřeny pomocí absolutní a relativní četnosti. Relativní četnost je zaokrouhlena na dvě desetinná místa. Použité tabulky a grafy byly následně využity k ověření a vyvrácení stanovených hypotéz.

3.4 Organizace prováděného šetření

Na základě písemného povolení náměstkyně pro nelékařské profese Mgr. Lenky Gutové, MBA v Ústřední vojenské nemocnici Praha, probíhalo dotazníkové šetření od 14. 2. 2012. Po domluvě s vrchní sestrou LDN a vrchní sestrou DIOP, byly dotazníky předány k distribuci respondentům. Šetření bylo ukončeno 6. 3. 2012. Celkem bylo rozdáno 60 dotazníků, návratnost činila 75 %. Vyhodnotitelných dotazníků bylo 29 z LDN a 13 z DIOP, tj. 70 %.

3.5 Charakteristika průzkumného vzorku

Pro průzkumné šetření byly vybrány všeobecné sestry a zdravotní asistenti ze dvou pracovišť, z oddělení LDN a DIOP ve Vojenské fakultní nemocnici Praha. Průzkumného šetření se zúčastnilo 42 respondentů (100 %). Z oddělení LDN bylo celkem 29 respondentů (69,05 %) a z oddělení DIOP 13 respondentů (30,95 %). Oddělení LDN má přibližně pětkrát větší lůžkovou kapacitu, než oddělení DIOP, a z toho vyplývá i počet zaměstnanců a případných respondentů.

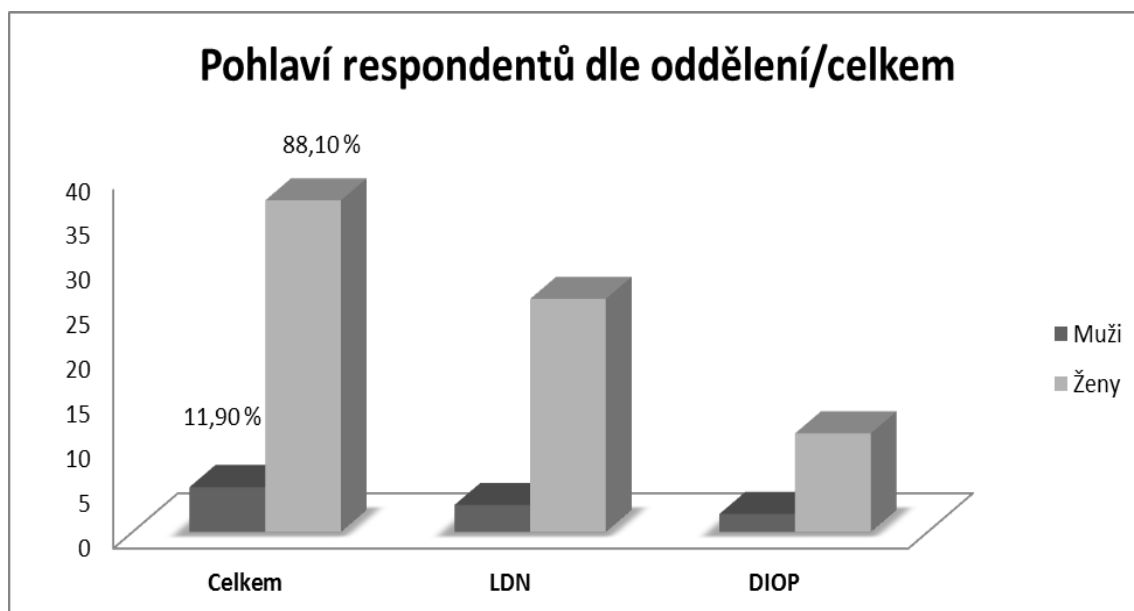
3.6 Analýza výsledků průzkumného šetření

Celkový počet respondentů odpovídajících v dotazníkovém šetření byl 42 (100 %). V tabulce č. 1 je sumarizováno procentuální zastoupení pohlaví respondentů, kteří odpovídali na otázky spojené s haptikou a terapeutickými metodami – 11,90 % mužů a 88,10 % žen.

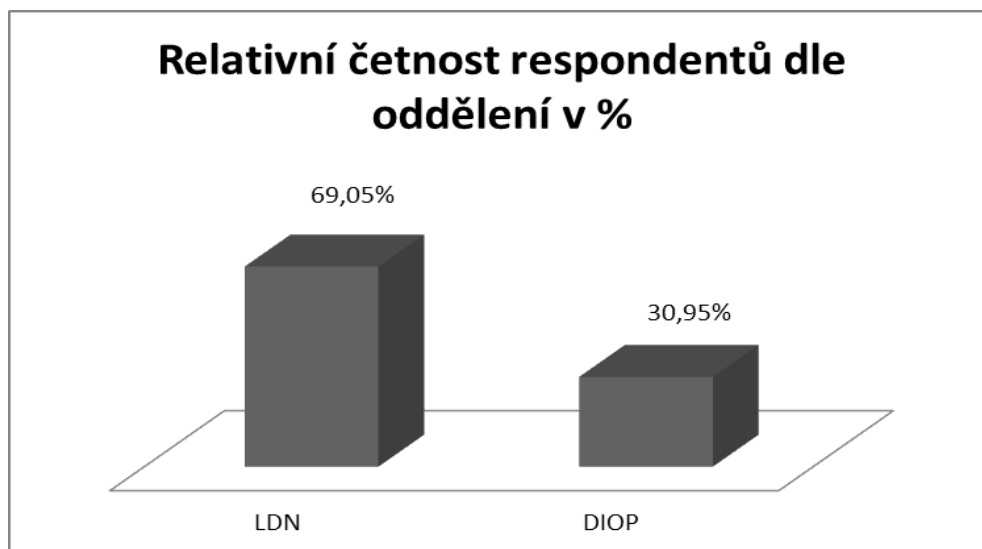
Tab. 1: Pohlaví respondentů

Pohlaví	Celkem	LDN	DIOP	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Muži	5	3	2	5	11,90
Ženy	37	26	11	37	88,10
Celkem	42	29	13		100

Tabulka č. 1 ukazuje, že se dotazníkového šetření zúčastnilo 37 žen a 5 mužů. Z oddělení LDN 3 muži a 26 žen a 2 muži a 11 žen z oddělení DIOP.

**Obr. 1:** Pohlaví respondentů dle oddělení

Obrázek č. 1 graficky znázorňuje pohlaví respondentů dle jednotlivých oddělení. 11,90 % je zastoupeno muži a 88,10 % ženami.



Obr. 2: Relativní četnost respondentů dle oddělení

Na obrázku č. 2 je znázorněna relativní četnost respondentů dle jednotlivých oddělení. Oddělení LDN reprezentuje 29 respondentů (69,05 %) a oddělení DIOP 13 respondentů (30,95 %).

Tab . 2: Věková struktura respondentů

Věk	LDN	DIOP	Celkem	Relativní četnost (%)
20-30 let	13	5	18	42,86
31-40 let	11	6	17	40,48
41-50 let	1	1	2	4,76
51 a více let	4	1	5	11,90
Celkem	29	13	42	100

Největší zastoupení respondentů bylo ve dvou věkových skupinách. Do skupiny 20-30 let spadalo 18 respondentů z 42 (100 %), tedy 42,86 % dotázaných. Druhou nejvíce zastoupenou skupinou byla věková skupina 31-40 let, která zahrnovala 17 respondentů – 40,48 % z celkových 42 respondentů. Do skupiny 41-50 let spadají 2 respondenti (4,76 %) a do skupiny nad 50 let 5 respondentů (11,90 %).

Z oddělení LDN do skupiny 20-30 let spadalo 13 respondentů, do skupiny 31-40 let 11 respondentů, do skupiny 41-50 let 1 respondent a do skupiny 51 a více let 4 respondenti.

Z oddělení DIOP do skupiny 20-30 let spadalo 5 respondentů, do skupiny 31-40 let 6 respondentů, do skupiny 41-50 let 1 respondent a do skupiny nad 51 let 1 respondent.

Tab. 3: *Délka praxe respondentů*

Délka praxe	LDN	DIOP	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
0 až 5 let	11	13	24	57,14
6 až 10 let	12	0	12	28,57
11 až 15 let	5	0	5	11,90
16 až 20 let	1	0	1	2,38
více než 20 let	0	0	0	0
Celkem	29	13	42	100

Tabulka č. 3 vypovídá o délce praxe respondentů na současném oddělení. Intervaly jsou rozděleny po pěti letech. Z celkového počtu respondentů 42 (100 %) jich na současném oddělení pracuje 24 v období do 5 let (57,14 %), 12 dotazovaných v období 6-10 let (28,57 %), 11-15 let pracuje na současném oddělení 5 respondentů (11,90 %) a do období 16-20 let spadá 1 respondent (2,38 %). Více než 20 let nepracuje na současném oddělení nikdo.

Tab. 4: *Využití haptiky v praxi*

Odpověď respondentů	LDN	DIOP	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Haptiku využívám při práci s pacientem	28	13	41	97,62

Z tabulky č. 4 vyplývá, že z celkového počtu 42 (100 %) respondentů, 41 (97,62 %) udává, že využívá haptiku při práci s pacientem.

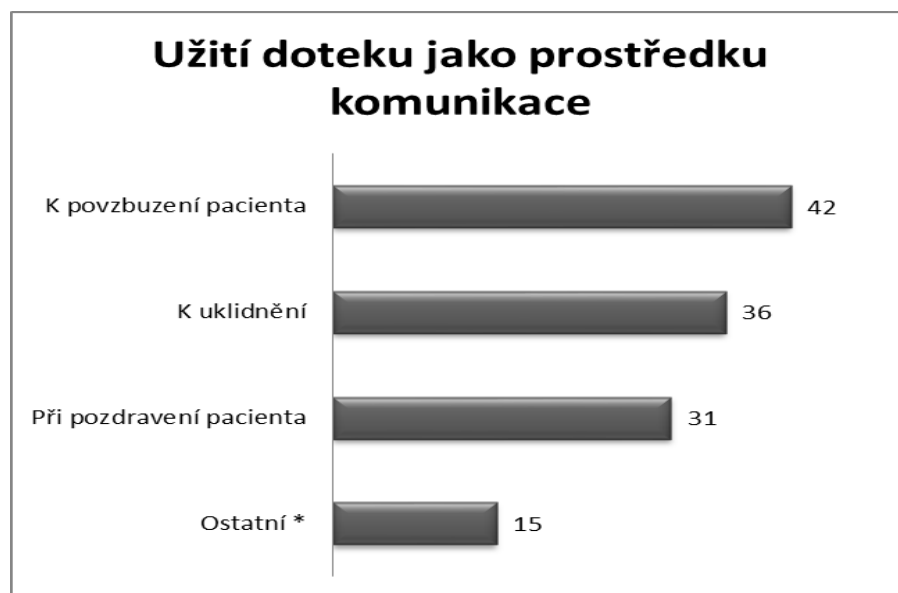
Tab. 5: *Usnadnění komunikace pomocí doteku*

Odpověď respondentů	LDN	DIOP	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Dotek mi usnadňuje komunikaci s pacientem	29	13	42	100

Z dotazovaných 42 (100 %) respondentů jich 42 (100 %) odpovědělo kladně na otázku, zda jim dotek usnadňuje komunikaci s pacienty.

Tab. 6: *Použití doteku jako prostředku komunikace*

Použití doteku	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
K povzbuzení pacienta	42	100
Při pozdravení pacienta	31	73,81
K uklidnění	36	85,71
Ostatní *	15	35,71



Obr. 3: *Použití doteku jako prostředku komunikace*

Obrázek č. 3 graficky zobrazuje odpovědi na otázky č. 6-11. Všichni respondenti využívají haptiku při povzbuzení pacientů. Kladně v této otázce odpovědělo 42 respondentů (100 %). Podobně tomu bylo i v případě použití doteku k uklidnění pacienta, kdy 36 respondentů (85,71 %) odpovědělo, že haptiku v tomto případě používá. Při pozdravení pacienta metodu dotyku využívá 31 respondentů (73,81 %). Zvláštní pozornost je věnována odpovědím, které jsou na obrázku uvedeny v kategorii Ostatní* a představují odpovědi 15 respondentů (35,71 %). Do této kategorie jsou zahrnuty jiné činnosti a úkony, při kterých respondenti dotek při kontaktu s pacienty používají.

Kategorie Ostatní* byla analyzována separátně v tabulce č. 7 níže:

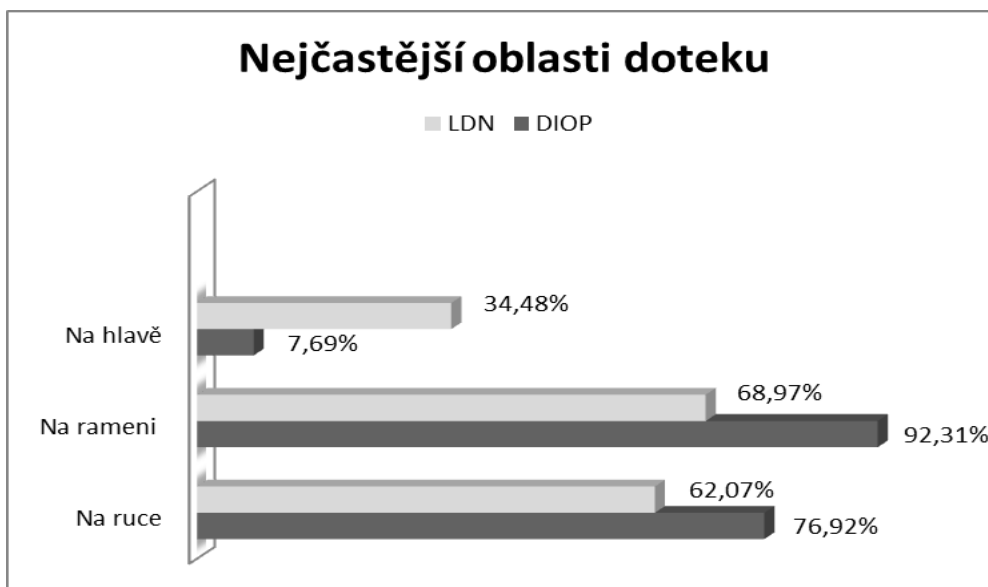
Tab. 7: *Ostatní* použití doteku při kontaktu s pacienty*

	DIOP	LDN	Celkem	Relativní četnost (%)
Oslovení	1	0	1	6,67
Ošetrovatelský výkon	1	0	1	6,67
Hygiena	1	5	6	40,00
Rehabilitace	0	4	4	26,67
Udržení pozornosti	0	1	1	6,67
Edukace	0	2	2	13,33
	3	12	15	100

Z tabulky č. 7 je patrné, že mimo povzbuzení, uklidnění a pozdravení pacienta, je dotek užíván nejvíce při hygieně – 6 respondentů (40,00 %) z 15 (100 %) uvedlo tuto variantu. Druhé nejčastější užití doteku se vyskytuje při rehabilitaci – 4 dotazovaní (26,67 %), při edukaci využívají dotek 2 respondenti (13,33 %), při oslovení 1 respondent (6,67 %), při ošetrovatelském výkonu 1 respondent (6,67 %) a pro udržení pozornosti také 1 respondent (6,67 %).

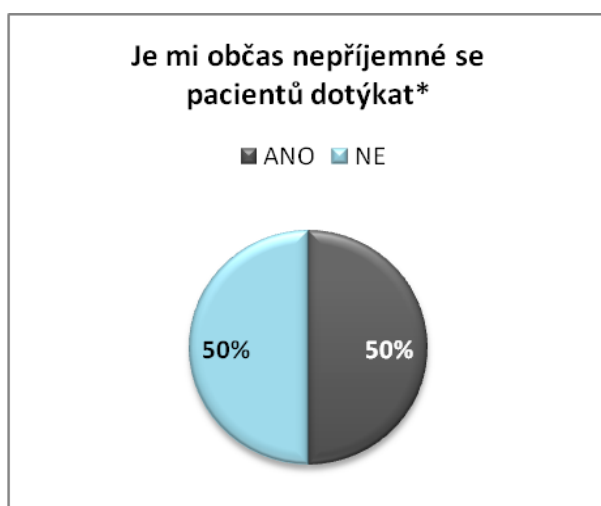
Tab. 8: *Nejčastější oblast doteku*

Oblast doteku	Počet respondentů	Relativní četnost v %
Na ruce	28	66,67
Na rameni	32	76,19
Na hlavě	11	26,19



Obr. 4: Nejčastější oblasti doteku

Obrázek č. 4 zobrazuje oblasti, kterých se respondenti u pacientů nejvíce dotýkají mimo rámec provedení ošetrovatelského výkonu. Nejčastěji bylo respondenty uváděno rameno., 12 respondentů (92,31 %) z oddělení DIOP a 20 respondentů (68,97 %) z oddělení LDN uvedlo tuto možnost. Na ruce se pak pacientů dotýká celkem 28 respondentů, 10 respondentů z oddělení DIOP (76,92 %) a 18 respondentů z oddělení LDN (62,07 %). Nejméně se z uvedených možností respondenti dotýkají pacientů na hlavě; tuto oblast uvedlo 11 respondentů. Jednalo se o 1 respondenta (7,69 %) z oddělení DIOP a 10 respondentů z oddělení LDN (34,48 %).



Obr. 5: Situace, ve kterých je nepříjemné se pacientů dotýkat



Obr. 6: Hodnota doteku větší než slova

Obrázek č. 5. Graficky znázorňuje odpovědi na otázky č. 13 a 14. Z celkového počtu 42 (100 %) se 41 respondentů (97,62 %) domnívá, že dotek může mít v některých situacích větší hodnotu než slova. Pouze jediný respondent (2,38 %) odpověděl, že verbální komunikace je pro pacienta důležitější než dotek. Pro srovnání je graficky znázorněna odpověď na otázku, zda je respondentům v některých případech nepříjemné se pacientů dotýkat (otázka č. 13). Respondenti v 21 případech (50 %) odpověděli kladně.

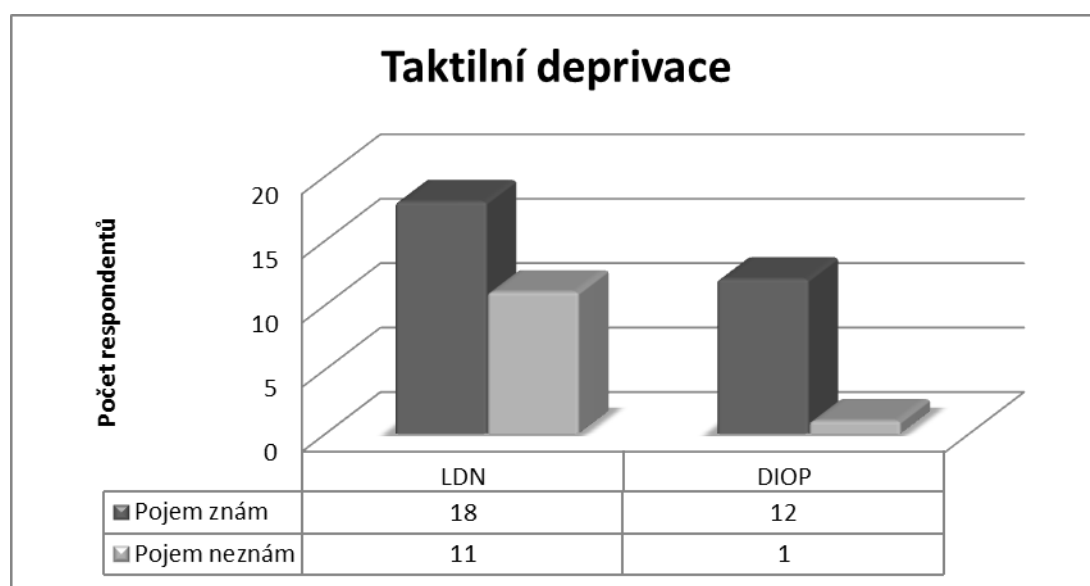
Tab. 9: Situace, ve kterých je nepříjemné se pacientů dotýkat

Situace, ve kterých je respondentům nepříjemné se pacientů dotýkat	Počet respondentů	Relativní četnost (%)
Kolonizace pacienta bakteriemi	5	23,81
Při znečištění	3	14,29
Při zvracení	3	14,29
Při umírání pacienta	3	14,29
Jedná-li se o bezdomovce	2	9,52
Příčina nevysvětlena	5	23,81
Celkem	21	100

Tab. č. 9 zobrazuje důvody, proč je respondentům nepříjemné se pacientů dotýkat. Otázka poskytovala možnost uvést konkrétní případy. 5 respondentů tuto možnost nevyužilo, 5-23,81 % respondentů uvedlo, že dotek je pro ně nepříjemný v případě kolonizace pacienta bakteriemi, 3-14,29 % při znečištění, 3-14,29 % při zvracení pacienta, 3-14,29 % v případě, že pacient umírá, nebo že se jedná o bezdomovce – 2 respondenti. 9,52 %.

Tab. 10: Znalost pojmu taktilní deprivace

Znalost pojmu taktilní deprivace				
	LDN	DIOP	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Pojem znám	18	12	30	71,43
Pojem neznám	11	1	12	28,57
Celkem	29	13	42	100

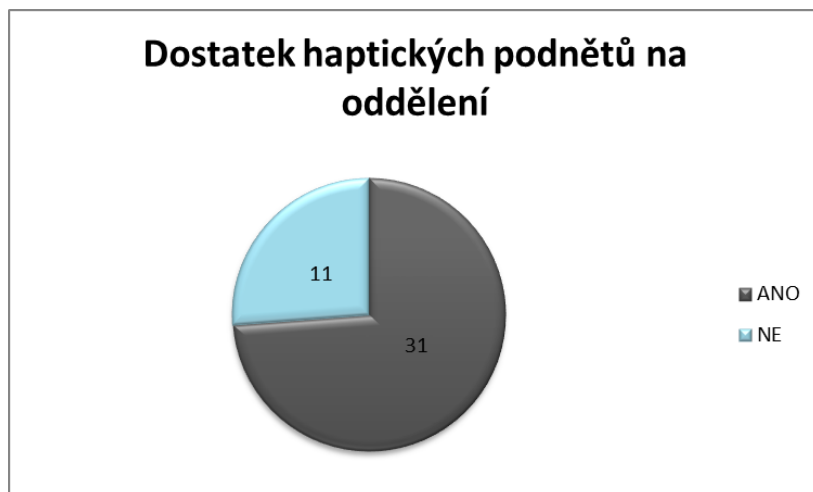
**Obr. 7:** Znalost pojmu taktilní deprivace

Na oddělení LDN potvrdilo 18 respondentů (62,07 % respondentů z oddělení LDN), že pojem taktilní deprivace znají, 11 respondentů (37,93 % respondentů z oddělení LDN) pak odpovědělo záporně. Na oddělení DIOP odpovědělo kladně 12 respondentů, tj. 92,31 % respondentů z tohoto oddělení. Ostatních 7,69 %, tj. 1 respondent odpověděl, že pojem nezná.

Tab. 11: Dostatek haptických podnětů pro pacienty

Naše oddělení disponuje dostatkem haptických podnětů

	Počet re- spondentů	LDN	DIOP	LDN re- lativní četnost (%)	DIOP rela- tivní čet- nost (%)	Celková relativní četnost (%)
ANO	31	21	10	72,41	76,92	73,81
NE	11	8	3	27,59	23,08	26,19
Celkem	42	29	13	100	100	100

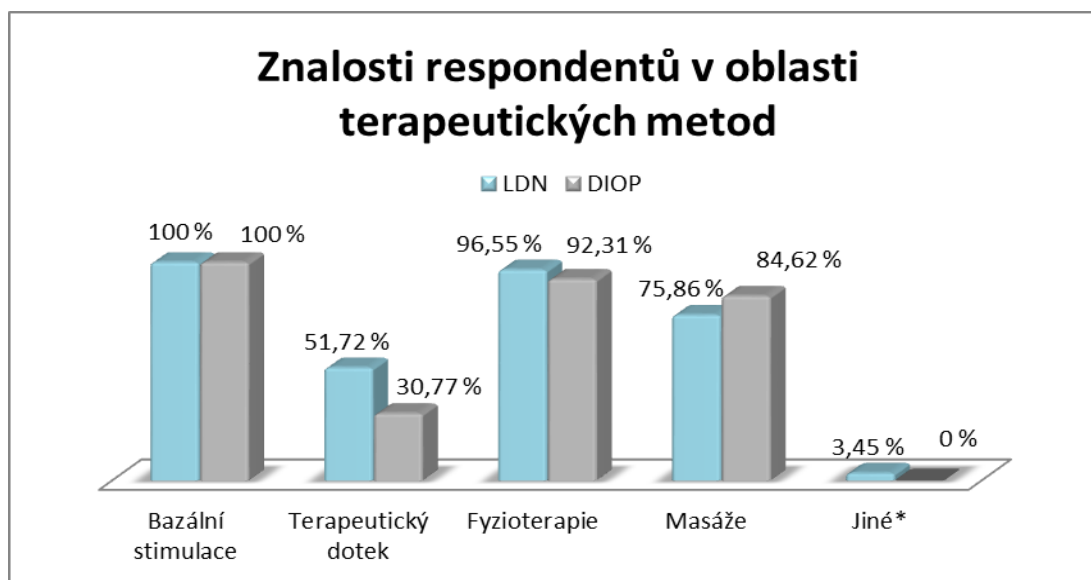


Obr. 8: Dostatek haptických podnětů pro pacienty

Z obr. č. 8 a tab. č. 11 je zřejmé, že 31 - 73,81 % respondentů se domnívá, že pacienti na jejich oddělení mají dostatek haptických podnětů. Z oddělení DIOP odpovědělo kladně 10 respondentů (76,92 % z celkového počtu 13 respondentů z oddělení DIOP); z oddělení LDN odpovědělo na tuto otázku kladně 21 respondentů (72,41 % z celkového počtu respondentů z oddělení LDN).

Typ metody	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Bazální stimulace	42	100,00
Terapeutický dotek	19	45,24
Fyzioterapie	40	95,24
Masáže	33	78,57
Jiné*	1	2,38

Tab. 12 Znalosti v oblasti terapeutických metod



Obr. 9: Znalosti v oblasti terapeutických metod

*V případě kladné odpovědi respondenti specifikovali konkrétní situace

Ze sloupcových grafů na obrázku 9 je patrné, že mezi respondenty existuje povědomí o terapeutických metodách. Největší povědomí mají respondenti z oddělení LDN o bazální stimulaci – 100 %. 28 respondentů rovněž disponuje znalostí fyzioterapie (96,55 %). Obdobně odpovídali i respondenti na oddělení DIOP, kde celkem 100 % respondentů znalo bazální stimulaci a 12-92,31 % fyzioterapii. Masáže uvedlo 22 dotazovaných (75,86 % respondentů z LDN a 11-84,62 % respondentů z DIOP). Naopak nejméně respondentů bylo obeznámeno s metodou terapeutického doteku (15-51,72 % z oddělení LDN a 4-30,77 % z oddělení DIOP).

Tab. 13: *Praktikování terapeutických metod*

Praktikování terapeutických metod		
Používané metody	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Bazální stimulace	26	61,90
Terapeutický dotek	4	9,52
Fyzioterapie	11	26,19
Masáže	9	21,43
Neprovádím	5	11,90

Tabulka č. 13 znázorňuje odpovědi respondentů na otázku č. 18. Bazální stimulaci provádí při své praxi 26 (61,90 %) respondentů z 42 (100 %), fyzioterapii 11 (26,19 %) dotazovaných, masáže 9 (21,43 %) respondentů a nejméně je zastoupen terapeutický dotek – 4 respondenti (9,52 %). Z uvedených metod žádnou neprovádí 5 respondentů (11,90 %).

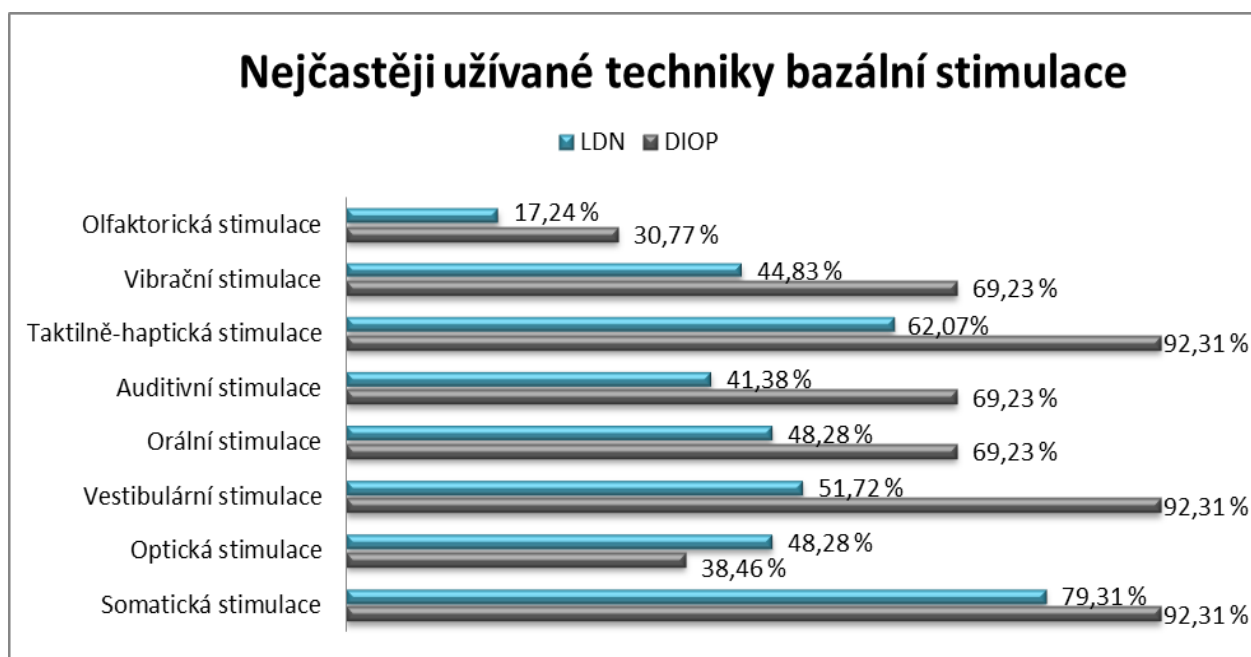
Tab. 14: *Přínos bazální stimulace*

Myslíte si, že bazální stimulace je pro pacienty přínosná?				
	LDN	DIOP	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
ANO	29	13	42	100
NE	0	0	0	0
Celkem	29	13	42	100

Všichni respondenti z LDN i DIOP (100%) považují bazální stimulaci za přínosnou metodu. Jednalo se o 29 (100 %) respondentů z oddělení LDN a 13 (100 %) respondentů z oddělení DIOP.

Tab. 15: Nejčastěji užívané techniky bazální stimulace

Nejčastěji užívané techniky bazální stimulace	DIOP	LDN	celkem	Relativní četnost celkem (%)
Somatickou stimulaci	12	23	35	83,33
Vestibulární stimulaci	5	14	19	45,23
Vibrační stimulaci	12	15	27	64,28
Orální stimulaci	9	14	23	54,76
Taktilně-haptickou stimulaci	9	12	21	50,00
Optickou stimulaci	12	18	30	71,42
Auditivní stimulaci	9	13	22	52,28
Olfaktorickou stimulaci	4	5	9	21,42

**Obr. 10:** Nejčastěji užívané techniky bazální stimulace

Obrázek č. 10 a tab. č. 15 znázorňuje nejčastější využití technik bazální stimulace mezi respondenty z oddělení LDN a DIOP. Mezi respondenty z oddělení DIOP byla nejméně zastoupena olfaktorická stimulace, kterou využívají pouze 4 respondenti (30,77 %). Více je využívána vestibulární stimulace – 5 respondentů (38,46 %). Shodný počet respondentů využívá taktilně haptickou, auditivní a orální stimulaci – 9 (69,23 %). Vibrační, optickou a somatickou stimulaci využívá při své práci 12, tj. 92,31 % responden-

tů. Respondenti z oddělení LDN potvrdili využívání olfaktorické stimulace u 5 respondentů z 29 (100 %), tj. 17,24 %. Druhá nejméně užívaná technika je taktilně-haptická stimulace, kterou z oddělení LDN využívá 12 respondentů, tedy 41,38 %. Auditivní stimulaci využívá 13 respondentů (44,83 %). Orální a vestibulární stimulaci provádí 14 (48,28 %) dotazovaných, vibrační stimulaci 15 (51,72 %) dotazovaných. Optická stimulace je na oddělení LDN prováděna 18 respondenty (62,07 %) a nejvíce je zastoupena stimulace somatická, s kterou pracuje 23 (79,31 %) respondentů.

Tab. 16 *Prestiž povolání sestry*

Praktikování terapeutických metod užívajících dotek zvyšuje prestiž povolání sestry				
	LDN	DIOP	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
ANO	24	13	37	88,10
NE	5	0	5	11,90
Celkem	29	13	42	100

Tabulka č. 16 ukazuje názor respondentů na terapeutické metody užívající dotek, a sice zda praktikování těchto metod zvyšuje prestiž povolání sestry. 37 (88,10 %) respondentů se domnívá, že praktikování těchto metod prestiž sester zvyšuje. Z LDN odpovědělo kladně 24 a záporně 5 dotazovaných. Z DIOP všech 13 respondentů odpovědělo kladně.

Tab. 17 *Zájem o další vzdělávání*

Chtěl(a) byste se v oblasti haptiky a terapeutických metod dále vzdělávat?				
	LDN	DIOP	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
ANO	23	11	34	80,95
NE	6	2	8	19,05
Celkem	29	13	42	100



Obr. 11 a obr. 12: Prestiž povolání sestry a zájem o další vzdělávání

Z výsledků šetření je patrné, že 37 (88,10 %) respondentů z celkového počtu 42 (100 %) se domnívá, že léčebné dotekové metody zvyšují prestiž povolání sestry. Pro srovnání je uveden obr. 12, který ukazuje, že z celkového počtu 42 (100 %) respondentů, 34 (80,95 %) dotazovaných uvedlo, že by se rádo v oblasti terapeutických metod užívajících dotek dále vzdělávalo.

3.7 Diskuse

Bakalářská práce je věnována hodnotě doteku v práci sestry. Cílem práce bylo zjistit vztah všeobecných sester k tomuto tématu, jejich povědomí o haptice a terapeutických metodách a jejich užívání v praxi.

První položka zjišťovala pohlaví respondentů a v souladu s očekáváním tvoří 88,10 % zkoumaného vzorku ženy, 11,90 % muži.

Věkové zastoupení respondentů bylo také jedním z identifikačních znaků dotazníkového šetření. Věkové skupiny byly proto rozděleny celkem do čtyř intervalů. Délka intervalu byla stanovena na 10 let. U věkové skupiny nad 51 let byl interval ponechán otevřený. Nejvíce respondentů spadá do skupiny 20-30 let tvořící 42,86 % respondentů; skupinu 31-40 let zastupuje 40,48 % respondentů; nejméně jsou zastoupeni respondenti ve věku 41-50 let, tvořící 4,74 % respondentů; věkovou skupinu nad 51 let tvoří 11,90 % respondentů.

Při hodnocení délky praxe na daném oddělení se ukázalo, že nejvíce respondentů – 57,14 % pracovalo na oddělení méně nebo 5 let, 28,57 % uvedlo rozmezí 6-10 let, 11-15 let pracovalo na oddělení 11,90 % respondentů a nejméně, tj. 2,38 % 16-20 let.

Dalo se předpokládat, že vzhledem k věkovému složení respondentů – 83,34 % dotazovaných je mladších 40 let, bude i délka praxe nižší a závislá na věku respondentů. Tento předpoklad se potvrdil – nejvíce respondentů 85,71 % pracuje na oddělení v rozmezí do 10 let.

Další část dotazníkového šetření byla věnována problematice haptiky – užívání doteku v ošetrovatelské péči za účelem komunikace.

Položka č. 5 zjišťuje, zda respondenti využívají při své práci haptiku. 97,62 % respondentů odpovědělo kladně, pouze jeden dotazovaný odpověděl, že haptiku nevyužívá.

Na dotaz, zda dotek respondentům komunikaci s pacienty usnadňuje (položka č. 6) odpovědělo 100 % respondentů kladně. Na základě těchto odpovědí se lze domnívat, že jeden z důvodů užívání haptiky v ošetrovatelské péči je usnadnění komunikace.

Z výše uvedeného vyplývá, že téměř všichni respondenti haptiku při práci využívají a zároveň jsou si vědomi, že dotek jim usnadňuje komunikaci s pacienty. Skutečnost, že jeden respondent odpověděl, že haptiku při práci nevyužívá a dotek mu komunikaci s pacienty usnadňuje, lze vysvětlit pravděpodobnou neznalostí pojmu „haptika“.

Následně se dotazníkové šetření zaměřilo na konkrétní užití doteku při kontaktu s pacienty – položka č. 7, 8 a 9.

Na dotaz, zda respondenti používají dotek k pozdravení pacienta (položka č. 7) odpovědělo 73,81 % dotazovaných kladně. Pro povzbuzení pacienta používá dotek 100 % respondentů (položka č. 8), a pro uklidnění pacienta 85,77 % respondentů; 35,71 % respondentů užívá dotek v jiných situacích

Položka č. 10 zjišťovala, v jakých jiných situacích (mimo pozdravení, povzbuzení a uklidnění pacienta) respondenti dotek používají. Nejvíce respondentů – 40 % uvedlo hygienu. K rehabilitaci dotek užívá 26,67 % respondentů, při edukaci 13,33 %, při oslovení 6,67 %, při ošetrovatelském výkonu 6,67 % a pro udržení pozornosti 6,67 %. Vyšlo najevo, že většina dalších úkonů, při kterých respondenti používají dotek, jsou aktivity spojené s ošetrovatelskou péčí. Domnívám se, že v tomto případě nebyla respondenty rozlišena haptika jako forma komunikace pomocí doteku a ošetrovatelský výkon, při kterém je dotek potřebný.

Hypotéza č. 1 předpokládala, že haptiku, jako formu neverbální komunikace, sestry nejvíce používají pro povzbuzení pacienta. Na základě odpovědí na položku č. 11 a položky č. 7-9 byla tato hypotéza potvrzena.

Položka č. 11 byla otevřená otázka, která se přímo dotazovala, v jakých situacích respondenti dotek používají nejčastěji. 4,76 % respondentů na tuto otázku neodpovědělo; 21,42 % respondentů udalo uklidnění pacienta a 73,80 % povzbuzení pacienta. Z položek č. 7-9 je tento výsledek rovněž zřejmý, vzhledem k tomu, že na dotaz v jakých situacích respondenti dotek používají, jich 100 % uvedlo, že k povzbuzení pacienta (položka č. 8); 85,77 % k uklidnění pacienta a 74,81 % k pozdravení pacienta.

Položka č. 12 zjišťovala nejčastější oblast doteku pacientů mimo rámec pracovní ošetrovatelského výkonu. Nejčastěji respondenti uváděli rameno – 76,19 %; 66,66 % respondentů se pacientů dotýká nejvíce na ruce, nejméně se respondenti dotýkají pacientů na hlavě – 26,19 %.

Procentuální nepoměr je dán tím, že někteří respondenti zaškrtnli více možností, i když otázka zněla, kde se pacientů dotýkají nejvíce a byla tedy požadovaná jednoznačná odpověď. Domnívám se, že k této skutečnosti došlo z toho důvodu, že lze jen těžko s určitostí posoudit nejčastější oblast doteku, pokud se na tuto skutečnost respondenti

delší dobu nesoustředí. Otázka poskytovala také možnost doplnit jiné místo doteku, než uvedené (rameno, ruka, hlava), této možnosti ale nikdo nevyužil.

Lze tedy říci, že respondenti pacienty nejčastěji uklidňují, povzbuzují nebo zdraví právě dotykem v oblasti ramene, ruky nebo hlavy.

Položka č. 13 zjišťovala, zda existují situace, kdy je respondentům nepříjemné se pacientů dotýkat. 50 % z dotazovaných odpovědělo kladně. Otázka poskytovala možnost uvést konkrétní případy. 5-23,81 % z 21 (100%) respondentů tuto možnost nevyužilo; 23,81 % respondentů uvedlo, že dotek je pro ně nepříjemný v případě kolonizace pacienta bakteriemi; 14,29 % při znečištění; 14,29 % při zvracení pacienta; 14,29 % v případě, že pacient umírá a 9,52 % v případě, že se jedná o bezdomovce.

Velmi zajímavé byly odpovědi respondentů na otázku, zda se domnívají, že dotek může být pro pacienty přínosnější než verbální komunikace (položka č. 14). 97,62 % respondentů odpovědělo kladně. Pouze jediný respondent (2,38 %) odpověděl, že verbální komunikace je pro pacienta důležitější než dotek. Je tedy zajímavé, že ač se 97,62 % respondentů domnívá, že dotek je často pro pacienta přínosnější než verbální komunikace, polovině respondentů je nepříjemné se pacientů v některých situacích dotýkat (položka č. 13). Tento rozpor byl ozřejmen odpověďmi respondentů, kteří uvedli, že dotek je pro ně nepříjemný v případě kolonizace pacienta bakteriemi, při znečištění, při zvracení pacienta, v případě, že pacient umírá, nebo že se jedná o bezdomovce. Tyto uvedené případy tak vyloučily rozpor mezi odpověďmi respondentů, protože důvodem nebyla neochota respondentů, ale nepříjemná okolnost, které museli respondenti čelit.

Položka č. 15 zjišťovala, zda pacienti znají pojem taktilní deprivace. 71,43 % respondentů odpovědělo kladně, 28,57 % pojem nezná. S taktilní deprivací jsou více obeznámeni pacienti z oddělení DIOP, kde pojem zná 92,30 % respondentů, z oddělení LDN pouze 62,06 % respondentů. Po respondentech nebylo požadováno, aby pojem taktilní deprivace přímo vysvětlili a proto může být tento výsledek, poukazující na subjektivní znalost respondentů, zavádějící.

Za důležité jsem považovala zjistit názor respondentů, zda mají pacienti na jejich oddělení dostatek haptických podnětů (položka č. 16). 76,92 % respondentů z oddělení DIOP a 72,41 % respondentů z oddělení LDN odpovědělo kladně, tedy, že pacienti na jejich

oddělení mají dostatek haptických podnětů. Celkově 73,81 % respondentů se domnívá, že pacienti na jejich oddělení mají dostatek haptických podnětů. Mezi stanovisky respondentů z oddělení DIOP a LDN není výrazný rozdíl.

Zuzana Houzarová, studentka ošetrovatelství z Masarykovy University, se v bakalářské práci zaměřila na význam haptiky v ošetrovatelské péči. V rámci svého dotazníkového šetření se ptala respondentů: „Myslíte si, že nemocní hospitalizovaní na vašem oddělení mají dostatek haptických kontaktů ze strany ošetřujícího personálu nad rámec instrumentálních činností?“⁵⁶ Na výběr ovšem nabízela více možností než ano, nebo ne, jako to bylo v případě mého dotazníku. Z práce Houzarové, kde je tato otázka diskutována v položce č. 12, vyplývá, že pouze 10 % respondentů se domnívá, že pacienti nemají dostatek haptických podnětů. Nejvíce respondentů uvedlo, že otázka dostatečného množství haptických podnětů je u každého pacienta individuální.

Jindra Pospíšilová nahlíží ve své bakalářské práci Význam haptiky pro nemocného člověka na tuto problematiku z pohledu pacientů. V rámci svého dotazníkového šetření zjišťuje míru spokojenosti pacientů s dostatkem doteků v průběhu hospitalizace. V tomto případě odpovědělo kladně jen 57 %.⁵⁷ Z uvedených výsledků vyplývá, že zdravotníci hodnotí dostatečnost haptických podnětů pro pacienty lépe, než pacienti samotní. Dotazníková šetření, v kterých byli dotazováni zdravotníci, se ovšem uskutečňovala na jiných odděleních, než šetření, kde byli dotazováni pacienti. Nelze tedy tyto výsledky přímo porovnávat, přesto poskytují námět k zamyšlení a případnému dalšímu šetření, v kterém by byli dotazováni zdravotníci i pacienti na stejném oddělení.

Hypotéza č. 2 předpokládala, že metodu Terapeutického doteku zná méně, než jedna třetina respondentů. Vzhledem k tomu, že v položce č. 17 45 % respondentů uvedlo, že metodu zná – více než polovina respondentů 52 % z LDN a 31 % z DIOP, **hypotéza nebyla potvrzena.** Skutečnost, že terapeutický dotek je respondentům znám, mne překvapila z toho důvodu, že na rozdíl od bazální stimulace, v Čechách neexistuje institut, který by zprostředkovával informace a zabýval se výukou zdravotnických pracovníků touto metodou. Vzhledem k tomu, že položka zjišťuje subjektivní pohled re-

⁵⁶ HOUZAROVÁ, Zuzana. *Význam haptiky v ošetrovatelské péči* [online]. Brno, 2010 [cit. 2012-06-21]. Dostupné z: http://is.muni.cz/th/258431/lf_b/Bakalarska_prace.txt. Bakalářská práce. Masarykova Univerzita, Katedra ošetrovatelství. Vedoucí práce PhDr. Andrea Pokorná Ph.D.

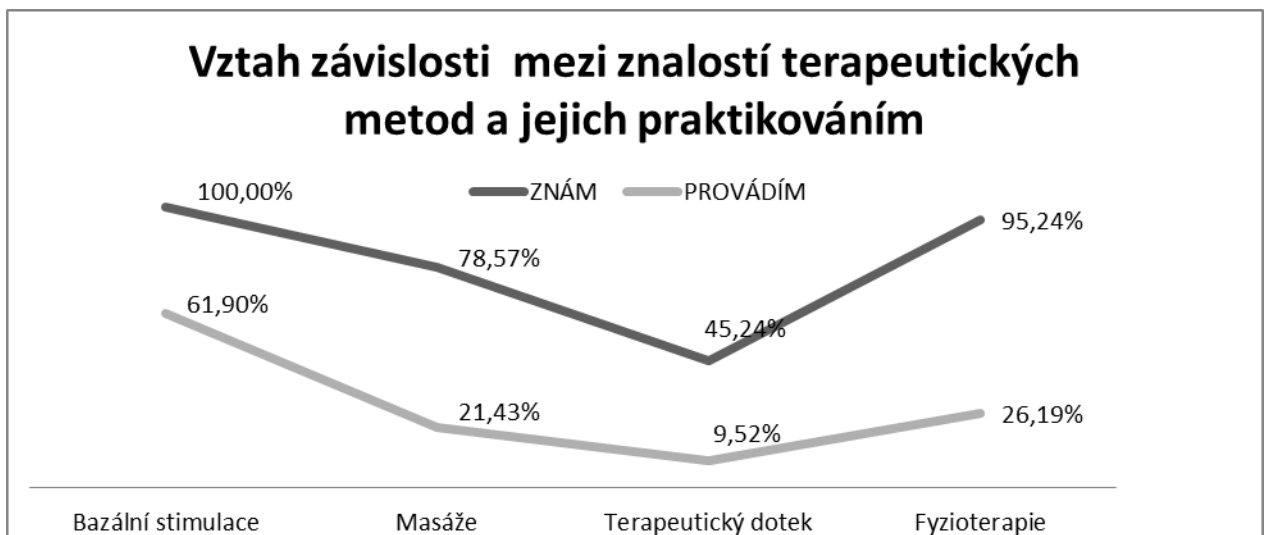
⁵⁷ POSPÍŠILOVÁ, Jindra. *Význam haptiky pro nemocného člověka* [online]. Brno, 2006 [cit. 2012-06-21]. Dostupné z: http://is.muni.cz/th/101041/lf_b/bakalarska_prace_2006.pdf. Bakalářská práce. Masarykova Univerzita. Vedoucí práce PhDr. Andrea Pokorná Ph.D.

spondentů na znalost terapeutického doteku a nebylo tedy od nich požadováno vysvětlení, čím se tato metoda zabývá, mohou být údaje o její znalosti zavádějící.

Hypotéza č. 3 předpokládala, že existuje vztah závislosti mezi znalostí terapeutických metod a jejich užíváním v praxi. Na základě položky č. 17 a č. 18 byla tato hypotéza potvrzena.

Položka č. 17 se zabývá tím, jaké metody používání doteku k terapeutickým účelům respondenti znají. Položka č. 18 zjišťovala, jaké metody provádí respondenti při své práci na oddělení. Pokud metody neprovádějí, měli možnost vysvětlit z jakého důvodu.

K zodpovězení této hypotézy byl vytvořen graf závislosti znalosti terapeutických metod a jejich používání v praxi. Graf byl zpracován za obě oddělení dohromady, procentuální zastoupení vychází tedy z celkového počtu respondentů.



Obr. 13: *Závislost mezi znalostí terapeutických metod a jejich praktikováním*

Z obrázku č. 13 lze určit závislost znalosti terapeutických metod a jejich provádění v praxi. Bazální stimulaci zná 100 % respondentů a provádí ji 61,90 % dotazovaných, masáže zná 78,57 % respondentů, provádí je 21,43 % dotazovaných, terapeutický dotek zná 45,24 % dotazovaných a provádí jej 9,52 % respondentů, fyzioterapii zná 95,24 % respondentů a v praxi ji provádí 26,19 %.

Další část dotazníku se zabývala bazální stimulací. Respondenti byli dotazováni, zda se domnívají, že je bazální stimulace pro pacienty přínosná.

Hypotéza č. 4 předpokládala, že více než dvě třetiny sester považuje bazální stimulaci za pro pacienty přínosnou metodu. Na základě odpovědí na položku č. 19 byla hypotéza potvrzena. Na oddělení LDN i DIOP odpovědělo 100 % respondentů, že bazální stimulaci považuje za přínosnou metodu.

Mezi respondenty jsem se dále dotazovala, které techniky bazální stimulace provádějí nejčastěji. Z položky č. 20 vyplývá, že nejvíce 83,33 % je zastoupena somatická stimulace; méně častěji je prováděna optická stimulace – 71,42 %; vibrační stimulace – 64,28 %; orální stimulace – 54,76 %; 52,28 % auditivní stimulace; 50 % taktilně haptická stimulace; 42,23 % vestibulární stimulace a 21,42 % olfaktorická stimulace.

Diplomová práce Bc. Martiny Liškové se zabývá bazální stimulací v praxi. Své výzkumné šetření prováděla v LND Motol. V položce č. 16 se zabývá obdobnou otázkou: „Jaké metody bazální stimulace při své práci respondenti nejčastěji užívají?“ Z dotazníkového šetření vyplývá, že nejvíce je zastoupená stimulace somatická – 47,06 %, 14,71 % respondentů praktikuje taktilně-haptickou a 11,46 % optickou stimulaci.⁵⁸ Výsledky Liškové se tedy částečně shodují s mými. Somatická stimulace byla v obou šetřeních identifikována jako nejčastěji užívaná metoda bazální stimulace.

Za důležité jsem považovala zjistit názor sester, zda provádění terapeutických metod, jako je např. bazální stimulace, zvyšuje prestiž povolání sester (položka č. 21). Všechny 13 (100 %) respondentů z oddělení DIOP odpovědělo kladně. Z oddělení LDN odpovědělo kladně 24 respondentů. Celkově za obě oddělení se 37 (88,10 %) respondentů domnívá, že provádění terapeutických metod zvyšuje prestiž povolání sestry.

S položkou č. 21 nepřímou souvisí i položka č. 22, která zjišťuje zájem sester o další vzdělávání v oblasti haptiky a terapeutických metod užívajících dotek. 80,95 % respondentů, 23 dotazovaných z LDN a 11 z DIOP odpovědělo, že by se v této oblasti rádo vzdělávalo.

⁵⁸ LIŠKOVÁ, Martina. *Bazální stimulace v praxi* [online]. Brno, 2007 [cit. 2012-06-21]. Dostupné z: http://is.muni.cz/th/205654/lf_m/diplomka1-opravena.pdf. Diplomová práce. Masarykova Univerzita, Lékařská fakulta. Vedoucí práce PhDr. Jana Hocková.

Po zkušenostech s dotazníkovým šetřením bych se snažila objektivizovat znalosti uvedených metod pomocí upřesňujících otázek, v kterých by respondenti dané metody stručně vysvětlili. Šetření bych také uskutečnila v jiném časovém období, než v únoru, kdy vzhledem k většímu množství probíhajících výzkumů, byli respondenti zaneprázdněni.

4 Závěr

Užívání doteku v ošetrovatelské péči je zajímavé a podnětné téma. Zkoumáním účinku doteku a využitím jeho léčebného potenciálu se zabývá mnoho studií. Citlivý dotek je v ošetrovatelské péči velmi jednoduchý prostředek jak přispět ke zvýšení komfortu pacienta. Tato bakalářská práce nastínila situaci pacienta v nemoci a podrobněji se zabývala možnostmi, jak sestra může dotek při své práci využít.

Konkrétně bylo popsáno užití doteku, jako prostředku neverbální komunikace – haptika, užití doteku v rámci konceptu bazální stimulace a užití nepřímého doteku v rámci doplňkové (alternativní) léčebné terapie terapeutický dotek. Z výsledků výzkumného šetření vyplývá, že haptika, je ze zmiňovaných možností nejrozšířenější způsob užití doteku v práci sestry (mimo provádění ošetrovatelských výkonů). Haptika, která je nejčastěji používána k povzbuzení pacienta, je respondenty považována za metodu pro pacienty přínosnou. Sestry rovněž uvedly, že jim usnadňuje komunikaci s pacienty.

V teoretické části byl dále stručně popsán koncept bazální stimulací. Za velmi pozitivní považují, že všichni respondenti bazální stimulaci znají a zároveň ji považují za metodu pro pacienty přínosnou. Část mé bakalářské práce se věnuje v Čechách málo rozšířené metodě terapeutického doteku, kterou zná méně než polovina respondentů. Terapeutický dotek je spolu s jinými dotekovými metodami zařazován do ošetrovatelské péče ve Spojených Státech Amerických, odkud také tato metoda pochází.⁵⁹

Z výzkumného šetření vyplývá, že si respondenti uvědomují důležitost terapeutických metod užívajících dotek, přesto ne všichni, kteří metody znají, je i praktikují. Velmi zajímavou informací je, že haptické podněty na oddělení považuje za dostatečné jen

⁵⁹ Healing touch: Hands-on help for the heart?. *Harvard heart letter: from Harvard Medical School*. 2005, vol. 16, s. 1. ISSN 1051-5313. Dostupné z: <http://www.health.harvard.edu>

74 % respondentů. Výzkumné šetření tedy odhaluje prostor pro možné zkvalitnění ošetrovatelské péče a další výzkum v několika oblastech:

- Oblast rozporu mezi znalostí jednotlivých metod s jejich prováděním. Z jakého důvodu sestry nepraktikují terapeutické metody, které znají?
- Zajištění dostatku haptických podnětů pacientům. Mají pacienti dostatek haptických podnětů? Pokud nemají, z jakého důvodu? Jakým způsobem dostatek haptických podnětů zajistit? Tuto oblast mohou pomoci objasnit i názory pacientů na tuto problematiku.

Praktikování terapeutických metod mimo jiné předpokládá zájem sester tyto metody provádět. Za velmi pozitivní považují zjištění, že 88 % respondentů se domnívá, že praktikování terapeutických metod užívajících dotek zvyšuje prestiž povolání sestry a 81 % respondentů by se v této oblasti chtělo dále vzdělávat. Na základě těchto zjištění vzniká další oblast možného zaměření:

- Jak vytvořit sestřám podmínky pro další vzdělávání a praktikování terapeutických metod užívajících dotek.

Téma užívání doteku v práci sestry je velmi rozsáhlé a nebylo ho tedy možné v rámci bakalářské práce plně obsáhnout. Tato práce se pokusila nastínit základní poznatky a upozornit na některá úskalí dané problematiky.

Danou problematikou bych se ráda zabývala i v budoucnu.

Referenční seznam

1. ASTIN, John A. et al. The Efficiency of "Distant Healing": A Systematic Review of Randomized Trials. *Annals of Internal Medicine*. 2000, vol. 132, č. 11, str. 903-910.
2. BRUNNER, Nora. The Power of Touch: In a High-Tech World It Pays to Reach Out. *Body Sense*. 2009, autumn/winter 2009, 26 - 29.
3. DOENGES, Marilyn E. *Kapesní průvodce zdravotní sestry*. 2. přepr. a rozšíř. vyd. Praha: Grada Publishing, 2001, 565 str. ISBN 80-247-0242-8.
4. FRIEDLOVÁ, Karolína. *Bazální stimulace v základní ošetrovateľské péči*. Vyd. 1. Praha: Grada Publishing, 2007. 168 str. ISBN 80-247-1314-4.
5. HAVRANIK, P., JOHNSTON, P., DEATRICH, J. Therapeutic touch and agitation in individuals with Alzheimer's disease. *Western Journal of Nursing Research*. 2008, vol 30, č 4, 417-434. DOI: 10.1177/0193945907305126
6. HOUZAROVÁ, Zuzana. *Význam haptiky v ošetrovateľské péči* [online]. Brno, 2010 [cit. 2012-06-21]. Dostupné z: http://is.muni.cz/th/258431/lf_b/Bakalarska_prace.txt. Bakalářská práce. Masarykova Universita, Katedra ošetrovateľství. Vedoucí práce PhDr. Andrea Pokorná Ph.D.
7. Healing Touch: Hands-on help for the heart?. *Harvard heart letter: from Harvard Medical School*. Thomas H. Lee, M.D. 2005, vol. 16, s. 1. ISSN 1051-5313. Dostupné z: <http://www.health.harvard.edu>
8. JACKSON, Emily et al. Does Therapeutic Touch Help Reduce Pain and Anxiety in Patients with Cancer?. *Clinical Journal of Oncology Nursing*. 2008, vol. 12, č. 1, 113- 120. DOI: 10.1188/08.CJON.
9. JANÁČKOVÁ, Laura; WEISS, Petr. *Komunikace ve zdravotnické péči*. Praha: Portál, 2008. 136 str. ISBN 978-80-7367-477-9.
10. KOPŘIVA, Karel. *Lidský vztah jako součást profese*. 5. Praha: Portál, 2006. 147 str. ISBN 80-7367-181-6.
11. KRIEGER, Dolores. *Accepting Your Power to Heal: The Personal Practice of Therapeutic Touch*. Rochester: Bear and Company, 1993. 138 str. ISBN 1-879181-04-5. str. 8
12. KŘIVOHLAVÝ, Jaro; PEČENKOVÁ, Jaroslava. *Duševní hygiena zdravotní sestry*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2004. 80 str. ISBN 80-247-0784-5.

13. KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Jak si navzájem lépe porozumíme: Kapitoly z psychologie sociální komunikace*. Vyd. 1. Praha: Svoboda, 1988. 235 str.
14. KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie nemoci*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2002, str. 94. ISBN 80-247-0179-0.
15. LANGMEIER, Josef a Zdeněk MATĚJČEK. *Psychická deprivace v dětství*. Vyd. 4., dopl. vyd. v nakl. Karolinum 1. Praha: Karolinum, 2011, 399 str. ISBN 978-802-4619-835.
16. LEDER, Drew a Mitchell W. KRUCOFF. The Touch That Heals: The Uses and Meanings of Touch in the Clinical Encounter. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*. 2008, 14(3), 321-327. DOI: 10.1089/acm.2007.0717.
17. LIŠKOVÁ, Martina. *Bazální stimulace v praxi* [online]. Brno, 2007 [cit. 2012-06-21]. Dostupné z: http://is.muni.cz/th/205654/lf_m/diplomka1-opravena.pdf. Diplomová práce. Masarykova Univerzita, Lékařská fakulta. Vedoucí práce PhDr. Jana Hocková
18. MCCABE, Pauline a Amanda KENNY. Alternativní terapie. O'CONNOR, Margaret. *Paliativní péče: pro sestry všech oborů*. 1. české vyd. Praha: Grada, 2005, 211- 218. ISBN 80-247-1295-4.
19. MIKULÁŠTÍK, Milan. *Komunikační dovednosti v praxi*. 2., dopl. a přeprac. vyd. Praha: Grada Publishing, 2010, 325 str. ISBN 978-80-247-2339-6.
20. PLAŇAVA, Ivo. *Průvodce mezilidskou komunikací: Přístupy – dovednosti – poruchy*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2005. 148 str. ISBN 80-247-0858-2.
21. POSPÍŠILOVÁ, Jindra. *Význam haptiky pro nemocného člověka* [online]. Brno, 2006 [cit. 2012-06-21]. Bakalářská práce. Masarykova Univerzita. Vedoucí práce PhDr. Andrea Pokorná Ph.D. Dostupné na: http://is.muni.cz/th/101041/lf_b/bakalarska_prace_2006.pdf.
22. ROUTASALO, Pirkko a Arja ISOLA. Touching by Skilled Nurses in Elderly Nursing Care. In: *Scand J Caring Sci*. Scandinavian University Press, 1998, 170-178. ISSN 0283-9318.
23. SIMINGTON, Jane A. The Power of Expressive Touch. *A Journal of the Art and Science of Medicine* [online]. 2011, roč. 11, č. 4 [cit. 2012-06-11]. Dostupné z: www.humanehealthcere.com
24. SMITH, Edward W. *Tělo v psychoterapii*. Vyd. 1. Překlad Silvie Struková. Praha: Portál, 2007, 205 str. Spektrum (Portál), 50. ISBN 978-807-3671-440.

25. ŠPATENKOVÁ, Naděžda a Jaroslava KRÁLOVÁ. *Základní otázky komunikace: komunikace (nejen) pro sestry*. Vyd. 1. Praha: Galén, 2009, 135 str. ISBN 978-807-2625-994.
26. TANG, Rong et al. Improving the Well-Being of Nursing Leaders Through Healing Touch Training. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*. 2010, vol. 16, č. 10, 837- 841. DOI: 10. 10/89acm.2009.0558.
27. *Velký sociologický slovník: I. svazek A-O*. Vyd. 1. Praha: Karolinum, 1996. ISBN 80-7184-164-1.
28. *Vše o léčbě bolesti: příručka pro sestry*; [z angl. orig. přel. Veronika Di Cara]. - 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2006. 355 str. ISBN 80-247-1720-4.
29. WANG, K. L., HERMANN, C. Pilot study to test the effectiveness of healing touch on agitation in people with dementia. *Geriatric Nursing*. 2006, vol. 27, č. 1, str. 34-40.
30. WUTHNOW, Sara. Healing Touch Controversies. *Journal of Religion and Health*. 1997, vol. 36, no. 3, str. 221 - 229.

Elektronické zdroje

1. Institut Bazální stimulace. [online]. [cit. 2012-05-20].
Dostupné z: <http://www.bazalni-stimulace.cz>
2. Skeptic's Dictionary. In: [online]. 19.12.2011 [cit. 2012-04-21].
Dostupné z: <http://www.skepdic.com/tt.html>
3. Therapeutic Touch International Association [online]. [cit. 2012-06-21].
Dostupné z: <http://therapeutic-touch.org/>

SEZNAM OBRÁZKŮ

- Obr. 1: Pohlaví respondentů dle oddělení
- Obr. 2: Relativní četnost respondentů dle oddělení
- Obr. 3: Použití doteku jako prostředku komunikace
- Obr. 4: Nejčastější oblast doteku
- Obr. 5: Situace, ve kterých je nepříjemné se pacientů dotýkat
- Obr. 6: Hodnota doteku větší než slova
- Obr. 7: Znalost pojmu taktilní deprivace
- Obr. 8: Dostatek haptických podnětů pro pacienty
- Obr. 9: Znalosti v oblasti terapeutických metod
- Obr. 10: Nejčastěji užívané techniky bazální stimulace
- Obr. 11: Prestiž povolání sestry
- Obr. 12: Zájem o další vzdělávání
- Obr. 13: Závislost mezi znalostí terapeutických metod a jejich praktikováním

Seznam tabulek

- Tab. 1: Pohlaví respondentů
- Tab. 2: Věková struktura respondentů
- Tab. 3: Délka praxe respondentů
- Tab. 4: Využití haptiky v praxi
- Tab. 5: Usnadnění komunikace pomocí doteku
- Tab. 6: Použití doteku jako prostředku komunikace
- Tab. 7: Ostatní použití doteku při kontaktu s pacienty
- Tab. 8: Nejčastější oblast doteku
- Tab. 9: Situace, ve kterých je nepříjemné se pacientů dotýkat
- Tab. 10: Znalost pojmu taktilní deprivace
- Tab. 11: Dostatek haptických podnětů pro pacienty
- Tab. 12: Znalosti v oblasti terapeutických metod
- Tab. 13: Praktikování terapeutických metod
- Tab. 14: Přínos bazální stimulace
- Tab. 15: Nejčastěji užívané techniky bazální stimulace
- Tab. 16: Prestiž povolání sestry
- Tab. 17: Zájem o další vzdělávání

Seznam příloh

Příloha č. 1: Dotazník

Příloha č. 2: CD

Příloha č. 1**DOTAZNÍK**

Dobrý den,

jsem studentkou 3. ročníku ošetřovatelství (Všeobecná sestra s rozšířenou výukou v pediatrii) na UK 2.lf a ráda bych Vás požádala o vyplnění tohoto dotazníku. Má práce se zabývá hodnotou doteku v práci sestry a dotazník je zaměřen především na Vaše názory týkající se kvality doteku, případně praktikování terapeutických dotekových metod. Zmiňuji zde především haptiku, jako formu neverbální komunikace prostřednictvím doteku, Bazální stimulaci a „Terapeutický dotek“.

Dotazník je anonymní. Děkuji Vám za Vaši ochotu.

Jitka Karmášková

Vyplňte prosím základní údaje o Vás:

1. Pohlaví

- žena
- muž

2. Věk

- méně než 20 let
- 20-30
- 31-40
- 41-50
- 51 a více let

3. Uveďte prosím oddělení, na kterém pracujete:

4. Uveďte prosím délku praxe na tomto oddělení:

- 0-5 let
- 6-10 let
- 11-15 let
- 16-20 let
- více než dvacet let

5. Využíváte ve své práci při komunikaci s pacienty haptiku?

- ano
- ne

6. Usnadňuje Vám dotek komunikaci s pacienty?

- ano
- ne

7. Používáte dotek při pozdravení pacienta?

- ano
- ne

8. Používáte dotek k povzbuzení pacienta?

- ano
- ne

9. Používáte dotek k uklidnění pacienta?

- ano
- ne

10. Uveďte v jakých jiných situacích haptiku využíváte?

11. V jaké situaci – viz výše – používáte dotek za účelem komunikace nejčastěji?

12. Kde se pacientů nejčastěji dotýkáte (mimo rámec provedení určitého výkonu)?

- na ruce (př. dlaně, hřbet ruky, předloktí)
- na rameni (př. pohlazení po rameni)
- na hlavě (př. pohlazení po tváři, po vlasech)
- jinde, uveďte prosím kde

13. Jsou situace, kdy je Vám nepříjemné se pacientů dotýkat?

- ano
- ne

Pokud ano, uveďte prosím jaké

14. Myslíte si, že v některých případech má dotek větší hodnotu, než slova (verbální komunikace)?

- ano
- ne

15. Znáte pojem taktilní deprivace?

- ano
- ne

16. Myslíte si, že pacienti na Vašem oddělení mají dostatek haptických podnětů?

- ano
- ne

17. Jaké metody používání dotyku k terapeutickým účelům znáte?

- Bazální stimulace
- Terapeutický dotek
- Fyzioterapie
- masáže
- jiné

18. Provádíte některé z nich při své práci na oddělení?

- ano
- ne

Pokud ano, uveďte prosím jaké

Pokud ne, uveďte prosím proč:

- neprovádím, protože je neznám
- neprovádím, protože k nim nemám kompetenci
- neprovádím, protože na ně nemám čas
- jiný důvod

19. Myslíte si, že Bazální stimulace je pro pacienty přínosná?

- ano
- ne

20. Pokud Bazální stimulaci používáte, jaké techniky provádíte nejčastěji?

- Somatickou stimulaci
- Vestibulární stimulaci
- Vibrační stimulaci
- Orální stimulaci
- Taktilně-haptickou stimulaci
- Optickou stimulaci
- Auditivní stimulaci
- Olfaktorickou stimulaci

21. Myslíte si, že využívání Bazální stimulace a dotekových metod zvyšuje prestiž povolání sestry?

- ano
- ne

22. Chtěla byste se v oblasti haptiky a terapeutických metod užívajících dotek dále vzdělávat?

- ano
- ne