



UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE
3. LÉKAŘSKÁ FAKULTA



Ústav ošetřovatelství

**Ošetřovatelská péče o pacientku
s poruchou přizpůsobení v denním
stacionáři**

*Nursing Care For The Patient With Adjustment
Disorder In The Day Hospital*

případová studie

bakalářská práce

Praha, červen 2008

Zuzana Švábová
bakalářský studijní program: Ošetřovatelství
studijní obor: Zdravotní vědy

Autor práce: **Zuzana Švábová**

Studijní program: **Zdravotní vědy**

Bakalářský studijní obor: **Ošetrovatelství**

Vedoucí práce: **MUDr. Tamara Tošnerová**

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

Odborný konzultant: **MUDr. Tamara Tošnerová**

Pracoviště odborného konzultanta: **Ústav ošetrovatelství 3. LF UK**

Datum a rok obhajoby:

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem předkládanou práci zpracovala samostatně a použila jen uvedené prameny a literaturu. Současně dávám svolení k tomu, aby tato bakalářská práce byla používána ke studijním účelům.

V Praze dne

Zuzana Švábová

Poděkování

Na tomto místě bych ráda poděkovala své vedoucí práce a odborné konzultantce MUDr. Tamaře Tošnerové za odborné vedení a panu Jindřichu Andělovi za korektury práce.

OBSAH

ÚVOD	7
KLINICKÁ ČÁST	8
1. INDIKACE K LÉČBĚ V DENNÍM STACIONÁŘI	8
1.1. NEJČASTĚJŠÍ DIAGNÓZY	9
2. LÉČBA NEURÓZ	10
2.1. FARMAKOLOGICKÁ LÉČBA U NEUROTICKÝCH PORUCH	11
2.2. PSYCHOTERAPIE V DENNÍM STACIONÁŘI.....	12
2.3. TERAPEUTICKÉ PROGRAMY V DENNÍM STACIONÁŘI	14
3. PANÍ A.C.	27
3.1. OSOBNÍ DATA A ONEMOCNĚNÍ V ANAMNÉZE.....	27
3.2. NYNĚJŠÍ ONEMOCNĚNÍ	27
3.3. DOPORUČENÁ LÉČBA	28
3.4. PROVEDENÁ VYŠETŘENÍ.....	28
OŠETŘOVATELSKÁ ČÁST	30
1. OŠETŘOVATELSKÝ MODEL	30
1.1. VZORCE ZDRAVÍ MARJORY GORDON	30
2. TEORIE OŠETŘOVATELSKÉHO PROCESU	33
2.1. FÁZE OŠETŘOVATELSKÉHO PROCESU	33
3. ZHODNOCENÍ PACIENTKY, PANÍ A.C., PODLE MODELU FUNKČNÍHO ZDRAVÍ MARJORY GORDON	36
3.1. VNÍMÁNÍ ZDRAVÍ – UDRŽOVÁNÍ ZDRAVÍ.....	36
3.2. AKTIVITA – CVIČENÍ.....	36
3.3. VÝŽIVA – METABOLISMUS - VYLUČOVÁNÍ	36
3.4. SPÁNEK – ODPOČINEK	37
3.5. CITLIVOST (VNÍMÁNÍ) – POZNÁVÁNÍ	37
3.6. SEBEPOJETÍ – SEBEÚCTA	38
3.7. ROLE – VZTAHY	38
3.8. REPRODUKCE – SEXUALITA.....	39
3.9. STRES, ZÁTĚŽOVÉ SITUACE – ZVLÁDÁNÍ, TOLERANCE.....	39
3.10. VÍRA – ŽIVOTNÍ HODNOTY	39

4. KRÁTKODOBÝ PLÁN OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE.....	40
4.1. PRŮBĚH JEDNOHO DNE V DENNÍM STACIONÁŘI	40
4.2. OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNÓZY	42
5. DLOUHODOBÝ OŠETŘOVATELSKÝ PLÁN	44
5.1. OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNÓZY	44
6. ZÁVĚR LÉČBY	47
7. EDUKAČNÍ PLÁN PANÍ A.C	47
8. POHLED PACIENTKY NA VLASTNÍ ONEMOCNĚNÍ	49
8.1. POHLED NA VZNIK NEMOCI A CESTU K UZDRAVENÍ	49
8.2. POHLED NA PSYCHOTERAPEUTICKOU PRÁCI S BIOGRAFIÍ	49
8.3. ZTRÁTY ZPŮSOBENÉ NEMOCÍ	50
8.4. ZISKY Z NEMOCI.....	50
9. POHLED SPOLEČNOSTI NA PSYCHOGENNÍ ONEMOCNĚNÍ.....	50
9.1. STRACH ZE STIGMATIZACE.....	50
9.2. AKCEPTACE PSYCHOGENNÍHO ONEMOCNĚNÍ JAKO DŮSLEDKU ZRYCHLENÉHO ŽIVOTNÍHO STYLU.....	51
9.3. STRACH ZE ZMĚNY	52
10. SESTRA JAKO ČLEN MULTIDISCIPLINÁRNÍHO TÝMU V DENNÍM STACIONÁŘI PRO LÉČBU NEURÓZ A PSYCHOSOMATICKÝCH PORUCH	53
10.1. ROLE SESTRY V TÝMU DENNÍHO STACIONÁŘE.....	53
ZÁVĚR.....	58
SOUHRN.....	59
SUMMARY	60
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	61
SEZNAM OBRÁZKŮ	63
SEZNAM PŘÍLOH.....	63
PŘÍLOHY	64

ÚVOD

Téma bakalářské práce jsem si vybrala, protože je přímo spjaté s oborem, ve kterém pracuji, tedy s ošetrovatelskou péčí o nemocné s neurózou v denním stacionáři (DS).

Práce je rozdělena na část klinickou a ošetrovatelskou. V klinické části jsou stručně popsány nejčastější diagnózy, při jejichž léčbě je terapie v denním stacionáři využívána a léčebný přístup k nim. Jsou také přiblíženy terapeutické prostředky používané v denním stacionáři. Ošetrovatelská část je zaměřena na ošetrovatelskou problematiku, roli sestry v denním stacionáři, ošetrovatelský proces a model. Praktické uplatnění je demonstrováno na případové studii k péči o pacientku s poruchou přizpůsobení (paní A.C.).

Kapitoly o pohledu pacientky na své onemocnění a společnosti na psychogenní onemocnění obecně, jsou souhrnem diskusí o tomto tématu v denním stacionáři s paní A.C. a dalšími účastníky skupinové psychoterapie.

Kapitola o roli sestry jako členky terapeutického týmu denního stacionáře je zařazena z mé potřeby vymezit jasněji možnosti a meze práce sestry na tomto typu oddělení.

KLINICKÁ ČÁST

1. Indikace k léčbě v denním stacionáři

Pacient na kliniku přichází sám, nebo je mu terapie doporučena některým z jeho lékařů. Nejčastěji to bývá psychiatr, ale v poslední době nezřídka terapii doporučí praktický lékař nebo odborný lékař poté, co po sérii vyšetření zjistil, že problémy pacienta jsou funkčního charakteru a předpokládá jejich psychický původ.

Do denního stacionáře pro léčbu neuróz a psychosomatických poruch jsou psychiatrem nejčastěji indikováni pacienti s diagnózami podle MKN 10 z oblasti F.4X - Neurotické poruchy, poruchy vyvolané stresem a somatofornní poruchy. Méně často přicházejí pacienti s diagnózami z oblasti depresivních poruch (zejména F.33 - Periodická depresivní porucha) a afektivních poruch (zejména F34.1 – Dystymie).

Méně indikováni jsou pacienti s poruchou osobnosti. Do skupin bývají zařazováni lidé se závislou a anxiózní poruchou osobnosti (F 60.6 a F 60.7), nebo s jinou nespecifikovanou nebo smíšenou poruchou osobnosti (F 60.8, nebo F 61). Naší zkušeností se nicméně potvrzuje, že lidé s poruchou osobnosti potřebují dlouhodobější léčbu a účast ve stacionáři, který trvá maximálně 11 týdnů, pro ně má význam spíše jako počáteční impuls k další práci na sobě. Záleží vždy na úsudku indikujícího psychiatra a psychologa, zda se rozhodne člověka s poruchou osobnosti do skupiny zařadit, nebo doporučí jiný způsob léčby (např. léčbu v terapeutické komunitě nebo dlouhodobém denním stacionáři).

Často se setkáváme se situací, že u pacienta, který do denního stacionáře přichází s nějakým druhem úzkosti, například s agorafobií či sociální fobií, v průběhu terapie rozpoznáme jiný problém, který byl úzkostnými potížemi pouze překrytý. Například zjistíme, že se jedná o poruchu osobnosti, nebo výjimečně i rozvíjející se psychotické onemocnění.

Do tohoto typu skupinové psychoterapie nejsou indikováni pacienti s akutně probíhajícími diagnózami ze skupiny F.50 – Poruchy příjmu jídla. Přestože se v indikačních rozhovorech téma problémů s příjmem potravy diskutuje, může se tato problematika jasněji objevit až v průběhu skupinové

terapie. Pak je na důkladném zvážení týmu, zda je pokračování v léčbě v DS pro pacienta indikováno, nebo je nutné léčbu ukončit a doporučit terapii na specializovaném oddělení.

1.1. Nejčastější diagnózy

Čtyři nejčastěji zastoupené diagnózy u 68 pacientů, kteří prošli léčbou v denním stacionáři za poslední dva roky,¹ jsou tyto:

- Porucha přizpůsobení F 43.2 (15 osob)
- Smíšená úzkostně depresivní porucha F 41.2 (17 osob)
- Agorafobie F 40.0 (6 osob)
- Sociální fobie F 40.1 (5 osob)

Podrobněji se zmíníme pouze o první z nich, která byla lékařem diagnostikována u pacientky v případové studii v praktické části této práce.

1.1.1. Porucha přizpůsobení F 43.2

Podle diagnostických kritérií MKN 10 přichází pacient s pocity tísně a emočními výkyvy, které jsou překážkou v jeho zapojení do společnosti a které omezují jeho výkonnost. V rozhovoru zjistíme v nedávné minulosti (maximálně však měsíc před rozvojem příznaků) významnou životní změnu nebo stresující událost. Mezi takto náročné životní události patří narušení integrity sociálních vztahů, například úmrtím nebo odchodem blízké osoby nebo osob ze života člověka, nebo poškození širšího systému hodnot a opor. Sem je možné zařadit řadu událostí jako jsou přestěhování, přesídlení do jiné země, ztráta zaměstnání, ztráta ekonomických a sociálních jistot atd. V neposlední řadě k těmto událostem patří i zjištění vážné somatické nemoci.

¹ DS pro léčbu neuróz a psychosomatických poruch na Psychosomatické a psychoterapeutické klinice ESET, Praha 4

U osob zranitelných nebo jinak predisponovaných hraje tento handicap významnou roli při vzniku poruchy, ale předpokládá se, že pokud by nenastala daná zátěžová situace, ke vzniku poruchy by nedošlo.

Porucha se projevuje širokým spektrem příznaků. Zejména to jsou pocity úzkosti a nevykonnosti. Pacientovi se do ničeho nechce, cítí se depresivně. Obává se budoucnosti, že nedokáže současný stav zvládnout. Objevují se výbuchy prudkých emocí – vzteku nebo pláče, nebo tyto sklony musí pacient náročně překonávat. Obvykle uvádí, že vzhledem k vyvolávajícímu podnětu reaguje emočně nepřiměřeně.

Začátek potíží pacient datuje asi měsíc po náročné životní události nebo změně. Porucha zpravidla netrvá déle než půl roku.²

2. Léčba neuróz

K léčbě se využívá kombinace různých metod. Léčbu můžeme rozdělit na **farmakologickou** – podávají se psychiatrické léky i léky tlumící somatické projevy onemocnění, a **nefarmakologickou**. Oba přístupy se vzájemně doplňují a kombinují. „Podstata léčby spočívá především v převedení nevědomých konfliktů na vědomou úroveň. Pacient může maximálně očekávat od léčby, že pochopí, jak by si mohl ve své situaci pomoci sám.“³

Nefarmakologické způsoby léčby zahrnují individuální a skupinovou psychoterapii. Podpůrnými prostředky jsou edukace, pohybová terapie a nácviky zvládání náročných situací⁴. Způsoby léčby použité u pacientky (paní A.C.) v případové studii v ošetrovatelské části práce budou popsány v rámci kapitoly 2.2.

² MKN 10 – *Duševní poruchy a poruchy chování popisy klinických příznaků a diagnostická vodítka* [CD-ROM], Praha: PCP, WHO, kapitola „f4“, 3. vydání

³ MARKOVÁ, E., VENGLÁŘOVÁ, M., BABIAKOVÁ, M. *Psychiatrická ošetrovatelská péče*. Praha: Grada Publishing, 2006, str. 266, ISBN80-247-1151-6

⁴ VENGLÁŘOVÁ, M., BABIAKOVÁ, M. *Neurotické poruchy* In MARKOVÁ, E., VENGLÁŘOVÁ, M., BABIAKOVÁ, M. *Psychiatrická ošetrovatelská péče*. Praha: Grada Publishing, 2006, str. 260 - 266, ISBN80-247-1151-6

2.1. Farmakologická léčba u neurotických poruch

Psychofarmaka u neurotických poruch neřeší primárně příčinu poruchy, která bývá dána souhrou více faktorů, ale mohou významně pomoci ke zmírnění symptomů nemoci a tím dát prostor k léčbě psychoterapeutické, která je vnímána za hlavní léčebnou metodu⁵. Raboch píše: „Psychofarmakoterapie byla někdy kladena do protikladu s psychoterapií. Někteří pacienti se mylně domnívají, že nasazení psychotropních léků znamená, že jsou vážně nemocní, nebo že selhali v rámci probíhající psychoterapie.“⁶ Přitom pacienti mohou být projevy nemoci natolik paralyzováni, že bez pomoci medikace nejsou schopni v psychoterapii začít a v léčbě vytrvat.

Pomocí psychofarmak je možné ovlivnit příznaky, jako jsou úzkost, poruchy spánku, depresivní ladění a nutkavé myšlenky. Dále popíšeme nejčastější farmaka, které jsou pacientům ordinována.

2.1.1. Anxiolytika a hypnotika

2.1.1.1. Anxiolytika

Jsou indikována pro léčbu úzkostných poruch, jako jedna z terapeutických možností. Často je ordinován alprazolam (Neurol, Xanax), či bromazepam (Lexaurin), který pacienti užívají buď trvale, nebo pouze v zátěžové situaci preventivně, nebo při výskytu obtíží. Méně často je předepisován klonazepam (Rivotril) a diazepam.

2.1.1.2. Hypnotika

Volba se řídí hlavně typem nespavosti, rychlostí nástupu účinku a dobou, po kterou preparát má působit. Problémem při dlouhodobém podávání je vznik tolerance a závislosti. Měly by být pravidelné podávány pouze několik týdnů. Mezi bezpečná hypnotika jsou řazena zelepton, zolpidem a zopiclon⁷.

⁵ MARKOVÁ, E., VENGLÁŘOVÁ, M., BABIAKOVÁ, M. *Psychiatrická ošetrovatelská péče*. Praha: Grada Publishing, 2006, str. 266, ISBN 80-247-1151-6

⁶ RABOCH, J., JIRÁK, R., PACLT, I. *Psychofarmakologie pro praxi*, Praha: Triton, 2005, str. 17

⁷ RABOCH, J., Anxiolytika a Hypnotika In RABOCH J., JIRÁK, R., PACLT, I., *Psychofarmakologie pro praxi*, Praha: Triton, 2005, str. 19 – 29, ISBN 80-7254-602-3

2.1.2. Antidepresiva

Pro léčbu úzkostných poruch jsou vhodná SSRI antidepresiva (citalopram, fluoxetin, sertralin atd.), která se nasazují v nižší dávce, než při léčbě deprese. Nástup účinku je většinou po 8 – 12 týdnech užívání léku.

Pro léčbu generalizované úzkostné poruchy a sociální fobie se používá vanlafaxin (Efectin), SNRI antidepresivum.

Rostlinným preparátem, který se užívá při lehkých a středně těžkých depresích, je extrakt z třezalky tečkované (preparát Jarsin 300). Jeho účinek je individuální, mezi popisované vedlejší účinky patří „závratě, fotosenzitivita, střevní obtíže a mírné zpomalení síňokomorového vedení“⁸. Snižuje účinnost hormonální antikoncepce⁹.

2.2. *Psychoterapie v denním stacionáři*

Zásady, kterými se řídí skupinová psychoterapie, se v jednotlivých zařízeních poskytujících stacionární léčbu mohou lišit. Záleží na psychoterapeutickém směru, který zastává vedoucí terapeut, a na skladbě pacientů, kteří se terapie účastní. Popíši zde blíže principy léčby v denním stacionáři, kde se léčila paní A.C., o které pojednává případová studie v druhé části této práce.

2.2.1. Cíle léčby

V denním stacionáři se snažíme ovlivňovat psychický stav člověka ze dvou směrů:

1. Při skupinové terapii se soustředíme na práci s možnými příčinami problémů, na možnost znovuprožití traumat a vytvoření korektivní zkušenosti.

⁸ RABOCH, J., JIRÁK, R., PACLT, I., *Psychofarmakologie pro praxi*, Praha: Triton, 2005, str. 49, ISBN 80-7254-602-3

⁹ RABOCH, J., Antidepresiva In RABOCH J., JIRÁK, R., PACLT, I. *Psychofarmakologie pro praxi*. Praha: Triton, 2005, str. 30 - 50, ISBN 80-7254-602-3

2. Při odpoledních programech hledáme způsoby, jak se naučit zacházet se současnými nepříjemnými symptomy. **Vedení těchto programů a jejich příprava je hlavní náplní práce zdravotní sestry.**

Tato forma terapie je užitečná pro lidi, kteří se psychoterapeuticky dosud neléčili, jako významný počáteční impuls k dlouhodobé práci, i pro ty, kteří již nějakou dobu pracovali individuální formou a práce ve skupině je nyní může posunout v léčbě dál.

2.2.2. Struktura léčby

Léčba v denním stacionáři trvá 9 - 11 týdnů. Jedná se o intenzivní léčbu, jejímž cílem je poskytnout člověku bezpečný prostor a čas, ve kterém se může soustředit na sebe a řešení svých problémů s pomocí uzavřené skupiny lidí, kteří řeší podobné problémy a odborníků, kteří poskytují odborné vedení.

Pacienti jsou přijímáni na základě doporučení psychiatra. Absolvují indikační rozhovor u psychologa, který denní stacionář vede.

Program denního stacionáře probíhá v pracovní dny a je rozdělen do tří bloků – komunity, skupiny a odpoledního programu (viz Příloha č. 5).

- **Komunita**

Setkání komunity je úvodním programem dne. Trvá 30 – 45 minut, pevný čas je stanoven podle velikosti skupiny. Jejím obsahem jsou sdělení organizačního rázu, krátká reflexe předchozího dne a pojmenování aktuálního tématu, které má za cíl pomoci členům odpoutat se od záležitostí jejich domácího života a přenést pozornost ke skupinové práci.

Komunitu vede v prvních dnech sestra a v dalších dnech její vedení převezmou pacienti sami. Vzniká tak prostor pro testování vlastních schopností mluvit před lidmi a uplatňovat autoritu.¹⁰

¹⁰ KNOBLOCH, F., KNOBLOCHOVÁ J., *Integrovaná psychoterapie v akci*, Praha: Grada Publishing, 1999, str. 146 - 148

- **Skupinová psychoterapie**

Skupinová psychoterapie následuje po komunitě, trvá 90 minut bez přestávky a je vedena klinickým psychologem – psychoterapeutem a sestrou v roli koterapeuta (viz kapitola 2.3.1).

- **Odpolední programy**

Jednotlivé odpolední programy trvají opět 90 minut. Svým charakterem jsou podpurné a edukační. Střídají se různé umělecky orientované techniky (např.: muzikoterapie – viz kapitola 2.3.3) a práce s tělem (relaxace – viz kapitola 2.3.4, pohybová terapie – viz kapitola 2.3.5). Programy vede sestra.

Arteterapie (viz.kapitola 2.3.2) má v programu odlišnou pozici, poskytuje množství materiálu, který je třeba zpracovat na skupině. Pokud se při tvoření, či při reflektování obrázku objeví náročná témata, přesouvá se práce s nimi do skupiny.

2.3. *Terapeutické programy v denním stacionáři*

Níže jsou popsány jednotlivé disciplíny zastoupené v programu denního stacionáře.

2.3.1. Skupinová psychoterapie

Skupinovou psychoterapii můžeme definovat jako „postup, který využívá k léčebným účelům skupinovou dynamiku, tj. vztahy a interakce jak mezi členy a terapeutem, tak mezi členy navzájem.“¹¹ Liší se od individuální psychoterapie, kde terapeut pracuje pouze s jedním klientem, či terapie kolektivní, která sice pracuje s více pacienty zároveň, ale vzájemné interakce mezi členy nejsou nezbytné.

Protože většina problémů, se kterými přicházejí pacienti trpící neurózou, se odehrává ve vztazích mezi lidmi, poskytuje terapeutická skupina ideální místo

¹¹ KRATOCHVÍL, S., *Skupinová psychoterapie v praxi*, třetí, doplněné vydání. Praha: Galén, 2005, str. 15, ISBN 80-7262-347-8

k jejich řešení. Skupina, která dobře funguje, „nemocného chrání, může jej podržet, jako matka své dítě, které se učí dělat první krůčky.“¹²

2.3.1.1. Čím skupinová psychoterapie léčí?

Kratochvíl shrnul účinné faktory ve skupinové psychoterapii do deseti základních bodů¹³.

Jsou to:

1. Členství ve skupině
2. Emoční podpora
3. Pomáhání jiným
4. Sebeexplorace a sebeprojevení
5. Odreagování
6. Zpětná vazba
7. Náhled
8. Korektivní emoční zkušenost
9. Zkoušení a nácvik nového jednání
10. Ziskávání nových informací a sociálních dovedností

2.3.1.2. Vývojové fáze skupiny

Uzavřená skupina, kterou skupina klientů ve stacionáři je, při své práci prochází několika fázemi, které jsou popsány odděleně, ale mohou se vzájemně prolínat. Podle Kratochvíla a Yaloma^{14 15} to jsou:

¹² ZMRZLÍKOVÁ, L., Pohled na dění v psychoterapeutické skupině. In *Psychoterapie II. sborník přednášek*. Praha: Triton, 1993, str. 185

¹³ KRATOCHVÍL, S., Účinné faktory ve skupinové psychoterapii In *Psychoterapie I. sborník přednášek*, Praha: Triton, 1992, str. 83 – 94, ISBN 80-900904-6-X

¹⁴ YALOM, I. D., *Teorie a praxe skupinové psychoterapie*. Hradec Králové: Konfrontace, 1999, str. 351, ISBN 80-86088-05-7

¹⁵ KRATOCHVÍL, S., *Skupinová psychoterapie v praxi*. Praha: Galén 2005, třetí, doplněné vydání, str. 27 – 29 ISBN 80-7262-347-8

- **První fáze: orientace a závislost**

Podle Yaloma bývá „první sezení skupinové terapie vždy úspěšné. Pacienti (stejně jako noví terapeuti) je očekávají s takovým strachem, že se jim při jeho uskutečnění v realitě uleví.“¹⁶

Lidé se hodně upínají na vedoucího skupiny, a „chovají se tak, jako by jejich spása záležela pouze na terapeutovi.“¹⁷ Témata, která přinášejí, se často týkají obecně jejich nemoci a vztahových problémů. Členové většinou zjišťují, že jejich obtíže jsou podobné a snaží se vzájemně si pomáhat radami a recepty na řešení. Často se obracejí na terapeuty s žádostí o rady a informace. Někteří se snaží chovat „správně“ a říkat „správné“ věci po vzoru terapeutů. Společným znakem a důvodem nejistoty a závislosti je různě velká nedůvěra v účinnost terapie a obavy, zda bude člověk skupinou přijat a „zapadne“.

- **Druhá fáze: konflikty a protest**

V prvním stadiu si jednotliví členové skupinu i její vedoucí značně idealizovali. Doufali také v rychlé a jasné řešení svých obtíží. Ve druhém stadiu jsou konfrontováni s nerealističností svých očekávání. Jsou „charakteristické konflikty mezi členy skupiny i mezi členy skupiny a formálním vůdcem.“¹⁸ Členové skupiny si vymezují vlastní pozici ve skupině, bojují o moc a vůči sobě navzájem se často projevují nepřátelsky. Hněv mohou ventilovat přímo, nebo nepřímo protesty proti pravidlům či absencemi. Docházení do skupiny jim může připadat nesmyslné, mohou cítit zhoršení obtíží a zdravotního stavu.

Členové skupiny jsou v opozici k terapeutům. Jak se jim v první fázi vedoucí skupiny jevíli jako ideální, nacházejí na nich nyní řadu chyb, jsou tím pobouřeni a zaskočení a „přenášejí na ně zodpovědnost za zklamání.“¹⁹ Možnost projevit i negativní pocity vůči terapeutům je důležitá, protože dává členům

¹⁶ YALOM, I. D., *Teorie a praxe skupinové psychoterapie*. Hradec Králové: Konfrontace, 1999, str. 351, ISBN 80-86088-05-7

¹⁷ KRATOCHVÍL, S., *Skupinová psychoterapie v praxi*. Praha: Galén 2005, třetí, doplněné vydání, str. 27, ISBN 80-7262-347-8

¹⁸ KRATOCHVÍL, S., *Skupinová psychoterapie v praxi*. Praha: Galén 2005, třetí, doplněné vydání, str. 27, ISBN 80-7262-347-8

¹⁹ KRATOCHVÍL, S., *Skupinová psychoterapie v praxi*, Praha: Galén, 2005, třetí, doplněné vydání, str. 28, ISBN 80-7262-347-8

skupiny poznat, že projevení hněvu nemusí být destruktivním prvkem, který zničí vztah.

- **Třetí fáze: vývoj koheze a kooperace**

Po zvládnutí konfliktů druhého stádia přichází zklidnění. Formuje se pocit skupinového „my“. Dochází ke srovnávání skupiny s jinými skupinami, ve kterých pacient funguje, a tyto jsou ostře kritizovány. Zvyšuje se soudržnost skupiny, členové již více rozumí principům terapie, ale teprve se učí chápat, že vyjádřit vlastní pocity, ačkoli mohou znít jiným členům skupiny nepříjemně, je dobré a žádoucí. Své reakce umírňují, snaží se kritiku sdělovat jemně, aby mohla být druhými přijata a pochopena jako pomoc. Skupina začíná pro členy fungovat jako bezpečné místo, kam mohou přijít se svými problémy. „V průběhu této fáze se zvyšuje morálka, vzájemná důvěra a sebeodhalování.“²⁰

- **Čtvrtá fáze: cílevědomá činnost**

Skupina v tomto stádiu „funguje jako integrovaná pracovní skupina, zamýšlí se, radí kritizuje, povzbuzuje, přijímá rozhodnutí.“²¹ Členové skupiny již při vyjadřování sdělují přímo i negativní emoce, protože jejich vyjadřování už není pro soudržnost skupiny ohrožující. Hostinní projevy nejsou potlačovány a je možné jejich konstruktivní zpracování. Toto stadium trvá s výkyvy k předchozím stupňům po celé další zbývající fungování skupiny. Podle našich zkušeností dojde v devíti až jedenácti týdnech do tohoto stadia skupina třeba jen na několik, ale o to důležitějších, dní.

2.3.1.3. Ukončení práce ve skupině v denním stacionáři

V předposledním týdnu léčby terapeuti cíleně směřují pacienty k tématům života po skončení léčby. Pacientům doporučujeme zůstat ještě týden či déle v pracovní neschopnosti a do běžného životního rytmu se zapojovat postupně. Podporujeme vyjadřování představ, plánů a obav. Zjišťujeme, jaké jsou představy

²⁰YALOM, I. D., *Teorie a praxe skupinové psychoterapie*, Hradec Králové: Konfrontace, 1999, str. 361, ISBN 80-86088-05-7

²¹KRATOCHVÍL, S., *Skupinová psychoterapie v praxi*. Praha: Galén, 2005 třetí,doplňené vydání, str. 29, ISBN 80-7262-347-8

pacientů o případné další psychiatrické a psychoterapeutické léčbě. Někteří z členů skupiny plánují návrat do péče k odesílajícím psychiatrům a psychoterapeutům, jiní zvažují zahájení individuální terapie, nebo účast v docházkové skupině.

Poslední tři až čtyři dny jsou věnovány závěrečnému reflektování léčby. Každý člen skupiny má pro sebe 45 minut, ve kterých sděluje, co pro něj účast ve skupině znamenala, bilancuje svá očekávání a výsledky léčby. Každý ze členů skupiny má možnost se k němu vyjádřit, sdělit, jak na něj dotyčný člověk ve skupině působil, a popřát mu něco do dalšího života. Na závěr se k němu vyjadřují terapeut a sestra. Zpětná vazba terapeuta se týká klinického pohledu na problematiku pacienta a další doporučení k léčbě, zpětná vazba sestry je více laická a lidská.

2.3.2. Arteterapie

Definice arteterapie je větší množství, vybíráme tu, která je uznávána Českou arteterapeutickou asociací. „Arteterapie je léčebný postup, který využívá výtvarného projevu jako hlavního prostředku poznání a ovlivnění lidské psychiky a mezilidských vztahů. Někdy bývá přiřazována k psychoterapii a jejím jednotlivým směrům, jindy je pojímána jako svébytný obor. (...) Arteterapie u nás dosud nemá jasně vyhraněný profesní statut, zřetelné vymezení ani pravidla. V rolích arteterapeutů působí (...) speciální a výtvarní pedagogové, psychologové, lékaři, střední zdravotnický personál.“²²

Arteterapie se dělí na receptivní a aktivní, skupinovou a individuální (Šicková-Fabricsi, 2006).

2.3.2.1. Arteterapie jako součást skupinové terapie denním stacionáři

Arteterapie se používá jako doplňující léčebná metoda. Pacienti tvoří na zadané téma, které souvisí s tématy probíranými ve skupině a koresponduje s fází skupinové práce. O obrázcích pak hovoří a skupina přidává vlastní nápady a

²² ČESKÁ ARTETERAPEUTICKÁ ASOCIACE, *Arteterapie v České republice*. [on-line], 2005, [cit.13.12.2007], dostupnost z: <http://www.arteterapie.cz/>

asociace. Pokud pacient objeví něco nového, co považuje za důležité, přináší toto téma do skupinové práce.

Cíle, které arteterapie jako součást léčby v DS sleduje, jsou následující:

- odlehčení a uvolnění napětí ve skupině
- odkrývání problematických témat, která se dále zpracovávají ve skupině
- rozvoj kreativity a spontánního vyjádření
- vyjádření a sdělení témat a pocitů, které je pro pacienta nemožné pojmenovat slovy.

2.3.3. Muzikoterapie

V současné době neexistuje jednotná definice oboru. Přístupy k muzikoterapii se liší v různých zemích a stejně tak se liší i definice (Zelevá 2007). Vybíráme tu z definic, která nejlépe odpovídá pojetí muzikoterapie aplikovanému u pacientky v následující případové studii.

„Muzikoterapie je psychoterapeutická metoda využívající v rámci komplexního psychoterapeutického procesu hudbu. Hudba funguje jako katalyzátor, prostředek a obohacení mnoha klientových zkušeností. Léčebné efekty a funkce v rámci psychoterapie vycházejí z emocionálního a spirituálního potenciálu hudby. Hudba pomáhá jednotlivci přenést svou zkušenost z mimoslovní roviny do roviny řeči.“²³

Programy muzikoterapie můžeme rozdělit na skupinové a individuální.

Formy muzikoterapie:

- **aktivní:** pacienti sami hudbu provozují pomocí hudebních a rytmických nástrojů a svého hlasu.

²³ DECKER-VOIGH, KNIKL, WEYMANN, 1996, s. 256 In ZELEVÁ, J. *Muzikoterapie*, Praha: Portál, 2007, s.30, ISBN 978-80-7367-9

- **receptivní:** „využívá působení reprodukované hudby“²⁴
- **kombinovaná:** je spojením aktivní a receptivní muzikoterapie, kdy klienti například na podkladě reprodukované hudby sami hudbu provozují.

Muzikoterapie je aplikována u neuróz, psychóz, osob závislých na návykových látkách, mentálně postižených, při poruchách řeči. (Lipský, 2002).

Hudba je schopna zasáhnout hlubší sféry lidské psychiky než mluvené slovo. Akustické podněty zasahují vývojově nejstarší části mozku – thalamus, hypothalamus, limbický systém a retikulární formaci. Takto se prostřednictvím melodie, rytmu a harmonie hudby aktivují emocionální pochody, rozvíjí se schopnost soustředění a komunikace.(Lipský, 2002)

V průběhu muzikoterapie vyplouvají na povrch nejrůznější emoce a vzorce chování, které jsou verbálně těžko zachytitelné. Následně je možné je snáze pojmenovat a dále s nimi pracovat. Tento aspekt je při léčbě neuróz velmi cenný. (Lipský, 2002)

Hudby lze použít i jako doprovod, nebo vyvolávajícího impulsu k pohybové aktivitě a propojovat tak muzikoterapii s pohybovou terapií, která je také v léčbě neuróz a psychosomatických poruch významná.

2.3.4. Relaxační techniky

V našem prostředí je nejčastěji v léčbě neuróz a psychosomatických poruch používán Schulzův autogenní trénink a Jacobsonova progresivní relaxace. Kromě těchto technik, při kterých může po nácviku člověk relaxovat samostatně, je využívána i řízená relaxace, imaginace a techniky vycházející z jógy (Nešpor, 1998).

²⁴ LIPSKÝ, M., *Zvuk a hudba jako prostředek muzikoterapeutického působení na lidský organismus*, [on-line], 2002, [cit. 12.12.2007], dostupnost z: <http://www.muzikoterapie.cz/index.php?p=obsah/clanky/zvuk-a-hudba-jako-prostredek-muzikoterapeutickeho-pusobeni-na-lidsky-organizmus>

Pro optimální nácvik a praktikování relaxace se snažíme pacienty vést ke splnění tří faktorů²⁵:

- MÍSTO

Pro nácvik relaxace doporučujeme najít si jedno místo, kde budou relaxaci praktikovat. Místo by mělo být klidné, umožňovat pohodlnou polohu v sedě s oporou, nebo v leže. Místo by mělo být stále stejné, aby se už při zaujímání polohy mysl automaticky připravovala na následující relaxaci.

- ČAS

Zejména ze začátku je vhodné nacvičovat relaxaci každý den ve stejnou dobu. Člověk by se měl pokusit najít čas, kdy nebude rušen okolím. Preferujeme spíš kratší časový úsek každý den, nebo několikrát denně, než dlouhý čas jednou za několik dní. „Je mnohem lépe cvičit kratší dobu a každý den než dlouho a třeba jednou za týden.“²⁶, píše Nešpor.

- MOTIVACE

Pokud má člověk investovat čas a úsilí do jakékoli nové nezvyklé činnosti, tedy i do nácviku a praktikování relaxace, potřebuje vědět a cítit, že to pro něj je významné a smysluplné. Pokud toto hluboké přesvědčení chybí, najednou je mnoho důležitějších činností a na relaxaci není čas. Proto se v denním stacionáři věnujeme pravidelně v rámci doby určené pro nácvik relaxace i rozhovorům o motivaci a možných ziscích z jejího pravidelného praktikování. Zde je výhoda nácviku ve skupině, kde se lidé vzájemně mohou podporovat a pomáhat si vzájemnou diskusí hledat způsoby, jak překonávat překážky.

Dále chceme popsat tři z výše zmíněných relaxačních technik a to Jacobsonovu progresivní relaxaci, autogenní trénink a řízenou relaxaci.

²⁵ BEZVODOVÁ, Š. *Relaxační a imaginační techniky* - texty pro účastníky stejnojmenného kurzu pořádaného organizací ESET – HELP, 2006

²⁶ NEŠPOR, K. *Uvolněně a s přehledem*. Praha: Portál, 1998, str. 73

2.3.4.1. Jacobsonova progresivní relaxace

Techniku na počátku 20. let vyvinul americký lékař Edmund Jacobson, který si všiml, že úzkost je vždy provázena svalovým napětím. Vycházel z toho, že pokud snížíme svalové napětí, sníží se tím i úzkost. Učil tedy své pacienty kontrolovaně zatínat a uvolňovat určité svalové skupiny s cílem mírnit projevy úzkosti. Střídání zatnutí a povolení svalů má za úkol hlubší schopnost procítění svalové relaxace v kontrastu se stažením svalů. Jacobson zjistil, že progresivní svalová relaxace účinkuje i proti vředům, nespavosti a hypertenzi.

Popis techniky:

Relaxující pohodlně sedí na židli, nebo leží na pohovce. Nejprve se dvakrát zhluboka nadechne a vydechne. Dále už dýchá uvolněně. Každou svalovou skupinu na 10 vteřin zatne a pak na 10 – 15 vteřin povolí. Střídavě se zatínají a povolují protilehlé svalové skupiny.

Postupně jdou za sebou: ruce, biceps – triceps, ramena, postranní a přední strana krku, ústa, jazyk – vyplazování a tisknutí k patřům, oči, dýchání (hrudník), záda, hýždě, stehna, břicho, lýtka a nohy (od kotníků níž), prsty u nohou. Nakonec je možné celé tělo ještě jednou v duchu projít a setrvat chvíli v klidu.²⁷

2.3.4.2. Autogenní trénink

Název autogenní trénink vzniknul spojením řeckého autos = sám a genos = počátek, původ, rod. Autogenní trénink (dále AT) znamená „cvičení vlastního já“²⁸. Autorem metody je Dr. J. H. Schultz, který ji vypracoval a publikoval po první světové válce. Sám AT nazval „soustředěným sebeuvolněním“. Dr. Schultz se dlouhodobě zabýval hypnózou a jeho cílem při vytváření metody bylo umožnit člověku, aby jejích blahodárných účinků mohl využít samostatně na základě své vlastní vůle, bez závislosti na hypnotizérovi.

Účinnost autogenního tréninku je založená na předpokladu, že „v každém jedinci jsou tři velké oblasti, a to oblast psychická, oblast tělová (svalová a

²⁷WIKIPEDIA, THE FREE ENCYCLOPEDIA. *Jacobson's Progressive Muscle Relaxation*. [online], 13.12. 2007, [cit. 19.2. 2008], dostupnost z: http://en.wikipedia.org/wiki/Jacobson%27s_Progressive_Muscle_Relaxation

²⁸ VOJÁČEK, K. *Autogenní trénink - cesta ke zdraví*. Praha: Oddělení zdravotní výchovy Krajského ústavu národního zdraví, 1989, str.2

kosterní) a oblast vegetativní (cévy a vnitřní orgány).²⁹ Všechny tyto oblasti jsou vzájemně propojeny a změna v jedné z nich se odrazí v ostatních. Tato propojenost umožňuje působit uvolnění svalstva i na zbylé dvě oblasti, které jsou jinak vědomé relaxaci těžko přístupné (Vojáček, 1989).

Praktikující člověk se dostává do stavu vnitřního duševního soustředění při maximálním tělesném uvolnění. Na tělesnou a duševní oblast lze v tomto stavu působit metodou autosugesce tj. pomocí myšlenek, na které se člověk bezvýhradně soustředí a které pak druhotně ovlivňují psychiku. Je možno dosáhnout uvolnění a intenzivního odpočinku. Cvičení pomáhá navození klidného a vydatného spánku. Umožní zklidnění a uvolnění ve stresových situacích a zklidní rušivé emoce a velké výkyvy nálad.

Při dlouhodobém cvičení AT se zostří vnitřní pohled a schopnost z odstupe si uvědomit své chování. (Vojáček, 1989).

Popis techniky:

Základní stupeň AT, který pro běžné užití považujeme za plně dostačující, se skládá z šesti po sobě následujících cviků – jsou odvozeny od samovolně vznikajících pocitů při hypnóze:

1. pocit tíže
2. pocit tepla v končetinách
3. prožitek pravidelného tepu srdce
4. prožitek klidného a samočinného dýchání
5. prožitek vnitřního tepla
6. pocit chladného čela

V průběhu cvičení může u začátečníků docházet k různým funkčním výkyvům a nežádoucím reakcím (brnění rukou, bušení srdce, pocity dušnosti). Je proto důležité začínat nácvik pod odborným vedením. V denním stacionáři vede nácvik autogenního tréninku školená sestra. Cvičí se 2 × v týdnu ve skupině a pacienti jsou motivováni, aby doma prováděli cvičení alespoň jednou denně.

²⁹ VOJÁČEK, K. *Autogenní trénink - cesta ke zdraví*. Praha: Oddělení zdravotní výchovy

Doporučovaný intenzivní nácvik 3 × denně je obvykle nad jejich síly. Nácviku každého kroku je věnován jeden týden. Jedno cvičení doporučujeme pacientům cvičit cca 5 – 10 min.

Informace o nácviku autogenního tréninku dostávají pacienti přehledně sepsané v edukačním letáku.

2.3.4.3. Řízená relaxace

Jde o delší formu relaxace, podle možností účastníků 20 – 30 minut. Lidé leží na podložce, nebo sedí pohodlně v křesle, podle toho, co je jim příjemné. K relaxaci jako podklad používáme relaxační nebo klasickou hudbu klidného stálého rytmu a melodie. Změny rytmu, a výrazná melodie – zvláště vysoké tóny, mohou rušit. Relaxace může být vedena i přímo z nahrávky.

Ze začátku bývá zejména pro úzkostné pacienty problém ležet na zádech, nebo mít zavřené oči, protože se cítí ohroženi³⁰ – ještě neznají sestru, která relaxaci vede, nevědí, co mohou čekat za pocity. Podporujeme proto nalezení vlastní příjemné polohy, například na boku. K pocitu bezpečí přispívá i přikrytí dekou a sevření něčeho do náruče (plyšové zvíře, polštář).

2.3.5. Pohybová terapie

Při léčbě pacientů s neurotickými a psychosomatickými poruchami má pohyb velký význam. „Dostatečně intenzivní pohybová aktivita snižuje úzkosti a lehké i středně těžké deprese často lépe, než psychofarmaka.“³¹ Pohyb je důležitý i pro budování atmosféry ve skupině. „Cvičící si vědomě i nevědomě pomáhají a poskytují emoční podporu v takové atmosféře se mnohem snadněji snášejí různé obtíže.“³² Pohybovou terapii vede v denním stacionáři sestra.

Krajského ústavu národního zdraví, 1989, str. 1

³⁰ srovnej s VOTAVA, J. a kol. *Jóga očima lékařů.*, Praha: Avicenum, zdravotnické nakladatelství, 1988, str. 22, ISBN 08-052-88

³¹ NEŠPOR, K., DOLEŽALOVÁ, V. Jóga a psychoterapie. In VOTAVA, J. a kol. *Jóga očima lékařů.* Praha: Avicenum, zdravotnické nakladatelství, 1988, str. 45, ISBN 08-052-88

³² NEŠPOR, K., DOLEŽALOVÁ, V. Jóga a psychoterapie. In VOTAVA, J. a kol. *Jóga očima lékařů.* Praha: Avicenum, zdravotnické nakladatelství, 1988, str. 43, ISBN 08-052-88

2.3.6.1. Jóga

O pozitivních účincích cvičení jógy u neurotických pacientů se zmiňuje Nešpor³³. Doporučuje základní cvičení z Mahešvaránandova systému „Jóga v denním životě“³⁴. Jde o jednoduchá cvičení, jejichž cílem je zvýšení pohyblivosti kloubů a protažení svalů (viz. Příloha č. 6). Cvičení jsou prováděna soustředěně v pomalém tempu, což pomáhá zvýšení koncentrace a zklidnění člověka.

Sestavou cviků, kterou mohou cvičící s úspěchem praktikovat samostatně doma, je „Pozdrav slunci“ (Súrja namaskar) (viz.

³³ VOTAVA J. a kol. *Jóga očima lékařů*. Praha: Avicenum, zdravotnické nakladatelství, 1988, str. 139, ISBN 08-052-88

³⁴ MAHEŠVARÁNANDA, P. *Jóga v denním životě*, Brno: Blok, 1990, ISBN 80-7029-030-7

Příloha č. 8) „Tato sestava působí protažení všech velkých svalů těla, mobilizaci (rozhýbání) všech úseků páteře do předklonu i záklonu a mobilizaci dalších kloubů.“³⁵ K jejímu správnému provedení je důležitý nácvik pod vedením cvičitele jógy.

Votava (In Votava a kol. 1988) zmiňuje účinek jógy při stavu „naučené bezmocnosti“, při kterém mají lidé pocit, že se jim všechny události v životě dějí jaksi bez jejich vědomí a možnosti cokoli dělat. Cítí se jako oběti života. Tento stav je příčinou některých druhů depresí i dalších chorob. Cvičení jógy, zejména pravidelné a dlouhodobé, zvyšuje schopnost kontroly mysli a těla a tím i pocit lepší kontroly nad vlastním životem. Při cvičení jógy v denním stacionáři je proto cílem zaujmout a motivovat pacienty, aby si sami vyhledali možnost, kde ve cvičení po skončení terapie pokračovat.

2.3.6.2. Speciální cviky na problematické partie

Zejména sem patří cviky k posílení svalstva zad a břišních svalů (Příloha č. 7/a a dále). Posílení zádočných a břišních svalů umožňuje zlepšení celkového držení těla, které u pacientů často bývá narušené díky celkově snížené tělesné aktivitě a ochablosti.

Nácvik správného držení těla je pro psychoterapii důležitý také proto, že: „Držení těla nejen že odráží váš vnitřní stav, ale také jej zpětně ovlivňuje. Pokleslá ramena, schýlená brada a založené ruce omezují schopnost dýchat zhluboka a tím také vaše reakce na stresové situace.“³⁶

2.3.6.3. Dechová cvičení

Techniky jsou inspirovány jógou – nacvičujeme izolované dýchání do břicha, spodní, horní části hrudníku a zad. Vycházíme zde z předpokladu, že změna tělesného postoje a způsobu dýchání zpětně ovlivňuje stav psychiky. Zrychlené povrchní dýchání je charakteristické pro situaci úzkosti a nervozity, je normální reakcí na stres. Pokud člověk takto zrychleně dýchá dlouhodobě, způsobuje to problémy. Klesá hladina oxidu uhličitého v krvi a výsledkem jsou

³⁵ VOTAVA, J. Přípravné jógové cviky In VOTAVA J. a kol. *Jóga očima lékařů*. Praha: Avicenum, zdravotnické nakladatelství, 1988, str. 79, ISBN 08-052-88

³⁶ WILSON, P., *Základní kniha relaxačních technik, bezprostřední klid*. Olomouc: Votobia, 1997, str. 150, ISBN 80-7198-274-1

nepříjemné příznaky jako brnění v končetinách, křeče, točení hlavy a pocity vyčerpání.³⁷ Plný dech, který využívá pohybu bránice, vede ve chvílích zvýšené úzkosti ke zklidnění a stabilizaci.

2.3.6.4. Aktivní pohybové hry

Slouží k odreagování, vybití nahromaděných emocí a pobavení. Jejich hlavním cílem je odstranit strach se spontánního pohybu a projevu. Zařazujeme je v situaci, kdy už se skupina trochu zná a má důvěru k terapeutům. Pacienty při nich povzbuzujeme, aby se pokusili chovat skutečně „bláznivě“. Důsledkem je postupný srdečný smích celé skupiny. O významu smíchu pro psychické zdraví podrobně píše Nešpor³⁸.

Používáme hry, které většina účastníků zná například ze školy nebo dětských táborů. Tyto hry podporují soudržnost skupiny, lidé se při nich sblíží, může dojít i ke spontánnímu fyzickému kontaktu, který pro je pro některé pacienty jinak nepříjemný (například u některých nemocných s fobiemi, či obsedantně-kompulzivní poruchou). V neposlední řadě vychází najevo nové problémy a témata ke skupinové práci.

3. Paní A.C.

K případové studii jsme zvolili pacientku ve středním věku, kde byly významně zastoupeny psychické i somatické potíže a bylo zřejmé jejich vzájemné propojení.

3.1. Osobní data a onemocnění v anamnéze

Paní A.C. je 52 let, vystudovala fyziku a speciální pedagogiku na vysoké škole, pracovala nejprve ve výzkumu, později jako učitelka na speciální škole. Tuto profesi dosud vykonává. Dlouhodobě žije s partnerem o deset let starším.

³⁷ KENNERLEYOVÁ, H. Jak kontrolovat tělesné příznaky úzkosti. In KENNERLEYOVÁ, H. *Jak zvládat úzkostné stavy*. Praha: Portál, 1998, str. 106 – 107, ISBN 80-7178-266-1

³⁸ NEŠPOR, K. *Léčivá moc smíchu: smích a zdraví, smích a vztahy, smích a práce, smích a výchova*. Praha: Vyšehrad, 2007, 3. rozš. vydání, ISBN 978-80-7021-878-5

Osvojila postupně sedm dětí, nejmladšímu je nyní 20 let, má jednu biologickou dceru, té je 16 let.

Před deseti lety se přirozeně dostavilo klimakterium, pak prudký nárůst hmotnosti – cca 30 kg během několika měsíců (i následkem nestřídmosti). Následně byl diagnostikován diabetes mellitus II. typu a hypertenze. Nasazena antihypertenziva. O dva roky později byla provedena cholecystektomie.

Před čtyřmi lety prodělala EB virózu a následně, pro přetrvávající pocity extrémní únavy, emoční výkyvy, opakované infekce a zhoršení astmatu, vyhledala na doporučení imunologa psychiatrickou péči. S diagnózou dystymie (F 48.0) absolvovala 9 týdenní stacionář na stejné klinice jako nyní, ale pod vedením jiných psychoterapeutů. Po stacionáři popisuje výrazné zlepšení, naučila se relaxovat, odpočívat. Potíže postupně ustoupily i díky zklidnění rodinné situace.

3.2. Nynější onemocnění

Nyní přichází k psychiatrickému vyšetření sama, říká, že se cítí podobně, jako před čtyřmi lety – únava, nechůť cokoli dělat, emoční nestabilita - a ví, že to sama nedokáže zvládnout.

Je ve složité životní situaci. Partner byl před týdnem propuštěn z nemocnice, má diabetickou nohu a je částečně odkázán na její pomoc. Denně doprovází do školy těžce postiženou dceru. V rámci reorganizace instituce, ve které pracovala, dostala před měsícem spolu s řadou dalších kolegů výpověď. V současnosti je vedená na úřadu práce. Rodina se ocitá v tíživé ekonomické situaci.

Po stránce fyzického zdraví se dostavilo opět zhoršení. Opakovaně má vyšší glykémii, nicméně zatím je stále na dietě. Došlo k aktivace EBV, má virózy – cca 2× do měsíce a ze zatím nezjištěného důvodu zhoršené jaterní testy. V posledních měsících zhubla 20 kg. Stále je ale obézní, váhu udává asi 90 kg při výšce 165 cm. BMI má 33,1. Cítí se extrémně vyčerpaná, navíc má obavy z výsledků jaterních testů, má strach z vážné nemoci. Vyčerpává ji stálé obcházení lékařů a různých vyšetření.

Současná medikace:

- Jarsin 300 – užívá ke zmírnění strachu, úzkosti a nespavosti,
- Tarka - antihypertenzivum
- Cinarizin – vazodilatans k léčbě počínající diabetické angiopatie
- Gingio – léčba poruch paměti
- Simepar – hepatoprotektivum, nasazeno po zjištění zhoršených jaterních testů.
- nesteroidní antirevmatika při bolestech zad

3.3. Doporučená léčba

Psychiatr doporučil pacientce účast v denním stacionáři zaměřeném na léčbu neuróz a psychosomatických poruch. Vzhledem k tomu, že se potíže pacientky objevily v souvislosti se stresujícími událostmi posledního měsíce (nemoc manžela, výpověď), diagnostikoval Poruchu přizpůsobení F43.2. Pacientka byla po indikačních pohovorech s psychologem denního stacionáře zařazena do 11 týdenního programu.

3.4. Provedená vyšetření

Na začátku DS byly administrovány dotazníky:

- Vstupní dotazník pro denní stacionář (viz. Příloha č. 3)
- N5 – dotazník neurotických potíží (viz. Příloha č. 2)

Na konci DS byly administrovány dotazníky:

- Závěrečný dotazník pro denní stacionář (viz. Příloha č. 4)
- N5³⁹ (viz. Příloha č. 2)

³⁹ V Příloze č. 2 je barevně odlišeno hodnocení intenzity potíží na začátku a na konci DS.

OŠETŘOVATELSKÁ ČÁST

1. Ošetřovatelský model

Ke zhodnocení stavu pacientky byl použit Model funkčních vzorců zdraví, jehož autorkou je Marjory Gordon. Model obsahuje dvanáct vzorců zdraví, které přibližují způsoby chování člověka v daném čase. „Každý vzorec představuje určitou část zdraví, která může být buď funkční, nebo dysfunkční.“⁴⁰ (viz. Příloha č. 9)

1.1. Vzorce zdraví Marjory Gordon

1.1.1. Vnímání zdraví – udržování zdraví

V této oblasti si klademe otázku, jak člověk sám pro sebe definuje zdraví a jakými způsoby se o jeho udržování stará. V psychiatrické péči v denním stacionáři se soustředíme na pojetí zdraví v holistickém smyslu, propojujeme uvažování o somatických, psychických, sociálních a spirituálních potížích do jednoho celku a sledujeme vzájemné vztahy mezi těmito dimenzemi.

1.1.2. Výživa – metabolismus

Sledujeme jak a kolik potravy a tekutin pacient přijímá vzhledem k potřebám organismu. Soustředíme se i na kvalitu stravy, zvyky a rituály týkající se jídla a oblasti, ve kterých jídlo působí v jiné funkci, než je udržení života (patologická manipulace s jídlem atd.). Sledujeme průběh trávení a potíže s ním spojené.

⁴⁰ PAVLÍKOVÁ, S. *Modely ošetřovatelství v kostce*. Praha: Grada Publishing, 2006, str. 100, ISBN 80-247-1211-3

1.1.3. Vylučování

Zahrnuje „exkreční funkci střev, močového měchýře a kůže.“⁴¹ Zjišťujeme problémy, které tyto funkce doprovázejí a sledujeme je v souvislosti s psychikou a životními situacemi pacienta.

1.1.4. Aktivita – cvičení

V této oblasti sledujeme způsoby, kterými člověk udržuje svou tělesnou kondici a aktivity – volnočasové i rekreační, které provozuje během svého všedního dne. Opět sledujeme propojení a vzájemné ovlivnění biologické, psychické, sociální i spirituální složky.

1.1.5. Spánek - odpočinek

Ptáme se na kvalitu spánku a odpočinku pacienta, sledujeme způsoby relaxace, rituály před spaním a případné druhy poruch spánku a jejich souvislosti s denními aktivitami.

1.1.6. Citlivost a vnímání – poznávání

Tato kategorie obsahuje „schopnost smyslového vnímání a poznávání, včetně bolesti, a poznávací (kognitivní) schopnosti jedince: orientace, řeč, paměť, abstraktní myšlení, schopnost rozhodování atd.“⁴² Také se sleduje schopnost člověka prožívat a pojmenovávat emoce, protože u pacientů s neurotickými a somatoformními poruchami se může vyskytovat alexitymie, kterou Chromý popisuje jako „chybění slov pro emoce“⁴³.

1.1.7. Sebepojetí – sebeúcta

Ke zmapování této oblasti potřebujeme během terapie delší čas. Díváme se, jak člověk vnímá sám sebe, jak se sebou samým zachází, jak si sám sebe váží, či se znevažuje. Podrobněji sledujeme, čeho konkrétně si na sobě pacient cení a které oblasti je pro něj naopak obtížné přijmout.

⁴¹ PAVLÍKOVÁ, S. *Modely ošetřovatelství v kostce*. Praha: Grada Publishing, 2006, str. 101, ISBN 80-247-1211-3

⁴² PAVLÍKOVÁ, S. *Modely ošetřovatelství v kostce*. Praha: Grada Publishing, 2006, str. 100, ISBN 80-247-1211-3

1.1.8. Role – vztahy

Tato kategorie popisuje mapu vztahů a životních rolí, které pacient zastává. Sledujeme, jak se ve vztazích a rolích cítí, které vztahy a role jsou pro něj zdrojem síly a které jsou naopak zátěžové. Díváme se i na rozpor mezi realitou a představami člověka v této oblasti.

1.1.9. Reprodukce – sexualita

Sexualita je významná oblast. Objevují se zde hlavně funkční obtíže⁴⁴. Informace je vzhledem k obecně citlivě vnímanému tématu nutno sbírat s velkým taktem. Ve skupinové terapii se tohoto tématu lidé dotýkají jen povrchně, nebo vůbec ne, častěji je zmiňováno v denících, nebo v individuálním rozhovoru pacienta se sestrou.

1.1.10. Stres, zátěžové situace – zvládání, tolerance

Zde se snažíme vystihnout způsob, jakým se člověk vyrovnává se zátěží a se stresem.

1.1.11. Víra – životní hodnoty

Kategorie v současné době nabývá na významu, protože do stacionáře přichází lidé z různých kulturních prostředí, kteří vyznávají často velmi odlišné hodnoty.

1.1.12. Jiné

Sem řadíme všechny informace, které nezapadají ani do jedné z předchozích oblastí.

⁴³ CHROMÝ, K., HONZÁK, R. a kol., *Somatizace a funkční poruchy*, Praha: Grada Publishing, 2005, str. 45, ISBN 80-247-1473-6

⁴⁴ CHROMÝ, K., HONZÁK, R. a kol., *Somatizace a funkční poruchy*, Praha: Grada Publishing, 2005, str. 159 – 172, ISBN 80-247-1473-6

2. Teorie ošetrovatelského procesu

„Teorie ošetrovatelského procesu určuje systematickou strategii individualizovaného přístupu k ošetřování každého nemocného.“⁴⁵

Ošetrovatelský proces jako způsob uvažování sestry o pacientovi je nyní základem pro poskytování ošetrovatelské péče v naší zemi. Sestra vytváří s jeho pomocí krátkodobé a dlouhodobé plány ošetrovatelské péče. Proces lze rozdělit do pěti fází:

1. **Zhodnocení nemocného – zjišťování informací**
2. **Stanovení ošetrovatelské diagnózy**
3. **Plánování ošetrovatelské péče**
4. **Provedení navržených opatření**
5. **Hodnocení efektu poskytnuté péče**⁴⁶

Jednotlivé fáze ošetrovatelského procesu jsou samostatné, ale uplatňují se jako celek a stále se dokola opakují – podle dalších nově získaných informací sestra stále upravuje a modifikuje plán péče.

2.1. *Fáze ošetrovatelského procesu*

2.1.1. **Fáze 1 – Zhodnocení nemocného – sběr informací**

Základní otázka, kterou si sestra pokládá, zní: „*Kdo je můj nemocný?*“ Snaží se tak poznat nejen identifikační údaje a aktuální zdravotní obtíže nemocného, ale i charakteristiky jeho osobnosti, prostředí, ze kterého vychází, sociálních skupin, ve kterých se pohybuje, a hodnotového systému, který zastává. Informace je možno získávat přímo od pacienta přímým dotazem, rozhovorem s dalšími osobami z okolí nemocného, z písemných záznamů a vlastním pozorováním. Při získávání a hodnocení informací sestra vychází ze zvoleného modelu ošetrovatelské péče⁴⁷.

⁴⁵ STAŇKOVÁ, M. *Základy teorie ošetrovatelství: učební texty pro bakalářské a magisterské studium*, Praha: Karolinum, 1997, str.83

⁴⁶ STAŇKOVÁ, M. *Základy teorie ošetrovatelství: učební texty pro bakalářské a magisterské studium*, Praha: Karolinum, 1997, str.83, ISBN 80-7184-243-5

⁴⁷ viz příslušná kapitola

Všechny získané informace sestra třídí a zapisuje do ošetrovatelské dokumentace nemocného.

2.1.2. Fáze 2 – stanovení ošetrovatelských diagnóz

Po vyhodnocení všech dostupných informací se sestra snaží jasně a výstižně odpovědět na otázku: „*Co mého pacienta trápí?*“ K pojmenování problémů může použít předem formulované ošetrovatelské diagnózy, nebo formuluje diagnózu sama.

Ošetrovatelská diagnóza obsahuje pojmenování problému a jeho předpokládané příčiny.

2.1.3. Fáze 3 – Ošetrovatelský plán

V této fázi sestra vypracovává individualizovaný plán péče. Odpovídá na otázku: „Co mohu pro pacienta udělat a jakého cíle chceme společně dosáhnout?“ Stanovuje krátkodobý a dlouhodobý plán ošetrovatelské péče, kde specifikuje cíle a očekávané výsledky, kterých má být dosaženo, čas, ve kterém mají být dosaženy, a nakonec vhodná opatření, kterými má být cílů dosaženo. Stručně tedy odpovídá na otázku: „Co, kdy a jak je třeba udělat?“

Ošetrovatelský plán by měl být tvořen ve spolupráci s pacientem a přednostně řešit oblasti, které on sám pokládá za nejdůležitější. Mělo by se jednat o společný plán pacienta a sestry. Existují situace, kdy tato přímá spolupráce není realizovatelná, například u pacientů v bezvědomí, nebo je realizovatelná pouze částečně - například u psychiatrických nemocných, u kterých je nereálný náhled na vlastní problémy a neschopnost vytyčovat cíle součástí jejich nemoci.

2.1.4. Fáze 4 – Realizace plánu

Sestra a pacient postupují podle vytvořeného plánu péče. Současně sestra získává o nemocném nové informace, které vyhodnocuje a plán průběžně upravuje.

2.1.5. Fáze 5 – Zhodnocení účinnosti plánu a efektu poskytnuté péče

Sestra odpovídá na otázku: „*Byla provedená opatření účinná?*“ Sleduje, zda bylo dosaženo krátkodobého či dlouhodobého cíle. Vyhodnocování účinnosti zvoleného plánu probíhá kontinuálně.

Ošetrovatelský proces není statickým modelem, je to dynamický a stále se proměňující proces. Kontinuálně probíhají všechny fáze procesu zároveň. O nemocném se sestra stále dozvídá nové informace a podle nich stále specifikuje diagnózy a přetváří plány, které stále vyhodnocuje a znovu upravuje, aby lépe sloužily k naplňování aktuálních potřeb nemocného.

V dlouhodobém plánu jsou diagnózy formulovány více obecně, stejně jako cíle a způsoby jejich dosahování. Krátkodobé plány obsahují aktuální specifické problémy a konkrétní kroky k jejich naplňování.

Jak z předchozího vyplývá, není vždy možné zaznamenat písemně všechna pozorování a zapsat všechny stanovované diagnózy a řešené problémy, protože určité ošetrovatelské diagnózy jsou aktuální třeba jen několik minut. Sestra stále musí zůstat pozorná a schopná své intervence upravovat podle aktuálního stavu a potřeb nemocného, nikoli se pouze pasivně spoléhat na sepsaný plán péče. Měla by aktivně poskytovat „vědomou ošetrovatelskou péči“, jak ji v 60. letech 20. století popsala americká sestra Ida Jean Orlando⁴⁸.

⁴⁸ PAVLÍKOVÁ, S. *Ida Jean Orlando: Teorie ošetrovatelského procesu*. In PAVLÍKOVÁ, S. *Modely ošetrovatelství v kostce*. Praha: Grada Publishing, 2006, str. 91, ISBN 80-247-1211-3

3. Zhodnocení pacientky, paní A.C., podle modelu funkčního zdraví Marjory Gordon⁴⁹

3.1. *Vnímání zdraví – udržování zdraví*

Jako zdravá pacientka vidí schopnost bez emočních výkyvů a výrazných tělesných obtíží zvládat všechny záležitosti svého života. Ráda by se zbavila všech emočních rozlad. Upíná se k cíli „dokonalé harmonie“, kdy dokáže být za všech okolností vlídná a klidná a všem dovede vyhovět a vyjít vstříc. Chce mít stále dostatek energie a menší potřebu odpočinku.

Zdraví udržuje snahou důsledně léčit a vyšetřit somatické problémy – navštěvuje řadu specialistů a poctivě absolvuje ordinovaná vyšetření. O důležitosti správné životosprávy a vyváženého poměru práce a odpočinku informace má, nicméně se jimi podle vlastních slov nedokáže řídit.

3.2. *Aktivita – cvičení*

V minulosti se starala o 8 dětí, z nichž některé potřebovaly velkou pomoc při pohybu. V současnosti je na její pomoc odkázaná pouze jedna dcera, ale i to je pro pacientku velmi náročné a vysilující.

Trpí bolestmi zad, hlavně oblast mezi lopatkami a šíje. Bolest dává, kromě nutnosti zdvihat těžkou dceru, do souvislosti i s celkovým psychickým napětím a nemožností se uvolnit. Stěžuje si také na bolesti dolních končetin, hlavně svaly, kolena a kotníky. I zde vidí příčinu v celkovém napětí, pomíjí možnou souvislost s obezitou. Ve volném čase odpočívá v leže, nevěnuje se pravidelně žádné sportovní aktivitě, má pocit, že se „naběhá dost“, proto cvičit nepotřebuje a stejně na to nemá sílu.

3.3. *Výživa – metabolismus - vylučování*

Pacientka má diabetes mellitus II. typu léčený dietou. Dietu se snaží dodržovat, ale střídají se u ní období přejídání a nechuti k jídlu, následkem kterých kolísá váha i glykémie. Obtíže se zažíváním jdou ruku v ruce

⁴⁹ Spojujeme kategorie „výživa a metabolismus“ a „vylučování“ dohromady, vzhledem k tomu, že spektrum problémů pacientů v denním stacionáři je poněkud odlišné od problémů řešených u hospitalizovaných pacientů, pro které je model Marjory Gordon primárně sestaven.

s nevyváženou stravou. Informací o vhodném způsobu stravování při onemocnění cukrovkou má dostatek.

Je schopna vysledovat souvislost přejídání a nechutenství s náročnými životními situacemi a sama ji popisuje jako důležitou, později v léčbě říká, že jí „emoce jdou přes tělo“. Pitný režim dodržuje.

Zvýšené jaterní testy a tedy zhoršenou funkci jater připisuje pacientka neschopnosti zvládat vlastní emoce. Tuto souvislost vysledovala po prostudování literatury zabývající se souvislostmi fyzických nemocí a psychických problémů.

Občas trpí zácpou, nebo průjmy – záleží na skladbě stravy a množství tekutin. V současnosti spíš zácpa. S psychickým stavem a životní situací ji nespojuje.

Pacientka se zvýšeně potí, nezná důvod. Nejhorší je to v noci, kdy musí občas převléci postel. Zápach potu je nepříjemně cítit i v její blízkosti, přestože se sprchuje. Později přichází na souvislost, že i formou potu z těla odchází negativní emoce, které jinak není schopná vyjadřovat. V dotazníku „N5“ (viz. Příloha č. 2) hodnotí na začátku zvýšenou potivost číslem 3, jako velmi značně obtěžující, a na konci číslem 1, jako mírnou.

3.4. *Spánek – odpočinek*

Paní A. C. trápí podle ní přílišná spavost. I když si jde večer lehnout brzy, budí se po devíti i deseti hodinách spánku vyčerpaná, bez pocitu osvěžení. V průběhu léčby zůstává doba spánku stejná, ke konci DS se budí méně unavená, ale spánek je nyní přerušovaný.

Říká, že neumí odpočívat a relaxovat. Při relaxacích opakovaně usíná a chrápáním ruší spolupacienty. Podle našeho sledování usne vždy ve chvíli, kdy probíhá řízená relaxace zaměřená na tělo. Oslovujeme tuto souvislost na skupině.

3.5. *Citlivost (vnímání) – poznávání*

Pacientka je citlivá a vnímavá k problémům ostatních členů skupiny. Slzí, když někdo mluví o bolestných prožitcích. Několikrát se zmiňuje a dostává i od skupiny zpětnou vazbu, že „prožívá přes druhé“.

Vystupuje na obranu druhých v konfliktech. Porušuje hranice a má tendenci mluvit za druhé, aniž by si to uvědomovala.

Nedokáže sdělit vlastní pocit. Občas viditelně slzí, ale zdá se, že tomu vůbec nevěnuje pozornost. Pokud je tázána na důvod slz, nechápe otázku, říká, že neplakala. V průběhu léčby dokáže občas popsat své pocity a několikrát skutečně pláče a dohledává příčinu slz.

V poslední době ji rozrušuje neschopnost zapamatovat si nové věci, rychle zapomíná, nedokáže si občas vybavit základní údaje – například své rodné číslo. Racionálně to přičítá své únavě a psychickému stavu, nicméně je znát i strach z možné organické příčiny potíží – několikrát se žertem zmínila o začínající demenci. Problémy s pamětí v dotazníku neurotických potíží N5 (viz. Příloha č. 2) hodnotila na začátku i konci terapie ve stacionáři číslem 3 – tedy jako velmi značně obtěžující problém. Sama později říká, že chce zapomenout všechno zlé, aby mohla odpustit, a možná proto zapomíná úplně všechno.

3.6. *Sebepojetí – sebeúcta*

Paní A.C. sama sebe hodnotí podle spokojenosti druhých se svou výkonností a prací. Postupně si uvědomila, že zcela postrádá pojem „JÁ“ a sama sebe, jako takové, si vůbec neváží. Od toho se odvíjelo i pochopení nerespektujícího zacházení se sebou, kterého si skupina všímala již od začátku, ale pacientka jejich postřehy nedokázala slyšet: paní A.C. chodila stále stejně oblečená, nosila nevhledné kalhoty po dceři a vytahaná trička. Vlasy měla neupravené, mastné, nepoužívala barvu na vlasy. Nelíčila se. Péči o sebe věnovala minimální úsilí, sprchovala se, jen aby „nesmrděla“. Po pochopení, že takový přístup nesvědčí ani tolik o skromnosti, jako o nedostatku základního zájmu o sebe, zkusila trochu experimentovat s oblékáním a začala více pečovat o své tělo – příjemné koupele, masáže chodidel atd.

3.7. *Role – vztahy*

Hlavní role, kterou paní A.C. ve svém současném životě hraje, je role matky a pečovatelky. Od doby, kdy absolvovala před čtyřmi lety stacionář, se snaží ustoupit z pozice „generála“ a zachovávat více partnerský přístup. Její

chování ale vykazuje prvky manipulace, kdy se pokouší nabízet rovný vztah, ale zároveň nevědomě tlačí druhé k tomu, aby se podřídili její péči.

V roli partnerky ve vztahu s druhem se střídá pozice matky a dítěte – v pozici matky s ním jedná podobně jako s dětmi a v pozici dítěte, do které upadá po vzájemných konfliktech, se zase na všechno ptá a odmítá cokoli samostatně rozhodnout. Na vývoji tohoto vztahu směrem k vyrovnanému partnerství dvou dospělých lidí se se střídavými úspěchy snažila pracovat po celou dobu stacionáře. Partner byl jejími často náhlými proměnami občas zmaten, což také přinášela jako téma na skupinová sezení.

Významnou a uspokojující rolí byla profesní role učitelky. O tuto roli před začátkem stacionáře přišla. Má obavy, zda ve svém věku a při tomto zdravotním stavu dokáže najít nové místo.

3.8. *Reprodukce – sexualita*

Paní A.C. se při rozhovoru o těchto tématech cítila nervózní. S partnerem se o vlastní děti snažili a porodila nakonec po rizikovém těhotenství jednu dceru. Těhotenství i péče o dceru pro ni byla vyčerpávající, protože tou dobou měla už sedm let v péči šest dětí a bylo jí 36 let, když rodila. Ve 42 letech se dostavilo klimakterium a velmi přibrala na váze. O svém současném intimním životě říká, že „je přiměřený věku a zdravotnímu stavu“ jí i jejího partnera.

3.9. *Stres, zátěžové situace – zvládání, tolerance*

Paní A.C. nese celoživotně velkou zátěž. Pečovala o osm dětí, z nichž jsou některé nemocné a všechny vyžadují speciální přístup – všechny děti mají nějakou poruchu chování, dvě děti jsou autistické. K tomu byla paní A.C. donedávna zaměstnána na plný úvazek. Její schopnost zvládat zátěž je v podstatě nadprůměrná. Jak ale sama říká, „začalo to odnášet tělo“.

3.10. *Víra – životní hodnoty*

Paní A.C. se nehlásí k žádné organizované církvi, nebo duchovnímu směru. Čte nicméně řadu knih s radami a návody, jak žít smysluplný a radostný život. Hledá tak vlastní cestu. Na skupinu přináší knihu s tematikou pozitivního

myšlení. Oslovuje ji snaha žít přítomností a nestrachovat se o budoucnost a netrápit se minulostí. Usiluje o schopnost „vyššího náhledu“ na problémy a náročné situace.

Inspirují ji východní nauky, které doporučují podle pacientky potlačit všechny prudké emoce a snažit se za každou cenu zůstat v „klidu a harmonii“. Přesně to vyjadřuje její obrázek okřídleného jednorožce, který se vznáší v duze (viz. Příloha č.1). Skupina jí opakovaně sděluje, že tento pohled je nereálný (stejně jako idealizovaný jednorožec na obrázku) a tím, že se odmítá hněvat a přiznat se k vlastním pocitům, pro ně zůstává chladná a nesrozumitelná.

Nejvyššími hodnotami, které paní A.C. sděluje, pro ni jsou zdraví, dobrý život jejích dětí a její schopnost být jim oporou a dostát tím odpovědnosti, kterou na sebe jejich osvojením vzala.

4. Krátkodobý plán ošetrovatelské péče

Vybrali jsme jeden den v šestém týdnu léčby, kdy po období stagnace a odporu paní A.C. začínala mluvit o vztazích s rodiči a byla přístupnější zpětné vazbě od skupiny i terapeutek. Zároveň byla i v úzkosti a více závislá na naší podpoře.

4.1. Průběh jednoho dne v denním stacionáři

▪ Komunita 9,00 – 9, 45 hod.

Paní A.C. říká, že ze včerejší skupiny, na které řešila problematický vztah s matkou si vůbec nic nepamatuje, ale přišla na zajímavé věci ve vztahu s otcem. Začíná rozvíjet myšlenku, jakými způsoby jí otec ublížil. Skupina začíná být neklidná, protože paní A.C. zabírá hodně prostoru a její sdělení je těžko srozumitelné a velmi nekonkrétní. Jedna členka jí to sděluje. Paní A.C. připouští, že se to děje, neví ale co s tím. Obrací se na sestru. Po podpoře sestry, aby zkusila zůstat u náplně včerejší skupiny a dvěma větami zkusila formulovat, co pro ni bylo důležité a jaký si ze skupiny odnesla pocit, se vyjádřila srozumitelněji.

▪ **Přestávka 9,45 – 10,15**

Paní A.C. přichází do kanceláře sestry a sděluje, že má zdravotní problém – více ji bolí záda, ptá se na radu, zda má jít k lékaři a který prášek by byl nejlepší. Sestra doporučuje paní A.C., aby o problému znovu promluvila na začátku skupiny, a poradila se o možnostech řešení se všemi dohromady, aby mohla být blíže prozkoumána možná souvislost s děním v DS a doma. Odmítá dávat rady a její problém řešit okamžitě, protože je třeba o všem mluvit ve skupině, nebo na komunitě. Paní A.C. odchází zamračená.

▪ **Skupina 10,15 – 11,45**

Paní A.C. se o problému s bolestmi zad sama nezmiňuje. Sestra se ptá, zda chce o problému mluvit. Pacientka odpovídá, že není třeba, protože se rozhodla bolest ještě vydržet a možná si později vezme prášek. Do skupinového dění se příliš nezapojovala, pouze na konci, když jsou všichni tázáni na dojem z proběhlé skupiny, sdělila několik teoretických všeobecných rad spolupacientovi, který řešil svůj problém.

▪ **Odpolední program 12,45 – 14,00**

Probíhá rehabilitační cvičení a nácvik autogenního tréninku (viz. kapitola 2.3.4.2), po té diskuze k možnosti zařadit obojí do každodenního života.

Paní A.C. má i s jednoduchými cviky potíže, které se ale snaží nedávat najevo. Sestra oceňuje každé zlepšení v provedení cviku. Při požadavku lehnout si na břicho se paní A.C. nečekaně rozčílí. Má slzy v očích. Říká, že nemůže tyto cviky dělat, protože ji při nich bolí játra a jestli je sestra schopná pro ni nalézt jinou alternativu. Skupina přináší návrhy řešení. Paní A.C. zkouší možnosti, vyhovuje jí vzít si dvě matrace, zklidňuje se a pokračuje ve cvičení.

Při nácviku autogenního tréninku se poprvé nacvičuje pocit klidného tepu srdce. Sestra předem informuje pacienty, že nemusí cítit na poprvé vůbec nic, nebo se může vyskytnout pocit naopak zrychlené srdeční akce, ale není třeba se toho bát. Sděluje dobu, po kterou bude nácvik trvat. Po cvičení paní A.C., která měla obavy ze zrychlení tepu, říká, že vše proběhlo v pořádku, tep sice necítila vůbec, zato jí dobře šla tíže a cítila i teplo v rukách; v nohách to zatím nejde. Dodává, že „je asi nějaká divná a zpomalená“. Sestra reaguje pouze povzbudivým

úsměvem při sdělení, že se podařilo procítit tíži v těle. Na závěr, když domluvili všichni, opakuje, že je normální, když se pocity dostavují později a je třeba pravidelného cvičení a několika měsíců ke zvládnutí základního stupně autogenního tréninku.

Při závěrečné diskusi k možnosti zařazování cvičení do života, paní A.C. sděluje, že plán věnovat se AT alespoň 2× denně, a každý den cvičit, který si před několika dny udělala, nevyšel, protože je hodně unavená a při nácviku usíná a občas se jí nechce cvičit. Vše sděluje sebeponižujícím a kárajícím tónem, říká, že si to „prostě stále nedokáže zorganizovat“. Skupina ji upozorňuje, že si klade příliš vysokou laťku, sestra paní A.C. připomíná arteterapii, kde si nad obří koláží na téma „moje hodnoty“ uvědomila, že si naloží vždy tolik věcí a úkolů, že se v nich sama ztratí a pak vyčerpáním selhává v jejich naplňování a nadává si za to. Paní A.C. se usmívá, přijde jí komické, že se dovede týrat i relaxacemi.

4.2. Ošetřovatelské diagnózy

4.2.1. Narušení komunikace a vztahů s ostatními členy skupiny v důsledku neschopnosti přímo vyjadřovat vlastní pocity a myšlenky a možné snahy vyhnout se nepříjemnému tématu.

- ***Řešení problému***
 - podpora přímého, stručného a konkrétního vyjadřování
 - zpětná vazba a sdělení vlastních pocitů, kdykoli je v komunikaci pacientka nekonkrétní a nesrozumitelná
 - další sledování možných příčin a projevů chování a předávání informací psychoterapeutům

4.2.2. Neschopnost přiměřeným způsobem se prosadit a závislost na radě a hodnocení osob v pozici autority v důsledku vlastní nejistoty a nízkého sebehodnocení

- ***Řešení problému***

- neposkytovat pacientce rady v situaci, kterou může rozhodnout a vyřešit sama
- aktivní zájem o vlastní názor a rozhodnutí pacientky dotazy typu: „A jak to chcete Vy, paní A.C.?“
- oceňování a respekt vlastních rozhodnutí pacientky
- neumožnit pacientce mluvit o problémech, které je třeba řešit na skupině mimo vymezený čas, vysvětlovat důvody tohoto jednání a podporovat sebeprosazení pacientky ve skupině

4.2.3. Omezená pohyblivost v důsledku bolestí a obezity

- ***Řešení problému***

- diskuse o medikaci a možných návštěvách masáží, rehabilitace atd.
- edukace: vliv stresu a celkové staženosti na bolesti zad, nácvik vhodných rehabilitačních cviků a relaxačních metod
- podpora při hledání alternativních provedení náročných cviků
- podpora vyváženého příjmu potravy, poskytování informací o redukci hmotnosti

4.2.4. Úzkost a obavy ze zhoršení kardiálních problémů v důsledku nedostatku zkušeností s neznámým cvikem

- ***Řešení problému***

- zmírnění úzkosti podáním dostatku informací

4.2.5. Sebeponižování a vztek na sebe v důsledku stanovení nepřiměřeného cíle.

- ***Řešení problému***
 - pojmenovávání problému a nerealistických očekávání
 - podpora při stanovování realistických cílů
 - oceňování úspěchů a pokroku, zvyšování pocitu vlastní hodnoty
 - podpora smíření s neúspěchem

5. Dlouhodobý ošetrovatelský plán

Dlouhodobý plán je u paní A.C. v některých bodech obdobou plánu krátkodobého, protože po dobu celé léčby jsme se snažili pracovat na problémech, se kterými se pacientka potýká více či méně celoživotně.

5.1. Ošetrovatelské diagnózy

5.1.1. Únava a vyčerpání v důsledku maladaptivního zacházení s vlastními silami.

- ***Řešení problému:***
 - podpora pacientky ve snaze najít si čas pro odpočinek
 - podpora při hledání nejvhodnější formy odpočinku
 - edukace: nácvik autogenního tréninku
 - plánování rozvržení náročných aktivit
 - podpora pacientky při hledání souvislostí a důvodů nevhodného zacházení s vlastními silami

5.1.2. Deficit sepeče - nepříjemný vzhled a zápach v důsledku nezájmu o vlastní osobu, nízkého vědomí vlastní hodnoty a zvýšené potivosti.

- ***Řešení problému:***
 - podpora pacientky ve zvýšení zájmu o vlastní osobu
 - sledování stavu kůže a dolních končetin

- podpora při zvyšování vědomí vlastní hodnoty – podpora samostatného rozhodování pacientky, ocenění pokroků a snahy o změnu, ocenění projevů jedinečných kvalit a schopností paní A.C.
- podpora vědomí sebe sama při vyjadřování – používání „já“ místo obecného „my“, „lidé“, nebo „každý“

5.1.3. Omezená pohyblivost a bolesti zad a kloubů v důsledku obezity, nevhodné tělesné aktivity a prožívání emocí pouze ve fyzické rovině.

- **Řešení problému:**
 - zdravotní cvičení zlepšující pohyblivost kloubů, speciální cviky na posílení svalstva zad a protahování zkrácených svalů
 - edukace: důležitost pravidelného zařazení pohybové aktivity, nácvik vhodných cviků
 - podpora pacientky při pojmenovávání emocí a vlastních prožitků

5.1.4. Úzkost a obavy z budoucnosti v důsledku ztráty zaměstnání, tíživé rodinné a ekonomické situace, možnosti diagnózy vážného jaterního onemocnění a subjektivně vnímaného zhoršení paměti.

- **Řešení problému:**
 - podpora pacientky k vyjadřování všech obav při skupinové terapii
 - kontakt na sociální poradnu k řešení otázek možných finančních dávek atd.
 - edukace: důsledky vlivu dlouhodobého stresu a vyčerpání na organismus a paměť

- podpora k tréninku kognitivních funkcí – udělat si čas na čtení, trénovat paměť, případně kontakt na specialistu pro trénink kognitivních funkcí

5.1.5. Narušená komunikace a vztahy s okolím v důsledku nepředvídatelných změn v chování, složitého vyjadřování a neschopnosti popsat vlastní potřeby a prožitky.

- **Řešení problému:**

- podpora pacientky při sdělování problémů, které ve vztazích prožívá
- motivace pacientky ke zkoušení nově nabytých dovedností v komunikaci s členy skupiny a postupně i v domácím prostředí
- zkoumání a překonávání komunikačních potíží formou muzikoterapie a dalších neverbálních technik
- podpora jasného a stručného vyjadřování

5.1.6. Riziko dekompenzace diabetes mellitus a hypertenze v důsledku neobvyklé psychické zátěže a nevyvážené stravy.

- **Řešení rizika:**

- sledování glykémie a hodnot tlaku krve - pacientka má vlastní tonometr a glukometr
- dodržování pravidelných návštěv a kontrolních laboratorních vyšetření krve dle ordinace ošetřujícího internisty – pacientka jej informovala, že dochází do DS
- sledování účinků interní medikace
- zvýšené sledování pacientky v náročných situacích v DS, řešení možných komplikací
- vynechání cviků, které mohou být rizikové pro osoby s hypertenzí

6. Závěr léčby

Paní A.C. na konci léčby víc rozuměla souvislostem mezi stylem výchovy a událostmi, které zažila a svým současným stylem prožívání a vztahování se ke svému okolí. Osvěžila si znalost autogenního tréninku, který začala pravidelně používat. Začala se více věnovat péči o tělo a vlastní záliby a naučila se vymezovat si pro tyto aktivity ve svém náročném denním programu čas. Začala zkoušet měnit zaběhlý styl komunikace s manželem a dětmi. Měla obavy, zda dokáže udržet změny, které ve svém životě udělala.

Po ukončení docházky do denního stacionáře se vrátila do péče své psychiatry, které důvěřuje. Paní A.C. se rozhodla zůstat po skončení docházky do stacionáře ještě v pracovní neschopnosti a strávila několik týdnů v lázních. Po té ukončila pracovní neschopnost u nás. Byla jí nabídnuta následná podpůrná individuální psychoterapie, které využila měsíc po skončení denního stacionáře a následně docházela po dobu čtyř měsíců jednou za čtrnáct dní na konzultace k psychologce na jiném oddělení naší kliniky.

7. Edukační plán paní A.C

- **Působení stresu na lidský organismus**
 - **Cíl edukace:** pacientka bude znát důsledky působení akutního a chronického stresu na organismus člověka.
 - **Průběh edukace:** psychoedukace ve skupině v době odpoledního programu dvakrát v týdenním odstupu.
 - **Výsledek edukace:** paní A.C. po psychoedukaci a skupinové diskusi má pocit, že problematice víc rozumí, spojuje s působením stresu některé ze svých fyzických obtíží.

- **Relaxační technika - autogenní trénink**
 - **Cíl edukace:** pacientka bude znát základní stupeň autogenního tréninku a bude schopna jej samostatně praktikovat.

- **Průběh edukace:** postupný nácvik autogenního tréninku 2× týdně ve skupině, každý týden přidáváme jeden pocit, od osmého týdne se cvičí celý základní stupeň autogenního tréninku.
 - **Výsledek edukace:** na konci léčby pacientka pravidelně cvičila autogenní trénink doma několikrát v týdnu.
- **Cvičení ke zpevnění a protažení svalstva**
- **Cíl edukace:** pacientka se naučí základní cviky k protažení a posílení svalstva, zejména svalů zad a břicha. Pacientka bude chápat význam pravidelného přiměřeného cvičení pro své zdraví.
 - **Průběh edukace:** skupinové cvičení jednou týdně.
 - **Výsledek edukace:** pacientka chápe důležitost vhodného pravidelného pohybu pro své zdraví, pravidelně doma cvičit nezačala, nenašla na to čas a neměla dostatek sil. Vkládá naději do lázeňského pobytu, který má absolvovat po skončení léčby v denním stacionáři, jehož součástí bude i fyzioterapie a léčebný tělocvik.

8. Pohled pacientky na vlastní onemocnění

Paní A.C. téma pohledu na vlastní nemoc stejně jako ostatní pacienti otvírala při skupinové terapii často. Snažila se pochopit, proč se její problémy objevily, hledala souvislosti s vlastním životem.

8.1. *Pohled na vznik nemoci a cestu k uzdravení*

Při indikačních pohovorech paní A.C. považovala svou nemoc za reakci na pracovní i osobní zatížení, se kterým neumí dobře pracovat a které, jak si uvědomila po studiu literatury o psychosomaticce, se začíná podepisovat na jejím zdraví. Jejím cílem v terapii bylo – stejně jako v denním stacionáři absolvovaném před pěti lety – věnovat se sama sobě, odpočinout si a naučit se účinné relaxační techniky a způsoby, jak zvládat stres a efektivně komunikovat s manželem a postiženými dětmi.

Své obtíže a únavu považovala za důsledek vlastní neschopnosti vyrovnat se s životní zátěží. Styděla se, že se s příznaky nemoci nedovede vypořádat sama.

8.2. *Pohled na psychoterapeutickou práci s biografií*

Paní A.C. se zcela odmítala zabývat vlastním dětstvím. Opakovala, že tyto kapitoly má vyřešené, své rodiče miluje i s jejich chybami a všem kolem sebe dávno odpustila. V průběhu léčby se ale dařilo tuto bariéru trochu uvolnit a paní A.C. si uvědomila, jak její současné způsoby reagování a zacházení se světem, které jí ubližují, souvisejí se strategiemi jednání, které se naučila v dětství a které se v její rodině přenáší z generace na generaci, aniž by si kdokoli z jejích blízkých či ona sama uvědomil, jak jsou škodlivé (například tendence přebírat odpovědnost za druhé a stanovovat si extrémně náročné cíle). Díky těmto uvědoměním byla schopná ubrat trochu na přísnosti, se kterou k sobě přistupovala.

Velmi důležitým poznáním, které jí umožnilo zabývat se i negativními pocity vůči svým blízkým, bylo přijetí pohledu, že je možné někoho milovat a mít k němu úctu a zároveň vůči němu cítit hněv a zlobu za konkrétní činy, kterých se dopustil.

8.3. Ztráty způsobené nemocí

Paní A.C. mluvila o negativních důsledcích nemoci pro svůj život. Cítila se invalidizovaná a vyřazená ze společnosti kvůli únavě a přehnané citlivosti, které jí bránily vykonávat zaměstnání nebo se účastnit společenských aktivit.

8.4. Zisky z nemoci

Mluvila i o tom, co svou nemocí naopak získává a k čemu by, nebýt nemoci, neměla přístup nebo odvalu. Uvědomila si, že dlouhodobá pracovní neschopnost, urputné bolesti celého těla a extrémní únava, jí umožňují si odpočinout a vzít více prostoru pro sebe. Vzhledem k tomu, že rodina, ve které vyrostla, i ona sama vysoce oceňují výkonnost, nepodléhání emocím, racionalitu a naprosté upřednostňování potřeb druhých před svými vlastními, usoudila, že pro ni nebylo možné „řešit“ celou situaci jinak, než duševním onemocněním.

9. Pohled společnosti na psychogenní onemocnění

V následující kapitole shrneme poznatky o pohledu okolí na nemocné neurózou tak, jak nám je zprostředkovali pacienti v denním stacionáři. Téma pohledu okolí, zvláště rodiny, přátel a zaměstnavatelů, na jejich psychické problémy, je pro pacienty hodně významné, přinášejí je často ve všech fázích terapie. Zpočátku jsou to hlavně obavy z reakce zaměstnavatele a pracovního kolektivu na dlouhodobou pracovní neschopnost. O pohledu svých blízkých na problémy, kterými trpí, mluví až později a bývá to pro ně obtížné.

9.1. Strach ze stigmatizace

Pacienti se obávají, jak bude okolí reagovat na projevy jejich nemoci i na fakt, že se léčí na psychiatrii. V průběhu práce ve stacionáři se často otevírá téma studu za psychické problémy. I klienti sami v době, kdy byli zdraví, měli většinou na lidi s duševním onemocněním zjednodušující pohled. Buď je litovali a považovali za chudáky, nebo přičítali vinu za jejich stav jim samým a odsuzovali je jako „lenochy“ či lidi neschopné si se sebou poradit. Ve chvíli, kdy se sami

ocitají na druhé straně, chtě nechtě aplikují tento stereotypní pohled i sami na sebe a očekávají stejný přístup i od svého okolí.

Nezřídka se stává, že si pacient nechá raději vystavit pracovní neschopnost od praktického lékaře nebo jiného specialisty, protože se stydí za razítko psychiatrie. Jedna naše pacientka měla neschopenku od diabetoložky. Byla to jediná lékařka, která v dané situaci pochopila její obavy ze ztráty prestiže a důvěryhodnosti v zaměstnání.

Lidé někdy zatajují docházku do stacionáře, či na individuální psychoterapii i před rodinou a blízkými a pokud se nakonec odhodlají o své nemoci a léčbě doma mluvit, setkávají se nezřídka s podezíráním a nepochopením. Příbuzní mají obavy, že budou označeni za viníky onemocnění, že je nemocný bude „pomlouvat“ a „házet na ně špínu“.

Jedna klientka se bála, že léčbu na psychiatrii zneužije její bývalý manžel v soudní při o děti, které se dlouhodobě snažil dostat do své péče. Jak jsme se později dozvěděli, její obavy byly podloženy velmi nepříjemnými zkušenostmi z předchozích jednání soudu, kdy proti ní fakt, že se léčí s úzkostnou neurózou, skutečně byl použit jako přítěžující okolnost.

9.2. Akceptace psychogenního onemocnění jako důsledku zrychleného životního stylu

Setkáváme se ale i s pochopením okolí pro lidi, kteří trpí psychogenními potížemi, které se projevují zvýšenou únavou, panickými stavy, úzkostí atd. Všeobecně je původ těchto poruch přičítán současnému rychlému životnímu tempu a přehnané zaměřenosti společnosti na výkon.

Pokud se dosud úspěšný člověk najednou „zhroutí“ v práci, nebo se začne emočně neadekvátně projevovat, pomyslí si řada lidí, že je „přetažený a potřebuje si odpočinout“, ale stále více je i těch, kteří přijímají, že může být třeba i psychiatrické léčby a podpory, aby se člověk naučil „relaxovat“ a našel cestu ke „zdravému životnímu stylu“, nebo aby dokázal lépe „komunikovat“ s druhými⁵⁰.

⁵⁰ Pojmy v uvozovkách jsou citací častých výroků pacientů, kteří se přichází léčit, i lidí v našem okolí, se kterými na dané téma mluvíme.

Tolerance okolí i pacientů samotných vůči vlastní „neschopnosti“, ovšem nemívá příliš dlouhé trvání. Obvykle očekávají (nemocní i společnost), že příznaky zmizí rychle že pomohou léky (nejdéle ovšem tak na měsíc a pak vysadit) že budou chvíli relaxovat a odpočívat, vypovídají se psychologovi a bude zase dobře a všechno se vrátí do starých kolejí. Zjištění, že možná bude třeba brát léky dlouhodobě a kompletně přehodnotit svůj přístup k životu, nebývá pacienty ani jejich okolím vítáno.

9.3. Strach ze změny

Pacient i jeho okolí jsou zvyklí na určitý životní styl. I přes problémy, které daný způsob života může přinášet, všichni vědí, co mohou čekat a i když je realita třeba zatěžující a nepříjemná, je známá a tím i bezpečná. Pokud se ale stane, že z důvodu psychické nemoci jedince je třeba provést změnu, začnou se často postižený člověk i jeho blízcí vzpírat, hanět léčbu, lékaře i nemocného.

Například:

Žena v domácnosti si v terapii uvědomí, že by chtěla znovu do práce a už ji neuspokojuje zajišťovat celé rodině kompletní „servis“. Rodina, která upřímně chce, aby se matka zbavila té hrozně únavy a migrén, bývá však již ostražitá a dokonce může začít ženě vymlouvat léčbu ve chvíli, kdy si všichni uvědomí, co by pro ně její rozhodnutí jít do práce a nedělat všechno sama, znamenalo. I pacientka sama, zděšená ne zcela pozitivní reakcí svých blízkých i nároky, které by změna kladla na ni, může začít couvat, smlouvat sama se sebou a hledat nějakou snadnější cestu. Je třeba velké odvahy všech zúčastněných, aby zkusili překonat strach a změnili stávající rozdělení rolí a zvyklostí. Odměnou za tento nesnadný krok však často bývá úzdrava nemocné a mnohdy i zkvalitnění života celé rodiny.

Lidé, kteří jsou postiženi, ale i jejich okolí a potažmo pak celá společnost, jsou nemocí zaskočení, omezeni a nuceni ke změně. Přijetí této výzvy je nesmírně obtížné, ale chová v sobě podle našeho názoru možnost zlepšení a zkvalitnění života pro všechny zúčastněné.

10. Sestra jako člen multidisciplinárního týmu v denním stacionáři pro léčbu neuróz a psychosomatických poruch

Denní stacionář je veden klinickým psychologem a sestrou. S těmi se pacient v léčbě setkává nejčastěji. Komplexní péče je však zajišťována multidisciplinárním týmem. Jeho členy jsou, kromě výše zmíněných, také psychiatr, příjmová sestra, sociální pracovník, ergoterapeut a supervizní tým, do kterého patří lékaři, psychologové a sestry, kteří vedou další denní stacionáře na klinice a vede jej nezávislý supervizor z jiného pracoviště. V případě paní A.C. práce týmu vypadala takto:

Paní A.C. se na naši kliniku obrátila sama, své problémy nejprve konzultovala telefonicky s příjmovou sestrou, ta ji objednala na vstupní psychiatrické vyšetření k příjmovému psychiatrovi kliniky. Psychiatr pacientce doporučil denní stacionář a také jí vystavil a po dobu trvání a čtrnáct dní po skončení DS vedl pracovní neschopnost. V průběhu léčby se paní A.C. setkala se sociální pracovnící, se kterou úspěšně řešila možnosti získání sociálních příspěvků. Problémy paní A.C. jsme také několikrát konzultovali na supervizi a poradách týmu a ve stavu akutního zhoršení potíží pacientka navštívila našeho psychiatra, kde byla na vstupním vyšetření. V průběhu léčby jsme byli v kontaktu i s její ošetřující psychiatrou, které byla po skončení léčby zašlapána závěrečná zpráva psychologa a náš psychiatr jí předal pracovní neschopnost.

10.1. Role sestry v týmu denního stacionáře

Práce sestry v denním stacionáři je specifická a specializovaná. Sestra potřebuje kromě ošetrovatelského i vzdělání v oblasti psychoterapie (psychoterapeutický výcvik) a dalších technik, jako je arteterapie, muzikoterapie atd. Z hlediska psychoterapie je sestra podřízena vedoucímu psychologovi denního stacionáře. V oblasti sesterské práce, jako je vedení dokumentace, organizace práce a provozní chod oddělení, se zodpovídá vrchní sestře. V oblasti léčebných úkonů, jako jsou aplikace léčiv, měření fyziologických funkcí a odběry biologického materiálu na vyšetření, je podřízena psychiatrovi.

10.1.1. Shromažďování a předávání informací a koordinace aktivit multidisciplinárního týmu

Na začátku stacionáře sestra zajišťuje kontakty na pacienty a jejich lékaře. Kromě skupinové psychoterapie mohou na klinice navštěvovat psychiatra, využívat ergoterapii, sociální a právní poradnu. Sestra zajišťuje plynulý tok informací o pacientovi ke všem odborníkům zainteresovaným na jeho péči a zpět a společně s pacientem plánuje nejvhodnější rozvrh aktivit.

Lékaři, či lékařům, kteří pacienta do denního stacionáře doporučili, posílá po prvním týdnu terapie stručnou a po skončení léčby podrobnou zprávu od psychologa.

V případě potřeby je sestra v kontaktu s praktickým lékařem či jinými odbornými lékaři pacienta.

Je výhodou, pokud je pacient, který se účastní léčby v denním stacionáři, zároveň v péči u některého z psychiatrů kliniky. Průběh terapie pak konzultujeme jednou týdně na poradách, nebo dle potřeby i častěji.

10.1.2. Pozorování klienta a vedení dokumentace

V prvních dnech sestra sepíše důkladnou anamnézu⁵¹. Zjišťuje aktuální problémy pacienta ve zdravotní i sociálně-právní oblasti. Více se soustředí i na současné a minulé somatické problémy, protože pacienti na klinice neprocházejí interním vyšetřením. V průběhu terapie i o přestávkách mezi programy pozoruje chování pacienta, sleduje závislost výskytu somatických a psychických potíží a charakteristické způsoby jednání pacienta. Výsledky svých pozorování a vlastní závěry z nich vyvozené zapisuje do dokumentace a konzultuje s psychologem, který stacionář vede, na poradách týmu a při supervizi.

V denním stacionáři není zatím samostatná sesterská dokumentace. Sestra, protože se účastní každý den celého programu denního stacionáře, je odpovědná za kompletní vedení dokumentace. Píše denní zápis, jehož součástí je i sesterské pozorování.

⁵¹ Podobu formuláře a obsah dat, která sestra shromažďuje, v současné době s kolegy v DS vyvíjíme). Současný stav je popsán v závěru práce a viz. Příloha č. 10/a a dále.

10.1.3. Zdravotnická péče

Denní stacionář je vedený klinickým psychologem, nikoli lékařem. Sestra zajišťuje poradenství pacientům týkající jejich somatických obtíží. Poskytuje první pomoc v akutních situacích, které mohou při léčbě nastat (panická ataka, alergické reakce, astmatický záchvat, epileptický záchvat, atp.). Aplikuje medikaci ordinovanou psychiatrem.

10.1.4. Edukace

Sestra učí pacienty relaxační techniky, způsoby zvládnání krizových situací a paniky, vhodné tělesné cvičení. Vysvětluje mechanismus působení stresu na lidský organismus a jeho důsledky. V neposlední řadě předává informace o zdravém životním stylu a zdravé výživě.

10.1.5. Koterapie

Na skupinách pracuje sestra v roli koterapeuta s klinickým psychologem, který skupinu vede. Do skupinového dění vnáší informace a události, které souvisí s diskutovaným tématem a odehrály se v nepřítomnosti vedoucího terapeuta, sleduje čas, pozoruje dění ve skupině.

10.1.6. Samostatná terapeutická práce

Sestra pod supervizí psychologa vede programy, pro které má doplňující vzdělání, např.: arteterapie, relaxace, muzikoterapie atd. Samostatně vede zdravotní cvičení, relaxace a edukaci. Sesterské terapeutické intervence a aktivity mají podpůrný a poradenský charakter.

10.1.7. Psychoterapeutické působení sestry

Psychoterapeutické působení sestry se liší od psychoterapie prováděné klinickým psychologem. Sestra je v kontaktu s pacientem delší dobu, než psycholog, nebo psychiatr. Setkává se s ním také v situacích bližších reálnému životu, kde se projevují nevhodné způsoby jednání často jasněji, než při skupinové terapii. Dále přiblížíme dvě konkrétní možnosti psychoterapeutického působení sestry:

10.1.7.1. Práce se závislostí

Vycházíme z přístupu sestry při projevech závislosti (dependency) psychiatrických pacientů, který navrhuje Peplau:

„Při práci s ní (se závislostí) není psychoterapeutickou strategií sestry řešení celkové problematiky závislosti, ale je spíše zaměřená na konkrétní projevy závislosti, které se (v jednání) pacienta právě nyní objevují. Při rozhovoru je běžné, že pacient zkouší, zda bude sestra hrát dominantní roli ve vztahu, tak jak byl po celý život zvyklý, to znamená – zda sestra převeze roli dominantní matky. Pokusy jsou jemné, nenápadné a nesčetné, ale sestra se může rozhodnout nepodporovat pacientovu závislost tím, že by s ním jednala jako s bezmocným a neschopným činit samostatně jednoduchá rozhodnutí. Pacient se třeba může zeptat: „Mohu si jít zakouřit?“ „Mohu jít do koupelny?“ „Mohu si lehnout?“ Tyto žádosti o povolení zní nevinně, ale pokud na každou z nich sestra odpoví „Ano“, tak tím nejen dává svolení, ale zároveň reaguje jako někdo, kdo o věcech rozhoduje.“⁵²

Shodně s pohledem Peplau se tedy snažíme nereagovat na projevy závislosti pacientů pouze intuitivně, ale jsme si vědomi toho, že i jednání s pacientem, která probíhají mimo hodiny skupinové terapie, jsou důležitou součástí léčby. Sestra musí být stále ve střehu a vracet odpovědnost za rozhodování zpět do rukou pacienta.

Paní A.C. se například ptala, zda se má sprchovat raději ráno, nebo večer. Když chtěla otevřít okno v terapeutické místnosti, obracela se na sestru. Při arteterapii se dotazovala, zda smí kreslit křídami, i když bylo předem řečeno, že volba materiálu je dobrovolná.

10.1.7.2. Posílení vědomí sebe sama

Důležitou součástí terapie je posílení pacientova vědomí sebe sama, které umožňuje převzít odpovědnost za sebe a zbavit se nezdravé závislosti na vnější autoritě. Sebe sama si uvědomujeme například, když sdělujeme, co jsme dělali či prožívali a sdělení formulujeme pomocí „JÁ“. Častým projevem úzkosti a

⁵² PEPLAU, H., Psychoterapeutic Strategies, Perspectives in Psychiatric Care, July 1, 1999, reprinted from Perspectives in Psychiatric Care, VI (1968), pp. 264 – 270, překlad autorka

nejistoty týkající se vlastních názorů a prožívání, je neosobní sdělování informací týkajících se sebe sama s použitím formulace „někdo“ nebo „člověk“. Jiným způsobem, jak nemluvit za sebe, je mluvení za všechny, kdy místo „já“, používá pacient „my“.

Paní A.C. v úzkosti a strachu hlásit se k vlastním názorům a prožitkům často mluvila neosobně, nebo za všechny. Říkala třeba: „Pro každého tady je těžké mluvit o tom, co cítí,“ nebo: „člověk tohle přece musí vydržet,“ a podobně. Vyjadřovala se také pomocí různých anonymních citátů. Sestra se tedy soustředila na zachycování všech těchto neosobních sdělení o sobě a žádala paní A.C. o osobní vyjadřování.

Podle mých zkušeností je náročné se výše uvedených strategií držet. Jedním z důvodů je návyk dávat pacientům konkrétní rady a pokyny při edukaci, kdy jsou vysvětlovány konkrétní postupy, například relaxační techniky. Dalším důvodem je, že sdělení konkrétní rady a stanovení jednoznačného řešení je rychlejší a snazší, než na trpělivost náročná podpurná komunikace s pacientem, který má strach převzít za sebe odpovědnost a opakovaně ji přenáší na sestru, na skupinu, nebo nekonkrétního „člověka“.

Závěr

V práci jsem se snažila o zprostředkování pohledu na léčbu neurotických poruch v denním stacionáři. V průběhu shromažďování materiálů a dále při psaní práce jsem objevovala stále nová témata, o kterých jsem měla potřebu se alespoň okrajově zmínit. Z důvodu udržení přiměřeného rozsahu práce a nedostatku času jsem ale na některá z nich rezignovala.

Ze sesterského hlediska mi připadalo zajímavé zaměřit se na vytvoření nového, nebo úpravu některého ze stávajících modelů ošetrovatelské péče pro potřeby psychiatrické péče v psychosomaticky zaměřeném denním stacionáři, protože v současnosti jsou modely péče sestavené spíše pro potřeby pacientů hospitalizovaných na somatických odděleních.

Pro úpravu se mi jeví nejpříhodnější model Marjory Gordon použitý v této práci, protože nabízí komplexní pohled na pacienta. Na jeho podkladě jsme spolu s kolegyněmi na klinice v průběhu doby, kdy vznikala tato práce, začaly tvořit formulář pro soupis sesterské anamnézy. Jeho aktuální, ale stále upravovaná, verze je viz. Příloha č. 10/a a dále. V budoucnosti je naším cílem vytvořit kompletní sesterskou dokumentaci pro potřeby psychiatrické léčby v denním stacionáři.

Souhrn

Práce se zabývá ošetrovatelskou péčí v denním stacionáři pro léčbu neuróz a psychosomatických poruch. V klinické části jsou popsány nejčastější poruchy, které jsou v denním stacionáři léčeny, základy psychofarmakoterapie, skupinové psychoterapie a dalších technik používaných v léčbě – arteterapie, muzikoterapie, relaxace a pohybové terapie. Ošetrovatelská část obsahuje popis teorie ošetrovatelského procesu, ošetrovatelského modelu Marjory Gordon a ukázkou jejich praktického uplatnění v případové studii u dvaapadesátileté pacientky s diagnózou Porucha přizpůsobení (F 43.2). Dále jsou zahrnuty kapitoly zabývající se pohledem pacientky a společnosti na onemocnění a náš názor na roli sestry v denním stacionáři.

Summary

The work deals with nursing care in a day hospital for a treatment of neurotic and psychosomatic disorders. The clinical part describes the most common disorders, which are treated there, basics of the pharmacotherapy, group psychotherapy and other techniques like art therapy, musicotherapy and relaxation and kinetic therapy.

The nursing part includes a description of theory of nursing proces, Marjory Gordon's nursing model and an example of its application in the case study of a 52 years old patient with a diagnosis of adjustment disorder (F 43.2). Furthermore chapters about neurotic diseases are included, that compare the perspective of the patient to the perspektive of society, and our opinion on the role of nurse in the multidisciplinary team in the psychiatric day care hospital.

Seznam použité literatury

- BEZVODOVÁ, Š. *Relaxační a imaginační techniky* - texty pro účastníky kurzu, Praha: ESET – HELP, 2006
- DOENGES, M. E., MOORHOUSE, M. F. *Kapesní průvodce zdravotní sestry, 2. přeprac. vydání*. Praha: Grada Publishing, 2001, ISBN 80-247-0242-8
- HONZÁK, R. *Pohled psychiatra na funkční poruchy trávicího traktu*, [on-line], 2008, [12.4.2008], dostupnost z: https://www.zdravcentra.cz/cps/rde/xchg/zc/xsl/3141_6660.html
- CHROBÁK, L. a kol., *Propedeutika vnitřního lékařství*, Praha: Grada Publishing, 2003, ISBN 80-247-0609-1
- CHROMÝ, K., HONZÁK, R. a kol., *Somatizace a funkční poruchy*, Praha: Grada Publishing, 2005, ISBN 80-247-1473-6
- KENNERLEYOVÁ, H. *Jak zvládat úzkostné stavy*. Praha: Portál, 1998, str. 106 – 107, ISBN 80-7178-266-1
- KNOBLOCH, F., KNOBLOCHOVÁ J., *Integrovaná psychoterapie v akci*, Praha: Grada Publishing, 1999, ISBN 80-7169-679
- KRATOCHVÍL, S., *Skupinová psychoterapie v praxi*, třetí, doplněné vydání. Praha: Galén, 2005, str. 15, ISBN 80-7262-347-8
- LIPSKÝ, M., *Zvuk a hudba jako prostředek muzikoterapeutického působení na lidský organismus*, [on-line], 2002, [cit. 12.12.2007], dostupnost z: <http://www.muzikoterapie.cz/index.php?p=obsah/clanky/zvuk-a-hudba-jako-prostredok-muzikoterapeutickeho-pusobeni-na-lidsky-organizmus>
- MAHEŠVARÁNANDA, P. *Jóga v denním životě*, Brno: Blok, 1990, ISBN 80-7029-030-7
- MARKOVÁ.E., VENGLÁŘOVÁ, M., BABIAKOVÁ, M. *Psychiatrická ošetrovatelská péče*. Praha: Grada Publishing, 2006, ISBN 80-247-1151-6
- MIHULOVÁ, M., SVOBODA, M. *Abeceda jógy*, Liberec: Santal, 2007, ISBN 80-85965-49-6
- MKN 10 – *Duševní poruchy a poruchy chování popisy klinických příznaků a diagnostická vodítka* [CD-ROM], Praha: PCP, WHO, kapitola „f4“, 3. vydání
- NEŠPOR, K. *Léčivá moc smíchu: smích a zdraví, smích a vztahy, smích a práce, smích a výchova*. Praha: Vyšehrad, 2007, 3.rozš.vydání, ISBN 978-80-7021-878-5
- NEŠPOR, K. *Uvolněně a s přehledem*. Praha: Portál, 1998

- PAVLÍKOVÁ, S. *Modely ošetrovatelství v kostce*. Praha: Grada Publishing, 2006, ISBN 80-247-1211-3
- PEPLAU, H., *Psychotherapeutic Strategies*, Perspectives in Psychiatric Care, July 1, 1999, reprinted from Perspectives in Psychiatric Care, VI (1968)
- PHARMINDEX – BREVÍŘ 2007, Praha: Medical Tribune, 2007
- PRAŠKO, J., *Stigmatizace u „psychogenních poruch“*. [on-line], Psychiatrie č. 1, 2001, [cit. 12.4.2008], dostupnost z:
<http://www.tigis.cz/PSYCHIAT/PSYCH101/07prasko.htm>
- RABOCH, J., JIRÁK, R., PACLT, I., *Psychofarmakologie pro praxi*, Praha: Triton, 2005
- SOUZENELLE, Annick de. *Symbolismus lidského těla*, Praha: Unitaria, 1994
- STAŇKOVÁ, M. *Základy teorie ošetrovatelství: učební texty pro bakalářské a magisterské studium*, Praha: Karolinum, 1997
- ŠICKOVÁ-FABRICI, J. *Arteterapia ú(zá)žitkové umenie?* Bratislava: Petrus Publishers, 2006, ISBN 80-89233-10-4
- VILÍMEK Z., *Rozhovor o muzikoterapii s Vlastou Markem*, [on-line], prosinec 2004, [cit. 13.12. 2007] dostupnost z
<http://www.muzikoterapie.cz/index.php?p=rozhovor-o-muzikoterapii-s-vlastou-markem>
- VOJÁČEK, K. *Autogenní trénink - cesta ke zdraví*. Praha: Oddělení zdravotní výchovy Krajského ústavu národního zdraví, 1989
- VOTAVA, J. a kol. *Jóga očima lékařů.*, Praha: Avicenum, zdravotnické nakladatelství, 1988, ISBN 08-052-88
- WILSON, P., *Základní kniha relaxačních technik, bezprostřední klid*. Olomouc: Votobia, 1997, ISBN 80-7198-274-1
- ZELEIOVÁ, J. *Muzikoterapie*, Praha: Portál, 2007, ISBN 978-80-7367-9
- ZMRZLÍKOVÁ, L., *Pohled na dění v psychotherapeutické skupině* In *Psychotherapie II. sborník přednášek*. Praha Triton, 1993, s. 184, ISBN 80-901521-7-1
- YALOM, I. D., *Teorie a praxe skupinové psychotherapie*. Hradec Králové: Konfrontace, 1999, ISBN 80-86088-05-7

Seznam obrázků

Obrázek 1 - Jednorožec	64	
Obrázek 2 – Procvičování zápěstí	69	
Obrázek 3 - Kroužení zápěstím	Obrázek 4 - Kroužení hlavou.....	69
Obrázek 5 - Křížení paží.....	70	
Obrázek 6 - Mlýnek.....	70	
Obrázek 7 - Veslování	71	
Obrázek 8 - Předpažování a upažování	71	
Obrázek 9 - Zanožování	72	
Obrázek 10 - Kočka.....	72	
Obrázek 11 - Pozdrav slunci.....	73	

Seznam příloh

Příloha č. 1: Obrázek: „Jednorožec“

Příloha č. 2: N5 (dotazník neurotických obtíží)

Příloha č. 3: Vstupní dotazník pro denní stacionář

Příloha č. 4: Závěrečný dotazník pro denní stacionář

Příloha č. 5: Program denního stacionáře pro léčbu neuróz a psychosomatických poruch

Příloha č. 6: Příklady cviků k procvičení kloubů

Příloha č. 7: Cviky k posílení a protažení zádového svalstva

Příloha č. 8: Pozdrav slunci

Příloha č. 9: Celostní pohled na pacienta podle modelu Marjory Gordon

Příloha č. 10: Sesterská anamnéza

Přílohy

Příloha č.1

Obrázek 1 - Jednorožec⁵³



⁵³ Zdroj: archiv kliniky, kde se pacientka léčila

Příloha č. 2

N5

Barevné odlišení:
 Vstupní dotazník
 Výstupní dotazník
 Oblasti, které zůstaly
 beze změny

Jméno: A.C. věk: 52 let datum vyšetření: vstupní a výstupní

Hodící se stupeň obtíží dejte do kroužku. V posledních dnech mě obtěžovaly:

		Ne	Mírně	Značně	Velmi značně
1	Poruchy spánku	0	1	2	3
2	Ospalost ve dne	0	1	2	3
3	Únava a vyčerpání	0	1	2	3
4	Špatná výkonnost	0	1	2	3
5	Bolesti hlavy	0	1	2	3
6	Potivost	0	1	2	3
7	Závratě	0	1	2	3
8	Pocity na omdlení	0	1	2	3
9	Zvracení a pocity na zvracení při rozčilení	0	1	2	3
10	Pocity horka nebo chladu	0	1	2	3
11	Třesavka, vnitřní chvění	0	1	2	3
12	Roztřkanost, nesoustředěnost	0	1	2	3
13	Podrážděnost a vznětlivost	0	1	2	3
14	Špatná paměť	0	1	2	3
15	Mravenčení a stěhovavé bolesti	0	1	2	3
16	Bušení srdce, bolesti u srdce	0	1	2	3
17	Dechové potíže	0	1	2	3
18	Nechutenství	0	1	2	3
19	Průjem, nebo zácpa	0	1	2	3
20	Červenání, nebo blednutí	0	1	2	3
21	Pesimismus	0	1	2	3
22	Lítostivost, nebo přecitlivělost	0	1	2	3
23	Smutná, nebo špatná nálada	0	1	2	3
24	pocit „Do ničeho se mi nechce.“	0	1	2	3
25	Neurčitá úzkost, nebo pocit napětí	0	1	2	3
26	Strach o zdraví, nebo o svůj život ⁶⁷	0	1	2	3
27	Neodůvodněný strach vázaný na určitou situaci (na ulici, v návalu lidí, na mostě atd.)	0	1	2	3
28	Nepřiměřený strach z budoucnosti ⁵⁴	0	1	2	3
29	Pochyby o sobě samém ⁶⁶	0	1	2	3
30	Pocity nejistoty před lidmi	0	1	2	3
31	Nepříjemné pocity „jako ve snu“, nebo pocit, že neexistuji	0	1	2	3
32	Vtíravé myšlenky, nebo nutkání k jednání ⁵⁵	0	1	2	3
33	Nepříjemný pocit omámenosti ⁶⁷	0	1	2	3

Cítil/a jste v posledních dnech něco nápadného?

Vykouřil/a cigaret:

Vypila alkohol (jaký a kolik):

Vypil/a černé kávy:

Potkalo Vás v poslední době něco, co podle Vašeho názoru zhoršilo (nebo nedovolilo zlepšení) Vašich obtíží?

⁵⁴ u vstupního dotazníku připsala poznámku: „nezabývám se tím (únik).“

⁵⁵ u vstupního dotazníku nezodpověděla

VSTUPNÍ DOTAZNÍK PRO DENNÍ STACIONÁŘ

Jméno:

RČ:

Pojišťovna:

Kontaktní adresa:

telefon:

Datum:

Amb. lékař (psychiatr):

-
- 1) Kdy a proč jste poprvé vyhledal psychoterapii (psychologa, psychiatra)?
 - 2) Jaké jsou vaše potíže a jak dlouho trvají?
 - 3) Jak si je vysvětlujete?
 - 4) Co očekáváte?
 - 5) Máte z něčeho obavy?
 - 6) Je nějaké téma (a jaké), kterému se zde zejména chcete věnovat?
 - 7) Užíváte nějaké léky, resp. chodíte ještě někam do terapie?
 - 8) Co bychom ještě měli o Vás vědět?

Příloha č. 4

ZÁVĚREČNÝ DOTAZNÍK PRO DENNÍ STACIONÁŘ

Jméno:

Datum:

-
- 1) Jak se vyvíjely a měnily v průběhu stacionáře Vaše očekávání, představy, názory a pohled na sebe sama?
 - 2) Co Vám skupinová terapie dala a co naopak vzala?
 - 3) Co Vám, chybělo, vadilo, co jste chtěl/a a nedostal/a, co byste dělal/a jinak?
 - 4) S jakými pocity a závěry o sobě a svých vztazích s lidmi odcházíte?
 - 5) Chcete dále pokračovat v psychoterapii?
 - a) ano a ihned
 - b) ano, po nějaké době
 - c) nechci

a to: individuálně - ve skupině

 v XXXX - jinde

hodící se zakroužkujte, eventuálně upřesněte:

Příloha č. 5

**PROGRAM DENNÍHO STACIONÁŘE PRO LÉČBU
NEURÓZ A PSYCHOSOMATICKÝCH PORUCH**

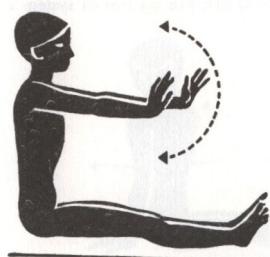
	8,30 – 9,00	9,00 – 9,45	9,45 – 10, 15	10, 15 – 11,45	11,45 – 12,45	12,45 – 14,00	14,00 – 14,30
pondělí	Příprava	<i>komunita</i>	přestávka	skupina	oběd	<i>Arteterapie</i>	Klub, úklid
úterý	Příprava	<i>komunita</i>	přestávka	skupina	oběd	<i>Neverbální techniky, nácvik AT</i>	Klub, úklid
středa	Příprava	<i>komunita</i>	přestávka	skupina	oběd	<i>Pohybová terapie, muzikoterapie</i>	Klub, úklid
čtvrtek	Příprava	<i>komunita</i>	přestávka	skupina	oběd	<i>Relaxace</i>	Klub, úklid
pátek	Příprava	<i>komunita</i>	přestávka	skupina	oběd	<i>Reflektování týdne</i>	Klub, úklid

PŘÍKLADY CVIKŮ K PROCVIČENÍ KLOUBŮ

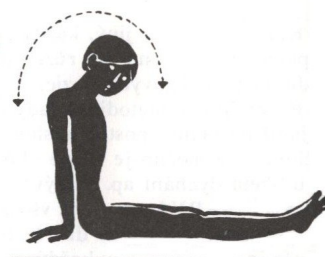
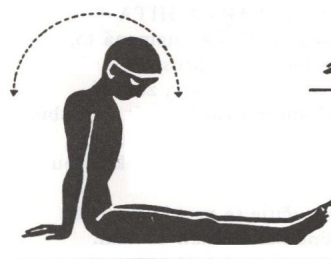
Obrázek 2 – Procvičování zápěstí⁵⁶



Obrázek 3 - Kroužení zápěstím⁵⁷



Obrázek 4 - Kroužení hlavou⁵⁸



⁵⁶ MAHEŠVARÁNANDA, P. *Jóga v denním životě*, Brno: Blok, 1990, str.: ISBN 80-7029-030-7

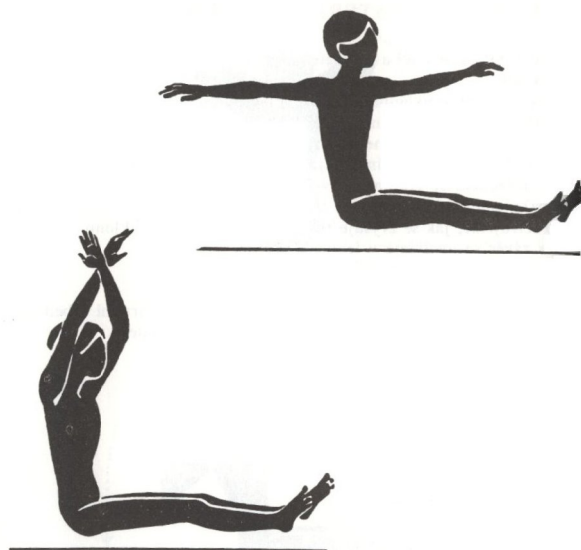
⁵⁷ MAHEŠVARÁNANDA, P. *Jóga v denním životě*, Brno: Blok, 1990, str.: ISBN 80-7029-030-7

⁵⁸ MAHEŠVARÁNANDA, P. *Jóga v denním životě*, Brno: Blok, 1990, str.: ISBN 80-7029-030-7

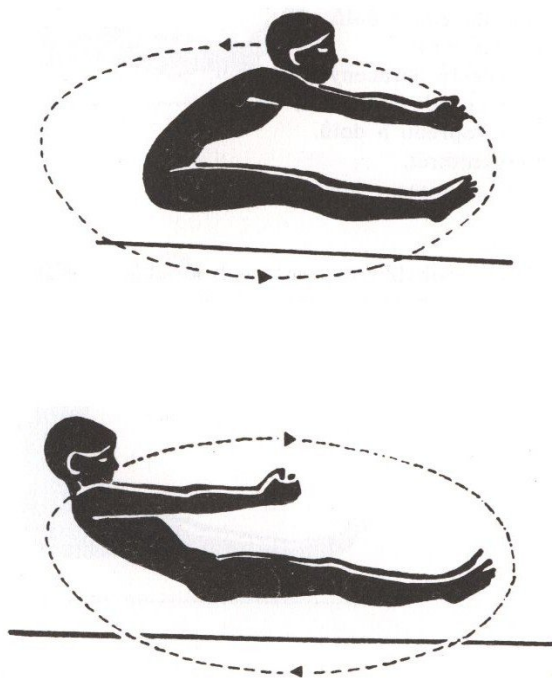
Příloha č. 7/a

CVIKY K POSÍLENÍ A PROTAŽENÍ ZÁDOVÉHO SVALSTVA

Obrázek 5 - Křížení paží⁵⁹



Obrázek 6 - Mlýnek⁶⁰

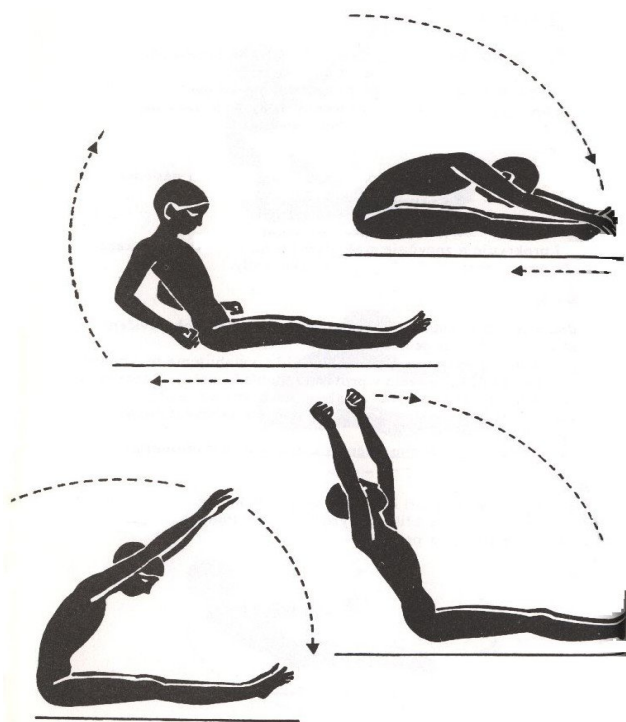


⁵⁹ MAHEŠVARÁNANDA, P. *Jóga v denním životě*, Brno: Blok, 1990, str.: ISBN 80-7029-030-7

⁶⁰ MAHEŠVARÁNANDA, P. *Jóga v denním životě*, Brno: Blok, 1990, str.: ISBN 80-7029-030-7

Příloha č. 7/b

Obrázek 7 - Veslování⁶¹



Obrázek 8 - Předpažování a upažování⁶²



⁶¹ MAHEŠVARÁNANDA, P. *Jóga v denním životě*, Brno: Blok, 1990, str.: ISBN 80-7029-030-7

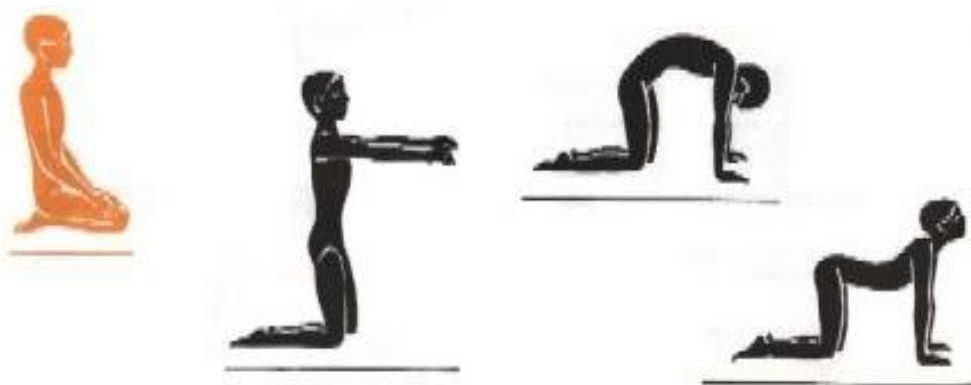
⁶² MIHULOVÁ, M., SVOBODA, M. *Abeceda jógy*, Liberec: Santal, 2007, str.: ISBN 80-85965-49-6

Příloha č. 7/c

Obrázek 9 - Zanožování⁶³



Obrázek 10 - Kočka⁶⁴



⁶³ MIHULOVÁ, M., SVOBODA, M. *Abeceda jógy*, Liberec: Santal, 2007, str.: ISBN 80-85965-49-6

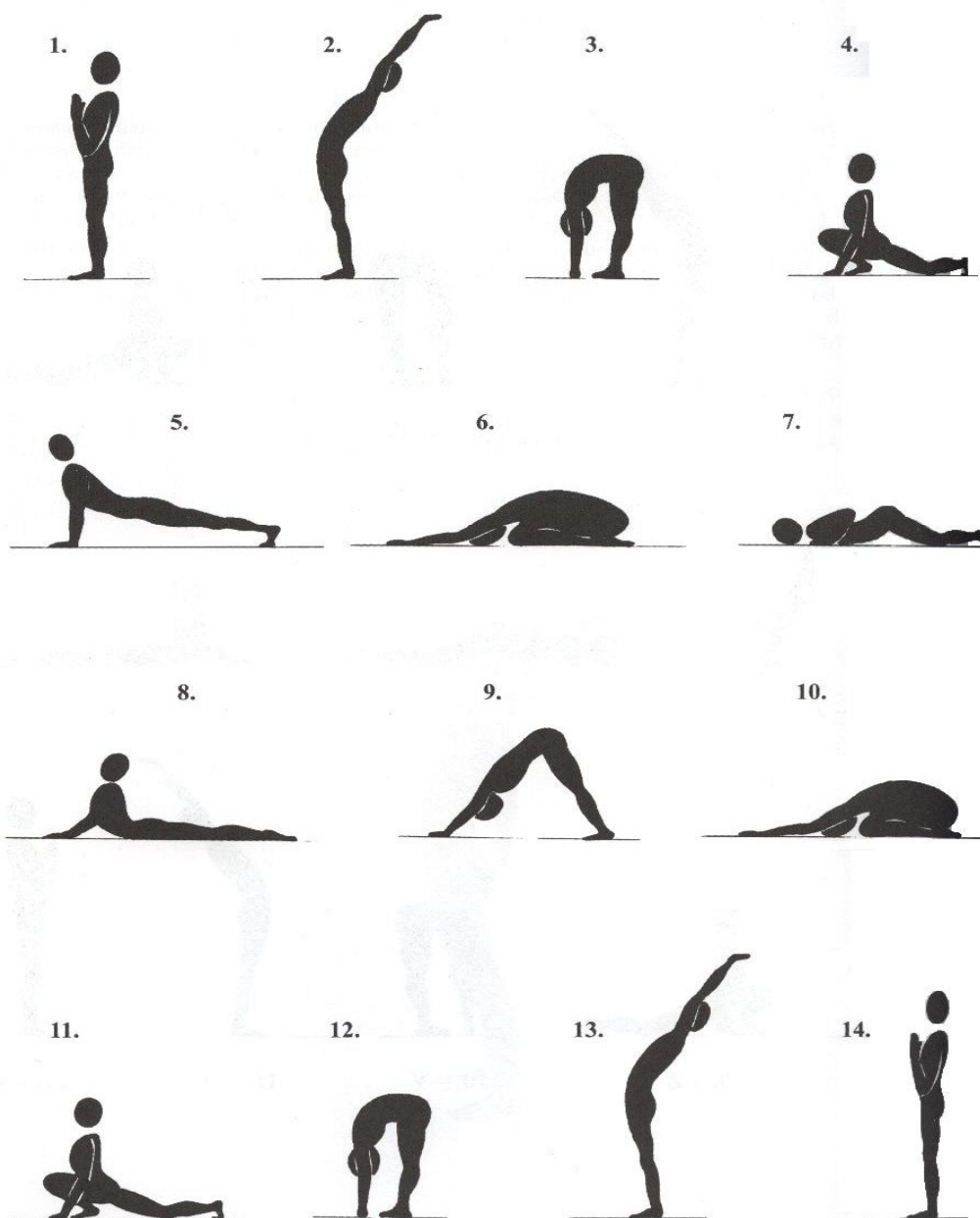
⁶⁴ MAHEŠVARÁNANDA, P. *Jóga v denním životě*, Brno: Blok, 1990, str.: ISBN 80-7029-030-7

POZDRAV SLUNCI

Obrázek 11 - Pozdrav slunci⁶⁵

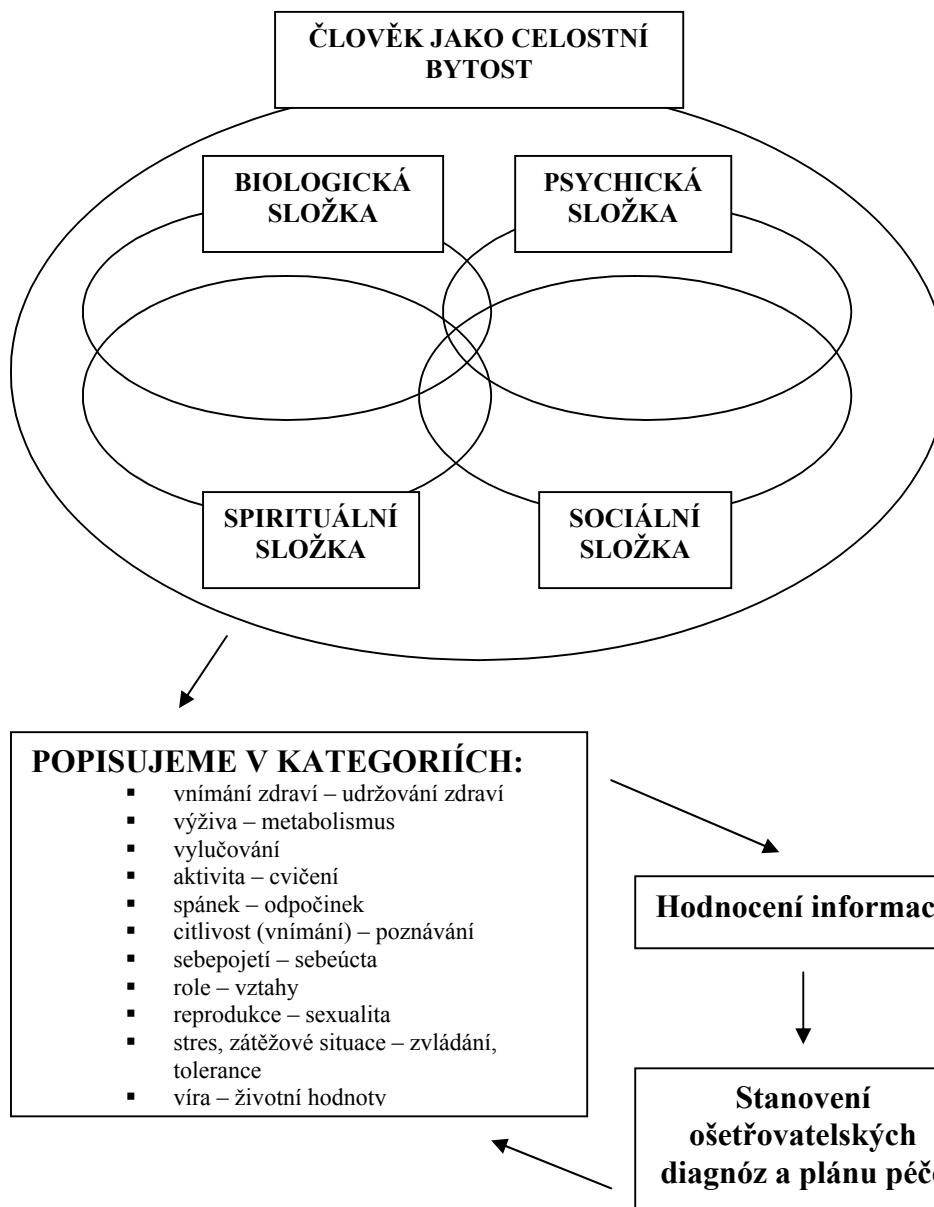
II. SÚRJA NAMASKÁR – podle dr. BHOLEHO

Toto cvičení se v některých polohách liší od předchozího, hlavní rozdíl však spočívá ve způsobu dechu. V první poloze provádíme nádech – výdech a během zadržení dechu přecházíme do další polohy, ve které opět nadechneme, vydechneme a v zadržení dechu pokračujeme následující polohou. Tento postup dodržujeme během celého cvičení. Celkový rytmus cvičení je oproti prvnímu způsobu pomalejší a poskytuje tak možnost pro hlubší koncentraci na jednotlivé polohy. Provádíme 3x 12x.



⁶⁵ MIHULOVÁ, M., SVOBODA, M. *Abeceda jógy*, Liberec: Santal, 2007, str.: ISBN 80-85965-49-6

CELOSTNÍ POHLED NA PACIENTA PODLE MODELU MARJORY GORDON⁶⁶



⁶⁶ PAVLÍKOVÁ, S. *Modely ošetrovatelství v kostce*. Praha: Grada Publishing, 2006, str.: ISBN 80-247-1211-3, úprava: autorka práce

Příloha č. 10/a

Sesterská anamnéza
klinika XXXX, denní stacionář pro léčbu neuróz a psychosomatických
poruch

Jméno:

číslo pojištěnce:

poj.:

Fyziologické funkce:	Tlak:	Puls:	Váha:	Výška:
Psychiatr:		Praktický lékař:		
Pracovní neschopnost: ANO - NE		Od kdy v PN:	Kdo ji vede:	
Jiná léčba:				
Užívané léky:			Alergie:	

Současné a prodělané vážnější tělesné problémy a nemoci, úrazy a operace:

--

Příloha č. 10/b

Výživa:

Tekutiny:	l/den	Strava:	porce/den
Dieta:			

Vylučování:

Močení:
Stolice:
Pocení:

Aktivita a cvičení:

Pocit síly a energie:	0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10
Cvičení:	Relaxace:

Odpočinek a spánek:

Spánek hod/den	Budí se brzy	Přerušovaný spánek	Spí přes den – kdy:	Únava přes den – kdy:
	Špatně usíná	Špatné sny		
Usínání (lék, rituál):				

Stres a zátěž:

Jak řeší zátěžové situace:	Kdo, nebo co je oporou?	abusus:	
		Alkohol:	Jiné:
		Cigarety:	
		Drogy:	
Léky:			

Příloha č. 10/c

Vnímání a poznávání:

Zrak:	Sluch:	Čich:	Chuť:	Hmat:			
Vnímání bolesti:			Sebepoškozování:				
Učení:			Výbavnost:				
Informace o:			Potřeba edukace:				
Pravidla docházky do DS:	dostatek	málo	žádné	Zdravotní cvičení:	umí	částečně	neumí
Účinky léků:	dostatek	málo	žádné	Autogenní trénink:	umí	částečně	neumí
Zásady skupinové terapie:	dostatek	málo	žádné	Životospráva:	umí	částečně	neumí
O nemoci:	dostatek	málo	žádné	Důsledky stresu:	zná	částečně	nezná
Deník:	dostatek	málo	žádné	Zvládnání paniky:	umí	částečně	neumí

Sebepojetí, sebeúcta:

Sebepéče, stav hygieny:	Změny vlastní osoby poslední dobou – tělesné, styl oblékání, činnosti:
Celkový pocit ze sebe:	

Víra a hodnoty:

Duchovní orientace, víra:
Kultura, tradice ze kterých vychází:

Příloha č. 10/d

Sociální situace, zázemí:

Bydlení:		
Příjem:	Kdo je na něm finančně závislý:	Na kom je finančně závislý:
Zvládání sociálních aktivit:	Cestování:	
	Nákupy:	
	Úřady:	

Role a vztahy:

Jak vnímá okolí jeho problémy:		
Cítí se:	začleněný v okruhu blízkých lidí	- izolovaný, bez blízkých vztahů

Sexualita, reprodukce:

sexuální život, zdraví:	menstruace:
	antikoncepce:
	děti:

Jiné:

--

datum:

sepsal/a: