

UNIVERZITA KARLOVA

Filozofická fakulta

Katedra psychologie

Bakalářská práce



Anna Janoutová

**Role psychologa při příjmu do hospitalizace  
na oddělení psychiatrie**

**The Role of a Psychologist During an Inpatient Admission  
to a Psychiatric Hospital**

Vedoucí bakalářské práce: RNDr. MUDr. Mgr. Monika Červinková, Ph.D.

2023

## **Poděkování**

Ráda bych poděkovala vedoucí mé bakalářské práce RNDr. MUDr. Mgr. Monice Červinkové, Ph.D. za odborné vedení, přínosné konzultace a ochotu. Děkuji také svému snoubenci za trpělivost při vypracovávání a své sestře za podnětné rady.

## **Prohlášení**

*Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně, že jsem řádně citovala všechny použité prameny a literaturu a že práce nebyla využita v rámci jiného vysokoškolského studia či k získání jiného nebo stejného titulu.*

V Praze dne 22. 4. 2023



Anna Janoutová

## **Abstrakt**

Cílem práce je zmapovat systém přijímání pacientů do hospitalizace na lůžkovém oddělení psychiatrie a v souvislosti s ním popsat možné způsoby tvoření terapeutického vztahu s pacientem již při prvním kontaktu. Psycholog v České republice na příjmovém oddělení v aktuální době nefiguruje, prvotní kontakt pacienta s institucí tedy zprostředkovává zdravotnický personál. Ráda bych ukázala možné přínosy začlenění psychologa do tohoto přijímacího procesu.

Literárně přehledová část obsahuje popis vytváření vztahu pacienta k instituci v souvislosti s příjmem akutních pacientů do hospitalizace. Budu se zde zabývat technikami pro vytvoření pozitivního prvního kontaktu, tedy navazování klienta na instituci. Konkrétněji práce bude řešit i zacházení s agresivními pacienty a krizovou intervencí, jelikož pocit důstojnosti nebo její ztráty akutních pacientů na urgentním příjmu již ovlivňuje jejich důvěru k instituci.

Návrh výzkumu bude uzpůsoben dosud neprobádané oblasti přítomnosti psychologa u příjmu do hospitalizace. Hlavní výzkumnou otázkou, kterou se budu zabývat, bude, zda přítomnosti psychologa při příjmu do hospitalizace ovlivní počet negativních reverzů. V důsledku navázání pozitivně laděného vztahu s institucí budu sledovat počet pacientů, kteří se opětovně po podání negativního reverzu do instituce navracejí (což může souviset s kapacitními problémy lůžkové psychiatrie) a budu je porovnávat s mírou navázaného terapeutického vztahu. Jako výzkumnou metodu použiji dotazník (s následným kvantitativním zpracováním), který bude administrován jak pacientům, tak klinickým psychologům a zdravotnickému personálu přítomnému při přijímacím procesu.

## **Klíčová slova:**

hospitalizace; psycholog; důstojnost; edukace; komunikace; omezovací prostředky; krizová intervence

## **Abstract**

The aim of this thesis is to map the system of admission of patients to inpatient psychiatric wards and to describe possible ways of forming a therapeutic relationship with the patient at the first contact. In the current situation in the Czech Republic, psychologist is not present in the admission ward, so the initial contact of the patient with the institution is mediated by the medical staff. I would like to show the possible benefits of including a psychologist in the admission process.

The literature review part includes a description of the formation of the patient's relationship with the institution in the context of admission to acute care hospitals. I will discuss techniques for creating a positive first contact, i.e., bonding of the client to the institution. More specifically, the thesis will also address the management of aggressive patients and crisis intervention, as the dignity of acute admission patients already affects the relationship and trust with the institution and trust.

The research design will be tailored to the as yet unexplored area of a psychologist's presence at admission to hospital. The main research question I will address will be the causality between a psychologist's presence at admission to hospital and the amount of patients refusing treatment. As a result of the establishment of a positive relationship with the institution, I will track the number of patients who return to the institution after treatment refusal (which may be related to capacity issues in inpatient psychiatry) and compare this to the rate of therapeutic relationship established. I will use a questionnaire (with subsequent quantitative processing) as the research method, which will be administered to patients, but also to clinical psychologists and medical staff present during the admission process.

## **Key words:**

Hospitalization; Psychologist; Dignity; Education; Communication; Restraints; Crisis Intervention

## Obsah

Úvod.....	9
I. Teoretická část.....	11
1. Organizace psychiatrické péče u nás.....	11
1.1. Kompetence psychologa v systému zdravotnických služeb.....	11
1.2. Vnitřní předpisy pro příjem do hospitalizace.....	12
2. Redukce stresu pacienta z hlediska celostního přístupu v psychiatrii.....	14
2.1. Specifika skupiny pacientů akutního příjmu.....	15
2.2. Užívání omezovacích prostředků.....	17
2.3. Komunikace.....	19
2.3.1. Krizová intervence.....	20
2.3.2. Edukace.....	21
3. Vytváření vztahu k instituci.....	23
3.1. Péče zaměřená na člověka.....	24
3.2. Terapeutický vztah.....	25
3.2.1. Navazování vztahu po traumatické události.....	27
II. Empirická část.....	29
4. Východiska pro výzkum.....	31
5. Návrh výzkumu.....	33
5.1. Cíl výzkumu.....	33
5.1.1. Výzkumné otázky a hypotézy.....	33
5.2. Metodika.....	34
5.2.1. Výzkumný soubor.....	34
5.2.2. Měřicí nástroje.....	34
5.2.3. Procedura.....	34
5.2.4. Statistická analýza.....	35
5.2.5. Etika výzkumu.....	35

6. Diskuse.....	36
7. Závěr.....	38
Reference.....	40
Seznam příloh.....	50
Přílohy.....	51
Příloha 1.....	51
Příloha 2.....	52

## Seznam zkratk

ČR	Česká republika
MKN-10	Mezinárodní klasifikace nemocí
Obr.	Obrázek
PDI - CZ	Patient Dignity Inventory (Dotazník důstojnosti)
PTSD	Posttraumatická stresová porucha
Sb.	Sbírka zákonů
SDM	Shared decisions making (Sdílené rozhodování)
ÚZIS ČR	Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky
WHO	World Health Organization (Světová zdravotnická organizace)



## Úvod

V poslední době nabývají na významu otázky rozšiřování komunitní péče v rámci psychiatrické reformy, používání omezovacích prostředků a obecně lidskoprávní aspekty hospitalizace. Investigativní novináři popisují nemedializovaná úmrtí či poškození pacientů způsobované nesprávným používáním omezovacích prostředků. V oficiálním videu Světové zdravotnické organizace (WHO) odborníci z českých psychiatrických zařízení prezentují svá přesvědčení, že na některých špatně vedených odděleních je přes polovinu incidentů vyprovokovaných personálem. V roce 2020 školila WHO zdravotníky v tzv. měkkých metodách (rozhovor, neverbální techniky) za účelem posílit schopnosti zdravotníků snižovat tenzi pacientů a deeskalovat konflikty bez použití omezovacích prostředků. Vévoda ve své knize (2013) uvádí, že u zdravotníků jsou zátěžové hlavně konflikty. Kvůli nim je zdravotnický personál poté frustranější a nemá elán a energii řešit další konflikty měkkými metodami. Tak vzniká začarovaný kruh a může vést k častějšímu používání omezovacích prostředků i když to není nutné.

Tato bakalářská práce se bude zabývat budováním kontaktu mezi pacientem a institucí při příjmu na lůžkové oddělení psychiatrie. Pokusím se v shrnout metody, kterými lze při příjmu do hospitalizace s pacientem navázat důvěrný vztah, díky kterému by ani agresivní pacienti, kteří jsou na oddělení převáženi nedobrovolně, nepodávali před zaléčením negativní reverz. Opakované podávání reverzu a navracení se na oddělení v akutním stavu přispívá k problému přeplněných oddělení lůžkové psychiatrie. Dle WHO většina příjmů na lůžkové oddělení psychiatrie probíhá akutně v době, kdy je v instituci méně lékařů než v běžné pracovní době. Psycholog by na pracovišti kromě vyšetřování mohl provádět i edukační složku a edukovat přijímací personál ohledně navazování vztahu s pacientem a také komunikovat s pacienty ohledně následného léčebného procesu. Snižoval by tak i stresovou reakci pacientů na neznámé prostředí. Celostnímu pohledu na stres v rámci fyziologie se budu věnovat v druhé kapitole. Také nastíním způsoby, jakými může být psycholog podporou zdravotnickému personálu.

V první kapitole shrnu aktuální stav a organizaci psychiatrické péče u nás. Dále navážu roli stresu v následném uzdravovacím procesu a stresory, které lze díky edukaci zdravotnického personálu zmírňovat. V souvislosti s touto problematikou shrnu i metodu sdíleného rozhodování hojně používanou v zahraničí. Na závěr se zaměřím na budování

vztahu pacienta k instituci, skrz vztah k odborníkovi a nastíním problematiku budování vztahu po náročné životní události. Toto podtrhne důležitost tématu pro psychologickou praxi.

Ve výzkumné části se budu zaměřovat na možná zlepšení navazování vztahu s institucí díky působení psychologa. Psycholog by měl mít v souvislosti se svým předchozím vzděláním nejširší repertoár komunikačních dovedností, a tudíž i největší vliv na tvorbu vztahu pacienta k instituci. V rámci rešerše jsem se spojila se třinácti zdravotnickými zařízeními, která reprezentují systém přijímání pacientů zdravotnických zařízení v České republice.

## **I. Teoretická část**

### **1. Organizace psychiatrické péče u nás**

V České republice tvoří strukturu zdravotnických organizací orgány Ministerstva zdravotnictví, zdravotní pojišťovny a zdravotnická zařízení (Hosák, 2015). Konkrétně psychiatrická péče obsahuje síť lůžkových, ambulantních a intermediálních zařízení. Reorganizace psychiatrické péče je současným celosvětovým trendem a jejím cílem je posilování ambulantní a komplementární péče s omezováním počtu psychiatrických lůžek. V návaznosti na to je třeba tvořit funkční síť psychiatricko-psychologicko-sociální péče (Orel, 2020).

Jedním ze strategických cílů reformy je tzv. humanizování psychiatrické péče (Holcát, 2013). Psychiatrická péče je pod záštitou péče zdravotnické (Hosák, 2015), léčba je ale dle řádu psychiatrických oddělení zaměřena vedle psychofarmakologie převážně na terapeutickou práci a nácvik relaxačních technik (dostupné např. zde [https://www.vfn.cz/wp-content/uploads/2021/10/RD-PSY-02\\_DR5.pdf](https://www.vfn.cz/wp-content/uploads/2021/10/RD-PSY-02_DR5.pdf)).

Psychoterapie je dle Kratochvíla (2017) „soubor léčebných metod, záměrné ovlivňování, proces sociální interakce“. V průběhu psychoterapie dochází díky mnoha procesům ke změnám chování a prožívání. Těchto změn je docíleno pomocí terapeutického vztahu, za procesu učení se pozitivního očekávání a naděje, sebepoznávání a konfrontace s problémy. Právě proto se práce zaměřuje zejména na téma navazování pacientů na instituci a tvorbou terapeutického vztahu (ke kterému by dle komunikační zdatnosti měl mít nejblíže psycholog).

Česká psychiatrie nedisponuje vlastní specifickou legislativou pro oblast její péče a její úkony často nejsou standardizovány státní institucí. Kvůli této nejednotnosti se může velmi lišit kvalita péče v různých zařízeních, v krajních případech může docházet až k porušování práv pacientů. Užívání omezovacích prostředků věnuji samostatnou kapitolu, jejich používání je jedním z úkonů, které nejsou standardizované a popsány státní institucí. Organizaci psychiatrické péče schází jednotné postupy platné pro všechna zařízení, ideálně s co největší efektivitou navázání pozitivního vztahu s pacienty.

#### **1.1. Kompetence psychologa v systému zdravotních služeb**

Dle Zákona o nelékařských zdravotnických povoláních (96/2004 Sb.) se klinickým psychologem může stát absolvent pětiletého studia jednooborové psychologie, který

absolvuje následné vzdělávání v podobě kurzu Psycholog ve zdravotnictví, a který po pěti letech práce pod supervizorem úspěšně složí specializační zkoušky.

Náplní práce klinického psychologa na zdravotnickém pracovišti jsou: „psychologická diagnostika; psychoterapie a socioterapie; neodkladná péče v případě akutních krizí a traumat; rehabilitace, reedukace, resocializace psychických funkcí; školení zdravotnických pracovníků v oblasti psychologie zdraví a nemoci; psychologická prevence včetně prevence psychologických problémů u zdravotnických pracovníků; poradenská činnost v oblasti péče o psychický stav tělesně i duševně nemocných pacientů včetně paliativní péče a přípravy na lékařské zákroky; odborná konziliární, posudková a dispenzární činnost, činnost výuková a výzkumná“ (Baštecká, 2015).

V dalších kapitolách se budu podrobně věnovat psychoterapeutické roli psychologa, tedy navazování terapeutického vztahu s pacientem, jeho potenciálu pro komunikaci s pacientem v akutní krizi a edukaci personálu i pacientů. V širším pohledu bude práce zaměřena i na procesy, při kterých by psycholog díky svým znalostem a schopnostem mohl zkvalitnit služby instituce.

## **1.2. Vnitřní předpisy pro příjem do hospitalizace**

Hospitalizace je definována dle Zákona o zdravotních službách (372/2011 Sb.) jako „doba zpravidla delší než 24 hodin, po kterou je pacientovi přijatému na lůžko ve zdravotnickém zařízení poskytovatele lůžkových služeb poskytována lůžková péče.“ S tím se pojí podle ústavního práva informovaný souhlas pacienta s léčbou. Z právního hlediska dosud nebyly standardizovány způsoby tvorby vnitřního řádu zdravotnického zařízení. Hendrych (2018) ve své diplomové práci Lidskoprávní analýza vnitřních řádů psychiatrických nemocnic vypracovává návod na tvorbu takového vnitřního řádu.

Aktuálně psychiatrická oddělení disponují několika pilíři pro příjem do hospitalizace, které jsou formovány právními zákony. Základem a primárním prvkem léčby je vstupní komplexní psychiatrické vyšetření, ze kterého vzniká chorobopis jako součást zdravotnické dokumentace (Orel, 2020). Na vstupní vyšetření navazují vyšetření kontrolní a pacientův život se od chvíle příjmu do hospitalizace odvíjí od vnitřního řádu nemocnice. Vnitřní řád nemocnice je důležitým prostředkem ochrany pacienta a jeho práv a významně ovlivňuje většinu aspektů jeho života po celou dobu hospitalizace (Mach,2012), která často může trvat až několik měsíců. Údaje týkající se doby hospitalizace na psychiatrických odděleních jsou ale na rozdíl od dat ze somatických pohotovostních oddělení velmi omezené (Kreuzer, 2020). Z tabulky č.1, která je součástí Zprávy z návštěv psychiatrických léčeben z roku 2008 se

ukazuje jako průměrná doba hospitalizace od 52 dnů do 132 dnů, tedy 7 až 19 týdnů (Hendrych, 2018).

Při nedobrovolné hospitalizaci je postup odlišný a váže se k ní i téma specifické práce s nespolupracujícím pacientem. Jelikož se jedná o komplexní problematiku medicínského práva, nebudu ji zde podrobněji rozebírat, ale ráda bych odkázala na možný zdroj informací z knihy Medicínské právo (Těšínová, 2011). Zjednodušeně, odborník si musí být vědom a dohlédnout na splnění dvou termínů. Do 24 hodin od nedobrovolné hospitalizace musí zdravotnické zařízení oznámit hospitalizaci soudu a následně od vydání rozsudku běží roční lhůta, po jejíž dobu trvá soudem nařízená léčba (ta může konkrétně trvat maximálně 1 rok, 3 měsíce a 8 dnů) (Švarc, 2008).

## **2. Redukce stresu pacienta z hlediska celostního přístupu v psychiatrii**

Příjem do hospitalizace může být pro pacienta stresovou zátěží, která nejen po psychické, ale také po fyziologické stránce ovlivňuje následnou léčbu kvůli chemickým změnám vyvolanými stresovými mechanismy. Neznámé prostředí a pocit bezmoci, často i hluboké životní krize související s psychiatrickým onemocněním, jsou faktory samy o sobě stresující. Nevhodný přístup personálu a používání omezovacích prostředků bez komunikace s pacientem může stresovou zátěž výrazně navyšovat. Z toho důvodu je důležité věnovat se tématu stresových mechanismů a možných intervencí. V následující podkapitole budu popisovat používání omezovacích prostředků a možnosti alternativní verbální deeskalace situací.

Celostní přístup k léčbě člověka, v užším smyslu psychosomatické pojetí, je v psychiatrické péči nezbytný. Z medicínské stránky se lékař zaměřuje na tělo a jeho fungování a další odborník, psycholog, se zaměřuje skrz psychoterapeutické aktivity a psychologické rozhovory na duši a lidské prožívání. Multifaktoriálně interakční model oproti kauzálnímu modelu s lineárními souvislostmi vysvětluje příčiny jako souvislosti vztahů a vazeb. Všechny změny tedy dle tohoto modelu interagují s celým okolním systémem (s celou bytostí) a jedna nefunkční část systému ovlivní i ostatní oblasti (Orel, 2020).

Selye (1950) popsal obecný adaptační syndrom na stresové situace a propojuje je s psychosomatickými onemocněními. Koncepce adaptačního syndromu rozlišuje tři stupně biologické reakce na stres. V první poplachové fázi se u člověka spustí stresový mechanismus, začínají pracovat obranné mechanismy a člověk se pokouší svůj stres zvládnout. Odpovědí organismu může být buď útok nebo útek. Zapojují se také následné fyziologické změny v organismu.

Stresový mechanismus je extrémně vysokou zátěží pro imunitní systém. Vyplavení většího množství adrenalinu, přispívá k lepšímu zvládnání stresu, produkcí kortizolu dochází ke katabolismu. Zásadní je osa hypothalamo-hypofyzární-adrenální, která vede z hypothalamu, přes přední hypofýzu až do kůry nadledvin.

Když stresová fáze převládne, organismus se se stresovou situací nezvládne vypořádat a tělo se dostane do fáze odporu. Fáze rezistence může trvat týdny, měsíce až roky. Delší období ve fázi rezistence poukazuje na neschopnost těla vyrovnat situaci homeostázy. Člověk se pomalu začíná na stresovou situaci adaptovat, šok ustupuje a obranné mechanismy začínají pracovat. Třetí fází je fáze vyčerpání, která je přímým důsledkem dlouhodobého

vypořádávání se se stresem. Energetické výdaje celého organismu jsou velmi nákladné a procesy fungují po celou dobu, až do stavu úplného vyčerpání. To může vést k těžkým zdravotním potížím (McCarty, 2016).

Obecně řečeno, v pokročilých fázích stresového mechanismu pomáhá ke snížení míry dlouhodobé vysoké hladiny stresu pochopení nemoci a dobrá informovanost ohledně jejího průběhu a léčby (Angenendt a kol., 2010). Z tohoto lze vyvodit, že již fáze příjmu do hospitalizace vyžaduje od pracovníků instituce vysoce odbornou práci a účelně vedený kontakt s pacientem, při němž zejména srozumitelná komunikace může významně napomoci úspěšnému léčebnému procesu. Na psychiatrických odděleních se pozornost stresovým mechanismům dále věnuje, protože byla prokázána jejich zásadní role. I v České republice jsou již standardně zavedeny autoregulační metody jako např. autogenní trénink.

Tuto metodu, při které pacient nacvičuje relaxaci, popisuje Schultz. Využívá sugesci k navození určitých tělesných stavů, a to vede k uvolnění organismu a mysli. Používá se převážně u neuróz, psychosomatických poruch a závislostech na cigaretách. Vlastní trénink se provádí autosugestivními formulacemi a nácvik probíhá jednou až třikrát denně. První účinky při vytrvalém nácviku se projeví po třech měsících. Nižší stupeň nácviku autoregulace spočívá v navození pocitů tíhy a tepla v končetinách, klidného dechu, pravidelné srdeční činnosti, tepla v nadbřišku, chladného čela. Vyšší stupeň trénuje vybavování jednoduchých a postupně těžších tělesných prožitků se spontánním emočním doprovodem až k vnitřní meditaci (Schultz, 2019). K těmto nácvikům však dochází až v pozdějším léčebném procesu, a kromě krizové intervence při akutních stavech, se odborníci stresu věnují pouze zřídka.

Zdravotní sestry uvádí, že většina pacientů v nejistotě svého zdravotního stavu hledá jistotu v empatickém vztahu poskytovatelů péče. Důvěryhodný vztah pacienta s poskytovateli péče snižuje jeho pocit strachu, úzkosti či frustrace (Škrála a Škrlová, 2008). Pacient, který přichází do hospitalizace na psychiatrické oddělení, může být alespoň částečně zklidněn zdravotní sestrou, která ho seznámí se vším, co ho při přijímacím procesu čeká. Lékař i sestra by měli přistupovat k pacientovi s pochopením (Rozsypalová, 2009). Pro redukci stresu a nastavení pozitivního psychického ladění je pro pacienta důležitý kontakt s rodinou, i toto může v omezené formě regulovat sestra. V případě, že za pacientem nechodí návštěvy, může je sestra kontaktovat a doporučit jim, aby pacienta navštěvovali častěji nebo ho kontaktovali telefonicky (Čechová, 1999).

### **2.1. Specifika skupiny pacientů akutního příjmu**

Pacienti, se kterými se na akutním příjmu nejčastěji setkáváme jsou specifická skupina populace a informace, o jaké skupiny pacientů se konkrétně jedná, jsou důležité pro

pochopení optimálního způsobu práce s nimi. Je nutné dodržovat jistá pravidla komunikace, která z charakteristiky skupiny akutních pacientů vyvstávají. Ústředním cílem takovéto komunikace by mělo být právě snížení stresové reakce z neznámého prostředí a navázání pozitivně laděného vztahu.

Dle Ústavu zdravotnických údajů a statistiky ČR (ÚZIS ČR) byli v roce 2021 nejčastěji akutně hospitalizovaní pacienti s diagnózami: schizofrenie, poruchy schizotypální a poruchy s bludy; neurotické, stresové a somatoformní poruchy; poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním alkoholu a poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním psychoaktivních látek. Je tedy zřejmé, že práce se stresem by měla být markantní součástí příjmu do hospitalizace.

<i><b>Diagnóza</b></i>	<i><b>Počet akutně hospitalizovaných</b></i>
<b>Schizofrenie, poruchy schizotypální a poruchy s bludy</b>	5770
<b>Neurotické, stresové a somatoformní poruchy</b>	5059
<b>Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním alkoholu</b>	2877
<b>Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním psychoaktivních látek</b>	2754

*Tabulka 1: Počet akutně hospitalizovaných dle skupiny psychiatrických diagnóz v r. 2021*

U pacientů s psychotickým onemocněním, tedy nejpočetnější skupinou přijímaných pacientů na akutním příjmu, je léčba prováděna zejména farmakologicky, tedy napravením chemické nerovnováhy. K napravení dochází podáváním medikace, nejčastěji antipsychotických léků, ale přispívá právě i efektivnější zvládnání stresu (Bankovská Motlová, 2012). S psychotickými pacienty je zapotřebí dostatečně komunikovat, jelikož většinou postrádají náhled na situaci a může tak kvůli tomu docházet k agresivnímu chování. Specifika komunikace se skupinou psychotických pacientů jsou založena na paraverbální komunikaci. Je účelné mluvit klidným a tišším hlasem, nepřizpůsobovat se projevem pacientovi a používat jednoduché věty. Na místě je také informovat pacienta o situaci, která se právě odehrává, nebo bude následovat, pro vytvoření důvěry a bezpečného prostředí (Vevera, 2018). Důležité je nehodnotit (tedy neodsouhlasovat ani vyvracet) bludy pacienta (Kučerová, 2013). Je-li zřejmé, že situace eskaluje, je nutné pacienta konfrontovat s tím, co se bude dále odehrávat



jako případný následek agrese. Takováto informace by ale měla být sdělena neutrálním tónem a neměla by vyzníti jako vyhrožování (Burda, 2013).

Ze specifík práce se skupinou pacientů s diagnózami neurotické, stresové a somatoformní poruchy, bych ráda zmínila jejich častou úzkost z nových situací a potíže v kontaktu s cizími lidmi. Stejně jako u psychotických pacientů by jim tedy měly být veškeré kroky dobře vysvětleny. Pro skupinu pacientů s PTSD je kvůli povaze onemocnění navazování vztahu zejména důležité a může významně přispět k uzdravování. Tomuto bude pozornost věnována v další kapitole.

Nyní se zmíním o skupině pacientů akutně přijímané pro poruchy duševní a poruchy chování způsobené alkoholem a psychoaktivními látkami. Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10) uvádí skupiny látek, pro které jsou stanoveny diagnózy F11-19. Jedná se o poruchy vyvolané účinkem opiodů (F11), kanabinoidů (F12), sedativ nebo hypnotik (F13), kokainu (F14), jiných stimulancií (F15), halucinogenů včetně MDMA (F16), tabáku (F17), organických rozpouštědel (F18) a několika látek nebo jiných psychoaktivních látek (F19) (MKN-10). Psychoaktivní látky je třeba rozpoznat včasným toxikologickým vyšetřením (Höschl, 2004).

Z držení těla, výrazu tváře a celkového vzhledu lze vyvodit obecný zdravotní stav. Ze strany personálu by měla být komunikace tváří v tvář s udržovaným očním kontaktem (Venglářová, 2005). Statistické výsledky popisují pozitivní ovlivnění krátkými intervencemi, je-li pacient schopný jim porozumět. Takové intervence by měly obsahovat doporučení o přerušení užívání návykových látek, spolupráci s rodinou a předání svépomocné příručky následně posilování motivace, sebemonitorování (Höschl, 2004).

U pacientů s poruchou vědomí je účinné komunikovat pouze pasivně. Zdravotní personál by měl pacienta oslovoval jménem, popisovat mu následující dění a veškeré ošetrovatelské výkony (Kapounová, 2007). V rámci přijímacího procesu intoxikovaných pacientů vyvstávají značné komplikace způsobené agresivitou (Látalová, 2013). Kromě možností verbální deescalace má zdravotnický personál možnosti užití omezovacích prostředků a podání medikace.

## **2.2. Užívání omezovacích prostředků**

Ačkoliv psycholog sám s omezovacími prostředky nepracuje, u pacientů akutního příjmu jsou používány jiným zdravotnickým personálem. Velká část pacientů přivezených na akutní příjem jsou pacienti s poruchou způsobenou užíváním alkoholu či psychotropních látek (tedy pravděpodobně neklidní) a pacienti s psychotickými projevy. V posledních desetiletích jsou při léčbě psychotických pacientů v akutní fázi základem psychofarmaka (Beer, 2005).

S ohledem na možné nežádoucí účinky je ale řečeno, že je zapotřebí např. u pacienta pod vlivem alkoholu nebo u epileptika, volit spíše omezující prostředky (Dušek, 2005).

Používání omezovacích prostředků ohrožuje terapeutický vztah a navázání důvěry mezi pacientem a zdravotním personálem (McKeown et al. 2020). Podle celostátní hodnotící studie posuzující úroveň péče v českých psychiatrických léčebnách je velkým problémem právě používání omezovacích prostředků (dle oficiálního videa WHO). Verbální deeskalace před nutným použitím omezovacích prostředků má přitom oproti nim výrazný vliv na tvorbu terapeutického vztahu.

Slovní deeskalace byla vyzdvížena jako hlavní strategie zvládnání preagitačních stavů vzhledem k pozitivním dopadům na zdravotníky a zároveň vysoké akceptaci pacienty (Kuivalainen et al. 2017; Price et al. 2018). Verbální deeskalace také minimalizuje rizika vyplývající z fyzických zásahů, které mohou vyžadovat použití síly (Jury et al. 2019), což usnadňuje navázání dobrého terapeutického vztahu (Garriga et al. 2016).

Závěry z review analyzující záznamy pacientů, u kterých byly použity omezovací prostředky v letech 2012 až 2019 ukazují, že přibližně u 490 pacientů, u kterých byly užity omezovací prostředky, téměř ve 40% případech nebyla zaznamenána snaha o verbální deeskalaci. Zde můžeme pozorovat výrazný kontrast mezi pozorností, která je poslední dobou těmto postupům hojně věnována v teoretické literatuře, a praxí. Snaha o nalezení jiných prostředků pro deeskalaci situace bez omezovacích prostředků je zásadní, a to nejen z důvodu negativních dopadů na pacienty, ale v neposlední řadě také na sestry a ostatní personál (Aguilera-Serrano et al. 2018; Jury et al. 2019; McKeown et al. 2019; Thomann et al. 2021). Nejenže jejich používání může být až traumatizující, ale u pacientů jejich použití podporuje regresivní chování a závislost na léčbě institucí (Di Lorenzo et al. 2014). Užití omezovacích prostředků by nemělo být nikdy používáno jako trest. Pracovník, který aplikuje omezení, by měl udržovat s pacientem slovní kontakt, a i při tomto omezení zůstávají pacient s odborníkem v léčebném procesu jako partneři (Marková, 2006).

Omezovací prostředky jsou používány lékařským personálem. Při jejich používání zdravotníkem, který se následně snaží s pacientem navázat terapeutický vztah, může docházet ke střetu dvou rolí. Jelikož by měl být psychiatr hlavně garantem léčby a společenského řádu, musí zajišťovat bezpečí jak pro pacienta samotného, tak pro jeho okolí. To souvisí podle psychoanalytického pohledu i s nastolováním autority a napravováním superega. Podle Freuda je "superego" dědicem Oidipova komplexu, kdy dítě přebírá zákazy. Tato struktura svědčí také o uvědomování si vnějšího světa, která je často u psychotiků narušená, a proto by psychiatr měl dbát na dodržování pravidel.

Kromě autority, která je spojená s profesní rolí psychiatra můžeme popisovat také autoritu osobní, která má značný vliv na terapeutický vztah. Pacient v terapeutickém vztahu v úspěšné léčbě tedy nevidí omezování a určování pravidel jako negativní, nýbrž jako potřebnou součást začleňování do sociálního systému. Pro tvorbu terapeutického vztahu by však bylo zapotřebí transformovat péči a z role pacienta jako podřízeného jej přesunou do role alianční (Dubreucq, 2012).

Jak už bylo zmíněno výše, psycholog sám omezovací prostředky nepoužívá, je si ale vědom následků, které nevhodným užíváním těchto prostředků mohou nastat a jako nezdravotnický personál není v konfliktu dvou rolí. Měl by proto edukovat zdravotnický personál o důležitosti komunikace při užívání omezovacích prostředků nebo při nedobrovolném podávání psychofarmak. Jako norma se uvádí, že by po skončení mechanického omezení mělo dojít k posilování vztahu s pacientem a vysvětlení důvodu jejich použití (Petr, 2004). V psychoterapeutické praxi je pak možné traumatické zážitky zpracovávat a emoce ventilovat.

V Holandsku k nespolupracujícím pacientům na základě Práva na sebeurčení (právo odmítnout farmaka) přistupují neinvazivní léčbou. Pacient je odkázán na pokoj s bezpečnostními dveřmi, holými zdmi, bez interiéru a bez toalety, s gumovou matrací. Toto je způsob zahraničních zemí předcházet nucené medikaci, která je v České republice běžnou praktikou (Ernsten, 2008). Proti vůli pacienta jsou v Holandsku farmaka aplikována výlučně při akutním neklidu při převozu a při ohrožujícím chování pacienta na oddělení (Ernsten, 2008).

### **2.3. Komunikace**

Na komunikaci můžeme nahlížet šířeji také jako na prostředek, kterým ošetřující personál může nadále zmírňovat nepříjemnou situaci způsobenou neznámým prostředím. Konkrétně seznámit pacienta se spolupacienty, napomoci jeho prvotní komunikaci se spolubydlíci na pokoji a obeznámit pacienta o jeho vlastních právech, tedy informovat ho (Nejedlá, 2004). Maladaptace je častá reakce pacienta na hospitalizaci, neznámé prostředí a neschopnost přizpůsobit se. Zmírňovat tyto projevy lze oslovováním pacienta jménem, informováním ho ve formě které porozumí, nikoliv zahrnutím jej složitými lékařskými pojmy (Kristová, 2004).

Při primárním rozhovoru jde kromě zjišťování faktických informací i o seznámení a navazování vztahu. Z počátku je nutné zjistit aktuální fyzický stav pacienta v aktuální situaci. Nadále je pravidlem, že by rozhovor s pacientem měl být veden v soukromí bez přítomnosti ostatních pacientů. Důležitou součástí takového rozhovoru je i ponechání času a vytvoření

možnosti pro dotazy ohledně nejasností k aktuální, pro pacienta velice nové, situaci (Venglářová, 2006).

### **2.3.1. Krizová intervence**

Pacientovi je v akutním stavu poskytována krizová intervence při procesu příjmu do hospitalizace. Je zásadní, aby intervent poskytující krizovou intervenci znal její klasickou strukturu a v rámci možností se jí držel. Nyní ji budu popisovat a následně se zaměřím na fáze prožívání v krizovém stavu.

Krizovou intervenci lze dělit dle časového trvání od zahájení rozhovoru, mluvíme o tzv. struktuře rozhovoru. Nejprve intervent mapuje situaci, následně společně s klientem zvažuje alternativy. V této druhé fázi zvažování možných řešení se mohou objevit ze strany klienta významné pozitivní emoce pro tvorbu pozitivního vztahu s personálem, který krizovou intervenci provádí. Těmito emocemi jsou např. důvěra či naděje. V závěrečné třetí fázi intervence se intervent pokouší s klientem vypracovat plán (Baron, 2015). Cílem krizové intervence však nemusí být vždy vytvoření plánu. Důležitou prací může být i poskytování prostoru pro ventilaci nebo aktivní naslouchání pro dodání podpory a pocitu, že myšlenky pacienta jsou vyslyšeny (Beurs, 2021). Obecně intervent využívá své komunikační schopnosti a vytváří díky nim s klientem pozitivní vztah (Baron, 2015). Toho lze využívat při krizové intervenci jako prvotním kroku při příjmu do hospitalizace. V tomto časovém úseku má totiž intervence nejsilnější dopad.

Při práci s klientem v akutní krizi je třeba zohledňovat různé fáze prožívání v krizovém stavu. Při poskytování krizové intervence je zapotřebí propojit standardní postupy (a začlenění zmíněné struktury rozhovoru) s aktuálním stavem pacienta (zhodnocením, v jaké fázi krizového stavu se pacient právě nachází).

Fáze krizového stavu jsou celkem čtyři a mají zákonitou posloupnost. V primární fázi se jedná o vnímání ohrožení se zvýšenou úzkostí. Člověk v tomto období často zaktivizuje svou psychosociální síť, oslovuje své blízké s prosbou o pomoc, u některých jedinců je však tato fáze ještě zvládnutelná svépomocí. Pokud úzkostné pocity nevymizí a situace není považována za zvládnutou, nastává druhá fáze krizového stavu. Člověk začíná zažívat nedostatek kontroly nad situací, může se pokoušet vyhledat pomoc např. zavoláním na linku důvěry, zkouší nové náhodné strategie zvládnání. Ve třetí fázi, ke které od počátku propuknutí krize může stále dojít v řádu hodin či několika dnů, se většina lidí snaží o předefinování krize. V této fázi je klient nejpřístupnější krizové intervenci, jelikož už před ní zaktivizoval své zdroje i další strategie zvládnání, které mu však nepomohly krizi zvládnout. Po nepřekonání krize i po třetím stádiu (kdy většina lidí spontánně navštíví krizové centrum) nastává čtvrtá



snižují počty pacientů, kteří předčasně končí léčbu (Praško, 2011). Bankovská (2012) dokonce usuzuje, že by psychoedukace měla pacienta přímo vést k převzetí zodpovědnosti za svůj léčebný proces na základě informací, které mu budou o jeho nemoci podány. Cílem tohoto procesu by následně měla být větší angažovanost pacienta. Bauerová (2017) ve své diplomové práci uvádí konkrétní návrh plánu pro psychoedukaci (úzce zaměřený pro osoby se smíšenou úzkostně depresivní poruchou).

Kromě pacienta může ale psycholog edukovat i zdravotnický personál, který je zaměřený spíše na fyziologickou stránku léčby, a psycholog mu ze své odbornosti může poskytnout i náhled na duševní stavy pacientů a rozšiřovat povědomí o celostních přístupech v psychiatrii, které zmiňuji v předešlých kapitolách. Kromě odborné informovanosti zdravotníků o procesech pacienta, může psycholog v instituci fungovat také jako podpora pro pracovníky. Krizové situace mohou totiž u pracovníků zvyšovat hladinu stresu, která může být jak vědomě, tak nevědomě převáděna do následné práce a ohrožovat její kvalitu. Mělo by tedy být v instituci jasné, na koho se obrátit a kde požádat o pomoc. Psycholog by měl aktivně nabízet možnou konzultaci a rámcově seznámit všechny pracovníky s možnostmi debriefingu, krizové intervence, peer podpory, bálintovské skupiny a supervize. Krátce nyní jednotlivé pojmy představím.

Každý člověk sloužící v systémové pomáhající profesi by měl mít možnost své emoce z odsloužené služby zanechat na pracovišti. Debriefing by měl být přirozenou cestou pro vyrovnávání se se situacemi, které zažil tým během směny (Metodika Souhrnný výcvik v telefonické krizové intervenci, 2019). Zakladatel pojmu „debriefing“, Atle Dyregrov, ho definuje jako „skupinové setkání za účelem zhodnocení dojmu, emocí a reakcí přeživších, pozůstalých či pomáhajících, které zažili během nebo po kritickém incidentu, nehodě či katastrofě.“ Setkání má za cíl redukovat nepříznivé psychologické následky (Dyregrov, 1998).

Další možnou skupinovou podpůrnou technikou, která je hojně využívána v psychologické praxi jsou bálintovské skupiny, tedy skupinová setkání pracovníků, která přinášejí možnost sdílení se zkušenějšími kolegy. Kromě sdílení problému může skupina sloužit k redukci úzkosti či nabídnutí jiného úhlu pohledu. Bálintovská setkání mají pevně danou strukturu a fáze sezení. Od představení problému a sdělení důležitých informací přes dotazy skupiny, fantazie členů skupiny až po doporučení, jak by ostatní členové postupovali, kdyby byli v roli protagonisty (Pačesová, 2003).

### 3. Vytváření vztahu k instituci

Dle Balcara určuje vztahování se k instituci náš charakter utvářený v dlouhodobém procesu sociálního učení. Podle psychodynamického pojetí určují jedincův vztah k lidem, společenským normám a institucím rané traumatické zkušenosti (Balcar, 1983). Obecně lze říci, že respektování důstojnosti pacienta podporuje důvěru ve zdravotnické služby a zvyšuje spokojenost pacientů (McGee, 2020). Ačkoliv je respektování důstojnosti základem všech ošetrovatelských postupů, postupně byla snížena pozornost, která je tomuto tématu v ošetrovatelství věnována. Důstojnost můžeme zkoumat prostřednictvím tří parametrů: vztahu, soukromí a nezávislosti (Lin, 2011; McGee, 2020; Griffin-Heslin, 2005; Gerry, 2011).

Porušení důstojnosti pacienta může nastat při bezprostředních emocionálních reakcích (např. hněvu, nenávisti a smutku) ze strany zdravotnického personálu. Tyto reakce mohou vyvolat hluboké a dlouhodobé pocity bezcennosti, vyčerpání, sociální izolace a odcizení (až touhu spáchat sebevraždu) (Jacobson, 2009). Z literárního review (Hopkins, 2009) vychází, že pacienti přijatí do hospitalizace na psychiatrické oddělení při rozhovorech o očekávání ohledně péče o duševní zdraví zdůrazňovali začlenění vztahů se zdravotními sestrami a dalším personálem jako součást léčby. Respektování důstojnosti pacienta dle výzkumů navíc zkracuje dobu hospitalizace (Sadeghi, 2009).

Jako první popisovali klíčovou roli vztahů v duševním zdraví interpersonální teoretici. Sullivan (1953) popisoval vývoj silného systému „já“ (který je schopen odolávat úzkostem každodenního života) jako výsledku pozitivních vztahů s významnými druhými. Fáze adaptace pacienta při procesu hospitalizace jsou tedy závislé na fázi vztahu se zdravotnickým personálem, tedy nejčastěji pečujícími osobami (Williams, 1999). Jelikož v České republice nebylo dosud zpracováno téma vztahu pacienta k instituci, rozhodla jsem se popsat zahraniční způsob navazování pacienta na instituci, skrz terapeutickou zdravotní sestru. U nás takovou roli zatím nikdo nezastává.

První fází hospitalizace je tzv. fáze orientační, ve které může personál fungovat jako základní zdroj informací a provádět pacienta vším, co bude v rámci hospitalizace následovat. Pro utváření pozitivního vztahu je na počátku důležité aktivní naslouchání a vývoj vztahu jako poradenského.

Další popsaná fáze v utváření vztahu se zdravotnickým personálem se nazývá identifikační. Pacienti, kteří se identifikují s optimistickými a povzbuzujícími pracovníky, přebírají jejich elán a pociťují menší bezmoc v boji s nemocí. Klienti odpovídají na péči třemi

způsoby: běžným nezávislým vztahem s personálem, nezávislostí nebo až izolací od sestry, bezradností až závislostí na personálu.

První dvě fáze, tedy fáze orientace a identifikace, jsou popisovány jako podobné pasivnímu přijímání v dětství v raném orálním stádiu. V dalších fázích neplní role personálu pro navázání na instituci tak důležitou funkci. Ve třetí fázi jsou vhodnými komunikačními nástroji pacientovi nabízeny služby, následně přichází fáze řešení, kdy pacient všechny služby využívá (Hashem, 2012).

### **3.1. Péče zaměřená na člověka**

Léčba zaměřená na člověka, nebo v tomto případě léčba zaměřená na pacienta, je popisována jako léčba jedinečné osobnosti (Redman, 2004), při které je hlavní myšlenkou empatie a zohlednění pohledu pacienta (Ponte, 2003). Informování pacienta a poskytování jistoty, podpory a útěchy, přijetí, legitimacy a důvěry jsou základními funkcemi tohoto přístupu (Fulford, 1996). Úloha poskytovatelů zdravotní péče je tedy podporovat pacienty vhodným zdravotním poradenstvím tak, aby mohli sami informovaně rozhodovat o své léčbě (Lutz, 2000). Z výzkumů vyplývá, že pacienti, kteří mají pocit, že se aktivně podílejí na své léčbě, dosahují obvykle lepších výsledků v léčbě než pacienti, kteří sami sebe vnímají jako pasivní příjemce péče (Alegria et al., 2014; Stewart, 2001).

Mareš (2016) uvádí osm bodů v odkaze na Americkou geriatrickou společnost, které musejí být splněny, aby péče mohla být označována jako individualizovaná. V Českém prostředí ale toto pojetí naráží z největší části na nedostatek personálu, přeceňování administrativy a absenci standardizovaných metod pro měření míry individualizace poskytování péče z pohledu všech zúčastněných.

V zahraničí převažuje snaha zapojovat pacienta do procesu přijímání zodpovědnosti a rozhodování o následující léčbě za účelem posilování jeho autonomie, často nazýváno terminologií „shared decision making“ (SDM). Základní charakteristikou SDM je tzv. self efficacy, tedy schopnost člověka postupovat v souladu s odsouhlaseným plánem. Stejně tak jako respektování důstojnosti pacienta může vést ke zkrácení doby hospitalizace, podobně je tomu také při participaci pacienta na léčbě a přijímacím procesu (díky konceptu podpory autonomie) (Strand, 2015). Vnímaný nátlak nastoupit do hospitalizace ovlivňuje a předpovídá hodnocení terapeutického vztahu pacientem. Pokud terapeutický vztah jako kladný hodnotí jedna strana, tedy pacient nebo klinický lékař, často shodné hodnocení přichází i z druhé strany. Vnímání nátlaku souvisí s vyšší úrovní symptomů a nižší úrovní globálního fungování při přijetí do nemocnice a vyšší vnímaný nátlak souvisí s negativnějším vztahem mezi pacientem a terapeutem (podle hodnocení pacienta) (Theodoridou, 2012).



Aplikování zásad SDM na odděleních lůžkové psychiatrie se ukazuje jako velice náročné (Storm, 2013). Často z důvodů nízkého počtu lůžek není možné přijmout pacienta v raném stádiu, jelikož nesplňuje kritéria pro přijetí do hospitalizace, a lůžková psychiatrická péče bývá nahrazena podporou v komunitě (Sytema, 2002). Například v Norsku a Nizozemsku ale například tento model SDM při příjmu do hospitalizace funguje na bázi přijímání do krátkodobějších hospitalizace. Za hlavní cíl si přitom zaměstnanci kladou zvyšování pravomoci pacientů, podporu sebepoznávání pacienta a umění identifikovat včasné příznaky zhoršujícího se duševního stavu (Strand, 2015). Nebyla ale bohužel dosud sepsána systematická review o efektivitě tohoto přístupu, protože je zatím spíše výjimkou.

### **3.2. Terapeutický vztah**

Ačkoliv psychoterapie není v České republice nutně součástí hospitalizace, na některých odděleních se provádějí terapeutické aktivity a pokud jsou psychoterapeutická sezení začleněna, odráží se to v celkovém vztahu k instituci. Kromě psychologa mohou terapie vykonávat terapeuti školeni v odborných oblastech (např. expresivních terapiích) a psychiatři s psychoterapeutickým výcvikem. Terapeutický vztah může být také navázán již při příjmu do hospitalizace, je-li klient v akutním stavu a dostává se mu krizové intervence. V následujících setkáních lze vztah účelněji prohlubovat, pokud jde o tutéž osobu, která příjem vykonala.

Jelikož téma terapeutického vztahu prostupuje všemi kapitolami práce, rozhodla jsem se nyní zaměřit konkrétněji na prvky, které vztah ovlivňují nejvíce. Vztah můžeme dělit na tři složky, které vždy působí ve vzájemné interakci: skutečný vztah mezi klientem a odborníkem, pracovní spojení a klientův přenosový materiál (Greenson, 2018). Emocionální pouto mezi zúčastněnými významně ovlivňuje právě pracovní spojení (Bordin, 1979).

Výsledek psychoterapie dle Pattersona (1985) ovlivňují: klientem vnímaná odbornost a expertní úroveň terapeuta, dále jejich vnímaná podobnost (nazývaná jako atraktivita) a důvěryhodnost. Z výzkumu, který se zaměřoval na zkoumání škodlivosti terapie, vyplývají i některé možné negativní dopady nesprávně vedené terapie. Rigidní nebo odměřená osobnost terapeuta poškozuje celý psychoterapeutický proces i klienta samotného dále mimo meze terapeutického vztahu (Kozlová, 2015).

Je otázkou, zda pacient psychologickou intervenci při příjmu do hospitalizace považuje za začátek psychoterapeutického procesu. V případě, že by toto bylo ze strany odborníka zamýšleno, bylo by třeba, aby v začátku takovéto spolupráce postupovat podle konkrétních pravidel. Z etické stránky by v ideálním případě měl být psychoterapeutický kontrakt zapsán a podepsán oběma stranami ještě před zahájením spolupráce. Klientovi by takovéto vymezení

mohlo přinášet lepší porozumění nejednoznačné situace a stavělo ho markantněji do partnerské pozice (Smitková, 2011).

Úlehla (2005) popisuje veškeré nutné předpoklady pro vytvoření pozitivního vztahu s klientem pojmem „připojení se“. Podle něj by psychoterapeut měl zajistit atmosféru bezpečí, důvěry a respektu. Negativní pocity terapeuta často znemožňují efektivitu terapie (Williams et. Day, 2007). Pro příklad je možné si představit pod negativními pocity např. odstup, nebo určitá přání (Stuchlíková, 2007). Negativní emoce mohou být také velice zahlcující a terapeut kvůli nim může ztrácet značnou míru energie, kterou by mohl vynaložit na facilitaci změny. Pro práci s klienty, vůči kterým terapeut pociťuje tyto emoce, je možné použít tzv. model záměru a dopadu. Při jeho užití zkoumáme a porovnáváme záměr klienta s dopadem na jeho chování. Při identifikaci negativního dopadu ale neutrálního nebo pozitivního záměru, může dojít k přerámování terapeutových prožitků. Další technikou může být věnování času a úsilí hledání silných stránek klienta. U každé vlastnosti klienta, i negativní, je následně možné hledat negativní i pozitivní stránky. Poslední technikou, kterou uvedu, je oddělení problému klienta od jeho osobnosti a chování (Williams et. Day, 2007).

Z nedávného výzkumu (Kozlová, 2015) vyplývá, že averzivní emoce pociťované terapeuty, jsou nejčastěji „pocity bezmoci, pocity frustrace, pocity naštvání a vzteku, pocity vyčerpání, pocity znechucení, pocity ohrožení a strachu, pocity nedůvěry a zneužití a pocity selhání“. Faktory, které ovlivňují vznik averzivních pocitů jsou přenosové a protipřenosové fenomény. Různé projevy klientů vyvolávají v terapeutech rozdílné konkrétní emoční reakce. Klienti, kteří překračují hranice nejčastěji vyvolávají pocity ohrožení a vyčerpání. Pasivní klienti a klienti, kteří nepřijímají zodpovědnost za své problémy, vzbuzují pocity frustrace. Má-li terapeut očekávání a klient je nenaplní, vzbuzují tyto situace pocity bezmoci a selhání. Je-li klient ve výrazném odporu, jsou popisovány pocity naštvání a vzteku. Podobně tomu je při střetu s konkrétními rysy, jako je např. arogance. Tyto extrémní negativní emoce jsou někdy vysvětlovány jako obranné reakce, které v důsledku ohrožení identity terapeuta zajišťují vyrovnávání se s danou situací. Pociťuje-li terapeut vůči svému pacientovi negativní emoce, je nutné, aby se na ně zaměřil a zpracoval je. V opačném případě bude on tím, kdo brání léčebnému procesu. Naučit se vyrovnávat se s podobnými pocity tak, aby neovlivňovaly chování k pacientovi, je nutné i u zdravotnického personálu, přestože v jejich případě nejde o psychoterapeutické služby, ale dlouhodobý blízký kontakt s člověkem s psychickým onemocněním, ve kterém zastávají pečovatelskou roli.

### 3.2.1. Navazování vztahu po traumatické události

Problematika navázání vztahu po traumatické události se týká specifické skupiny pacientů, u kterých je vazba na personál a instituci obzvláště důležitá. Pojem „bonding after trauma“ popisuje potřebu traumatizovaných lidí vyhledávat a navazovat kontakt s ostatními lidmi po prožití traumatu, kterým v našem případě může být situace předcházející hospitalizaci nebo hospitalizace samotná. Především pak kontakt s lidmi, kteří zažili podobnou zkušenost a obecně navazování hlubšího vztahu s lidmi, kteří jim poskytují podporu a pochopení (Pugh, 2021). Trauma výrazně mění proces vytváření terapeutického vztahu mezi pracovníkem a pacientem.

Ačkoliv se s traumatem často může vyskytovat fyzické zranění, stejně důležité jako jeho ošetření je pro zabránění rozvoje PTSD navázání sociální podpory a poskytnutí psychologické péče (Haagsma et al., 2012). Trauma je možné definovat jako život ohrožující událost, nebo alespoň událost s potenciálem fyzicky nebo psychicky poškodit jedince. Subjektivní vyhodnocení takovéto situace aktivuje stresovou reakci a může vést až k PTSD. Stresovými reakcemi a jejich dopady jsem se již zabývala v předešlé kapitole, nyní pouze v návaznosti na traumatickou situaci zmíním aspekt PTSD, kdy není možné vzpomínku ze stresové situace přenést do dlouhodobé paměti jako ostatní vzpomínky, ale vzpomínky se stále znovu vybavují.

Tvoření sociální vazby má na vývoj PTSD signifikantní účinky. Nedostatek sociální podpory a uznání od okolí je z jedním z rizikových faktorů nejčastěji spojených s rozvojem poruchy. V případech již započatého procesu a propuknutí PTSD se pacient snadněji zotavuje díky vhodným sociálním vazbám (Olf, 2005). Je prokázáno, že nedostatek sociální opory silněji souvisí s rozvojem PTSD u žen, než u mužů (Ahern, 2004; Andrews, 2003; Weismann, 2005). V průzkumu s kontrolní skupinou bylo ale také prokázáno, že tzv. debriefing, tedy raná intervence po prožití traumatu, není vůbec efektivní a že skupině klientů po traumatické události, které se nedostalo žádné intervence, se následně dařilo lépe (Sijbrandij, 2006). Velice efektivní se ale pro pacienty zažívající časné symptomy PTSD zdají průběžná sezení kognitivně behaviorální terapie po dobu několika týdnů po traumatickém zážitku (Roberts, 2009; Sijbrandij, 2007).

Bylo zjištěno, že skrz pozitivní vztah pacienta a zdravotníka lze snížit hladinu stresových hormonů, snížit srdeční tep, krevní tlak, snížit hladiny cholesterolu a zlepšit imunitní reakce (Sherman, 2009). Důležitou roli také hraje vyplavování oxytocinu, které se odehrává při jakémkoliv příjemném navazování sociálního kontaktu. Oxytocin nadále ovlivňuje fungování organismu díky interakci s dalšími neuropeptidy a hormony (Olf, 2005).

Proces příjmu do hospitalizace psychologem, při kterém se provádí rozhovor, by mohl více pomoci traumatizovanému jedinci už jen díky přijímajícímu prostředí a navázání pozitivního sociálního vztahu. Chemické procesy odehrávající se v mozku po prožité traumatické události ovlivňují dlouhodobé reagování jedince, a právě pozitivní vztah (a s ním navazující chemické procesy) může tyto důsledky zmírňovat (Koukolík, 2006; Levine, 2015).

## II. Empirická část

Jako důležitý přínos výzkumu vnímám otevření tématu navazování pozitivního vztahu s pacientem zejména pro psychologickou praxi na lůžkových oddělení psychiatrie, kdy již při přijímacím procesu bude pacient psychologicky ošetřen a ze strany instituce vědomě navazován na její péči. Budováním pozitivního vztahu s pacientem od začátku hospitalizace by se mohlo předejít podávání reverzů proti doporučení lékaře (před definitivním nastavení medikace) a následné časně rehospitalizaci v akutním stavu pacienta. Pacienti by díky prokázaným účinkům pozitivního vztahu odborníka s pacientem zůstávali déle v hospitalizaci až do nastavení medikace nebo úplného залéčení a bylo by poté zmenšeno riziko časně rehospitalizace.

Časnou psychiatrickou rehospitalizací je definováno navrácení pacienta do instituce do devadesáti dnů od propuštění. Rozhodla jsem se zkoumat počet readmisí v souvislosti s ukončením hospitalizace proti radě lékaře, jelikož v zahraničí je míra rehospitalizací považována za ukazatele kvality péče o duševní zdraví (Donisi, 2016). V širším důsledku by tedy výzkum mohl mít přínos a přesah až do řešení kapacitních problémů lůžkové psychiatrie.

Dalším přínosem výzkumu by mohlo být zdůraznění potřeby poskytovat zdravotnickému personálu přicházejícímu do kontaktu s pacientem v prvotní fázi přijímacího procesu do hospitalizace, vzdělávání v různých psychologických tématech. Formou edukace by mohly být průběžné workshopy týkající se soudobých trendů v komunikaci s pacienty nebo vzdělávání ohledně syndromu vyhoření v pomáhajících profesích, případně specifikách navazování vztahu s různými pacienty. V neposlední řadě by bylo možné na základě výsledků výzkumu zavést psychologické testování sester pro jejich způsobilost vykonávat práci na oddělení psychiatrie, obzvlášť pro vykonávání profese na náročném příjmu do hospitalizace na lůžkovém oddělení psychiatrie. Zdravotní sestry by se následně mohly účastnit bálintovských skupin, kde by mohly sdílet obtížné zkušenosti, nebo navštěvovat supervizní setkání. Pro sestry, které by se necítily dobře po odsložené směně, by poté byla možnost vyžádat si debriefing s pracovníkem, který je vyškolený v tzv. peer podpoře.

Právě proto jsem se rozhodla ve výzkumné části porovnávat efektivitu navázání terapeutického vztahu u pacientů, u kterých dojde k rozhovoru s psychologem do tří dnů od příjmu do hospitalizace, a s pacienty, u kterých nedojde k setkání s psychologem vůbec. Výzkumným předpokladem tedy bude souvislost mezi navázáním pozitivního vztahu s institucí a délkou hospitalizace pacienta. Tento výzkum, který navrhuji, bude longitudinální,

případ konkrétního pacienta bude sledován po dobu 90 dnů (definice časně rehospitalizace). Pro měření terapeutického vztahu bude navrženo použití standardizovaného dotazníku Scale To Assess The Therapeutic Relationship In Community Mental Health Care (STAR-P) a dotazník důstojnosti PDI-CZ. Dotazníkové šetření bude nadále vyhodnoceno společně s údaji z lékařské dokumentace o četnosti hospitalizací.

#### 4. Východisko pro výzkum

V dosavadní literatuře nebyl popsán sjednocený postup akutního příjmu do hospitalizace v České republice, zmapovali jsme tedy postup přijímání pacientů v několika zařízeních. V rámci řešerše jsme se spojili s institucemi, které realizují akutní příjem pacientů, a doptávali se jich na běžný postup příjmu akutního pacienta na lůžkové oddělení.

Zprvu bylo osloveno třicet osm zdravotnických zařízení, z čehož otázky zodpověděly a data bylo možné použít ze třinácti institucí. Zařízení následně byly děleny do dvou skupin podle typu instituce – léčebny a samostatná oddělení. Zpracována byla data z šesti léčeben (tedy samostatných psychiatrických nemocnic) a osmi oddělení při nemocnici. Dotazování proběhlo e-mailovou komunikací formou dvou dotazů, a to:

1. Jaký personál provádí akutní příjem pacientů do hospitalizace ve Vašem zařízení?
2. Za jak dlouho (průměrně, či odhadem) se pacient poprvé po přijímacím procesu do hospitalizace setká s psychologem?

Ve všech dotazovaných institucích bylo potvrzeno, že akutní příjem provádí lékař ve spolupráci se zdravotní sestrou a pomocným zdravotním personálem. Pouze v jednom z dotazovaných případů (konkrétně v léčebně) bylo popsáno, že přijímací proces probíhá i se zhodnocením situace psychologem. V této instituci psycholog nejprve na akutním příjmu rozhodne, zda se jedná o akutního psychiatrického pacienta (za což považují pacienty s floridní psychotickou produkcí, delíriem, intoxikací, suicidalitou a další), následně jej přeposílá do Centrální příjmové ambulance, kde psychiatr rozhoduje, zda pacienta přijme a případně na jaké oddělení.

Délka doby od přijímacího procesu do setkání s psychologem se napříč institucemi velice liší. Ve dvou institucích (jedna z nich je léčebna a druhá oddělení přidružené k nemocnici) kontakt s psychologem po celou dobu hospitalizace není automatický. Je nutné, aby setkání bylo ze specifického důvodu indikováno lékařem. Jedna instituce (léčebna) uváděla jako důvod nedostatečné prostory pro psychologické vyšetření. Další zdravotnické zařízení (oddělení přidružené k nemocnici) uvádí, že je nejprve třeba somaticky stabilizovat pacienta a následně s ním lze psychologicky pracovat až na uzavřeném oddělení (do týdne od přesunu).

Některé instituce poskytují akutním pacientům psychologickou péči přednostně. Takový přístup popsala dvě zdravotnická zařízení (léčebna a oddělení přidružené k nemocnici). Na konkrétním oddělení přidruženém k nemocnici pacient dostane psychologickou péči do 24 hodin, pokud se nejedná o krizový stav indikuje se setkání s psychologem podle aktuálního

stavu a diagnózy. Průměrně se však setkání s psychologem uskuteční zhruba od třetího dne hospitalizace. V druhém případě, v léčebně, je rozhovor poskytnut druhý den po přijetí, jednali se o akutní stresové stavy, nebo pokud je to umožněno, hned. U psychotických poruch se pacient v tomto zařízení setká s psychologem po zaléčení akutního stavu (většinou do několika dnů, maximálně týdne od přijetí).

Ostatní instituce, které zodpověděly obě otázky, se nezmiňovaly o psychologické péči poskytované akutním pacientům. Naopak popisovaly poskytování psychologické péče obecně po zklidnění pacienta či zaléčení akutního stavu. Dvě instituce (léčebna a oddělení při nemocnici) odpovídaly na otázku ohledně doby setkání s psychologem tím, že se doba odvíjí od přítomnosti psychologa na oddělení. V konkrétní léčebně je psycholog přítomný každý všední den a na zmíněném oddělení třikrát týdně. Doba setkání s psychologem se tedy odvíjí ode dne, kdy je pacient přijímán a zda je psycholog v klasickém pracovním procesu (není ve vzdělávání či nemocen).

Dvě zařízení odpověděla na otázku informací, že se pacient setká s psychologem druhý den na komunitě či vizitě, nelze však usuzovat, dochází-li při nich k psychologickému rozhovoru. Poslední zařízení, o které jsem se dosud nezminila, je léčebna, která uvádí, že záleží na akutním stavu pacienta a někdo se setká s psychologem do dvou dnů, někdo za celou hospitalizaci vůbec. Četnost konkrétních odpovědí je shrnuta v následující tabulce:

<i>Odpověď na otázku č. 2</i>	<i>Počet institucí rozdělených dle druhu zdravotnického zařízení</i>	
	<i>Psychiatrická nemocnice</i>	<i>Oddělení při nemocnici</i>
Po zklidnění pacienta, zaléčení akutního stavu	3	-
Záleží na přítomnosti psychologa na pracovišti	1	1
Druhý den na komunitě/vizitě	2	-
Setkání s psychologem není pravidlem	-	2
Dva dny po příjmu	-	1
Záleží na aktuálním stavu, někdo do 2 dnů, někdo vůbec	1	-
Záleží na schopnosti pacienta přijmout intervenci psychologa (zhruba od 3 dne)	-	1
Zapotřebí nejprve somaticky stabilizovat, psychologická péče až na uzavřeném oddělení	-	1

*Tabulka 2: Četnost a podoba setkání pacientů s psychologem na lůžkových odděleních dotázaných institucí*



## 5. Návrh výzkumu

### 5.1. Cíl výzkumu

Na základě literatury a zmapované aktuální situace jsem se rozhodla zkoumat důležitost navázání pozitivního vztahu a zachování důstojnosti pacienta. Toto by mohl dle své odbornosti při příjmu zastávat psycholog. Cílem výzkumu je ověřit, zda přítomnost psychologa při příjmu do hospitalizace přispívá k setrvání pacientů do definitivního nastavení medikace. V diskusi navrhuji další postup pro následné rozvinutí výzkumu, a to analýzu podle jednotlivých položek.

#### 5.1.1. Výzkumné otázky a hypotézy

Výzkumná otázka pro prozkoumávání efektivity přítomnosti psychologa při příjmu do hospitalizace zní: Bude souviset počet pacientů přijatých do hospitalizace psychologem s nižším počtem časných rehospitalizací?

Základní hypotézy, dle kterých bude možno potvrdit či vyvrátit výzkumnou otázku, jsou prozatím tři:

H0: Skórování v dotazníku STAR se nebude významně lišit u skupiny s přítomností psychologa u příjmu a u skupiny, kde není psycholog přítomný při příjmu.

HA: Skórování v dotazníku STAR se bude významně lišit u skupiny s přítomností psychologa u příjmu a u skupiny, kde není psycholog přítomný při příjmu.

H0: Skórování v dotazníku PDI-CZ se nebude významně lišit u skupiny s přítomností psychologa u příjmu a u skupiny, kde není psycholog přítomný při příjmu.

HA: Skórování v dotazníku PDI-CZ se bude významně lišit u skupiny s přítomností psychologa u příjmu a u skupiny, kde není psycholog přítomný při příjmu.

H0: Počet propuštěných pacientů na negativní reverz před definitivně nastavenou medikací se nebude významně lišit u skupiny s přítomností psychologa u příjmu a u skupiny, kde není psycholog přítomný při příjmu.

HA: Počet propuštěných pacientů na negativní reverz před definitivně nastavenou medikací se bude významně lišit u skupiny s přítomností psychologa u příjmu a u skupiny, kde není psycholog přítomný při příjmu.

## **5.2. Metodika**

### **5.2.1. Výzkumný soubor**

Navrhuji výzkumný soubor o velikosti 100 participantů. Polovina participantů bude vybrána z instituce, kde u příjmu není přítomný psycholog a druhá polovina budou participanté, kteří při příjmu přicházejí do kontaktu s psychologem. Vstupními požadavky je plnoletost a česká národnost (pro předejití možné jazykové bariéry).

### **5.2.2. Měřicí nástroje**

Pro zkoumání míry navázání vztahu navrhuji použití škály pro hodnocení terapeutického vztahu v komunitní psychiatrii, kterou lze používat jak ve výzkumu, tak v běžné péči. Škála nese název Scale To Assess The Therapeutic Relationship In Community Mental Health Care (STAR-P) a obsahuje dvanáct položek se čtyřmi dílčími částmi (otevřenost a respektování, důvěra a souznění, změření na cíl, podpora a uznání). Pacient hodnotí pravdivost tvrzení na čtyřstupňové Lickertově škále (0 – nikdy, 1 – vzácně, 2 – někdy, 3 – většinou, 4 – vždy) (McGuire-Snieckus, 2007). Seznam konkrétních otázek příkládám v Příloze I. Tento měřicí nástroj zatím není k dispozici v české verzi, nejprve by tedy bylo nutné požádat o českou verzi testu a následně jej standardizovat pro českou populaci.

Jelikož budování vztahu závisí i na pocíťované důstojnosti pacienta, jak jsem již popsala v teoretické části, zahrnu také do šetření dotazník důstojnosti s názvem Patient Dignity Inventory (PDI-CZ). Tento dotazník obsahuje dvacet pět položek dělitelných na pět subškál ovlivňující důstojnost pacienta. Jednotlivé subškály měří: ztrátu smyslu života, ztrátu nezávislosti, ztrátu důvěry, ztrátu sociální podpory. Participant opět hodnotí tvrzení na Lickertově škále, nyní ale pětibodové (1 – není problém, 2 – mírný problém, 3 – problém, 4 – velký problém, 5 – nepřekonatelný problém) (Chochinov, 2008). Ukázku dotazníku v anglickém jazyce příkládám v Příloze II.

### **5.2.3 Procedura**

Pacienti neplánovaně přijatí do hospitalizace na oddělení akutního příjmu lůžkové psychiatrie (a splňující vstupní požadavky studie), budou konfrontováni s možností účasti ve výzkumu do dvaceti čtyř hodin od přijetí. Jakmile podepíší Informovaný souhlas s účastí ve studii, bude jim administrován dotazník PDI-CZ a následně STAR-P. Výzkum je plánován jako kvantitativní longitudinální, konkrétní participant bude nadále sledován devadesát dnů ode dne přijetí (z důvodu definice časné rehospitalizace).

Při propouštění z hospitalizace bude pacient opět vyplňovat dotazník STAR-P a dotazníky se budou nadále vyhodnocovat společně s údaji o hospitalizaci.

#### **5.2.4. Statistická analýza**

Jelikož jsou splněna všechna kritéria pro provedení statistické analýzy pomocí nezávislého dvouvýběrového t-testu, navrhuji ho k ověření všech tří hypotéz.

#### **5.2.5. Etika výzkumu**

Etické standardy byly vytvořeny na základě úsudku členů profesních organizací, jako je například Americká psychologická asociace (APA) nebo Evropská asociace psychoterapie (EAP) (Cottone & Tarvydas, 2016). Při realizaci navrhovaného výzkumu je nutné respektování stanovených etických standardů a schválení výzkumu Komisí pro etiku ve výzkumu.

Participantům bude zdravotním personálem nabídnuta účast ve výzkumu. Pakliže bude následovat svobodné souhlasné rozhodnutí, zájemci se dočtou důležité informace v dokumentu Informovaný souhlas s účastí ve studii a stvrdí ho podpisem. Data budou v konečné verzi plně anonymizovaná, přístup k datům budou mít pouze autoři výzkumu (dílejší část dotazníků bude vždy vybrána po určitém období a zpracována společně se záznamem z hospitalizace od zdravotního personálu).

Jelikož by dotazování pacientů nemělo v negativním smyslu ovlivnit hospitalizaci, nebude pro participanty pořádán speciální debriefing. Možné riziko může být v podávání souhlasu s účastí ve výzkumu, jelikož pacienti při příjmu do hospitalizace mohou být psychicky zranitelnější a mohou mít odlišný úsudek oproti běžné situaci. Je tedy nutné, aby nabídka od personálu k účasti ve výzkumu byla sdělena vřelým tónem a pacient by neměl pociťovat naléhání k participaci od personálu.

## 6. Diskuse

Výzkum byl vypracován pouze teoreticky pro účely bakalářské práce, jeho výsledky tedy nejsou k dispozici. Zde budou popsány pouze jeho limity a návrhy na možná rozšíření. Výzkumná část této práce pracovala s komplexním vyhodnocením analýzy dat. Rozhodla jsem se popsat i možnost, která by mohla být přínosná pro práci se specifickými pacienty při hospitalizaci na lůžkovém oddělení psychiatrie. V tomto případě by data mohla být analyzována individuálně v závislosti na diagnózách pacientů. V teoretické části byly popsány typy pacientů, kteří bývají nejčastěji přijímány na akutní příjem (pacienti s diagnózou schizofrenie, poruchy schizotypální a poruchy s bludy; neurotické, stresové a somatoformní poruchy; poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním alkoholu a poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním psychoaktivních látek). Tytéž skupiny pacientů (kromě pacientů s diagnózami ze skupiny poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním alkoholu) v roce 2021 nejčastěji opouštěly hospitalizaci předčasně (ÚZIS ČR). Bylo by proto zajímavé zkoumat souvislost počtu pacientů s různými diagnózami (počtu pacientů, kteří odcházejí na negativní reverz) a rozdíly v těchto hodnotách bez přítomnosti psychologa nebo s ním u přijímacího procesu.

Dalším omezením návrhu je specifikum různých délek hospitalizací u pacientů s bipolárně afektivní poruchou a u skupiny pacientů s psychotickým onemocněním (Taiwo, 2008). Nejprve jsem pro toto specifikum chtěla pacienty s již diagnostikovaným zmíněným onemocněním vyřadit, následně jsem se ale rozhodla ponechat vzorek celý, právě kvůli významné roli vztahu pacientů s těmito druhy onemocnění s poskytovatelem péče.

V kapitole terapeutický vztah jsem zmiňovala nutnost blízkého pozitivního vztahu s paranoidními klienty. Pro toto specifikum bych navrhovala v budoucím výzkumu i zařazení hypotézy:

H0: Délka doby hospitalizace pacientů s psychotickým onemocněním se nebude významně lišit u skupiny pacientů s přítomností psychologa u příjmu a u skupiny, kde není psycholog přítomný při příjmu.

HA: Délka doby hospitalizace pacientů s psychotickým onemocněním se bude významně lišit u skupiny pacientů s přítomností psychologa u příjmu a u skupiny, kde není psycholog přítomný při příjmu.

Limitem výzkumu by mohla být právně vynucená hospitalizace, kdy je pacient akutně přijat do instituce, ale pro jeho stav mu není možné vyhovět v podání negativního reverzu a je

nucen v instituci setrvat do rozhodnutí soudu, nebo do definitivního nastavení medikace. Je možné, že pacienti, kteří budou v instituci setrvávat nedobrovolně, nebudou již motivováni ke spolupráci v léčbě a v budování terapeutického vztahu. Tento vzorek pacientů by následně mohl ovlivnit finální výsledky výzkumu. Dalším faktorem ovlivňujícím výsledky by mohl být různý přístup a podmínky zdravotnických zařízení, která s přítomností nebo absencí psychologa nesouvisí, avšak počet negativních reverzů a rehospitalizací ovlivňují.

## 7. Závěr

Po teoretickém zhodnocení kompetencí psychologa a aktuální organizace psychiatrické péče docházíme k návrhu možného rozšíření práce psychologa na oddělení. V zahraniční literatuře jsou zmiňovány terapeutické sestry, se kterými se může pacient identifikovat a skrz vztah k nim formovat i vztah k instituci. U nás však nikdo takový pro pacienta zatím k dispozici není. Ze statistických hodnot ÚZIS ČR vyplývá, že velká část pacientů přijímaných na akutním příjmu jsou pacienti s psychotickými projevy, neurotičtí pacienti a pacienti s poruchami způsobenými užíváním alkoholu a omamnými látkami. Práce s psychotickými a neurotickými pacienty je z části založená na způsobech zvládnání stresu, a tvoření terapeutického vztahu s touto skupinou pacientů má svá specifika. Tomu je třeba přizpůsobit způsob komunikace a edukovat přijímací personál skrze psychologa, jak s takovou skupinou pacientů pracovat.

Pro snadnější vytvoření pozitivního terapeutického vztahu by bylo ideální, kdyby tentýž personál, který pacienta přijímá, s ním i nadále v hospitalizaci terapeuticky pracoval. Je-li v přijímacím procesu pacientovi poskytována např. krizová intervence, již tím samozřejmě vzniká terapeutický vztah pacienta s poskytovatelem. Pokud se v takto navázaném vztahu nepokračuje psychoterapií v následné hospitalizaci, není plně využit potenciál příznivé situace. Terapeutický vztah prokazatelně přispívá k úspěšné léčbě a k pozitivnímu nahlížení na instituci.

Popsala jsem také konkrétní techniky využívané v zahraničí pro posílení důstojnosti pacienta, SDM a péči zaměřenou na klienta. Všechny znalosti, kterými psycholog díky své předchozí praxi a vzdělání disponuje, by měl předávat zdravotnickému personálu, dochází-li k novým nebo specifickým situacím. Edukace zdravotnického personálu by měla tvořit významnou náplň práce psychologa ve zdravotnickém zařízení.

Takovéto zvýšení pracovní zátěže psychologa ve zdravotnickém zařízení by zřejmě bylo možné řešit navýšením takto specializovaného personálu a otevřením dalších pracovních pozic. Psycholog by přitom mohl částečně zastoupit úlohu přijímacího personálu v době, kdy v instituci není standardní počet lékařů (v nočních hodinách a o víkendech, kdy je také počet akutních příjmů nejvyšší).

Zvyšováním povědomí o dané problematice by zároveň mohlo být dobrým začátkem procesu přeměny přístupu personálu na odděleních lůžkové psychiatrie. Zodpovězení výzkumné otázky (zda přítomnost psychologa souvisí s počtem rehospitalizovaných pacientů)

by v případě potvrzení hypotéz mělo vést ke změně v přijímacím procesu, nebo alespoň k edukaci přijímacího personálu.

Tato práce může být k užitku psychologům ve zdravotnických zařízeních, ale i zdravotnickému personálu, který přijímá pacienty do své péče. Soupis technik, kterými lze navazovat silný pozitivní léčivý vztah, je možné použít pro jeho edukaci. Dále je možné práci využít pro rozšíření obzorů v méně diskutovaných oblastech jako je např. tvorba domácího řádu oddělení a dalších, u kterých jsem kvůli rozsahu práce pouze odkázala na další zdroje. Edukace v oblasti psychologie má potenciál změnit přístup pracovníků psychiatrických oddělení, nebo rozšířit náplň práce psychologů v zařízeních tak, aby specializovanými dovednostmi přispívali ke snížení míry krizových situací a negativních reversů. Odmítání léčby nebo pasivní role pacientů jsou faktory, které v neposlední řadě zvyšují vynakládané finanční i časové prostředky institucí, které by v případě aktivnějšího zapojení pacientů do léčby, implementace zásad SDM a vytvoření důvěry ve zdravotnickou instituci byly ve výsledku menší.

## Reference

- Aguilera-Serrano, C., Guzman-Parra, J., Garcia-Sanchez, J. A., Moreno-Küstner, B., & Mayoral-Cleries, F. (2018). Variables Associated With the Subjective Experience of Coercive Measures in Psychiatric Inpatients: A Systematic Review. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 63(2), 129–144. <https://doi.org/10.1177/0706743717738491>
- Alegría, M., Polo, A., Gao, S., Santana, L., Rothstein, D., Jimenez, A., Hunter, M. L., Mendieta, F., Oddo, V., & Normand, S.-L. (2008). Evaluation of a Patient Activation and Empowerment Intervention in Mental Health Care. *Medical Care*, 46(3), 247–256. <https://doi.org/10.1097/MLR.0b013e318158af52>
- American Psychological Association. (2020). Publication manual of the American Psychological Association (7th ed.). <https://doi.org/10.1037/0000165-000>
- Angenendt, G., Schütze-Kreilkamp, U., Tschuschke, V., & Beuth, J. (2010). *Psychoonkologie v praxi: Psychoedukace, poradenství a terapie* (Vyd. 1). Portál.
- Balcar, K. (1983). *Úvod do studia psychologie osobnosti* (Vyd. 1). Státní pedagogické nakladatelství.
- Baron, D. (2015). Crisis Intervention: A Handbook of Immediate Person-to-Person Help, 6th Ed. Kenneth France (2014) Chicago Charles C Thomas. 324 pp. *Journal of Nervous & Mental Disease*, 203(6), 483. <https://doi.org/10.1097/NMD.0000000000000313>
- Baštecká, B., & Mach, J. (2015). *Klinická psychologie* (Vyd. 1). Portál.
- Bauerová, V. (2017). *Psychoedukace pro úzkostně depresivní klienty*. Magisterská diplomová práce. Olomouc: Univerzita Palackého.
- Beer, M. D., Pereira, S. M., & Paton, C. (2005). *Intenzivní péče v psychiatrii* (Vyd. 1). Grada.
- Beurs, D. P. de. (2021). *Mýty o sebevraždě: Jak o ní přemýšlet a mluvit* (M. Nováková, Přel.; Vyd. 1). Portál.
- Bordin, E. S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, 16(3), 252–260. <https://doi.org/10.1037/h0085885>



- Cottone, R. R., & Tarvydas, V. (2016). *Ethics and decision making in counseling and psychotherapy* (4th ed.). Springer Publishing Co.
- Cunanan, A. J., DeWeese, B. H., Wagle, J. P., Carroll, K. M., Sausaman, R., Hornsby, W. G., Haff, G. G., Triplett, N. T., Pierce, K. C., & Stone, M. H. (2018). The General Adaptation Syndrome: A Foundation for the Concept of Periodization. *Sports Medicine*, 48(4), 787–797. <https://doi.org/10.1007/s40279-017-0855-3>
- Čechová, V., & Mellanová, A. (1999). *Psychologie a pedagogika pro 3. Ročník středních zdravotnických škol a pro obory sociální* (Vyd. 1). H & H.
- Donisi, V., Tedeschi, F., Wahlbeck, K., Haaramo, P., & Amaddeo, F. (2016). Pre-discharge factors predicting readmissions of psychiatric patients: A systematic review of the literature. *BMC Psychiatry*, 16(1), 449. <https://doi.org/10.1186/s12888-016-1114-0>
- Dušek, K. (2005). *První pomoc v psychiatrii* (Vyd. 1). Grada.
- Dyregrov, A. (1998). Psychological debriefing—An effective method? *Traumatology*, 4(2). <https://doi.org/10.1177/153476569800400203>
- Edwards, C. E., & Murdock, N. L. (1994). Characteristics of Therapist Self-Disclosure in the Counseling Process. *Journal of Counseling & Development*, 72(4), 384–389. <https://doi.org/10.1002/j.1556-6676.1994.tb00954.x>
- Ernsten, H. (2008). Nedobrovolná hospitalizace a psychiatrická pohotovost: *Psychiat. pro Praxi*, 9(1): 38–39. Dostupné z: <https://www.solen.cz/pdfs/psy/2008/01/11.pdf>
- Fink, G. (2016). Stress: Concepts, Cognition, Emotion, and Behavior: Handbook of Stress. *Academic Press*. Dostupné z: [https://www.researchgate.net/publication/317026245\\_Stress\\_Concepts\\_Cognition\\_Emotion\\_and\\_Behavior\\_Handbook\\_of\\_Stress](https://www.researchgate.net/publication/317026245_Stress_Concepts_Cognition_Emotion_and_Behavior_Handbook_of_Stress)
- Fulford, K.W. M., Ersser, S., Hope, T. (1996) Essential practice in Patient-centred care. *Blackwell Science*.
- Gerry, E. M. (2011). Privacy and dignity in a hospice environment—The development of a clinical audit. *International Journal of Palliative Nursing*, 17(2), 92–98. <https://doi.org/10.12968/ijpn.2011.17.2.92>

- Greenson, R. R. (2018). *The Technique and Practice of Psychoanalysis* (1. vyd.). Routledge. <https://doi.org/10.4324/9780429483417>
- Griffin-Heslin, V. L. (2005). An analysis of the concept dignity. *Accident and Emergency Nursing*, 13(4), 251–257. <https://doi.org/10.1016/j.aen.2005.09.003>
- Guggenbühl-Craig, A. (2007). Nebezpečí moci v pomáhajících profesích (Vyd. 1). Portál.
- Haagsma, J. A., Polinder, S., Olf, M., Toet, H., Bonsel, G. J., & van Beeck, E. F. (2012). Posttraumatic stress symptoms and health-related quality of life: A two year follow up study of injury treated at the emergency department. *BMC Psychiatry*, 12(1), 1. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-12-1>
- Hashem, S. (2012). History of Psychiatry and Psychiatric Nursing. [online]. *University of Babylon*. Dostupné z: <http://www.uobabylon.edu.iq/uobColeges/lecture.aspx?fid=15&depid=2&lcid=3 1003>
- Hendrych, L. (2018). *Lidskoprávní analýza vnitřních řádů psychiatrických nemocnic*. Magisterská diplomová práce. Brno: Masarykova Univerzita. Dostupné z: [https://is.muni.cz/th/xvbx1/DP\\_-\\_Hendrych\\_Lukas.pdf](https://is.muni.cz/th/xvbx1/DP_-_Hendrych_Lukas.pdf)
- Hill, C. E. (2014). *Helping skills: Facilitating exploration, insight, and action (4th ed.)*. American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/14345-000>
- Holcát, M. *Strategie reformy psychiatrické péče* [online]. Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR, 7. října 2013 [cit. 2016-04-29]. Dostupné z: [https://web.archive.org/web/20150814033836/http://www.reformapsychiatrie.cz/wp-content/uploads/2013/10/SRPP\\_publicace\\_web\\_9-10-2013.pdf](https://web.archive.org/web/20150814033836/http://www.reformapsychiatrie.cz/wp-content/uploads/2013/10/SRPP_publicace_web_9-10-2013.pdf)
- Hosák, L. (2016). *Psychiatrie a pedopsychiatrie*. Karolinium.
- Höschl C., Libiger J., Švestka J. (2004). *Psychiatrie* (2. Vyd.). Tigis, s.r.o.
- Chochinov, H. M., Hassard, T., McClement, S., Hack, T., Kristjanson, L. J., Harlos, M., Sinclair, S., & Murray, A. (2008). The Patient Dignity Inventory: A Novel Way of Measuring Dignity-Related Distress in Palliative Care. *Journal of Pain and Symptom Management*, 36(6), 559–571. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2007.12.018>

- Jacobson, N. A taxonomy of dignity: a grounded theory study. *BMC Int Health Hum Rights* 9, 3 (2009). <https://doi.org/10.1186/1472-698X-9-3>
- Jury, A., Lai, J., Tuason, C. et al. (2019). People who experience seclusion in adult mental health inpatient services: An examination of health of the nation outcome scales scores. *International Journal of Mental Health Nursing*, 28(1), 199–208. <https://doi.org/10.1111/inm.12521>
- Kapounová, G. (2007). *Ošetrovatelství v intenzivní péči*. Grada.
- Knox, S., Hess, S. A., Petersen, D. A., & Hill, C. E. (1997). A qualitative analysis of client perceptions of the effects of helpful therapist self-disclosure in long-term therapy. *Journal of Counseling Psychology*, 44(3), 274–283. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.44.3.274>
- Koukolík, F. (2006). *Sociální mozek*. Praha: Karolinum.
- Kozlová, S. (2015). *Averzivní pocity terapeutů vůči klientům a způsoby zacházení s nimi*. Magisterská diplomová práce. Praha: Karlova Univerzita. Dostupné z: <https://dspace.cuni.cz/handle/20.500.11956/79819?show=full>
- Kuivalainen, S., Vehviläinen-Julkunen, K., Louheranta, O., Putkonen, A., Repo-Tiihonen, E. & Tiihonen, J. (2017). De-escalation techniques used, and reasons for seclusion and restraint, in a forensic psychiatric hospital. *International Journal of Mental Health Nursing*, 26(5), 513–524. <https://doi.org/10.1111/inm.12389>
- Kratochvíl, S. (2017). *Základy psychoterapie (7. vydání)*. Portál.
- Kreuzer, P. M., Günther, S., Simoes, J., Ziereis, M., & Langguth, B. (2020). Limited predictive value of admission time in clinical psychiatry. *BMC Health Services Research*, 20(1), 1041. <https://doi.org/10.1186/s12913-020-05806-1>
- Kristová, J. (2020). *Komunikácia v ošetrovaťelstve (Vyd. 4)*. Osveta.
- Látalová, K. (2013). *Agresivita v psychiatrii (Vyd. 1)*. Grada.
- Levine, P. A. (2015). *Trauma and memory*. Berkeley: North Atlantic Books

- Lin, Y.-P., & Tsai, Y.-F. (2011). Maintaining patients' dignity during clinical care: A qualitative interview study: Maintaining patient dignity. *Journal of Advanced Nursing*, 67(2), 340–348. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2010.05498.x>
- Lutz, B. J., & Bowers, B. J. (2000). Patient-centered care: Understanding its interpretation and implementation in health care. *Scholarly Inquiry for Nursing Practice*, 14(2), 165–183; discussion 183-187. Dostupné z: [https://www.researchgate.net/profile/Barbara-Bowers/publication/12337784\\_Patient-centered\\_care\\_Understanding\\_its\\_interpretation\\_and\\_implementation\\_in\\_health\\_care/links/5693aa7108ae425c6895f2bc/Patient-centered-care-Understanding-its-interpretation-and-implementation-in-health-care.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Barbara-Bowers/publication/12337784_Patient-centered_care_Understanding_its_interpretation_and_implementation_in_health_care/links/5693aa7108ae425c6895f2bc/Patient-centered-care-Understanding-its-interpretation-and-implementation-in-health-care.pdf)
- Mahalik, J. R., Van Ormer, E. A., & Simi, N. L. (2000). Ethical issues in using self-disclosure in feminist therapy. In M. M. Brabeck (Ed.), *Practicing feminist ethics in psychology*. (s. 189–201). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/10343-009>
- Mach, J. (2012). Jaký smysl má vnitřní řád zdravotnického zařízení? *Tempus Medicorum*. Dostupné z: <https://www.zdravotnicke-pravo.cz/0019-jaky-smysl-ma-vnitri-rad-zdravotnickeho->
- Mareš, J. (2016). *Péče zaměřená na zvláštnosti pacienta* (Vyd. 1). MSD.
- Marková, E., Venglářová, M., & Babiaková, M. (2006). *Psychiatrická ošetrovatelská péče*. Grada.
- McGee, P. (2020). *Dignity in Healthcare: A practical approach for nurses and midwives* (M. R. Matiti & L. Baillie, Ed.; 1. vyd.). Routledge. <https://doi.org/10.4324/9781785230998>
- McGuire-Snieckus, R., McCabe, R., Catty, J., Hansson, L., & Priebe, S. (2007). A new scale to assess the therapeutic relationship in community mental health care: STAR. *Psychological Medicine*, 37(1), 85–95. <https://doi.org/10.1017/S0033291706009299>
- McKeown, M., Thomson, G., Scholes, A. et al. (2019). “Catching your tail and firefighting”: The impact of staffing levels on restraint minimization efforts. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 26(5–6), 131–141. <https://doi.org/10.1111/jpm.12532>

- McKeown, M., Thomson, G., Scholes, A. et al. (2020). Restraint minimisation in mental health care: legitimate or illegitimate force? An ethnographic study. *Sociology of Health and Illness*, 42(3), 449–464. <https://doi.org/10.1111/1467-9566.13015>
- Mueser, K., & Gingerich, S. (2002). Illness Management and Recovery: A Review of the Research. *Psychiatric Services*, 53(10). Dostupné z: [https://www.academia.edu/14899153/Illness\\_Management\\_and\\_Recovery\\_A\\_Review\\_of\\_the\\_Research](https://www.academia.edu/14899153/Illness_Management_and_Recovery_A_Review_of_the_Research)
- Müller, L., & Müller, A. (2006). *Slovník analytické psychologie* (Vyd. 1). Portál.
- Myers, D., & Hayes, J. A. (2006). Effects of therapist general self-disclosure and countertransference disclosure on ratings of the therapist and session. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 43(2), 173–185. <https://doi.org/10.1037/0033-3204.43.2.173>
- Nejedlá, M., Svobodová, H., & Šafránková, A. (2004). *Ošetrovatelství III: Pro 3. ročník středních zdravotnických škol a vyšší zdravotnické školy* (Vyd. 1). Informatorium.
- Orel, M. (2020). *Psychopatologie: Nauka o nemocech duše* (3., aktualizované a doplněné vydání). Grada.
- Pačesová, M. (2004). *Lékař, pacient a Michael Balint: [Balintovské skupiny v Česku]* (Vyd. 1). Triton.
- Patterson, C. H. (1985). What is the placebo in psychotherapy? *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 22(2), 163–169. <https://doi.org/10.1037/h0085489>
- Pavlišta, J. (2011). *Krizová intervence nejen pro pedagogickou praxi* (1. vyd). Univerzita J.E. Purkyně.
- Price, O., Baker, J., Bee, P., Grundy, A., Scott, A., Butler, D., Cree, L., & Lovell, K. (2018). Patient perspectives on barriers and enablers to the use and effectiveness of de-escalation techniques for the management of violence and aggression in mental health settings. *Journal of Advanced Nursing*, 74(3), 614–625. <https://doi.org/10.1111/jan.13488>

- Peplau, H. E. (1991). *Interpersonal relations in nursing: A conceptual frame of reference for psychodynamic nursing*. Springer Pub. Co.
- Petr, T., Mikláš, T. (2004). *Restriktivní metody v psychiatrii. Standardizace ošetrovatelské péče*. Praha: Psychiatrická léčebna Bohnice.
- Pinto-Coelho, K. G., Hill, C. E., Kearney, M. S., Sarno, E. L., Sauber, E. S., Baker, S. M., Brady, J., Ireland, G. W., Hoffman, M. A., Spangler, P. T., & Thompson, B. J. (2018). When in doubt, sit quietly: A qualitative investigation of experienced therapists' perceptions of self-disclosure. *Journal of Counseling Psychology*, 65(4), 440–452. <https://doi.org/10.1037/cou0000288>
- Ponte, P. R., Conlin, G., Conway, J. B., Grant, S., Medeiros, C., Nies, J., Shulman, L., Branowicki, P., & Conley, K. (2003). Making Patient-centered Care Come Alive: Achieving Full Integration of the Patient's Perspective. *The Journal of Nursing Administration*, 33(2), 82–90. <https://doi.org/10.1097/00005110-200302000-00004>
- Price, O., Baker, J., Bee, P., Grundy, A., Scott, A., Butler, D., Cree, L., & Lovell, K. (2018). Patient perspectives on barriers and enablers to the use and effectiveness of de-escalation techniques for the management of violence and aggression in mental health settings. *Journal of Advanced Nursing*, 74(3), 614–625. <https://doi.org/10.1111/jan.13488>
- Praško, J. (2006). *Panická porucha a jak ji zvládat* (1. vyd). Galén.
- Pugh, N. E., Brymer, M. J., & Sigmon, S. T. (2021). Social support and the development of bonding after trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 34(1), 150-158. <http://doi:10.1002/jts.22641>
- Redman, R. W. (2004) Patient-centered care: an unattainable ideal? *Research and Theory for Nursing Practice*, 18(1), 11-14. Dostupné z: <https://www.proquest.com/docview/207665666>
- Rozsypalová, M., Šafránková, A., & Vytejšková, R. (2009). *Ošetrovatelství I: Pro 1. ročník středních zdravotnických škol* (2., aktualiz. vyd). Informatorium.
- Růžička, M. (2013). *Krizová intervence pro speciální pedagogy* (Vyd. 1). Univerzita Palackého v Olomouci.

- Selye, H. (1950). Stress and the General Adaptation Syndrome. *BMJ*, 1(4667), 1383–1392.  
<https://doi.org/10.1136/bmj.1.4667.1383>
- Schultz, J. H. (2019). *Autogenní trénink originální cvičebnice*. Poznání.
- Storm, M., Edwards, A. (2013). Models of user involvement in the mental health context: Intentions and implementation challenges. *The Psychiatric Quarterly*, 84, 313-27.  
<https://doi.org/84.10.1007/s11126-012-9247-x>.
- Strand, M., & von Hausswolff-Juhlin, Y. (2015). Patient-controlled hospital admission in psychiatry: A systematic review. *Nordic Journal of Psychiatry*, 69(8), 574–586.  
<https://doi.org/10.3109/08039488.2015.1025835>
- Rowan, J., & Jacobs, M. (2002). *The therapist's use of self* (Vyd. 1). Open University Press.
- Sadeghi, T., & Dehghannayeri, N. (2009). Dignity of patient: A literature review. *Iran J Med Ethics Hist Med*, 3(1), 9-19. Dostupné z: <http://ijme.tums.ac.ir/article-1-252-en.html>
- Smítková, H. (2011). Etická dilemata v psychoterapii a psychologickém poradenství. In P. Weiss, *Etické otázky v psychologii* (pp. 221–228). Praha: Portál.
- Strand, M., & von Hausswolff-Juhlin, Y. (2015). Patient-controlled hospital admission in psychiatry: A systematic review. *Nordic Journal of Psychiatry*, 69(8), 574–586.  
<https://doi.org/10.3109/08039488.2015.1025835>
- Sytema, S., Burgess, P., Tansella, M. (2002) Does community care decrease length of stay and risk of rehospitalization in new patients with schizophrenia disorders? A comparative case register study in Groningen, The Netherlands; Victoria, Australia; and SouthVerona, Italy. *Schizophrenia Bulletin*, 28(2), 273-81.  
<https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.schbul.a006937>
- Švarc, J. 2008. Psychiatrická hospitalizace bez souhlasu pacienta. *Psychiatr. pro Praxi* 9(2), 93-95. Dostupné z: [https://www.psychiatriepropraxi.cz/artkey/psy-200802-0012\\_Psychiatricka\\_hospitalizace\\_bez\\_souhlasu\\_pacienta-1\\_dil.php](https://www.psychiatriepropraxi.cz/artkey/psy-200802-0012_Psychiatricka_hospitalizace_bez_souhlasu_pacienta-1_dil.php)
- Taiwo, H., Ladapo, O., Aina, O., Lawal, R., Adebisi, O., Olomu, S., & Aina, R. (2008). Long stay patients in a psychiatric hospital in Lagos, Nigeria. *African Journal of Psychiatry*, 11(2), 125–132. <https://doi.org/10.4314/ajpsy.v11i2.30265>

- Těšinová, J., Žďárek, R., & Polícar, R. (Ed.). (2011). *Medicínské právo* (Vyd. 1). C.H. Beck.
- Theodoridou, A., Schlatter, F., Ajdacic, V., Rössler, W., & Jäger, M. (2012). Therapeutic relationship in the context of perceived coercion in a psychiatric population. *Psychiatry Research*, 200(2–3), 939–944.  
<https://doi.org/10.1016/j.psychres.2012.04.012>
- Thomann, S., Zwakhalen, S., Richter, D., Bauer, S., & Hahn, S. (2021). Restraint use in the acute-care hospital setting: A cross-sectional multi-centre study. *International Journal of Nursing Studies*, 114, 103807. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2020.103807>
- Úlehla, I. (2005). *Umění pomáhat* (Vyd. 3., V Sociologickém nakl. 2). Sociologické nakladatelství.
- Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky: Národní portál psychiatrické péče. (2023). *Interaktivní prohlížeč dat ročenky*. Dostupné z:  
<https://psychiatrie.uzis.cz/cs/rocenka/>
- Venglářová, M., & Mahrová, G. (2006). *Komunikace pro zdravotní sestry*. Grada.
- Vévoda, J. (2013). *Motivace sester a pracovní spokojenost ve zdravotnictví* (Vyd. 1). Grada.
- Vodáčková, D. (Ed.). (2002). *Krizová intervence: Krize v životě člověka; formy krizové pomoci a služeb* (1. vyd). Portál.
- Všeobecná fakultní nemocnice. (2017). *Psychiatrická klinika VFN Vnitřní řád Domáci řád oddělení*. Dostupné z: [https://www.vfn.cz/wp-content/uploads/2021/10/RD-PSY-02\\_DR5.pdf](https://www.vfn.cz/wp-content/uploads/2021/10/RD-PSY-02_DR5.pdf)
- Vybíral, Z., & Roubal, J. (2010). Dnešní psychoterapie. In Z. Vybíral & J. Roubal, *Současná psychoterapie* (pp. 30–44). Praha: Portál.
- Wampold, B. E., Carlson, J., Greenberg, L. S., Brown, L. S., Segal, Z. V., Miller, S. D., Dobson, K. S., Madigan, S., Cervantes, J. M., & Safran, J. D. (2011). *Qualities and actions of effective therapists*. American Psychological Association.
- Williams, C. L., & Tappen, R. M. (1999). Can We Create a Therapeutic Relationship With Nursing Home Residents in the Later Stages of Alzheimer's Disease? *Journal of*



- Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 37(3), 28–35.  
<https://doi.org/10.3928/0279-3695-19990301-16>
- Williams, L., & Day, A. (2007). Strategies for Dealing with Clients We Dislike. *The American Journal of Family Therapy*, 35(1), 83–92.  
<https://doi.org/10.1080/01926180600550494>
- World Health Organization. (2023b). MKN-10. Dostupné z: <https://mkn10.uzis.cz/>
- World Health Organization Regional Office for Europe. (2020, 3. března). Problematika používání omezovacích prostředků v psychiatrii [Video]. YouTube.  
<https://www.youtube.com/watch?v=itiRIcLhbWI>
- Zacharová, E., Hermanová, M., & Šrámková, J. (2007). *Zdravotnická psychologie: Teorie a praktická cvičení* (Vyd. 1). Grada.
- Zákon č. 96/2004 Sb. Zákon o nelékařských zdravotnických povoláních. In: *Zákony pro lidi* [online]. AION CS, 2010-2023 [cit. 2023-04-23]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2004-96>
- Zákon č. 372/2011 Sb. Zákon o zdravotních službách. In: *Zákony pro lidi* [online]. AION CS, 2010-2023 [cit. 2023-04-23]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-372>
- Zhao, Y., Hoenig, J. M., Protacio, A., Lim, S., & Norman, C. C. (2020). Identification of risk factors for early psychiatric rehospitalization. *Psychiatry Research*, 285, 112803.  
<https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.112803>
- Ziv-Beiman, S. (2013). Therapist self-disclosure as an integrative intervention. *Journal of Psychotherapy Integration*, 23(1), 59–74. <https://doi.org/10.1037/a0031783>

## **Seznam příloh**

Příloha 1 – Scale To Assess The Therapeutic Relationship In Community Mental Health Care

Příloha 2 – Patient Dignity Inventory

## **Přílohy**

### **Příloha 1**

---

#### STAR-P: Patient Version<sup>a</sup>

---

1. My clinician speaks with me about my personal goals and thoughts about treatment.
  2. My clinician and I are open with one another.
  3. My clinician and I share a trusting relationship.
  4. I believe my clinician withholds the truth from me.
  5. My clinician and I share an honest relationship.
  6. My clinician and I work towards mutually agreed upon goals.
  7. My clinician is stern with me when I speak about things that are important to me and my situation.
  8. My clinician and I have established an understanding of the kind of changes that would be good for me.
  9. My clinician is impatient with me.
  
  10. My clinician seems to like me regardless of what I do or say.
  11. We agree on what is important for me to work on.
  
  12. I believe my clinician has an understanding of what my experiences have meant to me.
- 
-

## Příloha 2

---

For each item, please indicate how much of a problem or concern these have been for you within the last few days:

---

1.	Not being able to carry out tasks associated with daily living (e.g., washing myself, getting dressed).	1	2	3	4	5
2.	Not being able to attend to my bodily functions independently (e.g., needing assistance with toileting-related activities).	1	2	3	4	5
3.	Experiencing physically distressing symptoms (such as pain, shortness of breath, and nausea).	1	2	3	4	5
4.	Feeling that how I look to others has changed significantly.	1	2	3	4	5
5.	Feeling depressed.	1	2	3	4	5
6.	Feeling anxious.	1	2	3	4	5
7.	Feeling uncertain about my illness and treatment.	1	2	3	4	5
8.	Worrying about my future.	1	2	3	4	5
9.	Not being able to think clearly.	1	2	3	4	5
10.	Not being able to continue with my usual routines.	1	2	3	4	5
11.	Feeling like I am no longer who I was.	1	2	3	4	5
12.	Not feeling worthwhile or valued.	1	2	3	4	5
13.	Not being able to carry out important roles (e.g., spouse, parent).	1	2	3	4	5
14.	Feeling that life no longer has meaning or purpose.	1	2	3	4	5
15.	Feeling that I have not made a meaningful and lasting contribution during my lifetime.	1	2	3	4	5
16.	Feeling I have “unfinished business” (e.g., things left unsaid, or incomplete).	1	2	3	4	5
17.	Concern that my spiritual life is not meaningful.	1	2	3	4	5
18.	Feeling that I am a burden to others.	1	2	3	4	5
19.	Feeling that I don’t have control over my life.	1	2	3	4	5
20.	Feeling that my illness and care needs have reduced my privacy.	1	2	3	4	5
21.	Not feeling supported by my community of friends and family.	1	2	3	4	5
22.	Not feeling supported by my healthcare providers.	1	2	3	4	5
23.	Feeling like I am no longer able to mentally “fight” the challenges of my illness.	1	2	3	4	5
24.	Not being able to accept the way things are.	1	2	3	4	5
25.	Not being treated with respect or understanding by others.	1	2	3	4	5

---