



Financováno
Evropskou unií
NextGenerationEU



Národní
plán
obnovy



Komunikace a narativní terapie s nevyléčitelně nemocnými pacienty a jejich blízkými

Mgr. Eva Šalenová

ADAPT UTB: **A**daptabilní, **D**igitální, **A**gilní, **P**rogresivní,
Transformace UTB ve Zlíně

reg. č. NPO_UTB_MSMT-16585/2022



Univerzita Tomáše Bati
Fakulta humanitních studií



CÍL PŘEDMĚTU

- Cílem předmětu je seznámit studenty s využitím narativní terapie v komunikaci s nevléčitelně nemocnými pacienty a jejich blízkými.
- Kurz se v první řadě zaměřuje na rozvoj praktických dovedností studentů v oblasti komunikace s pacientem a jeho blízkými v náročném prostředí paliativní péče. Cílem seminářů je rozšířit a prohloubit teoretické znalosti studentů v oblasti psychologické a psychiatrické péče o umírajícího pacienta.
- Cvičení jsou primárně věnována nácviku komunikačních dovedností vhodných pro práci s terminálně nemocným pacientem s ohledem na jeho věk, stav a životní situaci.
- Studenti se naučí efektivně využívat kreativní narativní techniky v dialogu s pacientem a jeho blízkými, které povedou k hlubšímu pochopení pacienta, jeho příběhu i zajištění cílené podpory pacienta a rodinných příslušníků v náročných životních situacích.
- Hlavní náplní cvičení je aplikace kreativních technik, nácvik modelových situací a práce s kazuistikami. Nedílnou součástí tréninku tvoří reflexe vlastní práce při poskytování paliativní péče za využití supervize.

FORMA ZPŮSOBU OVĚŘENÍ STUDIJNÍCH VÝSLEDKŮ A DALŠÍ POŽADAVKY NA STUDENTA

- Účast na cvičeních (min. 80 %).
- Klasifikovaný zápočet - splnění úkolů v rámci e-learningu (portfolio studenta), zpracování eseje na zadané téma.

VÝSTUPNÍ KOMPETENCE STUDENTA

- **Odborné znalosti - po absolvování předmětu prokazuje student znalosti:**
- popsat psychosociální aspekty nemoci;
- charakterizovat fáze adaptace pacienta a jeho rodiny na nevléčitelné onemocnění;
- objasnit význam týmové komunikace při péči o terminálně nemocného pacienta;
- analyzovat možnosti emoční a komunikační podpory pro pozůstalé;
- zhodnotit zdroje stresu v paliativní péči a vhodné strategie vyrovnávání se se stresem.

VÝSTUPNÍ KOMPETENCE STUDENTA

- **Odborné dovednosti - po absolvování předmětu prokazuje student znalosti:**
- komunikovat s nevléčitelně nemocným pacientem a jeho blízkými s ohledem na jeho pohlaví, věk a stav za využití narativní terapie a provázet je terminálním stavem;
- poskytovat psychosociální podporu nevléčitelně nemocným a osobám blízkým (pečujícím, rodinným příslušníkům);
- identifikovat aktuální potřeby nevléčitelně nemocného pacienta, hodnotit a měřit bolest a bolestivé chování včetně somatické a psychické složky;
- řešit akutní symptomy terminálního stavu včetně strachu a úzkosti;
- vyslechnout životní příběh pacienta a respektovat jeho potřeby v závěru života.

POVINNÁ LITERATURA

- **Povinná literatura:**
- Bužgová, R. (2015). *Paliativní péče ve zdravotnických zařízeních: potřeby, hodnocení, kvalita života*. Grada.
- Bužgová, R., Sikorová, L., & kol. (2019). *Dětská paliativní péče*. Grada Publishing.
- Kabelka, L. (2020). *Nemocné rozhovory: Komunikace a narativní terapie s nevyléčitelně nemocnými pacienty*. Grada.
- Kurucová, R. (2016). *Zátěž pečovatele: posuzování, diagnostika, intervence a prevence v péči o nevyléčitelně nemocné*. Grada Publishing.
- Marková, A. (2015). *Hospic do kapsy: příručka pro domácí paliativní týmy*. Cesta domů.

DOPORUČENÁ LITERATURA

- **Doporučená literatura:**
 - Freedman, J., & Combs, J. (2009). *Narativní psychoterapie*. Portál.
 - Kaduson, G. H., & Schaeffer, Ch. E. (2006). *Short-term Play Therapy for Children*. Guilford Press.
 - Moschini, L. B. (2018). *Art, Play, and Narrative Therapy: Using Metaphor to Enrich Your Clinical Practice*. Routledge.
 - Tomeš, I., Dragomirecká, E., Sedlářová, K., & Vodáčková, D. (2015). *Rozvoj hospicové péče a její bariéry*. Nakladatelství Karolinum.

ODBORNÁ PERIODIKA

- **Odborná periodika:**
- Solen:< <https://www.solen.cz/>>
- Scopus:<<http://www.scopus.com/>>
- Web of Science:<<https://www.webofknowledge.com>>

- **Studijní pomůcky:**
- screeningové testy,
- dotazníky,
- pozorování,
- měřicí nástroje na hodnocení strachu a úzkosti.

OBSAH – PŘEHLED TÉMAT

1. KOMUNIKACE. HLAVNÍ VYMEZENÍ A VYBRANÉ PSYCHOLOGICKÉ PŘÍSTUPY

2. ROZHOVOR, SDĚLOVÁNÍ NEPŘÍZNIVÝCH ZPRÁV, PŘECHOD K PALIATIVNÍ PÉČI

3. ADAPTACE NA NEVYLÉČITELNÉ ONEMOCNĚNÍ, TERAPEUTICKÁ KOMUNIKACE, NARATIVNÍ TERAPIE

1.

KOMUNIKACE, HLAVNÍ VYMEZENÍ A VYBRANÉ PSYCHOLOGICKÉ PŘÍSTUPY

ÚKOLY

PO SKONČENÍ VÝUKY BUDE STUDENT SCHOPEN:

- DEFINOVAT KOMUNIKACI A JEJÍ DRUHY
- VYSVĚTLIT ROZDÍL MEZI UŽŠÍM A ŠIRŠÍM VYMEZENÍM KOMUNIKACE
- ZNÁT ZÁKLADNÍ MOŽNÉ MOTIVY KOMUNIKACE
- VYMEZIT KOMUNIKAČNÍ KOMPETENCE
- DEFINOVAT ROZHOVOR A ZÁSADY VEDENÍ ROZHOVORU
- VYMEZIT DŮSLEDKY EVALVACE A DEVALVACE V KOMUNIKACI, UVÉST PŘÍKLADY

Komunikace

- V širším smyslu sdílení, latinsky *communicare* znamená činit něco společným, něco společně sdílet
- původní význam slova *communicatio* znamená společnou účast. Jde o něco více než o sdělování obsahů, je zahrnut *společný podíl a účast na něčem, společenství spojené s dáváním i přijímáním*);
- V užším smyslu výměna informací (předávání zprávy).
- Komunikací se snažíme navázat s někým "společenství", pokoušíme se mu sdělit informaci, myšlenku, názor, postoj, a to verbálně i nonverbálně. (Vybíral, 2005)

Komunikace

- Komunikace je složitý, **komplexní sociální jev, který je nutno vidět v širších souvislostech sociální interakce**, nejen formálně jako výměnu určitých informací, sdělení, signálů.
- Jde o **společné podílení se na nějaké činnosti ve vzájemném kontaktu**. Komunikace může být nejen *verbální* (slovní), ale i *nonverbální* - mimikou, pohledy, gesty, oblečením, ozdobami apod. (Vybíral, 2005; Zacharová, 2016).

Komunikace

- Komunikace může být přímá nebo nepřímá, oboustranná nebo jednostranná, soukromá, veřejná či masová.
- Nepřímá a masová komunikace předpokládá technické rozšiřování, sdělovací prostředky (médiá – tisk, rozhlas, tv, divadlo, film, video, internet atd.)
- Nelze nekomunikovat (Vybíral, 2005; Zacharová, 2016).

Komunikace

- Objektivní nebo subjektivní faktory narušující n. znesnadňující nebo znemožňující výměnu informací v komunikaci = **komunikační bariéry**
- ***Informace***: obsah zprávy, který snižuje míru naší neznalosti určité oblasti a umožňuje nám doplnit si poznatky o něco navíc oproti tomu, co už známe. Tj. snížit míru neurčitosti a zlepšit naši orientaci.
- Informace je **kvalita sdělení přinášející něco zcela či částečně**
- **nového**, plně nebo do nějaké míry **přesahujícího stávající úroveň**
- **znalostí.**
- **Nelze nekomunikovat** (Vybíral, 2005)

Komunikace

- SOUČÁSTI KOMUNIKAČNÍHO PROCESU(Vybíral, 2005; Zacharová, 2016)
- **1. SDĚLUJÍCÍ (KOMUNIKÁTOR, MLUVČÍ)**
- **PŘÍJEMCE (KOMUNIKANT)**
- **2. OBSAH SDĚLENÍ = KOMUNIKÉ**
- **3. KANÁL (cesta, po níž je informace sdělována za využití různých prostředků)**
- **4. KÓD (SYSTÉM ZNAKŮ A PRAVIDEL)**
- **5. KOMUNIKAČNÍ PROSTŘEDÍ**
- **6. KONTEXT KOMUNIKACE**

Komunikace

- SOUČÁSTI KOMUNIKAČNÍHO PROCESU
- *1. **SDĚLUJÍCÍ (KOMUNIKÁTOR, MLUVČÍ)** zahajuje komunikační akt s určitou intencí, tj. záměrem; záměr vychází z dlouhodobější motivace i aktuálního psychosomatického stavu, od záměru se odvozuje smysl sdělení. Předpoklad komunikace – příjemce rozumí smyslu sdělení, čemuž pomáhá znalost kódovacího systému.*
- ***PŘÍJEMCE (KOMUNIKANT)** také individuum určitých schopností, zájmů, s individuálním psychosomatickým stavem, což vše komunikace může ovlivnit (vliv na příjem sdělení)*
- *2. **OBSAH SDĚLENÍ = KOMUNIKÉ** je to, o čem se hovoří, kromě faktů zahrnuje fráze apod., informační obsah může nabývat různé podoby*

Komunikace

- SOUČÁSTI KOMUNIKAČNÍHO PROCESU
- 3. **KANÁL** *(cesta, po níž je informace sdělována za využití různých prostředků – psaní, tel., PC, verbální a neverbální komunikace)*
- 4. **KÓD** *system znaků a pravidel pro zprostředkování přenosu informací, jež jsou obsaženy ve sdělení. Kódování (převedení smyslu do znakových jednotek) je úkolem komunikátora a úkolem komunikanta je dekódování (zpětná interpretace smyslu znaků, „překlad“, porozumění sdělení)*
- Kódování a dekódování vyžaduje znalost použitého znakového systému a jeho pravidel (JAZYK) Jazyk je nejdokonalejší dorozumivací prostředek mezi lidmi

Komunikace

- SOUČÁSTI KOMUNIKAČNÍHO PROCESU
- 4. **KÓD** *system znaků a pravidel pro zprostředkování přenosu informací, jež jsou obsaženy ve sdělení.* Kódování a dekodování vyžaduje znalost použitého znakového systému a jeho pravidel (JAZYK) **Jazyk je nejdokonalejší dorozumívací prostředek mezi lidmi.** Vedle jazyka komunikační prostředky jiné: např. dopravní značky, Morseova abeceda. Fungování těchto prostředků podmíněno přijetím dohody zprostředkované jazykem. Problém: značná část populace neovládá dostatečně ani mateřský jazyk a v interakci nedokáže reagovat nebo vyjadřovat své myšlenky a záměry (Vybíral, 2005; Zacharová, 2016).

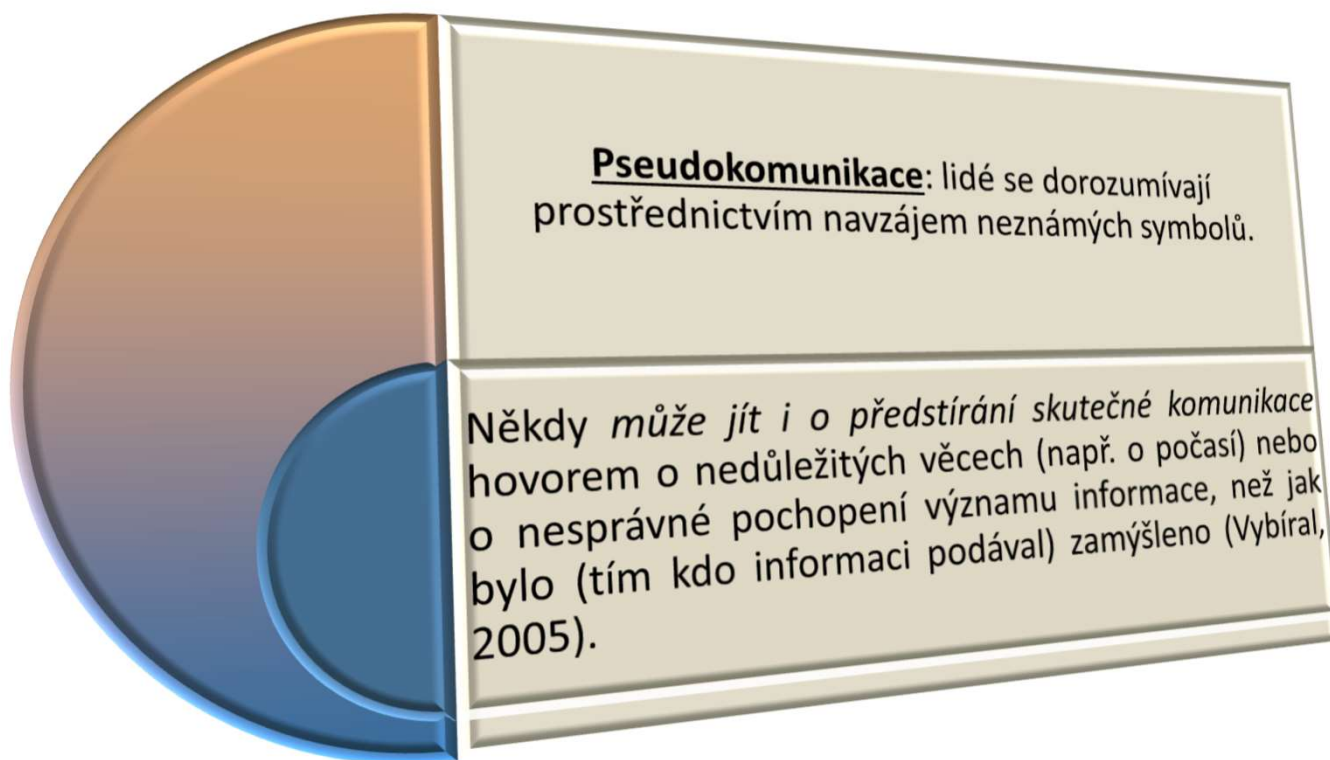
Komunikace

- SOUČÁSTI KOMUNIKAČNÍHO PROCESU
- **4. KÓD**
- Dovednost jazykového vyjadřování ovlivňuje: *kvalita myšlení, nedostatečné vzdělání, absence zkušeností, malá pozornost věnovaná vlastní mluvě, ale také stud, téma.*
- Mnohé z těchto negativních vlivů lze omezovat soustavným studiem, nácvikem, dobrou přípravou na konkrétní řečové situace (Vybíral, 2005; Zacharová, 2016)

Komunikace

- (JAZYK) Jazyk je nejdokonalejší dorozumívací prostředek mezi lidmi.
- Anglický sociolingvista Basil Bernstein (1924-2000): lidé diferencovaně zvládají jazyk jako základní předpoklad sociálního života (teorie jazykových kódů, Anglie). ***Zatímco děti z nižších sociálních vrstev si osvojují tzv. omezený jazykový kód, jímž jsou pak handicapovány (např. ve školním úsilí), děti ze středních a vyšších vrstev si osvojují jazykový kód rozvinutý, který je zvyhodňuje*** např. studijně (Chromý, 2014).

Komunikace



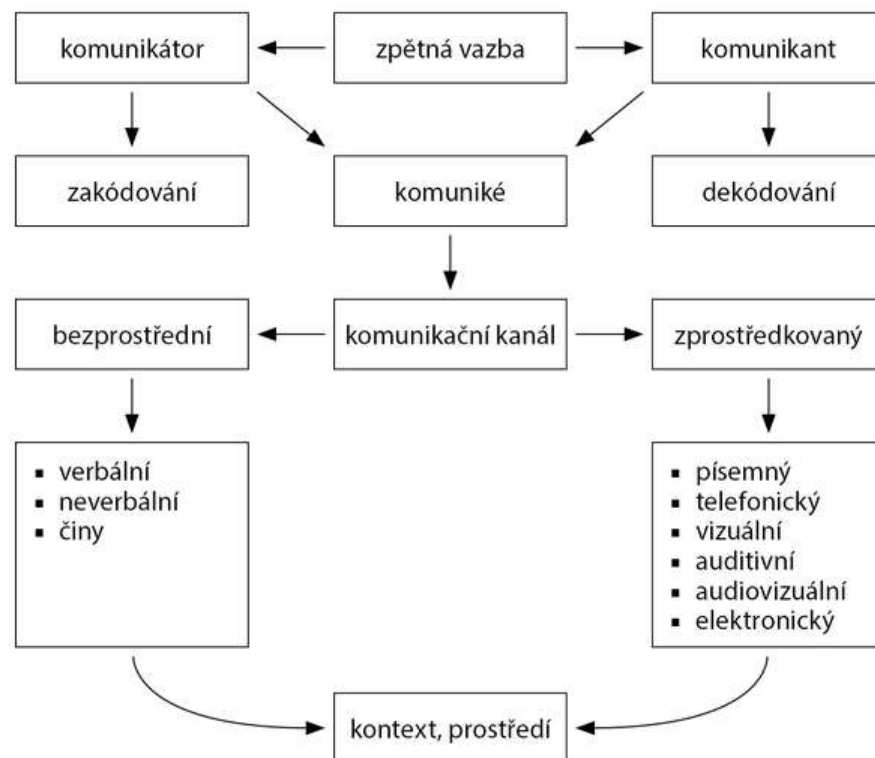
Komunikace

- SOUČÁSTI KOMUNIKAČNÍHO PROCESU
- **5. KOMUNIKAČNÍ PROSTŘEDÍ** ovlivňuje význam, smysl, zřetelnost komunikace i její formu. Působení fyzikálních (hluk, teplota), společenských i kulturních faktorů.
- **6. KONTEXT KOMUNIKACE** souvisí s komunikačním prostředím, roli hrají obsahové i věcné souvislosti, sociální i kulturní podmínky. Součástí komunikačního kontextu: čas a prostor, vztahy komunikujících a jejich vlastnosti včetně aktuálního emočního stavu i dlouhodobých reakcí, jejich věk, zkušenosti, inteligence, zájmy, hodnoty, sociální status a role, aktuální psychosomat. stav i dlouhodobé záměry (Zacharová, 2016).

Komunikace

SOUČÁSTI KOMUNIKAČNÍHO PROCESU

(Kristová, 2004, str. 14, cit. dle Zacharová, 2016)



Obr. 1 Struktura sociální komunikace (Kristová, 2004, s. 14)

Komunikace

- **Praktické dělení komunikace: verbální a neverbální.**
- *Neverbální komunikace* je definována jako řeč těla a zaujímá v rámci komunikace zcela mimořádnou pozici (Venglářová a Mahrová, 2006).
- **Neverbální komunikační projevy** nejsou jednoznačné a nesou řadu významů.
- V běžné komunikaci se podle odborníků **na příjemcem vysouzeném smyslu sdělení podílí:**
- **lingvistická složka** (lexikální význam použitých slov) **nižší měrou** (zhruba 1/3) než paralingvistické (tónu hlasu) a extralingvistické (řeč těla) složky (zbylé 2/3).
- Americký psycholog Albert Mehrabian přičítá **vyslovené verbální výpovědi jen 7 % podílu na porozumění smyslu** sdělení. Zbýlých 38 % vychází z intonace a 55% z řeči těla (Paulík, 2007).

Komunikace neverbální

Neverbální komunikace

Neverbální komunikační projevy (Paulík, 2007; Vybíral, 2000):

a) mimika (výraz obličeje a jeho pohyby)

b) kinezika (četnost a rozsah pohybů)

c) gestikulace (nejčastěji pohyby rukama)

d) posturologie (poloha těla)

e) haptika/ dotykové (bezprostřední tělesné kontakty)

f) proxemika (fyzická prostorová distance mezi lidmi)

g) vizika/vizické (oční kontakt)

Komunikace

- Praktické dělení komunikace: verbální a neverbální.
- **Komunikace VERBÁLNÍ**: (verbální hlasové projevy)
- **Složky verbálního projevu** (Venglářová a Mahrová, 2006):
 - - rychlost řeči
 - - hlasitost
 - - pomlky
 - - výška hlasu
 - - výskyt embolických slov (parazitní slova, slovní vmetky)
 - - délka projevu
 - - intonace

Komunikace

- Praktické dělení komunikace: verbální a neverbální.
- **Komunikace VERBÁLNÍ**: (verbální hlasové projevy)
- V rámci obsahu verbální komunikace se uplatňuje:
 - - vzdělanost,
 - - všeobecný přehled (rozsah a hloubka znalostí),
 - - slovní tvořivost (pestrost, množství používaných slov),
 - - zájmová a hodnotová orientace mluvčího (o čem hovoří, čemu dává přednost),
 - - jeho aktuální potřeby a dalších psychické stavy (vyjadřuje je buď přímo, nebo nepřímo např. preferováním určitých témat hovoru).
- (Paulík, 2007; Venglářová & Mahrová, 2006)

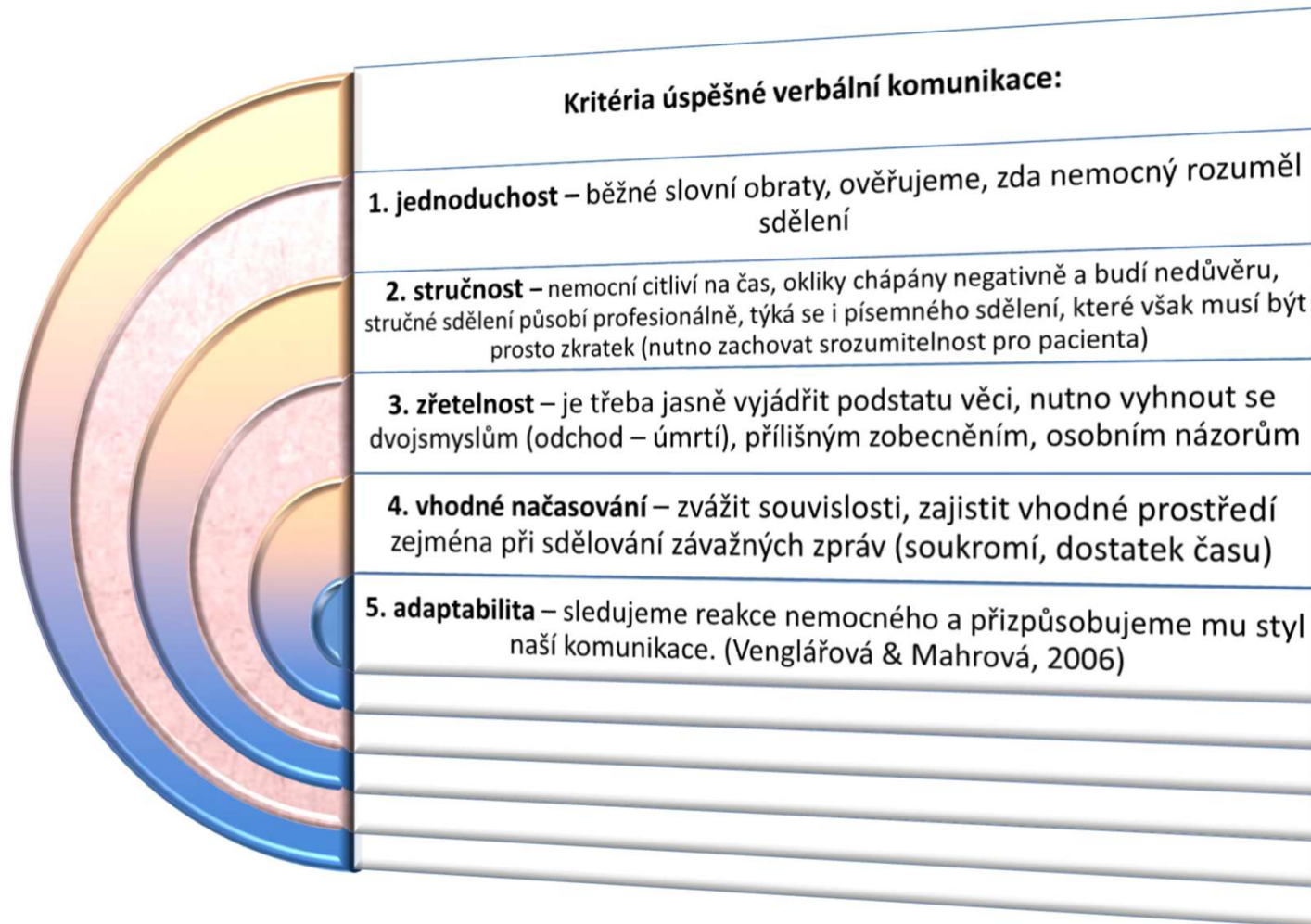
Komunikace

- Praktické dělení komunikace: verbální a neverbální.
- Formální stránka komunikačního hlasového projevu zahrnuje:
 - - **zvukové charakteristiky hlasu** (síla a výška, barva, intonace, ladění),
 - - množství a délku promluv,
 - - rytmus i rychlost mluvení.
- Tyto **charakteristiky** se označují jako **paraverbální nebo paralingvistické** a v písemném projevu je nelze rozpoznat. Neboli: *nejde o to, co říkáme, ale jak to říkáme* (Paulík, 2007; Venglářová & Mahrová, 2006)

Komunikace

- **Paralingvistika** (nejde o to, co říkáme, ale jak to říkáme; modulace hlasu – **zvuková stránka verbální komunikace**)
- Z paralingvistiky lze rozpoznat pohlaví, věk mluvčího, jeho vztah k určitým faktům, aktuální stav, některé osobnostní charakteristiky.
- Paralingvistické aspekty řeči: **rychlost, hlasitost, tónová výška, barva hlasu, intonace, přízvuk, důraz, přestávky v řeči, chyby v řeči, modulace** (Paulík, 2007; Venglářová & Mahrová, 2006).

Komunikace



Komunikace

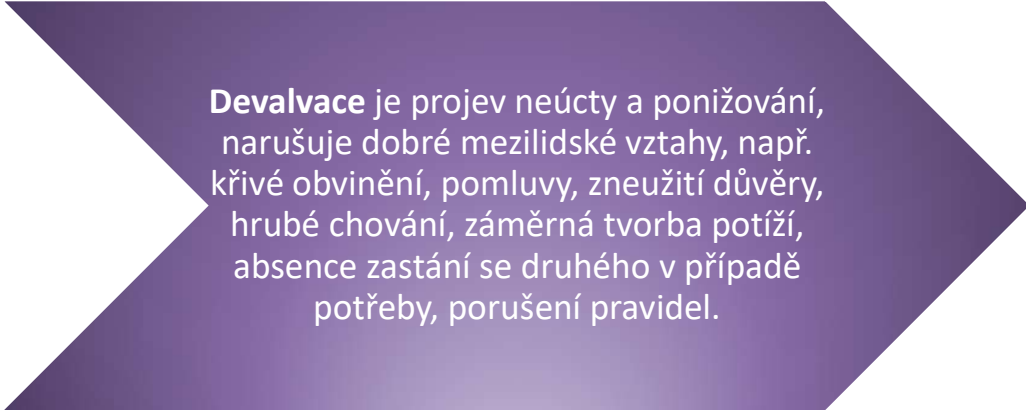
- **Praktické dělení komunikace: verbální a neverbální.**
- **Komunikace činem:** způsob sdělování informace určitou formou chování převážně neverbálního charakteru.
- **Komunikací činem rozumíme to, jak se k sobě lidé chovají, jak vyjadřují a interpretují vzájemné jednání a chování.**
- Lidské chování (ať úmyslně nebo bezděčně) mívá nějaký smysl. **Určitý smysl svému chování přičítá člověk sám**, nebo je tento smysl více či méně odpovídajícím způsobem přičítán jinými (jako důvod n. motiv daného chování). **Lidé mají tendenci generalizovat důvody, které shledávají na pozadí chování jedince do soudů (atribucí) o jeho vlastnostech** - základní atribuční chyba (Paulík, 2007).

Komunikace činem

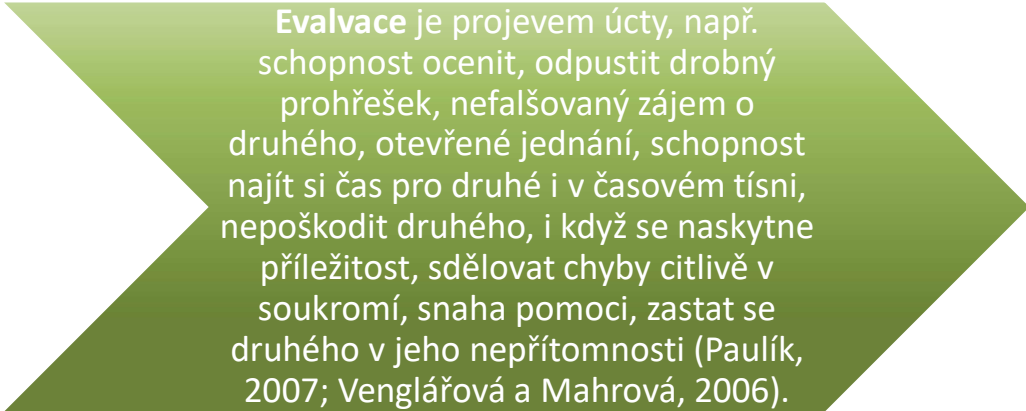
- Komunikace činem může být chápána jako **konativní složka komunikace**. Poměrně široké téma, z pohledu zdravotnictví podstatná spolupráce, **evalvace a devalvace**. *Komunikace působí* buď **psychoterapeuticky**, nebo **psychotraumaticky** (Venglářová & Mahrová, 2006; Andršová, 2012).
- Spolupráce znamená ochotu hledat možnosti, jak spolupracovat lze. **Ochota ke spolupráci vyžaduje** radikální změnu motivace, ochotu k dobrovolné ztrátě, vykročení nadějným směrem, silnou důvěru a recipocitu.
- (Paulík, 2007; Venglářová & Mahrová, 2006).

Komunikace činem

- Komunikace činem může být chápána jako konativní složka komunikace. Z **pohledu zdravotnictví podstatná spolupráce**, evalvace a devalvace. (Venglářová & Mahrová, 2006; Andršová, 2012).



Devalvace je projev neúcty a ponižování, narušuje dobré mezilidské vztahy, např. křivé obvinění, pomluvy, zneužití důvěry, hrubé chování, záměrná tvorba potíží, absence zastání se druhého v případě potřeby, porušení pravidel.



Evalvace je projevem úcty, např. schopnost ocenit, odpustit drobný prohřešek, nefalšovaný zájem o druhého, otevřené jednání, schopnost najít si čas pro druhé i v časovém tísni, nepoškodit druhého, i když se naskytne příležitost, sdělovat chyby citlivě v soukromí, snaha pomoci, zastat se druhého v jeho nepřítomnosti (Paulík, 2007; Venglářová a Mahrová, 2006).

Komunikace činem

- V souvislosti s iatrogenií a devalvací úzce souvisí problematika viktimizace (Andršová, 2012).
- Pacient, který je vystavený traumatu (**primární viktimizace**, *victim = oběť*), může být znovu poškozen prostřednictvím špatného přístupu a komunikace ze strany zdravotníků, psychologů apod. – jedná se o sekundární viktimizaci.
- **Sekundární viktimizace** často vyvolána pocitem nespravedlnosti, nedůstojnosti či izolace. Pokud pacient opakovaně prožívá trauma v důsledku nešetrné konfrontace s traumatickými zážitky, hovoří se o tzv. **viktimizačních ranách**.
- **Terciální viktimizace** – pacient přejímá mentalitu oběti, identifikuje se s modelem trvalého ohrožení a nebezpečí, nevěří v možnost bránit se (Andršová, 2012).

Motivace v komunikaci

Motivy komunikace

A. Kognitivní motivace - cílem je předávání poznatků na základě potřeby sdělit druhému něco, co víme, co známe, co si myslíme.

B. Sdružovací motivace – vychází z potřeby kontaktu, sounáležitosti, potřeba někam patřit, začlenit se do skupiny lidí, nebýt osamělý. Obsah komunikace s druhými lidmi nebývá příliš podstatný, spíše jde o navázání kontaktů, vytvoření, udržování a rozvíjení vztahu.

C. Sebepotvrzovací motivace – upřesnění sebeobrazu, potvrzení vlastní identity. V komunikaci se jedná především o poznání sebe, nalezení sebe, vytvoření nebo potvrzení mínění o sobě. Jedinec komunikuje z části „pro sebe“ a „kvůli sobě“ (Zacharová, 2016)

Motivace v komunikaci

Motivy komunikace

D. Adaptační motivace – v komunikaci signalizujeme a potvrzujeme své role. Zaujímáme stanoviska vycházející z určité role, přijímáme příslušné stereotypy a dáváme najevo své přizpůsobování se okolí, integrování se do společnosti, konformitu. V opačném případě se vyjadřujeme způsobem naznačujícím, že určitou roli nepřijímáme, odmítáme stereotypy.

E. Kognitivní motivace - cílem je předávání poznatků na základě potřeby sdělit druhému něco, co víme, co známe, co si myslíme. (Zacharová, 2016)

Motivace v komunikaci

Motivy komunikace (Zacharová, 2016):

F. Sdružovací motivace – vychází z potřeby kontaktu, sounáležitosti, potřeba někam patřit, začlenit se do skupiny lidí, nebýt osamělý. Obsah komunikace s druhými lidmi nebývá příliš podstatný, spíše jde o navázání kontaktů, vytvoření, udržování a rozvíjení vztahu.

G. Sebepotvrzovací motivace – upřesnění sebeobrazu, potvrzení vlastní identity. V komunikaci se jedná především o poznání sebe, nalezení sebe, vytvoření nebo potvrzení mínění o sobě. Jedinec komunikuje z části „pro sebe“ a „kvůli sobě“.

H. Adaptační motivace – v komunikaci signalizujeme a potvrzujeme své role. Zaujímáme stanoviska vycházející z určité role, přijímáme příslušné stereotypy a dáváme najevo své přizpůsobování se okolí, integrování se do společnosti, konformitu. V opačném případě se vyjadřujeme způsobem naznačujícím, že určitou roli nepřijímáme, odmítáme stereotypy.

Komunikace

Motivy komunikace

CH. Silová motivace – vychází z potřeby vzbudit pozornost, zaujmout, získat obdiv, respekt, převahu, moc, prosadit své zájmy, vyniknout nad ostatními, zvítězit.

I. Existencionální motivace – komunikace slouží k překonání pocitů nudy prázdnoty, marnosti až nesmyslnosti života, pomáhá strukturovat a naplnit čas, předcházet depresím – mentálně hygienický význam komunikace (pomáhá udržet, případně znovuobnovit duševní zdraví).

J. Požitkářská (hedonická) motivace – přináší zábavu, rozptýlení, odpočinek, navazování nezávazných kontaktů, únik od starostí.

K. Další motivy – mohou být rozmanité a individuálně variabilní, vliv osobnostních charakteristik, např. extraverte, introverte apod. (Vybíral, 2000; Zacharová, 2016)

Komunikace

MOTIVY KOMUNIKACE

Osobnostní (temperamentovou) vlastností, která má zřetelný vztah k ochotě komunikovat je **extraverze (extroverze) – introverze**.

EXTROVERZE typická družností, zálibou v pobytu mezi lidmi, zálibou ve změnách, bezstarostností, pohotovostí, otevřeností, impulzivitou, hovorností, aktivitou v sociálních kontaktech, sklonem k veselí, riziku (i agresí), ale i určitou povrchností až nespolehlivostí a poměrně velkou závislostí nositelů této vlastnosti na svém hodnocení jinými, která může způsobit i jejich snadnou ovlivnitelnost osobami, na nichž jim záleží. Bez možnosti delší dobu komunikovat a absence kontaktu s druhými = strádání.

INTROVERZE se vyznačuje spíše uzavřeností, opatrností až nedůvěřivostí a pasivitou v sociálních kontaktech, vyhýbáním se vzrušení, vážností, důkladností a rozvážností při hodnocení situace, zálibou v řádu a systému, sebekontrolou, spolehlivostí, střízlivostí, rezervovaností (Paulík, 2007)

Komunikace

Komunikační kompetence

KOMUNIKAČNÍ KOMPETENCE jsou souhrnem psychických dispozic (schopností a dovedností motivačních dispozic) umožňujících jedinci v určitém prostředí v interakci s dalšími osobami:

- **sdělovat určité obsahy** odpovídající vlastním úmyslům a pro příjemce srozumitelné. Tuto součást komunikační kompetence lze označit za **expresivní** (předpoklady k vyjadřování informativních obsahů)
 - **přijímat sdělované informace** a pochopit je v odpovídajícím smyslu a kontextu- **receptivní složka komunikační kompetence** (případně **receptivní kompetence**, bereme-li obě složky zvlášť).
-

V užším smyslu komunikační dovednosti: mluvení, naslouchání, čtení a psaní. (Vybíral, 2005; Paulík, 2007; Zacharová, 2016)

Pohled na komunikaci z pohledu vybraných psychologických přístupů

Rogersovský přístup

- Humanistický přístup s důrazem na sebeaktualizaci.
- Klade důraz na terapeutický vztah, autenticitu, empatii, nepodmíněné přijetí a naslouchání.

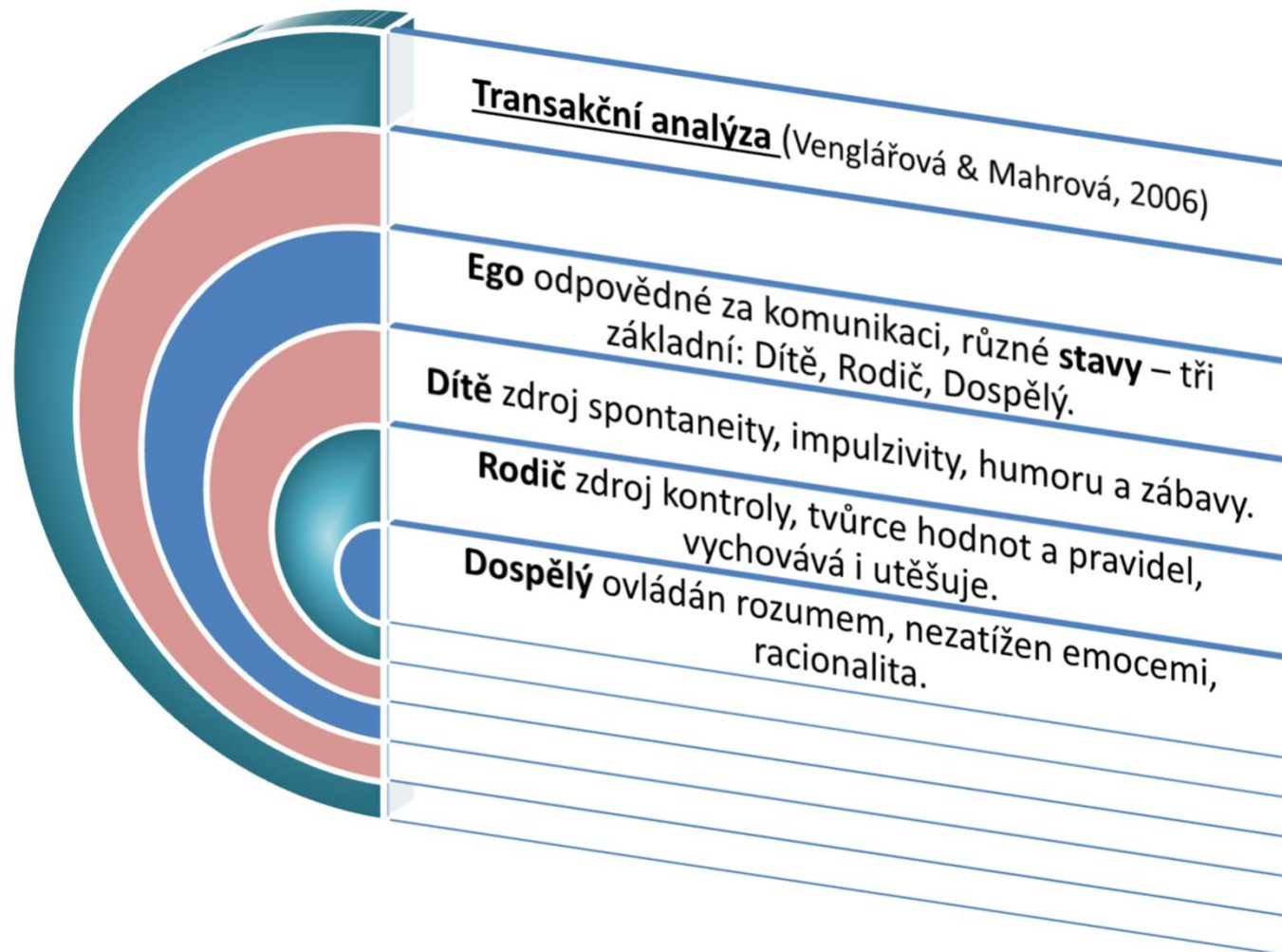


- Rogersovský přístup doporučován zejména v situacích, kdy se pacient potřebuje nebo chce svěřit (Zacharová, 2016; Venglářová a Mahrová, 2006)

Pohled na komunikaci z pohledu vybraných psychologických přístupů

- Transakční analýza
- Zakladatel Eric Berne původně čerpal z psychoanalýzy.
- Transakční analýza vliv na *rozbor vztahových a obsahových aspektů komunikace*.
- Na komunikační výměnu lze nahlížet jako na hru, pokud se do komunikace nezapojuje dospělý stav ega, ale pouze Dítě a Rodič (plní emocií); jedinec nemá na hru náhled, je překvapen děním; hra konstituuje nepravé pocity (radost z odplaty, pocit vítězství, škodolibost); v komunikaci je skrytý záměr.
- Dospělý (ego stav) nevidí skrytou motivaci komunikace – dokud některý z aktérů nezmění chování, nelze rozpoznat. **Hraní her vnímáno jako riziková transakce.**
- Pacienti mohou hrát různé hry (získávání pozornosti, nebo naopak skrývání strachu apod.) (Venglářová & Mahrová, 2006)

Pohled na komunikaci z pohledu vybraných psychologických přístupů



Pohled na komunikaci z pohledu vybraných psychologických přístupů

- **SYSTEMICKÝ PŘÍSTUP**
- Východisko: **jedince lze chápat pouze v rámci sociálního kontextu.**
- Systémy hierarchicky uspořádané struktury ve vzájemném vztahu.
- Systémy reprezentuje např. rodina, malá sociální skupina, větší skupinové celky.
- **Jedinec vždy součást systému**, který současně sám ovlivňuje (vzájemné působení a propojení). Dle systemického přístupu je chování jedince určeno systémem a systém je determinován projevem jeho členů. Dochází ke komunikační výměně – interakci. (Venglářová & Mahrová, 2006; Vybíral, 2005)

Pohled na komunikaci z pohledu vybraných psychologických přístupů

Systemický přístup (Venglářová & Mahrová, 2006; Vybíral, 2005)

Symetrická interakce: vzorec, kdy chování jednoho účastníka vyvolává podobné jednání u druhého.

Komplementární interakce: vede k opačnému chování. Např. přehnaná péče vede ke ztrátě samostatnosti a zvyšuje nutnost pečovat ještě intenzivněji.

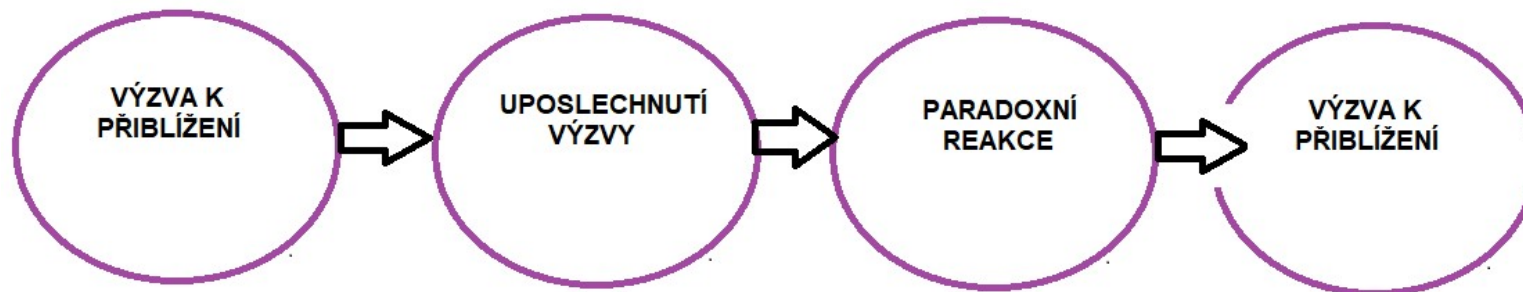
Rovnováhu v komunikaci udržuje **zpětná vazba:**

- *pozitivní:* posiluje oceňované chování

- *negativní:* eliminuje chování (ovlivněno interpretací jedince)

Pohled na komunikaci z pohledu vybraných psychologických přístupů

- **Systemický přístup**
- Problematická **dvojná vazba** – nejednoznačné sdělení s možností různého výkladu. Po výzvě k přiblížení následuje uposlechnutí výzvy, na kterou naváže paradoxní reakce a návrat k prvnímu kroku (výzva k přiblížení). Příklad matka zavolá laskavě dítě, ale dá mu pohlavek. Dítě chce odejít, ale matka ho volá zpět a vyčítá mu, že ji nemá rádo. Dvojná vazba je znak patopsychologie, vyvolává konfuzi. Odkazuje na nutnost nepodvádět ani dětské pacienty a **přijatelnou formou jim sdělovat pravdu**. (Venclářová & Mahrová, 2006; Vybíral, 2005)



OTÁZKY

Kontrolní otázky

- 1. Definujte komunikaci, uveďte širší a užší vymezení komunikace.
- 2. Charakterizujte základní složky komunikačního procesu.
- 3. Uveďte možné motivy komunikace.
- 4. Vymezte devalvací a evalvací v komunikačním procesu, uveďte příklad.
- 5. Popište tzv. hraní her z hlediska transakční analýzy.
- 6. Definujte symetrickou a komplementární interakci z hlediska systemického přístupu.
- 7. Charakterizujte hlavní zásady tzv. rogersovského rozhovoru.

2.
ROZHOVOR, SDĚLOVÁNÍ
NEPŘÍZNIVÝCH ZPRÁV

ÚKOLY

PO SKONČENÍ VÝUKY BUDE STUDENT SCHOPEN:

- VYMEZIT ROZHOVOR, JEHO SLOŽKY
- DEFINOVAT ROZHOVOR A JEHO CÍLE
- POPSAT FÁZE ROZHOVORU A OBECNÉ ZÁSADY VEDENÍ ROZHOVORU
- UVÉST HLAVNÍ ZÁSADY PŘI SDĚLOVÁNÍ NEGATIVNÍCH ZPRÁV
- ORIENTOVAL SE V PŘÍČINÁCH NEPŘIJETÍ INFORMACÍ PACIENTEM
- POPSAT, JAK INFORMOVAT PACIENTA O PŘECHODU K PALIATIVNÍ LÉČBĚ

Komunikace – rozhovor

- **Rozhovor jako základ psychosociální komunikace.**
- Rozhovor lze definovat jako formu *interpersonální komunikace, při které se setkávají alespoň dva lidé a pomocí otázek a odpovědí dosahují svých cílů* (De Vito, 2001, cit. dle Zacharová, 2016). Kristová (2004, cit. dle Zacharová, 2016) vymezuje rozhovor jako *plánovanou komunikaci, která se uplatňuje ve všech fázích ošetrovatelského procesu.*
- Rozhovor má vždy **věcnou (obsahovou) složku a složku sociálně-emoční**, determinovanou postojem sestry k pacientovi, mírou její direktivity a schopností empatie. Tato nastavení z velké části určují **osobní komunikační styl** sestry (Zacharová, 2016).

Komunikace – rozhovor

- Rozhovor jako základ psychosociální komunikace.
- **Bariérou při komunikaci s pacientem** může být nízká míra introspekce, absence zvyku hovořit o svých prožitcích, neschopnost věnovat pozornost vlastní subjektivitě, nikoli neochota komunikovat (Vymětal, 2003, cit. dle Zacharová, 2016)
- **Rozhovor je jednou z hlavních metod psychologického působení na pacienta.** V ošetrovatelské praxi má rozhovor zejména **pomoci poznat osobnost pacienta a pomoci navodit žádoucí změnu v životě pacienta** jako např. dodržování dietních opatření (Zacharová, 2016).

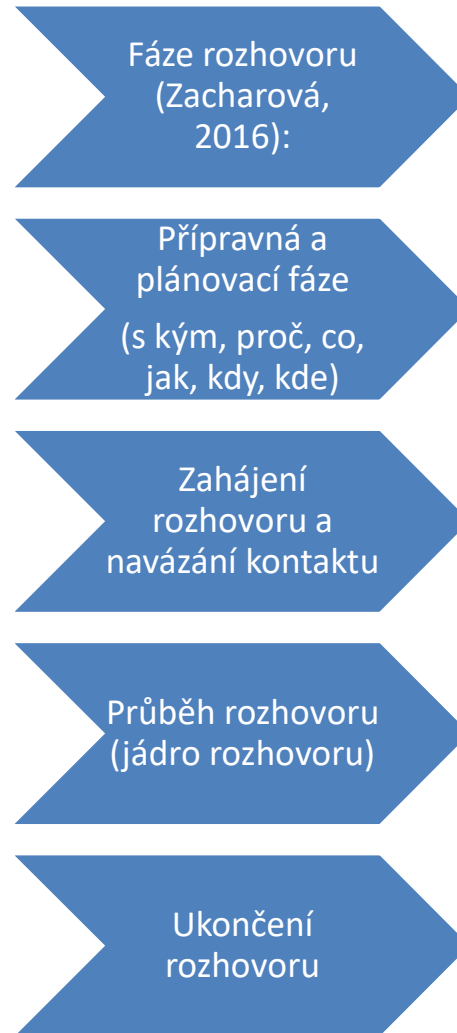
Komunikace – rozhovor

Hlavní cíle rozhovoru

(Kristová, 2004, str. 54, cit. dle Zacharová, 2016)



Komunikace – rozhovor

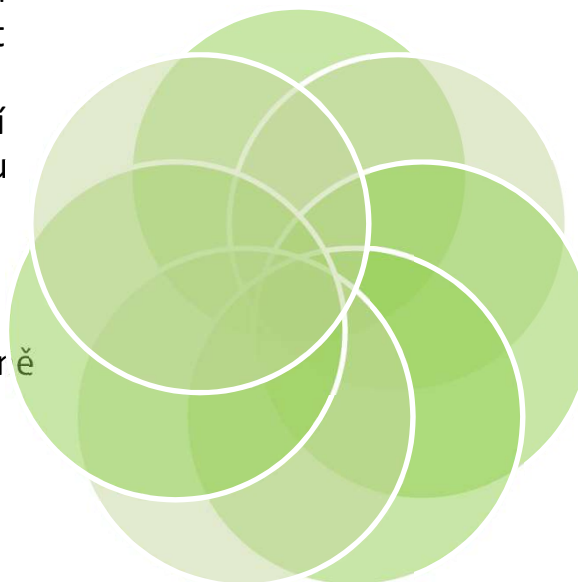


Komunikace – rozhovor

1. Přípravná a plánovací fáze rozhovoru:

- na rozhovor je třeba se připravit, seznámit se s dokumentací pacienta, jeho osobní a rodinou anamnézou

- preferujeme přirozeně vedený rozhovor formou dialogu



- podstatné vymezit vhodný prostor k vedení rozhovoru a zajistit dostatečné soukromí

- dále je třeba ujasnit si cíl a obsah rozhovoru, jaké otázky budou kladeny a jak bude rozhovor načasován

(Zacharová, 2016)

Komunikace – rozhovor

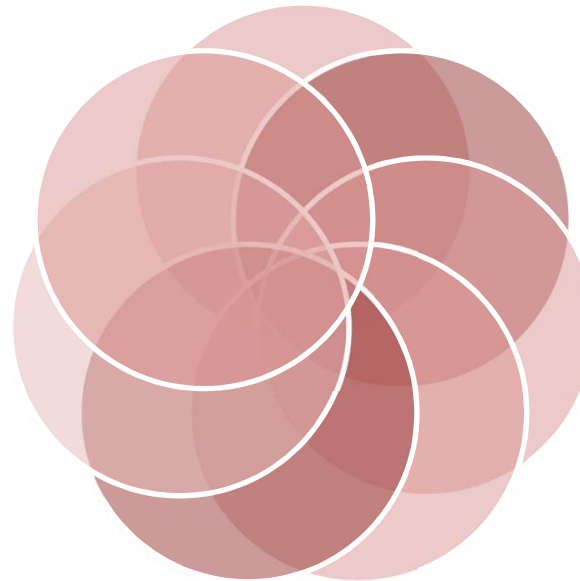
2. Jádro rozhovoru

(Zacharová, 2016):

- zásadní aktivní
naslouchání
(koncentrace pozornosti,
zájem o pacientovo
sdělení, udržování očního
kontaktu)

- usilujeme o správné
kladení otázek i neverbální
komunikaci

- v průběhu rozhovoru
sestra usiluje o dosažení
stanovených cílů



- registrujeme pacientovo
sdělení, čemu se při
rozhovoru vyhýbá

- součástí rozhovoru je i pozorování

- nejdelší část rozhovoru

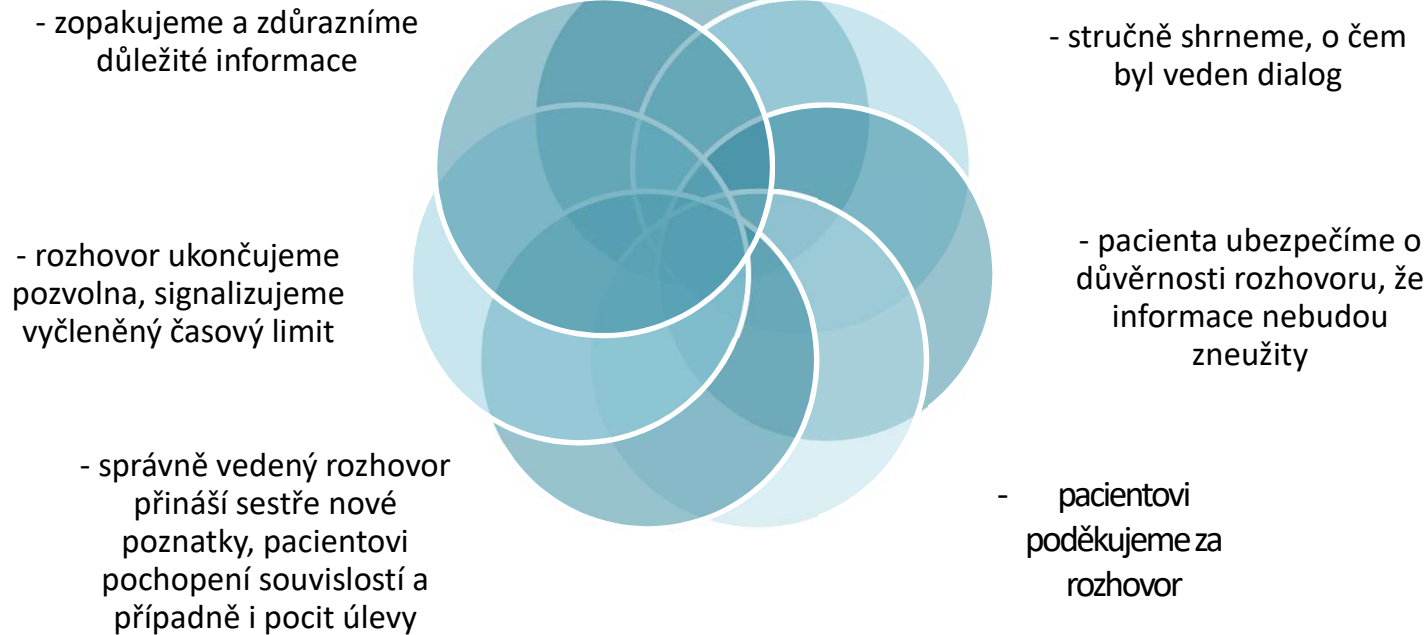
- součástí rozhovoru s pacientem může být i
ozdravné ticho a mlčení, kdy již vše bylo
vysloveno (Křivohlavý, 2001, cit. dle
Zacharová, 2016)

- vyhýbáme se pasivnímu naslouchání
(zpracování zvukových signálů bez schopnosti či
ochoty jim porozumět)

Komunikace – rozhovor

3. Ukončení rozhovoru

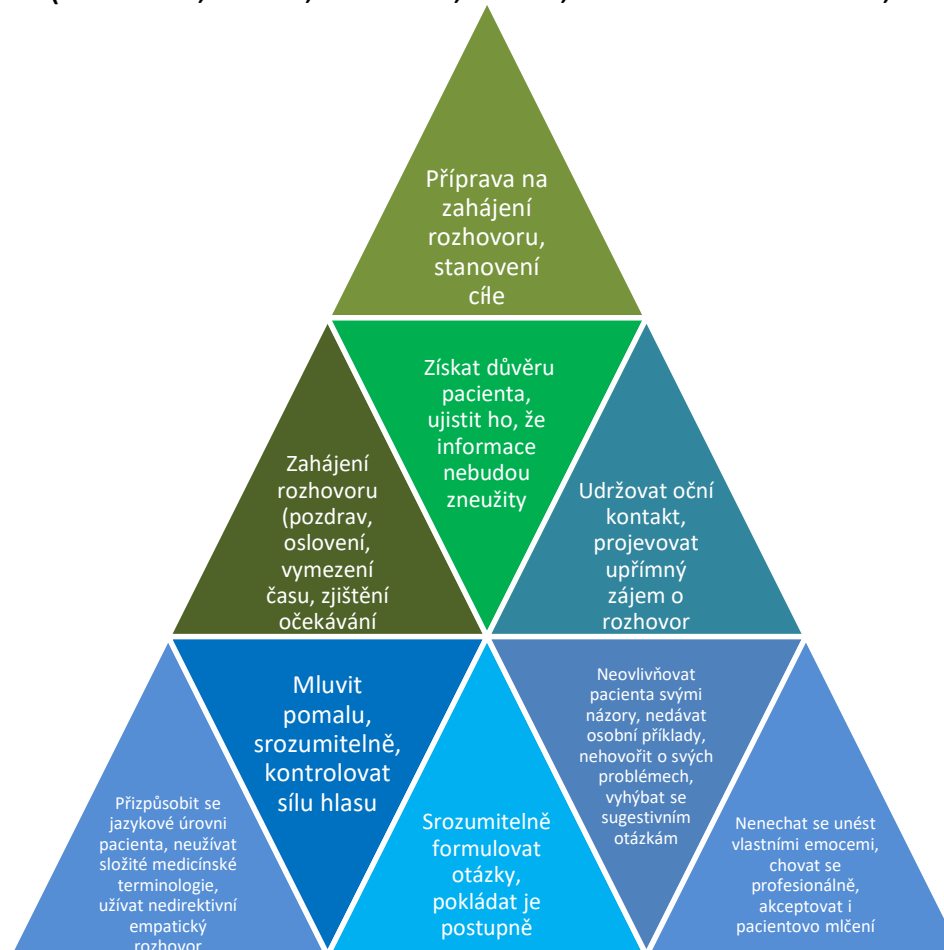
(Zacharová, 2016):



Komunikace – rozhovor

Všeobecné zásady vedení rozhovoru

(Kristová, 2004; Honzák, 1999, cit. dle Zacharová, 2016):



Komunikace – sdělování špatných zpráv

- *Oznámení diagnózy smrtelného onemocnění způsobuje změnu identity* člověka – nastupuje šok a kognitivní posun od člověka, který ovládá svůj život v jedince, který může během pár měsíců zemřít.
- Změna identity může nastat postupně (náboženská konverze), ale v případě diagnózy infaustní nemoci se dostavuje zpravidla rychlá, z vnějšku vynucená změna identity – od spontánní se liší právě **existencí šokové fáze**. (Adam & kol., 2019)

Komunikace – sdělování špatných zpráv

- Oznámení diagnózy smrtelného onemocnění
- Pacient může reagovat i *tzv. poruchami přizpůsobení*, kdy dočasně přestávají být funkční indikátory běžných potřeb (pacientovi se nechce spát, tak nespí, dostávají se poruchy příjmu potravy, sklony k sociální izolaci atp.)
- Neměla by být zanedbána správná diagnostika a **podpůrná léčba psychických poruch** a obtíží – pacienty s **výraznou depresivní symptomatikou** je doporučováno přesměrovat na psychiatra (Adam & kol., 2019)

Sdělování nepříznivé zprávy – rozhovor s pacientem

- Rozhovor s pacientem a sdělení špatné zprávy
- Cílem rozhovoru není jen informovat, ale také snížit strach a úzkost.
- **Sdělení špatné zprávy** má informovat pacienta tak, aby sdělení porozuměl a byl ochoten spolupracovat, současně špatná zpráva vyvolává šok a oslabuje fyzické a duševní síly člověka, tlumí vnímání pacienta.
- Pacienta je třeba **zbavit strachu z vyšetření a léčby nemoci**. Nemoc jako takovou popřít nelze. Pacienta je třeba ujistit, že mu bude poskytnuta maximální možná péče, eliminovat strach z bolesti při vyšetření a následné péči. (Adam & kol., 2019)

Sdělování nepříznivé zprávy – rozhovor s pacientem

- Rozhovor s pacientem a sdělení špatné zprávy
- Je třeba **zaměřit** plnou **pozornost na pacienta**, odstranit rušivé vlivy jako sms, telefonáty apod. , **budovat důvěru** mezi pacientem a zdravotníkem.
- Pacienti preferují otevřenou informaci o diagnóze – pomáhá osobnímu zranění pacienta i jeho blízkých.
- *Za špatnou zprávu pokládáno sdělení, které drasticky nebo negativně změní pohled na budoucnost pacienta. Interpretace sdělení závislá na úhlu pohledu pacienta, např. lidé s dg. Münchausenův syndrom nemoc uvítají. (Adam & kol., 2019)*

Komunikace – sdělování negativních zpráv

Desatero profesora Vorlíčka při sdělování negativních zpráv (Adam & kol., 2019):

Doporučení jsou v řadě bodů shodná s doporučením Americké onkologické společnosti (ASCO).

- 1. Informace o podstatě nemoci** sdělovat všem s maligním onemocněním, ale diferencovaně obsahem a způsobem podání. Být si vědom, že řečené neznačí slyšené a slyšené nemusí být rozuměné a pochopené. Je třeba klást kontrolní otázky, zda nemocný rozumí i chápe. Špatná zpráva, která vzbudí strach, může negativně ovlivnit schopnost průběžného vnímání.
- 2. Informaci o diagnóze podává vždy lékař**, pacient může určit, kdo další má být sdělení přítomen (příbuzní, přátelé, sestra, psycholog atp.) Informaci o nemoci a terapii je třeba podávat opakovaně, jednorázový rozhovor je nedostatečný, z prvního sdělení nepříznivé zprávy si pacient pamatuje obvykle jen málo (negativní dopad stresu na paměť). Nejprve je třeba zjistit, co všechno už pacient ví a následuje otázka, co dalšího by chtěl o onemocnění vědět. (Adam a kol., 2019)

Komunikace – sdělování negativních zpráv

Desatero profesora Vorlíčka při sdělování negativních zpráv
(Adam & kol., 2019):

3. **Informace podávat nejprve pacientovi**, poté členům rodiny. Koho a v jakém rozsahu informovat určuje pacient.
4. **V rozhovoru je třeba být stručný a věcný**, neužívat odborných termínů a cizích slov, kontrolními otázkami ověřujeme, zda pacient rozumí sdělení.
5. **S podstatou nemoci, vyšetřovacími a terapeutickými postupy je třeba seznámit pacienta** neprodleně ještě před zahájením léčby.
6. **Klademe důraz na možnosti léčby**, ale neslibujeme vyléčení.
7. **Odpovídáme na otázky** a obavy pacienta či jeho blízkých. Je třeba věnovat prostor i naznačeným, ale nevyřčeným dotazům. (Adam & kol., 2019)

Komunikace – sdělování negativních zpráv

Desatero profesora Vorlíčka při sdělování negativních zpráv (Adam & kol., 2019):

8. **Informace o prognóze** z hlediska doby přežití je třeba podávat s rozvahou, na pacientův přímý dotaz. Navzdory znalostem statistiky průběh nemoci u konkrétního jedince individuální, je třeba zdůraznit možné odchylky oběma směry od průměrné doby přežití (či mediánu) s daným typem nemoci. Důležitá jednotná informovanost – předávání informací mezi ošetřujícím personálem (lékařská a sesterská dokumentace, správné vedení vizity)

9. **Ujistit pacienta o svém odhodlání vést léčbu v celém průběhu nemoci.**

10. **Vlastním přístupem u pacienta probouzet realistické naděje a očekávání.**

Komunikace – sdělování negativních zpráv

- **Rozhovor s psychologem** (Adam & kol., 2019):
- **Práce s psychologem:**
 - - v ordinaci nemocničního psychologa lékař sdělí pacientovi diagnózu a zůstává 15 minut, zodpoví medicínské otázky,
 - - poté se omluví a odchází,
 - - pacient zůstává s psychologem, s nímž má možnost hovořit o svých pocitech a obavách, které nemají medicínský ráz (např. jak hovořit o dg. s rodiči, dětmi apod.)
- Ataka fyziologického stresu trvá zhruba tři hodiny, čas lékařů je však mnohem více limitován (Adam & kol., 2019)

Sdělování nepříznivé zprávy – rozhovor s pacientem

- **Příčiny nepřijetí informací pacienty**
- Vedle klasických obranných mechanismů tkví podstata ve vlastní orální komunikaci.
- **1. Nedokonalost řeči z hlediska přenosu informací** (cesta od sdělení k porozumění je dlouhá, nabízí možnosti zkreslení)
- Zkreslení v mysli sdělujícího – každé sdělení s sebou nese subjektivní zátěž sdělujícího (znalosti, zkušenosti, postoje atp.)
- Zkreslení při formulaci informace (kódování)
- Zkreslení informací na cestě k pacientovi.
- Pacientova schopnost porozumět (dekódování)
- Pacientův způsob ukládání informací.
- (Bednařík & Andrášiová, 2020; Adam & kol., 2019)

Sdělování nepříznivé zprávy – rozhovor s pacientem

- **Příčiny nepřijetí informací pacienty**
- **2. Neschopnost mozku zpracovat informace v krátkém časovém úseku**
- Závažné, emocionálně a kognitivně zatěžující informace, mozek nedokáže zpracovat ihned a bezchybně. Vnímáme selektivně nebo v případě přetížení vůbec.
- **3. Amygdala vypíná racionální myšlení**
- Při stresu se spouští obecná adaptační reakce na stres, která vyúsťuje do reakce: **útok, boj nebo zamrznutí**. Tyto reakce byly v minulosti velmi účinné, ale uplatňují se i tam, kde jejich účinek není vítaný. Při sdělení diagnózy spustí amygdala emoční reakci a vypíná racionální uvažování. Z toho důvodu někteří pacienti po sdělení nepříznivé zprávy nedokážou myslet, rozhodovat se. Potřebují čas pro zvládnutí akutní reakce na situaci ohrožení. Zdravotník může vhodným přístupem navodit pocit bezpečí a zvládnutí situace, platí to také opačně. (Bednařík & Andrášiová, 2020)

Sdělování nepříznivé zprávy – rozhovor s pacientem

- **Příčiny nepřijetí informací pacienty**
- **4. Kognitivní disonance**
- Reprezentuje stav, kdy sdělené informace nejsou v souladu s pacientovými přesvědčeními. Dozvídá-li se pacient informace v rozporu s jeho přesvědčením, dostávají se negativní emoce, jsou nepříjemné a pacient je chce eliminovat nebo se jim vyhnout, odmítá tedy uvěřit sdělenému (kognitivní odpor), nebo hledá způsob, jak sdělení zpochybnit (např. *vždyť jsem žil/a zdravě, nekouřil/a jsem, to není možné, abych byl/a nemocný/á ...* pacient vychází z přesvědčení, že se o své zdraví staral, tudíž je nemožné onemocnět apod.)
- Tyto mechanismy jsou přirozené, způsobují mylné interpretace, nedorozumění či popření reality. Fungují automaticky a je třeba mít na paměti, že se nejedná o úmysl pacienta a že je třeba mít s pacienty trpělivost (Bednařík & Andrášiová, 2020)

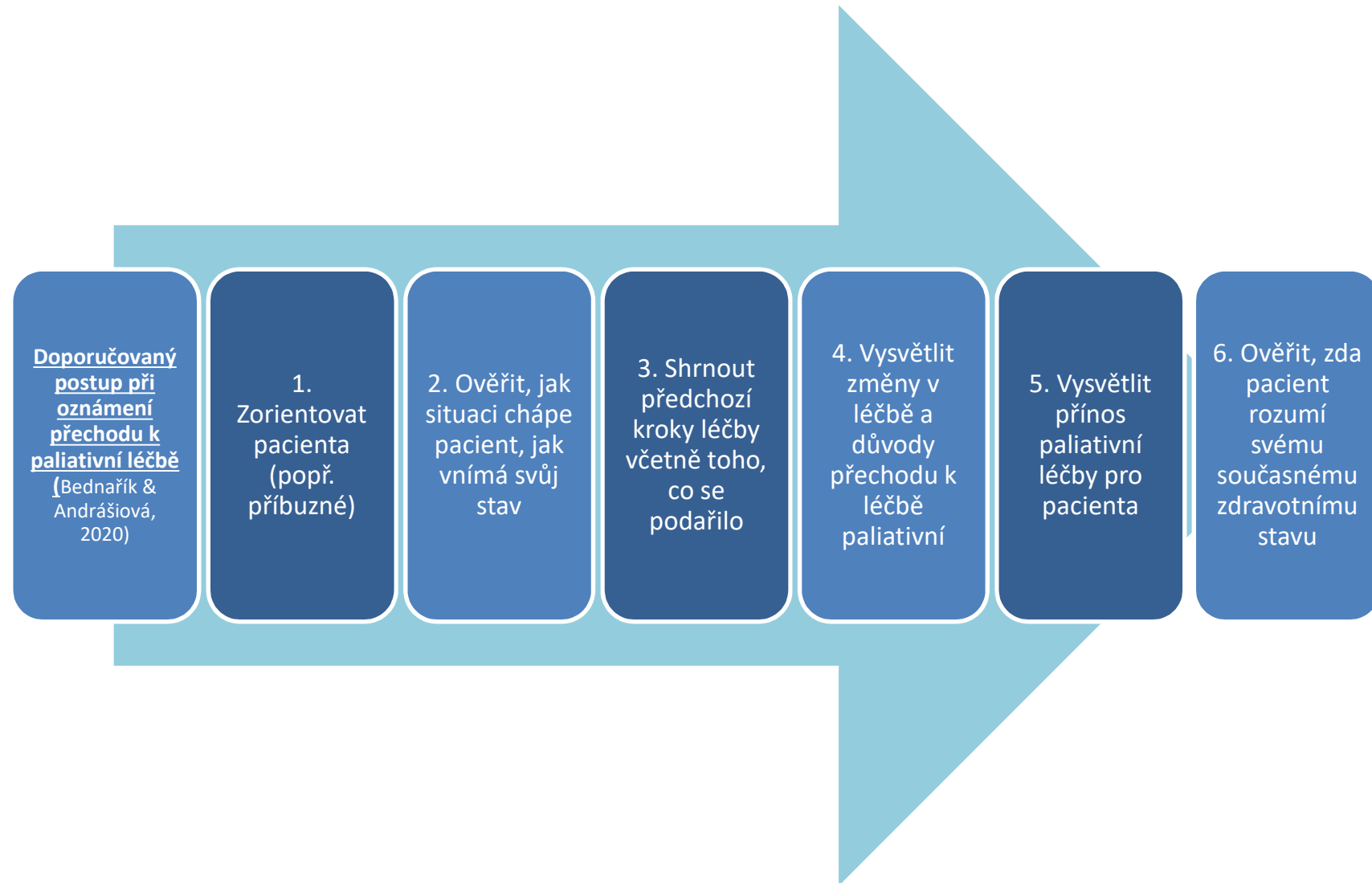
Sdělování nepříznivé zprávy – přechod k paliativní léčbě

- **Paliativní péče** vedle zmírňování tělesných potíží a realizace fyzických potřeb zahrnuje i naplňování psychologických, sociálních a spirituálních potřeb pacienta a zmírňování jeho duševního utrpení.
- Důležité je **zachování dobré kvality života**.
- Pacienta je **nezbytné citlivou formou informovat** o jeho stavu, měl by vědět, v jak pokročilém stadiu onemocnění je, vysvětlit možnosti paliativní péče. (Bednařík & Andrášiová, 2020)

Sdělování nepříznivé zprávy – přechod k paliativní léčbě

- Pro lékaře je obtížné sdělit pacientovi, že jej nedokáže zachránit, zatajení této informace je spíše dáno vyhýbavostí lékaře než snahou pomoci pacientovi. *Lékař musí být připraven, aby takové rozhovory sám emočně zvládl.*
- Pacient má být **informován o svém skutečném stavu**, současně je třeba ponechat i **jistý prostor pro naději**, i když se jedná o nevléčitelné onemocnění.
- Po konfrontaci pacienta s nevléčitelností nemoci nastává riziko zhoršování stavu včetně rozvoje silných emocí a depresivní symptomatiky, je tedy mimořádně důležité **zajistit psychologické potřeby**, zejména pocit bezpečí a jistoty, že o něj bude postaráno, nebude trpět bolestmi a nebude opuštěn (Bednařík & Andrášiová, 2020)

Přechod k paliativní léčbě



Přechod k paliativní léčbě

Doporučovaný postup při oznámení přechodu k paliativní léčbě
(Bednařík & Andrášiová, 2020)

7. Ponechat prostor na otázky pacienta a příbuzných

8. Dotázat se pacienta na jeho potřeby a cíle v daném stadiu nemoci, zjistit, co pacient pokládá za nejdůležitější

9. Shrnout informace, které jsme se dozvěděli v předešlé etapě od pacienta/rodiny

10. Otázkami zjistit obavy, které pacient má a které by mohly bránit v dalších krocích léčby

11. Reagovat na pacientovy obavy empaticky, vysvětlovat, navrhnout řešení pro zmírnění strachu

12. Uvést, co může pacient a jeho blízcí dělat pro zlepšení této etapy pacientova života, na koho se případně mohou obrátit

Přechod k paliativní léčbě

- **Vhodné reakce zdravotníka při rozhovoru**
 - Oznámit důvod setkání
 - Oznámit novou situaci v léčbě otevřeně
 - Mluvit o pozitivních aspektech léčby
 - Vysvětlit, proč je důvod v léčbě pokračovat
 - Vhodně reagovat na emoční reakce pacienta
 - Pacienta orientovat na zvládnání situace
- **Nevhodné reakce**
 - Zdravotník neakceptuje pacientův pohled na situaci
 - Nereagování na obavy pacienta
 - Naznačování výčitek vůči pacientovi (např. *Věděl/a jste, že Vaše nemoc je v pokročilém stadiu. Co jste čekal/a s takovou diagnózou?* apod.)
 - Odbočování od tématu (Bednařík & Andrášiová, 2020)

OTÁZKY

Kontrolní otázky

- 1. Specifikujte cíle rozhovoru.
- 2. Popište hlavní fáze rozhovoru.
- 3. Uveďte základní pravidla a doporučení při sdělování negativních zpráv.
- 4. K jaké reakci na straně pacienta zpravidla vede prvotní oznámení diagnózy infaustního onemocnění?
- 5. Co je kognitivní disonance a jakou hraje roli při přijímání zpráv pacientem?
- 6. Specifikujte základní potřeby, které je třeba zajistit při konfrontaci pacienta s nevléčitelnou nemocí.
- 7. Charakterizujte hlavní zásady při oznámení přechodu k paliativní léčbě.

3.

ADAPTACE NA NEVYLÉČITELNÉ
ONEMOCNĚNÍ, TERAPEUTICKÁ
KOMUNIKACE, NARATIVNÍ TERAPIE

ÚKOLY

PO SKONČENÍ VÝUKY BUDE STUDENT SCHOPEN:

- UVÉST, JAK ZPRAVIDLA PROBÍHÁ REAKCE PACIENTA NA NEVYLÉČITELNÉ ONEMOCNĚNÍ
- POPSAT ADAPTACI PACIENTA NA NEVYLÉČITELNÉ ONEMOCNĚNÍ
- VYMEZIT PSYCHOTERAPII, DEFINOVAT PSYCHOTERAPEUTICKÝ ROZHOVOR
- POPSAT FÁZE PSYCHOTERAPEUTICKÉHO PROCESU
- VYMEZIT NARATIVNÍ TERAPII A JEJÍ ZDROJE
- UVÉST CÍLE PSYCHOTERAPEUTICKÝCH INTERVENČÍ

Nemoc jako zátěžová situace

- Křivohlavý (2002) definuje nemoc jako poruchu zdraví, Vašina (2009) klade důraz na odlišení nemoci v medicínském a psychologickém slova smyslu, kdy v objektivním významu je nemoc založena na diagnóze, v subjektivním slova smyslu ji lze chápat jako prožitek.
- Podle Zacharové (2017) představuje nemoc svízelnou životní situaci a zátěž v bio-psycho-sociální rovině a zapříčiňuje změnu životního stereotypu, zvláště obtížně zvladatelnou a akceptovatelnou jedinci, pro které se jedná o novou situaci, dochází k nárůstu nejistoty.
- Adaptaci lze nahlížet jako vyrovnávání se nebo obnovování rovnováhy v pasivní podobě (akomodace – přizpůsobování se) nebo v aktivní formě (asimilace – přizpůsobování si). Proces uspokojování potřeb je spojován s potížemi a překážkami, jejichž překonávání patří k životu (Zacharová, 2017)

Nemoc a adaptace

- **Aktivní adaptace** – přizpůsobování se nemoci, osvojení si role nemocného, pacient spolupracuje při diagnostice i léčbě
- **Psychická dekompenzace** – závisí na stavu a osobnosti pacienta, průběhu choroby, vzniká obvykle tehdy, nedošlo-li k aktivní adaptaci, při vážném průběhu choroby, nemocný se projevuje jako netrpělivý, rozladěný, kriticky vůči zdravotnímu personálu i ostatním pacientům, nebezpečí této fáze spočívá v riziku konfliktu mezi pacientem a zdravotníkem, pacient v tomto stadiu potřebuje odbornou pomoc
- **Pasivní adaptace** – rezignace, nemocný se uzavře do sebe, vzdává se; situace se objevuje u pacientů dlouhodobě hospitalizovaných, u vleklých a chronických onemocnění (omezení pohybu, kardiovaskulární nemoci)
- (Zacharová, 2017)

Nemoc jako zátěžová situace

- Reakce na závažnou diagnózu je moderována řadou faktorů (věk pacienta, průběh a délka nemoci, formy vyšetření, mezilidské vztahy apod.)
- Bouchal (1993, cit. dle Zacharová, 2017) uvádí jako možné **reakce na diagnózu závažného onemocnění**:
 - - smíření a vyrovnání se (akceptace nevyhnutelného)
 - - pasivní rezignace (nezájem)
 - - únik do vzpomínek
 - - únik do fantazie, úvahy o nesmrtelnosti
 - - pozitivní kompenzace (snaha dokončit započatou činnost)
 - - negativní kompenzace (alkohol, drogy, rizikový sex, přejídání apod.)

Nemoc jako zátěžová situace – sdělování extrémně nepříznivé zprávy

Zásady sdělování extrémně nepříznivé zprávy

(Vymětal, 2003, s. 167, cit. dle Zacharová, 2017)

- informaci sděluje ten, v koho má pacient největší důvěru a současně i autoritu (zpravidla ošetřující lékař)

- nutno zajistit naprosté soukromí pro vedení rozhovoru

- musí být zřejmé, co už pacient ví

- pravdivá informace má být stručná, ale lze k ní pacienta nebo příbuzného vést postupně

- na dotazy odpovídáme konkrétně

- snažíme se pomoci příjemci vyrovnat se s informací, netlumíme jeho emoční odezvu, projevujeme empatii

- sdělujeme pacientovi, že o něj bude postaráno, že nebude opuštěn

- dohodneme si další rozhovor

Pacient a psychoterapie

- Úspěšná psychoterapie může pomoci zvýšit **kvalitu života nemocného**. Cílená psychoterapie může přinést hlubší vhled do vnitřního světa pacienta a usnadnit komunikaci zúčastněných. Cílem psychoterapie by mělo být také napomoci klientovi lépe se vyrovnat s nemocí.
- Bouchal (1971) definuje psychoterapii jako psychické působení na chorobu prostřednictvím smysluplné sociální interakce.
- Ve všech formách psychoterapie je **hlavním terapeutickým nástrojem léčba vztahem**, popř. je psychoterapie vnímána jako léčba prostřednictvím terapeutovy osobnosti. Efekt psychoterapie je nejvýraznější v situaci, kdy je klient ochoten ke změně a terapeut s ním dokáže navázat kvalitní vztah (Vybíral & Roubal, 2010)
- Obecnými osobnostními dovednostmi terapeuta má být spíše:
 - *pečující než neutrální nastavení,*
 - *empatie,*
 - *vstřícnost až vřelost,*
 - *akceptace klienta,*
 - *autentičnost.*
- (Vybíral & Roubal, 2010)

Pacient a psychoterapie

- Cíle psychoterapie
- Cíle psychoterapie závisí na jednotlivých školách a přístupech. Výsledky psychoterapie nejsou vždy ve shodě s terapeutickými cíli (Vymětal, 2010)
- Cílem psychoterapie je primárně *změna v osobnosti, chování a sociálních vztazích pacienta, terapie by měla vzbudit pacientovu naději ve zmírnění obtíží*. Všechny druhy psychoterapie pomáhají *odstranit pocit izolace* (interakce s psychoterapeutem, popř. se spolupacienty ve skupině)

- **Úspěšná psychoterapie:**
- - pacienta emočně posiluje,
- - mírní nepříjemné pocity,
- - zvyšuje pocit vyšší kontroly nad vlastním životem,
- - zvyšuje morálku,
- - pomáhá zvládat obtíže pacienta či se s nimi lépe vyrovnávat.

- S nárůstem sebevědomí pacienta zpravidla narůstá i pocit vlastní účinnosti (Vymětal, 2010; Vymětal, 2007)

Pacient a psychoterapie

- Psychoterapeutické vedení může být také chápáno jako prevence tzv. demoralizačního syndromu.
- **Demoralizační syndrom** definuje O'Connor (2005) jako pocit ztráty smyslu, beznaděj, bezmoc a existenciální tíseň.
- Vyznačuje se pesimismem, tendencí k sociální izolaci a ztrátou motivace, dominuje černobílé vidění světa, pacient nevidí do budoucna nic pozitivního, dochází ke ztrátě životního smyslu, převládá pocit neschopnosti – na rozdíl od depresivního stavu lze v případě demoralizace zaznamenat, že pacient je schopen těšit se z něčeho v přítomnosti, negativní je jeho výhled do budoucnosti.
- Přání zemřít podle Becka (1975, cit. dle O'Connor, 2005) koreluje více s pocitem beznaděje než s intenzitou deprese. Neléčená demoralizace však často představuje předstupeň klinické deprese, resp. zvyšuje riziko jejího rozvoje.

Pacient a psychoterapie

- **Terapie demoralizačního syndromu**
 - - zajistit kontinuitu péče a lidský přístup, empatie vůči pacientovi
 - - aplikovat přístupy zaměřené na smysl života (logoterapie, existenciální analýza), stanovení cílů, vymezení role pacienta
 - - využití metod kognitivně-behaviorální terapie (přerámování pesimismu)
 - - užití interpersonální terapie (práce s příbuznými a blízkými)
 - - využití narativní terapie
 - - farmakoterapie v případě úzkosti a depresivních stavů
- Všechny výše uvedené přístupy by měly být orientovány na posílení naděje a obnovení pocitu smysluplnosti života (O'Connor, 2005).
- Zdůrazňována je i neformální podpora ze strany ošetřujícího personálu, např. v podobě praktické pomoci a „doprovázení“ pacienta, včetně každodenní komunikace, jejímž prostřednictvím sestra může u pacienta budovat pocit, že na něm záleží a jeho život má stále hodnotu (O'Connor, 2005).

Psychoterapeutický rozhovor

Psychoterapeutický rozhovor

(Vymětal, 2010)

- komunikace, jejímž prostřednictvím jde o navázání vztahu s klientem a navodit u klienta žádoucí změnu
- *rozhovor vždy probíhá v rámci vztahu*, typ nabídky ze strany terapeuta může být determinován orientací na příslušný psychologický směr (např. rogersovská terapie klade větší důraz na vřelost, opravdovost a empatii)
- *dovednost rozhovoru vyžaduje* zkušenost a značnou míru sebepoznání na straně terapeuta
- ***užívá se ve všech formách terapie***

Základní typologie

- empatický rozhovor
- poradensko-informační rozhovor
- interpretující rozhovor
- podpůrný rozhovor
- přesvědčující rozhovor

Průběh psychoterapie

- **Průběh psychoterapie (psychoterapeutický proces)**
- - psychoterapie = plánované dění řízené terapeutem, jehož cílem je navodit změny v prožívání, myšlení a chování klienta (Vymětal, 2010)
- - **proces tvoří tři hlavní fáze:**
- 1. indikace
- 2. vlastní psychoterapie
- 3. zhodnocení a ukončení terapie
-
- **Ad 1. indikace**
- - obecná indikace posuzuje vhodnost klienta pro psychoterapii
- - specificko-prognostická indikace zvažuje postup vedoucí k žádoucímu cíli
- - adaptivní indikace značí přizpůsobování psychoterapie v průběhu psychoterapeutického procesu (Vymětal, 2010)
-

Průběh psychoterapie

- **Průběh psychoterapie (psychoterapeutický proces)**
- **Ad 2. vlastní psychoterapie**
- - v průběhu léčby vztahem dochází ke změně u klienta na základě proměny vztahu a postoje k terapeutovi i k sobě samému, popř. dalším účastníkům terapie, členům skupiny
- - dobrý průběh terapie je typickým přibližováním klienta a terapeuta, popř. nárůstem skupinové koheze
- - změna nastává nejen u klienta, ale také u terapeuta (včetně změn nežádoucích v podobě rizika vyhoření)
- - součástí procesu může být odpor, tedy chování, prožívání a myšlení, kterým se klient brání terapii; dále roli může hrát přenos a protipřenos
- - důležité průběžné hodnocení terapeutického procesu
- - obecně předpoklad růstové tendence ve směru normality osobnosti

Průběh psychoterapie

- **Průběh psychoterapie (psychoterapeutický proces)**
- **Ad 3. zhodnocení a ukončení terapie**
- - na ukončení terapie nutné klienta připravit, jedná se současně o ztrátu
- - „efekt ukončení terapie“ (zhoršení stavu klienta v důsledku blížícího se konce terapie)
- - cílem zhodnotit dosažené i nedosažené cíle terapie, ventilace pocitů, možnost „kontrolních setkání“
- - rozloučení s terapeutem a ukončení terapie nutně neznamená nemožnost obrátit se na terapeuta v budoucnu, vyskytnou-li se potíže a potřeba pomoci, důležité je rozloučení v dobrém s možným výhledem budoucí spolupráce
- - optimální terapie zaštiťována supervizí i možnostmi, aby se klient poradil ještě s dalším nezávislým odborníkem
- - v případě zařazení terapie do výzkumného projektu se zvyšuje motivace všech zúčastněných (Vymětal, 2010)

Narativní terapie

- **Narativní terapie klade důraz na osobní zkušenost a její význam.**
- Vychází z postmoderních principů sociálně konstruktivistické školy, za zakladatele narativní terapie je pokládán **Michael White a David Epston.**
- Těžištěm narativního přístupu je **vyjádření životní zkušenosti v podobě narativního aktu**, v rámci terapie klienti konstruují své životní příběhy, čímž je dodáván událostem v jejich životě smysl.
- Řada příběhů je orientována zejména v případě výskytu závažné nemoci nebo stavu negativním směrem, zaměřena na obviňování, narativní terapie vychází z přesvědčení, že převyprávění a přerámování těchto příběhů pomáhá klientům změnit pohled na jejich stav či převést jejich pohled na život do pozitivnější polohy a také se lépe vyrovnat s bolestnými zážitky a zkušenostmi (Chow, 2015)

Narativní terapie


- **Narativní terapie patří mezi postmoderní přístupy v terapii.**
- Východiskem využití těchto přístupů je přesvědčení, že nás v životě netrápí objektivní fakta o nemoci, ale **zdrojem potíží jsou naše přesvědčení a způsob, jak fakta hodnotíme.**
- Psychoterapie v tomto slova smyslu **usiluje o změnu přesvědčení, nastínění nového pohledu, o obnovu pocitu kontroly nad svým životem** – obvykle také vede ke complianci, někdy dokonce k vyléčení či k němu výrazně přispívá. (Kunertová, 2014)

Narativní terapie

• **Přínos postmoderního přístupu k psychoterapii onkologicky nemocných** (Kunertová, 2014):

- není třeba věnovat se psychopatologii pacientů, abychom mohli měnit smýšlení o jejich nemoci, postoje, které zaujímají k onemocnění, témata, která v souvislosti se svým stavem řeší, jak nemoc prožívají;
- vyjadřovat pacientovi empatii a podporu, aniž bychom jej litovali;
- měnit postoje pacienta bez obviňování, že si nemoc způsobil sám;
- s pacientem lze mluvit otevřeně o vývoji nemoci, pravděpodobné prognóze, aniž by mu byla odňata naděje

Narativní terapie - fáze

- 
- **Etapy a součásti narativní terapie** (Skorunka, 2008)
 - Popis s dominujícím problémem (*problem-saturated description*)
 - Identifikace/pojmenování problému (*identifying/naming the problem*)
 - Externalizace problému (*externalisation of the problem*)
 - Otázky orientované na relativní dopad problému (*relative influence questioning*)
 - Výzva k zaujetí pozice vůči problému (*inviting to take a position on the problem*)
 - Užívání terapeutických dokumentů (*use of the therapeutic documents*)
 - Přihlídnutí k sociálním a politickým faktorům (*considering social and political issues*)
 - Začlenění a připomínání (*re-membering*)
 - Svědectví zvenčí (*outsider-witnesses*)
 - Posilování a obohacování nového příběhu (*enrichment of new self-story*)
 - Nový status – konzultant (*new status-consultancy*)

Narativní terapie - fáze

- Etapy a součásti narativní terapie (Skorunka, 2008)
- **1. Popis s dominujícím problémem** (*problem-saturated description*)
 - - sezení vztahováno obvykle k problému nebo příznakům, příběh však zachycuje jen výsek zkušenosti, nikoli další důležité aspekty, které mohou být zdrojem pro podporu alternativních příběhů, popř. vystihnout příběh pacienta holisticky
 - - problém je třeba reflektovat, nelze předbíhat nabídkou alternativních variant (riziko vyvolání obranných mechanismů, neporozumění apod.)
- **2. Identifikace/pojmenování problému** (*identifying/naming the problém*)
 - - důležité stručně vystihnout problém, pojmenovat jej jedním nebo několika slovy či metaforou
 - - vyjasnění obtíží klienta
 - - zacílení pozornosti a ulehčení pozdější externalizace
 - - v této etapě důležité aktivní naslouchání

Narativní terapie - fáze

- Etapy a součásti narativní terapie (Skorunka, 2008)
- **3. Externalizace problému** (*externalisation of the problem*)
- - důsledné kladení otázek, aby byl klient naveden k oddělení problému od Self, od své identity
- - lze využít personifikace (snazší kognitivní oddělení problému a jedince)
- - vytváří se odstup od problému a prostor k jeho zkoumání
- - vyjasnění obtíží klienta
- - zacílení pozornosti a ulehčení pozdější externalizace
- - v této etapě důležité aktivní naslouchání
- - externalizace doporučována zejména pro práci s rodinou
- - odstup snáze vzniká tehdy, pokud problém jedinec nechápe jako součást vlastní osobnosti

Narativní terapie - fáze

- Etapy a součásti narativní terapie (Skorunka, 2008)
- **4. Otázky orientované na relativní dopad problému (*relative influence questioning*)**
 - - analyzuje se dopad problému na život klienta a jakým způsobem ovlivňuje existenci problému klient samotný
 - - řeší se sféry vlivu problému i formy jeho zvládnání
 - - hledají se životní okamžiky, kdy problém nehraje dominantní úlohu
 - - kdy klient problém překonává (zdroj pro rozvoj alternativních příběhů)
 - - zjišťuje se působení problému na myšlení klienta, jeho prožívání, chování, vztahy atd., jak problém dopadá na hodnoty klienta, jeho motivaci
 - - zjišťují se dovednosti a kompetence klienta, zvládací strategie, které jsou významné primárně pro klienta nebo jeho blízké

Narativní terapie - fáze

- Etapy a součásti narativní terapie (Skorunka, 2008)
- **5. Výzva k zaujetí pozice vůči problému** (*inviting to take a position on the problem*)
 - - ozřejmit snahy pacienta, popř. rodiny, jaké kroky by chtěl na základě nově nabyté perspektivy učinit
 - - může být využita i metafora zápasu s problémem

Narativní terapie - fáze

- Etapy a součásti narativní terapie (Skorunka, 2008)
- **6. Užívání terapeutických dokumentů** (*use of the therapeutic documents*)
 - - využívají se především dopisy, např. zvací ze strany terapeuta
 - - diplomy, certifikáty, ocenění pro potvrzení změny
 - - lze využít různé formy dokumentů i různý kontext jejich použití (důkaz nově společně utvářené podoby nové reality)
 - - k dokumentům mají klienti přístup, podílejí se na jejich tvorbě
 - - „materializace“ průběhu terapie

Narativní terapie - fáze

- Etapy a součásti narativní terapie (Skorunka, 2008)
- **7. Přihlédnutí k sociálním a politickým faktorům** (*considering social and political issues*)
 - - negativní verze příběhu nebo zápletky bývají ovlivněny v širším společensko-kulturním rámci, klient je ovlivněn (často nevědomě) diskurzem, který dominuje v dané společnosti a kultuře (např. orientace na kult mládí a maximálního výkonu)
- **8. Začlenění a připomínání** (*re-membering*)
 - - obnovení vzpomínek na důležité členy rodiny nebo významné zdroje opory v životě klienta
 - - soustředíme se na osoby a vztahy, v nichž klient zažil upřednostňované aspekty vlastní identity, popř. chvíle, které se staly východiskem pro vytváření alternativního životního příběhu

Narativní terapie - fáze

- Etapy a součásti narativní terapie (Skorunka, 2008)
- **9. Svědectví zvenčí** (*outsider-witnesses*)
 - - úsilí začlenit do terapeutického procesu i jedince zvnějšku (významné členy sociální sítě klienta)
 - - důraz na zapojení i širší komunity, ke které klient přináleží
 - - cílem je posílení sociální podpory, rekonstrukce životního příběhu a různé úhly pohledu (z perspektivy dalších osob)
 - - posílení vztahů v rodině i v rámci komunity
- **10. Posilování a obohacování nového příběhu** (*enrichment of new self-story*)
 - - snaha odpoutávat se od problémem určeného příběhu, rozvíjíme příběh alternativní
 - - nastává zpravidla v druhé polovině terapie, úlohu zde mohou hrát i další osoby (viz bod 9)

Narativní terapie - fáze

- Etapy a součásti narativní terapie (Skorunka, 2008)
- **11. Nový status – konzultant** (*new status-consultancy*)
- - po vyřešení určité náročné situace či problému, po vyvázání se z problémem definovaného příběhu, potvrzuje nový stav tzv. status konzultanta, kdy samotný klient se stává konzultantem ostatním, kteří řeší obdobný problém
- - jedná se o potvrzení nově získaných zkušeností, tedy i nového příběhu
- - vzniká prostor pro sdílení zkušenosti a možnost pomoci druhým

Cíle psychoterapeutické a psychologické intervence

Cíle psychoterapeutických intervencí (Tschuschke, 2004):

- - snížit pocity osamělosti
- - redukovat strach z léčby
- - zmírnění depresivních a úzkostných stavů
- - objasnit možná kognitivní zkreslení
- - zmírnit pocit beznaděje, bezmoci a opuštěnosti
- - orientovat pacienta k větší kontrole nad vlastním životem, resp. spoluúčasti na vlastním uzdravení
- - navázání lepší spolupráce s ošetrovatelským týmem
- - lepší kvalita života

OTÁZKY

Kontrolní otázky

- 1. Uveďte a objasněte alespoň dvě formy adaptace na závažné onemocnění.
- 2. Vyjmenujte obecné cíle psychoterapie.
- 3. Uveďte charakteristiky úspěšné terapie.
- 4. Popište nezbytné terapeutické dovednosti.
- 5. Definujte psychoterapeutický rozhovor, uveďte hlavní typologii.
- 6. Charakterizujte průběh psychoterapeutického procesu.
- 7. Objasněte pojem narativní terapie.
- 8. Specifikujte jednotlivé fáze narativní terapie.
- 9. Vyjmenujte hlavní cíle a účel psychoterapeutických intervencí.

POUŽITÁ LITERATURA

Seznam pramenů

- Adam, Z., Klimeš, J., Pour, L., Král, Z., Onderková, A., Čermák, A., & Vorlíček, J. (2019). *Maligní onemocnění, psychika a stres*. Grada.
- Andršová, A. (2012). *Psychologie a komunikace pro záchranáře v praxi*. Grada.
- Ayers, S., & De Visser, R. (2015). *Psychologie v medicíně*. Grada.
- Dostálová, O. (2016). *Péče o psychiku onkologicky nemocných*. Grada.
- Gurková, E. (2017). *Nemocný a chronické onemocnění*. Grada.
- Hartl, P. (2004). *Stručný psychologický slovník*. Portál.
- Chow, E. (2015). Narrative therapy an evaluated intervention to improve stroke survivors' social and emotional adaptation. *Clinical Rehabilitation*, 29 (4), 315-326. 10.1177/0269215514544039
- Chromý, J. (2014). *Základy sociolingvistiky*. Karolinum. <https://dspace.cuni.cz/bitstream/handle/20.500.11956/111487/Z%C3%A1klady%20sociolingvistiky.pdf>
- Janáčková, L. & WEISS, P. (2008). *Komunikace ve zdravotnické péči*. Portál.

POUŽITÁ LITERATURA

Seznam pramenů

- Jochmanová, L., Kimplová, T. (Eds.) & kol. (2022). *Psychologie zdraví*. Grada Publishing.
- Křivohlavý, J. (2002). *Psychologie nemoci*. Grada Publishing.
- Křivohlavý, J. (2001). *Psychologie zdraví*. Grada.
- Kunertová, O. (2014). *Postmoderní přístupy v psychoterapii pro onkologicky nemocné*. <https://www.linkos.cz/lekar-a-multidisciplinari-tym/kongresy/po-kongresu/databaze-tuzemskych-onkologickych-konferencnich-abstrakt/postmoderni-principy-v-psychoterapii-pro-onkologicky-nemocne/>
- Kupka, M. (2014). *Psychosociální aspekty paliativní péče*. Grada.
- Kuruncová, R. (2016). *Zátěž pečovatele. Posuzování, diagnostika, intervence a prevence v péči o nevléčitelně nemocné*. Grada.
- Linhartová, V. (2007). *Praktická komunikace v medicíně*. Grada.
- Mandincová, P. (2011). *Psychosociální aspekty péče o nemocného*. Grada.
- O'Connor, M. (2005). *Paliativní péče – pro sestry všech oborů*. Grada.

POUŽITÁ LITERATURA

Seznam pramenů

- Paulík, K. (2007). *Psychologické základy lidské komunikace*. Fakulta strojní VŠB V Ostravě.
- Skorunka, D. (2008). *Narativní přístup v psychoterapii: pohled psychoterapeuta a klienta* (disertační práce, Fakulta sociálních studií Masarykovy univerzity). Národní registr závěrečných prací theses.cz. <https://is.muni.cz/th/o8wsz/>
- Svatošová, M. (2012). *Víme si rady s duchovními potřebami nemocných?* Grada.
- Špatenková, N., & Králová, J. (2009). *Základní otázky komunikace*. Galén.
- Tschuschke, V. (2004). *Psychoonkologie: psychologické aspekty vzniku a zvládnutí rakoviny*. Portál.
- Vašina, L. (2009). *Základy psychologie zdraví*. Pedagogická fakulta Ostravské univerzity.
- Venglářová, M., & Mahrová, G. (2006). *Komunikace pro zdravotní sestry*. Grada.

POUŽITÁ LITERATURA

Seznam pramenů

- Vybíral, Z., & Roubal, J. (2010). *Současná psychoterapie*. Portál.
- Vybíral, Z. (2000). *Psychologie lidské komunikace*. Portál.
- Vybíral, Z. (2005). *Psychologie komunikace*. Portál.
- Vymětal, J. (2007). *Speciální psychoterapie*. Grada.
- Vymětal, J. (2010). *Úvod do psychoterapie*. Grada.
- Zacharová, E. (2016). *Komunikace v ošetrovatelské praxi*. Grada.
- Zacharová, E. (2017). *Zdravotnická psychologie: teorie a praktická cvičení*. Grada.