

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

Studijní program: ošetrovatelství 5341

Bc. Monika Bednářová

Studijní obor: Ošetrovatelství ve vybraných klinických oborech

**PSYCHOSOMATIKA JAKO HOLISTICKÝ POHLED NA
ZDRAVÍ TĚLA A DUŠE**

Diplomová práce

Vedoucí práce: Mgr. Kateřina Ratislavová, Ph. D.

PLZEŇ 2017

Zadání diplomové práce

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně a všechny použité zdroje jsem uvedla v seznamu použitých zdrojů.

V Plzni dne 20. 3. 2017

.....

vlastnoruční podpis

Poděkování

Ráda bych touto cestou poděkovala Mgr. Kateřině Ratislavové, Ph. D. za odborné vedení diplomové práce, za poskytování rad a podnětných informací týkajících se zvolené problematiky. Zároveň bych chtěla poděkovat vrchním a staničním sestřám oddělení a klinik, kde jsem prováděla výzkumné šetření, za jejich velkou ochotu při distribuci a sběru dotazníků. Dále děkuji RNDr. Blance Šedivé, Ph. D. za cenné rady při statistickém zpracování získaných dat. Závěrem patří poděkování i mé rodině, zejména manželovi, za velkou podporu při studiu.

Anotace

Příjmení a jméno: Bednářová Monika

Katedra: Ošetrovatelství a porodní asistence

Název práce: Psychosomatika jako holistický pohled na zdraví těla a duše

Vedoucí práce: Mgr. Kateřina Ratislavová, Ph. D.

Počet stran – číslované: 107

Počet stran – nečíslované: 30

Počet příloh: 8

Počet titulů použité literatury: 77

Klíčová slova: psychosomatika – psychosomatická onemocnění – psychosomatické poruchy – holistická péče – psychoterapie

Souhrn:

Diplomová práce se zabývá problematikou psychosomatických onemocnění a využíváním holistického přístupu v ošetrovatelské péči. V teoretické části je vysvětlen pojem psychosomatika a jsou zde popsána psychosomatická onemocnění, jejich vznik, prevence a terapie. Závěr teoretické části práce je věnován holistickému přístupu k pacientům, rolím sestry v psychologických intervencích ošetrovatelské péče a psychoterapeutickým technikám, které může sestra při péči o pacienta využívat. Empirická část práce zahrnuje kvantitativní výzkumné šetření, které pomocí dotazníků zjišťuje úroveň znalostí nelékařských zdravotnických pracovníků v oblasti psychosomatiky, holistické péče a psychoterapie, a dále zjišťuje jejich postoje k využívání psychoterapeutického přístupu. Výstupem diplomové práce je vytvořený edukační materiál, který může sloužit jako vzor zdravotnickým pracovníkům při poskytování holistické péče.

Annotation

Surname and name: Bednářová Monika

Department: Nursing and midwifery assistance

Title of thesis: Psychosomatics a holistic view of the health of body and soul

Consultant: Mgr. Kateřina Ratislavová, Ph. D.

Number of pages – numbered: 107

Number of pages – unnumbered: 30

Number of appendices: 8

Number of literature item used: 77

Key words: psychosomatics – psychosomatic illness – psychosomatic disorders – holistic care – psychotherapy

Summary:

This thesis presents the problems of psychosomatic diseases and the use of a holistic approach in the nursery care. In the theoretical part of the thesis the term of psychosomatic is explained and the psychosomatic diseases, their rise, prevention and therapy are described there. The end of the theoretical part is devoted to the holistic approach to patients, to the roles of nurses in psychological interventions of the nursery care and to psychotherapeutic techniques that nurses can use for the care of patients. The empirical part of the thesis includes quantitative research that with the help of questionnaires ensures the standard of knowledge of nonmedical nursery employees in the sphere of psychosomatic, holistic care and psychotherapy and it also detects employees' attitudes to the use of psychotherapeutic approach. The output of this thesis is an educative material that can serve as an example to nursery employees.

OBSAH

ÚVOD.....	9
1 CO JE PSYCHOSOMATIKA?	11
1.1 Historie psychosomatické medicíny	11
1.2 Koncepce psychosomatické medicíny	13
1.3 Význam psychosomatických příznaků	14
2 PSYCHOLOGIE ZDRAVÍ	16
3 PSYCHOLOGIE NEMOCI.....	18
4 VLIV PSYCHIKY NA ZDRAVÍ	19
4.1 Psychosomatická onemocnění	20
4.1.1 Symptom jako výraz interpersonálních procesů.....	21
4.1.2 Lékařsky nevysvětlitelné příznaky	22
4.1.3 Psychosomatika a děti.....	24
4.1.4 Psychosomatické poruchy v kardiologii	25
4.1.5 Psychosomatické respirační poruchy	26
4.1.6 Psychosomatické poruchy v gastroenterologii.....	27
4.1.7 Psychosomatika a onkologická onemocnění	29
4.1.8 Psychosomatická kožní onemocnění	29
5 PREVENCE PSYCHOSOMATICKÝCH ONEMOCNĚNÍ.....	31
6 TERAPIE PSYCHOSOMATICKÝCH ONEMOCNĚNÍ.....	33
7 HOLISTICKÝ PŘÍSTUP V OŠETŘOVATELSKÉ PÉČI.....	37
7.1 Psychologický přístup k nemocným.....	37
7.2 Role sestry	39
8 KOMUNIKACE S PSYCHOSOMATICKY NEMOCNÝM	41
9 PSYCHOTERAPEUTICKÝ PŘÍSTUP V OŠETŘOVATELSTVÍ	43
9.1 Interakce mezi sestrou a pacientem	44
9.2 Psychoterapeutické techniky v práci sestry	45
9.2.1 Rogersovská psychoterapie.....	46
9.2.2 Nedirektivní přístup	47
9.2.3 Racionální psychoterapie	48
9.2.4 Sugestivní ovlivňování.....	49
9.2.5 Autogenní trénink	49

9.2.6	Odreagování.....	50
9.2.7	Naslouchání.....	50
10	FORMULACE PROBLÉMU	52
11	CÍL A ÚKOL VÝZKUMU	53
11.1	Dílčí cíle.....	53
12	HYPOTÉZY	54
13	METODIKA.....	55
14	VZOREK RESPONDENTŮ	57
15	PREZENTACE A INTERPRETACE ZÍSKANÝCH ÚDAJŮ	58
15.1	Testování hypotéz	87
16	DISKUZE	97
17	ZÁVĚR.....	106
	SEZNAM ZDROJŮ.....	108
	SEZNAM TABULEK	114
	SEZNAM GRAFŮ	115
	SEZNAM OBRÁZKŮ.....	116
	SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK.....	117
	SEZNAM PŘÍLOH	118

ÚVOD

„O čem není možno mluvit, tím se musí onemocnět.“

Gerhard Danzer

Tělo a psychika člověka jsou vzájemně propojeny, jsou v neustálé interakci. Jsou to dva systémy, které se navzájem ovlivňují, a proto porucha jednoho znamená nerovnováhu nebo poruchu druhého a opačně. Dle odborníků až 70% všech tělesných potíží má na svědomí psychika. Lidské trápení, nespokojenost a stres jsou pro organismus natolik zatěžující, že se s nimi nedokáže vyrovnat jinak, než že odstartuje nějaký tělesný problém. Psychosomatika pohlíží na člověka jako na integrální bytost s jeho bio-psycho-sociálními a duchovními potřebami. Na léčbu psychosomatických onemocnění je zapotřebí celostního přístupu k pacientovi. Na této komplexní léčbě se mohou podílet nejen různí specialisté z oblasti medicíny, psychologie a psychiatrie, ale zejména zdravotní sestry, které mají jedinečné postavení ve zdravotnickém týmu a mohou v rámci ošetrovatelské péče využívat holistického přístupu k pacientovi.

Právě sestra, která tráví s nemocným většinu času, může svým přístupem pomoci pacientovi uvědomit si psychosociální původ jeho nemoci. Sestra může pomocí psychologického přístupu k pacientovi, který spočívá v porozumění jeho individuality, v psychologickém vedení, empatii, podpoře pocitu bezpečí, v projevech osobního zájmu o pacientovy prožitky atd., ovlivnit postoj pacienta k onemocnění a způsobu léčby a získat ho pro aktivní spolupráci v tomto procesu. Sestra může navodit podmínky, ovzduší důvěry, zájmu a otevřenosti, v nichž může intuitivně lehce podporovat nemocného, který si pak sám hledá a formuluje to, jaký význam pro něj jeho nemoc má, co mu chce říci o jeho dosavadním životě. Sám postupně přichází na to, kde udělal chybu, a je-li už vnímavý a otevřený k tomuto vidění sebe a své nemoci, začíná chápat její skutečnou příčinu.

Psychosomatika začíná pomalu pronikat do povědomí laické i odborné veřejnosti, ale stále je ještě upozadována oproti klasickému biomedicínskému pohledu na nemoc. Psychosociální aspekty vedoucí k onemocnění se často přehlíží kvůli dojmu evidentnosti somatické léze.

Pokud sestra pochopí podstatu psychosociální interakce, bude poskytovat holistickou ošetrovatelskou péči a pohlížet na člověka jako na jedinečnou celostní bytost, je schopna pomoci nemocným, aby dosáhli a udrželi si optimální zdraví.

Hlavním cílem diplomové práce je zanalyzovat úroveň teoretických znalostí nelékařských zdravotnických pracovníků v oblasti psychosomatiky a holistické péče a zjistit, zda je těchto znalostí prakticky využíváno v rámci psychologického a psychoterapeutického přístupu k pacientům v ošetrovatelské péči. Na základě zjištěných výsledků výzkumu bude vytvořeno Desatero holistického přístupu k pacientům, které by bylo možné použít ve zdravotnickém zařízení jako návod k tomu, jak přistupovat k nemocnému, aby bylo možné pochopit biopsychosociální souvislosti jeho nemoci. K problému, který bude předmětem zkoumání, byly vypracovány řešerše, které jsou uvedeny v příloze 1.

1 CO JE PSYCHOSOMATIKA?

Pojem psychosomatika je odvozen od dvou slov, od slova psyché (duševno, psychično) a od slova soma (tělo). Jde tedy o celostní náhled na zdraví či nemoc. Psychosomatika se zabývá vztahy mezi tělesným a duševním, které nechápe jako dvě oddělené jednotky, ale jako vzájemně propojené systémy. O vztazích mezi tělesnou a duševní oblastí vypovídají i běžné každodenní zkušenosti, jako je svírání žaludku před zkouškou či pohovorem, pocení, tachykardie či zvýšení krevního tlaku v napjatých situacích. Úzkost a panika mnohdy vedou k průjmu, neřešitelné problémy pak často způsobují nespavost nebo bolesti hlavy. Na psychosomatickou podmíněnost poukazují i úsloví jako: praskne mi z toho hlava, může mi puknout srdce, leží mi to v žaludku apod. (Ponešický, 2014, str. 13-14). Dle Irmiše (2014, str. 74) klade psychosomatika důraz na jednotu biologického a psychosociálního pohledu. V současnosti je psychosomatika považována za vědecký obor, který se zabývá vzájemnými vztahy biologických, psychologických a sociálních faktorů při studiu zdraví a nemoci. Bouček (2006, str. 100) uvádí, že je důležitá integrace psychosociálních prvků do diagnostiky, prevence i léčby všech onemocnění.

„Psychosomatika je velice starý obor, zvláště pomyslíme-li na přírodní léčitele a šamany, ale zároveň i nejmladší medicínský obor, který se emancipoval z ryze přírodovědeckého a izolovaného tělesného pojetí nemoci a jenž se snaží vidět celého nemocného člověka s jeho vztahem těla k okolí i s jeho vztahem k vlastnímu tělu, s jeho psychickým uspořádáním, s jeho životní, rodinnou i sociální situací.“ (Ponešický, 2014, str. 14) Základem psychosomatiky je náš způsob uvažování, tzn. vnímání, myšlenky a emoce. Poukazuje na životní situace, které mají vztah k psychickým a tělesným onemocněním. Naznačuje nám, kde děláme chybu (Krzemieňová, 2012, str. 25).

1.1 Historie psychosomatické medicíny

Psychosomatický přístup k člověku je minimálně tak starý jako naše kultura. O spojitosti duše a těla se vědělo už několik set let před Kristem. Základní linky moderní psychosomatické medicíny a psychoterapie načrtl Platón. Ten vyžadoval od lékaře, aby léčil nejenom tělo, ale též i duši, jelikož péče musí být zaměřená na celek. Velký racionalista René Descartes (17. století) viděl tělo, jímž pohybuje duše a duši, na niž působí tělo. Psychosomatika se začíná více objevovat v 19. století. Friedrich Wilhelm

Nietzsche, který vycházel ze Schopenhauera, viděl člověka jako hnaného vůlí k moci, v níž však neustále klame sám sebe i své bližní. Jako základní lidský pud popisuje touhu po moci, a ten se vyjadřuje ve všech možných podobách lidského počínání. (Tress et al., 2008, str. 37-39) Na přelomu 19. a 20. století dochází k postupným změnám v uvažování o člověku a začíná se na něj pohlížet holisticky (Asbjorn et al., 2010, str. 19).

Také Sigmund Freud rozpoznává v našich slovech i činech odraz nevědomých pudů a pudových konfliktů a otevírá novou cestu psychosomatické medicíně. V roce 1895 se kromě jiného zabýval hysterickým ochrnutím se závěrem potlačených představ, které se za určitých podmínek projevují na fyzické úrovni (Hopf, 2015, str. 25). Freud také pozoroval při psychoanalýze oboustranné účinky na zdravotní stav svých pacientů a některé tělesné funkční poruchy nazval vegetativní neurózou (Heuper, 2010, str. 92). Poněšický (2014, str. 144) odkazuje na slova C. G. Junga: „*Což ještě nikomu nesvitlo, že řekne-li se psyché, je tím symbolicky naznačeno to nejhustší temno, jaké si lze představit?*“

Cannonovy pokusy z roku 1932 bylo prokázáno, že emoce nejen tělesné změny doprovází, ale že je také způsobují, a tím pádem mohou vyvolat tělesnou nemoc (Křivohlavý, 2001, str. 22). Na počátku 20. století se fenomén duševna upozadil. Až Krehl, Siebeck a Weizsäcker, nepřehlédnutelné postavy Heidelburské psychosomatické školy, upozorňují na novou perspektivu medicínské antropologie. Podle nich získává utrpení na těle v životě člověka určitý smysl, to pak podněcuje léčivé vhledy pro další tělesně-duševní vývoj. Ukazují, jaký dopad mohou mít vášnivá životní hnutí určitého člověka na jeho žaludek, střeva či plíce. Poukazují na důležitost vzájemného vztahu lékař - pacient, který se stává základem pro diagnostiku a terapii. Jejich holistický přístup formoval německou psychosomatickou medicínu po druhé světové válce (Danzer, 2001, str. 72-77).

Německým nestorem psychosomatické medicíny je též Thure von Uexküll, podle něhož zdraví není samozřejmé, nýbrž musí být procesuálně stále a znovu vytvářeno. Opozdí-li se tento proces, je člověk již nemocný. Americký psychosomatik Georg Engel a jeho bio-psycho-sociální model vidí nemoc jako nevyřešené problémové situace a jejich následky na jedné, více či všech rovinách hierarchického systému, a to počínaje intracelulárními a konče sociálně-psychologickými výměnnými procesy. Nejnovější systémově teoretické objevy v psychosomatické medicíně a psychoterapii se vedle klinických pozorování a terapeutických zkušeností podstatným způsobem opírají též o četné empirické výzkumy (Tress et al, 2008, str. 39-41).

1.2 Koncepce psychosomatické medicíny

Základními východisky psychosomatické medicíny jsou psychoanalýza, behaviorální, přírodovědné, filosofické a antropologické směry. V polovině 20. století pod vlivem psychoanalýzy vyústila psychosomatická medicína ve specifickou koncepci: konkrétní psychologické příčiny mají za následek konkrétní somatické onemocnění, kdy tělesné obtíže vyjadřují nevědomé konflikty nebo nenaplněné potřeby jedince. Jednalo se o sedm onemocnění, tzv. „chicagskou sedmu“, kterou rozpracoval maďarsko-americký psychoanalytik F. Alexander (1891-1964): bronchiální astma, esenciální hypertenze, ulcerózní kolitida, revmatoidní artritida, dermatitida, duodenální peptický vřed a tyreotoxikóza. V 60. letech 20. století na základě spojení biologického, psychologického a sociálního hlediska vznikla koncepce multifaktoriální podmíněnosti vzniku a udržování nemocí. Dle Raudenské a Javůrkové (2011, str. 17) zvažuje psychosomatická medicína u jednotlivých poruch zdraví podíl biologických, psychologických a sociálních faktorů v jejich etiopatogenezi, průběhu i terapii. Podíl jednotlivých složek se u každého pacienta může lišit individuálně. Klímová a Fialová (2015, str. 22-24) se zabývají pěti aspekty nemoci, které jsou mezi sebou navzájem propojeny. Celý tento komplexní pohled zahrnuje složku biologickou, psychologickou, sociální, spirituální a energetickou.

V posledních letech psychosomatická medicína pracuje s teorií stresu, stresovou reakcí, adaptačním syndromem, psychofyziologií emocí a kognitivně behaviorálními přístupy, které se snadněji uplatňují v somatické medicíně. Dle koncepce jsou psychosomatická onemocnění chápána jako výsledek psychosociálních rizikových faktorů nebo psychosociálních zátěžových situací. Raudenská a Javůrková (2011, str. 17-18) vidí tuto koncepci jako nspecifickou, protože není znám konkrétní vztah mezi formou psychosociální zátěže a projevem konkrétního onemocnění. Nakonečný (2015, str. 532-538) popisuje stres jako činitele dynamiky osobnosti, kdy dochází k nadměrnému zatížení psychiky. Na rozdíl od eustresu, který má mobilizující účinky, mají nežádoucí změny v životních situacích v podobě distresu nepříznivý vliv na psychiku i tělesnou stránku jedince. Psychosomatické onemocnění tak, jak ho popisuje Raudenská a Javůrková (2011, str. 17-18), by mělo splňovat alespoň jedno z následujících kritérií:

- Příčina nemoci souvisí s předešlými psychologickými událostmi
- Průběh onemocnění závisí na psychologických faktorech
- Základní klinický příznak bezprostředně souvisí s konkrétním psychologickým faktorem

- Příznaky nemoci jsou nezvykle intenzivní nebo nepřiměřené co do délky trvání

Současné pojetí psychosomatické medicíny vychází z celostního neboli biopsychosociálního modelu, který je zaměřen na studium psychosociálních a biologických faktorů při vzniku, průběhu i léčbě všech onemocnění. Dahlke (2000, str. 31-32) se domnívá, že pokud budeme chápat nemoc jako symbol, máme velkou šanci přijít na stopu významu příznaků a životním úkolům.

Obrázek 1 Nejčastější poruchy splňující podmínky psychosomatického onemocnění

- Esenciální hypertenze, ICHS, infarkt myokardu
- Bronchiální astma
- Duodenální peptický vřed, refluxní choroba jícnu, syndrom dráždivého tračníku
- Hypofunkce a hyperfunkce nadledvin, hypotyreóza, tyreotoxikóza
- Diabetes mellitus
- Psychogenní poruchy příjmu potravy
- Funkční sexuální poruchy, poruchy erekce, poruchy menstruačního cyklu
- Revmatoidní artritida
- Psoriáza, atopický ekzém
- Vertebrogenní algický syndrom

Zdroj: Raudenská, Javůrková, 2011

1.3 Význam psychosomatických příznaků

Představy o úzkém vztahu mezi fyziologickými a psychologickými funkcemi v organismu se v průběhu let měnily, měly ale zároveň vliv na pochopení podstaty různých nemocí a na jejich terapii. Už řecký filozof Platón napsal: *„Nikdy se nesnažte léčit oko, aniž byste zároveň nevěnovali pozornost i hlavě. A věnujete-li pozornost hlavě a nevěnujete-li pozornost celému tělu, neděláte dobře. Stejně tak nedobře jednáte, když léčíte tělo a nevěnujete pozornost duši. Léčení jedné části by nikdy nemělo probíhat bez pozornosti věnované druhým částem.“* (Asbjorn et al., 2010, str. 17-22)

Tělesný symptom funguje jako zástupná reakce na určité jinak nezpracované situace. Pokud vytěsníme emocionální a kognitivní stránku naší psychiky, reaguje pouze naše tělo, a to bez naší vůle a dokonce i proti ní. Poněšický (2014, str. 149-150) toto

nazývá komunikací našeho těla, které za nás mluví a vyjadřuje svá tajná přání. Růžička (2006, str. 22) vysvětluje, že pravda o našem bytí nelze skrýt a vyjadřuje se tělesněním. Způsob řeči těla vysvětluje Heuper (2010, str. 118), který na základě somatických potíží poukazuje na jejich význam a psychickou příčinu. Např. pacient s krčními problémy něco nedokáže spolknout, žaludeční problémy znamenají, že něco nemůžeme strávit, nebo jedinec, který má potíže s páteří ve skutečnosti nemá oporu, stání nebo se nechce ohnout.

Psychika, mysl i tělo jsou považovány za integrální celek, ve kterém dochází k mnoha interakcím. Asbjorn et al. (2010, str. 17-22) považuje za důležité pohlížet na jedince holisticky a tyto jednotlivosti od sebe neoddělovat.

2 PSYCHOLOGIE ZDRAVÍ

Psychologie zdraví je vědecká psychologická disciplína, která se zaměřuje na studium tzv. psychologických faktorů majících vliv na zdraví i nemoc. Jde o problematiku zdraví a péče o zdraví, o problematiku, která je zaměřena na psychologické momenty v udržování a posilování zdraví a na prevenci narušení či poškození zdraví. Dále se psychologie zdraví, dle Křivohlavého (2003, str. 17-21), věnuje zdravotnímu dopadu určité lidské činnosti či lidského jednání. Je to obor, který je zaměřen na psychicky relativně zdravé jedince a jejím cílem je vytvářet teorii zdravého jednání a chování člověka a získávat poznatky z oblasti psychologie, které jsou zaměřeny na prvky zdraví posilující a prvky zdraví škodící (Křivohlavý, 2003, str. 25-26). Danzer (2001, str. 32-33) definuje zdraví jako výraz nerušeného a neovlivňovaného vývoje prostorového lidského života ve světě. Pokud dochází k trvalému zmenšování tohoto prostoru, vzniká nemoc. Nemoc člověk obvykle vnímá jako něco negativního, protože tomu tak byl naučen. Krzemieňová (2012, str. 23) považuje nemoc za kontrolku, která upozorňuje, že je něco v nepořádku.

Pojem zdraví může být odlišně definován lékařem, psychologem i sociologem. Lékař většinou charakterizuje zdraví jako nepřítomnost nemoci, choroby či úrazu. Sociolog se dívá na zdravého jedince jako na fungujícího člověka ve všech jeho sociálních rolích. Psycholog vnímá zdravého jedince jako bytost, která je vyrovnaná a dokáže zvládnout všechny životní úkoly a těžkosti. Zdraví může být chápáno objektivně i subjektivně. Každý jedinec svůj stav zdraví nějak subjektivně prožívá, vnímá a hodnotí. Ten, kdo se cítí zcela dobře a nemá žádné zdravotní potíže, je subjektivně zdravý. Objektivně zdravý je ten, kdo se cítí dobře a zároveň u něj nebyla zjištěna žádná choroba (Raudenská, Javůrková, 2011, str. 19). Na stupnici zdraví můžeme dále odlišit klamné subjektivní zdraví, kdy jedinec nemá žádné subjektivní potíže nebo trpí asymptomatickou chorobou, nebo klamný pocit somatické nemoci, který je charakterizovaný hypochondrickými stesky a somatizací, a nakonec skutečné chronické a těžké život ohrožující nemoci. Heuper (2010, str. 96) uvádí, že hodnotu zdraví si člověk uvědomí až v případě, kdy ho začíná postrádat, když nějak trpí nebo onemocní.

Psychické faktory hrají svou roli při udržování dobrého zdravotního stavu, při zvládání zdravotních těžkostí, při prevenci nemocí. Určité způsoby chování a jednání mají vztah k tělesné a duševní kondici. Psychologie zdraví zahrnuje i poskytování psychologické pomoci pacientům v průběhu uzdravování, a dále i pomoc při vyrovnávání

se s chronickými nemocemi. Aby byly hlouběji pochopeny zákonitosti lidské psychiky, považuje Zacharová a kol. (2003, str. 25-26) za důležité věnovat pozornost vztahu mezi zdravotníkem a pacientem, klást důraz na subjektivitu nemocného, na jeho potřeby, postoje, chování a prožívání nemoci.

3 PSYCHOLOGIE NEMOCI

Člověk se obvykle nerodí jako pacient, ale během svého života se jím stává. Celý proces, který určuje změnu relativně zdravého člověka v pacienta, má svou patofyziologickou, fyziologickou a psychologickou stránku.

Křivohlavý (2002, str. 13) nemoc definuje jako poruchu zdraví, nemocný člověk je pak ten, kterého zastihla nemoc. Znamená to též, že nemá dostatek moci a že je odkázán na druhé. Stav, kdy není člověk zcela zdravý, by se dal definovat dvěma pojmy: zdravotní nepohoda a choroba. Termín choroba popisuje lékařská terminologie jako patologickou abnormalitu, která je provázena řadou symptomů, které ukazují, že něco nefunguje normálně, a podle kterých se dá ta či ona choroba diagnostikovat. Zdravotní nepohoda znamená to, že dané osobě není dobře, pociťuje bolest nebo zažívá pocity diskomfortu, je charakterizována negativními emocemi a emocionálním rozladem. Z toho vyplývá, že choroba je jevem organickým a zdravotní nepohoda jevem psychologickým a sociologickým. Křivohlavý (2002, str. 15-18) dodává, že člověk může trpět určitou chorobou, aniž by si toho byl vědom (necítí se být nemocný), zároveň se ale někdo může cítit nemocen, aniž by se u něj zjistila nějaká choroba.

Hopf (2016, str. 9) uvádí, že nemoc je více než jen pouhý tělesný proces, a proto ke každému problému je důležité přistupovat s citem a porozuměním. Zacharová a kol. (2007, str. 16-18) charakterizuje nemoc jako poruchu v systému člověk - prostředí. Tento stav vzniká působením vnitřních či zevních vlivů, které narušují rovnováhu organismu a jeho správné fungování. Během nemoci má jedinec porušenou schopnost plnit své sociální role, proto je tato společensky nežádoucí. Nemoc je pro většinu lidí náročnou životní situací, která narušuje obvyklý způsob života, mění stereotypní návyky a omezuje člověka v jeho běžných činnostech. Vlivem nemoci dochází k neuspokojení některých potřeb, často jsou narušovány i mezilidské vztahy. Komárek (2005, str. 85) popisuje nemoc jako prostředek tělesné kompenzace duševní nerovnováhy a jako předmět lidské životní cesty, který čeká na to, až bude pochopen. Současná medicína chápe zdraví a nemoc jako komplexní jev, kde panují složité podmíněné vztahy mezi tělesnou a duševní sférou, mezi osobností pacienta a jeho sociálním prostředím (Zacharová a kol., 2007, str. 16-18). Z komplexního, holistického přístupu vyplývá, že jedinec musí být posuzován jako celistvá osobnost začleněná do daného sociálního prostředí. To pak mnohdy ovlivňuje zdravý nebo poruchový vývoj člověka a somatické pochody.

4 VLIV PSYCHIKY NA ZDRAVÍ

Medicína a psychologie vycházejí z existence psychosomatické jednoty. Psychické procesy ovlivňují fyzickou stránku a somatický stav ovlivňuje psychiku. Každé onemocnění, jeho vznik a průběh, zahrnuje jak somatickou, tak psychickou složku (Zacharová a kol., 2007, str. 40-41). Tato problematika, dle Nakonečného (2015, str. 380-381), patří do oblasti emocí, které zprostředkovávají interakci mezi psychikou a tělem. Tato interakce se projeví v psychosomatických poruchách, které nemají organickou příčinu.

Výrazný vliv psychiky se ukázal u řady onemocnění. Mezi nejčastější psychosomatická onemocnění patří hypertenze, vředová choroba žaludku a duodena, bronchiální astma, ischemická choroba srdeční a některá kožní onemocnění. Duševní vlivy se významně podílejí při jejich vypuknutí, zhoršení, recidivě i ústupu. V současnosti zažíváme mnoho komplikovaných konfliktních situací, které vyvolávají citové reakce se somatickým doprovodem. Čím více a častěji pocítíme napětí a strach, tím je pravděpodobnější, že u nás dojde k poruše některého orgánu (Zacharová a kol., 2007, str. 40-41). Psychosomatická onemocnění stále nabývají na počtu. Na vzniku a průběhu nemoci se podílí celá řada psychologických faktorů. Patří mezi ně osobnostní rysy podmiňující afektivní reakce na nemoc, trvalé citové napětí způsobující dráždění vegetativního nervstva, strach, úzkost či stres. Joshi (2005, str. 47-55) popisuje mechanismy stresové reakce a jejich působení na různé typy osobnosti, a způsob ovlivňování některých onemocnění.

Na vznik psychosomatických onemocnění má vliv i období dětství, pokud v něm dochází k trvalému neuspokojování základních i vyšších potřeb dítěte nebo pokud dítě není schopno vyrovnat se s přetrvávajícími konflikty (Karr-Morse, 2013, str. 123-131). Hopf (2016, str. 9) také poukazuje na to, že nemoc je velmi často projevem vývojových obtíží nebo konfliktů, a to zejména v nejbližší rodině. Podle něj psychické prožívání dítěte je nejen příčinou nemocí, ale i jejím důsledkem. Při chronickém napětí a stresu dochází v organismu k neadekvátním fyziologickým reakcím, které se svou kontinuitou upevňují a zapříčiňují chorobu. Dle Zacharové a kol. (2007, str. 40-41) člověk trpí velkým stresem zejména, pokud jsou ohroženy jeho osobní a společenské hodnoty, pokud ztratí blízkého člověka nebo smysl života. Rozpoznání vyvolávajících psychogenních činitelů je pro

zdravotníka významné zejména proto, že v rámci ošetrovatelské a zdravotnické činnosti může na nemocného působit správným směrem.

4.1 Psychosomatická onemocnění

Ponešický (2014, str. 20-24) popisuje psychosomatická onemocnění jako multifaktoriální, jelikož vznikají z různých příčin, za různých podmínek a zároveň v individuálních souvislostech toho kterého pacienta, v jeho specifickém vnímání sebe i okolí. Z dlouholeté zkušenosti mnoha psychoterapeutů vyplývá, že existuje významná souvislost mezi úzkostí, psychosomatickými poruchami a depresivním zhroucením. Každý člověk se naučil zvládat pouze určité situace, s nimiž se doposud setkal a které nějakým způsobem zvládnul. Není výjimkou, že dítě, které je zanedbáváno, zstrašováno nebo naopak hýčkáno, není naučené odporovat, neumí čelit konfliktu, nemá svůj vlastní názor, nedokáže se prosadit. V dospělosti se pak stává, že nemá vyvinuté pocity jako silnou zlobu, agresi, závist, žárlivost nebo chuť po pomstě. Tito jedinci jsou často závislí na přítomnosti druhé osoby a v situaci, ve které se nenaučili adekvátně reagovat a v níž jsou sami, posléze vyvinou úzkost nebo začne nějakým způsobem reagovat tělo. Znamená to, že úzkost je reakce na nějakou hrozbu, jedinec má pocit, že danou situaci buďto nezvládne nebo, že ji nezvládne způsobem, jenž odpovídá jeho sebepojetí, které je tím pádem ohroženo. Vogeltanz (1997, str. 69) vidí psychosomatické choroby jako duševní pohnutky odrážející se ve hmotě, kterou představuje tělo. Podle něj je na počátku nemoci pochybení v duši, v myšlence, ve slově, následně pak ve skutku, ve hmotě a v těle.

Spojovací články mezi naší fyziologií, naším myšlením a jednáním jsou emoce. Znamenají rozhraní mezi sociálními, duševními a somatickými aspekty našeho života. Pocity jsou vždy spojeny s fyziologickými procesy v těle. Emocemi může člověk vnímat, jak se v určité situaci cítí, jaký význam má pro něj druhá osoba apod. Emoce jsou tedy jakési indikátory, které nám poskytují vnitřní orientaci ve vztahu k druhým i k sobě samým.

Mezi vyjádřením pocitů a jejich doprovodnými tělesnými reakcemi existuje úzký vztah. Tyto souvislosti lze velmi dobře pozorovat například u hypertoniků. Rozdíl krevního tlaku je zaznamenán u osob, které byly citově frustrovány a u osob, které svoje emoce byly schopny vyjádřit. Lidé, kteří neumí vnímat své vlastní pocity, neumějí je dávat najevo, a tím pádem jim chybí emoční interakce v komunikaci s druhými, reagují zvýšeným množstvím doprovodných fyziologických reakcí. Zjednodušeně by se dalo říci,

že vyjádření zatěžujících pocitů odvádí poměrnou část tělesného napětí (Tress et al., 2008, str. 62-63).

„Naše tělo tedy na různé, zvláště zátěžové či neobvyklé situace reaguje, odpovídá, nese známky přetížení či utrpení, krvácí a pláče, reaguje napětím i uvolněním, uzavřením, přijímá do sebe postoje utrpení či nemoci ostatních, jejich očekávání i vztah k sobě samému, naše tělo komunikuje s okolím, s ostatními, komunikuje svým výrazem, postojem, volá o pomoc či rezignuje. Někdy je toho na naše tělo moc, není na to všechno stavěno a onemocní.“ (Poněšický, 2014, str. 40)

Dahlke (2000, str. 20-23) nepovažuje obraz nemoci za trest, ale za úkol, který je nutno přijmout a začít řešit. Nemoc ztělesňuje základní princip, který sestoupil do nevědomí a od něhož se člověk neodpoutal.

Psychosomatické choroby přinášejí tzv. primární zisk z nemoci, což značí, že tělo za nás reaguje a něco za nás řeší, a sekundární zisk z nemoci, což znamená, že nemocí dosáhneme oddechu, pracovní neschopnosti, a tím pádem načerpání nových sil a energie nebo jen většího zájmu okolí. Obojí ale znamená, že nás psychosomatické onemocnění upozorňuje na situaci, které se nevědomky vyhýbáme nebo na ni neadekvátně reagujeme. Nasloucháním řeči našeho těla a vnímáním našeho vnitřního prožívání dosáhneme toho, že včas odhalíme, že nám něco chybí a začneme na sobě pracovat (Poněšický, 2014, str. 53).

4.1.1 Symptom jako výraz interpersonálních procesů

Psychogenní onemocnění lze chápat jako následek vztahové poruchy, jež vzniká na základě konfliktů a pocitů nedostatků v raném dětství. Naše zdraví si musíme neustále udržovat, vytvářet. A právě pocit zdraví a spokojenosti vnímáme tehdy, pokud dokážeme sladit naše přání, očekávání a naděje v interpersonálních vztazích s přáními ostatních. Ziskáváme-li z našich mezilidských vztahů dostatek uspokojení a jsme-li schopni sladit naše potřeby s okolím, cítíme se dobře (Tress et al., 2008, str. 55-57). Člověk je tvor společenský. Klímová a Fialová (2015, str. 97) vidí mezilidské kontakty jako neodmyslitelnou součást našeho života, našeho jednání, myšlení i prožívání. Nedostatek sociálních podnětů a citové strádání má na lidský život obrovský vliv a může zapříčinit různé fyziologické změny v organismu, chorobné procesy až smrt.

Mezilidské problémy jsou většinou spojeny s bolestnými pocity, před kterými se jedinec snaží uniknout. Tyto pocity však nelze jen tak odsunout, zůstávají v člověku, ztěžují udržování uspokojivých vztahů mezi svými blízkými a mohou vést buď k různým

psychosomatickým příznakům nebo se odrážet v mezilidských vzorcích chování (Tress et al., 2008, str. 55-57).

4.1.2 Lékařsky nevysvětlitelné příznaky

Pacienti s psychosomatickými poruchami a lékařsky nevysvětlitelnými příznaky (MUS – Medically Unexplained Symptoms) tvoří velkou část klientely všeobecných praktických lékařů, a proto je nutné brát na vědomí bio-psycho-sociální přístup k jejich nemoci, aby nedocházelo ke zbytečným nákladům na diagnostiku a léčbu, které často nepřinášají očekávaný efekt (Rosendal, 2013, str. 8).

Pojem MUS zahrnuje somatické symptomy, které pacienta obtěžují více než několik týdnů a lékařskými vyšetřeními nebyly dostatečně objasněny. Pacient s MUS má stejné potíže jako pacient s jasným somatickým nálezem, ale navíc se u něj objevují pocity úzkosti, když není možné jeho tělesné potíže a funkční omezení vysvětlit objektivním lékařským nálezem. MUS se dá rozdělit na mírný, střední a závažný podle doby trvání příznaků, jejich počtu a dopadu na běžný život. Toto měřítko ale nemá jasně definované hranice (Chvála, 2015, str. 3). Svou roli na vzniku MUS má i chronický, hlavně pracovní stres, který spolu s některými psychosociálními faktory mohou mít za následek právě vznik nevysvětlitelných příznaků (Weber, 2011, str. 10). Na obrázku č. 2 jsou charakterizovány faktory, které predisponují, vyvolávají nebo udržují MUS.

Obrázek 2 Predisponující, vyvolávající a udržující faktory MUS

Predisponující faktory	Vyvolávající faktory	Udržující faktory
Osobní historie	Akutní tělesné onemocnění	Dlouhodobé snížení zátěže
Snížená psychická odolnost	Sociální událost	Chyby ve stravě
Zvýšená vnímavost	Tělesné trauma	Chybné pracovní návyky
Snížená zdrav. gramotnost	Psychické trauma	Finanční odměna (PN,...)
Obtížná sociální situace	Radikální změna stravy	Trvajícím psychický stres
Genetika	Změna životního stylu	Závislost (léky, osoba)
	Obtížná sociální situace	Sledování info. o nemoci
	Genetika	Chybné zdravotní návyky

Zdroj: Chvála, 2015

Rozsáhlými výzkumy zaměřenými na stres a jeho vliv na člověka se zabývali mimo jiné i Holmes a Rahe. Výsledkem je jejich teorie životních událostí, která přinesla pro pacienty praktický dotazník (viz příloha 2), kterého lze využít při určování míry vlivu psychosociálních událostí (Chvála, 2009, str. 93-103). Bylo zjištěno, že překročí-li pacient v dotazníku hranici 250 bodů za poslední rok, je u něj velké riziko vzniku psychosomatického onemocnění (Bouček, 2006, str. 98-99). Pro vysvětlení MUS a většiny dalších psychosomatóz je dostačující Engelův bio-psycho-sociální model nemoci, kde pokládá většinu nemocí za multikauzálně podmíněné. Podle něj se na každém onemocnění podílejí různou měrou faktory biologické, psychologické a sociální (Chvála, 2009, str. 93-103).

Projevy MUS jsou různorodé, pacienta je třeba důkladně vyšetřit podle převažujících příznaků. Významnou roli zde mají emoce, které mají svůj tělesný projev, a ten se omylem stává signálem choroby. Patří sem nejen smutek a zlost, ale hlavně úzkost. Na obrázku č. 3 jsou popsány nejčastější projevy MUS, kterých je ve skutečnosti mnohem více. Podle Chvály (2015, str. 6) všechny příznaky ovlivňují fungování pacienta a jeho psychickou a fyzickou pohodu.

Obrázek 3 Nejčastější projevy MUS

Kardiopulmonální	Gastrointestinální	Muskulo-skeletální	Jiné obtíže
Bušení srdce	Nevolnost	Svalové bolesti	Poruchy spánku
Obtíže na hrudi	Bolesti zubů	Bolesti kloubů	Poruchy paměti
Dušnost bez námahy	Nechutenství	Napětí	Nesoustředění
Hypoventilace	Pálení žáhy	Ztuhlost	Poruchy zraku
Pocení	Bolesti břicha	Bolest zad	Světloplachost
Sucho v ústech	Průjem	Necitlivost	Zvuky v uších
	Zácpa	Brnění	Kožní projevy
	Pocit plnosti	Pocit obrny rukou	Bolesti hlavy
	Škytání, říhání	Pocit obrny nohou	Únava, slabost
	Regurgitace	Stěhovavá bolest	Sexuální dysfunkce
	Meteorismus	Bolesti končetin	Závratě, mdloby

Zdroj: Porcelli, Rafanelli, 2010

4.1.3 Psychosomatika a děti

Mateřská láska je základem života každého dítěte. Dítě přichází na svět se základní biologickou potřebou být milováno, milovat sebe samo a milovat své blízké bez ohledu na to, zda je zdravé, postižené či nadané. *Když děti nedostanou lásku, křičí a upadají i se svým neštěstím do formy duševních a psychosomatických onemocnění. Když si však užívají lásky, vyvíjejí se v souladu se svými možnostmi svobodně a šťastně.*“ (Dahlke, Kasemann, 2011, str. 18)

Lékaři jsou přesvědčeni, že dítě je silně poznamenáno dědičným materiálem svých rodičů, ale podle posledních výzkumů má značný vliv na vývoj dítěte prenatální život, porod i doba kojení. Dahlke a Kaesemann (2011, str. 43-44) uvádějí, že vliv prostředí mateřského lůna zasahuje i generaci vnoučat. To, co dítě vnímá v průběhu těhotenství a to, co vnímá po porodu jako první, má pro něj nesmírný význam. Další vývoj dítěte ovlivňuje postoj rodičů a to, jak oni sami přijímají a zvládají svůj život.

Lidské zdraví neohrožují jen genetické vlivy, choroboplodné zárodky a nezdravé životní prostředí, ale hlavně rané emoční trauma (Karr-Morse, Wiley, 2013, str. 11). To může být skrytou příčinou mnoha nemocí, zvláště pokud se včas neodhalí a neprovede náprava.

Mezi časté dětské psychosomatické symptomy a nemoci patří bolesti hlavy, zažívací potíže, zánět středního ucha, dýchací potíže a astma, krční, nosní a ušní onemocnění, záněty spojivek atd. Děti mladší šesti let často uvádějí bolesti hlavy společně s bolestmi břicha. Předškoláci, když nedokážou strávit svůj život, vše se jim odráží v břiše. Školní děti mívají potíže s intelektuálním trávením života, v této souvislosti pak věci rychle začínají stoupat do hlavy, tím se objevují bolesti hlavy až migrény. Mladý člověk je nejvíce zaměstnán přemýšlením a donekonečna si láme hlavu. Děti, které trpí migrénami, často podléhají vysokým nárokům na sebe samé a mají potřebu být perfektní. Bývají zde obvyklé i vysoké nároky rodičů, dítě má strach ze selhání, snaží se rodičům vyhovět, aby bylo milováno (Dahlke, Kaesemann, 2011, str. 135-222).

Nejen bolesti hlavy, poruchy spánku a zažívací potíže, ale i virózy, angíny a další nemoci souvisí, kromě vlivu virů a bakterií, především s celkovým psychickým stavem dítěte a jeho prožíváním. Ukazuje se jako projev problémů a konfliktů, se kterými si dítě neví rady (Hopf, 2016, str. 20-21). Dalším psychosomatickým symptomem je zvracení, jehož častou příčinou u dětí bývá nadměrné rozrušení nebo také narušená symbióza mezi matkou a jejím dítětem (zvracení mateřského mléka). Dahlke a Kaesemann (2011, str. 236-

242) považují zvracení samo o sobě za zdravou reakci, protože organismus se zbavuje toho, co nesnáší a co omylem díky selhání svého zraku a čichu vpustil dovnitř.

Mezi nejčastější akutní onemocnění dětského věku patří zánět středního ucha, který je způsoben virem či bakteriemi, ale zároveň souvisí s oblastí poslouchání, naslouchání, slyšení. Bolest v uších odráží problémy s výchovou a ukazuje jakýsi protest proti mnohokrát slyšenému „Ty musíš! Ty nesmíš!“. Nejběžnějším patologickým jevem postihujícím dýchací soustavu je u dětí bronchitida. Jak uvádějí Dahlke a Kasemann (2011, str. 200-201), dochází zde ke konfliktu v komunikační oblasti dýchacích cest, komunikace je zablokována nahromaděním duševních témat v podobě hlenu. Spastická bronchitida vyvolává křeče vzniklé dlouho hromaděnou agresivitou. Následkem dušnosti a lapání po dechu dítě vzbuzuje soucit. U malých dětí se za těmito záchvaty často skrývají chronické konflikty rodičů, kteří je nedokážou sami vyřešit a přenechávají je dítěti.

Emoční rodinné prostředí, které na dítě působí, považují Karr-Morse a Wiley (2013, str. 213) též za příčinu vzniku astmatu. Podle posledních výzkumů v USA se ukazuje, že vyšší riziko vzniku této nemoci je u dětí, které prožívali emoční stres v prvním roce života díky nedostatečné péči jejich rodičů. Hopf (2016, str. 22) shrnuje: *„Dětské potíže, které se stávají základem nemoci, se vyznačují tím, že se s nimi děti nejsou schopny vyrovnat jinak: jde o očekávání, jimž nemohou dostát, nebo „zlé“ pocity, jejichž vyslovení není v daném rodinném prostředí možné.“*

4.1.4 Psychosomatické poruchy v kardiologii

Vliv psychologických faktorů byl dlouhodobým sledováním zjištěn u řady kardiovaskulárních onemocnění. Největší pozornost byla věnována stresu (Křivohlavý, 2002, str. 185-186). Výsledky výzkumu ukazují, že intenzivní distres významným způsobem ovlivňuje onemocnění srdce. Mezi srdeční onemocnění, která se označují za psychosomatická, patří zejména hypertenze, srdeční neuróza, angina pectoris a infarkt myokardu. Pacienti s hypertenzí jsou často osobnosti, které působí bezkonfliktně a mírumilovně, avšak uvnitř potlačují agrese, pocity zloby a nenávisti a neumí je otevřeně vyjádřit (Tress et al., 2008, str. 106-108). Hypertonik je člověk zdvořilý, ctižádostivý, v zaměstnání touží po sebeprosazení, je ale příliš pedantský, sebeovládající a napjatý. Dle Danzera (2001, str. 166-168) potlačuje svou nespokojenost k okolí a neumí si užívat radosti ze života. Nahromaděná energie a odpor, trvalé napětí, potlačované nepřátelství

a přílišné sebeovládání se následně projeví vysokým krevním tlakem (Dahlke, 2000, str. 418).

Srdeční neuróza je funkční onemocnění, charakterizované tachykardií, palpitacemi, tlakem na hrudi či poruchami rytmu, které ale nemají organický podklad. Srdeční neurózou často onemocní jedinci, kteří řeší problematiku odloučení od matky, se kterou dosud byly v symbiotickém vztahu a očekává se od nich osamostatnění (Danzer, 2001, str. 168-169). Mezi další situace, které vyvolávají toto onemocnění, patří obava ze ztráty milované osoby, úmrtí v blízkém okolí nebo ambivalentní přání rozchodu (Tress et al., 2008, str. 103-105).

Dalším psychicky podmíněným srdečním onemocněním je infarkt myokardu, u kterého se popisuje multifaktoriální etiologie, avšak velký význam hrají psychosociální zátěžové faktory. Srdeční infarkt se objevuje u jedinců ustrašeně agresivních, afektivních, podrážděných, u lidí bez lásky, kteří nedokážou projevovat svoje city (Danzer, 2001, str. 169-170). Pacienty s infarktem myokardu charakterizuje osobnost typu A. Jsou to lidé hyperaktivní, zaměřeni na výkon a toužící po uznání, mají permanentní pocit neustálého tlaku, extrémní fyzickou a duševní bdělost. Pokud poleví a uvolní se, objevují se pocity slabosti a selhání.

Osoby typu A se nacházejí v neustálém boji, mají stále více práce a stále méně času, jsou netrpělivé, impulzivní, napjaté, často jsou považovány za workoholiky. To vše vede k nadměrné zátěži autonomního nervového systému a přetěžování srdce (Friedman, Schustack, 2004, str. 541). Spouštěcími mechanismy infarktu myokardu tak, jak je popisuje Tress et al. (2008, str. 99-103), jsou pocit nadbytečnosti, dekompenzace, regulace vlastní hodnoty vynuceným odhodem do důchodu nebo rozpor mezi vlastní představou a podávaným výkonem. Typickým jevem u pacientů s koronárním onemocněním je popírání obtíží a bagatelizace jako obraz vlastní síly a nezávislosti.

4.1.5 Psychosomatické respirační poruchy

Za psychosomatické nemoci dýchacího ústrojí jsou považovány funkční afonie, hypoventilační syndrom a zejména astma bronchiale. Funkční afonie znamená náhlou či opakovanou ztrátu hlasu, často doprovázenou hlasitým kašlem, a vyskytuje se u pacientů, kteří řeší konflikt mezi tím něco říci a zároveň to zamlčet (Poněšický, 2010, str. 50-51). Hypoventilační syndrom vzniklý na psychickém podkladě je zapříčiněný úzkostí, zejména ze zakázaných sexuálních tužeb nebo negativními emocemi, jako jsou pocity viny nebo

agrese, které prožívají osoby neschopné řešit psychické zátěže nebo problematické situace. Psychická podmíněnost astmatického onemocnění je známa už hodně dlouho, na jeho vzniku se významně podílí emocionální faktory, kam řadíme sexuální vzrušení, strach, žárlivost nebo vztek (Danzer, 2001, str. 87-89). Nejdůležitějším psychosomatickým faktorem vzniku bronchiálního astmatu je konflikt kolem potlačené a neřešené vazby na matku, která často vykazuje ambivalentní prožívání tím, že dítě na sebe fixuje, ale zároveň ho odmítá. Také Asbjorn et al. (2010, str. 151-158) poukazuje na studie, které potvrzují vliv dominantního a zvýšeně protektivního chování rodičů k astmatickým dětem a negativní dopad nadměrného zájmu či naopak zanedbávání dítěte. Spouštěcím momentem záchvatu u astmatiků je zvýšená emocionální hladina související se stresem (Křivohlavý, 2001, str. 186). Mezi psychosociální spouštěcí faktory řadíme situace beznaděje, zoufalství a opuštěnosti, afekty zloby a hněvu při současné neschopnosti tyto pocity vyjadřovat, ambivalentní konflikt mezi přáním blízkosti a přáním odstupu nebo odloučení od důležitých vztahových osob (Tress et al., 2008, str. 110). Pacienti s bronchiálním astmatem jsou přecitlivělí na špínu, a to nejen fyzickou, ale i morální. Danzer (2001, str. 95) je popisuje jako osoby, které milují čistotu, ušlechtilost a dokonalost.

4.1.6 Psychosomatické poruchy v gastroenterologii

Poruchy zažívacího traktu se vyskytují velmi často u většiny obyvatelstva a mají velmi těsný vztah s psychickým prožíváním. Patří sem symptomy dráždivého žaludku a symptomy dráždivého střeva. Oboje řadíme mezi somatoformní autonomní funkční poruchy. Jejich výskyt je zaznamenán u pacientů, kteří prodělali zatěžující životní události, jako jsou náhlé starosti v rodině, rozchody nebo ztráty, profesní postup nebo důležité životní rozhodnutí (Tress et al., 2008, str. 115-116). Stres, deprese, pocity bezmoci a vyčerpání apod. jsou faktory, které vedou k chronickým psychosomatickým onemocněním trávicího traktu, kam řadíme především žaludeční a duodenální vředy, Crohnovu chorobu a ulcerózní kolitidu.

Vředy žaludku a duodena jsou typickou stresovou nemocí. Poněšický (2010, str. 39-40) popisuje vliv emocionálních stavů, u kterých vzniká závist nebo zloba, na zvýšenou aktivaci vegetativního nervového systému, který působí na motilitu a prokrvení sliznice žaludku a dvanáctníku a na zvýšenou produkci žaludeční šťávy. Mezi nejčastější zátěže vyvolávající toto onemocnění patří různé ztráty či odloučení v rodině nebo v zaměstnání,

ale na pozadí se objevuje i vliv výchovy matky. Tress et al. (2008, str. 111) řadí mezi vyvolávající situace též ztrátu pocitu bezpečí nebo nárůst odpovědnosti a požadavků souvisejících se zráním.

Celosvětově rozšířená colitis ulcerosa je idiopatické střevní zánětlivé onemocnění, jehož původ není přesně znám, ale velkou měrou podmiňuje vznik tohoto onemocnění psychogenní složka (Danzer, 2001, str. 99-102). Vyvolávajícími situacemi jsou změny nebo problémy v oblasti práce, lásky a přátelství (ztráta blízké osoby, navyklého životního způsobu, ztráta finančního zajištění) nebo také situace, která vyžaduje samostatnost a zodpovědnost. Asbjorn et al. (2010, str. 133-140) poukazuje na mnohé analýzy dospělých pacientů s ulcerózní kolitidou, kde je velmi často přítomna existence traumatického zážitku v počáteční fázi onemocnění. U dětí bývá tímto zážitkem velmi přísná dominantní matka. Danzer (2001, str. 103-104) popisuje pacienty s kolitidou jako osoby ostýchavé, zdrženlivé, svědomité, i když někdy pedantské. Vyznačují se citovou skoupostí, přecitlivělostí, perfekcionismem a také sníženou schopností zátěže a samostatnosti, což se může projevat depresivní náladou a úzkostí.

Tress et al. (2008, str. 123-124) rozděluje pacienty s colitis ulcerosa na dva typy: otevřeně závislý typ (upíná se na druhé a projevuje svou závislost) a pseudozávislý typ (zdůrazňuje svoji nezávislost, popírá ji tím, že si zvolí vztahovou osobu, která se na něj upíná). Tito pacienti mají blokovány agresivní pohnutky, nejsou schopni žít bez náklonnosti. Velmi ponižující jsou pro ně vztahové ztráty (odchod, úmrtí, rozchod, osamostatnění, stěhování), které mají za následek pocitu bezmoci a tělesné vyčerpání.

Osobnostní struktura pacienta s ulcerózní kolitidou má výraznou podobnost s osobností pacienta trpícího Crohnovou chorobou. Dle Poněšického (2010, str. 41-42) se jedná o osoby závislé, bezvýrazné, které neumí řešit problémy a nedostatečně kladou odpor. Vědecké studie potvrzují u těchto nemocných potlačování agresivních impulzů a afektů s nimi spojených. Vyvolávajícími momenty onemocnění jsou situace, které za normálních okolností spouští silné emoce, které tyto pacienti nedají najevo, a tím pádem reagují tělesnou nemocí. Tress et al. (2008, str. 126-127) mezi tyto situace řadí strach z rozchodu, prožívané odloučení, přejímání role zprostředkovatele mezi znesvářenými stranami a urážky.

4.1.7 Psychosomatika a onkologická onemocnění

Zhoubná nádorová onemocnění mají multifaktoriální etiologii, patří sem i psychologické a psychosociální faktory. Četné studie zaměřené na výskyt psychosomatických chorob poukazují na vliv některých situací na vznik rakoviny, patří mezi ně vnitřní agresivita, deprese, úzkostnost a problémy ve vztahu k rodičům (Poněšický, 2010, str. 60-61). Heuper (2010, str. 57) taktéž poukazuje na duševní aspekty a jejich souvislost s nádorovým onemocněním. Mohou to být neustálé starosti, pracovní přetížení, osamělost nebo zoufalství, které působí na organismus, na celkovou vitalitu a mohou být prvotní příčinou zhoubného bujení. V 80. letech 20. století byl vědci sestaven obsáhlý seznam osobnostních rysů a způsobů chování, které ukazují na pravděpodobnost, že daný člověk rakovinou onemocní. Shrnutím tohoto seznamu vznikla pětice symptomů, které provází onkologické pacienty: nadvláda matky v dětství, trvalé potlačování agrese a zlosti, opožděná sexuální adaptace, neschopnost smířit se se ztrátou osob nebo předmětů a stavy beznaděje a zoufalství těsně před propuknutím maligního onemocnění. Asbjorn et al. (2010, str. 170-171) upozorňuje na tzv. C-systém zvládání těžkostí (c-coping style), který je sledován při studiu rakoviny, a který zahrnuje soubor osobnostních rysů onkologických pacientů. C-systém charakterizuje: snaha být zachráncem, snaha vyhýbat se konfliktům, domněnka vlastního výborného zdraví, snaha nevyjadřovat negativní emoce, přílišná kooperativnost, nejistota, snaha podřizovat se ostatním atd.

4.1.8 Psychosomatická kožní onemocnění

Lidská pokožka je orgánem prvního kontaktu a nositelem libých pocitů a její onemocnění odráží aktuální životní situaci jedince. Hraje důležitou roli při navazování kontaktů s druhými osobami a může silně zatěžovat mezilidské vztahy. Pokud se naše pokožka dostane do kontaktu s něčím, co nesnáší, zareaguje vyrážkou nebo zčervenáním (Heuper, 2010, str. 102). Mezi nejčastější kožní onemocnění v psychosomaticce patří neurodermatitida (atopický ekzém), urtikaria (kopřivka), psoriáza (lupénka), akné a umělé dermatózy (Tress et al. 2008, str. 165-166). Často je diagnostikována i tzv. periorální dermatitida, která se vyskytuje nejvíce u obsedantně-perfekcionistických pacientů s neustálými pochybnostmi o dokonalém vzhledu jejich pokožky. Alergická dermatitida bývá projevem neřešitelnosti nějaké situace ve spojení s alergií na vnější či vnitřní vlivy (Poněšický, 2014, str. 99-100). Frustrované sexuální potřeby jsou potvrzeny u pacientů se svěděním, a to zejména svědění genitálu u žen. Stejná

problematika se týká i pacientů s akné. Ti ale mají ještě často snížený pocit vlastní hodnoty a záporný obraz sebe samých (Tress et al., 2008, str. 168).

Macháčková (2009, str. 54-55) uvádí, že provokačním faktorem pro výsev psoriázy, kromě streptokokové infekce a užívání některých léčiv, je traumatická situace, např. úmrtí v rodině, ztráta zaměstnání nebo rozvod. Neurodermatitida je nejčastější kožní onemocnění, které je následkem více faktorů, ale psychika zde má rozhodující úlohu. Danzer (2001, str. 112-114) popisuje pacienty s atopickým ekzémem jako osoby, které škrábáním chtějí získat pozornost a lásku, nebo si jím vyvolávají pocit slasti. Může se jednat i o narušený vztah mezi matkou a dítětem (Poněšický, 2010, str. 42-43). Pro pacienty, kteří trpí endogenním ekzémem, je typická silná touha po milujícím fyzickém kontaktu, ale zároveň i silná citlivost a strach z tohoto kontaktu. Často se tak vyskytují velké obtíže s odpovídajícím vyjadřováním zloby a konfliktního napětí. Pacienti se mohou této touze bránit tím, že navenek považují tělesný kontakt s druhými lidmi za nepotřebný (Tress et al., 2008, str. 167).

5 PREVENCE PSYCHOSOMATICKÝCH ONEMOCNĚNÍ

Pokud je od lidí vyžadováno, aby byli zdraví, je třeba je k tomu vychovávat a učit, a nejlepším způsobem je právě prevence. Naučit se žít tak, aby choroba nevznikala, naučit se zdravému způsobu života a začít nejlépe už od dětského věku (Vogeltanz, 1997, str. 63).

Je všeobecně známo, že předcházení nemocem je mnohem efektivnější a účinnější než vlastní léčba. Prevence se dělí na primární, sekundární a terciální. Cílem primární prevence je předcházení vzniku onemocnění, znamená to odstranění možných příčin a psychosociálních rizik. Zároveň hledá příčiny a podmínky vzniku nemocí a hledá možné způsoby, jak jim zabránit (Klímová, Fialová, 2015, str. 226). Primární prevence může být prováděna individuálně, ve skupinách, školách nebo podnicích a zaměřuje se na životosprávu, osvětu týkající se poruch příjmu potravy, zátěžové situace v životě člověka nebo různé kurzy cvičení a semináře na téma předcházení stresu. Důležitá je podpora komunikace mezi vedením a zaměstnanci nebo regulace pracovní zátěže. Poněšický (2010, str. 61-62) považuje prevenci psychosomatických onemocnění za náročnou, nelze totiž zasahovat do způsobu výchovy dětí a do vedení rodinného života, aby to nebudilo dojem ohrožení občanských práv a svobod. Osvědčilo se ale zřizování linek bezpečí a telefonické poradenství v nouzi.

Pojem sekundární prevence by se dal označit i jako včasná diagnostika začátku onemocnění a zabránění jejímu rozvinutí (Klímová, Fialová, 2015, str. 226). Poněšický (2010, str. 62) do sekundární prevence řadí psychologické a psychoterapeutické poradenství, intenzivní osvětu týkající se vzniku psychosomatických onemocnění, aktivizující činnosti apod. Světová zdravotnická organizace se v rámci prevence v psychosomatické soustředuje na zvládání nemocí, schopnost řešení problémů, kompetence v mezilidských vztazích, schopnost zvládat každodenní úkoly a fyzickou zátěž. Terciální prevence, jak uvádí Klímová a Fialová (2015, str. 226) je pak zaměřená na režimová opatření a týká se osob, u kterých již propuklo psychosomatické onemocnění, a má zabránit přechodu do chronicity.

Mastiliaková (2007, str. 66-70) popisuje teorii účinku drobných denních potíží na zdraví a vznik nemocí. Označuje je za více frustrující a stresující než jednu hlavní životní událost, kterou ale zároveň ovlivňuje způsob zvládání drobných těžkostí. Jako nárazníky proti onemocnění působí drobné denní radosti, které vnáší do každodenního života pozitivní prožitky (viz obrázek 4). Výzkum drobných denních potíží a radostí a jejich vztah

ke vzniku nemoci stále trvá a je důležitým doplňkem pochopení vlivu psychosociálního prostředí na člověka. Je vhodné ho použít na podporu a prevenci psychického a tělesného zdraví.

Obrázek 4 Deset nejčastějších drobných denních potíží a radostí

Drobné denní potíže	Drobné denní radosti
1. Problémy s váhou	1. Dobrý vztah s partnerem
2. Zdraví členů rodiny	2. Dobré vztahy s přáteli
3. Vzestup cen běžného zboží	3. Dokončení úkolu
4. Udržování domu	4. Cítit se zdrav
5. Děláním příliš mnoho věcí najednou	5. Dostatek spánku
6. Založení nebo ztráta věcí	6. Zajít si na jídlo do restaurace
7. Práce na zahrádce, opravy domu	7. Splnění všech svých povinností
8. Majetek, investice nebo daně	8. Návštěva, zatelefování nebo dopis
9. Zločiny	9. Trávení času s rodinou
10. Tělesný vzhled	10. Útulnost domova

Zdroj: Mastiliaková, 2007

Poněšický (2014, str. 63-64) se zamýšlí nad tím, jak předcházet psychosomatickým poruchám a dostává se k názoru, že je třeba učit se naslouchat sám sobě, dbát o rovnováhu mezi otevřením se sobě a navenek, umět regulovat vnitřní a vnější vlivy, snažit se o rovnováhu mezi tělesnou a duševní činností a vnímat mezi nimi souvislosti. Člověk by se měl umět radovat, umět přijímat chválu, ale i kritiku, s tím souvisí i schopnost sebekritiky. A samozřejmě, schopnost regulovat stres umožní vyhnout se zbytečným úzkostem, napětí a vyčerpání. *„Když se naučíte lépe se vyrovnávat se svými problémy a nabudete sebeúcty, prohloubí se váš pocit smysluplnosti života a objevíte v něm mnoho zábavného a vzrušujícího. Čím více cítíte, že máte pro co žít, tím důrazněji sdělujete svému tělu: život stojí za to, abych ho žil, nechci umřít. To je to nejdůležitější poselství, které posíláte svému tělu. Každá nemoc prohloubí naše sebepoznání.“* (Templemore, 1998, str. 131)

6 TERAPIE PSYCHOSOMATICKÝCH ONEMOCNĚNÍ

Léčba psychosomatických onemocnění samozřejmě závisí na typu a stadiu nemoci, osobnosti pacienta a na jeho schopnosti spolupráce. Často je nutná kooperace mezi klasickou medicínou a psychoterapií. Psychosomatické poruchy vznikají většinou na podkladě citových a mezilidských problémů a neschopnosti je řešit, což nemusí být problém dané osoby, ale často je to dáno výchovou od dětství. Poněšický (2014, str. 10) se domnívá, že není nutné hned přistupovat k nějaké hlubinně psychologické léčbě, ale mnohdy postačí i vhodně podaná rada, popud ke změně životního a pracovního stylu, uspořádání rodinných záležitostí nebo jen podnět k úpravě životosprávy s dostatkem relaxace a pohybu. Psychosomatické choroby se léčí psychoterapií, což znamená léčebné působení na nemoc, poruchu nebo anomálii psychologickými prostředky. Bouček (2006, str. 113) řadí mezi základní psychologické prostředky slovo, mimiku, emotivitu, učení a manipulaci prostředím. Koblic (2012, str. 221) považuje psychoterapii za cestu k sebepoznání a cestu k pravdě o sobě. Jakubů (2011, str. 152-165) spojuje psychoterapii už se Sigmundem Freudem, který ukázal, že subjektivitě člověka se dá porozumět, a který obrátil pozornost nejen na nemocného a jeho potíže, ale i na terapeuta a jeho způsoby léčby, a zdůraznil důležitost terapeutického vztahu.

Léčení pacientů s psychosomatickými chorobami vyžaduje individuální přístup. Chvála (2015, str. 9-10) považuje za nejdůležitější cíle léčby vytvoření pevného terapeutického vztahu založeného na důvěře, nalezení pro pacienta i lékaře přijatelného vysvětlení daného problému, omezování nežádoucích úzkosti a diskomfortu při trvajících příznacích nemoci a samozřejmě pozvolné zlepšování stavu na úrovni tělesné, emocionální, sociální, behaviorální a kognitivní. Růžička (2006, str. 315-316) dodává, že při vytváření terapeutického vztahu je nejdůležitější empatické naslouchání pacientovi, dokud nevypráví vše, s čím se chtěl svěřit.

Podle Praška a kol. (2002, str. 101) je cílem terapie takové zmírnění příznaků nemoci, aby byly pro pacienta snesitelné a umožnily mu pracovat a téměř plnohodnotně žít. Základem léčby je kvalitní klinické vedení a psychoterapie, sekundárně lze použít i psychofarmaka. Další formy léčby jsou dynamické psychoterapie, skupinové a rodinné psychoterapie, kognitivně-behaviorální terapie a další. Bouček (2006, str. 113-122) popisuje různé metody a techniky psychoterapie podle principů, ze kterých vycházejí a podle činných faktorů, na kterých stavějí, např. racionální psychoterapie, sugestivní,

empatické, tréninkové nebo abreaktivní psychoterapie, dále psychoanalytické či eklektické psychoterapie.

Asbjorn et al. (2010, str. 211, 217) uvádí, že všechny psychoterapeutické metody a techniky jsou efektivní, avšak je důležité najít tu, která bude vhodná nejen pro klienta, ale i pro psychoterapeuta. Zároveň připisuje velký význam motivaci pacienta pro efektivní psychoterapii. Dle Křivohlavého (2002, str. 61) průběh jakékoliv terapie určuje pacientův postoj k jeho vlastní nemoci. Psychoterapie je využívána jako hlavní léčebná metoda zejména u poruch či onemocnění prokazatelně vzniklých na základě psychogenních činitelů (Vymětal, 2010, str. 175).

Podpůrná psychoterapie

Podpůrná psychoterapie je základem další podpůrné léčby a přispívá k výraznému zlepšení pochopení pacienta jeho nemoci a jeho spolupráci. Může být prováděna praktickým lékařem, psychiatrem či psychologem a poskytuje porozumění, podporu a pomoc člověku, aniž by měnila jeho osobnost. Vyzdvihuje kladné stránky pacienta, povzbuzuje důvěru v sebe sama. Jejím cílem je porozumění situaci a odstranění příznaků nemoci. Dále směřuje k obnovení pracovní schopnosti a plnohodnotného života (Praško a kol., 2002, str. 103-105). Asbjorn et al. (2010, str. 211-214) poukazuje na to, že má-li mít psychoterapie význam, musí se při ní vytvořit vzájemná důvěra mezi pacientem a terapeutem, aby mohlo dojít k dlouhodobé spolupráci.

Podpůrná psychoterapie se řadí mezi základní přístupy v léčení pacientů a měl by ji umět vést nejen každý psycholog a psychiatr, ale i každý lékař a zdravotní sestra. Základními metodami jsou naslouchání, podpora, empatie, vedení, vysvětlování, povzbuzování a podpora projevů emocí, které nemocný prožívá. Praško a kol. (202, str. 103-105) uvádí, že probíhá v přátelské atmosféře a vytváří bezpečné prostředí pro člověka tak, aby dokázal přijmout všechny své klady i zápory. Poněšický (2010, str. 66) zdůrazňuje, že lepšími výsledky se pyšní pacienti, kteří v psychoterapii vyvíjí vlastní iniciativu, jsou aktivní a přebírají část odpovědnosti za celkový výsledek léčby. Techniky podpůrné psychoterapie zahrnují uklidnění, edukaci, vysvětlení, zpětnou vazbu, nácvikové techniky, řešení problémů, sugesci nebo zadávání domácích úkolů. Dle Praška a kol. (str. 103-105) musí být chování terapeuta vlídné, věcné, empatické a povzbuzující tak, aby došlo k navázání kvalitního terapeutického vztahu.

Kognitivně-behaviorální terapie

Kognitivně-behaviorální terapie (KBT) je založena na vytvoření terapeutického vztahu s důrazem na spolupráci a odpovědnost pacienta (Praško a kol., 2002, str. 151). Spočívá v přeučení nevhodných a nacvičení žádoucích způsobů chování, jednání a rozhodování, a ve změně postojů a názorů. Základem terapie je empatie vůči klientovi, porozumění a pochopení jeho přesvědčení, že je tělesně nemocen. Vymětal (2010, str. 48-49) považuje za vhodné vymezit časové období terapie, která obvykle bývá 3 – 6 měsíců, protože se tím zvyšuje motivace pacienta ke spolupráci.

KBT je zaměřena na aktivní zásah do problémové situace s cílem ji změnit ve svůj prospěch, je zaměřena na vyřešení problému (Poněšický, 2012, str. 181). Dle Praška a kol. (2009, str. 108-113) se KBT zaměřuje spíše na pacientovy specifické potíže než na jeho osobnost. Pacient zde vyvíjí větší aktivitu než u jiných terapeutických přístupů a dalo by se říci, že zde funguje jakási týmová spolupráce, kdy terapeut je spíše koučem. V psychosomatické se KBT využívá při léčbě hypertenze, astmatu, chronické bolesti, diabetu, poruch spánku atd. (Bouček, 2006, str. 114-115).

Skupinová psychoterapie

Skupinová psychoterapie probíhá ve skupině 6 – 9 pacientů a může probíhat stacionárně (denně po dobu 6 – 8 týdnů) nebo ambulantně (1x týdně po dobu 3 měsíců až několik let). Skupina může být otevřená, kdy každý z pacientů má jinou docházku, nebo uzavřená, to znamená, že pacienti ve skupině začínají i končí současně. Praško a kol. (2002, str. 150) poukazuje na to, že u psychosomatických poruch je nejúčinnější dlouhodobá skupinová terapie v uzavřené skupině s pacienty podobných potíží. Dle Asbjorn et al. (2010, str. 214) se skupinová terapie provádí hlavně v zařízeních, kde nemají vlastního psychoterapeuta.

V léčebném procesu existuje 5 stádií, kterými by měl pacient postupně projít, aby došlo k co nejlepším terapeutickým výsledkům (Asbjorn et al., 2010, str. 215):

- 1) Vzájemná důvěra mezi pacienty a terapeutem, pocit bezpečí
- 2) Snížení vnitřního napětí a psychická stabilita
- 3) Pomoc pacientům pochopit vztah mezi jejich příznaky a stresem
- 4) Pomoc pacientům překonávat falešné představy a nevhodné způsoby adaptace
- 5) Ukončení terapie v situaci, kdy má pacient správnou míru sebedůvěry

Rodinná systemická psychoterapie

Rodinná psychoterapie se zabývá vývojovými poruchami nejen jedince, ale zabrzděným vývojem celé rodiny, což má za následek osobnostní defekty či deformace v další fázi vývoje. Dle Poněšického (2012, str. 182) se na zabrzděném vývoji podílí všichni členové rodiny a rodinný terapeut se snaží tento vývoj dát zpět do pohybu a odstranit překážky, které jsou velmi často u takového člena rodiny, který má od daného problému největší odstup. Praško a kol. (2002, str. 150-151) uvádí, že do rodinné systemické terapie jsou zahrnuti jak partneři, tak i děti, rodiče a mnohdy i prarodiče, to znamená, že terapie probíhá vícegeneračně. Systémová teorie rodinné terapie chápe rodinu jako rovnovážný celek. Onemocnění jednoho člena rodiny znamená poruchu funkce celého systému. Asbjorn et al. (2010, str. 208-209) upozorňuje na to, že terapeut musí dělat maximum pro to, aby se terapie aktivně účastnili všichni členové rodiny.

7 HOLISTICKÝ PŘÍSTUP V OŠETŘOVATELSKÉ PÉČI

Běžnou součástí našeho života je přítomnost fyzického, duševního a duchovního stresu. V období nemoci dochází ke zvýšenému vnímání těchto faktorů, a proto je nutné k pacientovi přistupovat holisticky, přičemž je důležitá i pacientova spolupráce (Templemore, 1998, str. 13-15). Holistický přístup znamená celostný pohled na jedince, na celou jeho osobnost v dimenzi biologické, psychologické, sociální i duchovní. Moore (2010, str. 55) uvádí, že pouze široký a trochu i intuitivní pohled na nemoc odhalí souvislosti mezi nemocí a jejím smyslem.

Dle Vybíhalové (2012, str. 30) je základem holistického pojetí ošetrovatelské péče spolupráce zdravotnického personálu, pacienta a jeho rodiny. Holistický přístup v ošetrovatelství začaly sestry používat v důsledku snahy o zachování rovnováhy mezi potřebami člověka a technickým pokrokem. Stává se totiž, že diagnostické a léčebné intervence mají prioritu před člověkem jako lidskou bytostí. Mastiliaková (2007, str. 8-9) vidí pacienta jako jednotný celek, jehož jednotlivé části jsou ve vzájemné interakci, a kdy porucha jedné části znamená poruchu celého systému. Podle ní znamená holistický pohled na člověka zejména jiný způsob myšlení, a pokud budou zdravotničtí pracovníci tento přístup akceptovat, je to cesta, jak poskytovat lidem kvalitní péči o zdraví.

7.1 Psychologický přístup k nemocným

Sestra stráví s nemocným mnohem více času než lékař, a proto je důležité, jakým způsobem s pacientem naváže kontakt, jaký s ním bude mít vztah, aby mohlo v rámci ošetrovatelského procesu docházet k co nejlepší profesionální péči s prvky holistického přístupu. Citová stránka tohoto vztahu by neměla být opomíjena, nemocný potřebuje porozumění a oporu v jeho nemoci (Jobánková a kol., 1996, str. 139). Psychologický přístup k nemocnému znamená zejména přístup přemýšlivý, ve kterém zdravotník bere v úvahu všechny na pacienta působící souvislosti včetně psychologických a sociálních. Sestra se musí bránit emocionální únavě, profesionální deformaci až otrlosti, které mohou vést ke zkreslenému pohledu na nemocného a jeho problémy. Musí jednat s pacientem vždy jako s člověkem (Zacharová, 2010, str. 40-42).

Raudenská a Javůrková (2011, str. 81) vidí cíl psychologického přístupu k nemocnému v porozumění jeho individuality, v jeho psychologickém vedení a podpoře pocitu bezpečí. Toho lze dosáhnout empatií a projevem osobního zájmu zdravotníka

o pacientovy prožitky. Porozumění vzbuzuje v pacientovi důvěru a umožňuje vzájemný pozitivní vztah. Gulášová a kol. (2012, str. 42-43) považuje za cíl psychologického přístupu ovlivnění postoje pacienta k onemocnění, způsobu léčby a získání nemocného pro aktivní spolupráci v tomto procesu. Zacharová a kol. (2007, str. 41-42) upozorňuje na důležitost znalosti psychologie, která zdravotníkovi pomáhá k tomu, aby si plně uvědomil komplexní přístup a začlenil ho do své každodenní práce. Zdravotník musí vědět, že nemoc má často skrytou psychickou či sociální podstatu, a proto je léčba a ošetrovatelská péče záležitostí nejen somatickou, ale i psychologickou. Sestry, které pečují o pacienta, by měly v rámci ošetrovatelského procesu sestavit plány ošetrovatelské péče tak, aby uspokojily jeho tělesné, sociální, emocionální, kognitivní i duchovní potřeby. Mastiliaková (2007, str. 10) ještě dodává: „*Bez poznání sebe sama a vlastního sebeovládání, nebudeme schopni pomoci ostatním, kteří prožívají stresové situace.*“

Vymětal (2010, str. 109) ve vztahu mezi pacientem a zdravotníkem upřednostňuje důvěru, pocit bezpečí, přijetí a naději. Naději ve změnu k lepšímu. Praško a kol. (2010, str. 58-59) považuje za hlavní prostředek vztahu s nemocným emoční oporu. Zdravotník má být otevřený, vřelý, má respektovat pacienta, akceptovat jeho postoj, musí umět aktivně naslouchat, povzbuzovat a podporovat. Psychologický přístup patří k důležitým profesionálním dovednostem kvalitního zdravotníka.

Minibergerová a Dušek (2006, str. 33) rozlišují dva základní modely vztahu mezi zdravotníkem (lékař, sestra, ošetrovatel) a pacientem. První je model orientovaný na zdravotníka a nemoc, který u nás zatím výrazně převažuje. Zdravotník zde vystupuje direktivně, pacienta vede a vyžaduje jeho poslušnost. Druhý model je model orientovaný na pacienta a je základem pro koncepci psychologického a psychoterapeutického přístupu. Zdravotník se zde zajímá o prožívání pacienta, o jeho subjektivní pocity. Vztah je nedirektivní, více partnerský a dochází v něm ke spolupráci jak s pacientem, tak s jeho rodinou. Na model spolupráce ve vztahu zdravotník – pacient se zaměřuje i Honzák (2016, str. 47-54), podle něhož si pacient při léčbě přebírá nejen práva, ale i odpovědnost za své zdraví. K tomu, aby se ke svému zdraví choval rozumně, musí mít náležité informace, přiměřené znalosti a stanovený návod. Toho se docílí účinnou a správnou edukací a psychologickým a pedagogickým vedením zdravotníků.

7.2 Role sestry

Základem ošetrovatelství je celostní péče o člověka. Sestry mají mezi ostatními zdravotnickými profesionály výjimečné postavení a prioritu právě v poskytování této péče (Mastiliaková, 2007, str. 20). Už od prvního kontaktu s pacientem si sestra vytváří určitý terapeutický vztah, jehož základem by měl být pocit bezpečí (Praško a kol., 2010, str. 57-57). Tóthová (2006, str. 44-47) uvádí, že sestra by měla využívat holistický přístup už při prvním setkání s pacientem a při získávání primárních informací pro plánování ošetrovatelského procesu zaměřeného na biologické, emocionální, duchovní, sociální a kognitivní potřeby. Úkolem sestry je pomáhat pacientovi orientovat se v jeho situaci, pomáhat s přijetím stavu a mírněním negativních emocí. Spolu s lékařem poskytuje potřebné informace, projevuje zájem a pochopení. Důležitá je podpora naděje na vyléčení, průběžná pochvala a oceňování snahy o spolupráci. Minibergerová a Dušek (2006, str. 34-35) považují za důležité poskytovat pacientovi psychologickou podporu, využít empatie a vcítit se do prožívání pacienta, přistupovat k němu tak, aby nabyl dojmu, že není se svým trápením sám. Taktéž i rozhovory o negativních emocích mohou eliminovat jejich negativní důsledky.

Sestra je důležitá součást zdravotnického týmu nejen proto, že s pacienty tráví nejvíce času, ale i proto, že často lékaře zastupuje v péči po stránce psychologické, poskytuje dostatečné množství informací a vysvětluje léčebné a diagnostické postupy. *„Zdravotní sestry spoluvytvářejí atmosféru v procesu léčení, která může ovlivňovat nejen pacientovu spokojenost s léčbou, ale i proces uzdravy.“* (Bouček a kol., 2006, str. 47) Raudenská a Javůrková (2011, str. 282) také považují zdravotní sestru jako nedílnou součást léčebného programu. Její úloha spočívá nejen v edukaci pacienta v různých oblastech, ale pomáhá nemocnému s učením nových dovedností, hodnotí jeho tělesné reakce na léčbu, koordinuje léčebný plán atd. Vše samozřejmě závisí na jejich vědomostech, zkušenostech a dovednostech. Sestra je základním členem pro zachování kontinuity léčby. Přínosem je výcvik v psychoterapii, protože se pak může sama podílet na terapeutickém programu. Honzák (2016, str. 47-54) rovněž považuje psychoterapeutickou práci sestry jako velmi významný moment v ošetrovatelské péči.

Zdravotník by se měl zaměřovat nejen na objektivní stránku pacientovy nemoci, ale vnímat i subjektivní prožívání. Prožitky nemocného poznat, hledat jejich příčiny, pochopit je a zvážit a podporovat jejich pozitivní stránky, a ty pak využít ke spolupráci při diagnostice a léčbě (Zacharová a kol., 2007, str. 36-37). Přirozenou součástí práce sester

jsou některé postupy a metody, které přispívají k posouzení a pochopení pacienta a jeho choroby. Patří sem pozorování, rozhovor, anamnestické metody, srovnávání a řazení a posuzování výsledků činnosti. Jobánková a kol. (1996, str. 54-55) uvádí, že se jedná o postupy užívané v psychodiagnostice, ale i v běžném životě, a jsou samozřejmou složkou práce sester. Je důležité, aby je sestry dokázaly záměrně a cílevědomě využívat, dokázaly z nich vytěžit maximum, ale zároveň měly na zřeteli úskalí, která v sobě skrývají. Holistická ošetrovatelská péče si žádá zaměření na tělo i psychiku. To znamená, že bere v potaz tělesné i psychosociální potřeby člověka. Sestra, která poskytuje holistickou ošetrovatelskou péči a pohlíží na člověka jako na jedinečnou celostní bytost, je odhodlána pomáhat nemocným k dosažení a udržení si optimálního zdraví, pomáhá při prevenci a léčbě nemocí a zároveň i poskytuje podporu nevyлéčitelně nemocným (Mastiliaková, 2007, str. 33).

Praško a kol. (2010, str. 69) pojmenovává nároky, které jsou na sestry kladeny. Patří sem nejen odbornost, slušnost a lidský vztah. Pacient se potřebuje cítit bezpečně, chce být vyslyšen a pochopen, potřebuje pocít'ovat podporu a náklonnost, potřebuje věřit. Zacharová a kol. (2007, str. 63) popisuje určité osobnostní předpoklady, které jsou nezbytné k výkonu funkce zdravotnického pracovníka. Řadí sem tvůrčí přístup, sebekritičnost, dostatečnou dávku empatie, porozumění pacientovým problémům, smysl pro povinnost a odpovědnost, vřelý vztah k lidem, příjemné vystupování, pohotové reagování, rozvážnost a v neposlední řadě i trpělivost a humánní vztah k nemocnému. Zdravotní sestry mají výjimečné poslání. Navazují blízký vztah s pacienty, uzdravují pomocí jejich neustálé péče a zároveň přebírají další úkoly, které byly předtím vyhrazeny lékařům. Dalo by se říci, že k jejich dovednostem patří vytváření mezilidského kontaktu, který pacienta inspiruje a podporuje během diagnostických i léčebných zákroků (Moore, 2010, str. 105).

Krásová (2009, str. 41) považuje poskytnutí bezpečného prostředí, tepla a pocitu sounáležitosti za důležité akty v práci sester, které mohou mít zásadní vliv na další vývoj léčby a na psychický stav nemocného. Je důležité se soustředit na pocity pacienta, vyslechnout ho, podpořit a nechat vyventilovat jeho emoce.

8 KOMUNIKACE S PSYCHOSOMATICKY NEMOCNÝM

„Komunikovat s člověkem, který je v nelehké situaci, má trápení, bolest, je nervózní či nazlobený, není jednoduché. Stejně tak náročné je domluvit se, získat a předat nejen informace, ale i povzbuzení a naději.“ (Venglářová, Mahrová, 2006, str. 7) Ke kvalitní ošetrovatelské péči neodmyslitelně patří komunikace mezi sestrou a nemocným. Nestačí ale jen „běžná“ komunikace, je třeba ovládat i komunikaci sociální, strukturovanou a terapeutickou. Sociální komunikace je podle Zacharové a kol. (2007, str. 90-91) neplánovaná a odehrává se při neformálních setkáních, strukturovaná má předem stanovenou náplň (pooperační péče, postup vyšetření) a terapeutická (léčebná) komunikace znamená proces, který pomáhá překlenout přechodný stres, přizpůsobit se daným podmínkám a překonávat psychické překážky, které stojí v cestě pacientovy seberealizace.

Komunikace s pacientem s psychosomatickým onemocněním může vycházet z pacientova názoru na jeho nemoc. Dle Irmiše (2014, str. 33-34) to pomáhá k navazování lepšího kontaktu a k porozumění. Komunikace je samozřejmě ovlivněna zkušeností, osobností a temperamentem zdravotníka i pacienta, jeho momentálním zdravotním stavem, pocitem ohrožení atd. Svou roli hraje i vzájemná sympatie, schopnost vcítění nebo nedostatek času. Zacharová a kol. (2007, str. 64) uvádí, že správnou komunikací mezi nemocným a zdravotnickým personálem lze předejít nejen mnohým konfliktním situacím, ale zvyšuje se díky ní též účinnost terapeutických zákroků a příznivý vliv na průběh nemoci. Špatně vedená komunikace, nedostatečná informovanost či lhostejnost ze strany zdravotníků (zejména sester) může vyvolat u nemocných apatii, neposlušnost, vzdor nebo jiné reakce (Vosátková, Houdková, 2008, str. 63).

Vzhledem k tomu, že sestra stráví s pacientem mnoho času, může odhalit jeho psychické potíže a pomoci mu překonat nepříjemné chvíle během hospitalizace. Empatie, pochopení pacientovy situace a jeho prožitků je dle Praška a kol. (2010, str. 123) prvním a základním krokem ke komunikaci, důvěře a následné léčbě. Základní prvky komunikace jsou vyznačeny na obrázku č. 5. Je důležité, aby se nemocný cítil bezpečně, pocíťoval úctu a respekt a zachovával si naději na zlepšení jeho zdravotního stavu. Na zdravotníka jsou tak kladeny nároky nejen v oblasti komunikačních dovedností, ale musí mít též dobrou vůli, cit a takt, musí umět zmírnit u pacienta strach a nejistotu. Své chování a vyjadřování musí přizpůsobit tak, aby pacient pocíťoval, že jsme tu pro něj. Sestra svou komunikací může ovlivnit pohodu nemocného, a tím jeho psychický i zdravotní stav zlepšovat nebo

zhoršovat (Zedníková, 2008, str. 259-260). Dopad rozhovoru s nemocným může mít dalekosáhlé následky.

Obrázek 5 Základní prvky terapeutické komunikace

EMPATIE →	Pacient cítí pochopení →	Větší ochota převzít zodpovědnost →	ZMOCŇOVÁNÍ
RESPEKT →	Pacient cítí, že má hodnotu →	Větší ochota rozhodovat →	ZMOCŇOVÁNÍ
AUTENTIČNOST →	Pacient má pocit, že je všechno jasné, zřetelné →	Větší ochota spolupracovat →	ZMOCŇOVÁNÍ

Zdroj: Praško a kol., 2010

Zacharová a kol. (2007, str. 77) považuje komunikaci mezi zdravotníkem a nemocným jako neodmyslitelnou součást kvalitní ošetrovatelské péče. A vzájemné propojení rozhovoru s pozorováním vede podle ní ke zlepšení diagnosticko-terapeutického procesu. Moore (2010, str. 33-34) uvádí, že samotný rozhovor s pacientem funguje jako zdravotnická péče a označuje jej za duševní úkon, který je mnohem důležitější, než by se mohlo zdát.

Komunikace je považována za efektivní tehdy, pokud je zachována důstojnost pacienta i zdravotníka, pokud je vytvořena důvěrná a bezpečná atmosféra a pacient může vyjádřit svůj názor. Informace se nemocnému mají podávat stručně, v jasné a srozumitelné formě. Zdravotník má mluvit přirozeným jazykem tak, aby mu pacient rozuměl a nechat mu prostor pro zpětnou vazbu a dotazy (Praško a kol., 2010, str. 123). Zacharová a kol. (2007, str. 83-84) považuje za důležitou součást navázání dobrého vztahu s nemocným schopnost účinně ovládat i neverbální komunikaci neboli řeč těla, která zprostředkovává pocity člověka lépe než slova a pomocí níž mnohem snadněji vyjadřujeme emoce, povzbuzení či porozumění. Správně vedená a účelná komunikace je často pilířem pro úspěšnou léčbu.

9 PSYCHOTERAPEUTICKÝ PŘÍSTUP V OŠETŘOVATELSTVÍ

Kvalitní terapeutický vztah je základním momentem pro úspěšné ošetrovatelské i léčebné intervence (Ayers, Visser, 2015, str. 428). Psychoterapeutický přístup předpokládá, že pacient bude schopen vysvětlit všechny své důvody (symptomy i emoce), které ho dovedly k lékaři. Sestra i lékař by měli citlivým empatickým způsobem zjišťovat, co pacienta trápí a s respektem na to reagovat. Je vhodné dát prostor i pro ticho a zamyšlení, dále pro parafrázování toho, co jim pacient řekl. Odhalení toho, co pacient říci nedokáže, přispívá k rozpoznání skrytých a nevyslovených emočních obav. Naopak i zdravotník musí poskytovat všechny potřebné informace tak, aby byly pacientem pochopeny a produktivně využity.

Minibergerová a Dušek (2006, str. 34-35) popisují psychoterapeutický přístup zdravotníka jako chování, které přispívá k záměru léčby a při němž se využívají znalosti a dovednosti z oblasti psychoterapie. Cílem tohoto přístupu je kvalitní vztah mezi sestrou a pacientem, zlepšení jejich spolupráce a aktivní zapojení pacienta do léčby. Pacient pak lépe zvládá psychické nároky, které mu s sebou jeho nemoc přináší, a tím dochází i ke zlepšení kvality života (Matějková, 2011, str. 49). Vztah zdravotníka k pacientovi je založený na zájmu, respektu a spolupráci. V rámci tohoto přístupu používá sestra psychologické prostředky, jakými jsou slovo (rozhovorem se utváří vztah, kam se promítají pacientovy emoce) a specializované techniky (návčivky, tréninky, učení se novým dovednostem). Psychoterapeutický přístup je založený především na porozumění a empatii a respektuje individualitu člověka. Šlaisová (2006, str. 45-46) uvádí, že opravdový a empatický přístup k nemocnému je základem k identifikaci problémů a následné pomoci.

Moore (2010, str. 50) se též přiklání k tomu, že největší část práce sester zaujímá péče psychologická. Pomáhají pacientům emočně se vyrovnat s novou situací, najít nový smysl života a pramen uklidnění pro jejich obavy. Velkým přínosem pro pacienta bývá pouhé posezení sestry u lůžka nebo její návštěva před koncem směny (Zacharová a kol., 2007, str. 77). Úzký kontakt s pacienty dává sestře prostor, aby mohla při své práci uplatnit psychoterapeutické prvky, jako jsou objasnění podstaty a souvislostí nemoci, odpoutání pozornosti od chorobných příznaků, vedení ke správné životosprávě, pozitivnímu přístupu k životu nebo uspokojivým mezilidským vztahům (Jobánková a kol., 1996, str. 170-171).

Kvalitní ošetrovatelská péče se neobejde nejen bez vzájemné důvěry, porozumění a objektivního posouzení, ale též bez úzké spolupráce s příbuznými (Zacharová a kol., 2007, str. 77). Nemocný od svých blízkých očekává sociální oporu, pochopení, uklidnění či radu a negativně vnímá obecně uklidňující věty či náznak nepochopení. Podle Irmíše (2014, str. 41) je komunikace s rodinou dalším důležitým bodem péče v biopsychosociální oblasti.

Psychologické intervence, které zdravotníci uplatňují v rámci ošetrovatelské a léčebné péče, neslouží jen k řešení duševních problémů, ale snaží se podporovat i fyzické a duševní zdraví nemocného v prostředí zdravotnického zařízení (Ayers, Visser, 2015, str. 479). Díky těmto intervencím by měl pacient změnit přístup k vlastnímu zdraví, lépe zvládat obtížné a stresující situace apod. Příklady intervencí jsou popsány v příloze 3.

9.1 Interakce mezi sestrou a pacientem

Sestra má na nemocného obrovský vliv, má schopnost ovlivnit reakce nemocného, povzbuzovat ho, podporovat, odstraňovat strach z diagnostických a léčebných zákroků a celkově z pobytu v nemocnici atd. Zacharová (2010, str. 40-42) považuje kvalitní ošetrovatelskou péči za nejširší profesionální interakci zahrnující medicínské a psychologické prostředky mající vliv na zlepšení zdravotního stavu a kvality života pacienta.

Vztah mezi zdravotníkem a pacientem by měl být založen na uznání, respektu a vzájemné důvěře (Zacharová a kol., 2007, str. 64). Postavení zdravotní sestry ve vztahu k nemocnému má zásadní význam. Nemocný ji vnímá jako součást zdravotnického týmu v čele s lékařem, očekává od ní odborné znalosti, taktní a ohleduplné jednání, psychickou podporu, pochopení, porozumění a laskavost. To, jaký postoj sestra vůči pacientovi zaujme, ovlivňuje jejich vzájemný vztah. Tato interakce dále působí na prožívání, emoce a po stránce psychosomatické pak na tělesné symptomy. Doenges a Moorhouse (2001, str. 11) uvádí, že sestra musí pohlížet na pacienta jako na lidskou bytost se svébytnou hodnotou a důstojností, která má právo na kvalitní péči poskytovanou se zájmem i soucitem, a jejíž nedílnou součástí je kvalitní terapeutický vztah. *„Sestra byla v očích nemocných vždy člověk, který má pochopení pro jejich problémy v nemoci a který je pomáhá s velikou tolerancí a laskavostí řešit. Má možnost poznat nemocného po psychologické stránce mnohdy lépe než lékař.“* (Zacharová a kol., 2007, str. 66)

Ayers a Visser (2015, str. 486) poukazují též na to, že by se nemělo podceňovat vzájemné působení vztahů mezi lékařem, sestrou a nemocným. Zdravotníci si musí uvědomit, že pacienti mají svou vlastní emoční zátěž, svoje postoje, názory a přesvědčení a je třeba, aby během léčebných a ošetrovatelských intervencí byli udržováni v dobré psychické kondici, aby se dokázali odpoutat od negativních myšlenek a byli schopni přijmout změnu.

Sestra spolu s lékařem by měla znát a chápat i osobní problémy nemocných a pokusit se je společně vyřešit (Zacharová a kol., 2007, str. 66-67). Vzhledem k tomu, že právě sestra tráví s nemocným nejvíce času, vnímá ji jako člověka, který mu poskytne oporu a porozumění, vidí ji jako prostředníka mezi jím a lékařem, jako člena zdravotnického týmu upevňující důvěru nemocného v léčebný proces, jako prvek snižující napětí mezi jím a lékařem, a jako člověka pečujícího o jeho emocionální stav. Vzhledem k tomu, že ošetrovatelská péče svým způsobem funguje jako psychoterapie, je vhodné, aby sestra v interakci s nemocným zaujímala produktivní chování, kdy se opírá o základní skutečnost lidské jednoty a neoddělitelnosti biologických, psychických a sociálních faktorů. Nutností je pochopení komplexního charakteru nemoci. Existují pravidla produktivního chování (viz příloha 4), kde má brát sestra v úvahu objektivní stránku nemoci, psychickou a sociální situaci nemocného, jeho prožitky, osobnostní zvláštnosti, dále vliv léčebného prostředí, prognózu jeho onemocnění a zároveň i rozhodnutí lékaře při realizaci záměru léčby (Zacharová a kol., 2007, str. 70). Vztah mezi sestrou a nemocným, který je založený na psychologickém působení a zahrnuje prvky psychoterapie, už sám o sobě může působit jako vlastní prostředek změny (Vymětal, 2003, str. 87-88).

9.2 Psychoterapeutické techniky v práci sestry

Sestra musí mít pochopení pro každého pacienta, musí se o něj zajímat, vcítit se do jeho problémů a přijímat ho takového, jaký je. Důležité je vidět v každém zejména dobré stránky, které často ostatním unikají. Bude-li se sestra zajímat o vnitřní svět nemocného, mohou se mnohé zprvu konfliktní situace přirozeně přeměnit ve spolupráci. Zároveň si ale musí uvědomit, že vnitřní svět každého pacienta je obraz světa, který si kreslí sám a tudíž je za něj odpovědný (Kopřiva, 2013, str. 21, 38). Cílem moderního ošetrovatelství je zaměření na člověka se všemi jeho problémy a potřebami. Úkolem zdravotníků, a to zejména sester, je identifikovat tyto problémy, hledat příčinu a stupeň jejich závažnosti a stanovit nejvhodnější způsob řešení. Wagnerová a Vorlíčková (in Doenges a Moorhouse,

2001, str. 7) uvádějí, že sestra se musí zabývat člověkem komplexně, holisticky a každá si musí osvojit schopnost utvořit si celkový obraz o osobě nemocného. Pelikánová (2011, str. 28-29) považuje za velmi účinný psychotherapeutický přístup v rámci ošetrovatelské péče psychotherapii rogersovskou, která se soustřeďuje na nedirektivní vztah s pacientem, na vytvoření nehodnotící a akceptující atmosféry a na orientaci na pacienta jako na člověka.

Psychotherapeutické působení ve zdravotnické péči by se dalo členit na odbornou psychotherapii, kterou může provádět pouze psycholog, psychotherapeut nebo vyškolený střední zdravotnický pracovník a na psychotherapeutický přístup neboli produktivní chování, jež značí kladné chování všeobecných sester k nemocným přispívající k dosažení záměru léčby pomocí psychologických prostředků (Čadilová, 2011). Mezi metody psychotherapeutického působení, které sestra vůči pacientům může využívat, patří racionální psychotherapie, sugestivní ovlivňování, autogenní trénink, odreagování, nedirektivní psychotherapie, naslouchání apod.

9.2.1 Rogersovská psychotherapie

Rogersovská psychotherapie se dá též nazvat jako přístup zaměřený na člověka. Základní hypotézou tohoto přístupu je, že člověk disponuje ve svém nitru obrovskými kapacitami sebeporozumění a proměny vlastního sebepojetí, jednání a základních postojů zaměřených na své vlastní self (Rogers, 1998, str. 106). Označení „zaměřený na člověka“ vyjadřuje skutečnost, že je to právě klient, kdo je v centru vztahu nebo terapeutického procesu (Gabura, Pružinská, 1995, str. 107). Nejdůležitější je zde orientace na vnitřní, subjektivní svět pacienta. Pokud on sám pocítí, že s ním není manipulováno, klade menší odpor a sám se svobodně rozhoduje, co chce sdělit a co zatím ještě vyslovit nechce (Vymětal, 2004, str. 224-226). Přístup zaměřený na člověka je základním pilířem všech lidských vztahů a velký význam má právě v terapii. Je to stále se rozvíjející forma mezilidského vztahu zaměřená na podporu růstu a změny. Lidská bytost se neustále vyvíjí a má vrozenou schopnost sebeaktualizace, která souvisí se sebezodpovědností, sebeurčením a sebetvořením. Jde v podstatě o aktualizaci, růst a diferencování svého vlastního já (self) na základě vlastních zkušeností. Rogers v terapeutickém vztahu, na základě svých vlastních zkušeností, zaznamenal tři předpoklady, které podporují optimální vztah a růst osobnosti klienta. Je to empatie, akceptace (bezvýhradné přijetí) a kongruence neboli opravdovost, ryzost (Nykl, 2004, str. 16, 19, 32-33).

Akceptace, značící bezvýhradné přijetí, je postoj zdravotníka založený na pozitivním hodnocení vůči pacientovi nevázaném na žádné podmínky. Sestra zde uznává klienta jako osobnost, bez ohledu na jeho momentální chování (Nykl, 2004, str. 35). Gabura a Pružinská (1995, str. 35) považují akceptaci klienta, jeho problémů a pocitů za neodmyslitelnou podmínku efektivní komunikace. Sestra musí umět respektovat právo pacienta na jeho názor, postoj nebo pocit a nemá necitlivě podsouvat názory své, ani dokazovat, že ona je ve vztahu s pacientem tím moudřejším, šikovnějším, nebo to, že má rozhodující slovo. Vymětal (2003, str. 45-46) považuje postoj plný akceptace a úcty k nemocnému jako základ vztahu, kde se vytváří atmosféra bezpečí a jistoty. Sestra na pacienta pohlíží jako na bytost sobě rovnou, kterou respektuje a bez výhrad přijímá.

Empatie znamená porozumění vcítěním a je velmi důležitým aspektem psychoterapeutického vztahu mezi sestrou a pacientem. Předpokladem je zaměření pozornosti na vnitřní svět pacienta a důvěra (Nykl, 2004, 37-38). Díky empatii sestra může pochopit, co se v klientovi odehrává, co se skrývá za jeho slovy (Gabura, Pružinská, 1995, str. 35-36). Rogers (1998, str. 126) charakterizuje empatii jako proces, způsob bytí s druhým člověkem, kdy se vstupuje do jeho osobního percepčního světa. Zdravotník dočasně žije životem pacienta, taktně se v něm orientuje a vzdává se vlastního hodnocení.

Kongruence neboli opravdovost znamená, že se sestra ve vztahu s pacientem neskrývá za žádnou osobní či profesionální masku a je schopna být sama sebou (Nykl, 2004, str. 40- 42). Důležité je sladění dvou prvků: vnitřního souladu a přiměřené otevřenosti. Tato schopnost souladu znamená být ve shodě s tím, jak se sestra cítí a jak se vyjadřuje, jaká je (Casemore, 2008, str. 73-74). Pokud je zdravotník kongruentní, jsou pak v jeho chování vyjádřeny jeho vnitřní pocity a pacient ho vnímá takového, jaký ve skutečnosti je. Jde o to, utvořit s pacientem upřímný a čestný vztah, založený na plné přítomnosti (Gabura, Pružinská, 1995, str. 114). Takovýto autentický, opravdový vztah má přirozenou podobu lidského setkání, není v něm prostor pro manipulaci nebo přetvářky (Vymětal, 2003, str. 45).

9.2.2 Nedirektivní přístup

Zdravotník je díky svému odbornému vzdělání a zkušenostem ve většině případů pro pacienty autoritou. Vzhledem ke své pozici může vůči nim zaujmout direktivní nebo nedirektivní přístup. Nedirektivní přístup spočívá v takové podpoře pacienta, jejímž cílem je, aby dospěl k řešení svých problémů sám. Tento postup je účinný, chceme-li dosáhnout

u nemocného trvalé kvalitativní změny. Jeho nevýhoda tkví v tom, že je třeba více času a sil (Kopřiva, 2013, str. 42, 45). Nedirektivní přístup často v pacientovi aktivizuje schopnosti, o kterých neměl ani tušení, tím pádem je schopen začít věřit v sebe sama a přebírá zodpovědnost za svůj život (Krutilová, 2014, str. 8). Sestra, z hlediska způsobu, jakým bude s pacientem mluvit, může využít několik typů intervence: komentář, kladení otázek nebo rezonanci.

Komentář má menší potenciál direktivity. Sestra pacientovi na problém odpovídá vlastním stanoviskem, přičemž problém postaví do nového světla. Může poukázat na nějaký pozitivní rys problému, kterého si pacient nevíšiml kvůli jeho kritickému naladění. Sestra se může zmínit i o pocitech, které má z pacientova prožívání. Nemocný vnímá zájem ze strany sestry a objevují se mu nové souvislosti, které mu jeho jednání či jednání okolí učiní pochopitelnějším. Komentář neobsahuje návod k chování či jednání, ale sestra může pacienta vést tím, že svým komentářem navrhuje, jak by mohl věci vidět.

Kladení otázek je základní formou intervence v systemické terapii a může dovést klienta k určitému cíli. Nelze ale pokládat otázky sugestivní. Cílem otázky je nastínit klientovi jeho problém z jiného úhlu, pomoci mu ujasnit si, co chce změnit.

Rezonance je takovou intervencí, kdy zdravotník pouze zrcadlí to, co klient říká. Na tomto typu intervence je založena na klienta orientovaná terapie Carla Rogerse. Sestra zde pouze naslouchá a opakuje to nejdůležitější, co pacient řekl a tím dává najevo, že to slyšela a dobře pochopila. Nemocný při této intervenci většinou pocítuje silný emoční účinek, který zřejmě souvisí se skutečností, že v normálním životě nikdo nikomu po delší dobu nenaslouchá (Kopřiva, 2013, str. 49-50).

9.2.3 Racionální psychoterapie

Racionální psychoterapie se snaží působit především na rozum pacienta, na jeho soudnost a kritičnost, obrací se k jeho logickému myšlení. Sestra může prvky této psychoterapie uplatnit při všech činnostech v rámci ošetrovatelského procesu, při získávání anamnézy od pacienta, při poskytování informací k léčebným a diagnostickým výkonům nebo při edukaci nemocného. Sestra může objasňovat souvislosti a příčiny pacientovy choroby, odstraňovat pacientovy nesprávné názory a postoje k sobě samému i k jeho nemoci nebo usměrňovat a vést pacienta pozitivním směrem, a to zejména v úpravě jeho životního stylu, životosprávy a mezilidských vztahů. Během těchto intervencí pak u pacienta dochází k uspořádání jeho myšlenek a životních zkušeností a mohou mu

vyplýnout takové souvislosti, že nakonec dojde sám k logickým závěrům a plánům do budoucna. Základem racionální psychoterapie je důkladné odebrání a rozbor pacientovy anamnézy. Pokud bude sestra podrobně znát pacientovu situaci, jeho potíže a zkušenosti, vkládá do ní pacient více důvěry a bude od ní snáze přijímat její rady, doporučení či komentáře (Jobánková a kol., 1996, str. 178-179).

9.2.4 Sugestivní ovlivňování

Sugesce je formou manipulativního přístupu, je zde využívána autorita zdravotníka, jehož přesvědčivost, sugestivní intonace hlasu a zároveň očekávání pacienta mají velký vliv na výsledek této terapie (Kroczková, 2009, str. 12). Sugestivní ovlivňování vychází z nekritického vědomí pacienta, že určitý názor je přijímán jako ověřený a pravdivý. Míra sugestibility je individuálně odlišná a právě nemocný člověk sugestivním vlivům podléhá silněji (Mikuláščík, 2010, str. 169). Ovlivňování pomocí sugesce může sestra využívat při podávání léků pacientovi nebo při aplikaci léčebných procedur. Pacient je v nemoci zvýšeně sugestibilní a je velmi vnímavý k tomu, jakým způsobem s ním sestra jedná, jak k němu hovoří. A právě sestra je člověk, od kterého pacient očekává pomoc a podporu, a který může pacientovi pomoci nahlížet na jeho problémy s větším optimismem (Jobánková a kol., 1996, str. 179-180).

9.2.5 Autogenní trénink

Autogenní trénink patří mezi relaxační metody a spojuje v sobě principy koncentrace, relaxace, autosugestivního ovlivnění a systematického nácviku. Vychází z poznatku o vzájemném působení psychického napětí, funkčního stavu vegetativního systému a napětí kosterního svalstva. Principu relaxace může sestra u pacienta využívat ke snižování psychického napětí, zejména v předoperační či předporodní přípravě, k odstraňování strachu nebo jako součást rehabilitačního cvičení (Jobánková a kol., 1996, str. 180-181). Autogenní trénink spočívá v sérii cvičení, kdy se pacient koncentruje na různé části svého těla s cílem dosáhnout relaxace neboli uvolnění (Vymětal, 2003, str. 78). Je to technika, kterou sestry mohou provádět samostatně za supervize lékaře nebo psychologa. Mezi postupně nacvičované úkony patří cvičení tíhy a tepla, regulace srdeční činnosti, koncentrace na dech, regulace břišních orgánů a koncentrace na oblast hlavy (Jobánková a kol., 1996, str. 180-181).

9.2.6 Odreagování

Princip odreagování neboli abreakce je v běžném životě znám jako ventilace problémů či emocí. Touto technikou se sestra snaží předejít patogennímu působení negativních emocí u pacienta tím, že je nechává proběhnout v podmínkách jejich vzájemného vztahu. Pacient za přítomnosti a podpory sestry reprodukuje své konflikty a problémy s odpovídajícím citovým doprovodem, a tím dochází k uvolnění citového napětí, které by jinak na organismus působilo škodlivě (Baierová, 2015). U pacienta dochází k tomu, že se spontánně vypláče, vyhovoorí a následně pocítí úlevu bez toho, aby mu sestra jiným způsobem poskytovala pomoc, radu nebo doporučení. Sestra ale přichází do kontaktu i s pacienty, kteří se zvýšeně sebeovládají nebo kteří jsou nesmělí, a ti pak své emoce nedávají najevo, ačkoli je v sobě prožívají. V této situaci by sestra sama měla aktivně vyhledávat příležitosti k tomu, aby si s nimi promluvila, aby jim dala šanci vypovídat se, a tím podpořila jejich spontánní reakci v podobě abreakce, která má očistné účinky (Jobánková a kol., 1996, str. 181-182).

9.2.7 Naslouchání

Naslouchání je základním prvkem v rozhovoru zdravotníka s klientem a zaručuje smysluplnost jeho pomoci (Kopřiva, 2013, str. 112). Nejde v něm ale jen o to, že slyšíme, co pacient sděluje, ale také o to, že rozumíme a chápeme jeho sdělení (Praško a kol., 2010, str. 125). Také Gabura a Pružinská (1995, str. 31) považují za nejdůležitější předpoklad správné komunikace umění naslouchat. Sestra by se měla umět naladit na příjem informací od pacienta a vzdát se svojí touhy zasahovat ve chvíli, kdy on hovoří. Měla by pozorně a pokud možno nepřetržitě poslouchat to, co klient vypráví. Rogers (1998, str. 23) vystihuje naslouchání takto: „*Říkám-li, že druhému rád naslouchám, pochopitelně tím myslím, že naslouchám do hloubky. To znamená, že slyším slova, myšlenky, citové zabarvení, osobní významy, a dokonce i to, čeho si mluvčí není ani plně vědom. Občas zaslechnu, zvláště ve výpovědích, které zdánlivě nejsou vůbec důležité, niterné lidské volání pohřbené a zapomenuté hluboko pod povrchem osobnosti.*“ Naslouchání zdaleka není tím nejjednodušším úkonem. Někdo ho považuje za snadné, jinému může připadat nesmírně obtížné. Naslouchání si nelze vysvětlovat jako pohodlné a pasivní mlčení. Naopak jde o velmi aktivní proces, který vyžaduje stálou přítomnost u druhého. Naslouchat znamená bedlivě sledovat, co nám pacient říká, a pokud možno, nezasahovat svými vlastními názory, radami, komentáři nebo povzbuzujícími výroky (Kopřiva, 2013. Str. 112-113).

Hlavní roli při naslouchání hrají pacientovy pocity. Pokud zdravotník porozumí tomu, co pacient cítí, znamená to důležitou spojitost v terapeutickém vztahu. Mezi časté emoce patří strach, úzkost, smutek, bezmoc, zklamání, ale i tíseň nebo vztek. Pocity pacienta je třeba akceptovat a dát mu najevo, že rozumíme jeho prožitkům a že jsme s ním (Praško a kol., 2010, str. 125). Aby sestra dala pacientovi najevo, že ho poslouchá a že je s ním, měla by udržovat přiměřený oční kontakt, naznačit zájem pokýváním hlavy, přitakat jednoduchými citoslovci nebo frázemi jako „opravdu“, „to je velmi zajímavé“, nebo podpořit klienta pouhým „povězte mi o tom víc“ (Gabura, Pružinská, 1995, str. 31). Jobánková a kol. (1996, str. 185) zastává názor, že i méně zkušené sestry mohou využívat psychoterapeutický přístup v podobě naslouchání, které je velmi účinné, a při kterém není nutné poskytovat žádné rady či komentáře, z kterých by tato sestra měla obavy.

Psychoterapeutické techniky, které sestra ve své praxi využívá, mají vliv na narušenou činnost organismu jak po stránce psychické, tak i somatické. Psychoterapie se může využívat jako podpůrné techniky nebo může být součástí komplexní léčby. Jejimi cíly jsou zmírnění nebo odstranění příznaků nemoci, ale zejména dosažení změn v osobnosti pacienta v pozitivním slova smyslu (Jobánková a kol., 1996, str. 174-175). Psychoterapeutickým přístupem dokáže sestra navodit takovou atmosféru spolupráce, kdy pacient nabude pocitu jistoty, navrátí se mu jeho sebeúcta a důstojnost a začne se sám aktivně podílet na procesu léčby (Jičínská, 2007).

Všechny výše zmíněné přístupy vedou k tomu, že se navazuje mezi sestrou a pacientem vztah plný důvěry a pochopení, díky kterému lze dojít k záměru léčby, redukuje se nežádoucí psychické, biologické i společenské zátěže a stabilizuje se narušená činnost organismu. Sestra svým chováním a psychoterapeutickým přístupem může pomoci pacientovi sama, anebo ho může dále nasměrovat na odbornou pomoc profesionálního psychoterapeuta či psychologa (Jobánková a kol., 1996, str. 176-177). Velkým přínosem pro sestry by bylo vzdělávání v oblasti psychoterapie a psychoterapeutického přístupu, kterým by sestry získaly potřebné odborné znalosti i praktické dovednosti, protože právě tento přístup je velmi důležitým aspektem, který výrazně ovlivňuje efektivitu a úspěšnost léčebného procesu (Jičínská, 2007).

10 FORMULACE PROBLÉMU

Psychosomatika pohlíží na člověka jako na celistvou bytost, jejíž psychické problémy ovlivňují tělesný stav a fyzické potíže mají vliv na duševní prožívání. V současné době se psychosomatika dostává stále více do povědomí laické i odborné veřejnosti, dalo by se ale říci, že spíše formou psychoterapie z řad specializovaných lékařů nebo psychologů. Běžnou součástí našeho života je přítomnost fyzického, duševního a duchovního stresu a v období nemoci, zejména za hospitalizace, dochází ke zvýšenému vnímání těchto činitelů. Je proto nutné, aby sestra, která tráví s pacientem mnohem více času než lékař, přistupovala k pacientovi holisticky, to znamená, že musí pohlížet na celou jeho osobnost po stránce biologické, psychologické, sociální i duchovní. Tímto přístupem lze poodhalit často skryté problémy, které vedly ke vzniku nemoci. Sestra svým psychologickým působením a přístupem s prvky psychoterapie může pacientovi často pomoci změnit náhled na vlastní zdraví, nebo ho může nasměrovat k další péči do rukou odborníků.

11 CÍL A ÚKOL VÝZKUMU

Cílem kvantitativního výzkumu diplomové práce je provést analýzu úrovně teoretických znalostí nelékařských zdravotnických pracovníků (NELZP) z oblasti psychosomatiky a holistické péče a zjistit, zda těchto znalostí prakticky využívají v rámci psychologického přístupu k pacientům při ošetrovatelské péči.

11.1 Dílčí cíle

1. Zjistit, zda mají NELZP povědomí o psychosomatických onemocněních
2. Zjistit, zda mají NELZP teoretické znalosti v oblasti holistické péče
3. Zjistit, zda NELZP znají psychoterapeutické intervence ošetrovatelské péče
4. Zjistit, zda NELZP využívají těchto intervencí v rámci ošetrovatelské péče
5. Vytvořit desatero holistického přístupu k pacientům
6. Vytvořit přehled nevhodného chování zdravotníků v rámci psychoterapeutického přístupu

12 HYPOTÉZY

V rámci stanoveného výzkumného cíle byly sestaveny následující výrokové hypotézy, které byly na podkladě podrobné analýzy získaných údajů z provedeného výzkumného šetření statisticky testovány.

1H₀ Ve znalostech z oblasti psychosomatiky NELZP ze standardních lůžkových oddělení a z oddělení intenzivní péče nebude statisticky významný rozdíl

1H₁ *Ve znalostech z oblasti psychosomatiky NELZP ze standardních lůžkových oddělení a z oddělení intenzivní péče bude statisticky významný rozdíl*

2H₀ Ve znalostech z oblasti holistické péče NELZP středního odborného vzdělání a NELZP vyššího odborného a vysokoškolského vzdělání nebude statisticky významný rozdíl

2H₁ *Ve znalostech z oblasti holistické péče NELZP středního odborného vzdělání a NELZP vyššího odborného a vysokoškolského vzdělání bude statisticky významný rozdíl*

3H₀ Ve znalostech psychoterapeutických intervencí NELZP s maximálně desetiletou praxí a praxí vyšší 10 let nebude statisticky významný rozdíl

3H₁ *Ve znalostech psychoterapeutických intervencí NELZP s maximálně desetiletou praxí a praxí vyšší 10 let bude statisticky významný rozdíl*

4H₀ Ve znalostech psychoterapeutických intervencí u NELZP ze standardních lůžkových oddělení a NELZP pracujících v intenzivní péči nebude statisticky významný rozdíl

4H₁ *Ve znalostech psychoterapeutických intervencí u NELZP ze standardních lůžkových oddělení a NELZP pracujících v intenzivní péči bude statisticky významný rozdíl*

5H₀ Ve znalostech psychosomatiky a psychoterapie u NELZP se zájmem o další vzdělávání v této oblasti a u NELZP, kteří zájem o vzdělávání nemají, nebude statisticky významný rozdíl

5H₁ *Ve znalostech psychosomatiky a psychoterapie u NELZP se zájmem o další vzdělávání v této oblasti a u NELZP, kteří zájem o vzdělávání nemají, bude statisticky významný rozdíl*

13 METODIKA

Ke sběru empirických dat a následnému kvantitativnímu šetření byla využita explorační metoda dotazníkového šetření. Anonymní dotazník byl vytvořen na základě stanovených cílů a hypotéz a jeho samotné sestavování vycházelo z teoretické části diplomové práce. Výzkumné šetření bylo realizováno v období od listopadu do prosince 2016 ve Fakultní nemocnici v Plzni. Osloveno bylo celkem 5 oddělení a 9 klinik z areálu FN Plzeň Bory i Lochotín: I. Interní klinika, II. Interní klinika, Klinika pneumologie a fizeologie, Otorhinolaryngologická klinika, Chirurgická klinika, Klinika anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny, Neurologická klinika, Onkologická a radioterapeutická klinika a Psychiatrická klinika, dále Chirurgické oddělení, Interní oddělení, Anesteziologicko-resuscitační oddělení, Kardiologické a Kardiochirurgické oddělení. Šetření bylo provedeno na základě schválení žádosti o povolení výzkumu ve FN v Plzni Mgr. Chabrovou, manažerkou pro vzdělávání a výuku nelékařských zdravotnických pracovníků (příloha 5).

Anonymní dotazník byl za ochotné spolupráce vedoucích pracovníků (vrchních a staničních sester) distribuován na lůžková oddělení a kliniky standardní i intenzivní péče.

V úvodu dotazníku byli respondenti seznámeni s cílem výzkumného šetření a upozorněni na to, že dotazník je anonymní, jeho vyplnění je dobrovolné a získané údaje budou použity pouze pro zpracování diplomové práce. Dotazník je systematicky strukturován do 29 položek, které v úvodní fázi mapují nejvyšší dosažené vzdělání, délku zdravotnické praxe, věk, pohlaví a typ pracoviště, kde je respondent zaměstnán. Další část je zaměřena na testování úrovně odborných znalostí z oblasti psychosomatiky a holistické péče a dále na zjišťování využívání uvedených psychoterapeutických intervencí v praxi. Položky v dotazníku jsou uzavřené a otevřené. 25 otázek je uzavřených s možností označení jedné nebo více variant odpovědí, z nich 2 jsou dichotomické, 16 trichotomických a 7 polytomických. 19 otázek je výběrových a 6 výčtových. 4 otázky jsou položeny jako otevřené, z nichž jedna je filtrační, a kde je prostor pro uvedení vlastních odpovědí respondentů. Přesné znění dotazníku je v příloze 6.

Na začátku výzkumného šetření byla provedena pilotní studie, kterou bylo zjišťováno, zda jsou položky v dotazníku vyhovující a zda jim bylo porozuměno. Pilotní studie se zúčastnilo deset respondentů z Anesteziologicko-resuscitačního oddělení FN v Plzni. Po vyhodnocení dotazníků bylo shledáno, že otázky jsou srozumitelné, ale několik

uzavřených položek, které měly na výběr více odpovědí, a jejichž poslední odpovědí bylo „všechny výše uvedené“, bylo upraveno, protože bylo patrné, že tato odpověď je navádějící, a proto byla z dotazníkového šetření vyřazena.

Ke statistickému zpracování výsledků dotazníku byl využit program Microsoft Office Excel 2007. Pro prezentaci zjištěných výsledků v rámci statistického zpracování byly využity vybrané statistické funkce. K těm patřil například histogram, který s využitím sloupcového grafu znázorňuje relativní četnosti a absolutní četnosti v jednotlivých třídách pravidelného intervalu z celkového statistického souboru. Další statistickou funkcí, použitou ke zpracování dotazníků byl aritmetický průměr, dále směrodatná odchylka, minimum, maximum, celkový počet, medián a modus. K testování hypotéz byl použit T-test o shodě středních hodnot.

14 VZOREK RESPONDENTŮ

Výběr respondentů pro výzkum byl záměrný. Výzkumný soubor tvořili nelékařští zdravotničtí pracovníci: všeobecné sestry, zdravotničtí asistenti a zdravotničtí záchranáři. Dotazníkové šetření probíhalo na lůžkových odděleních a klinikách standardní a intenzivní péče FN v Plzni.

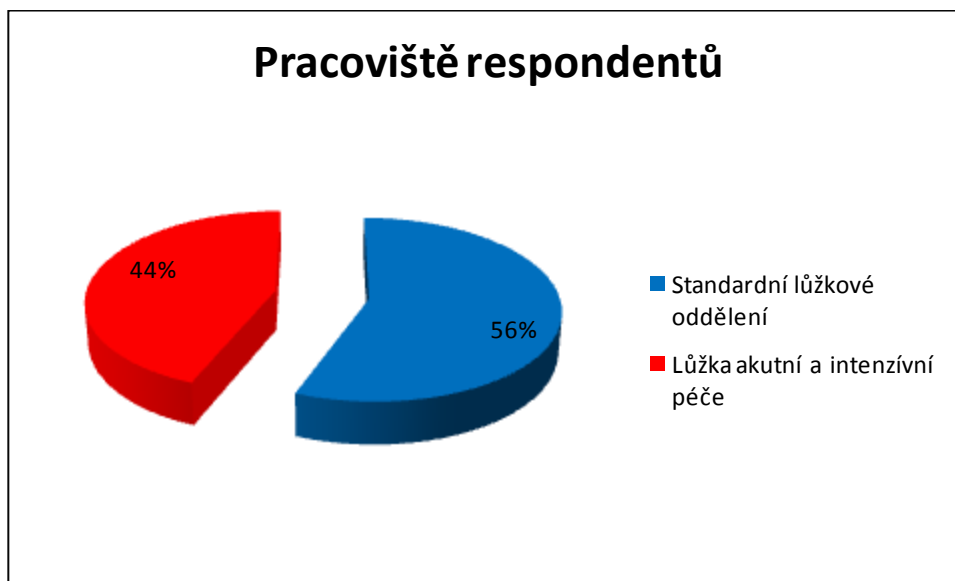
Celkový počet rozdaných dotazníků činil 493. Návratnost dotazníků určených pro nelékařské zdravotnické pracovníky byla 355 (72%) dotazníků, ale pro nedostatečné vyplnění jich bylo vyřazeno 16. Pro statistické zpracování bylo tudíž využito 339 (69%) dotazníků.

15 PREZENTACE A INTERPRETACE ZÍSKANÝCH ÚDAJŮ

K analýze a statistickému zpracování dat získaných od respondentů byl použit program Microsoft Excel 2007. Výsledky dotazníkového šetření jsou zpracovány do tabulek a grafů. Odpovědi každé uzavřené otázky jsou znázorněny v grafu, a to v relativních četnostech, absolutní četnosti jsou popsány v legendě pod grafem. Výpovědi otevřených otázek jsou zaznamenány slovně v tabulkách a také zde jsou uvedeny absolutní a relativní četnosti odpovědí. Hodnoty relativních četností jsou zaokrouhleny na celá čísla, popř. na dvě desetinná místa.

Otázka č. 1: Uved'te pracoviště, na kterém pracujete:

Graf 1 Pracoviště respondentů

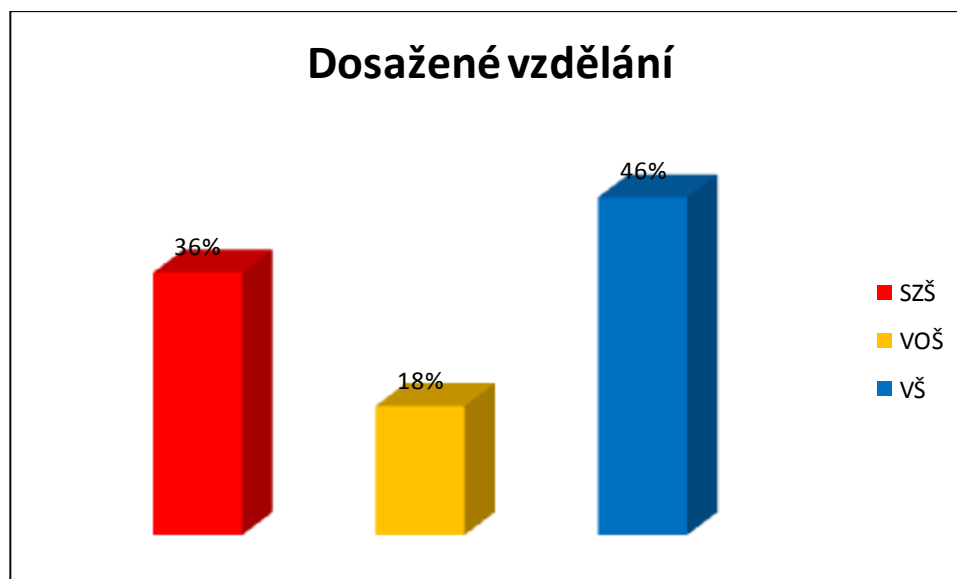


Zdroj: vlastní

Z celkového počtu 339 (100%) pracuje 190 respondentů (56%) na standardních lůžkových odděleních a zbylých 149 (44%) na lůžkách akutní a intenzivní péče.

Otázka č. 2: Vaše nejvyšší dosažené vzdělání:

Graf 2 Dosažené vzdělání

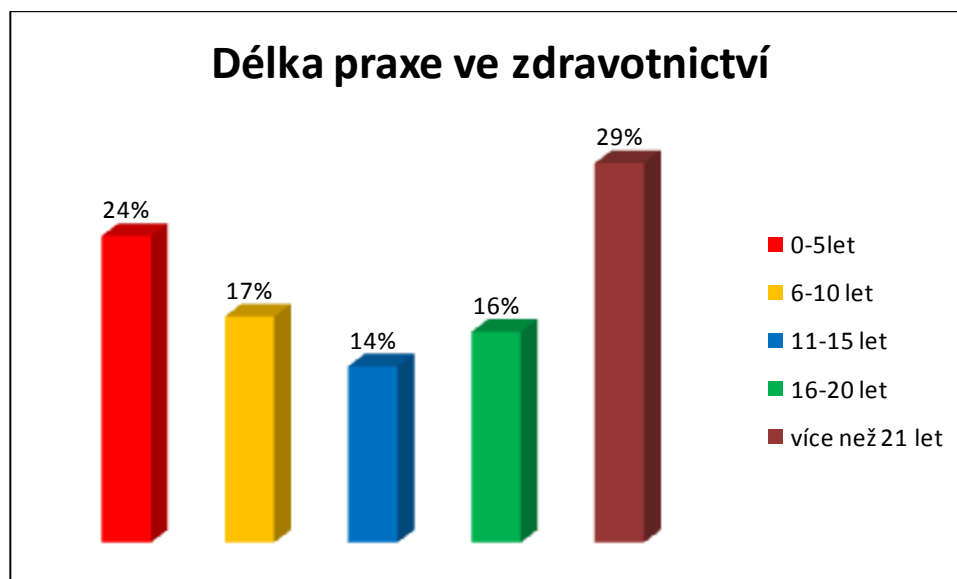


Zdroj: vlastní

Z celkového počtu 339 (100%) respondentů uvedlo 122 (36%) dotazovaných jako nejvyšší dosažené vzdělání Střední zdravotnickou školu, dalších 60 (18%) Vyšší odbornou školu zdravotnickou a 157 (46%) respondentů má vysokoškolské vzdělání.

Otázka č. 3: Délka Vaší praxe ve zdravotnictví?

Graf 3 Délka praxe ve zdravotnictví

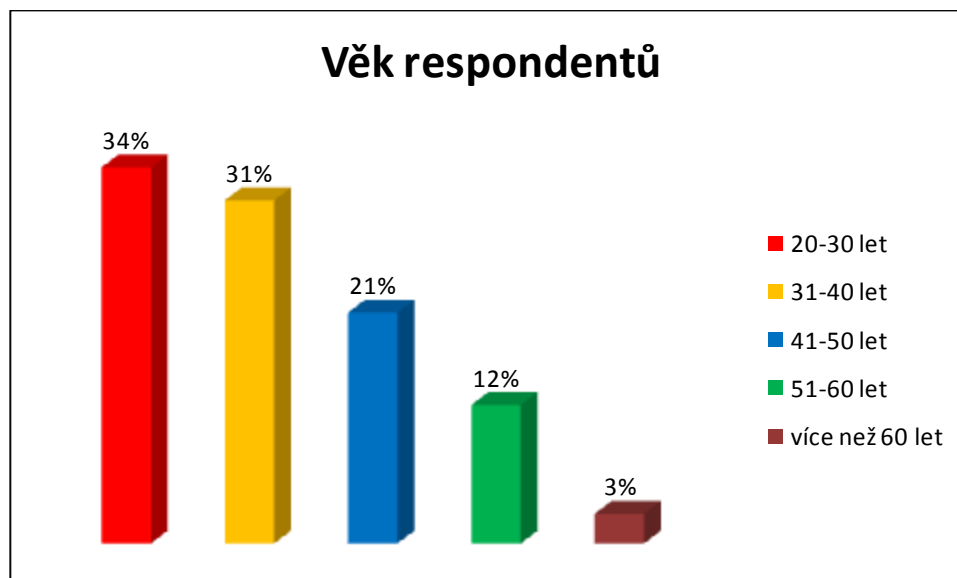


Zdroj: vlastní

Z celkového počtu 339 (100%) dotazovaných má praxi ve zdravotnictví menší než 5 let 80 (24%) respondentů, praxi od 6 do 10 let 59 (17%) respondentů, 11 až 15 let praxe má 46 (14%), 16 až 20 let praxe má 55 (16%) dotazovaných nelékařských zdravotnických pracovníků a odpracováno více než 21 let ve zdravotnictví má 99 (29%) respondentů.

Otázka č. 4: Uveďte Váš věk:

Graf 4 Věk respondentů



Zdroj: vlastní

Z celkového počtu 339 (100%) respondentů jich je 114 (34%) ve věkovém rozmezí 20 až 30 let, další 104 (31%) ve věku 31 až 40 let, mezi 41 a 50 lety je dotazovaných 70 (21%), mezi 51 a 60 lety 42 (12%) a nejmenší skupinu tvoří 9 (3%) respondentů starších 60 let.

Otázka č. 5: Vaše pohlaví:

Graf 5 Pohlaví respondentů

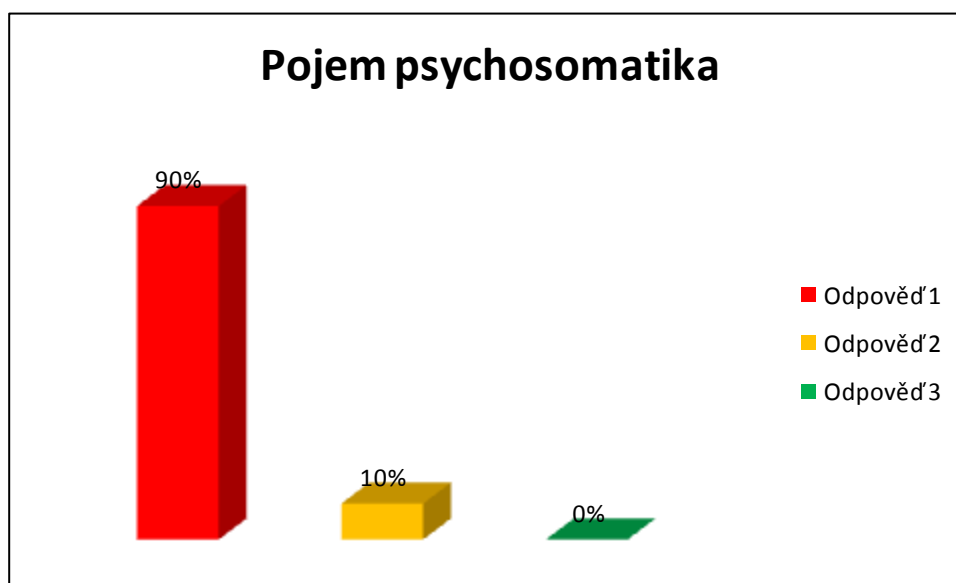


Zdroj: vlastní

Z celkového počtu 339 (100%) respondentů je 318 (94%) žen a 21 (6%) mužů.

Otázka č. 6: Co si představíte pod pojmem psychosomatika?

Graf 6 Pojem psychosomatika



Zdroj: vlastní

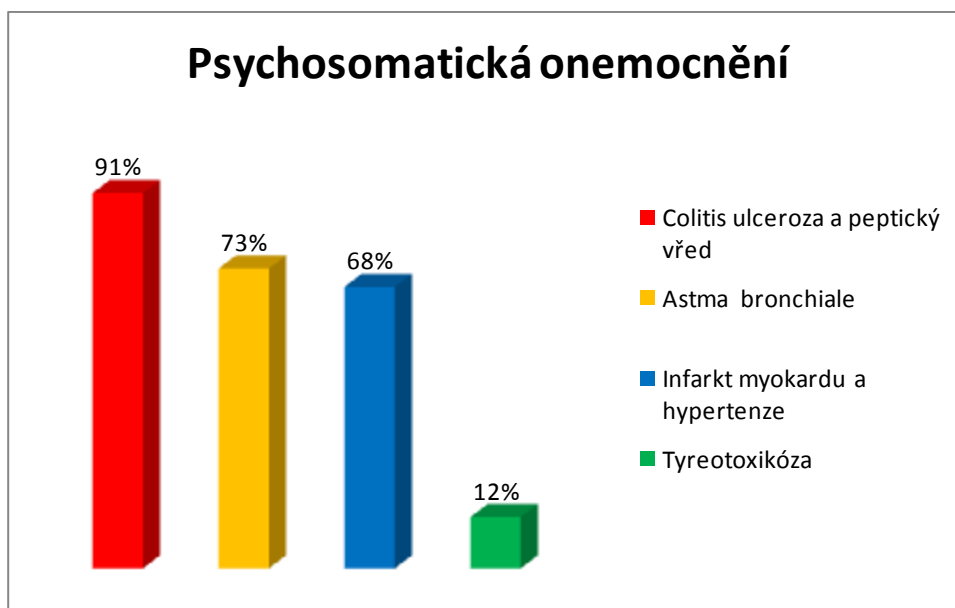
Legenda ke grafu 6:

1. Vztah mezi tělesnou a duševní oblastí, celostný pohled na zdraví a nemoc
2. Jednostranně zaměřený pohled na člověka a jeho zdraví, kdy se rozlišují psychosociální a biologické faktory vzniku, průběhu a léčby onemocnění
3. Vliv emocionálních projevů pacienta na postoj zdravotníka

Z celkového počtu 339 (100%) respondentů správně uvedlo 306 (90%), že si pod pojmem psychosomatika představují vztah mezi tělesnou a duševní oblastí a celostný pohled na zdraví a nemoc. 33 (10%) dotazovaných si myslí, že psychosomatika je jednostranně zaměřený pohled na člověka a jeho zdraví, kdy se rozlišují psychosociální a biologické faktory vzniku, průběhu a léčby onemocnění. Žádný z respondentů (0%) se nepřiklonil k názoru, že psychosomatika znamená vliv emocionálních projevů pacienta na postoj zdravotníka.

Otázka č. 7: Jaká onemocnění patří mezi psychosomatická? (možno více odpovědí)

Graf 7 Psychosomatická onemocnění

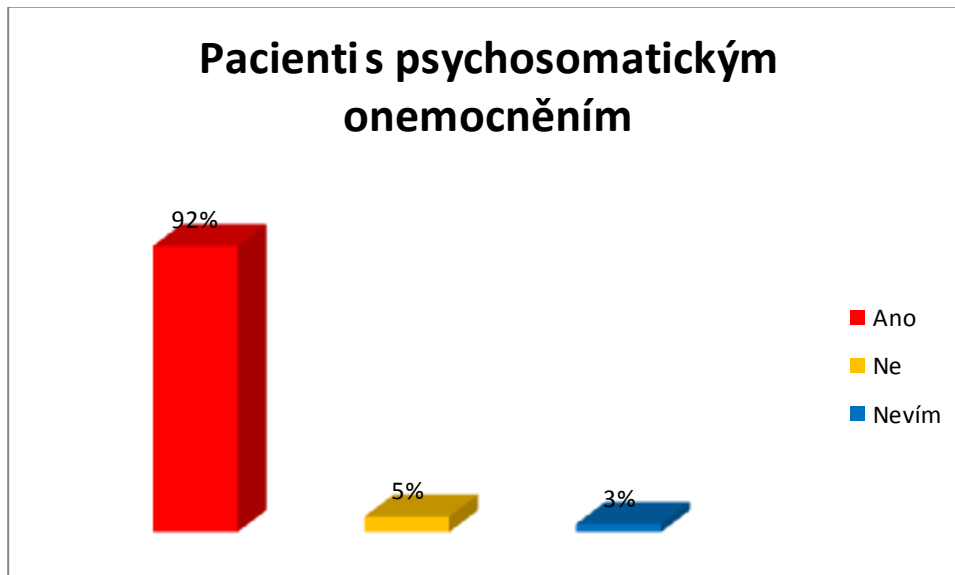


Zdroj: vlastní

V této otázce bylo možné označit více odpovědí, ze kterých byly všechny čtyři správné. Z celkového počtu 339 (100%) respondentů jich 308 (91%) uvedlo, že mezi psychosomatická onemocnění patří colitis ulcerosa a peptický vřed, 246 (73%) jich označilo astma bronchiale, 231 (68%) dotazovaných řadí mezi psychosomatická onemocnění i infarkt myokardu a hypertenzi a 42 (12%) respondentů se domnívá, že psychosomatickým onemocněním je též tyreotoxikóza.

Otázka č. 8: Setkáváte se na Vašem pracovišti s pacienty s psychosomatickým onemocněním?

Graf 8 Pacienti s psychosomatickým onemocněním



Zdroj: vlastní

Z celkového počtu 339 (100%) dotazovaných se jich 313 (92%) na svém pracovišti setkává s pacienty s psychosomatickým onemocněním, 17 (5%) respondentů se domnívá, že s těmito pacienty do styku na pracovišti nepřijde a 9 (3%) zdravotnických pracovníků neví.

**Otázka č. 9: Co se podílí na vzniku a průběhu psychosomatického onemocnění?
(možno více odpovědí)**

Graf 9 Podíl na vzniku psychosomatického onemocnění

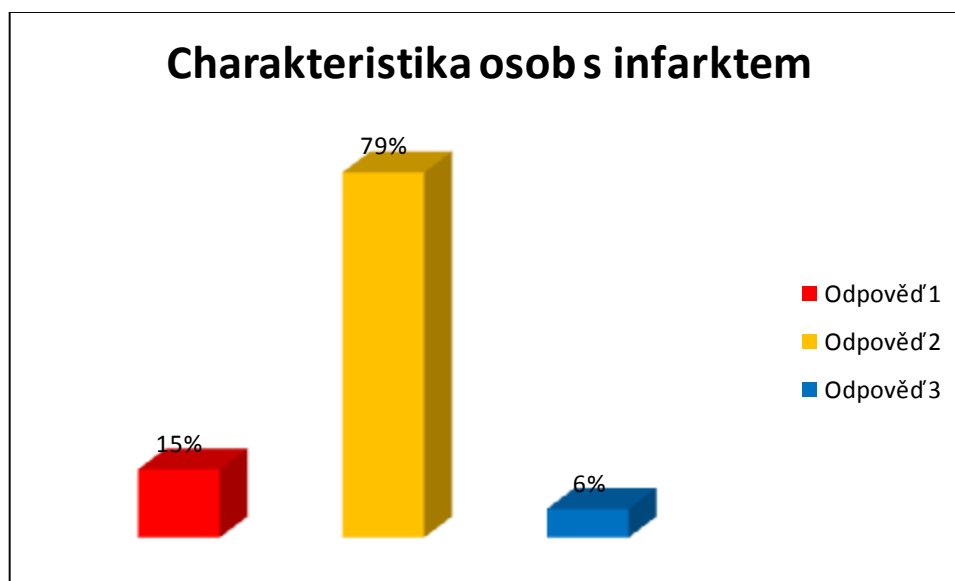


Zdroj: vlastní

Tato otázka měla tři možné odpovědi, které byly všechny správné. Z celkového počtu 339 (100%) respondentů se 220 (65%) domnívá, že na vzniku a průběhu psychosomatického onemocnění se podílí osobnostní rysy jedince, 259 (76%) dotazovaných uvádí i možnost vlivu trvalého citového napětí a 334 (99%) nelékařských zdravotnických pracovníků si myslí, že vznik a průběh psychosomatického onemocnění jsou podmíněny strachem, úzkostí a stresem.

Otázka č. 10: Co není charakteristické pro osoby s infarktem myokardu?

Graf 10 Charakteristika osob s infarktem myokardu



Zdroj: vlastní

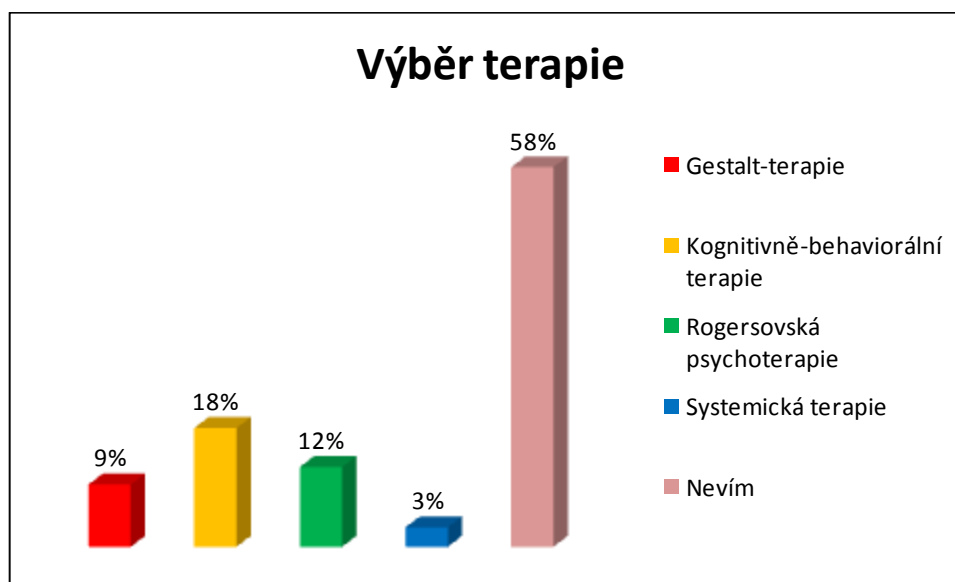
Legenda ke grafu 10:

1. Osobnost typu A, hyperaktivita, pocit neustálého tlaku, netrpělivost, impulzivita, podrážděnost, zaměření na výkon, touha po uznání, přehnaná soutěživost
2. Osobnost typu B, klidný a optimistický postoj k životu, plný sebedůvěry, často inteligentní a ambiciózní, ale nedovolí, aby jeho aktivita byla sebezničující, odpočívá bez pocitu viny
3. Dekompenzace, pocit nadbytečnosti, regulace vlastní hodnoty vynuceným odchodem do důchodu, rozpor mezi vlastní představou a podávaným výkonem

Z celkového počtu 339 (100%) respondentů se jich 50 (15%) domnívá, že pro osoby s infarktem myokardu není charakteristická osobnost typu A, 268 (79%) dotazovaných správně uvedlo, že pro tyto osoby není charakteristická osobnost typu B a 21 (6%) nelékařských zdravotníků se přiklání k názoru, že pro osoby s infarktem myokardu není typická dekompenzace, pocit nadbytečnosti, regulace vlastní hodnoty vynuceným odchodem do důchodu a rozpor mezi vlastní představou a podávaným výkonem.

Otázka č. 11: K jaké terapii byste přiřadil/a tvrzení: „Lidé, kteří jsou akceptováni a oceňováni, záhy začínají mít větší zájem o své vlastní self. Je-li lidem empaticky nasloucháno, umožní jim to mnohem spolehlivěji naslouchat proudu vnitřních zážitků.“

Graf 11 Výběr terapie

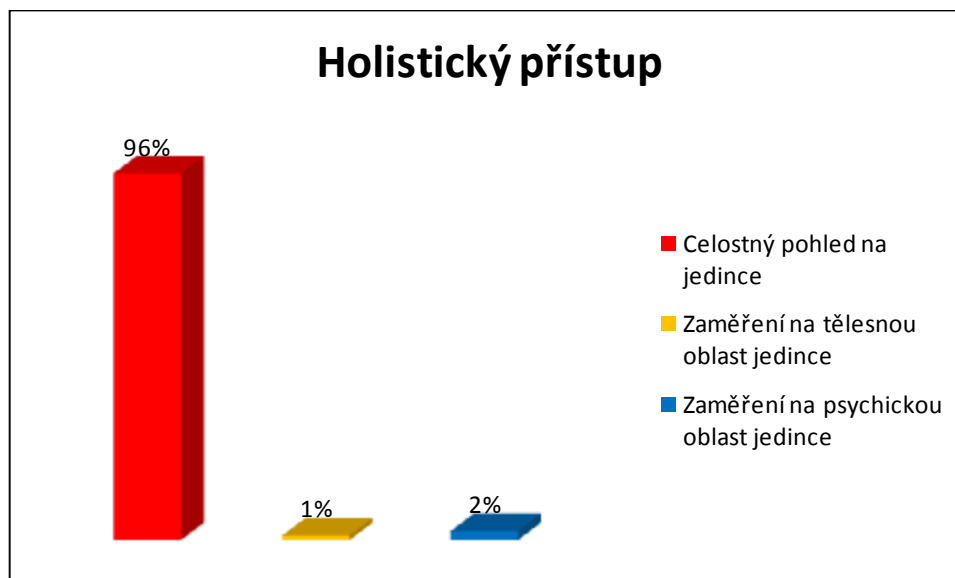


Zdroj: vlastní

Z celkového počtu 339 (100%) dotazovaných jich 32 (9%) výše zmíněné tvrzení přiřadilo ke gestalt-terapii, 61 (18%) respondentů ke kognitivně-behaviorální terapii, 41 (12%) tázaných toto tvrzení spojuje s rogersovskou psychoterapií, což je správná odpověď. 10 (3%) se přiklání k systemické terapii a 195 (58%) respondentů uvedlo odpověď nevím.

Otázka č. 12: Co znamená holistický přístup?

Graf 12 Co znamená holistický přístup

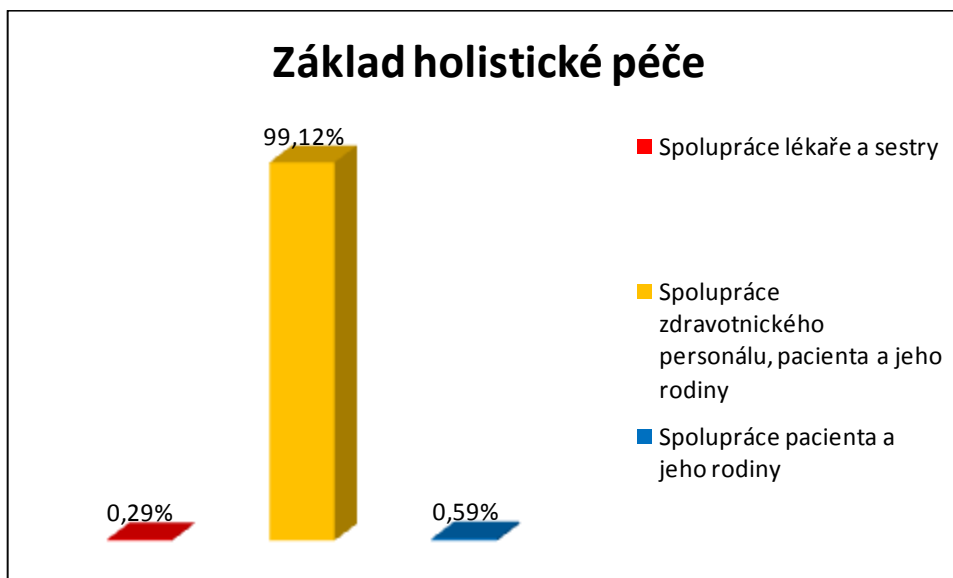


Zdroj: vlastní

Z celkového počtu 339 (100%) respondentů 327 (96%) správně uvedlo, že holistický přístup znamená celostný pohled na jedince, 4 (1%) zdravotničtí pracovníci si myslí, že holistický přístup se zaměřuje na tělesnou oblast jedince a 8 (2%) dotazovaných se domnívá, že se zaměřuje na psychickou oblast jedince.

Otázka č. 13: Co je základem holistické ošetrovatelské péče?

Graf 13 Základ holistické ošetrovatelské péče

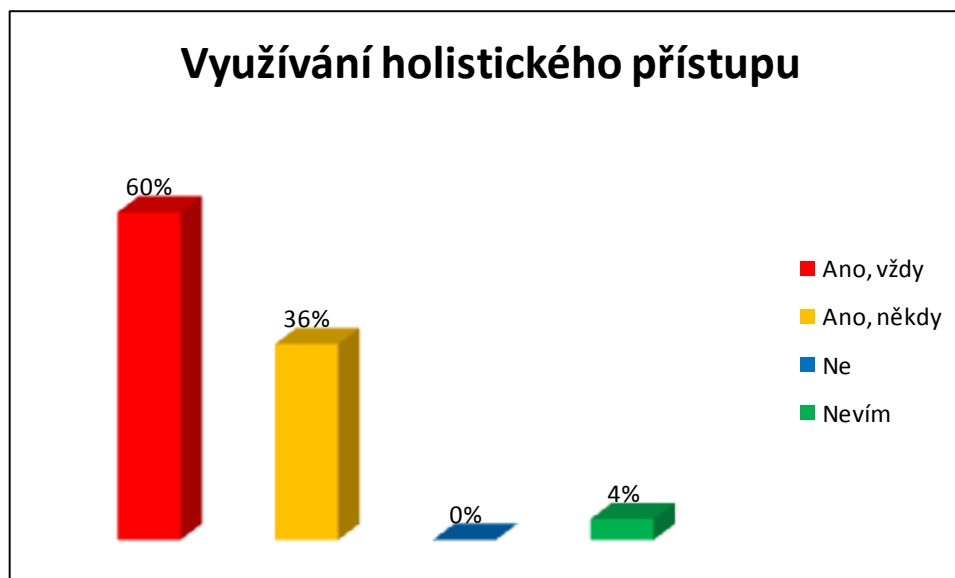


Zdroj: vlastní

Z celkového počtu 339 (100%) nelékařských zdravotnických pracovníků pouze jeden (0,29%) považuje za základ holistické péče spolupráci lékaře a sestry, 336 (99,12%) respondentů správně uvádí jako základ holistické péče spolupráci zdravotnického personálu, pacienta a jeho rodiny a 2 (0,59%) dotazovaní mají dojem, že základem této péče je spolupráce pacienta a jeho rodiny.

Otázka č. 14: Využíváte v rámci ošetrovatelského procesu holistického přístupu k pacientům?

Graf 14 Využívání holistického přístupu



Zdroj: vlastní

Z celkového počtu 339 (100%) respondentů jich 204 (60%) uvádí, že holistického přístupu k pacientům v rámci ošetrovatelského procesu využívá vždy, 122 (36%) ho využívá, ale jen někdy, 13 (4%) zdravotníků neví a nikdo z dotazovaných (0%) nevedl, že by tento přístup nevyužíval.

Otázka č. 15: Uveďte konkrétní příklad, jak sám/a přistupujete k pacientovi holisticky:

Tabulka 1 Příklady holistického přístupu

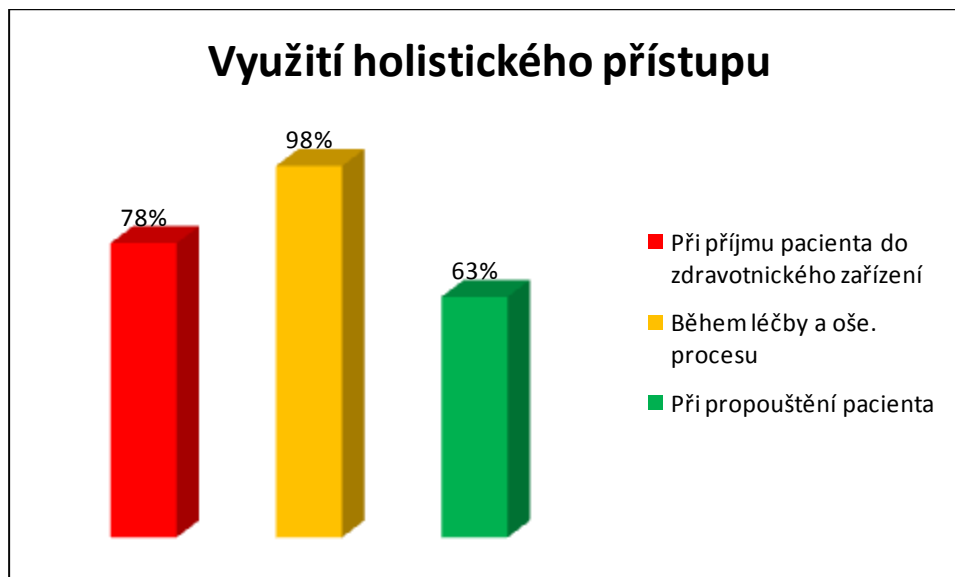
Příklady holistického přístupu	Absolutní počet	Relativní počet
Naslouchání	13	6%
Empatie	18	8%
Porozumění	6	3%
Psychická podpora	15	7%
Rozhovor	44	20%
Spolupráce s rodinou	95	44%
Zájem o pacienta a jeho problémy	24	11%
Individuální přístup	9	4%
Bazální stimulace	5	2%
Edukace	15	7%
Odebrání anamnézy	12	6%
Celostný přístup	14	6%

Zdroj: vlastní

Z celkového počtu 339 (100%) respondentů jich odpovědělo na tuto otázku 217 (64%). Z toho jich 13 (6%) pacientovi naslouchá, 18 (8%) přistupuje k pacientovi empaticky, 6 (3%) upřednostňuje porozumění, 15 (7%) psychickou podporu, 44 (20%) dotazovaných věnuje čas rozhovoru s pacienty, 95 (44%) spolupracuje s rodinou, 24 (11%) se celkově zajímá o pacienta a jeho problémy, 9 (4%) zdravotníků využívá individuálního přístupu k nemocnému, 5 (2%) provádí bazální stimulaci, 15 (7%) respondentů pacienty edukuje, 12 (6%) věnuje čas důkladnému odebrání anamnézy a 14 (6%) dotazovaných se zaměřuje na celostný přístup k nemocným.

Otázka č. 16: Kdy by měl zdravotník využívat holistického přístupu? (možno více odpovědí)

Graf 15 Využití holistického přístupu



Zdroj: vlastní

V této otázce bylo možné označit více odpovědí, všechny tři odpovědi byly správné. Z celkového počtu 339 (100%) respondentů se jich 263 (78%) domnívá, že holistického přístupu by měl zdravotník využívat při příjmu pacienta do zdravotnického zařízení, 332 (98%) si myslí, že využívání holistického přístupu je důležité během léčby a ošetrovatelského procesu a 215 (63%) zdravotníků považuje tento přístup za nutný i při propouštění pacienta z hospitalizace.

Otázka č. 17: Myslíte si, že je pro pacienta důležitý kladný a vstřícný přístup zdravotníka?

Graf 16 Kladný přístup zdravotníka

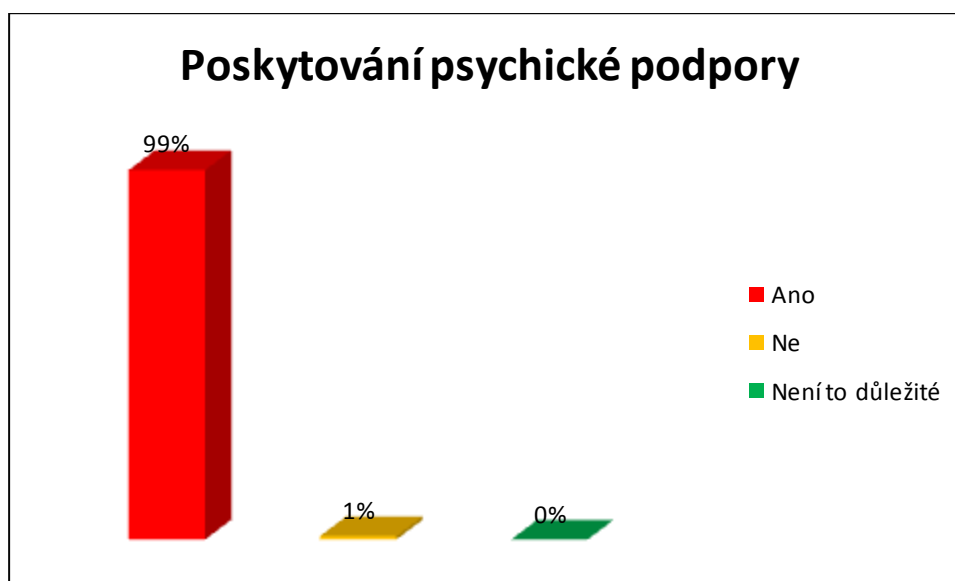


Zdroj: vlastní

Z celkového počtu 339 (100%) respondentů 334 (99%) považuje kladný a vstřícný přístup zdravotníka za velmi důležitý, což je správná odpověď. 5 (1%) dotazovaných se domnívá, že důležitější než kladný a vstřícný přístup je úspěšná terapie a nikdo (0%) neodpověděl, že na přístupu zdravotníka k pacientovi nezáleží.

Otázka č. 18: Poskytujete psychickou podporu svým pacientům?

Graf 17 Poskytování psychické podpory



Zdroj: vlastní

Z celkového počtu 339 (100%) dotazovaných poskytuje 336 (99%) psychickou podporu svým pacientům, 3 (1%) zdravotničtí pracovníci tuto podporu neposkytují a nikdo (0%) z respondentů nevedl, že poskytování psychické podpory není důležité.

Otázka č. 19: Kolik času průměrně věnujete rozhovoru s pacientem během služby?

Tabulka 2 Čas věnovaný rozhovoru s pacientem

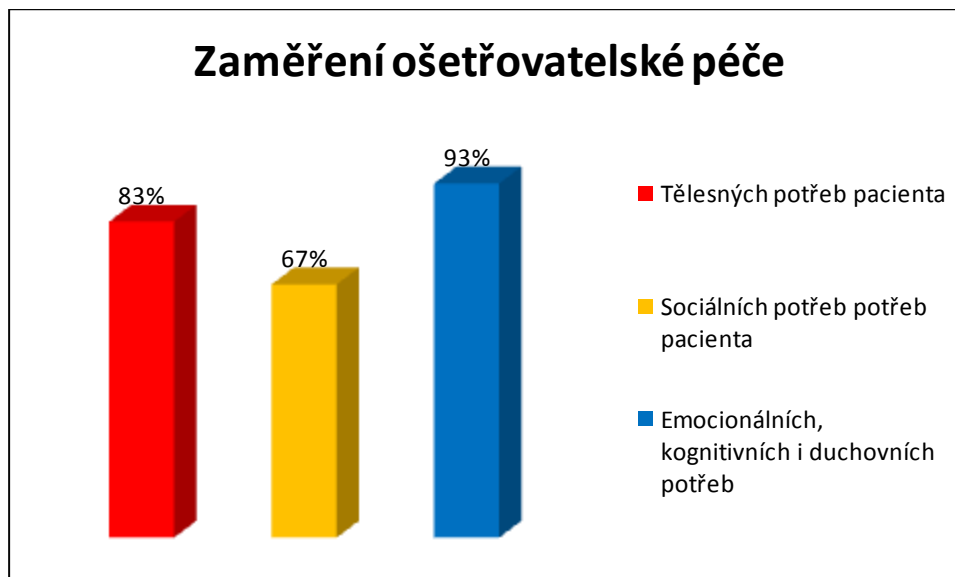
Čas na rozhovor	Absolutní počet	Relativní počet
Do 10 minut	18	7%
Do 20 minut	27	10%
30 minut	20	7%
1 hodina	19	7%
2 hodiny	18	7%
3-4 hodiny	13	5%
5-6 hodin	11	4%
10-12 hodin	12	4%
Podle času	18	7%
Celou směnu	9	3%
Průběžně	23	8%
Nelze určit	22	8%
Individuálně, dle potřeby	50	18%
Málo	11	4%

Zdroj: vlastní

Na tuto otázku odpovědělo z celkového počtu 339 (100%) respondentů 271 (80%). Z toho 18 (7%) zdravotníků průměrně věnuje rozhovoru s jedním pacientem maximálně 10 minut, 27 (10%) maximálně 20 minut, 20 (7%) dotazovaných 30 minut, 19 (7%) 1 hodinu a 18 (7%) 2 hodiny. 3 až 4 hodiny času na rozhovor s pacienty během své služby si vyhrazuje 13 (5%) zdravotnických pracovníků, 5 až 6 hodin 11 (4%) a 10 až 12 hodin 12 (4%) respondentů. 18 (7%) dotazovaných si popovídá s pacienty podle toho, kolik mají času, 9 (3%) jich věnuje rozhovoru celou směnu, 23 (8%) hovoří s pacienty průběžně a 22 (8%) zdravotníků nedokážou čas strávený rozhovorem s pacienty určit. 50 (18%) dotazovaných se věnují dialogu s nemocnými individuálně nebo dle potřeby a 11 (4%) z nich hovoří s pacienty málo.

Otázka č. 20: Ošetrovatelská péče má být zaměřena především na uspokojení: (možno více odpovědí)

Graf 18 Zaměření ošetrovatelské péče

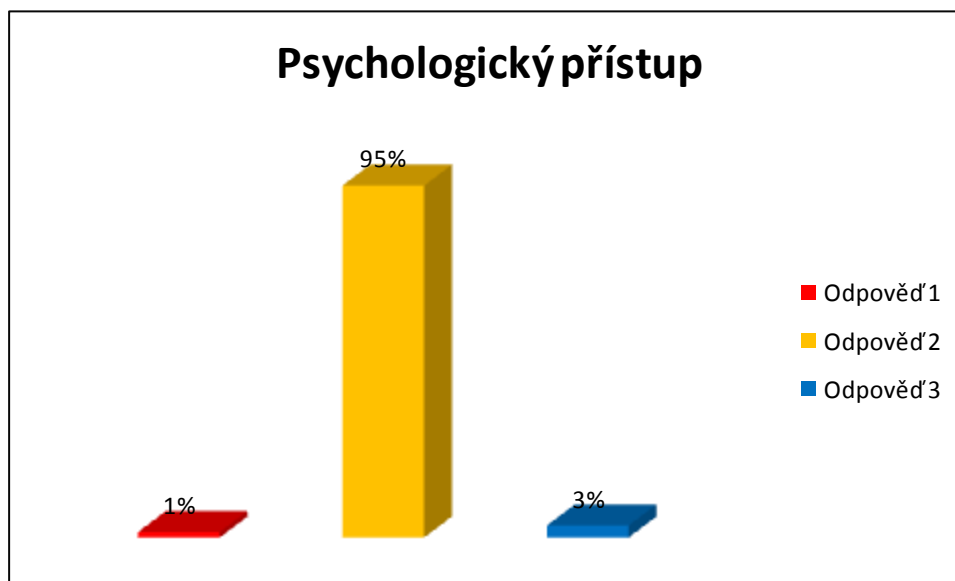


Zdroj: vlastní

Tato otázka měla tři možné odpovědi, které byly všechny správné. Z celkového počtu 339 (100%) respondentů jich 282 (83%) uvádí, že ošetrovatelská péče má být zaměřena především na uspokojení tělesných potřeb pacienta, 226 (67%) tázaných si představuje ošetrovatelskou péči zejména jako uspokojování sociálních potřeb pacienta a 316 (93%) jich ošetrovatelskou péči zaměřuje na uspokojování emocionálních, kognitivních i duchovních potřeb pacienta.

Otázka č. 21: Co znamená psychologický přístup k nemocnému?

Graf 19 Psychologický přístup



Zdroj: vlastní

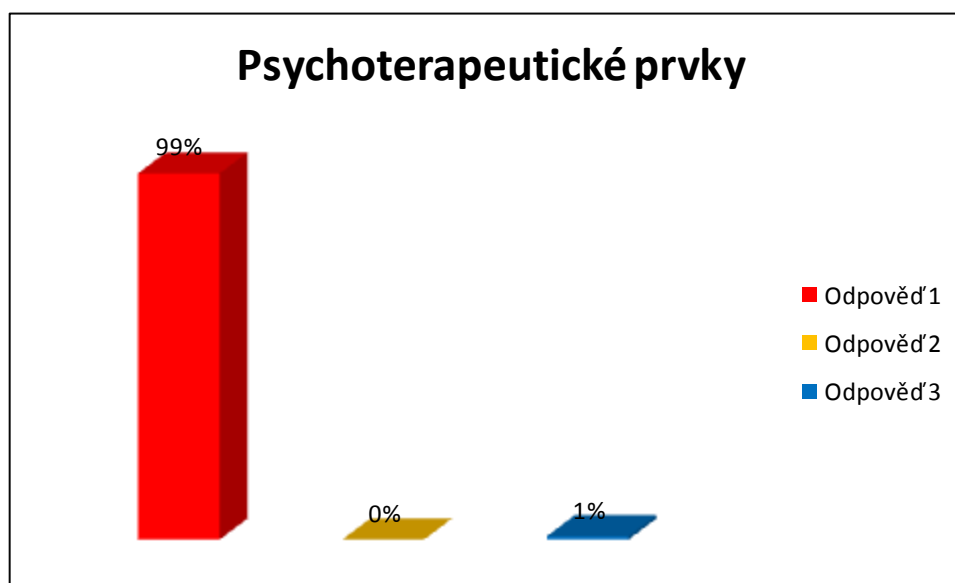
Legenda ke grafu 19:

1. Zdravotník nechává pacienta samotného se svou nemocí a myšlenkami
2. Zdravotník jedná s pacientem slušně, s úctou a porozuměním, vlídně, trpělivě, laskavě
3. Zdravotník klade důraz na dodržování práv a povinností pacienta

Z celkového počtu 339 (100%) dotazovaných si 5 (1%) myslí, že psychologický přístup k nemocnému znamená, že zdravotník nechává pacienta samotného se svou nemocí a myšlenkami, 323 (95%) respondentů správně uvádí, že psychologický přístup spočívá ve slušném jednání s pacientem, v úctě a porozumění, vlídném, trpělivém a laskavém chování. 11 (3%) zdravotnických pracovníků odpovídá, že psychologický přístup značí upřednostňování dodržování práv a povinností pacienta.

Otázka č. 22: Co patří mezi psychoterapeutické prvky v ošetrovatelské péči?

Graf 20 Psychoterapeutické prvky v ošetrovatelské péči



Zdroj: vlastní

Legenda ke grafu 20:

1. Empatie, respekt, porozumění individualitě pacienta, naslouchání, psychická podpora, pochopení, laskavost
2. Direktivita, vyžadování poslušnosti, dodržování lékařského tajemství
3. Dotazníky spokojenosti

Z celkového počtu 339 (100%) tázaných 336 (99%) považuje za psychoterapeutické prvky v ošetrovatelské péči empatii, respekt, porozumění individualitě pacienta, naslouchání, psychickou podporu, pochopení a laskavost. Tato odpověď je správná. Žádný z respondentů (0%) nevyužil odpověď, že mezi psychoterapeutické prvky by mohla patřit direktivita, vyžadování poslušnosti a dodržování lékařského tajemství a 3 (1%) zdravotničtí pracovníci pokládají za psychoterapeutický prvek v ošetrovatelství dotazníky spokojenosti.

Otázka č. 23: Jaké prvky psychoterapie při péči o pacienty využíváte?

Tabulka 3 Prvky psychoterapie při péči o pacienty

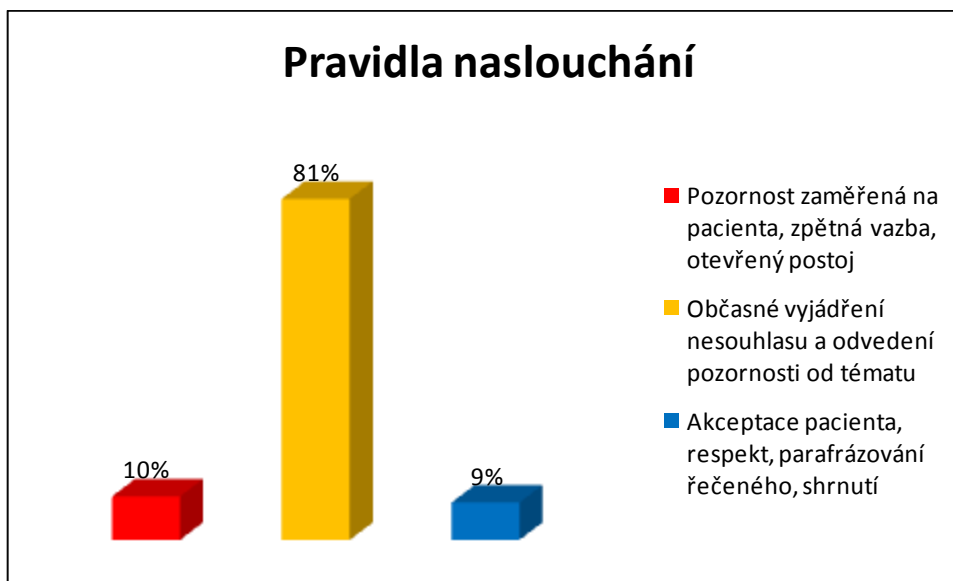
Psychoterapeutické prvky	Absolutní počet	Relativní počet
Empatie	166	58%
Naslouchání	167	59%
Respekt	49	17%
Rozhovor	77	27%
Povzbuzení	7	2%
Porozumění	29	10%
Laskavost	26	9%
Úcta	8	3%
Psychická podpora	53	19%
Edukace	10	4%
Individuální přístup	12	4%
Citlivý přístup	7	2%
Pochopení	26	9%
Trpělivost	15	5%
Motivace	6	2%
Skupinová a individuální terapie	11	4%
Relaxace	9	3%
Neverbální techniky	8	3%

Zdroj: vlastní

Na otázku odpovědělo 284 (84%) respondentů z celkového počtu 339 (100%). Z toho 166 (58%) tázaných využívá jako psychoterapeutický prvek empatii, 167 (59%) naslouchání, 49 (17%) respekt a 77 (27%) rozhovor a 7 (2%) jich pacienta povzbuzuje. 29 (10%) zdravotníků využívá v péči o pacienta laskavost, 8 (3%) přistupuje k nemocnému s úctou a 53 (19%) ho psychicky podporuje. 10 (4%) respondentů pacienta edukuje, 12 (4%) zastává individuální a 7 (2%) citlivý přístup, 26 (9%) pochopení a 15 (5%) trpělivost. 6 (2%) dotazovaných se snaží pacienty motivovat a 11 (4%) používá skupinovou nebo individuální terapii. 9 (3%) zdravotnických pracovníků jako prvek psychoterapie využívá relaxaci a 8 (3%) neverbální techniky.

Otázka č. 24: Co nepatří mezi pravidla aktivního naslouchání?

Graf 21 Pravidla aktivního naslouchání



Zdroj: vlastní

Z celkového počtu 339 (100%) respondentů se jich 35 (10%) domnívá, že mezi pravidla aktivního naslouchání nepatří pozornost zaměřená na pacienta, zpětná vazba a otevřený postoj, 274 (81%) si správně myslí, že sem nepatří občasné vyjádření nesouhlasu a odvedení pozornosti od tématu a 30 (9%) dotazovaných uvádí, že mezi pravidla aktivního naslouchání nepatří akceptace pacienta, respekt, parafrázování řečeného a shrnutí.

Otázka č. 25: Má psychoterapeutický přístup v ošetrovatelské péči, dle Vašeho názoru, nějakou nevýhodu?

Tabulka 4 Nevýhody psychoterapeutického přístupu

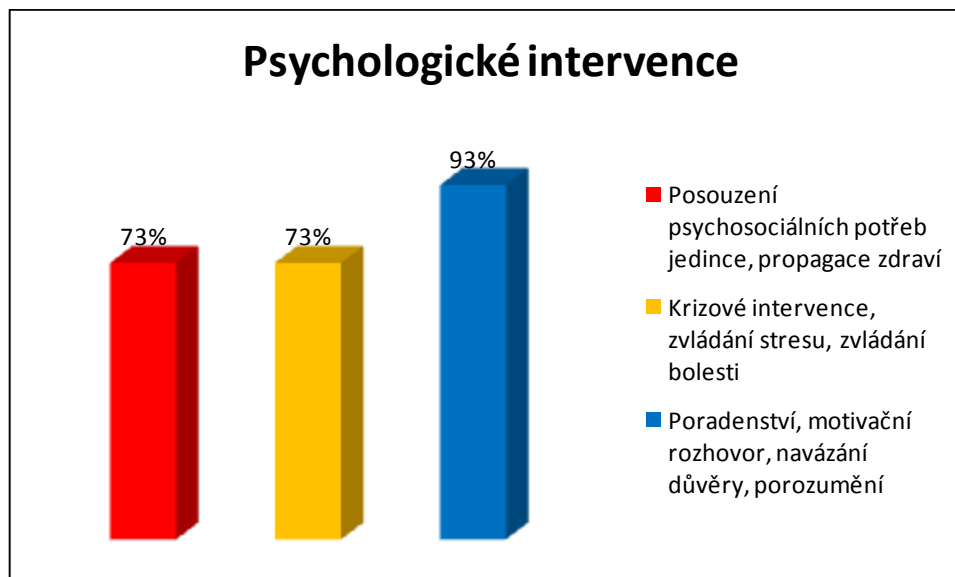
Nevýhody	Absolutní počet	Relativní počet
Ano, má	9	4%
Ne, nemá	116	45%
Nevím	29	11%
Nedostatek času	59	23%
Časová zátěž personálu	16	6%
Psychická zátěž	14	5%
Syndrom vyhoření	7	3%
Nespolupracující pacient	5	2%

Zdroj: vlastní

Z celkového počtu 339 (100%) respondentů odpovědělo na tuto otázku 255 (75%) dotazovaných. Z toho 116 (45%) jich uvedlo, že psychoterapeutický přístup nemá žádnou nevýhodu, 9 (4%) odpovědělo, že nevýhodu má a 29 (11%) neví. 59 (23%) dotazovaných považuje za nevýhodu psychoterapeutického přístupu v ošetrovatelské péči nedostatek času, 16 (6%) uvádí tento přístup jako časovou zátěž pro personál a 14 (5%) jako psychickou zátěž personálu. 7 (3%) zdravotnických pracovníků se domnívá, že nevýhodou psychoterapeutického přístupu je syndrom vyhoření a 5 (2%) udává za nevýhodu nespolupracujícího pacienta.

Otázka č. 26: Jaké může zdravotník v rámci ošetrovatelské a léčebné péče uplatňovat psychologické intervence? (možno více odpovědí)

Graf 22 Psychologické intervence v ošetrovatelské péči

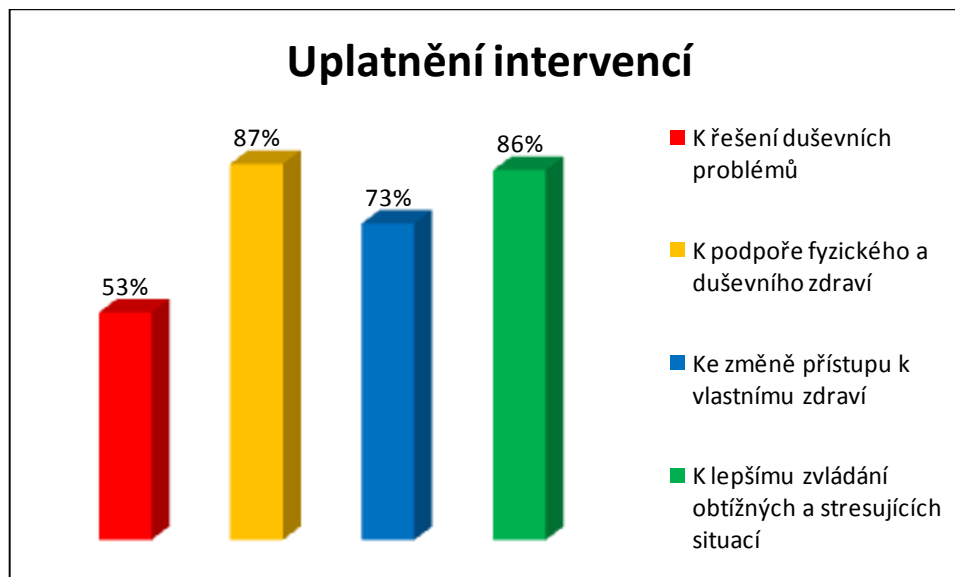


Zdroj: vlastní

Na tuto otázku byly tři možné odpovědi, které mohli respondenti využít. Všechny tři byly správné. Z celkového počtu 339 (100%) respondentů se jich 246 (73%) domnívá, že zdravotník v rámci ošetrovatelské a léčebné péče může využívat psychologické intervence jako posouzení psychosociálních potřeb jedince a propagaci zdraví. 246 (73%) dotazovaných uvádí, že zdravotník může využívat krizové intervence a intervence ke zvládání stresu a zvládání bolesti, a 315 (93%) zdravotnických pracovníků považuje za vhodné psychologické intervence v ošetrovatelské a léčebné péči uplatnění poradenství, motivačního rozhovoru, navázání důvěry a porozumění.

Otázka č. 27: K čemu slouží psychologické intervence ve zdravotnictví? (možno více odpovědí)

Graf 23 Uplatnění intervencí ve zdravotnictví

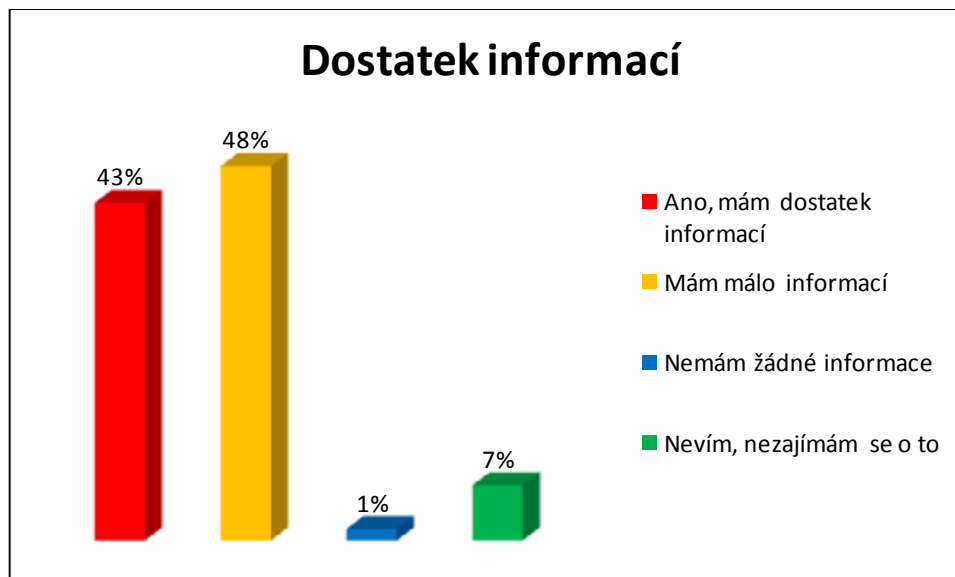


Zdroj: vlastní

Tato otázka měla čtyři možné odpovědi, všechny správné. Z celkového počtu 339 (100%) respondentů se jich 179 (53%) domnívá, že psychologické intervence ve zdravotnictví slouží k řešení duševních problémů, 296 (87%) uvádí, že slouží k podpoře fyzického a duševního zdraví, 249 (73%) dotazovaných si myslí, že tyto intervence slouží ke změně přístupu k vlastnímu zdraví a 291 (86%), že slouží k lepšímu zvládnání obtížných a stresujících situací.

Otázka č. 28: Myslíte si, že máte dostatek informací z oblasti psychosomatiky a holistické péče?

Graf 24 Dostatek informací

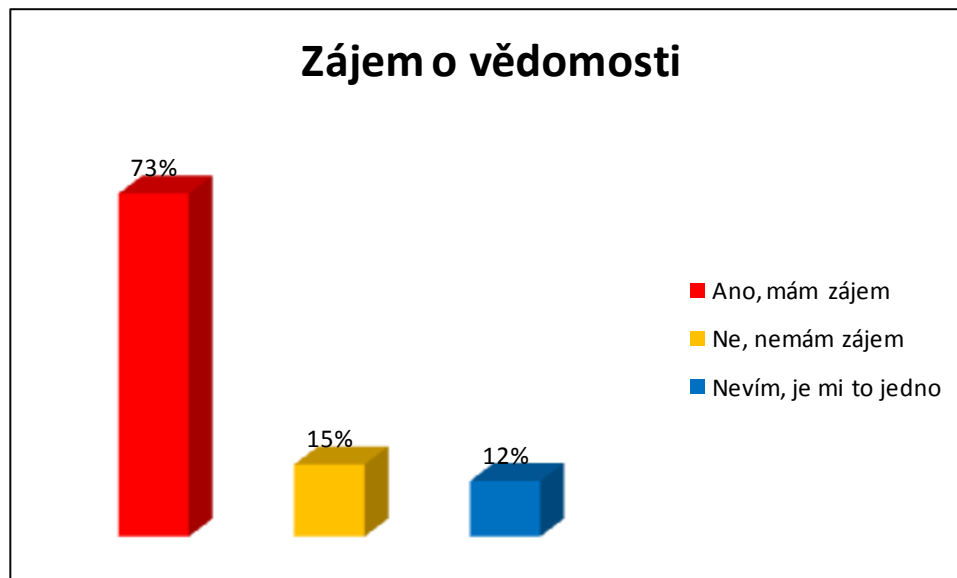


Zdroj: vlastní

Z celkového počtu 339 (100%) dotazovaných jich 147 (43%) uvádí, že má dostatek informací z oblasti psychosomatiky a holistické péče, 163 (48%) má pocit, že má málo informací, 5 (1%) respondentů nemá žádné informace z oblasti psychosomatiky a holistické péče a 24 (7%) zdravotničtí pracovníci uvedli, že neví, protože se o to nezajímají.

Otázka č. 29: Měl/a byste zájem o získávání vědomostí v oblasti psychosomatiky a psychoterapie v ošetrovatelské péči?

Graf 25 Zájem o vědomosti



Zdroj: vlastní

Z celkového počtu 339 (100%) respondentů má 247 (73%) zájem o získávání vědomostí v oblasti psychosomatiky a psychoterapie v ošetrovatelské péči, 52 (15%) nemá zájem o získávání vědomostí z této oblasti a 40 (12%) dotazovaných uvádí, že neví a je jim to jedno.

15.1 Testování hypotéz

Na základě stanovených cílů byly vytvořeny hypotézy, jejichž statistické zpracování bylo vyhodnoceno pomocí T-testu o shodě středních hodnot. Pro výpočet jednotlivých hypotéz byla stanovena hladina významnosti 5% ($\alpha = 0,05$), to znamená, že dostáváme 95% jistotu správného rozhodnutí. Výsledkem T-testu je P-hodnota. Platí, že pokud je P-hodnota $> 0,05$, přijímá se nulová hypotéza H_0 a zamítá se alternativní H_1 a pokud je P-hodnota $< 0,05$, přijímá se alternativní hypotéza H_1 a zamítá se nulová hypotéza H_0 .

Hypotéza č. 1

H_0 Ve znalostech z oblasti psychosomatiky NELZP ze standardních lůžkových oddělení a z oddělení intenzivní péče nebude statisticky významný rozdíl

H_1 *Ve znalostech z oblasti psychosomatiky NELZP ze standardních lůžkových oddělení a z oddělení intenzivní péče bude statisticky významný rozdíl*

K testování této hypotézy byly z dotazníku využity 4 položky, a to: otázka č. 6: Co si představíte pod pojmem psychosomatika?, otázka č. 7: Jaká onemocnění patří mezi psychosomatická? (možno více odpovědí), otázka č. 9: Co se podílí na vzniku a průběhu psychosomatického onemocnění? (možno více odpovědí) a otázka č. 10: Co není charakteristické pro osoby s infarktem myokardu?

Pro potřeby statistického zpracování byla vytvořena nová proměnná, která zahrnovala znalosti jednotlivých respondentů o psychosomatice. Všechny čtyři otázky byly ohodnoceny body. Za každou správnou odpověď byl respondentovi přiřazen 1 bod, za nesprávnou odpověď 0 bodů. U položek, kde je více odpovědí správných, byl též přiřazen za každou odpověď 1 bod, to znamená, že u otázky č. 7 bylo možné získat 1 – 4 body, u otázky č. 9 bylo možné získat 1 – 3 body. Celkový možný počet získaných bodů byl 9.

Tabulka 5 Testování hypotézy č. 1

Statistické funkce	Standardní lůžková oddělení	Lůžka intenzivní péče	Celkem
Počet respondentů	190	149	339
Průměr získaných bodů	6,436842	6,644295	6,528024
Směrodatná odchylka	1,404343	1,461551	1,431352
Minimum bodů	3	3	3
Maximum bodů	9	9	9
Medián	6	7	7
Modus	6	7	6
Procentuální výsledek	72%	74%	73%
T-test (hodnota P)	0,187951		

Zdroj: vlastní

Interpretace výsledku hypotézy č. 1:

P-hodnota: 0,187951

Hladina významnosti α : 0,05 %

0,187951 > 0,05 proto nezamítáme H_0

Závěr: Nebyl potvrzen statisticky významný rozdíl ve znalostech z oblasti psychosomatiky mezi respondenty ze standardních oddělení a intenzivní péče.

Dílčí cíl č. 1:

Zjistit, zda mají NELZP povědomí o psychosomatických onemocněních

Na základě výše uvedených čtyř otázek (č. 6, 7, 9, 10), které byly bodově ohodnoceny podle znalostí z oblasti psychosomatiky, a za které mohli respondenti dostat maximálně 9 bodů, byly vypočítány četnosti, které ukazují hodnocení dosažených výsledků podle zadaného kritéria. Pro splnění prvního dílčího cíle práce bylo nutné zaměřit se na celkové znalosti z oblasti psychosomatiky všech respondentů. Celkový průměr získaných bodů byl 6,52 bodu (73%) z možných 9 (100%). Bylo stanoveno kritérium, že za výborné znalosti jsou považovány výsledky v rozmezí 90% - 100% (9 bodů), za velmi dobré v rozmezí 80% - 89% (8 bodů) a za dobré v rozsahu 70% - 79% (7 bodů). Respondenti, kteří získali 6 bodů a méně (méně než 69%) vykazují nedostatečné znalosti z oblasti psychosomatiky.

Tabulka 6 Hodnocení dílčího cíle č. 1

Bodové hodnocení	Kumulativní četnosti	Absolutní četnosti	Relativní četnosti	Hodnocení
3 body	6	6	1,77%	Nedostatečně
4 body	34	28	8,26%	
5 bodů	76	42	12,39%	
6 bodů	164	88	25,96%	
7 bodů	241	77	22,71%	Dobře
8 bodů	317	76	22,42%	Velmi dobře
9 bodů	339	22	6,49%	Výborně
		339	100%	

Zdroj: vlastní

Hodnocení dílčího cíle č. 1:

Z tabulky č. 6 vyplývá, že výborné znalosti z oblasti psychosomatiky má 22 (6,49%) respondentů, velmi dobré znalosti má 76 (22,42%) respondentů a dobré 77 (22,71%). Celkově znalosti má 175 (52%) tázaných. 6 bodů a méně získalo celkem 164 (48%) dotazovaných, znamená to, že mají znalosti nedostatečné. Tabulka č. 5 ukazuje průměrné znalosti z daného oboru, které jsou 73% (6,52 bodu). Závěr je tedy ten, že zdravotničtí pracovníci mají znalosti z oblasti psychosomatiky dobré.

Hypotéza č. 2

2H₀ Ve znalostech z oblasti holistické péče NELZP středního odborného vzdělání a NELZP vyššího odborného a vysokoškolského vzdělání nebude statisticky významný rozdíl

2H₁ *Ve znalostech z oblasti holistické péče NELZP středního odborného vzdělání a NELZP vyššího odborného a vysokoškolského vzdělání bude statisticky významný rozdíl*

K testování hypotézy č. 2 byly z dotazníku využity 4 otázky. Jednalo se o položku č. 12: Co znamená holistický přístup?, položku č. 13: Co je základem holistické ošetrovatelské péče?, položku č. 16: Kdy by měl zdravotník využívat holistického přístupu? (možno více odpovědí) a položku č. 20: Ošetrovatelská péče má být zaměřena především na uspokojení: (možno více odpovědí).

Pro potřeby statistického zpracování byla vytvořena nová proměnná, která sledovala znalosti z oblasti holistické péče jednotlivých respondentů s ohledem na jejich vzdělání. Všechny otázky byly bodově ohodnoceny, za každou správnou odpověď 1 bod, za špatnou odpověď 0 bodů. U otázek č. 16 a č. 20, kde jsou všechny odpovědi správné, bylo možné získat 1 - 3 body. Celkem mohl respondent získat až 8 bodů.

Tabulka 7 Testování hypotézy č. 2

Statistické funkce	SZŠ	VOŠZ a VŠ	Celkem
Počet respondentů	122	217	339
Průměr získaných bodů	6,72131	6,81106	6,77876
Směrodatná odchylka	1,34387	1,28966	1,30815
Minimum bodů	3	4	3
Maximum bodů	8	8	8
Medián	7	7	7
Modus	8	8	8
Procentuální výsledek	84%	85%	85%
T – test (hodnota P)	0,5499		

Zdroj: vlastní

Interpretace výsledků hypotézy č. 2:

P-hodnota: 0,5499

Hladina významnosti α : 0,05%

$0,5499 > 0,05$ proto nezamítáme H_0

Závěr: Nebyl potvrzen statisticky významný rozdíl ve znalostech z oblasti holistické péče mezi respondenty středního odborného a vyššího a vysokoškolského vzdělání.

Dílčí cíl č. 2:

Zjistit, zda mají NELZP teoretické znalosti v oblasti holistické péče

Pro splnění tohoto cíle byly ohodnoceny znalosti z oblasti holistické péče, které zahrnovaly otázky č. 12, 13, 16 a 20. Celkem mohlo být dosaženo 8 (100%) bodů. Podle zadaného kritéria jsou hodnoceny výborné znalosti v rozmezí výsledků 90% - 100% (8 bodů), velmi dobré znalosti v rozmezí 80% - 89% (7 bodů) a dobré v rozpětí 70% - 79%

(6 bodů). Respondenti, kteří získali 5 bodů a méně mají nedostatečné znalosti z oblasti holistické péče.

Tabulka 8 Hodnocení dílčího cíle č. 2

Bodové hodnocení	Kumulativní četnosti	Absolutní četnosti	Relativní četnosti	Hodnocení
3	2	2	0,59%	Nedostatečně
4	28	26	7,67%	
5	54	26	7,67%	
6	135	81	23,89%	Dobře
7	195	60	17,70%	Velmi dobře
8	339	144	42,48%	Výborně
		339	100%	

Zdroj: vlastní

Hodnocení dílčího cíle č. 2:

Tabulka č. 8 ukazuje, že výborné znalosti z oblasti holistické péče má 144 (42,48%) respondentů, velmi dobré 60 (17,70%) a dobré znalosti má 81 (23,89%) dotazovaných. Všeobecně znalosti jsou u 285 (84,07%) zdravotníků. Nedostatečné znalosti vykazuje 54 (15,93%) tázaných. Z tabulky č. 7 plyne, že průměrné znalosti byly ohodnoceny 6,77 body (85%), a proto lze říci, že celkově zdravotničtí pracovníci mají velmi dobré znalosti z oblasti holistické péče.

Hypotéza č. 3:

3H₀ Ve znalostech psychoterapeutických intervencí NELZP s maximálně desetiletou praxí a praxí vyšší 10 let nebude statisticky významný rozdíl

3H₁ *Ve znalostech psychoterapeutických intervencí NELZP s maximálně desetiletou praxí a praxí vyšší 10 let bude statisticky významný rozdíl*

Za účelem otestování hypotézy č. 3 bylo použito 6 položek z dotazníku. Otázka č. 11: K jaké terapii byste přiřadil/a tvrzení..., otázka č. 21: Co znamená psychologický přístup k nemocnému?, otázka č. 22: Co patří mezi psychoterapeutické prvky v ošetrovatelské péči?, otázka č. 24: Co nepatří mezi pravidla aktivního naslouchání?,

otázka č. 26: Jaké může zdravotník v rámci ošetrovatelské a léčebné péče uplatňovat psychologické intervence? (možno více odpovědí) a otázka č. 27: K čemu slouží psychologické intervence ve zdravotnictví? (možno více odpovědí).

Pro potřeby statistického zpracování této hypotézy byla vytvořena nová proměnná, která zahrnovala znalosti psychoterapeutických intervencí u respondentů s praxí ve zdravotnictví do 10 let a s praxí vyšší než 10 let. Všechny otázky byly bodově ohodnoceny podle správnosti odpovědí. Za správnou odpověď 1 bod, za nesprávnou odpověď 0 bodů. U otázek s možností více odpovědí (položka 26 a 27), mohl respondent získat 1 – 3 a 1 – 4 body. Celkový možný počet získaných bodů byl 11.

Tabulka 9 Testování hypotézy č. 3

Statistické funkce	Praxe do 10 let	Praxe vyšší než 10 let	Celkem
Počet respondentů	139	200	339
Průměr získaných bodů	8,46043	8,185	8,29794
Směrodatná odchylka	1,64302	1,7162466	1,6896
Minimum bodů	4	3	3
Maximum bodů	11	11	11
Medián	9	8	9
Modus	10	9	10
Procentuální výsledek	77%	74%	75%
T – test (hodnota P)	0,13713		

Zdroj: vlastní

Interpretace výsledků hypotézy č. 3:

P-hodnota: 0,13713

Hladina významnosti α : 0,05%

$0,13713 > 0,05$ proto nezamítáme H_0

Závěr: Nebyl potvrzen statisticky významný rozdíl ve znalostech psychoterapeutických intervencí mezi respondenty s praxí ve zdravotnictví do 10 let a s praxí vyšší než 10 let.

Dílčí cíl č. 3:

Zjistit, zda NELZP znají psychoterapeutické intervence ošetrovatelské péče

Aby mohl být splněn 3. dílčí cíl práce, bylo nutné ohodnotit výsledky dotazovaných ze znalosti psychoterapeutických intervencí. K tomuto účelu byly hodnoceny otázky z dotazníku č. 11, 21, 22, 24, 26 a 27. Celkově mohli respondenti získat za správné odpovědi 11 bodů (100%). Podle stanoveného kritéria jsou hodnoceny výborné znalosti v rozmezí výsledků 90% - 100% (10 - 11 bodů), velmi dobré znalosti v rozmezí 80% - 89% (9 bodů) a dobré v rozpětí 70% - 79% (8 bodů). Respondenti, kteří obdrželi 7 bodů a méně, vykazují nedostatečné znalosti psychoterapeutických intervencí.

Tabulka 10 Hodnocení dílčího cíle č. 3

Bodové hodnocení	Kumulativní četnosti	Absolutní četnosti	Relativní četnosti	Hodnocení
3	1	1	0,29%	Nedostatečně
4	4	3	0,88%	
5	25	21	6,19%	
6	58	33	9,73%	
7	104	46	13,57%	
8	161	57	16,81%	Dobře
9	240	79	23,30%	Velmi dobře
10	323	83	24,48%	Výborně
11	339	16	4,72%	
		339	100%	

Zdroj: vlastní

Hodnocení dílčího cíle č. 3:

Z tabulky č. 10 vyplývá, že výborně zná psychoterapeutické intervence 99 (29,20%) dotazovaných, velmi dobře 79 (23,30%) a dobře 57 (16,81%) respondentů. Znamená to, že všeobecně znalosti má 235 (69,32%) zdravotníků. Celkem 104 (30,68%) respondenti mají znalosti nedostatečné. Podle výsledků z tabulky č. 9, jsou průměrné znalosti hodnoceny 8,29 (75%) body z celkových 11 (100%), z čehož vyplývá, že NELZP mají znalosti psychoterapeutických intervencí ošetrovatelské péče dobré.

Hypotéza č. 4:

4H₀ Ve znalostech psychoterapeutických intervencí u NELZP ze standardních lůžkových oddělení a NELZP pracujících v intenzivní péči nebude statisticky významný rozdíl

4H₁ *Ve znalostech psychoterapeutických intervencí u NELZP ze standardních lůžkových oddělení a NELZP pracujících v intenzivní péči bude statisticky významný rozdíl*

K otestování této hypotézy bylo z dotazníku využito 6 položek, a to shodných jako u hypotézy č. 3. Jedná se o otázku č. 11: K jaké terapii byste přiřadil/a tvrzení..., otázku č. 21: Co znamená psychologický přístup k nemocnému?, otázku č. 22: Co patří mezi psychoterapeutické prvky v ošetrovatelské péči?, otázku č. 24: Co nepatří mezi pravidla aktivního naslouchání?, otázku č. 26: Jaké může zdravotník v rámci ošetrovatelské a léčebné péče uplatňovat psychologické intervence? (možno více odpovědí) a otázku č. 27: K čemu slouží psychologické intervence ve zdravotnictví? (možno více odpovědí).

Pro potřeby statistického zpracování této hypotézy byla vytvořena nová proměnná, která zahrnovala znalosti psychoterapeutických intervencí u respondentů pracujících na standardních lůžkových odděleních a respondentů z intenzivní péče. Všechny výše zmíněné otázky byly bodově ohodnoceny. Za správnou odpověď 1 bod, za nesprávnou odpověď 0 bodů. U otázek s možností více odpovědí (položka 26 a 27), mohl respondent získat 1 – 3 a 1 – 4 body. Celkový možný počet získaných bodů byl 11.

Tabulka 11 Testování hypotézy č. 4

Statistické funkce	Standardní lůžková oddělení	Lůžka intenzivní péče	Celkem
Počet respondentů	190	149	339
Průměr získaných bodů	8,10526	8,54362	8,29794
Směrodatná odchylka	1,75164	1,57893	1,6896
Minimum bodů	3	5	3
Maximum bodů	11	11	11
Medián	8	9	9
Modus	10	9	10
Procentuální výsledek	74%	78%	75%
T test (hodnota P)	0,01617		

Zdroj: vlastní

Interpretace výsledků hypotézy č. 4:

P-hodnota: 0,01617

Hladina významnosti α : 0,05%

$0,01617 < 0,05$ proto zamítáme H_0 a přijímáme H_1

Závěr: Byl potvrzen statisticky významný rozdíl ve znalostech psychoterapeutických intervencí mezi respondenty pracujícími na standardních lůžkových odděleních a v intenzivní péči.

Hypotéza č. 5:

5H₀ Ve znalostech psychosomatiky a psychoterapie u NELZP se zájmem o další vzdělávání v této oblasti a u NELZP, kteří zájem o vzdělávání nemají, nebude statisticky významný rozdíl

5H₁ *Ve znalostech psychosomatiky a psychoterapie u NELZP se zájmem o další vzdělávání v této oblasti a u NELZP, kteří zájem o vzdělávání nemají, bude statisticky významný rozdíl*

K otestování této hypotézy bylo z dotazníku použito 10 položek. Byly to otázky zaměřené na znalosti psychosomatiky: otázka č. 6: Co si představíte pod pojmem psychosomatika?, otázka č. 7: Jaká onemocnění patří mezi psychosomatická? (možno více odpovědí), otázka č. 9: Co se podílí na vzniku a průběhu psychosomatického onemocnění? (možno více odpovědí) a otázka č. 10: Co není charakteristické pro osoby s infarktem myokardu?, a dále otázky zaměřené na znalosti psychoterapie: otázka č. 11: K jaké terapii byste přiřadil/a tvrzení..., otázka č. 21: Co znamená psychologický přístup k nemocnému?, otázka č. 22: Co patří mezi psychoterapeutické prvky v ošetrovatelské péči?, otázka č. 24: Co nepatří mezi pravidla aktivního naslouchání?, otázka č. 26: Jaké může zdravotník v rámci ošetrovatelské a léčebné péče uplatňovat psychologické intervence? (možno více odpovědí) a otázka č. 27: K čemu slouží psychologické intervence ve zdravotnictví? (možno více odpovědí).

Pro potřeby statistického zpracování byla vytvořena nová proměnná, která zahrnovala znalosti psychosomatiky a psychoterapie respondentů, kteří mají zájem o další vzdělávání v této oblasti a respondentů, kteří se vzdělávat nechtějí. Všechny otázky byly bodově ohodnoceny podle správnosti odpovědí. Za správnou odpověď 1 bod, za nesprávnou 0. U položek, kde je více odpovědí správných, byl též přiřazen za každou

odpověď 1 bod, to znamená, že u otázky č. 7 bylo možné získat 1 – 4 body, u otázky č. 9 bylo možné získat 1 – 3 body, u otázky č. 26 1 – 3 body a u otázky č. 27 mohl respondent získat 1 – 4 body. Celkový počet možných získaných bodů byl 20.

Tabulka 12 Testování hypotézy č. 5

Statistické funkce	Zájem o vzdělávání	Nezájem o vzdělávání
Počet	246	93
Průměr	15,1544715	13,8602151
Směrodatná odchylka	2,63115563	2,57323767
Minimum	7	8
Maximum	20	18
Medián	16	14
Modus	16	15
Procentuální výsledek	76%	69%
T-test (hodnota P)	6,24592E-05	

Zdroj: vlastní

Interpretace výsledků hypotézy č. 5:

P-hodnota: 6,24592E-05

Hladina významnosti α : 0,05%

$6,24592E-05 < 0,05$ proto zamítáme H_0 a přijímáme H_1

Závěr: Byl potvrzen statisticky velmi významný rozdíl ve znalostech psychosomatiky a psychoterapie mezi respondenty se zájmem o další vzdělávání v této oblasti a mezi respondenty, kteří se vzdělávat nechtějí.

16 DISKUZE

Diplomová práce se zabývá problematikou psychosomatiky a je zaměřena zejména na holistický přístup a jeho využívání nelékařskými zdravotnickými pracovníky při ošetrovatelské péči. Holistický přístup je základem ošetrovatelské péče a zahrnuje nejen spolupráci pacienta a zdravotnického personálu, ale i kooperaci s rodinou nemocného. Proto, aby zdravotníci poskytovali pacientovi profesionální a co nejkvalitnější péči, je potřeba jej akceptovat a pohlížet na něj jako na biopsychosociální osobnost se všemi jeho problémy, potřebami a nedostatky. Holistické pojetí péče je součástí psychosomatiky a v ošetrovatelství má obrovský význam. Je velká škoda, že neexistují výzkumy týkající se této problematiky z hlediska ošetrovatelské péče. Matějková (2011, str. 90) ve své práci poukazuje na nedostatek literatury a jiných zdrojů zabývajících se touto oblastí. Odborné práce, články a jiná literatura jsou zaměřeny většinou na psychosomatiku v medicíně. Sestry drží prvenství v používání celostního přístupu, a vzhledem k tomu, že s pacientem tráví mnohem více času než lékař, je důležité, aby znaly prvky psychologického a psychoterapeutického postoje, používaly je, a tím pomohly pacientovi pochopit jeho reakce, jeho potřeby a pomohly mu najít co nejlepší způsob řešení jeho potíží.

Cílem kvantitativního výzkumu diplomové práce bylo provést analýzu úrovně teoretických znalostí nelékařských zdravotnických pracovníků z oblasti psychosomatiky a holistické péče a zjistit, zda těchto znalostí prakticky využívají v rámci psychologického přístupu k pacientům při ošetrovatelské péči. Kvantitativní výzkumné šetření bylo prováděno formou nestandardizovaného dotazníku, který byl vytvořen na základě stanovených cílů práce a hypotéz. Výzkum byl realizován ve FN v Plzni. Anonymní dotazník byl distribuován NELZP na standardní lůžková oddělení a kliniky a oddělení akutní a intenzivní péče, celkem na 5 oddělení a 9 klinik.

Východiskem pro sestavení první hypotézy byl dílčí cíl práce: Zjistit, zda mají NELZP povědomí o psychosomatických onemocněních. Hypotéza č. 1 zněla: Ve znalostech z oblasti psychosomatiky NELZP ze standardních lůžkových oddělení a z oddělení intenzivní péče nebude statisticky významný rozdíl. K této hypotéze se vztahovaly otázky z dotazníku č. 6, 7, 9 a 10. Byly to otázky s možností jedné i více odpovědí. Odpovědi respondentů byly ohodnoceny body, vždy 1 bod za každou správnou odpověď. Nejvyšší možné skóre bylo 9 bodů. Pro statistické zpracování byli respondenti rozděleni do dvou souborů podle pracoviště. Jeden soubor tvořili dotazovaní ze

standardních lůžkových oddělení (56%) a druhý soubor dotazovaní pracující v intenzivní péči (44%).

V jednotlivých kategoriích byl vypočítán aritmetický průměr bodového ohodnocení. Respondenti ze standardních lůžek měli bodový průměr 6,43 a respondenti z intenzivní péče 6,64. Modus neboli hodnota, která se ve statistickém souboru vyskytuje nejčastěji, byl na standardních lůžkách 6 a v intenzivní péči 7 bodů. Procentuální výsledek znalostí u dotazovaných ze standardních lůžek byl 72% a u dotazovaných z intenzivní péče 74%. Znamená to, že respondenti v intenzivní péči měli o 2% větší průměrné znalosti z oblasti psychosomatiky než respondenti pracující na standardních lůžkových odděleních. Pomocí T-testu ($p = 0,187951$) ale nebyl prokázán statisticky významný rozdíl mezi testovanými soubory. Je tudíž přijata nulová hypotéza a zamítnuta alternativní. Platí, že ve znalostech z oblasti psychosomatiky NELZP ze standardních lůžkových oddělení a z oddělení intenzivní péče není statisticky významný rozdíl. Velmi zajímavým zjištěním bylo, že většina respondentů (91%) uvedla, že mezi psychosomatická onemocnění patří ulcerózní kolitida a peptický vřed, ale jen 68% z nich řadí mezi tato onemocnění infarkt myokardu a hypertenzi. Zarážející bylo, že jeden z dotazovaných, pracující na kardiologickém oddělení, uvedl správně infarkt i hypertenzi jako jedny z možných psychosomatických onemocnění, ale zároveň na otázku č. 8 odpověděl, že do styku s pacienty s těmito onemocněními nepřichází. Křivohlavý (2002, str. 185-186) upozorňuje na vzájemné souvislosti mezi stresem a srdečním onemocněním, a proto nebylo překvapením, že 99% respondentů uvedlo jako jednu z příčin psychosomatických onemocnění strach, úzkost a stres, ale jen 65% si myslí, že podíl na vzniku těchto onemocnění mají i osobnostní rysy jedince. Ty jsou dle Danzera (2001, str. 169-170) významným prvkem v rozvoji infarktu myokardu. Řadí sem zejména agresivitu, ustrašenost, podrážděnost nebo neschopnost projevit své city a lásku.

Aby bylo možné splnit první dílčí cíl práce, bylo nutné se zaměřit i na celkové znalosti z oblasti psychosomatiky všech respondentů. Celkový průměr získaných bodů byl 6,52 bodu (73%) z možných 9 (100%). Bylo stanoveno kritérium, že za výborné znalosti jsou považovány výsledky v rozmezí 90% - 100%, za velmi dobré v rozmezí 80% - 89% a za dobré v rozsahu 70% - 79%. Z naší statistiky tudíž vyplývá, že dotazovaní NELZP povědomí o psychosomatických onemocněních mají, ale jen dobré.

Druhá hypotéza zněla: Ve znalostech z oblasti holistické péče NELZP středního odborného vzdělání a NELZP vyššího odborného a vysokoškolského vzdělání nebude statisticky významný rozdíl, a navazovala na druhý dílčí cíl diplomové práce: Zjistit, zda mají NELZP teoretické znalosti v oblasti holistické péče. K této hypotéze se vztahovaly otázky z dotazníku č. 12, 13, 16 a 20. Byly to opět otázky s možností jedné i více odpovědí. Hodnocení otázek bylo též bodové, za každou správnou odpověď 1 bod. Respondent mohl být ohodnocen až 8 body. Statistické zpracování proběhlo na základě rozdělení dotazovaných NELZP do dvou statistických souborů podle nejvyššího dosaženého vzdělání. Jeden soubor představovali středoškolsky vzdělaní zdravotníci (36%) a druhý soubor patřil zdravotnickým pracovníkům s vyšším odborným a vysokoškolským vzděláním (64%). U obou souborů byl vypočítán aritmetický průměr bodového ohodnocení ze znalostí holistické péče. Středoškolsky vzdělaní respondenti měli bodový průměr 6,72 (84%) a vysokoškoláci 6,81 (85%). Medián byl u obou souborů shodný, představoval hodnotu 7 a taktéž shodný byl i modus neboli nejčastěji vyskytující se hodnota v souboru, která byla 8. Výsledky, které byly potvrzeny T-testem ($p = 0,5499$), neprokázaly statisticky významný rozdíl mezi soubory. Byla přijata nulová hypotéza a platí, že ve znalostech z oblasti holistické péče NELZP středního odborného vzdělání a NELZP vyššího odborného a vysokoškolského vzdělání není statisticky významný rozdíl.

Tématem psychosomatiky se zabývala ve své práci i Matějková (2011, str. 60), která naopak zjistila statisticky významnou závislost mezi souhrnem znalostí všeobecných sester a stupněm jejich vzdělání. Holistická péče je podstatou ošetrovatelství a sestra by si měla plně uvědomovat komplexní přístup k pacientovi. Znalosti této problematiky by měly být pilířem pro ošetřování nemocných a možná i proto 96% respondentů uvedlo, že holistický přístup znamená celostný pohled na jedince. 98% zdravotníků si myslí, že by se mělo tohoto přístupu využívat zejména během léčby a ošetrovatelského procesu, 78% se jich domnívá, že je důležitý i při příjmu a 63% také při propouštění pacienta. Tóthová (2006, str. 44-47) uvádí, že by sestra měla využívat holistický přístup už při prvním setkání s pacientem a při získávání anamnézy pro plánování ošetrovatelského procesu. FN v Plzni zveřejnila výsledky výzkumu „Kvalita očima pacientů“ z prosince 2016, kde je rovněž dimenze zaměřující se na příjem pacienta. Z výsledků vyplývá, že 85% pacientů má dobrý dojem z prvního kontaktu s nemocnicí a 86% získá dostatek informací o zdravotním stavu a dalším průběhu léčby ihned při přijetí (Raiter, 2016, str. 30). Jak charakterizuje

Zacharová (2007, str. 41-42), nemoc má často skrytou psychickou nebo sociální podstatu, což si musí zdravotník plně uvědomovat a ošetrovatelskou péči zaměřit nejen na somatickou, ale i psychickou oblast pacienta. Na naši otázku, na které potřeby má být ošetrovatelská péče především zaměřena, nejvíce (93%) respondentů odpovědělo, že na uspokojení emocionálních, kognitivních a duchovních potřeb a 83% se zaměřuje i na uspokojení tělesných potřeb. Je zarážející, že na tuto otázku neodpovědělo více zdravotníků, vždyť uspokojování tělesných potřeb je základem ošetrovatelské a léčebné péče. Jen 67% dotazovaných si myslí, že se má péče zaměřovat i na uspokojení sociálních potřeb. Podle výzkumu Matějkové (2011, str. 65, 70) se velká část sester (92%) též zaměřuje na oblast sociální, a to nejen při získávání informací, ale i při poskytování ošetrovatelské péče projevují zájem o nemocného a jeho životní příběh. Zacharová (2007, str. 41-42) je přesvědčená o tom, že sestry v rámci ošetrovatelského procesu mají sestavit plány ošetrovatelské péče tak, aby docházelo k uspokojování tělesných, sociálních, emocionálních, kognitivních i duchovních potřeb pacienta. Pro splnění druhého dílčího cíle, zda mají NELZP teoretické znalosti v oblasti holistické péče, byl vypočítán aritmetický průměr znalostí respondentů, který činil 6,78 bodu (85%) z možných 8 bodů (100%). Podle stanoveného kritéria hodnocení vychází, že NELZP mají znalosti v oblasti holistické péče velmi dobré.

Základem pro vytvoření třetí hypotézy byl třetí dílčí cíl práce: Zjistit, zda NELZP znají psychoterapeutické intervence ošetrovatelské péče. Třetí hypotéza byla: Ve znalostech psychoterapeutických intervencí NELZP s maximálně desetiletou praxí a praxí vyšší 10 let nebude statisticky významný rozdíl. K této hypotéze se vztahovaly položky z dotazníku č. 11, 21, 22, 24, 26 a 27. Otázky byly s možností jedné odpovědi nebo více odpovědí. Za každou správnou odpověď byl přiřazen 1 bod, za špatnou 0 bodů. Maximální možný počet získaných bodů byl 11. Za účelem statistického testování byli respondenti rozděleni do dvou statistických souborů podle délky jejich praxe ve zdravotnictví. Jeden soubor zaujímali zdravotníci s praxí do 10 let (41%), druhý soubor zdravotníci pracující více než 10 let (59%). Oba soubory byly porovnávány na základě aritmetického průměru bodového ohodnocení výsledků dotazníku z určeného okruhu otázek. Respondenti s délkou praxe do 10 let získali průměrně 8,46 bodu (77%) a respondenti pracující déle než 10 let 8,18 bodu (74%). Medián byl u prvního souboru 9, u druhého 8 a modus se u první skupiny rovnal 10, u druhého čílal hodnotu 9. Výsledky T-testu ($p = 0,13713$) ukázaly, že nebyl potvrzen statisticky významný rozdíl mezi oba soubory. Byla přijata nulová

hypotéza a platí, že ve znalostech psychoterapeutických intervencí NELZP s maximálně desetiletou praxí a praxí vyšší 10 let není statisticky významný rozdíl. Nejhorší výsledky z celého dotazníku prokazovali respondenti u otázky zaměřené na určení terapie podle daného tvrzení. Největší procento dotazovaných (58%) odpovědělo na tuto otázku „nevím“. Správnou odpověď, že se jedná o rogersovskou psychoterapii, označilo jen 12% zdravotníků. Pelikánová (2011, str. 28-29) považuje tuto terapii za velmi účinný psychoterapeutický přístup v rámci ošetrovatelské péče, která se soustřeďuje na nedirektivní vztah s pacientem a vytváří akceptující atmosféru.

Příjemným zjištěním je, že téměř všichni (95%) zdravotničtí pracovníci dokážou definovat psychologický přístup k nemocnému a 99% jich zná psychoterapeutické prvky v ošetrovatelské péči. V otázkách psychologických intervencí v ošetrovatelské péči si respondenti vedli velmi dobře. Podle jejich názoru jsou nejčastějšími intervencemi (uvedlo 93% NELZP), které může zdravotník použít při ošetřování nemocných, poradenství, motivační rozhovor, navázání důvěry a porozumění. Menší procento dotazovaných (shodně 73%) uvádí, že lze využít i krizových intervencí a pomoc při zvládnání stresu a bolesti nebo propagovat zdraví a posoudit psychosociální potřeby jedince. Dle výsledků výzkumu Raitera (2016, str. 50), je 86% pacientů spokojeno s přístupem sester při pomoci se zvládnáním strachu a obav ze svého stavu nebo léčby. Jak zjistila Vlachová (2008, str. 64), 74% pacientů se domnívá, že psychická podpora ze strany sestry může snížit spotřebu užívání léků na spaní, bolest nebo na uklidnění. I Moore (2010, str. 50) je přesvědčen o tom, že psychologická péče je základní a velmi důležitá součást práce sester. Vymětal (2003, str. 87-88) pokládá vztah mezi sestrou a nemocným, který je založený na psychologickém působení a zahrnuje prvky psychoterapie, jako vlastní prostředek změny.

Na otázku, k čemu slouží výše uvedené intervence, odpovídalo nejvíce zdravotníků, že k podpoře fyzického a duševního zdraví (87%) a k lepšímu zvládnání stresových situací (86%). Už méně se jich ale domnívá (73%), že by touto cestou mohl pacient změnit přístup k vlastnímu zdraví, nebo by se daly vyřešit i duševní problémy (53%). A právě techniky, které sestra může při práci s pacientem využít, mají vliv na psychickou i fyzickou činnost organismu. Podle Jobánkové (1996, str. 174-175) lze psychoterapeutickým přístupem nejen zmírnit či odstranit příznaky nemoci, ale hlavně dosáhnout pozitivních změn v osobnosti člověka. Rovněž i Jičínská (2007) se domnívá, že sestra tímto přístupem dokáže navodit takovou atmosféru spolupráce, kdy pacient nabude pocitu jistoty, navrátí se mu jeho sebeúcta a důstojnost a začne se sám aktivně podílet na procesu léčby.

Třetím dílčím cílem bylo zjistit, zda NELZP znají psychoterapeutické intervence ošetrovatelské péče. Aby bylo cíle dosaženo, byl vypočítán aritmetický průměr znalostí dotazovaných, který byl 8,29 bodu (75%) z celkových 11 bodů (100%). Podle zadaného kritéria hodnocení se ukazuje, že NELZP znají psychoterapeutické intervence dobře.

Čtvrtá hypotéza, která zněla: Ve znalostech psychoterapeutických intervencí u NELZP ze standardních lůžkových oddělení a NELZP pracujících v intenzivní péči nebude statisticky významný rozdíl, navazovala rovněž na třetí dílčí cíl práce. Statistické soubory pro její testování tvořili zdravotničtí pracovníci pracující na standardních odděleních (56%) a pracovníci z intenzivní péče (44%). K této hypotéze se též vztahovaly položky z dotazníku č. 11, 21, 22, 24, 26 a 27. Otázky byly s možností jedné odpovědi nebo více odpovědí. Za každou správnou odpověď byl přiřazen 1 bod, za špatnou 0 bodů. Maximální možný počet získaných bodů byl 11. Oba soubory byly srovnávány podle aritmetického průměru bodového hodnocení výsledků znalostí psychoterapeutických intervencí. Respondenti ze standardních oddělení obdrželi průměrně 8,10 bodu (74%) a respondenti z intenzivní péče 8,54 bodu (78%). Medián byl u prvního testovaného souboru 8, u druhého 9 a modus byl u prvního souboru 10, u druhého 9. Dle výsledků T-testu ($p = 0,01617$) byl potvrzen statisticky významný rozdíl mezi oba soubory. Byla zamítnuta nulová hypotéza a přijata alternativní. Platí, že ve znalostech psychoterapeutických intervencí u NELZP ze standardních lůžkových oddělení a NELZP pracujících v intenzivní péči je statisticky významný rozdíl.

Čtvrtým dílčím cílem diplomové práce bylo zjistit, zda NELZP využívají psychoterapeutických intervencí v rámci ošetrovatelské péče. K tomuto cíli se vztahovaly otázky z dotazníku č. 18, 19, 23 a 25 a pro splnění tohoto cíle byly hodnoceny jednotlivě. Na otázku poskytování psychologické podpory pacientům odpovědělo 99% respondentů kladně a jen 1% uvedlo, že psychologickou podporu nemocným neposkytují. Dle zjištěných výsledků výzkumu Vlachové (2008, str. 65) má 76% pacientů zájem o to, aby jim byla zdravotními sestrami poskytována podpůrná psychoterapie. Gulášová (2012, str. 42-43) vidí cíl psychologického vedení v ovlivnění postoje pacienta k onemocnění, způsobu léčby a jeho získání pro aktivní spolupráci. Zacharová (2007, str. 41-42) zase upozorňuje na důležitost znalosti psychologie u zdravotníků, aby si plně uvědomili komplexní přístup a začlenili ho do své každodenní práce.

Jedna z otevřených otázek se zaměřovala na psychoterapeutické prvky, které zdravotníci využívají při péči o pacienty. Tuto otázku vyplnilo 284 (84%) respondentů

z celkového počtu 339 (100%). Mezi nejčastější odpovědi a zároveň nejčastěji využívané psychotherapeutické prvky patřily naslouchání (59%), empatie (58%), rozhovor (27%), psychická podpora (19%), respekt vůči pacientovi (17%) a porozumění (10%). Další viz tabulka 3. Naslouchání je významným elementem v komunikaci s pacientem a Kopřiva (2013, str. 112) ho považuje za základ v dialogu mezi zdravotníkem a nemocným. Proto je velmi příjemné zjištění, že právě ono je na prvním místě mezi psychotherapeutickými intervencemi našich respondentů. Umění naslouchat považují za nejdůležitější dispoziční správné komunikace i Gabura a Pružinská (1995, str. 31). Jobánková (1996, str. 185) navrhuje, aby i méně zkušené sestry, které mají obavy z poskytování rad, využívaly psychotherapeutický přístup v podobě naslouchání, které je velmi efektivní. Dalším, hojně využívaným prvkem při péči o pacienty, je u dotazovaných zdravotnických pracovníků empatie. Empatie je založena na vcítění se do vnitřního světa druhé osoby, na důvěře a jak uvádí Nykl (2004, str. 37-38), je velmi důležitým aspektem psychotherapeutického vztahu mezi sestrou a nemocným. Empatie je jeden z předpokladů rogersovské psychotherapie a jak sám Rogers (1998, str. 126) charakterizuje, zdravotník při ní dočasně žije životem pacienta, ale zároveň se vzdává vlastního hodnocení. Kantorová (2008, str. 78) se ve svém výzkumu zaměřila i na haptiku, jako na prvek psychologického působení na pacienty. Zjistila, že haptiku používá méně než polovina dotazovaných všeobecných sester a malé procento z nich dokonce uvádí, že sahat na pacienta jim připadá jako narušování osobní zóny.

Otázka v dotazníku č. 19 se zabývala časem, který respondent věnuje rozhovoru s pacientem během služby. Na tuto otázku odpovědělo z celkového počtu 339 (100%) respondentů 271 (80%). Všechny odpovědi jsou zaznamenány v tabulce 2. Nejvíce dotazovaných uvádělo, že se rozhovoru s nemocným věnují individuálně, podle potřeby (18%) nebo průběžně během směny (8%). 8% dotazovaných nedovedlo dobu rozhovoru určit. Nejčastěji uvedená časová dotace byla doba dialogu do 20 minut (10%). Velmi nepříjemným zjištěním bylo, že 7% zdravotníků si popovídá s pacientem maximálně 10 minut. Naopak obdivuhodné je, že malá část respondentů věnuje rozhovoru s pacientem i několik hodin až celou směnu. Zde se ale jedná o zdravotnické pracovníky pracující v intenzivní péči, kteří pečují o jednoho až tři pacienty a jsou více či méně trvale přítomni u lůžka nemocného, tudíž je zde větší prostor na povídání. Komunikace mezi sestrou a pacientem neodmyslitelně patří ke kvalitně vedené ošetrovatelské péči a podle Zacharové (2007, str. 90-91) je důležitá zejména komunikace terapeutická. Jobánková (1996, str. 54-

55) charakterizuje rozhovor jako přirozenou součást práce sester a Moore (2010, str. 33-34) zase jako duševní úkon, který je důležitější, než by se mohlo zdát.

S předchozí otázkou může souviset i položka z dotazníku č. 25, zaměřená na nevýhody psychoterapeutického přístupu v ošetrovatelské péči. Část respondentů (23%) totiž uvedla, že nevýhodou je nedostatek času. Dá se tedy předpokládat, že by dotazovaní rádi tohoto přístupu využili, ale nemají na něj čas. 6% zdravotníků uvádí, že je to časová zátěž pro personál. Z této odpovědi se dá usuzovat, že je to pro ně naopak obtěžující záležitostí. Někteří respondenti též považují za nevýhodu psychickou zátěž personálu až dokonce syndrom vyhoření. Potěšujícím faktem však zůstává, že 45% tázaných zdravotníků v psychoterapeutickém přístupu žádnou nevýhodu nevidí. Kopřiva (2013, str. 42, 45) spatřuje nedirektivní psychoterapeutický přístup jako velmi účinný, ale také se přiklání k názoru, že jeho nevýhodou je potřeba více času a sil.

Čtvrtý cíl práce, zjistit, zda NELZP využívají psychoterapeutických intervencí v rámci ošetrovatelské péče, byl splněn. Z výzkumu vyplývá, že minimálně 84% dotazovaných, kteří vyjmenovali psychoterapeutické prvky ošetrovatelské péče, jich i využívá ve své praxi.

Vytvoření páté hypotézy: Ve znalostech psychosomatiky a psychoterapie u NELZP se zájemem o další vzdělávání v této oblasti a u NELZP, kteří zájem o vzdělávání nemají, nebude statisticky významný rozdíl, se uskutečnilo na základě posledních dvou položek z dotazníku, které se dotazovaly na to, zda respondenti mají dostatek informací z celé oblasti psychosomatiky a psychoterapie a zda by měli zájem se dále vzdělávat v tomto oboru. Pro statistické zhodnocení této hypotézy byly vytvořeny dva statistické soubory. Jeden zahrnoval NELZP se zájemem o další vzdělávání (73%) a druhý NELZP, kteří zájem nemají (27%). K hypotéze se vztahovaly položky z dotazníku č. 6, 7, 9, 10, 11, 21, 22, 24, 26 a 27. Aby bylo možné zjistit celkové znalosti respondentů, byl vypočítán aritmetický průměr bodového ohodnocení znalostí psychosomatiky a psychoterapie obou souborů. Za každou správně zodpovězenou otázku bylo možné získat 1 bod, otázky byly s možností jedné i více odpovědí. Celkově mohlo být dosaženo 20 bodů.

První testovaný soubor, zdravotníci se zájemem o vzdělávání, získal průměrně 15,15 bodu (76%) a druhý soubor získal 13,86 bodu (69%). Medián představoval u prvního souboru hodnotu 16, u druhého 14 a modus byl u první skupiny 16, u druhé 15. Dle výsledků T-testu ($p = 6,24592E-05$) byl potvrzen statisticky velmi významný rozdíl mezi testovanými soubory. Byla zamítnuta nulová hypotéza a přijata alternativní. Platí, že ve

znalostech psychosomatiky a psychoterapie u NELZP se zájmem o další vzdělávání v této oblasti a u NELZP, kteří zájem o vzdělávání nemají, je statisticky velmi významný rozdíl. Tento výsledek je velmi zajímavý, protože by se dalo předpokládat, že ti respondenti, kteří znalosti mají, už si je nebudou chtít nadále doplňovat a opačně, ten, kdo má znalostí málo, bude se chtít dále vzdělávat. Překvapivě je ale opak pravdou, protože z výsledků vyplývá, že respondenti, kteří mají větší znalosti psychosomatiky a psychoterapie, si je dále chtějí prohlubovat dalším vzděláním v této oblasti a respondenti, kteří nemají dostatečné vědomosti, se už dále vzdělávat nehodlají.

Raudenská a Javůrková (2011, str. 282) vidí sestru jako integrální součást léčebného plánu a je zásadním prvkem při zachování návaznosti léčby. Aby se mohla sama podílet na psychotherapeutickém programu, bylo by pro ni velkým ziskem proškolení v psychoterapii. Tento názor zastává i Honzák (2016, str. 47-54), který připisuje psychotherapeutické práci sestry v ošetrovatelské péči velký význam. Jičínská (2007) uvádí, že právě psychotherapeutický přístup sester je velmi významným momentem, který ovlivňuje účinnost a úspěšnost léčebného postupu, a proto by bylo velkým přínosem vzdělávání v oblasti psychoterapie, kterým by sestry získaly teoretické odborné znalosti i praktické dovednosti z této oblasti.

Já sama bych měla velký zájem o toto vzdělávání, ač si myslím, že některé znalosti jsem studiem odborné literatury získala, ale stále to není dostačující proto, abych mohla dobře používat psychotherapeutické prvky během ošetrovatelského procesu. Vlachová (2008, str. 51) ve výsledcích jejího výzkumu uvádí, že 54% sester by uvítalo kurz zaměřený na téma podpůrná psychoterapie. Velmi mě potěšil obrovský zájem ze strany respondentů o další vzdělávání v tomto směru, a proto se budu snažit navrhnout vedení FN v Plzni, kterému zároveň poskytnu i výsledky mého statistického šetření, aby uvažoval o případných seminářích, kurzech nebo jiných formách dalšího vzdělávání zdravotníků v psychotherapeutickém přístupu.

Na základě zjištěných výsledků výzkumu bylo vytvořeno Desatero holistického přístupu k pacientům (příloha 7), které bude předloženo managementu FN v Plzni, a které by se dalo použít jako informační dokument v rámci řízené dokumentace v tomto zdravotnickém zařízení. Rovněž byl vytvořen přehled nevhodného chování zdravotníků v rámci psychotherapeutického přístupu (příloha 8).

17 ZÁVĚR

Diplomová práce s názvem „Psychosomatika jako holistický pohled na zdraví těla a duše“ se zabývala problematikou psychosomatických onemocnění, jejich vznikem, prevencí a léčbou, dále byla zaměřena na holistickou péči a její použití v rámci ošetrovatelského procesu. Poměrná část práce se zabývala psychoterapeutickým přístupem v ošetrovatelství, založeným především na porozumění, empatii a respektování individuality člověka, a dále psychoterapeutickými prvky, které může zdravotník během ošetrovatelské péče o pacienta využívat.

Cílem kvantitativního výzkumu diplomové práce bylo provést analýzu úrovně teoretických znalostí nelékařských zdravotnických pracovníků z oblasti psychosomatiky a holistické péče a zjistit, zda těchto znalostí prakticky využívají v rámci psychologického přístupu k pacientům při ošetrovatelské péči. Dílčími cíly bylo zjistit, zda mají NELZP povědomí o psychosomatických onemocněních, zda mají teoretické znalosti v oblasti holistické péče, zda znají psychoterapeutické intervence ošetrovatelské péče a zda jich v rámci této péče využívají. Výzkumné šetření bylo realizováno pomocí explorační metody nestandardizovaného dotazníku ve FN v Plzni a respondenty byli nelékařští zdravotničtí pracovníci různých klinik a oddělení. Podle výše uvedených cílů byly vytvořeny hypotézy, které byly statisticky testovány. První stanovená hypotéza byla, že znalosti z oblasti psychosomatiky nesouvisí s typem pracoviště. Tato hypotéza byla potvrzena, není rozdíl mezi znalostmi psychosomatiky u respondentů ze standardního oddělení a intenzivní péče. Dílčí cíl práce související s touto hypotézou, byl splněn. Bylo zjištěno, že zdravotníci mají povědomí o psychosomatických onemocněních, ovšem jen dobré.

Druhá hypotéza předpokládala, že znalosti z oblasti holistické péče nesouvisí s dosaženým vzděláním. I tato hypotéza byla potvrzena, není statisticky významný rozdíl ve znalostech holistické péče u respondentů středního a u respondentů vyššího a vysokoškolského vzdělání. Druhý dílčí cíl, sledující teoretické znalosti z této oblasti, byl splněn. Teoretické znalosti zdravotnických pracovníků v oblasti holistické péče jsou velmi dobré. Hypotéza č. 3, že znalosti psychoterapeutických intervencí nesouvisí s délkou praxe, se rovněž potvrdila. Prvky psychoterapie znají a ovládají jak zdravotníci, kteří pracují zatím jen krátce, tak i ti, kteří mají letité zkušenosti s prací ve zdravotnictví. Hypotéza čtvrtá, která předpokládala, že znalosti psychoterapeutických intervencí nesouvisí s typem pracoviště, byla vyvrácena. Bylo potvrzeno, že zdravotníci z intenzivní

péče jsou v psychoterapeutických intervencích zkušenější než ti ze standardních lůžkových oddělení. Třetí dílčí cíl, sledující znalosti psychoterapeutických intervencí v ošetrovatelské péči, splnil očekávání. Bylo shledáno, že NELZP znají psychoterapeutické intervence ošetrovatelské péče, ale pouze na dobré úrovni. Na základě čtvrtého dílčího cíle práce bylo zjištěno, že minimálně 84% dotazovaných těchto intervencí využívá během ošetrovatelského procesu. Pátá hypotéza se domnívala, že znalosti psychosomatiky a psychoterapie nesouvisí se zájmem o další vzdělávání v této oblasti. Rovněž tato hypotéza byla vyvrácena. Statistickým testováním bylo zjištěno, že zdravotníci pracovníci, kteří mají uspokojivé znalosti v tomto oboru, si je dále chtějí rozšiřovat, a zdravotníci, kteří mají povědomí o psychosomatice a psychoterapii nedostačující, se dále vzdělávat v této oblasti nechtějí.

Hlavní cíl diplomové práce byl splněn. Získané výsledky poukazují na to, že úroveň teoretických znalostí nelékařských zdravotnických pracovníků v oboru psychosomatiky a holistické péče jsou dobré až velmi dobré, a že jsou základem pro to, aby byly aplikovány v praxi. Pokud budou zdravotníci akceptovat holistický přístup, zaměří se na pacienta jako na integrální bytost s rozmanitými potížemi, bude to způsob, jak poskytovat pacientům kvalitní péči. A právě proto byl vytvořen dokument s názvem „Desatero holistického přístupu k pacientům“, aby posloužil jako vzor nelékařským zdravotnickým pracovníkům, jak tento přístup používat a následně ještě zlepšit ošetrovatelskou péči tím, že pomohou pacientům dívat se na jejich nemoc jinými očima a zároveň jim umožní uvědomit si, jak by sami mohli přispět k procesu uzdravování sebe sama.

SEZNAM ZDROJŮ

1. ASBJORN, O. Faleide et al., 2010. *Vliv psychiky na zdraví. Soudobá psychosomatika*. Praha: Grada. 240 str. ISBN 82-450-0127-9.
2. AYERS, Susan, VISSER, Richard, 2015. *Psychologie v medicíně*. Praha: Grada. 568 str. ISBN 978-80-247-5230-3.
3. BAIEROVÁ, Aneta, 2015. *Abreakce: zbytečná bolest, nebo účinná léčba?* Psychologie.cz. [online]. Praha, 21. 1. 2015. [citace 20. 1. 2017]. Dostupné z: <https://psychologie.cz/abreakce-zbytecna-bolest-nebo-ucinna-lecba/>
4. BOUČEK, Jaroslav a kol., 2006. *Lékařská psychologie*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. 141 str. ISBN 80-244-1501-1.
5. CASEMORE, Roger, 2008. *Na osobu zaměřená psychoterapie*. Praha: Portál. 152 str. ISBN 978-80-7367-454-0.
6. ČADILOVÁ, Olga. 2011. *Psychoterapeutický přístup v práci sestry*. [online]. Mladá Boleslav: Střední zdravotnická škola, 2011. [citace 15. 1. 2017]. Dostupné z: http://www.szsmb.cz/admin/upload/sekce_materialy/Psychoterapeutick%C3%BD_p%C5%99%C3%ADstup.pdf
7. ČECHOVÁ, Věra, ROZSYPALOVÁ, Marie, 1992. *Obecná psychologie pro SZŠ*. Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR. 105 str. ISBN 80-7013-124-1.
8. DAHLKE, Rüdiger, 2000. *Nemoc jako symbol*. Praha: Pragma. 459 str. ISBN 80-7205-615-8.
9. DAHLKE, Rüdiger, KAESEMAN, Vera, 2011. *Nemoc jako řeč dětské duše*. Olomouc: Fontána. 519 str. ISBN 978-80-7336-630-8.
10. DANZER, Gerhard, 2001. *Psychosomatika: celostný pohled na zdraví těla i duše*. Praha: Portál. 248 str. ISBN 80-7178-456-7.
11. DOENGES, Marilyn, E., MOORHOUSE, Mary, Frances, 2001. *Kapesní průvodce zdravotní sestry*. 2. přeprac. a rozšíř. vydání. Praha: Grada. 568 str. ISBN 80-247-0242-8.
12. FREI, Jří, LOUDOVÁ, Soňa, 2013. *Manuál pro zpracování diplomové práce*. Plzeň: Západočeská univerzita v Plzni. 56 str. ISBN 978-80-261-0167-3.
13. FRIEDMAN, Howard, S., SCHUSTACK, Miriam, W., 2004. *Persönlichkeitspsychologie und Differentielle Psychologie*. 2. akt. vyd. München: Pearson Studium. 768 str. ISBN 978-3-8273-7105-8.

14. GABURA, Ján, PRUŽINSKÁ, Jana. 1995. *Poradenský proces*. Praha: Sociologické nakladatelství. 147 str. ISBN 80-85850-10-9.
15. GULÁŠOVÁ, Ivica a kol., 2012. Zvládání strachu pacienta před operací. *Sestra*. Praha: Mladá fronta, **22** (2), 42-43. ISSN 1210-0404.
16. HEUPER, Bert, 2010. *Rakovina jako řeč duše*. Olomouc: Fontána. 213 str. ISBN 978-80-7336-563-9.
17. HONZÁK, Radkin, 2016. Je změna možná? Terapeutická smlouva a některé prvky edukace. *Psychosom: časopis pro psychosomatickou a psychoterapeutickou medicínu*. Liberec: Středisko komplexní terapie psychosomatických poruch, **16** (1-2), 47-54. ISSN 2336-7741.
18. HOPF, Hans, 2016. *Když děti často stůňou: psychosomatika pro rodiče*. Praha: Portál. 168 str. ISBN 978-80-262-1010-8.
19. CHVÁLA, Ladislav et al., 2015. *Psychosomatické poruchy a lékařsky nevysvětlitelné příznaky. Doporučené diagnostické a terapeutické postupy pro všeobecné praktické lékaře*. 1. vyd. Praha: Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP. 16 str. ISBN 978-80-86998-84-8.
20. CHVÁLA, Ladislav, 2009. Dvacetiletá zkušenost s léčbou pacientů s psychosomatickou poruchou ve Středisku komplexní terapie v Liberci. *Psychosom: časopis pro psychosomatickou a psychoterapeutickou medicínu*. Liberec: Středisko komplexní psychoterapie, **7** (2), 93-103. ISSN 2336-7741.
21. IRMIŠ, Felix, 2014. *Stres mezi lékařem, pacientem a zdravou osobou*. Praha: Galén. 139 str. ISBN 978-80-7492-130-8.
22. JAKUBŮ, Jiří, 2011. Nezdár v psychoterapii. *Psychoterapie*. Brno: Fakulta sociálních studií Masarykovy univerzity, **5** (3-4), 162-165. ISSN 1802-3983.
23. JIČÍNSKÁ, Kateřina. 2007. Vzdělávání v psychoterapii a psychoterapeutickém přístupu. *Sestra*. [online]. Praha: Mladá fronta, 2007, **17** (11), 16. [citace 17. 1. 2017]. Dostupné z: <http://zdravi.euro.cz/clanek/sestra/vzdelavani-v-psychoterapii-a-psychoterapeutickem-pristupu-329816>
24. JOBÁNKOVÁ, Marta a kol., 1996. *Vybrané problémy psychologie zdravotnické činnosti*. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví. 215 str. ISBN 80-7013-209-4.

25. KANTOROVÁ, Zuzana, 2008. *Psychosomatický obraz nemoci*. Brno: 2008. Bakalářská práce. Masarykova univerzita. Lékařská fakulta. Vedoucí práce: PhDr. Andrea Pokorná.
26. KARR-MORSE, Robin, WILEY, Meredith, 2013. *Zraněné dětství. Vliv dětského traumatu na onemocnění v dospělosti*. Praha: Triton. 359 str. ISBN 978-80-7387-642-5.
27. KELNAROVÁ, Jarmila, MATĚJKOVÁ, Eva, 2010. *Psychologie 1. díl pro studenty zdravotnických oborů*. Praha: Grada. 162 str. ISBN 978-80-247-3270-1.
28. KELNAROVÁ, Jarmila, MATĚJKOVÁ, Eva, 2014. *Psychologie 2. díl pro studenty zdravotnických oborů*. Praha: Grada. 120 str. ISBN 978-80-247-3600-6.
29. KLÍMOVÁ, Jarmila, FIALOVÁ, Michaela, 2015. *Proč (a jak) psychosomatika funguje? Nemoc začíná v hlavě? Každý příběh má řešení*. Praha: Progressive consulting. 246 str. ISBN 978-80-260-8208-8.
30. KOBLIC, Karel, 2012. Výkon psychoterapie: legální a nelegální. *Psychoterapie*. Brno: Fakulta sociálních studií Masarykovy univerzity, **6** (3-4), 220-221. ISSN 1802-3983.
31. KOMÁREK, Stanislav, 2005. *Spasení těla: moc, nemoc a psychosomatika*. Praha: Mladá fronta. 152 str. ISBN 80-204-1287-5.
32. KOPŘIVA, Karel. 2013. *Lidský vztah jako součást profese*. Praha: Portál. 152 str. ISBN 978-80-262-0528-9.
33. KRÁSOVÁ, Dana, 2009. Když stůně duše. *Florence*. Praha: Ambit Media, **5** (12), 41. ISSN 1801-464X.
34. KROCZKOVÁ, Iveta. 2009. *Efekt psychoterapie z pohledu sestry*. České Budějovice: 2009. Bakalářská práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Zdravotně sociální fakulta. Vedoucí práce: Mgr. Václav Šnorek.
35. KRUTILOVÁ, Dagmar, 2014. *Poradenský proces v sociální práci*. 2. rozšíř. a uprav. vyd. [online]. Benepal, 2014. [citace 20. 1. 2017]. Dostupné z: http://www.benepal.cz/files/project_5_file/Poradensky-proces.pdf
36. KRZEMIEŇOVÁ, Antonie, 2012. *Síla myšlenky III. Nemoci z emocí*. Praha: Grada. 192 str. ISBN 978-80-247-4408-7.
37. KRZEMIEŇOVÁ, Antonie, 2012. *Síla myšlenky IV. Emocí k nemoci*. Praha: ESP, spol. s.r.o. 184 str. ISBN 978-80-260-2841-3.

38. KŘIVOHLAVÝ, Jaro, 2002. *Psychologie nemoci*. Praha: Grada. 200 str. ISBN 80-247-0179-0.
39. KŘIVOHLAVÝ, Jaro, 2003. *Psychologie zdraví*. 2. vyd. Praha: Portál. 279 str. ISBN 80-7178-774-4.
40. MACHÁČKOVÁ, Kateřina, 2009. Psoriáza-současné možnosti léčby. *Sestra*. Praha: Mladá fronta, **19** (4), 54-55. ISSN 1210-0404.
41. MASTILIAKOVÁ, Dagmar, 2007. *Holistické přístupy v péči o zdraví*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. 164 str. ISBN 978-80-7013-457-3.
42. MATĚJKOVÁ, Iva. 2011. *Psychosomatika v geriatrické ošetrovatelské péči*. Brno: 2011. Diplomová práce. Masarykova univerzita. Lékařská fakulta. Vedoucí práce: Mgr. Petra Juřeníková, Ph. D.
43. MIKULÁŠTÍK, Milan. 2010. *Komunikační dovednosti v praxi*. 2., dopl. a přeprac. vyd. Praha: Grada. 328 str. ISBN 978-80-247-2339-6.
44. MINIBERGEROVÁ, Lenka, DUŠEK, Jiří, 2006. *Vybrané kapitoly z psychologie a medicíny pro zdravotníky pracující se seniory*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. 67 str. ISBN 80-7013-436-4.
45. MOORE, Thomas, 2010. *Léčebná péče o duši: průvodce procesem uzdravení celé osobnosti*. Praha: Portál. 240 str. ISBN 978-80-7367-782-4.
46. NAKONEČNÝ, Milan, 2015. *Obecná psychologie*. Praha: Triton. 662 str. ISBN 978-80-7387-929-7.
47. NYKL, Ladislav. 2004. *Pozvání do rogersovské psychologie. Přístup zaměřený na člověka*. Brno: Barrister a Principal. 139 str. ISBN 80-86598-69-1.
48. PELIKÁNOVÁ, Iva, 2011. Rogersovský přístup v humanizaci ošetrovatelství. *Sestra*. Praha: Mladá fronta, **21** (4), 28-29. ISSN 1210-0404.
49. PONĚŠICKÝ, Jan, 2010. *Psychosomatické lékařství*. Praha: Pražská vysoká škola psychosociálních studií. 68 str. ISBN 978-80-904541-8-7.
50. PONĚŠICKÝ, Jan, 2012. *Neurózy, psychosomatické onemocnění a psychoterapie*. 3. vyd. Praha: Triton. 220 str. ISBN 978-80-7387-547-3.
51. PONĚŠICKÝ, Jan, 2014. *Psychosomatika pro lékaře, psychoterapeuty i laiky*. 2. dopl. vyd. Praha: Triton. 167 str. ISBN 978-80-7387-804-7.

52. PORCELLI, Piero, RAFANELLI, Chiara, 2010. Criteria for Psychosomatic Research (DCPR) in the Medical Setting. *Current Psychiatry Reports*, **12** (3), 246-254. DOI: 10. 1007/s11920-010-0104-z.
53. PRAŠKO, Ján a kol., 2002. *Somatoformní poruchy*. Praha: Galén. 160 str. ISBN 80-7262-159-9.
54. PRAŠKO, Ján a kol., 2010. *Psychické problémy u somaticky nemocných a základy lékařské psychologie*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. 430 str. ISBN 978-80-244-2365-4.
55. PRAŠKO, Ján, 2009. Kognitivně-behaviorální terapie a její integrativní síla. *Psychoterapie*. Brno: Fakulta sociálních studií Masarykovy univerzity, **3** (2), 108-113. ISSN 1802-3983.
56. RAITER, Tomáš, 2016. Měření kvality zdravotní péče prostřednictvím zkušenosti pacientů. Závěrečná zpráva. *Kvalita očima pacientů*. [online]. Plzeň: Fakultní nemocnice. [citace 1. 3. 2017]. Dostupné z: http://www.fnplzen.cz/sites/default/files/informace_o_hospodareni_a_kvalite_poskytovane_pece/zprava_16.pdf
57. RAUDENSKÁ, Jaroslava, JAVŮRKOVÁ, Alena, 2011. *Lékařská psychologie ve zdravotnictví*. Praha: Grada. 304 str. ISBN 978-80-247-2223-8.
58. ROGERS, Carl, R. 1998. *Způsob bytí: klíčová témata humanistické psychologie z pohledu jejího zakladatele*. Praha: Portál. 296 str. ISBN 80-7178-233-5.
59. ROSENDAL, Marianne. 2013. *Functional disorders: Clinical guideline for general practice* [online]. Kobehavn: Danish College of General Practicioners, 2013. [citace 4. 7. 2016]. Dostupné z: <http://funktionellelidelser.dk/fileadmin/www.funktionellelidelser.au.dk/P>.
60. RŮŽIČKA, Jiří. 2006. *Psychosomatický přístup k člověku*. Praha: Triton. 316 str. ISBN 80-7254-750-X.
61. ŠLAISOVÁ, Ivana. 2006. Komunikace v ošetrovatelství. 2. díl: Úzkost a strach pacienta. *Florence*. Praha: Galén, **2** (1), 45-46. ISSN 1801-464X.
62. TEMPLEMORE, Vernon. 1998. *Nemoc jako cesta ke zdraví: holistický pohled na život a zdraví*. Ostrava: OLDAG. 156 str. ISBN 80-85954-48-6.
63. TÓTHOVÁ, Valérie. 2006. Zhodnocení zdravotního stavu klienta/pacienta v ošetrovatelském procesu. *Florence*. Praha: Galén, **2** (5), 44-47. ISSN 1801-464X.

64. TRESS, Wolfgang, KRUSSE, Johannes, OTT, Jürgen. 2008. *Základní psychosomatická péče*. Praha: Portál. 400 str. ISBN 978-80-7367-309-3.
65. VENGLÁŘOVÁ, Martina, MAHROVÁ, Gabriela. 2006. *Komunikace pro zdravotní sestry*. Praha: Grada. 144 str. ISBN 80-247-1262-8.
66. VINAY, Joshi. 2007. *Stres a zdraví*. Praha: Portál. 160 str. ISBN 978-80-7367-211-9.
67. VLACHOVÁ, Dominika, 2008. *Psychoterapie v kompetenci všeobecné sestry*. Praha: 2008. Bakalářská práce. Univerzita Karlova v Praze. 2. lékařská fakulta. Vedoucí práce: PhDr. Marie Hlaváčová.
68. VOGELTANZ, Vladimír. 1997. *Co s doktorem: Cesta etikoterapie*. Olomouc: Fontána. 139 str. ISBN 80-86179-01-X.
69. VOSÁTKOVÁ, Karolína, HOUDKOVÁ, Alena. 2008. Psychologie nemocného v před a pooperačním období. *Sestra*. Praha: Mladá fronta, **18** (7-8), 63. ISSN 1210-0404.
70. VYBÍHALOVÁ, Lenka. 2012. Komunikace a spolupráce s rodinou nemocného. *Sestra*. Praha: Mladá fronta, **22** (11), 30. ISSN 1210-0404.
71. VYMĚTAL, Jan a kol., 2004. *Obecná psychoterapie*. 2. rozšíř. a akt. vyd. Praha: Grada, 2004. 340 str. ISBN 80-247-0723-3.
72. VYMĚTAL, Jan, 2003. *Úvod do psychoterapie*. 2. akt. vyd. Praha: Grada. 264 str. ISBN 80-247-0253-3.
73. VYMĚTAL, Jan. 2010. *Úvod do psychoterapie*. 3. akt. a dopl. vyd. Praha: Grada. 288 str. ISBN 978-80-247-2667-0.
74. WEBER, Janice, Gautier. 2011. *Individual and family Stress and Crises*. London: Sage Publications, Inc. 272 str. ISBN 978-1-4129-3691-0.
75. ZACHAROVÁ, Eva, HERMANOVÁ, Miroslava, ŠRÁMKOVÁ, Jaroslava. 2007. *Zdravotnická psychologie – teorie a praktická cvičení*. Praha: Grada. 232 str. ISBN 978-80-247-2068-5.
76. ZACHAROVÁ, Eva. 2010. Sestra a senioři v ošetrovatelském procesu. *Sestra*. Praha: Mladá fronta, **20** (12), 40-42. ISSN 1210-0404.
77. ZEDNÍKOVÁ, Milena. 2008. Sestra a naslouchání. *Florence*. Praha: Galén, **4** (7-8), 259-260. ISSN 1801-464X.

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1 Příklady holistického přístupu.....	72
Tabulka 2 Čas věnovaný rozhovoru s pacientem.....	76
Tabulka 3 Prvky psychoterapie při péči o pacienty.....	80
Tabulka 4 Nevýhody psychotherapeutického přístupu.....	82
Tabulka 5 Testování hypotézy č. 1.....	88
Tabulka 6 Hodnocení dílčího cíle č. 1.....	89
Tabulka 7 Testování hypotézy č. 2.....	90
Tabulka 8 Hodnocení dílčího cíle č. 2.....	91
Tabulka 9 Testování hypotézy č. 3.....	92
Tabulka 10 Hodnocení dílčího cíle č. 3.....	93
Tabulka 11 Testování hypotézy č. 4.....	94
Tabulka 12 Testování hypotézy č. 5.....	96

SEZNAM GRAFŮ

Graf 1 Pracoviště respondentů.....	58
Graf 2 Dosažené vzdělání.....	59
Graf 3 Délka praxe ve zdravotnictví.....	60
Graf 4 Věk respondentů.....	61
Graf 5 Pohlaví respondentů.....	62
Graf 6 Pojem psychosomatika.....	63
Graf 7 Psychosomatická onemocnění.....	64
Graf 8 Pacienti s psychosomatickým onemocněním.....	65
Graf 9 Podíl na vzniku psychosomatických onemocnění.....	60
Graf 10 Charakteristika osob s infarktem myokardu.....	67
Graf 11 Výběr terapie.....	68
Graf 12 Co znamená holistický přístup.....	69
Graf 13 Základ holistické ošetrovatelské péče.....	70
Graf 14 Využívání holistického přístupu.....	71
Graf 15 Využití holistického přístupu.....	73
Graf 16 Kladný přístup zdravotníka.....	74
Graf 17 Poskytování psychické podpory.....	75
Graf 18 Zaměření ošetrovatelské péče.....	77
Graf 19 Psychologický přístup.....	78
Graf 20 Psychoterapeutické prvky v ošetrovatelské péči.....	79
Graf 21 Pravidla aktivního naslouchání.....	81
Graf 22 Psychologické intervence v ošetrovatelské péči.....	83
Graf 23 Uplatnění intervencí ve zdravotnictví.....	84
Graf 24 Dostatek informací.....	85
Graf 25 Zájem o vědomosti.....	86

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obrázek 1 Nejčastější poruchy splňující podmínky psychosomatického onemocnění	14
Obrázek 2 Predisponující, vyvolávající a udržující faktory MUS.....	22
Obrázek 3 Nejčastější projevy MUS	23
Obrázek 4 Deset nejčastějších drobných denních potíží a radostí.....	32
Obrázek 5 Základní prvky terapeutické komunikace	42

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

FN – Fakultní nemocnice

H - hypotéza

ICHS – ischemická choroba srdeční

KBT – kognitivně-behaviorální terapie

MUS – Medically Unexplained Symptoms (lékařsky nevysvětlitelné příznaky)

NELZP – nelékařský zdravotnický pracovník

PN – pracovní neschopnost

SZŠ – Střední zdravotnická škola

USA – Spojené státy americké

VOŠ – Vyšší odborná škola

VŠ – Vysoká škola

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha 1 Rešerše ke zkoumanému problému

Příloha 2 Dotazník životních událostí

Příloha 3 Psychologické intervence ve zdravotnictví

Příloha 4 Pravidla produktivního chování sestry

Příloha 5 Povolení sběru informací ve FN Plzeň

Příloha 6 Dotazník pro nelékařské zdravotnické pracovníky

Příloha 7 Desatero holistického přístupu k pacientům

Příloha 8 Přehled nevhodného chování zdravotníků v rámci psychotherapeutického přístupu

Příloha 1 Rešerše ke zkoumanému problému

Téma

Psychosomatika jako holistický pohled na zdraví těla a duše

Použité elektronické informační zdroje

- Pub Med
- Medvik
- Pro Quest
- EBSCO
- Science Direct
- Specializovaná knihovna NCO NZO
- Centrální katalog Univerzity Karlovy v Praze

Klíčová slova

- Psychosomatika
- Psychosomatická onemocnění
- Psychosomatické poruchy
- Celostní medicína
- Holismus

Formulace dotazu v jednotlivých databázích

- Psychosomatika
- Psychosomatics
- Psychosomatic illness
- Holismus

Výsledky hledání

Medvik:

1.

TI: Psychosomatika v pediatrii

AU: Branna, Barbora

CI: Vox paediatricae : časopis praktických dětských lékařů. 2015, roč. 15, č. 6, s. 16-17.

ISSN: 1213-2241.

LA: cze RT: články

SG: NLK: B 1840; neváz. 709 a

AN: bmc15037883 DT: 201512

2.

TI: Psychosomatika pro lékaře, psychoterapeuty i laiky: souvislosti mezi zvládáním životních problémů, tělesným zdravím a nemocí

AU: Poněšický, Jan, 1943-

PU: 2., dopl. vyd. Praha: Triton, 2014. 167 s.; 17 cm.

LA: cze RT: monografie, knihy

PT: monografie

IN: ISBN: (OCoLC)903090183; 978-80-7387-804-7

SG: NLK: K 90278

AN: MED00185383 DT: 150220

3.

TI: Psychosomatika v dermatologii

AU: Turčeková, L.

CI: PsychoSom : bulletin zájemců o psychosomatickou problematiku v medicíně. 2012, roč. 10, č. 2, s. 84-92. ISSN: 1214-6102. Literatura

LA: slo RT: články

PT: kazuistiky

SG: NLK: A 4192; neváz. 595

LI: <http://www.psychosom.cz/>

AN: bmc12022710 DT: 201208

4.

TI: Psychosomatika: celostný pohled na zdraví těla i duše

AU: Danzer, Gerhard, 1956- — Höllgeová, Renata

PU: Vyd. 2. Praha: Portál, 2010. 244 s.; 21 cm.

LA: cze RT: monografie, knihy

PT: populární práce

IN: ISBN: 978-80-7367-718-3; (OCoLC)649799888

SG: NLK: K 73579

LI: http://toc.nkp.cz/NKC/201006/contents/nkc20102090731_1.pdf - obsah

AN: MED00180478 DT: 100315

5.

TI: Vliv psychiky na zdraví: soudobá psychosomatika

AU: Faleide, Asbjorn O. — Lian, Lilleba B. — Faleide, Eyolf Klæboe

PU: Vyd. 1. Praha: Grada, 2010. 240 s.: il.; 21 cm.

LA: cze RT: monografie, knihy

PT: učebnice

IN: ISBN: 978-80-247-2864-3; (OCoLC)655155649

SG: NLK: K 85911

LI: http://toc.nkp.cz/NKC/201007/contents/nkc20102107670_1.pdf - obsah

AN: MED00170676 DT: 100521

6.

TI: Bolesti hlavy – aneb psychosomatika v praxi

AU: Závodská, Gabriela

AD: FN USA, ORZL, odd. rodinných a závodních lékařů, Brno

CI: Practicus : odborný časopis praktických lékařů. 2009, roč. 8, č. 3, s. 33. ISSN: 1213-8711.

LA: cze RT: články

PT: kazuistiky

SG: NLK: B 2315; neváz. 1066

LI: <http://web.practicus.eu/sites/cz/Archive/practicus09-03.pdf>

AN: bmc09004828 DT: 200912

7.

TI: Tělesné prožívání a psychosomatika

AU: Drozd, Milan

CI: Psychoterapie: praxe - inspirace - konfrontace. 2008, roč. 2, č. 1, s. 17-20. ISSN: 1802-3983. Lit.:7

LA: cze RT: články

PT: kazuistiky

SG: NLK: A 4213; neváz. 614 b

AN: bmc07512116 DT: 200811

8.

TI: Spasení těla: moc, nemoc a psychosomatika

AU: Komárek, Stanislav, 1958 srpen 6.-

PU: 1. vyd. Praha: Mladá fronta, 2005. 146 s.: il.; 20 cm.

LA: cze RT: monografie, knihy

PT: eseje

IN: ISBN: 80-204-1287-5

SG: NLK: K 79113

AN: MED00121136 DT: 051118

9.

TI: Psychosomatika ve zdraví a nemoci

AU: Nouza, Martin, 1961- — Nouzová, Alena

CI: Osobní lékař: rádce na cestu dlouhým a úspěšným životem: měsíčník odborně garantovaný ČLK. 2004, Roč. 4, č. 9, s. 30-32. ISSN: 1213-2470.

LA: cze RT: články

SG: NLK: B 2261; neváz. 1093

AN: bmc05005032 DT: 200506

10.

TI: Psychosomatická onemocnění v dermatologii

AU: Selerová, Marie

AD: Kožní ambulance, poliklinika, Nový Jičín

CI: Lékařské listy: prevence - diagnostika - terapie - péče - teorie - praxe : příloha Zdravotnických novin. 2006, roč. 55, č. 11, s. 33.

LA: cze RT: články

SG: NLK: B 566; neváz. 940

AN: bmc06008582 DT: 200609

ProQuest:

11.

Psychosomatic symptom profiles in patients with restless legs syndrome

Kim, Jung Bin; Koo, Yong Seo; Eun, Mi-yeon; Park, Kun-woo; Jung, Ki-young. Sleep and Breathing 17.3 (Sep 2013): 1055-61.

12.

Psychosomatic Illnesses and Addiction to Prescription Drugs

M2 Presswire [Coventry] 24 Sep 2015.

13.

The relevance of the philosophical 'mind-body problem' for the status of psychosomatic medicine: a conceptual analysis of the biopsychosocial model

Van Oudenhove, Lukas; Cuypers, Stefaan. Medicine, Health Care, and Philosophy 17.2 (2014): 201-213.

EBSCO:

14.

Alexithymia in the medically ill. Analysis of 1190 patients in gastroenterology, cardiology, oncology and dermatology.

Autoři: Porcelli, Piero¹ piero.porcelli@irccsdebellis.it Guidi,

Jenny² Sirri, Laura² Grandi, Silvana² Grassi, Luigi³ Ottolini, Fedra⁴ Pasquini, Paolo⁵ Picardi,
Angelo⁶ Rafanelli, Chiara² Rigatelli, Marco⁴ Sonino, Nicoletta^{7,8,9} Fava, Giovanni Andrea^{2,7}

Zdroj: General Hospital Psychiatry. Sep/Oct2013, Vol. 35 Issue 5, p521-527. 7p.

Typ dokumentu: Article

ISSN: 0163-8343

DOI: 10.1016/j.genhosppsy.2013.04.005

Systémové číslo: 90203558

Databáze: Academic Search Complete

15.

P01-36 - Depression and psychosomatic diseases.

Autoři: Gabos Grecu, M.¹Gabos Grecu, I.²Moica, T.¹Vesa, A.¹Gabos Grecu, C.³

Zdroj: European Psychiatry. Jan2010 Supplement 1, Vol. 25, p256-256. 1p.

Typ dokumentu: Abstract

ISSN: 0924-9338

DOI: 10.1016/S0924-9338(10)70255-8

Systémové číslo: 51412203

Databáze: Academic Search Complete

16.

Titul: P01-377 - Psychosomatic diseases and depression with general practice physicians.

Autoři: Ilic, N.¹

Zdroj: European Psychiatry. Mar2011 Supplement 1, Vol. 26, p380-380. 1p.

Typ dokumentu: Abstract

Afilie autora: Psychiatri, Health Centre -Nis, Nis, Serbia

ISSN: 0924-9338

DOI: 10.1016/S0924-9338(11)72088-0

Systémové číslo: 60553737

Databáze: Academic Search Complete

Science Direct:

17.

Psychosomatics

Volume 57, Issue 1, January–February 2016, Pages 113–114

Letter to the Editor

Drugs, Dreams, and Psychosomatics

Don R. Lipsitt, M.A., M.D.

Department of Psychiatry, Harvard Medical School, Cambridge Health Alliance, Boston, MA

Available online 11 November 2015

doi:10.1016/j.psym.2015.11.004

PubMed:

18.

Inpatient Cognitive Behaviour Therapy for Anorexia Nervosa: A Randomized Controlled Trial

Riccardo Dalle Grave, Simona Calugi, Maddalena Conti, Helen Doll, Christopher G. Fairburn

Psychother Psychosom. 2013 October; 82(6): 390–398. Published online 2013 September 20. doi: 10.1159/000350058

PMCID: PMC3884188

Specializovaná knihovna NCO NZO:

19.

Název Vliv psychiky na zdraví: soudobá psychosomatika

Autor Asbjorn O. Faleide (autor); Lilleba B. Lian (autor); Eyolf K. Faleide (autor)

Jazyk cze

Rozsah 239 s.

Vydání 1. vyd.

ISBN 978-80-247-2864-3

Nakl. údaje Grada: Praha, 2010

20.

Název Základní psychosomatická péče

Autor Wolfgang Tress (autor); Johannes Krusse (autor); Juergen Ott (autor)

Jazyk cze

Rozsah 394 s.

Vydání 1. vyd.

ISBN 978-80-7367-309-3

Nakl. údaje Portál: Praha, 2008

21.

Název Když duše mluví řečí těla: stručný přehled psychosomatiky

Autor Hans Morschitzky (autor); Sigrid Sator (autor)

Jazyk cze

Rozsah 184 s.

Vydání 1. vyd.

ISBN 978-80-7367-218-8

Nakl. údaje Portál: Praha, 2007

22.

Název Psychosomatický přístup k člověku

Autor Jiří Růžička (editor)

Jazyk cze

Rozsah 316 s.

Vydání 1. vyd.

ISBN 80-7254-750-X

Nakl. údaje Triton: Praha, 2006

23.

Název Agrese jako šance: Psychická podstata zdravotních problémů a onemocnění

Autor Ruediger Dahlke (autor)

Jazyk cze

Rozsah 445 s.
Vydání 1. vyd.
ISBN 80-249-0546-9
Nakl. údaje Euromedia Group - Knižní klub: Praha, 2005

24.
Název Psychosomatika pro lékaře, psychoterapeuty i laiky: souvislosti mezi zvládním životních problémů, tělesným zdravím a nemocí
Autor Jan Poněšický (autor)
Jazyk cze
Rozsah 167 s.
Vydání 2. dopl. vyd.
ISBN 978-80-7387-804-7
Nakl. údaje Triton: Praha, 2014

25.
Název Zásady prevence a psychoterapie neurotických a psychosomatických onemocnění: specifita nespecifických účinných faktorů v psychoterapii
Autor Jan Poněšický (autor)
Jazyk cze
Rozsah 116 s.
Vydání 1. vyd.
ISBN 978-80-7387-518-3
Nakl. údaje Triton: Praha, 2011

26.
Název Psychosomatické aspekty kardiovaskulárních onemocnění
Autor Eva Morovicsová (autor)
Jazyk slo
Rok vydání 2009
Periodikum Sestra a lékař v praxi, Roč. 8, č. 9-10, s. 20-21, ISSN 1335-9444

27.
Název Holistické přístupy v péči o zdraví
Autor Dagmar Mastiliaková (autor)
Jazyk cze
Rozsah 164 s.
Vydání 2. nezměn. vyd. Dotisk
ISBN 978-80-7013-457-3
Nakl. údaje NCO NZO: Brno, 2010

28.

Název Výchova ke zdraví: vybrané kapitoly
Autor Libuše Čeledová (autor); Rostislav Čevela (autor)
Jazyk cze
Rozsah 126 s.
Vydání 1.vyd.
ISBN 978-80-247-3213-8
Nakl. údaje Grada: Praha, 2010

Centrální katalog Univerzity Karlovy v Praze:

29.

[Č.záznamu: [001582285]
Karr-Morse, Robin
Zraněné dětství: vliv dětského traumatu na onemocnění v dospělosti / Robin Karr-Morseová, Meredith S. Wileyová ; přeložila Eva Klimentová. -- Vyd. 1.. -- Praha : Triton, 2013. -- 359 s. ; 20 cm
ISBN 978-80-7387-642-5 (brož.)
Název orig.: Scared sick
Přeloženo z angličtiny
Obsahuje bibliografické odkazy a rejstřík

30.

[Č.záznamu: [001133565]
Novotný, Petr, 1947 květen 13.-
Filozofie nemocí: uzdravování psychickými prostředky / Petr Novotný. -- Vyd. 1.--
Liberec: Dialog, 2009. -- 332 s.: il.; 21 cm
ISBN 978-80-86761-99-2 (váz.)
Obsahuje bibliografii

31.

[Č.záznamu: [001258419]
Bourbeau, Lise, 1941-
Význam nemocí: [komplexní kniha o metafyzice nemocí a zdravotních potíží] / Lise Bourbeau ; [překlad Martin Uvíra]. -- 1. vyd.. -- Bratislava: Eugenika, 2010. -- 500 s.; 20 cm
ISBN 978-80-8100-184-0 (brož.)
Název orig.: Ton corps dit: aime-toi!
Přeloženo z francouzštiny -- Obálkový podnázev: Fyzický blok, emocionální blok, duševní blok, duchovní blok -- Obsahuje rejstřík

Příloha 2 Dotazník životních událostí

Dotazník životních událostí dle Holmse a Rahe	Bodové hodnocení
Smrt partnera	100
Rozvod	73
Rozvrat manželství/dočasný rozchod	65
Uvěznění	63
Úmrtí blízkého člena rodiny	63
Vážný úraz nebo onemocnění	53
Sňatek	50
Ztráta zaměstnání	47
Usmíření nebo jiné závažné změny v manželství	45
Odchod do důchodu	45
Změna zdravotního stavu člena rodiny	44
Těhotenství	40
Sexuální obtíže	39
Přírůstek nového člena rodiny	39
Změna zaměstnání	39
Změna finančního stavu	38
Smrt blízkého přítele	37
Přeřazení na jinou práci	36
Závažné neshody s partnerem	35
Půjčka vyšší než 50 tis. Kč	31
Termín splatnosti půjčky	30
Změna odpovědnosti v zaměstnání	29
Syn nebo dcera opouští domov	29
Konflikty s tchánem, tchýní, snachou, zetěm	29
Mimořádný osobní čin či výkon	28
Manželka nastupuje nebo končí zaměstnání	26
Vstup do školy nebo její ukončení	26
Změna životních podmínek	25
Změna vlastních zvyklostí	24
Problémy a konflikt s nadřízeným	23
Změna pracovní doby nebo pracovních podmínek	20
Změna bydliště	20
Změna školy	20
Změna rekreačních aktivit	19
Změna církve	19
Změna sociálních aktivit	18
Půjčka menší než 50 tis.	17
Změna spánkových zvyklostí a režimu dne	16
Změny v širší rodině (úmrtí, sňatky, odchody)	15
Změny stravovacích zvyklostí	15
Dovolené	13
Vánoce	12
Přestupek (např. dopravní, pokuta)	11

Zdroj: Chvála, 2015

Příloha 3 Psychologické intervence ve zdravotnictví

Psychologická intervence	Cíle	Z čeho se skládá	Využití
Posouzení	Posoudit psychosociální potřeby jedince	Rozhovor a dotazníky k posouzení potřeb a duševního stavu pacienta	Těžké nebo chronické nemoci, které vyžadují multidisciplinární řízení
Zvládání bolesti	Pomoci pacientům zvládat bolest a zvýšit míru vlastní aktivity a duševní pohody	Informace o bolesti, techniky KBT, jako je sledování aktivity a bolesti, stanovení cílů, posilování pacientů	Chronická bolest bez ohledu na druh, např. bolesti zad, bolesti pánve, artróza atd.
Motivační rozhovor	Pomoci lidem změnit chování ohrožující jejich zdraví	Prozkoumání a pochopení současných přesvědčení a projevů chování jedince; usnadnění změny pomocí rozvinutí nesouladu mezi hodnotami a současným chováním jedince; rozvinutí víry, že změna je možná	Kouření, závislost na alkoholu a dalších drogách, poruchy příjmu jídla a deprese
Sebeřízení	Pomoci lidem zvládat nemoc a rekonvalescenci; zahrnuje dodržování léčby, rehabilitaci a zlepšování duševní pohody	Prozkoumání přesvědčení ve vztahu k nemoci, chování v nemoci a emocí; usnadnění změny na podporu dobrého řízení a zvládání nemoci pacientem	Chronické nemoci, např. roztroušená skleróza, diabetes, srdeční onemocnění, astma, syndrom dráždivého tračníku, artróza apod.
Propagace zdraví	Podpořit a propagovat zdraví a pozitivní chování lidí k vlastnímu zdraví; omezit chování, které zdraví ohrožuje	Osvěta a propagace zdraví prostřednictvím informací a intervencí k omezení těch typů chování, které ohrožují zdraví	Běžná populace, např. lidé, kteří využívají primární péči, navštěvují poradny pro těhotné, sexuologické poradny, odvykací centra pro kuřáky
Krizové intervence	Podpořit lidi v čase krize a pomoci jim přizpůsobit se a situaci zvládnout	Pomoc pacientům zpracovat, co se stalo, a podpora pozitivního přizpůsobení	Po diagnóze závažného onemocnění, jako je rakovina, nemoci srdce, roztroušená skleróza atd., v paliativní péči
Zvládání stresu	Pomoci lidem účinně zvládat stres	Osvěta o stresu; chápání a prolomení stresu, procesy hodnocení a reagování, prozkoumání adaptivnějších způsobů zvládání	Tam, kde stres zhoršuje stavy, jako v případě onemocnění srdce, premenstruační tenze, lékaři na vysoce stresových pozicích
Podpůrné skupiny	Umožnit kontakt s lidmi v podobné situaci a čerpat od nich podporu	Skupiny 6-12 osob s podobnými problémy, zpravidla vedené zdravotníkem	Skupiny osob např. s rakovinou, onemocněním srdce, po porodu mrtvého dítěte
Poradenství po ztrátě blízké osoby	Pomoci lidem vypořádat se ztrátou a zvládnout ji	Individuální nebo párové poradenství, které pomáhá lidem truchlit nad ztrátou a nalézt cesty, jak ji zvládnout	Ztráta blízké osoby, např. narození mrtvého dítěte, příbuzní umírajícího pacienta
Neuropsychologická rehabilitace	Diagnostikovat, léčit a rehabilitovat osoby po úrazu mozku s cílem omezit postižení a zvýšit kvalitu života	Zkoumání kognitivních, behaviorálních, emočních a sociálních funkcí, rehabilitace pomocí různých technik, např. stanovení cílů, nácvik dovedností a zvyšování uvědomění	Po úrazech mozku nebo při neurodegenerativních onemocněních, jako je demence

Zdroj: Ayers, Visser, 2015

Příloha 4 Pravidla produktivního chování sestry

- Uvedení nemocného do prostředí léčebného zařízení, vysvětlení neznámých věcí, poučení, které napomáhá celkové orientaci
- Úsilí o redukci záporných emocí (strachu, úzkosti, studu, beznaděje) prostředky, které má sestra k dispozici
- Upozornění a varování, která sledují pozitivní cíle (jak se vyhnout nepříjemnostem)
- Zainteresaný osobní vztah k nemocnému, projevy zájmu, vcítění, náklonnosti, sympatií
- Podpora a pomoc jako zdroj jistoty, že nemocný nestojí proti svým potížím osamocen
- Aktivní úsilí o spolupráci, dodávání odvahy, aktivizace nemocného jako protiklad apatie a izolace
- Průběžné udržování oboustranného kontaktu, vzájemná výměna informací mezi sestrou a nemocnými
- Vytváření ovzduší optimismu, smysl pro humor, vhodně zvolený žert a vtip
- Trpělivost a zájem vyslechnout monolog nemocného
- Ocenění snahy a úsilí nemocného

Tato nejdůležitější pravidla produktivního chování vůči nemocným jsou předpokladem k zajištění kvalitní ošetrovatelské péče a bezkonfliktních mezilidských vztahů.

Zdroj: Zacharová a kol., 2007

Příloha 5 Povolení sběru informací ve FN Plzeň

Vážená paní

Monika Bednářová, Bc.

Studentka oboru Ošetrovatelství ve vybraných klinických oborech

Fakulta zdravotnických studií - Katedra ošetrovatelství a porodní asistence

Západočeská univerzita v Plzni

Povolení sběru informací ve FN Plzeň

Na základě Vaší žádosti Vám jménem Útvaru náměstkyně pro ošetrovatelskou péči FN Plzeň **uděluji povolení** ke sběru dat pomocí dotazníku určeného nelékařským zdravotnickým pracovníkům, pracujícím na níže uvedených pracovištích FN Plzeň:

- *Kliniky – I. interní, II. interní, anestezie, resuscitace a intenzivní medicíny, chirurgická, neurologická, onkologická a radioterapeutická, otorinolaryngologická, pneumologie a ftizeologie, psychiatrická.*
- *Oddělení – anesteziologicko-resuscitační, chirurgické, interní, kardiochirurgické, kardiologické.*

Vaše šetření budete provádět – za níže uvedených podmínek - v souvislosti s vypracováním Vaší diplomové práce na téma „*Psychosomatika jako holistický pohled na zdraví těla a duše*“.

Podmínky, za kterých Vám bude umožněna realizace Vašeho šetření ve FN Plzeň:

- Vrchní sestry oslovených pracovišť souhlasí s Vaším šetřením.
- Osobně povedete svoje šetření.
- Vaše šetření nenaruší chod pracoviště ve smyslu provozního zajištění dle platných směrnic FN Plzeň, ochrany dat pacientů a dodržování Hygienického plánu FN Plzeň. Vaše šetření bude provedeno za dodržení všech legislativních norem, zejména s ohledem na platnost zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, v platném znění.
- Po zpracování Vámi zjištěných údajů **poskytnete Útvaru náměstkyně pro ošetrovatelskou péči FN Plzeň** závěry Vašeho šetření na níže uvedený e-mail, nejpozději k datu vaší obhajoby a budete se aktivně podílet na případné prezentaci výsledků Vašeho šetření na vzdělávacích akcích pořádaných FN Plzeň.

Toto povolení nezakládá povinnost zdravotnických pracovníků s Vámi spolupracovat, pokud by spolupráce s Vámi narušovala plnění pracovních povinností zaměstnanců, jejich soukromí či pokud by spolupráci s Vámi zaměstnanci pocítovali jako újmu. Účast zdravotnických pracovníků na Vašem šetření je dobrovolná a je vyjádřením ochoty ke spolupráci oslovených zaměstnanců FN Plzeň s Vámi.

Přeji Vám hodně úspěchů při studiu.

Mgr. Bc. Světluše Chabrová
manažerka pro vzdělávání a výuku NELZP
zástupkyně náměstkyně pro oš. péči

Útvar náměstkyně pro oš. péči FN Plzeň
tel.. 377 103 204, 377 402 207
e-mail: chabrovas@fnplzen.cz

17. 10. 2016

Příloha 6 Dotazník pro nelékařské zdravotnické pracovníky

Dobrý den,

jmenuji se Monika Bednářová a jsem studentkou 2. ročníku navazujícího magisterského studia Fakulty zdravotnických studií na Západočeské univerzitě v Plzni. Ráda bych Vás požádala o vyplnění tohoto dotazníku, který je součástí mé diplomové práce na téma: „Psychosomatika jako holistický pohled na zdraví těla a duše“.

Dotazník je zcela anonymní a jeho vyplnění je dobrovolné. Veškerá získaná data využiji pouze ke zpracování diplomové práce. U otázek vyberte, prosím, pouze jednu odpověď, pokud není uvedeno jinak.

Předem děkuji za ochotu a Váš cenný čas.

Bc. Monika Bednářová

1. Uveďte pracoviště, na kterém pracujete:

- Standardní lůžkové oddělení
- Lůžka akutní a intenzivní péče

2. Vaše nejvyšší dosažené vzdělání:

- SZŠ
- VOŠ
- VŠ

3. Délka Vaší praxe ve zdravotnictví:

- 0 – 5 let
- 6 – 10 let
- 11 – 15 let
- 16 – 20 let
- Více než 21 let

4. Uveďte Váš věk:

- 20-30 let
- 31-40 let
- 41-50 let
- 51-60 let
- Více než 60 let

5. Vaše pohlaví:

- Muž
- žena

6. Co si představíte pod pojmem psychosomatika?

- Vztah mezi tělesnou a duševní oblastí, celostný pohled na zdraví a nemoc
- Jednostranně zaměřený pohled na člověka a jeho zdraví, kdy se rozlišují psychosociální a biologické faktory vzniku, průběhu a léčby onemocnění
- Vliv emocionálních projevů pacienta na postoj zdravotníka

7. Jaká onemocnění patří mezi psychosomatická? (možno více odpovědí)

- Colitis ulcerosa a peptický vřed
- Astma bronchiale
- Infarkt myokardu a hypertenze
- Tyreotoxikóza

8. Setkáváte se na vašem pracovišti s pacienty s psychosomatickým onemocněním?

- Ano
- Ne
- Nevím

9. Co se podílí na vzniku a průběhu psychosomatického onemocnění? (možno více odpovědí)

- Osobnostní rysy jedince
- Trvalé citové napětí
- Strach, úzkost, stres

10. Co není charakteristické pro osoby s infarktem myokardu?

- Osobnost typu A, hyperaktivita, pocit neustálého tlaku, netrpělivost, impulzivita, podrážděnost, zaměření na výkon, touha po uznání, přehnaná soutěživost
- Osobnost typu B, klidný a optimistický postoj k životu, plný sebedůvěry, často inteligentní a ambiciózní, ale nedovolí, aby jeho aktivita byla sebezničující, odpočívá bez pocitu viny
- Dekompenzace, pocit nadbytečnosti, regulace vlastní hodnoty vynuceným odchodem do důchodu, rozpor mezi vlastní představou a podávaným výkonem

11. K jaké terapii byste přiřadil/a tvrzení: „Lidé, kteří jsou akceptováni a oceňováni, záhy začínají mít větší zájem o své vlastní self. Je-li lidem empaticky nasloucháno, umožní jim to mnohem spolehlivěji naslouchat proudu vnitřních zážitků.“

- Gestalt-terapie
- Kognitivně-behaviorální terapie
- Rogersovská psychoterapie
- Systemická terapie
- nevím

12. Co znamená holistický přístup?

- Celostný pohled na jedince
- Zaměření na tělesnou oblast jedince
- Zaměření na psychickou oblast jedince

13. Co je základem holistické ošetrovatelské péče?

- Spolupráce lékaře a sestry
- Spolupráce zdravotnického personálu, pacienta a jeho rodiny
- Spolupráce pacienta a jeho rodiny

14. Využíváte v rámci ošetrovatelského procesu holistického přístupu k pacientům?

- Ano, vždy
- Ano, někdy
- Ne. A proč.....
- Nevím

15. Uvedte konkrétní příklad, jak sám/a přistupujete k pacientovi holisticky (nevyplňujte, pokud jste v předchozí otázce odpověděl/a záporně).

.....
.....

16. Kdy by měl zdravotník využívat holistického přístupu? (možno více odpovědí)

- Při příjmu pacienta do zdravotnického zařízení
- Během léčby a ošetrovatelského procesu
- Při propouštění pacienta z hospitalizace

17. Myslíte si, že je pro pacienta důležitý kladný a vstřícný přístup zdravotníka?

- Ano, je velmi důležitý
- Důležitější než přístup je úspěšná terapie
- Na přístupu zdravotníka k pacientovi nezáleží

18. Poskytujete psychickou podporu svým pacientům?

- Ano
- Ne
- Není to důležité

19. Kolik času průměrně věnujete rozhovoru s pacientem během služby?

.....

20. Ošetrovatelská péče má být zaměřena především na uspokojení: (možno více odpovědí)

- Tělesných potřeb pacienta
- Sociálních potřeb pacienta
- Emocionálních, kognitivních i duchovních potřeb pacienta

21. Co znamená psychologický přístup k nemocnému:

- Zdravotník nechává pacienta samotného se svou nemocí a myšlenkami
- Zdravotník jedná s pacientem slušně, s úctou a porozuměním, vlídně trpělivě, laskavě
- Zdravotník klade důraz na dodržování práv a povinností pacienta

22. Co patří mezi psychoterapeutické prvky v ošetrovatelské péči?

- Empatie, respekt, porozumění individualitě pacienta, naslouchání, psychická podpora, pochopení, laskavost
- Direktivita, vyžadování poslušnosti, dodržování lékařského tajemství
- Dotazníky spokojenosti

23. Jaké prvky psychoterapie při péči o pacienty využíváte?

.....

.....

24. Co nepatří mezi pravidla aktivního naslouchání?

- Pozornost zaměřená na pacienta, zpětná vazba, otevřený postoj
- Občasné vyjádření nesouhlasu a odvedení pozornosti od tématu
- Akceptace pacienta, respekt, parafrázování řečeného, shrnutí

25. Má psychoterapeutický přístup v ošetrovatelské péči, dle Vašeho názoru, nějakou nevýhodu?

.....

.....

26. Jaké může zdravotník v rámci ošetrovatelské a léčebné péče uplatňovat psychologické intervence?
(možno více odpovědí)

- Posouzení psychosociálních potřeb jedince, propagace zdraví
- Krizové intervence, zvládání stresu, zvládání bolesti
- Poradenství, motivační rozhovor, navázání důvěry, porozumění

27. K čemu slouží psychologické intervence ve zdravotnictví? (možno více odpovědí)

- K řešení duševních problémů
- K podpoře fyzického a duševního zdraví
- Ke změně přístupu k vlastnímu zdraví
- K lepšímu zvládání obtížných a stresujících situací

28. Myslíte si, že máte dostatek informací z oblasti psychosomatiky a holistické péče?

- Ano, mám dostatek informací
- Mám málo informací
- Nemám žádné informace
- Nevím, nezajímám se o to

29. Měl/a byste zájem o získávání vědomostí v oblasti psychosomatiky a psychoterapie v ošetrovatelské péči?

- Ano, mám zájem
- Ne, nemám zájem
- Nevím, je mi to jedno

Desatero holistického přístupu k pacientům

Informace pro nelékařské zdravotnické pracovníky

Holistický přístup znamená celostný pohled na jedince, na celou jeho osobnost v dimenzi biologické, psychologické, sociální i duchovní. V období nemoci dochází u pacienta ke zvýšenému vnímání fyzických, duševních i duchovních stresových faktorů, které jsou jinak běžnou součástí našeho života. Pokud je zdravotníky akceptován holistický přístup, samozřejmě za aktivní spolupráce pacienta, je to správný směr k poskytování kvalitní péče o zdraví.

1. Při příjmu pacienta se zaměřte na důkladné odebrání komplexní ošetrovatelské anamnézy. Poznejte premorbidní osobnost člověka. V rámci ošetrovatelského procesu sestavte plány ošetrovatelské péče tak, aby uspokojily jeho tělesné, sociální, emocionální, kognitivní i duchovní potřeby. Už od prvního kontaktu s pacientem si vytvářejte takový terapeutický vztah, jehož základem bude pocit bezpečí a cílem pomoc pacientovi orientovat se v jeho situaci a mírnit negativní emoce.

2. Respektujte individualitu pacienta a podle toho k němu přistupujte. Pokud to bude možné, nedirektivním přístupem podporujte pacienta tak, aby začal věřit v sebe sama, ve své vlastní schopnosti a přebрал zodpovědnost za svůj život, jen tak se dosáhne trvalé kvalitativní změny. Pomocí komentáře postavte pacientův problém do nového světla, poukažte na nějaký pozitivní rys jeho potíží. Formou otázek mu umožněte ujasnit si, co by chtěl změnit. Za přispění rezonance opakujte to nejdůležitější z pacientova monologu, dejte najevo, že jste ho slyšeli a pochopili.

3. Redukujte pacientovy negativní emoce tím, že ho necháte vymluvit. Častými emocemi jsou strach, úzkost, obavy, beznaděj. Podpořte ho tak, že ho necháte reprodukovat jeho konflikty a problémy s odpovídajícím emocionálním doprovodem. Dochází tím k uvolnění citového napětí, které by jinak na organismus působilo škodlivě. U pacienta pak dojde k tomu, že se spontánně vypláče, vyhoví a následně pocítí úlevu bez toho, abyste mu jiným způsobem poskytovali pomoc, radu nebo doporučení.

4. Motivujte pacienta ke spolupráci a k aktivní účasti na léčbě. Vždy ho ale nezapomeňte pochválit za snahu, oceňte každý sebemenší náznak zlepšení jeho zdravotního stavu, ke kterému přispěl vlastní vůlí. Pomozte mu s přijetím nové situace v jeho nemoci a popište mu možnosti, které jeho zdravotní stav umožňuje.

5. Projevujte zájem o pacienta, o jeho prožívání, myšlenky a problémy. Probudte v něm pocit sounáležitosti, který může mít zásadní vliv na další vývoj léčby a na psychický stav nemocného. Při kontaktu s pacientem buďte trpěliví, snažte se, aby vycítil, že jste tu jen pro něho a máte na něj vymezený čas, aby posléze nabyl dojmu, že proti své nemoci nestojí sám. Všímejte si případných změn v chování pacienta a hledejte jejich příčiny.

6. Buďte empatičtí, snažte se pacientovi porozumět tím, že se vcítíte do jeho pocitů a prožitků. Zaměřte se na vnitřní svět pacienta a důvěřujte mu. Díky empatii můžete pochopit, co se v něm odehrává, co se skrývá za jeho slovy. Zároveň se ale vzdejte vlastního hodnocení.

7. Akceptujte pacienta. Znamená to, že ho budete bezvýhradně přijímat, respektovat a pohlížet na něj jako na bytost sobě rovnou. Váš postoj k němu by měl být založený na pozitivním hodnocení, které se neváže na žádné podmínky. Uznávejte pacienta jako osobnost, bez ohledu na jeho momentální chování. Respektujte právo pacienta na jeho názor, postoj nebo pocit a necitlivě nepodsouvejte názory své, ani nedokazujte, že vy jste tím moudřejším a máte rozhodující slovo.

8. Komunikujte s pacientem. Správnou komunikací mezi nemocným a Vámi lze předejít nejen mnohým konfliktním situacím, ale zvyšuje se díky ní též účinnost terapeutických zákroků a příznivý vliv na průběh nemoci. Při komunikaci zachovávejte důstojnost svou i pacientovu, vytvořte důvěrnou a bezpečnou atmosféru, aby pacient mohl vyjádřit svůj názor. Informace nemocnému podávejte stručně, v jasné a srozumitelné formě. Mluvte přirozeným jazykem tak, aby pacient rozuměl a nechte mu prostor pro zpětnou vazbu a dotazy. Důležitá je i neverbální komunikace, která zprostředkovává pocity člověka lépe než slova a pomocí ní mnohem snadněji můžete vyjadřovat emoce, povzbuzení či porozumění. Nezapomeňte, že správně vedená a účelná komunikace je často pilířem pro úspěšnou léčbu.

9. Naslouchejte pacientovi. Nejde ale jen o to, že uslyšíte, co pacient sděluje, ale také o to, že rozumíte a chápete jeho sdělení. Naučte se naladit na příjem informací od pacienta a vzdejte se touhy zasahovat ve chvíli, kdy on hovoří. Nevkládejte své vlastní názory, rady, komentáře nebo povzbuzující výroky. Naslouchání je velmi účinným terapeutickým prvkem i pro nezkoušené zdravotníky, kteří neumějí zatím ovládat správnou komunikaci.

10. Zapojte do ošetrovatelského procesu i rodinu nemocného. Kvalitní ošetrovatelská péče se neobejde bez úzké spolupráce s příbuznými, umožněte proto pacientovi kontakt s rodinou. Nemocný od svých blízkých očekává sociální oporu, pochopení, uklidnění či radu, často stačí jen fyzická přítomnost. Komunikace s rodinou je důležitým aspektem ošetrovatelské péče z biopsychosociálního hlediska.

<p>Přehled nevhodného chování v rámci psychoterapeutického přístupu k pacientům</p>
--

<p>Informace pro nelékařské zdravotnické pracovníky</p>
--

Sestra je zdravotnickým pracovníkem, který má zásluhu na příznivém zdravotním stavu pacienta. Pokud bude jednat s pacientem neúčelně, může to mít negativní vliv na jeho zdravotní stav po psychické i fyzické stránce. Vyhněte se proto chování, jako je:

1. Projevy nezájmu o pacienta, přehlížení, neochota spolupracovat
2. Sdělování nepravdivých nebo polopravdivých informací
3. Neochota naslouchat
4. Kritika nebo agresivní chování vůči nemocným
5. Poučování, vnucování vlastních názorů
6. Vymáhání projevů vděčnosti od nemocných, projevy nadřazenosti
7. Projevy lítosti, neúčelné utěšování
8. Odmítnutí žádosti o rozhovor
9. Nedostatečné uspokojování bio-psycho-sociálních potřeb pacienta
10. Nerespektování individuality pacienta
11. Nedostatek trpělivosti, vymlouvání se na nedostatek času
12. Neschopnost empatie a porozumění, neochota porozumět pacientovým prožitkům
13. Neschopnost akceptovat pacienta, nerespektování práva na jeho názor
14. Nedostatečná nebo neúčelná komunikace, negativní působení slova
15. Sdělování nesrozumitelných a nejasných informací, nedostatek informací
16. Neochota spolupracovat s rodinou nemocného, neumožnění kontaktu s příbuznými
17. Direktivní přístup
18. Neochota snižovat strach a bolest u nemocného
19. Omezení kontaktu s nemocným, neochota řešit jeho problémy, odmítavé chování
20. Zlehčování zdravotních potíží pacienta
21. Nedostatek podpory a uznání, strohost, uzavřenost
22. Odmítnutí psychické podpory nemocnému
23. Netaktní a neohleduplné chování
24. Neprofesionální přístup
25. Přílišná snaha pomoci s psychickými problémy a přebírání kompetencí odborného psychoterapeutického přístupu

