



INVESTICE DO ROZVOJE VZDĚLÁVÁNÍ

TENTO PROJEKT JE SPOLUFINANCOVÁN EVROPSKÝM SOCIÁLNÍM FONDĚM A STÁTNÍM ROZPOČTEM ČESKÉ REPUBLIKY.

PSYCHOSOCIÁLNÍ ASPEKTY ZDRAVÍ A NEMOCI

IVA KUZNÍKOVÁ



PODPORA TERCIÁRNÍHO VZDĚLÁVÁNÍ
STUDENTŮ SE SPECIFICKÝMI
VZDĚLÁVACÍMI POTŘEBAMI
NA OSTRAVSKÉ UNIVERZITĚ V OSTRAVĚ

CZ.1.07/2.2.00/29.0006

OSTRAVA, ZÁŘÍ 2013

Studijní opora je jedním z výstupů projektu ESF OP VK.

Číslo Prioritní osy:	7.2
Oblast podpory:	7.2.2 – Vysokoškolské vzdělávání
Příjemce:	Ostravská univerzita v Ostravě
Název projektu:	Podpora terciárního vzdělávání studentů se specifickými vzdělávacími potřebami na Ostravské univerzitě v Ostravě
Registrační číslo projektu:	CZ.1.07/2.2.00/29.0006
Délka realizace:	6.2.2012 – 31.1.2015
Řešitel:	PhDr. Mgr. Martin Kaleja, Ph.D.

Tento projekt je spolufinancován Evropským sociálním fondem a státním rozpočtem České republiky.

Název: Psychosociální aspekty zdraví a nemoci
Autor: Mgr. Iva Kuzníková, Ph.D.

Studijní opora k inovovanému předmětu: *Psychosociální aspekty zdraví a nemoci*
KAS/1PAZN, KAS/6PAZN, KAS/2PAZN

Jazyková korektura nebyla provedena, za jazykovou stránku odpovídá autor.

Recenzent: *Mgr. Marie Špiláčková, Ph.D.*
Ostravská univerzita, Fakulta sociálních studií

© Iva Kuzníková
© Ostravská univerzita v Ostravě
ISBN 978-80-7464-470-2

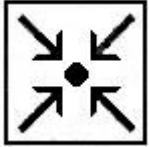
OBSAH:

Úvod.....	6
1 Seznámení s oborem sociologie medicíny a zdravotnictví	9
1.1 Roviny sociálního jednání v rámci oboru sociologie medicíny	12
1.2 Systemizace sociologie medicíny.....	13
1.3 Role nemocného	14
1.4 Role zdravotníka a sociálního pracovníka	16
2 Pojetí zdraví a nemoci.....	19
2.1 Zdraví	19
2.2 Determinanty zdraví.....	23
2.3 Nemoc	25
2.4 Sociální důsledky nemoci.....	30
2.5 Psychické a sociální potřeby nemocných.....	33
3 Prevence zdraví, epidemiologie a hygiena.....	39
3.1 Epidemiologie a hygiena.....	40
3.2 Prevence zdraví	41
3.3 Role WHO v prevenci zdraví populací	44
4 Postavení sociálního pracovníka ve zdravotnictví.....	47
4.1 Specifika sociální práce ve zdravotnictví.....	49
5 Seznámení s lékařskou terminologií	53
5.1 Etiopatogeneze	53
5.2 Anamnéza / předchorobí	55
5.3 Symptomatologie	55
5.4 Diagnostika, terapie a rehabilitace	57
6 Vybraná duševní onemocnění	61
6.1 Obecná psychiatrie	62
6.2 Organické duševní poruchy.....	68
6.3 Poruchy nálady (afektivní poruchy).....	70
6.4 Psychózy.....	72
6.5 Reaktivní / neurotické poruchy	74
7 Vybraná onkologická onemocnění.....	79
7.1 Problematika onkologických onemocnění	80
7.2 Onkologická onemocnění reprodukčního systému	83
7.3 Paliativní medicína.....	86

Vysvětlivky k používaným symbolům



Průvodce studiem – vstup autora do textu, specifický způsob kterým se studentem komunikuje, povzbuzuje jej, doplňuje text o další informace.



Příklad – objasnění nebo konkretizování problematiky na příkladu ze života, z praxe, ze společenské reality apod.



Literatura – použitá ve studijním materiálu, pro doplnění a rozšíření poznatků.



Kontrolní otázky a úkoly – prověřují, do jaké míry studující text a problematiku pochopil, zapamatoval si podstatné a důležité informace a zda je dokáže aplikovat při řešení problémů.



Úkoly k textu – je potřeba je splnit neprodleně, neboť pomáhají k dobrému zvládnutí následující látky.



Korespondenční úkoly – při jejich plnění postupuje studující podle pokynů s notnou dávkou vlastní iniciativy. Úkoly se průběžně evidují a hodnotí v průběhu celého kurzu.



Otázky k zamyšlení

Úvod

„Člověk je jediný, jedinečný a neoddělitelný.“ Berme tuto tezi jako výchozí. Stejně jako moderní medicína, i sociální práce pracuje s klientem z pohledu *celostního, holistického* a proto společně přemýšlejme nad tím, co se v tomto kontextu s člověkem děje, pokud onemocní. Zamysleme se nad otázkami, které nemocnému přijdou na mysl.

„Co když je to vážné?“

„Co když si mne rodina přestane vážit?“

„Co když přijdu o práci a o přátele?“

„Co když zemřu?“

Jde o škálu pochybností, obav, strachu z neisté budoucnosti. Tematikou zacházení s nejistotou pacienta se blíže zabývá například Z.Boleloucký (In Vorlíček, 1998). V první řadě jde o úkol pro lékaře, který sděluje nejen diagnózu, ale i prognózu onemocnění. Musí pacientovi pomoci se vyrovnat s nejistotou. Například podpora umírajícího nemocného tkví zejména v povzbuzení k využití času, který mu zbývá a v přísném naplánování návštěv jeho příbuznými.

Nejen medicínští pracovníci a ošetřující personál zastává významnou úlohu v tomto období života lidí, ale také rodina a širší sociální vztahová síť, eventuálně sociální pracovník. Úkolem je využít podílu psychosociální sféry na nemoc k lepší adaptaci, překonání obtíží, motivaci k léčbě a spolupráci a konečně ke kvalitnějšímu životu.

Strach a obavy mohou být někdy tak silné, že je spousta nemocných prožívá navzdory jejich mylné domněnce o nepříznivé diagnóze. Pacienti pak končí svůj život předčasně. Je proto velmi důležitá včasná a adekvátní informovanost o průběhu a prognóze nemocného i jeho blízkých. (Mimochodem jsou to zejména zdravotníci v roli pacienta, kteří prožívají intenzivní pocity strachu díky bohaté fantazii a představitosti).

Text vznikl jako studijní materiál, který je určen studujícím oboru Sociální práce a Zdravotně sociální pracovník na Fakultě sociálních studií Ostravské univerzity v Ostravě. Jelikož je sociální problematika úzce spojena s nemocností a změnou zdravotní kondice je nutné, aby odborníci z oblasti sociální práce byli edukováni v oblasti podpory zdraví a zdravotní prevence. Tento studijní materiál nabízí všeobecný přehled pojmů vztahujících se ke zdraví a nemoci a pojmů souvisejících s psychosociálními aspekty a souvislostmi zdraví a nemoci. Studující mohou text využít jako zdroj k samostudiu a k orientaci v uvedeném pojmosloví, v základní medicínské terminologii, ve vybraných onemocněních duševních a onkologických a možnostech léčby. Tyto dva medicínské obory byly vybrány především pro úzkou vazbu na

spolupráci s oborem sociální práce. Cílem textu je rovněž nabídnout přehled souvisejících témat, která se dotýkají oblastí sociologie medicíny, veřejného zdravotnictví, medicínských oborů a sociální práce ve zdravotnictví.

Fakulta sociálních studií se jako člen Asociace vzdělavatelů v sociální práci zavazuje k dodržování minimálních standardů vzdělávání v sociální práci, mezi něž je zařazen i standard Zdraví a nemoc. Studijní opora obsahově koresponduje s dílčími tématy uvedeného standardu, případně jsou uvedeny odkazy na literaturu k dalšímu samostudiu, vyjma problematiky premedicínské první pomoci, které se věnují odborníci oboru urgentní medicíny.

Pro zvládnutí témat studujícími se předpokládá znalost základů biologie člověka, základů obecné a sociální psychologie, sociologie a etiky.

Čas nezbytný na prostudování celého textu je deset hodin.

Získáte:

- Na podkladě získaných poznatků budou pak studenti schopni v praxi posoudit konkrétní sociální problémy, které mohou mít zdravotní příčiny i situace, kdy sociální podmínky jsou jedním z faktorů ovlivňujících vznik choroby.
- Znalosti základní medicínské terminologie, potřebné znalosti z klinických oborů a vybraných chorob.
- Studenti získají vědomí společenského a humánního poslání péče o zdraví vlastní, zdraví spoluobčanů a zdraví klientů.
- Znalosti o postavení sociálního pracovníka v systému zdravotnictví. Současně i objasnění vazeb zdravotní a sociální problematiky v kontextu biopsychosociálních aspektů života jedince.

1 Seznámení s oborem sociologie medicíny a zdravotnictví

Klíčová slova kapitoly: Sociologie medicíny, sociální lékařství a public health, role nemocného, role zdravotníka

Průvodce studiem

Kapitola seznamuje s klíčovým oborem úzce propojeným s oborem sociální práce ve vztahu k práci s osobami zdravotně znevýhodněnými a chronicky nemocnými. Přibližuje determinanty zdraví a upozorňuje na význam sociálního gradientu člověka.

Na zvládnutí této kapitoly budete potřebovat asi 1 hodinu, tak se pohodlně usadte a nenechte se nikým a ničím rušit.



Po II. světové válce dochází ke zvýšenému výzkumnému zájmu sociologů o medicínu, a to nejen ve vztahu k institucionalizaci a byrokratizaci zdravotnictví, ale i ke zkoumání lidského chování a jednání a jeho změn v nemoci a během léčení. Sledování těchto aspektů se ukázalo naléhavé pro rozvoj medicíny a péče o zdraví člověka a začíná se konstituovat zvláštní sociologická disciplína sociologie medicíny. Sociální problematikou ve vztahu ke zdraví se zabývají obory **sociální lékařství** a **sociální hygiena**, která již desetiletí řeší z medicínského hlediska především sociální příčiny nemocí a zdravotní stav obyvatelstva. Sociální lékařství je věda o zdraví společnosti ve vztahu k sociálním problémům společnosti, jde o interdisciplinární obor zacílený na studium, poznávání a vysvětlování vyvíjejících se faktorů sociální podmíněnosti zdravotního stavu obyvatelstva a péče o zdraví ve společnosti včetně organizačního zabezpečení. Blízkou disciplínou je rovněž **veřejné zdravotnictví** (public health), je definováno jako věda či předmět zabývající se především prevencí, prodlužováním života a podporou zdraví prostřednictvím organizovaného úsilí společnosti a je nutnou součástí systému péče o zdraví, pozitivního ovlivňování veřejného zdraví. V praxi vychází veřejné zdravotnictví z dalších oborů: hygieny, epidemiologie, managementu zdravotnictví, ekonomiky, demografie, sociologie aj.

Vztah pojmů sociální lékařství a veřejné zdravotnictví lze přirovnat k návaznosti teorie a praxe nebo výzkumu základního a aplikovaného. Teoretickým základem veřejného zdravotnictví je především široce pojaté sociální lékařství, zabývající se obecnými problémy zdraví a nemoci. Veřejné zdravotnictví můžeme označit jako souhrn činností politických, organizačních a administrativních zaměřených na ochranu zdraví komunit a celé společnosti. Moderní veřejné zdravotnictví se zabývá zdravím obyvatelstva v nejširším slova smyslu s důrazem na rozvoj celkového zdravotního potenciálu společnosti a pozitivní prvky zdraví, tedy salutogenezi. Věnuje se problematice nerovností ve zdraví, tj. společenským skupinám znevýhodněným z hlediska zdraví.

Sociologie medicíny jako speciální sociologická subdisciplína zkoumá všechny spojitosti existující mezi různými oblastmi i problémy medicíny a sociologie. Užívá teorie a metody empirické sociologie za účelem rozboru fenoménů zdraví a nemoc, stejně jako analýze vztahů zdravotnické zařízení – zdravotnické povolání v interakci s pacientem. Obor poskytuje teoretickou a empirickou oporu pro výše uvedené disciplíny.

Mezioborové propojení s obory:

- hygiena a epidemiologie
- psychologie
- sociologie
- organizace a řízení zdravotnictví
- medicína
- etika
- sociální a zdravotní politika
- ošetřovatelství

Autor názvu „**Sociale Medizin**“ byl **Rudolf Virchow** (1821-1902). Vycházel ze zásady, že změny ve zdraví/zdravotním stavu populace a v péči o zdraví jsou podmíněny celospolečenskými změnami a každý civilizovaný stát umí zajistit svým občanům právo na péči o zdraví. Někdy je třeba občany vést aktivně k tomu, aby pečovali o své zdraví a aby prostřednictvím demokraticky

volených samosprávných institucí mohli zasahovat do péče o zdraví.

V nastupujícím 20.stol., přestože došlo k pokroku v diagnostice i terapii, přestože byla známá etiologie mnoha nemocí, nebylo dosaženo valných úspěchů v boji proti hromadnému výskytu nemocí. Některé choroby postihly celé vrstvy obyvatelstva a proto byl zaveden termín tzv: **Sociální nemoci**. Mezi představitele sociálních chorob patří například TBC, kojenecká úmrtnost, pohlavní nemoci, infekční choroby a další.

Rozvoj sociologie medicíny ovlivnili sociologové:

- 1) E. Durkheim
- 2) R. Merton
- 3) M. Weber
- 4) T. Parsons

Emil Durkheim: autor díla *Le Suicide* (1897). Jeho základní tvrzení, že suicidium je sociálním nikoli individuálním jednáním (každý kdo se dostane do nepříznivé konstelace sociálních vlivů se může stát sebevrahem) významně přispěl k rozvoji oboru v souvislosti s pojmem „**zákon anomie**“, dle kterého probíhají sociální fenomény při narušení společenských hodnot, představ, řádu (v důsledku krize, války, exploze obyvatelstva aj.). Pokud není pořádek nahrazen, není-li nastolen nový řád, mění se chování jednotlivců a narůstá počet tzv.: anomických sebevražd.

Na E.Durkheima navazuje **Robert K. Merton** 1938 formuluje souvislost mezi sociální strukturou a anomii. Anomie je důsledek tlaku určité sociální struktury na sociálního jedince. Projevuje se nekonformním jednáním na něj navazují pozdější studie k objasnění deviantního a zdraví škodlivého jednání.

Max Weber zasahoval do oblasti sociologie medicíny okrajově, ale nejvíce přispěl k jejímu vývoji základním pojmem „**sociální jednání individuů**“ popsal moderní byrokracii a analyzoval ji v typických sociálních způsobech jednání, odtud přímá linie k moderní sociologii : **organizace a řízení nemocnic**

Nemocnice = byrokratické organizace s vnitřním rozvrstvením a formální strukturou , dělba práce, hierarchie autorit, nařízení, stanovy...

Talcott Parsonse autor díla *The Social System* (1951). Medicína je zde

představena jako instituce – systém sociální kontroly. Lékař = kontrolní orgán v medicíně; Nemoc = ohrožuje plnění sociálních povinností; Nemocný = přijme roli nemocného očekává společenské přijetí tohoto stavu.

V Evropě se rozvíjí sociologie medicíny v 2. polovině 50. let ve VB, SRN. Další rozvoj oboru ovlivnily změny v Pojetí zdraví Světové zdravotnické organizace (WHO). Program Zdraví pro všechny do roku 2000 (z roku 1984), jeho cílem bylo zajistit takovou úroveň zdraví, aby byl umožněn ekonomicky produktivní a sociální život všem.

Hlavní cíle oboru sociologie medicíny:

Poznat jak působí sociální vlivy na zdraví, vznik a průběh nemoci.

Pochopit hranice a možnosti medicíny / medicínských výkonů a jejich důsledků na jedince i celou společnost.

Od oboru se očekává pomoc při řešení následujících problémů:

- účinnost prevence
- časného rozpoznávání nemocí
- přiměřeného chování pacienta
- vyváženosti lékařské péče (jak a zda odpovídá požadavkům a potřebám pacientů)
- ohodnocení medicíny jako socioekonomického a sociokulturního subsystému společnosti

1.1 Roviny sociálního jednání v rámci oboru sociologie medicíny

Siegrist, J. definoval tři roviny jednání (1988):

1. Faktor společenského uspořádání upevňujícího sociální pořádky

- sociální jednání v organizaci (např.: činnost nemocnice)
- sociální jednání jako výraz sociální role určitého povolání (např.: činnost lékaře)

1) Faktor mezilidských vztahů

- sociální jednání jako vyjádření společenské skutečnosti (např.: vyloučení nemocného z běžných vztahů)
- sociální jednání jako skupinový proces (soc. podpora ve skupině ve vztahovém poli)

2) Faktor individuální připravenosti k jednání

- sociální jednání směřující k podpoře a upevnění zdraví

1.2 Systemizace sociologie medicíny

Straus, R. se zasadil o systemizaci sociologie medicíny kategorizací na dvě roviny (1957):

1) SOCIOLOGY IN MEDICINE zabývá se sociálními podmínkami vzniku onemocnění (překládáno jako sociologie lékařství):

- Sociologické problémy civilizačních chorob. Sociální otázky srdečních chorob, kardiovaskulárních, novotvarů, vliv životního stylu na utváření tzv. civilizačních nemocí, podíl stravy při vzniku těchto chorob, sociální problematika pohlavně přenosných chorob apod.
- Sociologická problematika tzv. návykových onemocnění. Sociologické otázky narkomanie, alkoholismu, podmínky vzniku lékové závislosti, kouření, závislosti na hrách.
- Sociologické otázky psychických onemocnění. Problematika duševních chorob, sociologické podmínky frustrace, suicidia ze sociologického hlediska.
- Sociologické problémy úrazů a chorob z povolání.

2) SOCIOLOGY OF MEDICINE zabývá se medicínou jako společenskou institucí (překládáno jako sociologie medicíny/ zdravotnictví).

Tlustý, V. (1968) ji rozděluje takto:

- Sociologie zdravotnictví jako společenská instituce. Funkce zdravotnictví ve společnosti, vztah zdravotnictví k organizaci a řízení společnosti, ekonomické funkce zdravotnictví, organizace jednotlivých složek ve zdravotnictví.

- Sociologie zdravotnického zařízení. Jeho organizace, problémy řízení zdravotnického zařízení, ekonomické problémy zdravotnického zařízení, pracovní podmínky.
- Sociologie vnitřní struktury zdravotnického zařízení. Vztah ekonomie a struktury zdravotnických zařízení, formy řízení a autorita uvnitř zdravotnického zařízení, formy sdělování informací, interpersonální vztahy na pracovištích ve zdravotnictví.
- Sociologie výchovy zdravotnického personálu. Motivace volby povolání, sociologické problémy studia medicínských a zdravotnických oborů.

1.3 Role nemocného

Parsons, T. (1951) definoval 4 charakteristické rysy role nemocného:

1. nemocný je považován za neodpovědného za vznik svého stavu a za neschopného odstranit ho svou vůlí
2. je zproštěn svých dosavadních povinností
3. je povinen dávat najevo vědomí nežádoucnosti svého stavu a jeho přechodnosti
4. je povinen vyhledat odborníky a spolupracovat s nimi, nedojde-li ke spontánní úpravě

Ze sociologického hlediska je nemocný / pacient označován jako jedinec nacházející se ve zvláštní situaci, neb mu nemoc brání vykonávat společenské funkce, jež za normálních okolností plnil.

Sociální role pacienta zahrnují 2 povinnosti a 2 práva. Pacient je soustředěn na své onemocnění a je zproštěn běžných společenských závazků. K povinnostem patří vyhledání odborné kompetentní pomoci lékaře a spolupráce při léčbě.

Parsonsov koncept je samozřejmě kritizován pro medicínsko-centrické pojetí. Byla zpracována tzv. sociální taxonomie nemocí, která má význam jednak statistický (vystihuje sociální situaci u různých nemocí) a jednak dynamický (vztahuje se na jednoho nemocného v různých fázích nemoci).

Pro představu rolí nemocných uvádím publikovaná členění typologie nemocných (In Kuzníková a kol., 2011).

Schematické dělení nabízí internista Kalvach (1998). Popisuje tři základní situace ve vztahu k přístupu lékaře. Jelikož autor preferuje celostní přístup

k pacientovi, zahrnující somatickou i psychosociální problematiku, můžeme z tohoto dělení vycházet i pro sociální práci. Uvádí tři typy pacientů:

1. Pacienti se „somatickým“ či „organickým“ postižením, kteří jsou psychosomaticky odolní a dobře komponovaní. Dle autora pacient zvládá situaci nemoci po psychické stránce dobře, pokud je somatický stav řešitelný tzv.: „somatizující medicínou“ (tedy medicínská léčba infekcí, úrazů, většiny akutních stavů). Kalvach uvádí: „*Výrazná absence celostního přístupu v těchto případech nevede ke zhoršení výsledku zdravotnických výkonů a k nespokojenosti pacienta.*“ (1998:74). Z hlediska sociální práce je však důležité, aby byla věnována pozornost psychosociální situaci těchto pacientů stejně jako somatickému stavu.

2. Pacienti s onemocněním s významnou psychosomatickou složkou, či závažnými psychosociálními důsledky (například peptické vředy duodena, některé formy bronchiálního astmatu, onemocnění invalidizující a s krátkou prognózou, obecně onemocnění chronická ovlivňující životní způsob a kariéru pacienta). Za optimální se považuje vedení pacienta celostně kompetentním lékařem zvládajícím tělesnou i psychosociální problematiku. Celostní přístup k těmto pacientům je nezbytný, jelikož jeho absence vede k recidivám obtíží, horší prognóze, vyčlenění pacienta ze společnosti, k nižší kvalitě života a nespokojenosti pacienta. Při pomoci těmto klientům dochází častěji ke spolupráci sociálního pracovníka nemocnice s lékařem, jelikož dopady těchto druhů onemocnění na psychosociální život jsou mnohem větší než v situaci první.

3. Nemocní, jejichž stav tzv.: „somatizující“ medicína nemusí či není schopna ovlivnit.

Mezi přístupy, které se uplatňují při práci s těmito pacienty, můžeme zařadit například odbornou psychoterapii, sugesci (placebo efekt) či atypické „léčitelské“ přístupy. Sociální pracovník zde může působit nejen jako zprostředkovatel speciální pomoci, ale může velice pomoci vnímavým, empatickým přístupem (srov. Rogers, 1998:123-130). V přístupech ke klientům této kategorie se jistě uplatní mnohé nekonvenční postupy (tzv. alternativní medicína), které si postupně získávají své příznivce i v řadách erudovaných zdravotnických pracovníků. Výrazným efektem je zejména pozitivní psychické ladění nemocného a nabytí či znovunabytí motivace ke

společenskému životu. Nejvýraznějším efektem označují lékaři psychickou podporu, kterou praktikující terapeuti nekonvenční medicíny¹ poskytují. (srov. Křížová, 2004:85-109).

Zdravotně sociální pracovník by měl znát problematiku jednotlivých onemocnění, být vzdělaný v oblasti somatické medicíny a znát důsledky, jež mohou jednotlivá onemocnění mít nejen na psychiku člověka, ale také na další sociální život.

Typologie nemocných podrobněji In Kuzníková, 2011, str. 74.

Podrobnému postavení pacientů hospitalizovaných ve zdravotnickém zařízení se věnuje Bártlová, 2005, str. 82 v kapitole Postavení pacienta ve funkčním systému nemocnice.

1.4 Role zdravotníka a sociálního pracovníka

Jsou v sociologii medicíny odvozovány primárně od profese lékařské, která vykazuje znaky rolí, jejich charakteristiky od různých autorů však bývají velmi nesourodé. Mezi shodné znaky rolí lze zařadit:

- odborné kompetence pro výkon povolání lékařského / nelékařského zdravotnického povolání (ovlivněno legislativou)
- emocionální neutralita (nejde o zákaz emocí, ale o orientaci na profesní činnost v souladu s empatií – zde se přístupy lékařských povolání a ostatních pomáhajících profesí mohou lišit)
- univerzalismus (nestrannost, tedy potenciální vztahová oblast zdravotníka zahrnuje všechny členy společnosti v roli pacienta)
- kolektivní orientace (zájmy druhých jsou v popředí před vlastními zájmy zdravotníka)

Týmová spolupráce ve zdravotnictví.

Primárním východiskem při týmové spolupráci na řešení situace klienta je povědomí členů interdisciplinárního týmu o struktuře týmu, kompetencích členů týmu a volbě vedoucího pracovníka týmu. Tímto v zahraničí bývá právě

¹ Za nejčastěji uznávané alternativní preventivní a léčebné postupy, jsou považovány například: akupunktura, reflexní terapie, akupresura, fytotherapie v některých případech i homeopatie, tradiční čínská medicína. Za vysoce rizikové postupy (zejména při léčbě onkologických pacientů) jsou považovány spirituální metody, okultismus a léčitelé používané „terapeutické“ přístroje.

sociální pracovník, který je nejlépe obeznámen se sociální situací klienta a zná jeho potřeby a přání, včetně cíle, kterého chce klient dosáhnout. Klient nestojí mimo rozhodování týmu (pokud se nejedná o akutní situaci, kdy je rozhodováno o okamžité léčebné intervenci) a dění v týmu může ovlivňovat. Zde je opět malá shoda s českou praxí, kde pacienti zastávají převážně submisivní pozici v medicínském – paternalistickém vztahu.

Každý jednotlivec přináší do týmu část sebe sama, svou osobnost, hodnoty, vědomosti a dovednosti, ale rovněž svou vlastní sociální síť. V týmu by měla být prožívána profesionální i skupinová identita, ale rovněž by měly být respektovány hranice týmu jakožto skupiny, která má svou vlastní širokou síť. Musí být jasné, kdo zastává jakou roli v rámci týmu a v rámci širšího sociálního okolí. Rovněž by měla být podporována aktivní role samotného klienta, jakožto spolupracovníka.

Sociální pracovníci by s narůstajícími počty klientů přivítali především akceptování specifických rolí sociálních pracovníků v týmu jejich kolegy a dalšími členy mezioborového týmu. Uvedme především roli organizátora (setkávání týmu, programu setkání, plánování pomoci), roli koordinátora činností ostatních odborných pracovníků, role obhájce klienta či mediátora (vůči organizaci, vůči zdravotnickým pracovníkům, vůči sociálnímu prostředí klienta) či roli informátora (člen předávající informace), ale rovněž roli case managera, učitele či výzkumníka.

Část pro zájemce

Prostudujte etické kodexy související s výkonem povolání zdravotnických profesí a sociální práce. Dnes existuje celá řada etických kodexů. Tím nejstarším etickým kodexem je Hippokratova přísaha, která zakládá mravní kontinuitu všech etických kodexů. Nejčastěji uváděná verze Hippokratovy přísahy (http://www.clkuo.cz/dokumenty/prolekare/hippokratova_prisaha.htm). Etický kodex České lékařské komory, Etický kodex práv pacientů ČR, Etický kodex sociálních pracovníků, Etický kodex sester.



**Otázky k zamyšlení:**

1. Jaké společenské role ovlivňuje rozvoj nemoci a případná hospitalizace?
2. Zastávají zdravotničtí pracovníci své role v souladu s etickými principy?
Jaká je Vaše osobní zkušenost?

Citovaná a doporučená literatura

Bártlová, S. *Sociologie medicíny a zdravotnictví*. Praha: Grada, 2005.

Janečková, H., Hnilicová, H. *Úvod do veřejného zdravotnictví*. Praha: Portál, 2009.

Kuzníková, I. *Sociální práce ve zdravotnictví v České republice*. Ostrava: Disertační práce, 2013.

Kuzníková, I. a kol. *Sociální práce ve zdravotnictví*. Praha: Grada, 2011.

Mareš, J., Hodačová, L., Býma, S. *Vybrané kapitoly ze sociálního lékařství I*. Praha: Karolinum, 2009.

Vurm, V. a kol. *Vybrané kapitoly z veřejného a sociálního zdravotnictví*. Praha: Triton, 2007.



2 Pojetí zdraví a nemoci

Klíčová slova kapitoly: Zdraví, nemoc, determinanty zdraví, sociální důsledky nemocí

Průvodce studiem

Kapitola seznamuje s definicí a pojetími zdraví a nemoci. Věnuje se potřebám člověka pro udržení zdraví v jeho holistickém pojetí, sociálním determinantám zdraví a přibližuje společenské důsledky nemocí.

Na zvládnutí této kapitoly budete potřebovat asi 1 hodinu, tak se pohodlně usadte a nenechte se nikým a ničím rušit.



2.1 Zdraví

Je obtížné definovat pojem zdraví. Mezinárodně je uznávaná definice zdraví dle WHO: Zdraví je stav úplné tělesné, duševní a sociální pohody neboli Well being (nejen nepřítomnost nemoci / vady „infirmity“). Definice WHO tak překonává biologizující názory na podstatu zdraví a tedy i nepřítomnost nemoci. Vyjímá se tak pojem zdraví člověka z hluboce zakořeněných biologizujících teorií. Definice bývá považována za příliš obecnou, proto existuje řada operačních definic zdraví. Pro srovnání odkazují na Žáčkovu definici: „zdraví zahrnuje tělesnou a psychosociální integritu navozující stav optimální pohody, nenarušenost životních funkcí a společenských rolí, ale také adaptabilitu, tj. přizpůsobivost ve smyslu fyziologické a sociologické homeostázy“ (Holčík, Žáček, 1995 In Kuzníková, 2013).

Zdraví není výlučně medicínská kategorie - nýbrž široce humánní. Protože člověk je neoddelitelně spjat se sociálním prostředím. Je jednodušší hovořit o pojmu nemoc nežli zdraví. Zdraví je podmíněno vlastní psychikou – sebeobraz, sebemínění, spokojenost s vlastním bytím , sebou sama a s uvědomělým chováním vedoucím k ochraně, udržení a rozvoji vlastního zdraví. A konečně podpora okolí i celé společnosti ve snaze pečovat o své zdraví.

(Podrobně analyzuje problematiku publikace Psychologie zdraví, psychologie nemoci od Jara Křivohlavého).

Pojetí zdraví a nemoci se stalo předmětem vědních disciplín jako je:

- 1) Sociální psychologie zdraví (př.: Bakal, D. 1992 in Výrost, Slaměnk 2001),
- 2) Sociologie medicíny (Př.: Parsons 1972): definuje zdraví jako „stav, který dovoluje, aby se podle individuality a životních stadií splnilo očekávání společnosti k její spokojenosti i ke spokojenosti jedince ve vztahu k sociální roli“ – zdraví tedy nelze chápat jinak, než jako celoživotní dynamickou skutečnost, ne jako definitivum.
- 3) Psychologie nemoci a zdraví (Mohapl, 1992)
- 4) Sociologie zdravotního postižení (Novosad, 2000): „je disciplína užitá sociologie zabývající se zdravotním postižením jako sociálním jevem.“

V těchto uvedených vědních disciplínách, by měli být vzděláváni nejen zdravotničtí pracovníci, ale i sociální pracovníci u nichž se orientace této problematice předpokládá!

V ČR byla uznávanou definicí Zdraví R. Bureše 1960: „Zdraví je potenciál vlastností/schopností člověka vyrovnat se s nároky působení vnitřního i zevního prostředí, bez narušení životních funkcí.“ Proto se poté rozlišovaly různé stupně zdraví dle přizpůsobivosti organismu různě náročným prostředím. Potenciál organismu lze měnit cílevědomě, zvětšovat jej, tehdy hovoříme o pojmu **pozitivní zdraví**. Pojem lze spojit s filosofickým náhledem na vztah zdraví vůči nemoci od roku 1979 jej prosazuje izraelský sociolog Antonowsky, A. (zabýval se sociální problematikou ovlivňující udržení zdravotního stavu či vzniku nemoci). Pracuje s pojmem **salutogeneze** tj. hledání faktorů, které podporují pohyb směrem ke zdraví. Opakem je orientace na patogenezi, tedy hledání prokazatelných faktorů nemoci.

SALUTOGENETICKÉ FAKTORY:

- 1) osobní autonomie
- 2) důvěra ve svět a lidi okolo nás
- 3) pocit smysluplnosti života
- 4) Schopnost rozumět světu a ovládat jej ve vztahu k událostem vlastního života

I WHO doporučila „**HEALTH PROMOTION**“ (posilování zdraví) , které se ve vyspělých zemích rozvíjí, a to: Aktivním vytvářením imunních schopností organismu, psychiky a chování člověka jako jednotlivce i jako populačních

skupin. Vše tedy směřuje k motivaci k vysoce vyspělému chování jednotlivců na vztah k prostředí i lidskému organismu. Výchova ke schopnosti „kontroly nad sebou samým“, aktivnímu prosazování každého individua v oblasti prevence a podpory vlastního zdraví. Vysoká uvědomělost však nespočívá jen v prevenci ve smyslu 1x – 2x ročně na preventivní prohlídku k obvodnímu lékaři.

Moderní medicína se zaměřuje na optimalizaci komplexně definovaného zdraví, které spočívá zejména ve zdůraznění významu psychiky jednotlivce a vlivů sociálního okolí, obecně tedy nejen na optimalizaci věcných vnějších podmínek jeho života, ale i na aktivizaci podílu pacienta a na změnu jeho jednání ve smyslu prevence nápravy poruch. Neboli hovoříme o holistickém pojetí zdraví.

2.1.1 Pojetí zdraví a nemoci

Biologické pojetí zdraví a nemoci je výlučně zaměřeno na konkrétní fyziologickou poruchu organismu a pacient je vnímán čistě jako biologický objekt medicíny. Medicínský přístup, který je založen na tomto pojetí je orientován na diagnostiku a léčbu onemocnění organismu člověka. Představa nemoci člověka jako biologizující či přírodovědná, znamená zužující zaměření na lidské tělo a opomíjení lidského jednání, citů, myšlenek, představ a především sociálního světa člověka. Tento pohled považuje nemoc za jednoznačně definovatelný stav. Kapr (1986) uvádí definici tohoto pojetí: „*Za kritérium nemoci člověka pokládá tento přístup patologický proces, charakterizovaný jistým počtem klinických příznaků (symptomů), které lze potvrdit sérií objektivních vyšetření.*“ (1986:22). Nemoc člověka je v tomto konceptu odtržena od sociálního kontextu a jeví se jako přírodní proces. Bohužel podobný přístup stále přetrvává v myslích a v chování některých lékařů, kteří neléčí nemocného člověka, nýbrž nemoc, chorobný stav. Sociální pracovník by měl v kontaktu s takto smýšlejícím lékařem stále diskutovat o psychosociálních aspektech nemoci. Je třeba si uvědomovat, že nemoc není pouze fyzický jev, ale že zasahuje člověka jako celek, tedy bio-psycho-sociální bytost.

Duální pojetí zahrnuje fyziologickou i psychickou stránku zdravotního stavu člověka. Jedním z představitelů tohoto pojetí byl M.F.X. Bichat, který medicínský dualismus formuloval tak, že nemoc je poruchou hmotných struktur těla a vše ostatní, například bolest, city, smutek, trápení, je vůči tělesné poruše chápáno jako „vnější“. K posunu dochází ve 20. století s novým obrazem světa, který se přiklání k systémovému zkoumání, hledání celků, sledování vnitřních struktur, homeostatičnosti. V medicíně se vytvářejí komplexnější modely a spolu s vývojem mnohých specializací se vyvinulo i chápání zdraví nejen jako souhry tělesných a biofyzikálních struktur, ale jako vzájemně propojeného komplexu fyzického a psychického (později i sociálního). Toto pojetí bychom mohli nazvat druhou etapou ve vývoji pojetí zdraví a nemoci, která směřuje k celistvému pojetí nemocného člověka.

Holistické pojetí zdraví a nemoci představuje dle Novosada přerod medicíny od fyziologického (biologického) pojetí zdraví a nemoci k pojetí duálnímu a následně až k pojetí holistickému, vymežujícímu fyziologickou, psychickou i sociální dimenzi lidského zdraví a nemoci.

V historii medicíny tedy došlo k posunu chápání nemoci jako projevu dysfunkční interakce mezi biologickými a psychickými funkcemi individua, přírodou a sociálním prostředím, ve kterém člověk žije. Vidíme, že zdraví je pojímáno široce. Důležitým principem se stává komplementárnost, tedy vzájemné doplňování. V medicíně se tak doplňují úroveň technická, expertní a specificky lidské (nenahraditelná technikou) působení na bázi intuice, empatie, neverbální komunikace, psychoterapie. Jsou vznášeny i zvýšené požadavky na znalosti a intervenci lékařů v oblasti psychoterapie.

Považuji za důležité, aby sociální pracovník v nemocnici vzal za své celostní neboli holistické pojetí zdraví a nemoci, vymežující fyziologickou, psychickou i sociální dimenzi lidského zdraví a nemoci. Sociální pracovník by měl vždy přistupovat ke každému pacientovi komplexně, celostně. Proto je třeba si uvědomit všechny složky nemoci a jejich vzájemnou propojenost. Uvědomit si, že negativní psychosociální faktory mají vliv na náchylnost ke vzniku a rozvoji onemocnění a naopak.

2.2 Determinanty zdraví

Výzkumy zaměřené na sociální determinanty zdraví², popis zdravotní situace nejen velkých populací (v měřících světadílů, států, národů), ale i komunit, analýzy sociálních rozdílů ve vztahu ke zdraví lidí, lze z pohledu sociální práce chápat jako zdroje informací pro zahájení aktivního vyhledávání (depistáže) potenciálních klientů v součinnosti s celým zdravotnickým týmem. Význam depistážní činnosti potvrzuje i Janečková, Hnilicová (2009:253): „*Paradoxně sociální skupiny s horším zdravotním stavem a větší potřebou zdravotní péče mají ztížený přístup k potřebným zdravotnickým službám.*“ Toto tvrzení se stalo předmětem výzkumných šetření např. ve Velké Británii a Japonsku (In Mareš, 2005:117–123). Z těchto však vyplývá, že rozdíly ve zdravotním stavu obyvatelstva nelze vysvětlit jedinečně socioekonomickou situací. Jedinci, kteří patří do sociálně slabší skupiny, bývají znevýhodněni celým komplexem rizikových faktorů a tyto vztah mezi sociálně-ekonomickou pozicí a zdravím vytvářejí.³ Mezi nejohroženější a nejzranitelnější sociální skupiny zahrnuje *Kopenhagen Declaration, 2000* (In Janečková, Hnilicová, 2009) především:

- lidi ohrožené sociální izolací (senioři, lidi bez přístřeší, propuštění z výkonu trestu),
- lidi ohrožené diskriminací (kvůli rase, barvě pleti, náboženství, věku, pohlaví...),
- lidi postižené chudobou,
- dlouhodobě nemocné staré a zdravotně postižené,
- děti, mladé lidi, příliš mladé nebo neúplné rodiny (ohrožené nezaměstnaností, kriminalitou a drogami, předčasným těhotenstvím, kouřením v době těhotenství atp.),

² V Chile dne 18. března roku 2005 byla založena *Komise pro sociální determinanty zdraví* a generální ředitel Světové zdravotnické organizace Lee Jong-wook zde řekl: „Medicína a její technologie může být jakkoliv skvělá, ale selže, pokud zdravotnické služby nebudou všeobecně dostupné a jestliže se zdravotničtí pracovníci nenaučí vhodně reagovat na sociální determinanty zdraví.“ (Holčík, 2009).

³ Komplexem faktorů Mareš (2005) míní: biomedicínské, environmentální, psychologické, behaviorální. Mj. nezdravé chování (kouření, alkohol, drogy, promiskuita), chronický a akutní stres doma i v práci, deprese, hostilita, neurovnané sociální vztahy, nedostatečná sociální opora, absence pocitu, že mohu rozhodovat o svém životě, že něco umím.

- venkovské obyvatelstvo (u něhož se předpokládá vysoká míra ohrožení v blízké budoucnosti).

Dále autorky zmiňují, že podle nejrůznějších epidemiologických studií, jsou za nejdůležitější sociální determinanty zdraví považovány chudoba a nízké vzdělání⁴. **Chudoba** snižuje možnost volby mezi zdravým a rizikovým chováním, snižuje možné šance na volbu zdravého životního stylu a přináší zdravotní rizika. Významný český představitel oboru sociální lékařství Jan Holčík (2009) vyslovuje domněnku, že to, jaké bude zdraví lidí, závisí nejen na jednotlivcích, ale i na rodinách a dalších formálních a neformálních skupinách, na organizacích i institucích, na veřejném i privátním sektoru, na orgánech veřejné správy a na mezinárodních organizacích. Podle něj mnoho textů dokládá, že zdraví nevzniká v ambulancích a nemocnicích, „...*tam se jen s velkým úsilím napravuje to, co se „pokazilo“*. *Zdraví vzniká ve školách, rodinách, pracovištích*“.

Obrázek Sociální determinanty zdraví



⁴ Srov. „Nová sociální rizika“ In Keller, 2010.

Možnost ovlivňovat zdravotní gramotnost skrze profesi sociální práce řeší ve své studii například Janet Liechty, kde se zabývá možnostmi včleňování konceptů zdravotní gramotnosti do praxe sociální práce s pacienty i jejich rodinami.

2.3 Nemoc

Parsons (In Siegrist, 1988) rozdělil systémový přístup pojetí zdraví a nemoci. Zdraví a nemoc je systém složitých dějů, v němž se subsystemy fyzický, psychický a sociální tvoří vzájemně mezi sebou a vyvolávají změny v ostatních subsystémech.

1. ILLNESS – oblast individuální = subjektivní pocit člověka, jak se cítí
2. DISEASE – oblast medicínská = definice odchylky od objektivizovaných somatických norem
3. SICKNESS – oblast sociální = porucha schopnosti plnit společností očekávané role, sociální úkoly. (snížení výkonnosti) – stav není provázen negativními sankcemi (nemoc není úmyslem vyhnout se povinností). Došlo k posunu chápání nemoci jako projevu dysfunkční interakce mezi biologickými a psychickými funkcemi individua, přírodou a sociálním prostředím, ve kterém člověk žije.

Nemoc (též choroba) se většinou vysvětluje poruchou dynamické rovnováhy, tj. narušením stavu úplné pohody. Choroba je také označován jako fyzický prožitek nemoci, jehož dlouhodobým či trvalým důsledkem může být poškození, oslabení či újma. Hranice mezi zdravím a nemocí nemusí být vždy jednoznačně stanovitelná. Někdy mohou chybět jakékoli objektivně zjistitelné příznaky nemocí, ale člověk se přesto necítí zdrav, některé nemoci naopak mohou existovat, i když člověk subjektivně nepocituje žádné příznaky (Kebza in Slaměník, 2001).

Pro vznik nemoci je rozhodující stav a působení tří skupin činitelů, hovoříme o tzv. **etiologické triádě**. 1) původce nemoci (spec. agens), který vyvolává nemoc nejen svou přítomností, ale i chyběním, 2) člověk s jeho demografickými charakteristikami (pohlaví, věk, etnická skupina, rasa), fyziologickými stavy (námaha, stres, způsob výživy, těhotenství, puberta, stárnutí), imunologickou zkušeností, genetickými predispozicemi, postoji a

chováním, respektive mírou zdravého způsobu života a 3) zevního prostředí, které zahrnuje aspekty biologické, přírodní a sociální.

Mezi dvěma krajními jevy zdraví-nemoc existuje plynulá řada kvalitativních rozdílů, které kvantitativním nárůstem přecházejí buď na jednu či na druhou stranu. Zdraví i nemoc je tedy životní proces. Nemoc lze chápat v několika rovinách.

- Porucha dynamické rovnováhy, tj. narušení stavu úplné pohody.
- Fyzický prožitek nemoci, jehož dlouhodobým či trvalým důsledkem může být poškození, oslabení, újma.
- Někdy ovšem chybí objektivní symptomy anebo objektivní i subjektivní symptomy a nemoc přesto existuje.

2.3.1 Fáze nemoci z psychologického hlediska

Vedle somatických změn k nimž během nemoci dochází, jsou u nemocných přítomny i změny psychické. Psychika se mění v závislosti na postupu nemoci. U každého nemocného probíhá nemoc odlišně a ne každý nemocný vnímá jednotlivé fáze nemoci stejně. Křivohlavý (1989) popisuje společné rysy jednotlivých fází nemoci:

- 1) Nultá fáze nemoci – jde o zrod povědomí nemoci, uvědomování si toho, že se zdravotní stav mění. Pravděpodobnost nemoci dosud nedosahuje hranice jistoty.
- 2) První fáze nemoci neboli výkřik – jde o úděs a překvapení pacienta neboli šok z poznání. Setkáme se s ním například u pacientů po haváriích, úrazech, zjištění nádorového onemocnění.
- 3) Fáze popírání nemoci – pacienti se proti nadměrně zátěžové situaci brání popíráním faktu. Stejně jako u druhé fáze, tak i u popírání dochází k tomu, že nemocný není schopen zpracovat a vhodně reagovat na příliv zpráv. Tyto zprávy se uchovávají v paměti.
- 4) Vtíravé myšlenky – z útlumové fáze popírání nemocní upadají do stavu, kdy neustále myslí na to, co se mu stalo, co to znamená, co se změnilo, jaký vliv to bude mít na budoucnost.
- 5) Vyrovnání – nemocný si uvědomí jak to s ním je a postaví se před problém. Z psychologického hlediska je to nejdůležitější fáze boje s nemocí.

6) Smíření – přichází tehdy, podaří-li se úspěšně vyřešit předchozí fázi vyrovnání s nemocí. Tato fáze je smiřování se stávajícím zdravotním stavem a další perspektivou z toho plynoucí.

Tento model může velmi pomoci lépe porozumět pacientům, přestože se jednotlivé fáze prožívání nemoci nemusí vyskytovat u každého stejně. Také sociální pracovník by si měl být schopen uvědomit, že potřeby a přání pacienta, který se právě dozvěděl diagnózu, jsou odlišné od potřeb a přání nemocného, který se s nemocí vyrovnává již delší dobu.

2.3.2 Fáze nemoci ze sociologického hlediska

Tento text předpokládá znalost pojmů zdraví a nemoc, jejichž rozbořením se zabývá řada publikujících autorů, ale připomeňme si fáze nemoci. Pro naše účely použijí názvy *fází nemoci z hlediska sociologického* S. Bártlové (2005).

(Pozn.: členění vychází z psychických procesů, které jsou důsledkem somatických symptomů nemoci. Je zde úzká souvislost *sociální role pacienta* s psychologickými zvláštnostmi, které jsou pozorovatelné v průběhu nemoci.)

I.fáze: objevování symptomů, pacient si začíná uvědomovat své nové postavení v této fázi lidé inklinují k laickému vysvětlování symptomů, k samoléčbě a může již docházet k rozvoji obranných mechanismů. Byly popsány různé druhy vztahu pacienta k nemoci:

- *normální* vztah k nemoci
- *Bagatelizující* vztah k nemoci = podceňuje závažnost problému
- *Repudiační* vztah k nemoci = nebere nemoc na vědomí, vytěsňuje ji z vědomí
- *Nosofobní* vztah k nemoci = nepřiměřený strach z nemoci
- *Hypochondrický* vztah k nemoci = nadhodnocování nemoci
- *Nosofilní* vztah k nemoci = uspokojení z nemoci, souvisí s příjemným pocitem v nemoci (srov. Pojem *Kult nemoci* - viz dále).

II. fáze: Fáze odborná, nemocný vyhledá pomoc anebo je mu pomoc poskytnuta bez jeho vlastní žádosti. Jde o fázi psychických reakcí na danou zátěžovou situaci. Nastupují pochybnosti o správnosti diagnózy, nejistota, obavy, strach z toho, co může očekávat. Vše se odvíjí dle toho jak je diagnóza

závažná a zda je terapie invazivní či nikoli. Jaké sociální zátěže mohou v této etapě na nemocného dopadat? Jaké sociální situace ovlivňují rozvoj druhé fáze nemoci? S klasifikací „potencionálních klientů/nemocných“ ,kteří vcházejí do vztahu se zdravotnickými službami, se v literatuře často nesečkáme. O to svízelnější je určení sociálních zátěží, situací. Je obtížné určit si kritéria ke třídění. Proto využijeme dvě možnosti iniciace odborné fáze, které zmiňuje v úvodní charakteristice Bártlová (2005). Pokusme se nad nimi více zamyslet.

Jednak jde o situaci, kdy **nemocný sám vyhledá odbornou pomoc**, tedy plánovitě navštíví lékaře s podezřením na patologické symptomy nemoci. Odkloníme-li se od emfatických tendencí ke zkoumání prožitků nemocného, otevírá se široká škála sociálních vlivů, které ovlivňují zranitelnost k nemoci, samotné sociální stresory předcházející rozvoji onemocnění, působících jako spouštěče či zasahujících do průběhu chorob. Typickým sociálním faktorem je 1) vliv rodiny – vzájemné vztahy, aktuální atmosféra v rodině, funkčnost rodinného systému. Pokud funguje vzájemná podpora v rodině, pak potencionální nemocný může pomoc vyhledat na popud či doporučení „významných druhých“. Důvodem pro vyhledání pomoci může být i

2) nezvládnutí školních / pracovních povinností z důvodu přítomnosti specifických nebo nespecifických symptomů - respektive podvědomý nebo reálný strach ze sankcí, které z toho plynou.

3) závažné stresující životní události po časové latenci způsobí rozvoj potíží (typickým příkladem je tzv. Posttraumatický syndrom).

4) Ekonomická situace se nemusí jevit jako typická příčina vyhledání pomoci, ovšem je základní otázkou, kterou nemocný řeší ihned po sdělení diagnózy, hospitalizaci, stejně jako všestranné zajištění osob ve společné domácnosti, dětí atp.

5) Vyhledání odborné pomoci jako forma „volání o pomoc“ přestože nejsou přítomny neobvyklé zdravotní potíže. Lze namítnout, že jde do jisté míry o zneužití zdravotní péče (například hypochondričtí klienti, osoby ve výkonu trestu odnětí svobody po úmyslném sebepoškození či předstírání duševní choroby, tzv. „Münhausenův syndrom“ aj., snížená soběstačnost a schopnost sebepéče u gerontů)

6) Nezodpovědné chování k vlastnímu zdraví i k druhým – záměrně tento aspekt zařazují mezi sociální vlivy v této fázi – vyhledání odborné pomoci z

důvodů špatných návyků ohrožujících vlastní zdraví i zdraví druhých je velice častým fenoménem dnešní doby, jde především o zneužívání návykových látek. (Jako aktuální příklad lze však uvést i vysokou úrazovost spojenou s oblíbeným „vysokohorským“ sjezdem na koloběžkách u nás.) I společnost ovlivňuje uvědomělost občanů ve vztahu k hodnotě lidského zdraví a péče o něj a za některé důsledky i finanční ztráty by si měli klienti zodpovídat sami. A již jsou příčiny takového chování jakékoli, patří sem namátkou – zneužívání návykových látek, přeceňování vlastních schopností ve sportovních aktivitách, motorismu aj., neuvědomělé sexuální chování, stravování, ubližování na zdraví druhých osob aj.

7) Lidé zodpovědní – podílející se na prevenci, navštěvující pravidelné preventivní prohlídky.

8) Porod je sám o sobě významnou sociální událostí a přes moderní trendy a pokusy zasadit přirozený porod do domácího prostředí, je porodnice (klinika pro matku a dítě) stále významnou, využívanou zdravotnickou službou.

Druhou variantou zahájení odborné fáze je poskytnutí pomoci bez jeho vlastní žádosti. Jde například o 1) Hospitalizaci klienta s poruchou vědomí – při úrazu, psychické poruše, poruše vědomí v důsledku závažné nemoci CNS, metabolické poruše apod.

2) Péče o dítě či osobu zbavenou svéprávnosti ukládá povinnost rodiči, opatrovníkovi, vychovateli a dalším zodpovědným osobám zákon. Dítě ani mentálně postižený člověk si sám nerozhodne o volbě formy odborné pomoci.

3) Péče o geriatrického nemocného je často obdobnou situací, přestože senior je právně zodpovědný, často žádá o lékařskou péči osoba blízká. (záměrně je tato kategorie začleněna zde, není to však pravidlem).

4) Abúzus návykových látek a žádost o detoxikaci závislého „pod vlivem návykové látky“ ze strany Policie ČR.

5) Sebevražedné jednání

III. fáze: Akceptování choroby

Identifikace s rolí pacienta/nemocného. Dispozice chování v této fázi se odvíjí od míry koncentrace na sebe sama/ své ego a na proces sebeuzdravení. U egocentrické osobnosti dochází k regresi, hypochondrizaci, člověk se stává „dětinským“ (potlačuje vlastní sociální role) a může se stát i závislým na

zdravotnickém personálu. Je možné, že nemocný nebude vidět jen sám sebe. Platón řekl: „V péči o štěstí druhých nacházíme vlastní štěstí.“ Snaží-li se nemocný něco sám podat, opatřit druhým či jen potěšit druhé, pak i toto konání je smyslem pomáhajícím zdolat danou situaci. Pokud jde o chronické onemocnění či postižení trvalého charakteru, znamená to trvalé změny v plnění sociálních funkcí. Ovšem ne vždy nemoc ovlivní sociální chování.

Kladný postoj k životu, pozitivní vidění vlastního života může být cestou k úpravě životních podmínek, životního stylu s ohledem na nemoc. Křivohlavý (1989) zmiňuje hledání síly ze společenských zdrojů. Mohou to být i zdroje/ideje formulované jinou osobou např. transcendentální. Literární a umělecká díla. V neposlední řadě duchovní meditace apod. Celá situace často vede k formování životního postoje. Fáze akceptování choroby je významným obdobím pro aktivizaci nemocného v „boji s nemocí“ s pozitivním přístupem k léčbě a spolupráci s multidisciplinárním týmem. Délétrvající hospitalizace zahrnuje i rizika: rezignace se ztrátou motivace, hospitalismus, iatropatogenní vlivy. Ve spolupráci odborníků a ošetrovatelského týmu s klientem lze usilovat o humanizaci služeb, postupné snižování délky ošetrovací doby v nemocnici, o včasné zahájení rehabilitace a „resocializace“.

IV. Fáze: Návrat k dřívějším sociálním rolím

Ne vždy k ní především u chronických onemocnění dochází, jedná se o ideální stav.

2.4 Sociální důsledky nemoci

Téma sociálních dopadů chorob je velmi rozsáhlé, navazuje na problematiku sociálních determinant zdraví, ale zároveň zahrnuje nově vzniklé sociální situace jedinců v nemoci:

- specifika při volbě povolání,
- problematiku pracovní neschopnosti a invalidity,
- školní absence dětí a mládeže,
- náklady na péči a výživu,
- výlohy na léčbu, prevenci a lékařské kontroly různorodých onemocnění,
- informovanost širší společnosti,
- komunikaci a interakci nemocných s jejich sociálním okolím.

Dle závažnosti diagnózy či následků chorob se odvíjí i **důsledky v osobním, sociálním životě nemocných**. Mohou být dočasného či trvalého charakteru. Různá onemocnění přináší různé důsledky, pokusíme se proto o shrnutí sociálních důsledků nemocí do obecných kategorií (text této kapitoly je převzat z publikace Kuzníková, I. a kol., Sociální práce ve zdravotnictví, 2011.).

1) Klient nemůže v plné míře vykonávat své povolání

může dojít i ke ztrátě zaměstnání či ke změně zaměstnání. Změny v oblasti profese a redukce příjmů může vést k nejistotě až depresivním stavům, rozvoji závislostí na návykových látkách a jsou nejcitlivějším důsledkem nemoci (Bártlová, 2005). Obavy, strach a deprese během hospitalizace ovlivňují schopnost k obnovení pracovní činnosti. Ukončení hospitalizace chronicky nemocných neznamená návrat do normálního sociálního života, ze kterého byl hospitalizací vytržen, ale znamená objevování omezení nemoci, kterých pravděpodobně bude s progresí onemocnění přibývat. **Sociální re/integrace pacienta:** Mělo by se o ni usilovat již od zahájení rehabilitace, neotálet a nečekat až bude pacient / klient propuštěn ze zdravotnického zařízení do domácího ošetřování. V průběhu léčebného procesu se pacient učí vzdát se role nemocného a vrátit se k původním rolím a funkcím. Pokud by chyběl celostní přístup ze strany profesionálního týmu zahrnujícího i sociálního pracovníka, mohli bychom se setkávat s recidivami obtíží, zhoršením prognózy, vyčleněním chronického nemocného ze sociálního života⁵ a jeho nespokojeností. K dalším přidruženým problémům se řadí rozvoj závislostí, které se prohlubují ve snaze potlačit úzkostné stavy, epizody depresivní nálady atp. U mnohých pacientů (psychiatrických klientů, nemocných s alergiemi, s postižením pohybového aparátu, s degenerujícími chorobami aj.) s omezeným profesním uplatněním, je velký prostor pro spolupráci sociálního pracovníka s dalšími odborníky, zapojení pacienta a jeho blízkých do edukačních programů atp.

1a) Kategorii rozšiřujeme o změny ve výchovně-vzdělávacím procesu:

⁵ Jako příklad uvedme sociální fobii, která nutí nemocné vyhýbat se sociálním kontaktům, zejména neformálním (stolování v jídelně, pití kávy apod.). Praško (2005) uvádí, že nemocní i přes vysoké odborné kvality odmítají pracovní povýšení, které by znamenalo nutnost četnějších kontaktů s lidmi, a proto lidé se sociální fobií bývají méně úspěšní v práci nebo nezaměstnaní.

Hovoříme-li o nemocném dítěti, nastávají sociální změny v oblasti vzdělávání a výchovy, školní adaptace nemusí být úspěšná. Důsledkem déletrvající absence může být neúspěch ve vzdělávacím procesu, nepříznivá zpětná vazba a kritika ze strany učitelů, spolužáků, vrstevníků. Strach ze zkoušení, zejména před spolužáky může být příčinou neúspěchu ve studiu, přestože je student/žák teoreticky připraven.

2) Sociální důsledky projevující se v rodině

Rodina jako instituce má řadu společenských funkcí a při narušení některé z nich z důvodu nemoci/postižení jednoho člena může dojít například k narušení socializace a výchovy dítěte, narušení plnění rolí dle pohlaví, narušení struktury a pozic v rodině, narušení dynamiky rodiny a atmosféry. Problém klienta/nemocného je i problémem všech členů rodiny.

První reakcí rodiny na nemoc je mobilizace pomoci, zároveň omezení vnějších kontaktů, eventuálně zesílení těch, které by mohly pomoci. Čím je situace náročnější, tím způsobuje větší míru frustrace u členů rodiny. Reakce rodiny se odvíjí také podle toho, který z členů onemocněl.

3) Změny v oblasti trávení volného času

Je důležité najít adekvátní náhradu činnosti, kterou klient s láskou vykonával.

4) Sociální izolace v důsledku nemoci

Sociální izolace může být pouze dočasná, například z důvodu zhoršení zdravotního stavu, opakovaných hospitalizací, z důvodu inverzního počasí, pylové sezony a trvalá například z důvodu změny vlastního vzhledu, z důvodu používání podpůrných pomůcek (např. oxygenoterapie).

5) Stigmatizace a postavení nemocného ve společnosti

Nálepkování – stigmatizace je centrem pozornosti tzv. Etiketizační teorie⁶ Zejména u duševních chorob se setkáváme s negativním postojem okolí, společnosti. Přestože se problém stigmatizace týká především psychiatrických klientů, jejichž sociální status je ovlivněn projevy jejich nemoci, kategorii „nepsychiatrických“ chorob se nevyhýbá. Například lidé s popáleninami,

⁶ (srov. Labelling theory)

zjevnými projevy souvisejícími se změnou vzhledu, pacienti s trvalou tracheostomií, s nádory v obličejové části hlavy apod.

6) Ohrožení bydlení v přirozených podmínkách

Lidé mají právo rozhodnout se kde a s kým budou žít. U nemocných klientů je zapotřebí úzké spolupráce při plánování dočasného „bydlení“ v rámci ucelené rehabilitace. V případě alergických či epileptických dětí, je zapotřebí upozornit a podpořit práva dětí s důrazem na edukaci rodičů, kteří mají zajistit adekvátní podmínky pro zdravý život dítěte, úpravu prostředí ve kterém dítě žije, nekuřácké prostředí atp. V centru pozornosti by měla stát i následná podpora v bydlení v případě následků úrazů. Při propuštění nemocného z nemocniční péče je zapotřebí navázat spolupráci sociálního pracovníka při plánování dalších zdravotních a sociálních služeb v bydlišti nemocného, v komunitě.

Veškeré aktivity lékařů, ošetrovatelského personálu, sociálních pracovníků a dalších členů týmu vedou k podpoře a rozvoji **autonomie** klienta a tím i k jeho spokojenosti.

2.5 Psychické a sociální potřeby nemocných

Mezi psychické aspekty řadíme potřeby nemocných, psychické prožívání nemoci, chování v nemoci či postoje a pozice, které pacient zaujímá k nemoci a sobě samému.

Potřeby nemocných jsou různé v různých fázích onemocnění a je důležité brát ohled na všechny úrovně potřeb. Potřeby definovány jako základní motivy, které vyjadřují nedostatky na úrovni fyzického i sociálního bytí člověka a cílem chování je redukce potřeb, která je prožívána jako různé druhy uspokojení. Teorii potřeb zpracoval Abraham Maslow (Maslowova hierarchie potřeb) ve 40. letech 20. století.

Tabulka Maslowova hierarchie potřeb

1. Základní, fyziologické potřeby

- Tyto potřeby jsou zcela základní a jejich neuspokojení se může odrazit na celkovém zdraví a stavu člověka. Pakliže u někoho nejsou alespoň částečně uspokojeny, není možné u něj postoupit k dalším stupňům potřeb; patří zde: výživa (jídlo a pití), vylučování, dýchání, spánek a odpočinek, pohyb a chůze, hygiena (jako podmínka zdraví), správná teplota (s oblečením, nebo bez něj), zdraví, tišení bolesti, smích – pláč (jako fyzická záležitost), fyzické kontakty.

2. Potřeba bezpečí

- Potřeba ekonomického bezpečí.
- Potřeba fyzického bezpečí (vhodné kompenzační pomůcky, pomoc osoby, pocit jistoty).
- Potřeba psychického bezpečí (pocit jistoty – orientační body dne: jídlo, čas na různé aktivity).

3. Sociální potřeby

- Potřeba informovanosti (dostatek informací toho, co se kolem nás děje, mít zprávy o blízkých lidech).
- Potřeba náležet k nějaké skupině (skupinou může být rodina, přátelé, ...).
- Potřeba lásky (mít rád, být milován).
- Potřeba se vyjadřovat a být vyslechnut (potřeba komunikovat).

Mimo potřeby fyziologické je nutné znát oblasti potřeb psychických a sociálních.

Základní psychické potřeby: lásky, otevřené budoucnosti, pocitu jistoty a bezpečí – pokud nejsou uspokojeny – dochází ke strachu. Zde je podstatná úloha náboženství či politických režimů.

Základní sociální potřeby:

- potřeba afiliace – sociálního kontaktu – styku s druhými
- potřeba přátelského vztahu – důvěryhodného člověka
- potřeba sociálního připoutání (attachment) – vztah matky a dítěte
- potřeba vzájemnosti – být v něčí péči a o někoho pečovat
- potřeba sociální komunikace – s někým mluvit, vést rozhovor, sdílet, nejen sdělovat
- potřeba sociálního porovnávání (komparace) – překračovat omezené individuální možnosti

- potřeba zajištění sociálního bezpečí – proti nežádoucím útokům (agresi) druhých
- potřeba spolupráce (kooperace) – překračovat omezené individuální možnosti
- potřeba kladného sociálního hodnocení (evalvace) - potřeba uznání vlastní hodnoty druhými lidmi , potřeba respektu (úcty), sociálního uznání, pochvaly atp.
- potřeba sociálního začlenění, zařazení – být přijat druhými lidmi a patřit do zcela určité sociální skupiny
- potřeba sociální identity – být „někým“ v rámci určité sociální skupiny
- potřeba lásky – být milován, vážen, uznáván jako člověk sui generis a potřeba někoho milovat)

Chování v nemoci je ovlivněno různými faktory, jako jsou věk, pohlaví, povolání, socioekonomický stav, náboženství, národnost, psychická stabilita, osobnost či vzdělání. Vzhledem ke stadiu onemocnění se mění i chování nemocného člověka. Jarošová (2000) popisuje chování v různých stádiích nemoci. Nemocní se často radí s blízkými o svých pocitech a příznacích své nemoci. Ve stadiu přijetí nemoci a osvojení si role nemocného jsou lidé velice vystrašení, zřikají se určitých činností a vyhledávají odbornou pomoc. Při kontaktu s lékařem (nemocnicí), žádají vysvětlení příčin nemoci, informace o průběhu nemoci a prognózu. Stane-li se nemocný závislý na pomoci zdravotníků, často se nemocní nechtějí zřici svých sociálních rolí a povinností, ale smíří se se závislostí na lékařské péči. Během uzdravování a rehabilitace se pacient učí vzdát role nemocného a převzít zpět své původní role a funkce.

Postoje, které pacient zaujímá ke své nemoci, popisuje Bouchal (1993). Patří mezi ně: postoj normální, heroický (nemocný vůlí potlačuje bolest), bagatelizující (nemocný podceňuje závažnost nemoci), repudiační (nemocný popírá nemoc), nozofobní (nemocný se přehnaně bojí nemoci), hypochondrický (nemocný je přesvědčen, že jde o vážnou nemoc), nozofilní (postoj nemocného je spojen s kladnými zážitky využíváním péče), účelový (vede k získání výhod) a může být i u člověka zcela zdravého. Jednotlivé postoje se mohou překrývat a vyskytovat se v určitých kombinacích. Vedle uvedených psychosociálních aspektů nemůžeme zapomínat na charakter,

závažnost onemocnění pacienta a omezení plynoucí z onemocnění. Sociální pracovník v nemocnici musí pracovat se všemi složkami nemoci klienta, tedy v duchu holistického pojetí zdraví a nemoci.

Akceptace **teze o komplexnosti zdravotnické péče** opírající se o východiska holistického paradigmatu, či sociálně-ekologického modelu zdraví přímo předpokládá působení mnoha odborníků v týmu řešícím problém pacienta / klienta. Ve vztahu k tomuto celosvětově rozvíjejícímu se ekologickému přístupu v oboru public health⁷ je vhodná doba též pro prosazování a podporu oboru sociální práce mezi ostatními medicínskými obory podílejícími se na poskytování zdravotní péče všem bez rozdílů. Jde o situaci velkého významu, kdy medicínský obor veřejně proklamuje, že musí řešit a koncentrovat se na komplexnost čtyř dimenzí – materiální, biologickou, kulturní a konečně sociální. Je **vyžadován koordinovaný přístup k dosahování sociální ekvity ve zdraví lidí** na mnoha úrovních, skrze sektory státní, privátní, neziskové (Lang, Rayner, 2012).



Část pro zájemce

V nedávné minulosti byla nemoc chápána jako jistá forma výhody. Již ve výchově dětí je nutné uvědomění, že si mohou období nemoci a větší péče rodičů i jejich pozornosti spojit s výhodou, k níž se chtějí vracet. U dospělých pak pocit jistoty, že se mám kam vrátit po nemoci do práce, na stejnou pozici, za stejný plat. Proto by proměna systému zdravotní péče měla vést k uvědomění hodnoty zdraví, motivace ke zdraví, k aktivitě. Lze se domnívat, že společenské změny ovlivní i postoje lidí k vlastnímu zdraví a péči o něj.

Kult nemoci. Jde o sociální jev související s ambivalencí nemoci. Ve společnosti je nemoc (včetně vyšetření, symptomů aj.) častým tématem k diskuzi. Lidé si tak vynucují pozornost ne-li úcty ostatních za to, co byli schopni podstoupit. Důraz na patogenezi nemoci je zřejmý. Druzí se pak ani nesnaží hovořit o svých zážitcích, úspěších, o svém zdraví a faktu, že zdravotní problémy nemají. Někteří lidé pak chtějí ze své nemoci těžit výhody až zneužívat podpůrné sociálně-zdravotní systémy péče. I tímto postojem se

⁷ Na prosazení tohoto modelu mají zásluhu britští autoři londýnské univerzity Tim Lang a Geof Rayner (2012).

člověk může formovat do „role nemocného“ ačkoli je zdrav.

Kontrolní otázky a úkoly:

1. Lze označit stav, kdy člověk subjektivně prožívá nepohodu, přesto výsledky kontrolních vyšetření a diagnostických metod nepotvrzují přítomnost medicínské diagnózy za nemoc?
2. Jakým procesem prochází člověk po sdělení diagnózy a jak to ovlivňuje jeho společenské postavení a role?

Úkoly k textu

Ad patogeneze: Uveďte faktory působící na vznik a průběh nemoci: například genetika, faktory životního prostředí, infekční původci nemocí, nezodpovědné chování. Existují i další?

Ad vysoká uvědomělost: Jaké chování máme na mysli? Jmenujte:...

například cvičení, wellness, zdravý životní styl, stravování, duchovní cvičení, meditace, relaxace, alternativní medicína.

Korespondenční úkoly

1. Zpracujte odbornou stať na téma psychosociální důsledky nemoci. Vyberte libovolnou medicínskou diagnózu, tu popište a na základě studia a analýzy odborné literatury zpracujte text, který bude reflektovat potřeby nemocného a specifika vybraného onemocnění. Rozsah práce je minimálně pět normostran, dle aktuální citační normy.

Citovaná a doporučená literatura

Bártlová, S. *Sociologie medicíny a zdravotnictví*. Praha: Grada, 2005.

Beránková, I. *Sociální pracovník a hospitalizovaný pacient*. Ostrava: Diplomová práce, 2001.

Bouchal, M. *Psychologie v lékařství*. Brno: MU, 1993.

Jarošová, D. *Teorie moderního ošetřovatelství 1.vyd.* Praha: Nakladatelství ISV, 2000.

Kapr, J., Koukola, B. *Pacient – revoluce v poskytování péče*. Praha: Sociologické nakladatelství, 1998.



Křivohlavý, J. *Psychologie zdraví*. Praha: Portál, 2001.

Křivohlavý, J. *Psychologie nemoci*. Praha: Grada, 2002.

Křivohlavý, J. *Vážně nemocný mezi námi*. Praha: Avicenum, 1989.

Kuzníková, I. a kol. *Sociální práce ve zdravotnictví*. Praha: Grada, 2011.

Novosad, L. *Základy speciálního poradenství*. Praha: Portál, 2000.

Praško, J. *Sociální fobie*. Praha: Portál, 2005.

Vorlíček, J. *Paliativní medicína*. Praha: Grada 1998.

3 Prevence zdraví, epidemiologie a hygiena

Klíčová slova kapitoly: Epidemiologie, hygiena, prevence primární, sekundární, terciární, Světová zdravotnická organizace.

Průvodce studiem

Kapitola seznámí studující s předmětem studia oboru epidemiologie a hygieny, významu prevence zdraví a klíčovými aspekty prevence zdraví. Oblastmi zdravotní prevence jsou nejen přístupy k vlastnímu zdraví, ale rovněž programy zaměřené na holistické pojetí zdraví komunit a populací. Stěžejní roli přitom hraje Světová zdravotnická organizace se svými programy na podporu zdraví a prevenci nemocí.

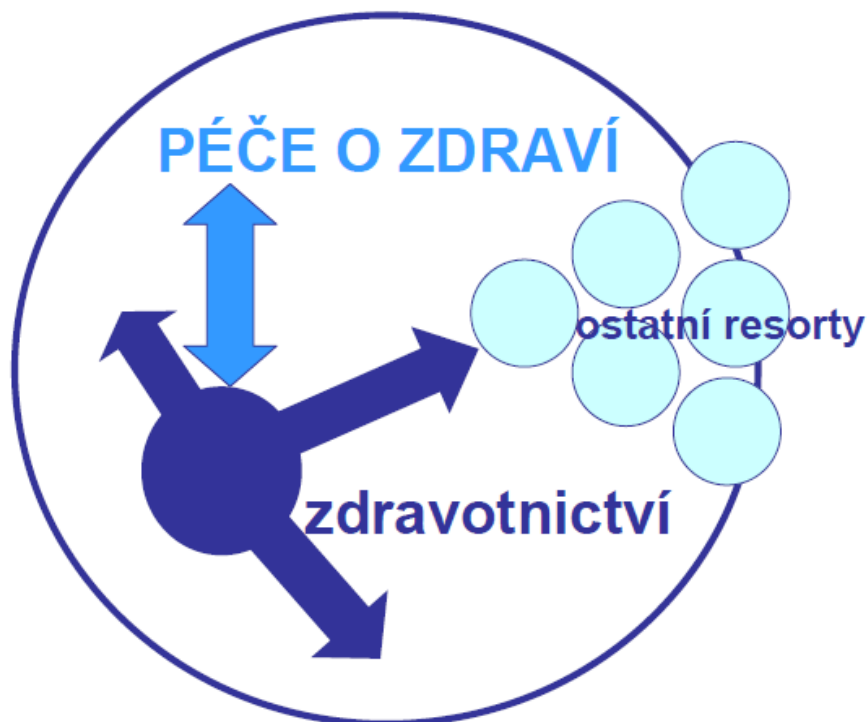
Na zvládnutí této kapitoly budete potřebovat asi 1,5 hodin/y, tak se pohodlně usadte a nenechte se nikým a ničím rušit.



Pro prevenci zdraví jsou klíčové oblasti podpory, které jsou zacíleny na tři úrovně. Mikroúroveň – neboli individuální úroveň týkající se jednotlivců, je možné ovlivnit především zdravým životním stylem a zodpovědným přístupem jedinců k sobě sama v souladu s principy salutogeneze. Mezoúroveň zastoupenou sociálním okolím, ale i bezprostředním prostředím jedince lze ovlivnit vytvářením podmínek pro zdravé životní prostředí. Tyto uvedené zahrnuje makroúroveň zastoupena centrálním fungováním zdravotnických systémů, jejichž cílem je poskytování preventivní, léčebné a ošetrovatelské péče, a zajištění jejich financování.

V této souvislosti je rovněž nutné si uvědomit, že podíl na péči o zdraví na všech výše uvedených úrovních má nejen systém zdravotnictví a jednotlivec, ale i další resorty a oblasti ovlivňující determinanty zdraví (ekologie, zdravá doprava, potravinářství a kvalita potravin, vzdělávání a výchova a další, kultura ve společnosti).

Obrázek Péče o zdraví



3.1 Epidemiologie a hygiena

Epidemiologie studuje rozložení a determinanty stavů a událostí majících vztah ke zdraví v určených populačních skupinách a využívá výsledků tohoto studia ke zvládnutí zdravotních problémů.

Uplatňuje se při studiu a popisu, rozboru zdravotního stavu obyvatelstva, také při možnostech ovlivnění determinant zdraví, včetně systému zdravotní péče.

Epidemiologie jako obor původně vycházela ze studia výskytu infekčních nemocí. Při studiu šíření nákaz a faktorů ovlivňujících tento proces, byla vypracována epidemiologická metoda, která je využívána při studiu neinfekčních nemocí, především chronických onemocnění a při studiu zdravotních podmínek. V podobě epidemiologických studií proniká tento obor do mnoha dalších subdisciplín a medicínských oborů a jejich cílem je identifikovat rizikové faktory, objektivně prokázat jejich roli ve vzniku a rozvoji nemocí a následně vypracovat navrhnout a také ověřit odpovídající preventivní opatření. **Epidemiologické studie** členíme na pozorování (observational) při pozorování výzkumník nezasahuje do přirozeného běhu

věcí a experimentální studie (experimental) neboli intervenční, vyžadují aktivní zásah do průběhu studie.

Observační studie dělíme dále na deskriptivní – popisují rozložení nemocí podle charakteristik, neanalyzují vztahy mezi expozicí a efektem. Dále na analytické – například ekologické studie, kdy výzkumnou jednotkou jsou celé populace, celky, nikoliv jednotlivci.

Experimentální studie zasahují aktivně do podmínek studie – při dodržení náhodného rozdělení účastníků studií (tzv. randomizace). Jde například o kontrolované pokusy, terénní studie (např. hodnocení účinnosti prevence očkováním), populační studie aj.

Na statistickém zpracovávání dat se u nás podílí orgány ochrany veřejného zdraví, mezi které spadají ministerstva zdravotnictví, včetně hlavního hygienika ČR, obrany, vnitra, krajské hygienické stanice. Mezi hygienická opatření patří: hygiena práce, hygiena výživy a předmětů běžného užívání, hygiena obecná a komunální, protiepidemická opatření, hygiena dětí a mladistvých. Hygienická služba je koncentrována na ochranu veřejného zdraví.

Veřejným zdravím je myšlen zdravotní stav obyvatelstva a jeho skupin. Tento zdravotní stav je určován souhrnem přírodních, životních a pracovních podmínek a způsobem života.

Srovnání údajů o zdravotním stavu obyvatelstva mezi jednotlivými regiony nebo sociálními skupinami v rámci jednoho státu a také v mezinárodním měřítku ukazuje nerovnosti ve zdraví. Posilování hodnot rovnosti, solidarity a spravedlnosti (ekvity) v péči o zdraví je jedním ze zásadních požadavků kladených na zdravotnické systémy ve strategických dokumentech WHO (Světové zdravotnické organizace).

3.2 Prevence zdraví

Podpora zdraví a prevence šíření infekčních i neinfekčních nemocí a zdravotních rizik v populaci patří ke stěžejním tématům veřejného zdravotnictví, sociálního lékařství. Jaké jsou principy a východiska podpory zdraví? Janečková s Hnilicovou formulují v souladu s WHO aj. tyto předpoklady:

- zdraví není jen nepřítomnost nemocí, je to subjektivní pocit životní pohody

- zdraví je zdrojem a podmínkou pro dosahování životních cílů, hodnot
- zdraví je výslednicí interakce člověka a jeho prostředí
- zdraví ovlivňují lidé svým chováním (podpůrné, devastující)
- vzorce chování významné z hlediska zdraví se utvářejí od raného dětství
- podpora zdraví je nejúčinnější v rodinách, komunitách, školách, pracovištích, volnočasových aktivitách
- k důležitým nástrojům podpory zdraví patří participace, zájem o druhé, kontrola nad životními podmínkami, zmocňování, spolupráce (pozn.: nástroje sociální práce)
- kvalitně prováděná prevence a podpora zdraví je levnější než léčba nemocí
- zdravé stárnutí

Modely přístupů k podpoře zdraví (zkráceno dle Katze, Peberdy In Janečková, Hnilicová, 2009):

- **medicínský model / neboli preventivní model:** cílem je snížit nemocnost a úmrtnost. Aktivitami jsou lékařské prohlídky, očkování...
- **model změny chování:** poradenství orientované na pozitivní změny v životním stylu s cílem ovlivnit jedince
- **model vzdělávání a výchovy:** podpora lidí v dovednosti informovaně se rozhodovat o svém chování, zdravé volby
- **model zmocňování / empowerment:** pomoc rozpoznat zdravotní rizika a získání kontroly nad podmínkami vlastního života, posílení vlastních a komunitních aktivit
- **model společenské změny:** posílení role veřejné politiky

Široce koncipovaná podpora zdraví zahrnuje jak prevenci, tak zdravotní výchovu a veřejnou zdravotní politiku zohledňující zdraví na globální i lokální (komunitní) úrovni.

Prevence se týká veškerých aktivit, i právních norem, které mají zabránit vzniku nemocí a úrazů.

Dělení prevence:

1) Primární prevence – předchází vzniku onemocnění, patří do oblasti podpory zdraví (očkování, zákaz kouření atp.).

2) Sekundární prevence – odhalování nemocí v počátečních stádiích (screeningové vyšetření prsu aj.).

3) Terciární prevence – minimalizace důsledků onemocnění.

Mezi disciplíny, které se podílejí na praktickém i vědeckém rozvoji a podpoře preventivních aktivit patří preventivní (sociální) pediatrie, sociální gerontologie, výchova ke zdraví apod.

3.2.1 Úloha sociální práce v prevenci zdraví

Spočívá především ve znalosti rizik spojených s odchylkami od zdraví, nezdravým chováním a znalosti psychosociálních důsledků chorob.

Aby mohl sociální pracovník intervenovat v této oblasti v rámci výkonu své profese ve vztahu ke klientele, předpokládá se i jeho zodpovědný přístup v chování ke svému vlastnímu zdraví.

Situace v České republice kopíruje vývoj výskytu chronických nemocí ve vyspělých zemích, samozřejmě mimo regionální rozdíly v četnosti výskytu jednotlivých chorob, které jsou dány zejména životním prostředím. Informace o zdravotním stavu populace v České republice zajišťují informační systémy a registry, přičemž léčenou nemocnost v ambulantní péči eviduje Program statistických zjišťování Ministerstva zdravotnictví. Aktuální stav zdravotního stavu populace lze sledovat v publikacích Ústavu zdravotnických informací a statistiky ČR. Na předních příčkách ve statistikách se stále objevují stejná onemocnění, zastoupena na prvním místě kardiovaskulárními chorobami, dále to jsou onkologická onemocnění, metabolická onemocnění a onemocnění pohybového aparátu.

Dle Holčíka je prevence velmi dobře dostupná, lidé však nejsou příliš ochotni se po této stránce řídit lékařskými radami, zejména v mládí, kdy se srdečně cévní zdraví zakládá. Vnímavější k radám specialistů bývají až když onemocní, a to je často pozdě. Dosavadní vývoj nemocnosti dokládá, že rozvoj klinické medicíny ke zvládnutí zdravotních problémů nestačí. Je nezbytné se ptát po příčinách onemocnění a využívat všech metod, které mohou přispět ke zdraví. Především jde o zdravotní výchovu, prevenci, včasnou diagnostiku, účinnou terapii a koordinovanou rehabilitaci.

3.3 Role WHO v prevenci zdraví populací

Světová zdravotnická organizace je jedním z největších specializovaných institucí Spojených národů a její činnost je řízena vlastní ústavou z roku 1946. Dle této ústavy je cílem WHO dosažení co možná nejvyšší úrovně zdraví všemi národy světa. Dosažení nejvyšší úrovně zdraví je jedním se základních práv každého člověka bez rozdílu rasy, náboženství, politického přesvědčení a ekonomického nebo sociálního postavení.

Hlavními činnostmi WHO jsou:

- řízení a koordinace mezinárodní zdravotnické spolupráce
- pomoc vládám na jejich žádost ke zlepšení zdravotnických služeb
- poskytování stálých služeb v otázkách, které zajímají všechny země (boj proti infekčním nemocem)
- realizace mezinárodních výzkumných programů
- poskytování informací, rad a pomoci v oblasti péče o zdraví

WHO není nadřazena zdravotnickým orgánům jednotlivých zemí a nepřijímá odpovědnost za zdravotnické služby v kterékoli z nich.

Na základě vyhodnocení předchozích programů WHO navrhla program „Zdraví pro všechny v 21. století“, který zahrnuje deset globálních úkolů týkajících se oblastí jako je posílení rovnosti ve zdraví, zvýšení délky života a jeho kvality, omezení hlavních pandemických onemocnění a vymýcení některých infekčních chorob, zlepšení kvality a dosažitelnosti vody, potravin a sanitace, podpory zdravého životního stylu, zlepšení zdravotní péče, výzkumu podporujícího zdraví, zavedení globálních informačních systémů pro monitorování zdravotního stavu a účinnosti prováděných opatření apod.

V České republice je za úkoly vyplývající z uvedeného programu zodpovědný Výbor Zdraví 21, který byl zřízen ministerstvem zdravotnictví. Jeho úkolem je připravovat návrhy a stanoviska pro Radu vlády k řízení, koordinaci a kontrole úkolů vyplývajících z uvedeného programu. Hejtmanům krajů vláda doporučila využívat program Zdraví 21 při tvorbě zdravotních plánů krajů.

Aktuální programy a jejich vyhodnocení lze sledovat na <http://www.who.org> a českých stránkách WHO www.who.cz.



Část pro zájemce

Epidemiologické studie a hodnocení zdravotního stavu populace lze dohledat na webových stránkách Ústavu zdravotnických informací a statistiky <http://www.uzis.cz/> a Státního zdravotního ústavu <http://www.szu.cz/>.



Úkoly k textu

1. Na základě analýzy zdravotních plánů krajů se pokuste dohledat, které z krajů České republiky se řídí programem Zdraví 21?



Otázky k zamyšlení:

1. Jaký vliv na prevenci zdraví má sociální opora? Dostudujte téma sociální opory z doporučené literatury.

Citovaná a doporučená literatura

Mareš, J., Hodaňová, L., Býma, S. *Vybrané kapitoly ze sociálního lékařství*.

Praha: Karolinum, 2009.

Holčík, J. a kol. *Civilizace a nemoci*. Praha: Futura, 2009.

Janečková, H., Hnilicová, H., *Úvod do veřejného zdravotnictví*. Praha: Portál, 2009.

Kuzníková, I. a kol. *Sociální práce ve zdravotnictví*. Praha: Grada, 2011.

Vurm, V. a kol., *Vybrané kapitoly z veřejného a sociálního zdravotnictví*.

Praha: Triton, 2007.

Zdravotnická ročenka ČR 2011. Praha: Český statistický úřad, 2011.

4 Postavení sociálního pracovníka ve zdravotnictví

Klíčová slova kapitoly: sociální a zdravotně sociální pracovník, zdravotnické zařízení, činnosti sociálního pracovníka ve zdravotnictví

Průvodce studiem

Kapitola krátce seznamuje studující s postavením sociálních pracovníků ve zdravotnictví v České republice a související legislativou.

Na zvládnutí této kapitoly budete potřebovat asi 1 hodinu, tak se pohodlně usadte a nenechte se nikým a ničím rušit.



Sociální pracovník ve zdravotnickém zařízení hraje významnou úlohu v zahájení složitého procesu zdravotně sociální rehabilitace⁸. Je to vysokoškolsky vzdělaný profesionál, který je během studia v bakalářských a magisterských oborech sociální práce anebo bakalářském oboru zdravotně sociální pracovník systematicky připravován k rozvoji kompetencí ke získání způsobilosti vykonávat sociální práci v souladu s Minimálními standardy vzdělávání v sociální práci Asociace vzdělavatelů sociální práce⁹. Je rovněž znalý etických principů sociální práce a zdravotnických a v souladu s nimi jedná.

Česká legislativa stanovila činnosti zdravotně sociálního pracovníka způsobilého k výkonu zdravotnického povolání bez odborného dohledu po získání odborné způsobilosti (dle §10 zákona č. 96/2004 Sb. o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů - zákon o nelékařských zdravotnických povoláních, v platném znění). Jde o činnost v rámci preventivní, diagnostické a rehabilitační péče v oboru zdravotně sociální péče. Dále se zdravotně sociální pracovník podílí na ošetrovatelské péči v oblasti uspokojování sociálních

⁸ V komplexním pojetí „vede k udržení reálně dosažitelné kvality života klienta a zároveň působí jako preventivní faktor snižující možnost opakovaného návratu do zdravotního zařízení.“ (Novosad, 2000).

⁹ Dostupné na <<http://www.asvsp.org>>

potřeb pacienta. Činnosti zdravotně sociálního pracovníka jsou rozpracovány vyhláškou 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, v platném znění¹⁰. Mezi dlouholetými zkušenými sociálními pracovníky ve zdravotnickém rezortu je rozpoutána debata na téma, zda je nutné „zdravotnické“ vzdělání pro profesionální výkon sociálního pracovníka, který se opírá o vhodné teoretické koncepty sociálně vědních oborů a z nich vycházející metody práce s klienty?

Vzdělání sociálních a zdravotně sociálních pracovníků

Tak jako se celá naše postindustriální společnost mění, ocitá se i obor sociální práce v podobné nejistotě jako klienti, kterým má pomáhat (Keller, 2010). Obor se má starat o velké množství různých případů, problémů, úkolů, což vede k extrémnímu ztěžování jeho vymezení. Sociální pracovníci působící ve zdravotnických organizacích a na poli zdravotně-sociální péče se rovněž setkávají s velmi různorodými problémy. Pokud bude slábnout instituce sociálního státu, budou chybět zdroje a prostředky, odborné činnosti se nahradí opět charitativní činnostmi. Aby nedošlo k situaci, že odborná sociální pomoc bude nahrazena laickou pomocí, je zapotřebí pěstovat kvalifikované odborníky, kompetentní k výkonu profese. Zdravotnická legislativa považuje sociální pracovníky ve zdravotnictví (tzv. zdravotně sociální pracovníky) za nelékařské zdravotnické pracovníky. Přesto řada sociálních pracovníků ve zdravotnictví u nás nemá tradiční zdravotnické vzdělání. U obou typů označení - sociální pracovník / zdravotně sociální pracovník se však předpokládá, že jde o profesionály znalé teorií a metod oboru sociální práce, jejichž snahou je jejich aplikace v praxi a celoživotní vzdělávání. Sociální pracovníci ve zdravotnictví by měli být primárně erudovanými kompetentními odborníky v souladu se zákonem č. 108/2006 Sb., o sociálních službách a současně i nelékařskými zdravotnickými pracovníky v souladu se zákonem č. 96/2004 Sb., o nelékařských zdravotnických povoláních, v platném znění.

Sociální práci ve zdravotnictví by měla být uskutečňována především prostřednictvím **holistické biopsychosociální perspektivy**, jejíž prvky jsou obsaženy i v dalších vybraných východiscích a která je bezesporu považována

¹⁰ tato vyhláška nabyla účinnosti dne 14. března 2011 a nahradila vyhlášku č. 424/2004 Sb., kterou se stanoví činnosti zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků a vyhlášky č. 401/2006 Sb., kterou se mění vyhláška č. 424/2004 Sb.

za základní a pro sociální práci ve zdravotnictví nezbytnou. Skrze holistické paradigma lze na jedné straně realizovat metody (v souladu s různými teoretickými přístupy) sociální práce a zároveň je tento model prostorem pro společný výzkum s příbuznými obory, především sociálním lékařstvím a ošetrovatelstvím (text je převzat z publikace Kuzníková, Malík Holasová, 2012).

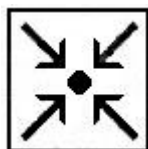
4.1 Specifika sociální práce ve zdravotnictví

Specifika sociální práce ve zdravotnictví jsou zastoupena především: potřebou mezioborové spolupráce a potřebou fungujících multiprofesních týmů, krátkodobým poradenstvím (poradenstvím omezeným na dobu hospitalizace pacienta), potřebou znalostí o všech aspektech nemocí a tělesných postižení (z důvodů nemoci či zdravotního postižení nejsou vždy pacienti schopni identifikovat problém a podílet se na plánování řešení se sociálním pracovníkem). Ve zdravotnictví se pacient primárně obrací především na ošetřující lékaře a sestry, ne na sociálního pracovníka. Toho nejčastěji kontaktují zdravotničtí pracovníci či rodina, oproti tradiční praxi mimo vymezený rezort, kde kontakt mezi klientem a sociálním pracovníkem nebývá zprostředkováván. Ve srovnání s pojetím pacienta jako jedince u zdravotnických profesí, je klientem, který žádá o pomoc sociálního pracovníka nejen pacient sám, ale i rodina či významné blízké osoby pacienta, případně skupina či komunita. V neposlední řadě jsou sociální pracovníci ve zdravotnictví obecně spojováni především s plánováním propouštění klienta ze zdravotnického zařízení.¹¹

Ve shodě s Moorem (2010) lze doplnit prezentovaný výčet o specifikum zdravotně sociálních služeb, a to překračování pracovních povinností ve prospěch klientů při výkonu povolání, respektive poslání. Obecně jde o rys společný pro různorodé pomáhající profese. U sociální práce ve zdravotnictví jde o obvyklý jev, typický především při sdílení s klientem a komunikaci, na něž zástupci zdravotnických povolání nemusí mít vždy kapacity.

O aktuální situaci sociální práce ve zdravotnictví podrobněji v publikacích autorky textu.

¹¹ Uvedená specifika jsou modifikována podle Adkins, E., A. (2008, s. 69 - 70).

**Příklad:**

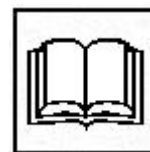
Na obrázku je uveden přehled činností sociálních pracovníků ve zdravotnických zařízeních akutního typu i v zařízení dlouhodobé péče.

Činnosti v praxi sociálních pracovníků ve zdravotnictví vymezené případem	Zdravotnické zařízení akutní péče	Zdravotnické zařízení dlouhodobé péče
Mikroúroveň	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sociální práce s jednotlivcem ▪ Sociální šetření ▪ Formulace cílů ▪ Zajištění klienta před propuštěním ze zdravotnického zařízení ▪ Sociálně právní poradenství 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sociální práce s jednotlivcem ▪ Motivační rozhovory s jednotlivcem ▪ Individuální plánování ▪ Sociálně právní poradenství ▪ Psychosociální podpora ▪ Terénní sociální práce u osamělých osob
Mezouroveň	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Krátkodobá sociální práce s rodinou ▪ Psychosociální podpora rodin ▪ Podpora svépomocných skupin ▪ Multidisciplinární nekooperující týmová práce 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sociální práce s rodinou ▪ Edukace rodiny ▪ Skupinové aktivizační činnosti ▪ Práce s přirozeným prostředím klienta ▪ Interdisciplinární kooperující týmová práce
Makroúroveň	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Koordinace služeb ▪ Zprostředkování informací a služeb 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Zprostředkování informací a služeb

Obrázek Činnosti v praxi sociálních pracovníků ve zdravotnictví stanovené na základě kvalitativní studie sociální práce ve vybrané zdravotnické organizaci. Kuzníková, 2013.

Citovaná a doporučená literatura

Kuzníková, I., Malík Holasová, V. *O sociální práci pro management zdravotnických organizací*. Ostrava, Ostravská univerzita v Ostravě, 2012.



5 Seznámení s lékařskou terminologií

Klíčová slova kapitoly: etiologie, patogeneze, anamnéza, diagnóza, terapie, rehabilitace

Průvodce studiem

Kapitola seznamuje se základní odbornou medicínskou terminologií se kterou se studující setkají v dalších kapitolách. Pro pochopení popisu symptomatologie, diagnostických a terapeutických medicínských postupů je důležité studium odborných latinských termínů.

Na zvládnutí této kapitoly budete potřebovat asi 0,5 hodin/y, tak se pohodlně usadte a nenechte se nikým a ničím rušit.



5.1 Etiopatogeneze

Etiologie pátrá po hlavním příčinném faktoru vzniku nemoci. Odpovídá na otázku **proč?** A pátrá po podmínkách, které vyvolávají onemocnění (fyzikální, chemické, biologické, sociální, psychické).

Patogeneze pátrá po složitých mechanismech vzniku a rozvoje chorob. Odpovídá na otázku **jak?** Zjišťuje jakým mechanismem ony etiologické podmínky ovlivňují organismus a jak na ně organismus reaguje – celkově i lokálně. Rovněž zkoumá průběh a ukončení nemoci.

Samotná choroba je důsledkem interakce mnoha exogenních (vnějších) i endogenních (vnitřních) činitelů, které narušují biopsychosociální rovnováhu jedince. Etiologii a patogenezi nelze jednoznačně oddělit, hovoříme tedy o etiopatogenezi chorob. Základní přehled etiopatogenetických faktorů:

- heredita (genetika)
- demografické faktory (věk, pohlaví)
- osobnostní predispozice, struktura osobnosti, poznávací schopnosti
- environmentální a zeměpisné faktory (životní prostředí)
- biochemické faktory
- životní styl

- sociální faktory (sociální opora, životní úroveň, předchozí zkušenosti jedince s nemocí), spolu s kulturními a náboženskými faktory

Další členění lze specifikovat následujícím způsobem.

1) Biologické a enviromentální faktory lze rozdělit dle různých aspektů například na:

Exogenní - tzv. enviromentální stresory – tedy činitele z prostředí, které negativně ovlivňují duševní zdraví (například toxické faktory, viry), ale i události ve „vnějším světě“ (ztráta milované osoby v dětství...)

Endogenní – genetické, biochemické faktory

Exogenní i endogenní faktory se u mnohých psychiatrických diagnóz prolínají (př. Schizofrenie)

Vrozené – genetické faktory ovlivňující vznik hereditární podmíněných poruch (Downův Sy, některé psychopatie..)

Získané – může se jednat například o závažný stres a ž deprivantství, poruchy osobnostních rysů získané v citově chudém prostředí a další oslabení organismu při vývoji (virová, bakteriální onemocnění)

Prenatální – onemocnění matky zejména v 1. a 3. měsíci gravidity

Perinatální – faktory v průběhu porodu. Hypoxie plodu, porodní trauma vedoucí k mentální retardaci nebo poruchám pozornosti, učení, chování

Postnatální – poporodní. Traumata, onemocnění CNS (infekční, cévní, nádorová), psychotraumata aj.

2) Psychologické faktory:

Vrozené – osobnostní predispozice

Získané – výchovné vlivy, psychodynamika, deprivace¹², subdeprivace¹³

¹² Deprivace je psychický stav, k němuž dochází, když dítěti či dospělému není dána příležitost k uspokojení psychických potřeb po dost dlouhou dobu. Základní psychické potřeby jsou:

- Potřeba proměnlivosti a kvality vnějších podnětů
- Potřeba smysluplného světa, řádu
- Potřeba citových a sociálních vztahů a interakcí
- Potřeba společenské hodnoty, vědomí „já“ – „self“ (vlastní identity)
- Potřeba otevřené budoucnosti

¹³ Subdeprivace je předstupěň deprivace, tlumenější forma deprivace (př.: děti mají rodiče, vyrůstají v rodinném prostředí, ale je tam určitá patologie – např. alkoholismus, násilí..)

Sociální faktory

Klíčové především pro zkoumání rozvoje a léčby duševních onemocnění a psychosomatických poruch.

5.2 Anamnéza / předchorobí

Jde o podrobnou výpověď nemocného, která zahrnuje nejen veškeré údaje o zdravotním stavu od narození do současnosti, ale též o výskytu onemocnění v nejbližším příbuzenstvu a údaje o jeho pracovním a sociálním prostředí. Údaje jsou pro lékaře velmi cenné a jsou klíčem k úspěšné diagnóze i léčbě.

Na sběru komplexních anamnestických údajů se podílí celý multidisciplinární tým včetně lékaře, ošetrovatelského personálu, fyzioterapeutů, sociálních pracovníků, farmakologických a nutričních asistentů, ergoterapeutů.

Medicínská anamnéza se skládá:

- z rodinné anamnézy (zdravotní stav rodičů, odhalení dědičných souvislostí chorob, rodinné dispozice k nemoci)
- z pracovní a sociální anamnézy (zjišťuje případná rizika)
- osobní anamnézy (chronologicky prodělaná onemocnění, úrazy, operace, hospitalizace, poruchy zdraví)
- status praesens (nynější onemocnění, podrobný popis choroby – subjektivních i objektivních příznaků a jejich časovém sledu, informace o diagnostice a dosavadní léčbě)

Nedílnou součástí anamnézy i je i subjektivní hodnocení jedince. Anamnéza může mít i další části jako je gynekologická anamnéza u žen, alergologická anamnéza, zjišťování osobních návyků jedince, zjištění důvodů, které jedince vedly k vyhledání zdravotní péče, případně status praesens psychicus (aktuální psychický stav jedince).

5.3 Symptomatologie

Symptom neboli příznak je dílčím projevem onemocnění. Souhrn jednotlivých příznaků určitého zdravotního stavu, které vzájemně souvisí pak nazýváme syndromem. Jde například o:

ARDS – syndrom respirační tísně dospělých

AIDS – syndrom získané imunitní deficiencie

SIRS – syndrom systémové imunitní reakce

Nefrotický syndrom

Downův syndrom

Parkinsonský syndrom

Abstinenční syndrom etc.

Symptomy obecně rozdělujeme na objektivní (z vnějšku pozorovatelné) a subjektivní (prožívané jedincem).

Symptomy jsou sice pro určitá onemocnění typické, ale častěji jsou společné pro různé stavy a choroby. Jen výjimečně probíhá choroba tzv. asymptomaticky, tedy bez přítomnosti příznaků.

Objektivní symptomy

Jsou zjistitelné našimi smysly, případně je lze objektivizovat, přestože jsou subjektivní povahy (např. dušnost). Zjišťujeme je prostřednictvím celkového vyšetření, který je založen na objektivním hodnocení (fyzikálním vyšetřením, pomocí smyslů). Proces zjišťování symptomů a stanovování diagnózy

- Pohledem - aspekce
- Pohmatem - palpace
- Poslechem - auskultace
- Poklepem - perkuse
- Per rectum – vyšetření přes konečník
- Čichem

Z objektivních symptomů lze uvést například:

- Stav vědomí: amence, delirium (kvalitativně narušené vědomí) synkopa, somnolence, sopor, koma (kvantitativně narušené vědomí)
- Vzrůst: (nanismus, gigantismus, akromegalie)
- Stav výživy: (BMI, kachexie, obezita)
- Poloha a postoj nemocného, stav chůze a pohybu: hyperkineze (zrychlené, často nekoordinované pohyby), hypokineze (zpomalené pohyby), abnormální pozice, abnormální pohyby, třes, křeče.
- Poruchy řeči: logorhea (zrychlená mluva), mutismus (mlčení), afázie (ztráta schopnosti mluvit), dysartrie (porucha vyslovování)
- Projevy na kůži: icterus (žloutenka se žlutým zbarvením kůže a sklér), turgor (napětí kůže), edémy (otoky), erytémy (zčervenání kůže), exémy

(vyrážky), cyanózy (promodráání aker), bledost, albinismus, petechie (drobné krvácivé tečkovité projevy na kůži), hematomy a jiné krvácivé projevy, dekubity (proleženiny), bérkové vředy aj.

- Tělesná teplota, subfebrilie (zvýšená tělesná teplota), febris (horečka nad 38 stupňů Celsia)
- Projevy dýchací soustavy a hrudníku: Dyspnoe/dušnost (namáhavé dýchání se zapojením pomocných dýchacích svalů doprovázené pocitem dechové tísně), tachypnoe (zrychlené dýchání), bradypnoe (zpomalené dýchání), dýchací šelesty a další poruchy dýchání
- Projevy oběhové soustavy: srdeční šelesty, hypertenze (vysoký krevní tlak), hypotenze (nízký krevní tlak), tachykardie (zrychlený tep), bradykardie (zpomalená tepová frekvence), extrasystoly, arytmie (tep ve zcela nepravidelných intervalech)
- Projevy trávicí soustavy: Dyspepsie – projevy doprovázející zažívací obtíže jako je nadýmání, říhání, plynatost, pocit tlaku v břiše, zápach z úst, průjem, zácpa, zvracení, nevolnost, vysoké slinění aj.
- A další (zvětšené mízní uzliny, horkost a vlhkost kůže, změna vzhledu, barvy a zápachu tělních tekutin etc.).

Subjektivní symptomy

Sděluje sám jedinec, může je simulovat či disimulovat. Mezi nejčastější uvádíme:

- Únava a slabost
- Nechutenství
- Bolest
- Poruchy spánku
- Žízeň
- Palpitace (pocit bušení srdce)
- Pruritus (svědění)

5.4 Diagnostika, terapie a rehabilitace

Diagnostický proces slouží k určení diagnózy onemocnění a děje se prostřednictvím základních a speciálních diagnostických (vyšetřovacích)

metod. Na základě stanovené diagnózy se poté stanovuje vhodná terapie a rehabilitace.

Mezi základní vyšetřovací metody řadíme především **fyzikální vyšetření** tzv. Cieslar, k vyhodnocení objektivních příznaků, popsány výše v kapitole - vyšetření pohmatem (palpací), poslechem (auskultací), poklepem (perkusí), pohledem (aspekci), per rektum. Lékař provádí tzv. Celkové vyšetření (vědomí, vzrůst, stav výživy, poloha, stoj a chůze, hlas, řeč, kůže, tělesná teplota, vyšetření hlavy, krku, hrudníku, břicha, končetin).

Biochemické vyšetřovací metody slouží nejen k posouzení celkového stavu, ke zjištění fungování či poruch funkce orgánů jako je srdce, játra, ledviny, slinivka, ale především k diagnostice závažných onemocnění jako je například AIM (akutní infarkt myokardu), CMP (cévní mozková příhoda), poruchy plicní ventilace (vyšetření krevních plynů), poruchy acidobazické rovnováhy (u akutních i chronických stavů s poruchou vnitřního prostředí – krevní plyny, pH krve, koncentrace bikarbonátu), množství cukru v krvi a moči (pro potvrzení či vyloučení diabetu) a mnoho dalších. K biochemickému vyšetření se odesílají například vzorky krve, moče.

Hematologická vyšetření (vyšetření krve a jejího složení). Krevní sedimentace, morfologické metody (krevní obraz, vyš. Kostní dřené), koagulační metody (vyšetření srážlivosti krve), cytochemické metody (při diagnostice onemocnění krevní řady), imunologické metody (vyšetření krevních skupin, Rh systému, podfaktorů).

Mikrobiologické vyšetřovací metody (vyšetření mikroorganismů – bakterií, virů, plísní, prvoků). Vyšetřuje se infekční materiál, kterým může být krev, moč, liquor, hnis, sputum, stolice aj.

Zobrazovací vyšetřovací metody. Zahrnují zobrazovací rentgenové vyšetření, CT, MNR, kontrastní vyšetřovací postupy, ultrasonografie, scintigrafie aj.

Bioptické vyšetřovací metody. Slouží k mikroskopickému vyšetření biologického materiálu – vzorku tkáně. Tkáně se odebírají punkcí či biopsií při endoskopických metodách, operacích. Jsou zkoumány struktury tkáně (histologie), buněčný popis (cytologie).

Endoskopické vyšetřovací metody. Umožňuje vyšetření dutých orgánů a dutin lidského těla. Především slouží k diagnostice onemocnění

v gastroenterologii, urologii, gynekologii a endoskopie (laparoskopie) se stala součástí tzv. miniinvazivní chirurgie.

Další vyšetřovací metody: Vyšetření EKG, srdeční katetrizace, funkční vyšetření plic, genetická vyšetření aj.

Terapeutické metody se liší dle postupů jednotlivých klinických odvětví. Přesto lze obecně představit základní oblasti terapeutických možností v konvenční v medicíně. Jsou jimi:

Farmakoterapie – léková terapie

Terapie krevními deriváty (ERYmasa, Plazma, koncentrát trombocytů, faktor IX, albumin aj.)

Imunoterapie (imunosupresiva, imunizace – aktivní/pasivní, imunomodulace)

Hemodialýza a další očišťovací metody

Oxygenoterapie

Dietoterapie, parenterální výživa

Fototerapie

ECT – elektrokonvulzní terapie

Psychoterapie

Socioterapie

Network therapy = sociální opora

Chirurgické terapeutické postupy

Rehabilitace

Rehabilitace (proces vedoucí k obnovení funkcí před onemocněním / úrazem) začíná téměř okamžitě po poranění či rozvinutém klinickém obrazu nemoci. Proces rehabilitace zahrnuje nejen léčebnou rehabilitaci, ale jde o hledání cest komplexní podpory a stimulace v kontextu vzájemného působení jedince a prostředí.

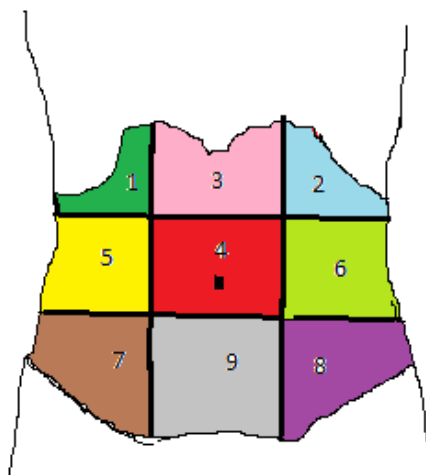
Rehabilitace obecně je ucelený, vzájemně provázaný, koordinovaný a cílený proces, jehož hlavním úkolem je minimalizace negativních důsledků nepříznivého zdravotního stavu jedince (st. p. úrazu hlavy, končetin, st. p. operaci nebo závažném onemocnění), které výrazně ovlivňují jeho sociální začlenění. Cílem je optimální funkční zdatnost, zajištění soběstačnosti a vhodného pracovního uplatnění.

Zahrnuje složky: léčebnou, sociální, pedagogickou, pracovní.



Příklad: Při celkovém vyšetření břicha se posuzují 4 kvadranty břišní, na kterých podrobněji rozeznáváme:

Obrázek Oblasti břicha



- Pravé (1) a levé (2) hypochondriím, Epigastrium (3), Střední (4), pravé (5) a levé (6) mezogastrium, Pravé (7) a levé (8) hypogastrium, Suprapubická oblast (9).



Kontrolní otázky a úkoly:

3. Co je to kachexie, jaký nástroj Vám pomůže určit úroveň výživy jedince?
4. Lze bolest hodnotit pomocí objektivních příznaků? Anebo jde jen o subjektivní příznak, který nemůžeme pozorovat. Dohleďte v literatuře, jak hodnotíme bolest u dítěte.
5. Mohou mít poruchy spánku příčinu v psychosociální oblasti? Které příčiny to mohou být?

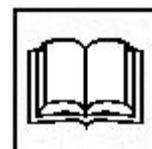
Citovaná a doporučená literatura

Bouček, J. a kol. *Obecná psychiatrie*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2001.

Klener, P. a kol. *Základy vnitřního lékařství pro bakalářské studium*. Praha: Karolinum, 1998.

Sikorová, L. *Potřeby dítěte v ošetrovatelském procesu*. Praha: Grada, 2011.

Sláma, O., Kabelka, L., Vorlíček, J. et al. *Paliativní medicína pro praxi*. Praha: Galén, 2011.



6 Vybraná duševní onemocnění

Klíčová slova kapitoly: sociální faktory vzniku duševní nemoci, duševní poruchy, empowerment

Průvodce studiem

Kapitola seznamuje s terminologií z oblasti duševního zdraví, představuje psychiatrickou symptomatologii, některá vybraná duševní onemocnění a doporučení pro přístupy v chování ke klientům s duševním onemocněním.

Na zvládnutí této kapitoly budete potřebovat asi 2,5 hodin/y, tak se pohodlně usadte a nenechte se nikým a ničím rušit.



V současné psychiatrické praxi se odborníci odklání od pečovatelského přístupu zaměřeného na práci „za klienty“ k přístupu založenému na principu empowermentu (zmocňování) v práci „s klienty“. Poskytovatelé péče o klienty s duševními poruchami se zaměřují na oboustranně prospěšný proces interakce s důrazem na potřeby duševně nemocných. Tento přístup se prosazuje nejen v medicínských profesích, ale rovněž v dalších pomáhajících profesích, včetně sociální práce s danou cílovou skupinou.

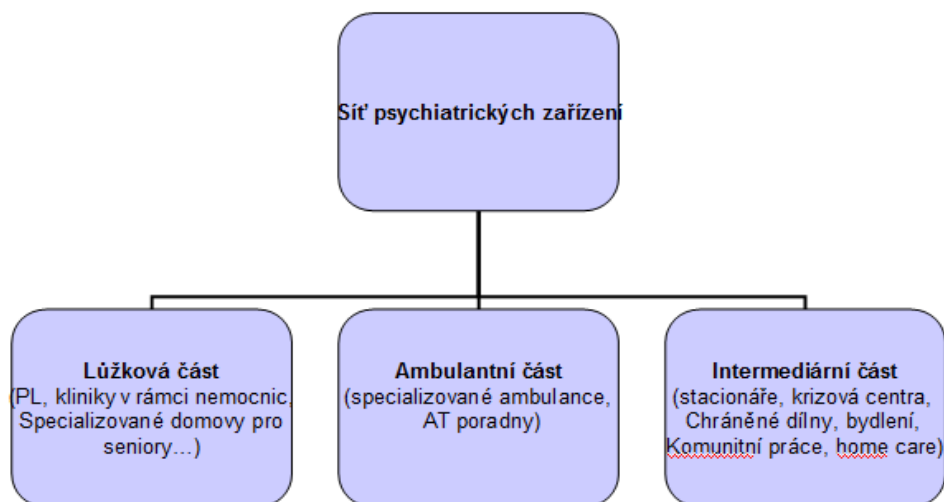
Místo principů kontroly pacientů se prosazují snahy o kolaborativní přístup a kooperaci s duševně nemocnými a jejich sociálním okolím. Tyto snahy mají vést k posilování sebeúcty, zvládnání reakcí na stres a přebírání zodpovědnosti za zvládnání potíží, které vyplývají z duševní nemoci. V souladu s uvedeným je zapotřebí zmínit pokusy o deinstitucionalizaci péče o duševní zdraví, tedy přesun koncentrace péče o psychiatrické pacienty z nemocnic a léčeben do center duševního zdraví, intermediárních zařízení zdravotních a sociálních služeb. Na podzim roku 2013 byl zveřejněn dokument Strategie reformy psychiatrické péče s hlavním cílem zlepšit kvalitu života osob s duševním onemocněním. Aktuální dokument je dostupný na

http://www.reformapsychiatrie.cz/wp-content/uploads/2013/10/SRPP_publicace_web_9-10-2013.pdf.

Je důležité vnímat služby pro osoby s duševním onemocněním jako mezirezortní, tedy zdravotně sociální. Péče o duševně nemocné tedy nespadá

výlučně do resortu zdravotnictví, ale podílí se na ni více odborných disciplín. Péče se v praxi realizuje v síti zařízení a služeb pro tuto cílovou skupinu: lůžková zařízení, ambulantní zařízení, intermediární zařízení a podporu v domácím prostředí, včetně case managementu.

Obrázek Síť psychiatrických zařízení



6.1 Obecná psychiatrie

Duševní poruchy byly popisovány již v bibli, proto nelze chápat psychiatrii jako mladý medicínský obor. Naopak ve shodě s profesorem Zvolským lze tvrdit, že psychiatrie jako obor se konstituovala mnohem dříve než jiné lékařské odbornosti. Onemocnění, kterými se psychiatrie zabývá, jsou většinou definována subjektivním verbálním popisem projevů chování nemocného člověka. Proto je pro psychiatrii klíčová precizní klasifikace, v textu se odkazujeme na klasifikaci MKN-10.

Duševní porucha je chápána jako výslednice genetického základu a vlivů prostředí od fyzikálních, toxických, biochemických až po psychologické a sociální. Příčinné faktory jsou tzv. multifaktoriální, nepůsobí tedy izolovaně.

Etiopatogeneze duševních poruch

1) Biologické faktory

Lze rozdělit na:

- vrozené (např.: geneticky podmíněné)/ získané (např.: reaktivní)
- endogenní (z vnitřních příčin např.: biochemických – je popisována souvislost psychóz a afektivních poruch s narušením funkce

neurotransmitteru či poruchy jeho metabolismu) /exogenní (ze zevních příčin, a to fyzikální např.: traumata, chemické např. intoxikace, biologické např.: infekce)

- prenatální (před narozením např.: závislost matky v těhotenství) / perinatální (během porodu např.: hypoxie) / postnatální (po porodu)

2) Psychologické faktory

- vrozené osobnostní predispozice (vyzrálá a harmonicky strukturovaná osobnost se lépe adaptuje, snadněji hledá řešení psychosociálních problémů, méně často se chová rizikově)
- získané (například deprivace a subdeprivace)

3) Sociální faktory

- Faktory podílející se na zranitelnosti k psychické nemoci: např. rodina, sekundární skupiny, škola
- Faktory jako okolnosti předcházející rozvoji psychické nemoci: závažné sociální stresory
- Faktory jako bezprostřední spouštěče psychické nemoci: životní změny, nové role, konflikty, finanční problémy
- Faktory modifikující průběh psychické nemoci: odmítání rodinou, konflikty
- Faktory podílející se na terapii (socioterapie, rehabilitace)

Symptomatologie

Jak již bylo uvedeno, v psychiatrii se při určování diagnózy lékaři opírají především o subjektivní prožitky nemocného a z rozhovoru a pozorování projevů nemocného hodnotí psychické funkce a jejich poruchy.

Při popisu tzv. status praesens psychicus je kladen důraz na:

- **všeobecný dojem** (způsob oblékání, vzhled, starost o hygienu, navázání kontaktu, chování)
- **poruchy vědomí** (kvalitativní – delirium neboli obluzenost a amence neboli zmatenost; kvantitativní – mdloba, somnolence, sopor, koma; poruchy spánku)
- **poruchy emocí** - řadíme zde:

poruchy krátkodobých emocí, tedy afektů např.: patický afekt, anxiozní raptus, stupor, patická dráždivost aj.

poruchy trvalejší emoční reaktivity, tedy nálady např.: expanzivní nálada (euforie, manická nálada, exaltovaná nálada), depresivní nálada (snížená emoční reaktivita a snížené sebevědomí, úzkost, bezradnost, apatie), kvalitativní poruchy nálady (emoční labilita, oploštělá emotivita, poruchy vyšších citů)

- **poruchy vnímání**, které opět rozlišujeme na kvalitativní a kvantitativní poruchy (kvalitativní jsou zastoupeny například iluzemi, halucinacemi, pseudohalucinacemi). Halucinace jsou vjemy bez reálně existujícího podnětu, dělíme je dle analyzátoru na sluchové, zrakové (např.: zoopsie a mikrozoopsie, makropsie, pickovy vize...), čichové, taktilní (dotekové, pohybové) a další.
- **poruchy myšlení**. Myšlení má integrační funkci vyžadující činnost kognitivních funkcí jako je vnímání, emotivita, paměť, pozornost a vůle. Výrazem myšlení je řeč. Myšlení je specificky lidská funkce a má společenský charakter. Rozlišujeme kvalitativní a kvantitativní poruchy myšlení:

Kvalitativní poruchy myšlení jsou bludy. **Blud** je mylné přesvědčení, které vychází z chorobných předpokladů, kterým nemocný věří a které ovlivňují i jeho chování. Blud neodpovídá realitě a je nevývratný. Bludy dělíme na

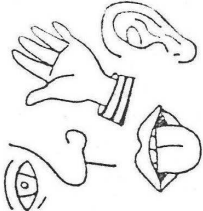
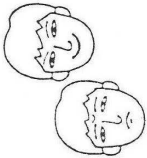
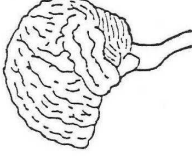
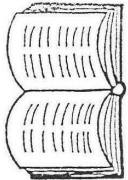
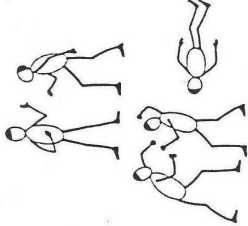


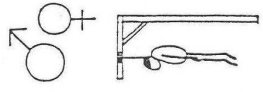
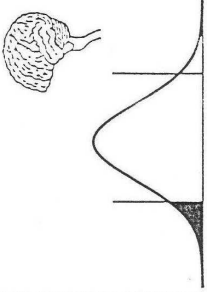
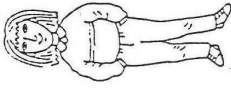
a) expanzivní bludy (neboli megalomaničké např.: inventorní, originární, religiozní, reformátorský..), b) depresivní bludy (neboli mikromanické např.: autoakuzační, nihilistické, eternity, mikromanické = bezvýznamný, hypochondrický), c) paranoidní bludy (persekuční, kverulační, žárlivecký).

Kvantitativní poruchy myšlení zahrnují například myšlenkový útlum, bradypsychismus / tachypsychismus, myšlenkový záraz / myšlenkový trysk, mutismus / logorea, ulpívavé myšlení, zabíhavé myšlení, obsedantní myšlení aj.

- **poruchy vůle** (jsou opět kvantitativní - od abulie, tedy ztráty vůle až po hyperbulii při manii; a kvalitativní – zde řadíme impulsivní jednání, např.: toulavost, pyromanie, erotomanie, kleptomanie, dále zkratkovité jednání např.: sebevražedné sklony, dále obsedantní jednání neboli anankazmy, neúčelné jednání)
- **poruchy paměti** (amnézie – časově ohraničená ztráta paměti; paramnézie – odchylky v přesnosti a jistotě vybaveného zážitku)

- **poruchy pozornosti**
- **poruchy intelektu** (retardace – nedostatečný vývoj intelektu, demence – postupný úbytek intelektu)
- **poruchy pudů a instinktů** (sexuální, obživný, sebezáchovný aj.)
- **poruchy osobnosti** (extrémně zvýrazněné rysy osobnosti s převahou vysoké míry egocentrismu a manipulátorství).

Obrázek Symptomy duševních poruch

Vnímání	Emotivita	Mýšlení a jeho poruchy	Paměť a její poruchy	Jednání
<ul style="list-style-type: none"> • Iluze • Halucinace 	<ul style="list-style-type: none"> • Patický afekt • Anxiozní nálada • Depresivní nálada • Fobie 	 <p>Kvantitativní (neboli formální) poruchy myšlení</p> <ul style="list-style-type: none"> • Útlum myšlení • Zrychlené myšlení • Zabíhavé myšlení • Ulpivé myšlení <p>Kvalitativní (neboli obsahové) poruchy myšlení</p> <ul style="list-style-type: none"> • Myslenkový záraz • Nesouvislé (inkohereční) myšlení • Zmatené myšlení • Bludy 	<ul style="list-style-type: none"> • Amnézie 	<ul style="list-style-type: none"> • Abulie • Agiovanost • Impulzivní jednání • Zkratkové jednání • Kompulzivní jednání • Raptus 
Vědomí				
<ul style="list-style-type: none"> • Kvantitativní poruchy vědomí o tzv. zasířené vědomí • Somnolence • Sopor • Kóma 	<ul style="list-style-type: none"> • Kvalitativní poruchy vědomí o tzv. oblužené vědomí • Delirium • Obnubilace 	<p>Pudy</p>  <p>Poruchy sebezáchovného pudu</p> <ul style="list-style-type: none"> • Automužice • Suicidium • Poruchy obživného pudu (sadismus, pedofílie) • Bulimie • Anorexie 	<p>Intelekt a jeho poruchy</p>  <p>Mentální retardace</p> <ul style="list-style-type: none"> • Demence 	<p>Poruchy identity</p>  <p>Degradace osobnosti</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dezintegrace osobnosti • Deteriorace osobnosti • Depravace osobnosti • Poruchy identity

Syndromologie

V psychiatrii mají syndromy význam nejen diagnostický, ale též terapeutický. Farmaka jsou ordinována především dle syndromů, tedy souboru symptomů. V psychiatrii jde nejčastěji o syndrom delirozní, depresivní syndrom, anxiózní syndrom, manický syndrom, apatický syndrom, fobický syndrom, halucinatorní, úzkostný, depersonalizační, dementní atp.

Přehled duševních poruch - dle Mezinárodní statistické klasifikace nemocí 10

- Organické duševní poruchy
- Duševní poruchy a poruchy vyvolané účinkem psychoaktivních látek
- Schizofrenie, schizofrenní poruchy a poruchy s bludy = psychózy (endogenní poruchy)
- Poruchy nálady = afektivní poruchy (endogenní poruchy)
- Neurotické poruchy, poruchy vyvolané stresem, somatoformní poruchy = reaktivní poruchy (psychogenní poruchy)
- Behaviorální syndromy spojené s fyziologickými poruchami
- Poruchy osobnosti a chování u dospělých (= psychopatie)
- Mentální retardace
- Poruchy psychického vývoje
- Poruchy chování a emocí se začátkem obvykle v dětství a adolescenci

Přehled obecných zásad komunikace s klienty s duševním onemocněním

- Mlčenlivost
- Nerozkazovat
- Pozor na manipulaci nemocným
- Nešeptat
- Neobviňovat nemocné za chování
- Neklást bludům odpor
- Empatie
- Nebagatelizovat problémy (u depresí)
- Nerozesmívat depresivní klienty
- Jednoduchost hovoru s dementními a psychotiky

6.2 Organické duševní poruchy

Jde o duševní poruchy, které vznikly na základě onemocnění, úrazu či jiného poškození mozku. Ta vedou k přechodné či stálé mozkové dysfunkci.

Řadíme zde například demence, organický amnestický syndrom, delirium, jiné duševní poruchy vznikající následkem onemocnění (expanzivní onemocnění mozku, epilepsie atp.), poruchy osobnosti.

Z uvedených věnujme pozornost především Demenci.

Demence je syndrom vznikající následkem onemocnění mozku, obvykle chronického či progresivního rázu a dochází k narušení mnoha vyšších korových funkcí včetně paměti, orientace, chápání, uvažování, schopnosti učení, úsudku, řeči. Rovněž demenci provází úbytek emoční kontroly a změna v sociálním chování. Jde o komplexní poruchu, nežli jen poruchu paměti, která trvá déle než 6 měsíců. Pro stanovení diagnózy je požadován průkaz jasného vědomí.

Zvyšující se věk je důležitým rizikovým faktorem demence. Uvádí se, že asi ¼ demencí je reversibilních, čili léčitelných.

Pro posuzování závažnosti stavu demence se využívá především gerontopsychiatrických posuzovacích škál: MMSE Folsteina, 1995; Mini Mental State Examination; Ischemické skóre dle Hachinského, 1975; Škála Yesavage k hodnocení deprese u gerontopsychiatrických pacientů a Clock test Wolfa-Kleina, 1989.

Tato kategorie onemocnění je klíčovou především pro obor Gerontopsychiatrie a její znalost je klíčová při poskytování zdravotně sociálních služeb seniorům s demencí.

Demence Alzheimerova typu (DAT)

Již v roce 1907 publikoval Alois Alzheimer kasuistiku 51leté ženy s presenilní demencí. Poté byla choroba po něm pojmenována. Tzv. tichá epidemie. Pro DAT je charakteristická postupná, plíživá deteriorace mnestických, intelektuálních, instrumentálních a motorických funkcí. Nejvýstižnější průběh popisovaný dle Sjögrena, 1950:

1. stadium – porucha paměti, porucha prostorové orientace (místem), pokles aktivity a spontaneity, anxiózní a depresivní nálada, potíže v denních aktivitách.

2. stadium – progresivní demence s postupující dezorientací, postižením staropaměti, řeči, motoriky.

3. stadium – kompletní dezintegrace psychických funkcí (včetně emočních a osobnosti), ztráta schopnosti komunikace, inkontinence, neurologické příznaky, fyzické strádání, pacienti umírají na komplikace jako je bronchopneumonie.

Proces DAT je spojen se změnami osobnosti, od pasivity po egocentrismus, tvrdohlavost, podezřívavost, mohou se objevit bludy i halucinace. Prognóza života je cca 8-10 let.

Péče o tyto nemocné spočívá především v podpoře samostatnosti a soběstačnosti jak dlouho je to jen možné v domácím prostředí, poté v organizaci zdravotně sociálních služeb.

Většinou bývá přítomna apatie, hypoaktivita. Následující příklad z praxe však představuje možnou výjimku.

Příklad:

67 letá žena, původně zdravotní sestra. Otec léčen rovněž pro demenci. Od 63 let potíže s pamětí, utíkala bezcílně z domu, neuváženě utrácela za nepotřebné věci. Od 65 let stav pokročil natolik, že potřebovala neustálý dohled. Bezcílně neustále chodila po domě a zahradě, denně nachodila až 30 km. Trpěla nespavostí, poruchou orientace místem, výraznými poruchami paměti.

Demence vaskulárního typu

Vzniká náhle (akutní začátek se rozvine během 1 – 3 měsíců) či v etapách (rozvíjí se po mozkových příhodách tzv. multiinfarktová demence, rozvíjí se během 3 – 6 měsíců). Rizikovým faktorem rozvoje nemoci jsou kardiovaskulární choroby, hypertenze. Častější u mužů.

Typické jsou noční stavy amence, emoční labilita, relativní zachování osobnosti, deprese, pacienti bývají kritičtí ke svému stavu. Projevuje se verbálními útoky a agresí, především vůči blízkým, vůči pečovateli.



Sociální důsledky degenerativních duševních onemocnění se odráží především v celém rodinném systému. Rodinu je zapotřebí podporovat a zároveň edukovat, protože změny v duševním stavu nemocného jsou ireversibilní a progresivní. Cílem pomoci je adaptace na nemoc a podpora v zajištění co nejvyšší míry soběstačnosti a samostatnosti, psychosociální podpora rodinného systému, odlehčovací služby a respitní péče, péče s emocemi pečovatelů, podpora uspokojování potřeb pečovatelů.

6.3 Poruchy nálady (afektivní poruchy)

Hlavním projevem poruch nálady je změna nálady nebo afektu ve smyslu snížení (deprese s úzkostí či bez ní) nebo zvýšení (hypománie, mánie).

Změny nálad jsou doprovázeny změnou všeobecné úrovně aktivity a většina dalších příznaků je druhotných nebo snadno srozumitelných. Onemocnění mají sklon k periodicitě a začátek epizod bývá spojen se zátěžovými situacemi, jakožto spouštěčem epizody.

Řadíme zde manickou epizodu, bipolární afektivní poruchu, depresivní epizodu, afektivní poruchy, jiné a nespecifikované afektivní poruchy.

Endogenní deprese / Unipolární deprese

Podkladem této formy deprese je biologická příčina. Projevy jsou depresivní, dle množství symptomů rozdělujeme mírnou, střední či těžkou depresi. Deprese by měla trvat nejméně dva týdny. Může ji doprovázet somatický syndrom – ztráta zájmu a potěšení při aktivitách, které jsou normálně příjemné, nedostatek emočních reakcí, ranní probouzení dvě a více hodin před obvyklou dobou, deprese je těžší ráno, ztráta chuti k jídlu, úbytek hmotnosti, ztráta libida, únava a ztráta energie téměř každý den, pocity bezcennosti, viny, porucha koncentrace, nerozhodnost, myšlenky na smrt. Těžkou depresivní epizodu mohou provázet i psychotické příznaky (halucinace, bludy, depresivní stupor).

Příčinami depresí jsou pravděpodobně kombinace dědičných i psychosociálních faktorů (uzavírání se před okolím, zhoršení komunikace, odcizování přátel, bezmocnost, beznaděj, sebedoceňování), jsou spojeny s neurochemickými změnami.

Může se vyskytnout v kterémkoli věku, nejčastěji okolo 40 let. Příznaky někdy navazují na závažnější psychickou zátěž, někdy vznikají bez příčiny. Prodromální období může zahrnovat pocity úzkosti. Neléčená epizoda trvá asi 6 měsíců i déle a je závislá na věku. U většiny případů dochází k remisi, pokud ovšem pacienti netrpí rekurentní depresí. Cílem léčby je obnova normální funkční schopnosti, dosažení plné remise. Nekompletní remise má devastující následky a vede k výskytu relapsů, přispívá k chronifikaci onemocnění, vzniku rezistentní deprese a sociálnímu selhávání. Farmakoterapie: antidepresiva, anxiolytika.

Sociální aspekty deprese

Deprese přichází i po neúspěšných pokusech přizpůsobit se vývojovým změnám a důležitým životním událostem (kladným i záporným), jako je svatba, rozvod, přechod do důchodu, narození dítěte, postup v práci, změna kariéry, partnerské problémy atp. Vývojové změny přinášejí nové úkoly, často pro oba partnery ve vztahu, tím potřebu změnit životní návyky, na což může partnerský vztah reagovat. Velmi často depresivní člověk ani jeho blízcí si neuvědomí potřebu změny a rigidně trvají na starých pravidlech chování, jde zejména o změny, které postižený prožívá jako ztrátu. Ztráta může být zjevná (rozvod), ale i nenápadaná (ztráta svobody po přijetí zodpovědné funkce, po narození dítěte atp.) Častou změnou je i přechod do další etapy životního cyklu. Zvládání přechodu do nových rolí se soustřeďuje na 4 úkoly:

- vzdát se staré role,
- uvědomit si a projevit pocit viny, hněvu, ztráty
- naučit se nové dovednosti potřebné pro novou roli
- navázat nové vztahy s lidmi, kteří souvisejí s novou rolí.

Deprese může vyvěrat i z nedostatku vztahů, dlouhodobé sociální izolace, osamělého života bez dostatku podnětů.

Bipolární afektivní porucha nálady

Kdysi též označována jako maniodepresivní porucha. Vyznačuje se dvěma nebo více epizodami, při nichž je úroveň nálady a aktivita pacienta zřetelně narušena. Narušení spočívá ve střídavém zvýšení nálady a vzrůstu nálady i aktivity, jindy v poklesu nálady a úbytku energie a aktivity. Epizody jsou ohraničené přesmykem jedné v druhou anebo remisí.

Nejčastěji je nemoc charakterizována epizodami mánie nebo hypománie, kterým předcházejí či po nich následují depresivní epizody. EPIZODY:

- Mánie
- Deprese
- Smíšené epizody

HYPOMÁNIE – abnormálně povznesená nálada (alespoň 4 dny), zvýšená aktivita, hovornost = logorhea, roztržitost, není potřeba spánku, zvýšená sexuální energie, nezodpovědné a nevhodné chování

MÁNIE – expanzivní nálada/zvýšená, podrážděná a abnormální pro daného člověka. (Trvá asi 1 týden), je nezbytná hospitalizace. Logorhea, motorický neklid, myšlenkový trysk, ztráta sociálních zábrán – chování neodpovídá okolnostem, není potřeba spánku, velikášství, vysoké sebehodnocení, změny aktivit a plánů, riskantnost, nezodpovědné chování, sexuální indiskrétnost. Mohou být přítomny i psychotické příznaky (pocit nadpřirozenosti – blud, halucinace...)

Léčba: Soli lithia (i preventivně), Karbamazepin (akutně)

Sociální aspekty BAP

Neuvážené jednání a činy v epizodě manické a hypomanické, mohou vést k ohrožení sociálního života jedince a jeho blízkých osob. Pacient je ohrožen například neuváženým uzavíráním nevýhodných smluv, půjčováním finančních částek, navazováním jednorázových sexuálních kontaktů atp. Rovněž může být ohroženo jeho fyzické zdraví z vyčerpání organismu, nedostatku živin a tekutin.

6.4 Psychózy

Patří do kategorie psychotických poruch a poruch s bludy. Jde o choroby s psychotickými příznaky (bludy, halucinace, dezorganizované myšlení a řeč, katatonní chování, narušené schopnosti člověka, postižení při kontrole reality, postižení ohraničení „jáství“), poruchy s narušeným myšlením a vnímáním, emotivita neodpovídá situaci a je oploštělá. Jasně vědomí a intelektuální kapacita zůstávají zachovány.

Kategorie psychóz je značně obsáhlá, ale nejčastějšími onemocněními jsou schizofrenie.

Schizofrenie

Je onemocnění charakteristické narušením myšlení a vnímání, přičemž emotivita neodpovídá situaci anebo je oploštělá. Jedinec má pocit, že většina jeho myšlenek, pocitů, počinů je známá jiným osobám nebo je jimi sdílena, mohou se rozvinout bludy, vysvětlující tento pocit jako následek působení nadpřirozených sil, které ovlivňují myšlenky nebo činy nemocného bizarním způsobem. Mezi typické projevy patří:

- Ozvučování myšlenek, vkládání, vysílání myšlenek
- Bludy kontrolovanosti, domnívají se , že jsou ovládáni mimo svou vůli
- Halucinace hlasů komentujících nebo diskutujících o pacientovi se třetí osobou
- Trvalé bludy (megalomanické, originární..)
- Poruchy myšlenkových pochodů (m.záraz , por.řeči..)
- Katatonní projevy (negativismus, mutismus,stupor)
- Tzv. pozitivní příznaky: znamenají nadměrné či zkreslené vyjádření normálních funkcí (bludy, halucinace, por.řeči, katatonie)
- Tzv. negativní příznaky: oslabení či ztráta normálních funkcí (oploštělá emotivita, abulie, neproduktivní myšlení a řeč)

TYPY: Paranoidní, Hebefrenní, Katatonní, nediferencovaná, Simplexní

Farmakoterapie: Neuroleptika.

Základní doporučení pro práci s klientem se schizofrenií

- udržovat a posilovat sebeúctu klienta
- mít jasná očekávání od klienta
- vytyčovat dosažitelné cíle s klientem
- podporu rodiny opírat o kognitivní nikoli emocionální prvky
- posilovat sebeovládání klienta
- koordinovat práci multioborového týmu
- podpora sebepéče

Příklad:

Klient ze tří dětí, matka s otcem zanedbávali péči o ně v jeho asi šesti letech. Matka hospitalizována pro schizofrenii, děti se dostaly do pěstounské péče. Klient měl oproti svým sourozencům problém s adaptací na novou rodinu, byl plachý, bál se tmy, měl zlé sny. Posléze si zvykl. Je inteligentní, pracovitý a



zodpovědný, ale upřednostňoval samotu. Během střední školy se stále častěji uzavíral, poslouchal o samotě hudbu, nekomunikoval se sourozenci, novými rodiči. Začal mít konflikty s novou matkou ohledně trávení volného času a času v noci mimo domov. Po studiu si neudržel práci. Po návštěvě lékaře kvůli změnám chování začal slyšet hlasy, lékař konstatoval, že je klient na pokraji zhroucení a doporučil hospitalizaci, na kterou však klient 3 týdny čekal. Měl halucinace, bludy. Trpěl zmateností, poruchami vnímání a pozornosti. Na otázku sourozenců „proč se chová tak divně?“ odpověděl, že když na něj přijdou ty myšlenky, nerozumí ničemu a nikomu. Stával se nevyzpytatelným, zmateným. Po hospitalizaci byla diagnostikována paranoidní schizofrenie, jejíž rozvoj výrazně posílilo zanedbávání v dětství a nestabilní vztahy s matkou a otcem, citová deprivace a silná úzkost z dětství. Užíval antipsychotika a rehabilitační proces společně s pobytem domě na půl cesty umožňují uvažovat o dobré prognóze jeho onemocnění.

6.5 Reaktivní / neurotické poruchy

Do této kategorie nemocí spadají jak neurózy, úzkostné stavy a fobie, tak i poruchy vyvolané stresem a somatoformní poruchy.

Neurastenie

Chronický únavový syndrom

Neurotické poruchy

Úzkostné poruchy (anxiózy) a Fobie

OCD – obsedantně kompulsivní nemoc

Poruchy vyvolané stresem a poruchy přizpůsobení

Somatoformní poruchy

Neurózy

jsou funkční neorganické poruchy, projevují se poruchou adaptace k okolí. Jde o nemoci vyvolané přetížením nervového systému, nemají organickou příčinu, neohrožuje život, ale jeho fungování. Projevy jsou v oblasti duševní i tělesné. Tradiční psychiatrie neurózami rozumí neorganické funkční poruchy, oproti psychózám jsou považovány za „lehčí“ onemocnění. Pojem neuróza je starý již 200 let, ale vymezení psychogenního obsahu bylo ustáleno až v posledním

století. Psychogenním se rozumí to, že neuróza vzniká na základě psychosociálních faktorů (vývoj v dětství, nepříznivé životní události). Jde o onemocnění reversibilní. Léčba je nejen farmakoterapeutická (anxiolytika, někdy antidepresiva, sedativa), ale také psychoterapeutická a práce s širším prostředím nemocného. Vztahu životních událostí, copingu, biologickému pozadí, osobních predispozic se věnuje Boleloucký (2013) v publikaci Buchtové, Šmajse, Bolelouckého, Nezaměstnanost.

Úzkostné poruchy a fobie

Úzkost, neboli *anxieta* je strach, který nemá racionální podklad, nemocný neví, z čeho pochází, jde o strach bez předmětu. Jde o patologický fenomén, oproti strachu, který člověka chrání proti ohrožení riziky.

Úzkost je nepříjemný emoční stav v různé intenzitě (od mírného neklidu po stav paniky). Může se rozvíjet v průběhu minut, hodin, dnů i měsíců. Náhlý intenzivní stav nazýváme panikou. Pokud se vztahuje k určitým okolnostem, pak hovoříme o situační či fobické úzkosti. Pokud jde o úzkost vyvolanou pouhou myšlenkou na určitou situaci, jde o tzv. anticipační úzkost / anticipační paniku.

Úzkost někdy doprovází somatická onemocnění. Zpravidla je spojena s pocitem vnitřního neklidu, který se laicky označuje jako nervozita. Lze jej lokalizovat např. jako tíseň na prsou, tlak na hrudi, úzkost v břiše atp. A rovněž je doprovázena somatickými projevy (bušení srdce, nevolnost, třes, hypokineze, bolest hlavy, hyperventilace, vegetativní hyperaktivita – časté močení, průjem, tachykardie, pocení).

Příčiny úzkosti formulují tři teoretické přístupy:

Biologické teorie odkazují na příčinu v nadměrné vegetativní reaktivitě se vzrůstem tonu sympatiku, zvýšeného vyplavování katecholaminů, metabolitů noradrenalinu, snížení GABA (kyseliny gama-aminomáslené), která inhibuje CNS aj.

Psychoanalytické teorie odkazují na potlačovaná přání do podvědomí (sexuální, agresivní..) ta pak působí úzkost, obrana před úzkostí obrannými mechanismy – přenos, přesun, vytěsnění, sublimace aj.

Teorie učení tvrdí, že úzkost vzniká z frustrace či stresu. Po vstupním zážitku může působit podmíněný spoj mezi úzkostí a méně závažnými situacemi, než

byly původní. Úzkost může být imitací chování rodičů, může být spojena s nepříjemným podnětem, který vyvolá fobii.

Fobie

Duševní poruchy při nichž je úzkost vyvolávána dobře definovanými situacemi, které v daném okamžiku nejsou nebezpečné. Očekávání fobické situace vede k anticipační úzkosti.

Často je spojena s depresí. Příklady:

Agorafobie – strach z opuštění domu, shluku lidí, obchodů, veřejné dopravy apod.

Sociální fobie – strach ze zkoumavých pohledů, strach ze styku s druhými lidmi, může vést až k panické atace.

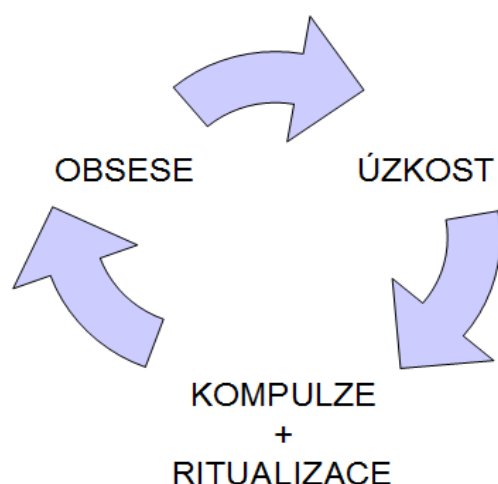
Specifické fobie – izolované fobie z konkrétních podnětů (živočichů, situací, cestování, uzavřených prostor, výšky atp.)

OKP – Obsedantně kompulsivní porucha

Obsedantní myšlenky – představy, impulsy či nápady, které se opakovaně vtírají do mysli ve stereotypní podobě.

Kompulzivní činy neboli rituály – jde o stereotypní chování, které uvolňuje napětí a úzkost vyvolanou obsedantní myšlenkou. Nejsou příjemné, nejsou užitečné. Pacienti rozpoznávají, že jejich chování je nesmyslné. Při pokusu vzdorovat rituálům se provokuje úzkost, která se zvětšuje.

Obrázek Schéma rozvoje OKP



Posttraumatická stresová porucha

Patří do kategorie reakcí na závažný stres a poruchy přizpůsobení.

Jde o opožděnou, protražovanou odpověď na stresovou událost či situaci, která má nebezpečný charakter a způsobila by rozrušení u kohokoliv. Typickými projevy jsou epizody opakovaného znovuprožívání traumatu v podobě živých vzpomínek (flashback), snů či nočních můr.

Sociální dopady úzkostných poruch

Jsou výrazné jak v celospolečenském rozměru, tak v rozsahu ovlivňujícím rodinu a nejbližší sociální okolí. Nemoc pacienta ovlivňuje v jeho chování a přístupu k problémům. Úzkost může být překážkou pro činnorodé aktivní jednání a výkonnost, omezuje člověka při jakémkoli jednání (na úřadech, v práci, pohybu v cizím prostředí). Panická ataka naopak ochromuje nemocného strachem z jejího rozvoje, nemocný se snaží vyhýbat situacím o kterých si myslí, že by mohly ataky vyprovokovat apod. Nemoc snižuje pracovní výkonnost, nemocný nezvládá množství zadaných úkolů, schopnosti se neztrácí, ale jsou blokovány úzkostí.

Otázky k zamyšlení:

1. Jaké zdravotně sociální služby lze doporučit klientům s duševními onemocněními ve Vašem regionu?
2. Vyhledejte relaxační techniky, které lze uplatňovat při zvládání náročných životních situací, stresu.

Citovaná a doporučená literatura

Daviesová, L., Janosiková, E. *Psychiatrická ošetrovatelská starostlivost*.
Martin: Osveta, 1999.

Hrdlička, M., Hrdličková, D. *Demence a poruchy paměti*. Praha: Grada, 1999.

Chromý, K., Honzák, R. a kol. *Somatizace a funkční poruchy*. Praha: Grada, 2005.

Kocourková, J. a kol. *Mentální anorexie a mentální bulimie v dětství a dospívání*. Praha: Galén, 1997.

Smolík, P. *Duševní a behaviorální poruchy*. Praha: Maxdorf, 2001.

Ulč, I. a kol. *Úzkost a úzkostné poruchy*. Praha: Grada, 1999.



7 Vybraná onkologická onemocnění

Klíčová slova kapitoly: onkologie, novotvary, paliativní péče

Průvodce studiem

Onkologická onemocnění představují zásadní kategorii nevyléčitelných chorob. Velmi klíčová je psychosociální podpora takto nemocných a sociální práce u dané cílové skupiny hraje rovněž podstatnou úlohu, neboť nevyléčitelné onemocnění souvisí s psychosociálním strádáním, sociálním fungováním nemocného i jeho okolí. Kapitola stručně seznamuje s pojmoslovím a vybranými oblastmi onkologické medicíny.

Na zvládnutí této kapitoly budete potřebovat asi 2,5 hodin/y, tak se pohodlně usadte a nenechte se nikým a ničím rušit.



Klinická onkologie je oborem zabývajícím se diagnostikou a léčbou onkologických onemocnění. Tato se vyskytují ve všech klinických odvětvích medicíny, onkologie je však obor specializovaný, zaměřený na komplexní diagnosticko-léčebnou péči s dodržováním principů koordinace péče a vhodné komunikace. V České republice existuje Národní onkologický program s cílem snižovat incidenci a mortalitu nádorových onemocnění, zlepšovat kvalitu života onkologických pacientů a racionalizovat náklady na diagnostiku a léčbu nádorových onemocnění v ČR. Národní onkologický registr na <http://www.uzis.cz/registry-nzis/nor>.

Klinická onkologie má mezioborový charakter, zabývá se vznikem, biologickým chováním a diagnostikou nádorů, principy léčby.

Pro diagnostiku nádorových onemocnění se celosvětově využívá tzv. **TNM klasifikace zhoubných nádorů** – (Classification of Malignant Tumours) klasifikace rozsahu nádorového šíření.

Popisuje anatomický rozsah nemoci, hodnotí se 3 složky:

T – tumor (rozsah primárního nádoru)

N – nepřítomnost či přítomnost metastáz v regionálních mízních uzlinách

M – metastázy ve vzdálených mízních uzlinách

Přiřazením číslice je dán rozsah: T0 - T4, N0 – N3, M0 – M1



Příklad:

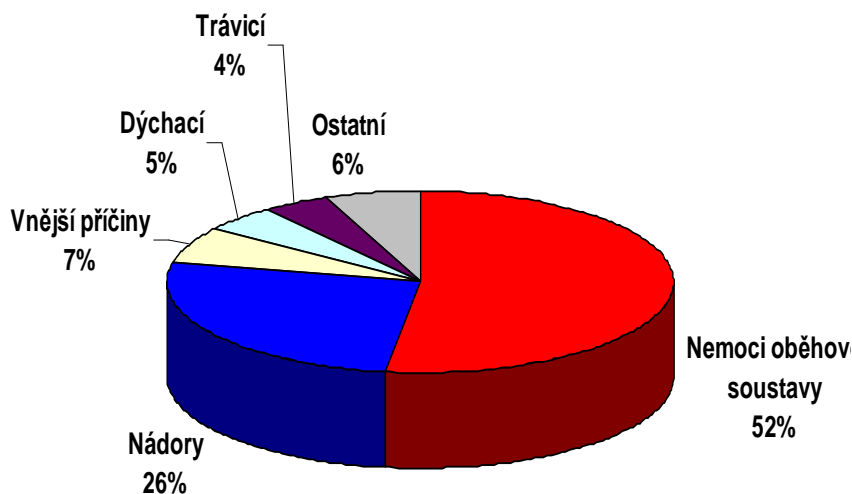
T2 Nx M0 (lokální zvětšující se nádor, regionální uzliny nelze hodnotit, bez metastáz ve vzdálených mízních uzlinách)

Malignity jsou 2. nejčastější příčinou úmrtí pacientů v ČR. Aktuální informace lze sledovat na <http://www.uzis.cz/rychle-informace/zhoubne-nadory-roce-2008>. Přesto jsou poměrně dobře preventabilní. **Ovlivnitelné zevní faktory** působí na > **80 %** nádorů: Výživové faktory 35%; Kouření - 30%; Nízká pohybová aktivita - 5%; Alkohol - 5%; Infekční agens; Radioaktivita; Sluneční záření; Pracovní expozice; Chemické škodliviny v prostředí.

7.1 Problematika onkologických onemocnění

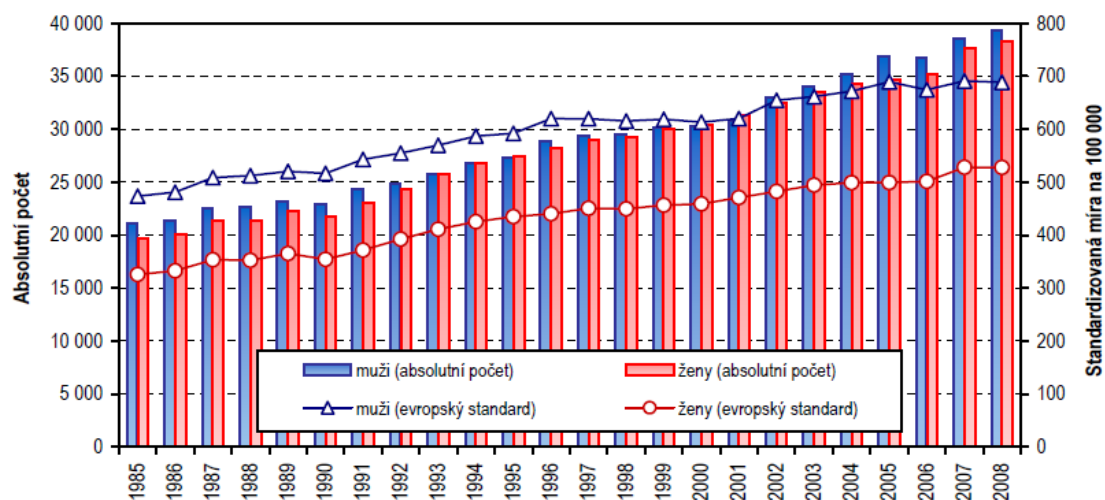
Jak již bylo uvedeno výše, jsou maligní nádorová onemocnění druhou nejčastější příčinou úmrtí. V podkapitole odkazujeme na výstupy statistických šetření a výstupy NOR ČR.

Obrázek Příčiny úmrtí v České republice



Graf Zastoupení malignit u mužů a žen v ČR

Graf 1: Vývoj incidence zhoubných novotvarů u mužů a žen (1985–2008)



Rozlišujeme nádory:

Benigní

- Lokální, nešíří se ani invazivně neprorůstají do okolí
- Jsou ohraničené, často pouzdrém pojivové tkáně
- Poškozují tlakem
- Postihují jakoukoli tkáň
- V endokrinní tkáni mohou produkovat i hormony

Maligní (tzv. karcinomy)

- Jsou tvořeny abnormálními buňkami
- Mohou napadat okolní tkáň
- Zvýšená mitotická aktivita (rychlé dělení buněk)
- Nejsou ohraničené
- Mění velikost, tvar buněk, zvětšuje se jádro buněk

Klasifikace nádorů

Generické označení nádorů se odvozuje od typu tkáně a způsobu růstu.

1) Epitelové nádory

Benigní – papilární (bradavcovité), solidní, adenomy

Maligní – karcinomy dlaždicobuněčné, bazální, adenokarcinomy žláz

2) Mezenchymové nádory

Benigní – fibrom (z fibrózní tkáně), osteom (z kosti), angiom (cévní)

Maligní – sarkomy (např. osteosarkom aj., dle typu buňky a způsobu růstu)

3) Retikuloendotelové nádory

Benigní – nejsou časté, špatně rozpoznatelné

Maligní – leukémie z krvetvorných buněk, lymfomy jsou solidní nádory

4) Nádory nervové soustavy

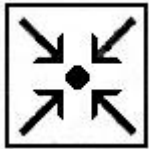
Maligní se velmi zřídka šíří mimo nervovou soustavu. Neuroblastomy a retinoblastomy vznikají u embrya a časně po narození

5) Nádory smíšených tkání – tzv. teratomy

Související pojmy

Kancerogeneze je proces procházející mnoha fázemi, dochází při něm k vývoji, který způsobuje změny genetického materiálu v buněčném jádru.

Šíření nádorů – lokální nádory in situ, šíření lymfatickým systémem, šíření krví a rozsevem do tělních dutin. Při růstu maligních nádorů dochází k progresivní infiltraci, invazi, destrukci a penetraci okolních tkání. Zřídka metastazují primární nádory CNS a buněčné karcinomy kůže. Karcinomy zasahují lymfatické uzliny, sarkomy nikoli. Metastázy jsou časté v plicích, játrech, kostech, vzácně ve slezině a svalech.



Příklad:

Obrázek Adenokarcinom čípku děložního hrdla



Obrázek Osteosarkom



Obrázek Retinoblastom



7.2 Onkologická onemocnění reprodukčního systému

Karcinom prsu

Mezi nejčastější a nejdiskutovanější karcinomy patří karcinom prsu. Riziko vzniku nádoru roste s věkem, výskyt vrcholí mezi 45. a 64. rokem věku ženy.

K lékaři se pacientky dostávají především pro bulku na prsu, retrakci bradavky, bolestí v prsu, výtokem z bradavky, zánětem anebo bulkou v podpaží. Pro diagnostiku se využívá mamografického vyšetření, ultrasonografie, cytologie a biopsie.

Rizikové faktory vzniku nádoru prsu:

Reprodukční – čím nižší je věk primipary, tím menší je pravděpodobnost výskytu karcinomu prsu.

Hormonální – pozdní nástup menarche (první menstruace) a časná menopauza snižují riziko onemocnění. Zvýšené hladiny estrogenů jsou rizikové.

HRT – dlouhodobé užívání antikoncepce je rizikové, po přerušení užívání riziko ustupuje.

Ve výzkumech se uvažuje o rizicích spojených s alkoholismem, výživou, virem, dědičností.

Léčba operabilního karcinomu spočívá v mastektomii (odstranění prsu), odebírají se vzorky lymfatických uzlin k histologickému vyšetření. Cytostatika se podávají u žen premenopauzálních a tamoxifen (hormonální léčba) u žen postmenopauzálních. Radioterapie je metodou konzervativní, doplňuje chirurgický zákrok. Ozařování však může negativně ovlivnit širší tkáň, dochází k poškození kůže ozářením okolí nádoru.

Prevence spočívá především v samovyšetřování, které by žena měla provádět pravidelně vždy po menstruaci. Vyšetření by mělo spočívat v pohledu i pohmatu prs, sledují se změny tvaru, barvy kůže, vzhledu bradavky. V poloze v leže musí mít žena ruce v poloze nad hlavou, vyšetřuje se i podpaží a nadklíčky pohmatem mízních uzlin.

Gynekologické nádory

Mohou postihnout všechny oblasti ženského pohlavního ústrojí. Zevní rodidla, pochvu, děložní čípek, děložní tělo i oblast děložních adnex (vejcovody a vaječníky). Nejčastějším typem je karcinom děložního čípku a vaječníků.

Nádor děložního čípku je proces, který vychází z oblasti povrchového epitelu čípku či cylindrického epitelu děložního kanálu. Nejčastěji se jedná o spinocelulární karcinom, méně často o adenokarcinom.

Nejčastěji uváděná příčina je infekce humánním papilomavirem HPV. HPV má schopnost integrace do hostitelské buňky a vlivem produktů virových genů způsobí maligní přeměnu napadené buňky v buňku nádorovou. K přenosu virů dochází pohlavním stykem.

Příznaky jsou především výtok nereagující na terapii, špinění po pohlavním styku anebo žádné příznaky v časně fázi nemoci. V pokročilé fázi nemoci je to krvácení, krvácivý výtok, bolesti v podbřišku, urologické komplikace.

Léčba spočívá v operačních postupech přednádorových změn (prekanceróz), zhoubné nádory se operují radikálně. Doprovodná léčba spočívá především v radioterapii, psychoterapii. Léčba není příliš optimistická, proto je klíčová především prevence – včasné odhalení prekanceróz, prevence přenosu HPV.

Po ukončení léčby je pacientka dispenzarizována.

Nádory prostaty

Karcinom prostaty je závažným problémem, díky kvalitním diagnostickým metodám stále přibývá odhalení časných forem těchto nádorů. Jedná se o tzv. adenokarcinom prostatických acinů. Tvoří 10% nádorových onemocnění u mužů, je tedy asi na 3. místě za nádory plic a tlustého střeva. Onemocnění postihuje nejčastěji populaci starší, okolo sedmé dekády života. Etiologie není příliš známá, uvažuje se o hormonálních vlivech androgenů, hereditárních vlivech, stav výživy (nedostatek ovoce, zeleniny), promiskuita. Potíže

nemocných souvisí s imitativními a obstrukčními obtížemi s močením (nykturie, polakisurie, slabší proud moče, přerušované močení, močová retence..), na těchto příznacích se však podílí i benigní hyperplazie prostaty. U karcinomu může nasedat erektilní dysfunkce, obstipace (zácpa), renální insuficience a další.

Terapií je radikální prostatektomie, je odstraněna prostata, včetně pouzdra a semenných váčků, poté je vytvořena anastomóza (spojka) mezi močovým měchýřem a močovou trubicí. Někdy se využívá i odstranění obou varlat – orchiektomie. Operační terapii doprovází radioterapie, paliativní péče je pak doprovázena hormonální léčbou a chemoterapií.

Psychosociální přístup k onkologicky nemocným

Dle Drbala je život člověka pro jeho okolí i nejbližší často velkým tajemstvím, kdy se navenek člověk pro své okolí nějak jeví, ale skutečnost může být úplně jiná. Vážné onemocnění je největší životní zkouškou člověka, kdy je prožívána úzkost, bezmocnost, ohroženost, strach z léčby, prognózy, reakce okolí, ze smrti. Často dochází ze strany nemocného k „maskování“ nemoci a vlastního utrpení. Proto medicínská péče o nemocné zahrnuje i psychologické, sociální, duchovní aspekty – lékař a celý tým musí být zodpovědný za komplexní péči o pacienta. Hlavním předpokladem je maximální možná tolerance nemocného, brát jej takového jaký je, včetně jeho negativních vlastností. Vytváří se rovnocenný postoj vzájemného respektu, svobody názorů. Zdravotník by neměl být v roli dominantní, ale respektovat Rogersovský přístup k nemocnému, založený na opravdovosti, autentičnosti, empatii.

Je nutné zmapovat a vyhodnotit psychosociální potřeby člověka.

Zjišťujeme:

- 1) zda a jakou má nemocný podporu ze strany rodiny, přátel, sociálního okolí. Je dostatečně podporován, oceňován, povzbuzován?
- 2) Zda nemocný a rodina disponuje informacemi o nemoci, diagnostice, léčbě, prognóze. Jsou informace srozumitelné?
- 3) Komunikace mezi nemocným, rodinou a profesionály – je dostačující? Brání něco otevřené komunikaci?

Psychosociální intervence spočívá:

- 1) v psychosociální podpoře – doprovázení nemocného a jeho rodiny v náročné životní situaci, příprava na budoucí možnou ztrátu, podpora otevřené komunikace, pomoc s překonáním konfliktů v rodině, uvolnění emočního napětí, otázky existenční, otázky sexuality, doprovázení pozůstalých zpravidla po dobu jednoho roku od smrti blízkého člověka.
- 2) poradenství – zprostředkování adekvátních informací o dostupných zdravotně sociálních službách, pomoc při výběru a kombinaci služeb – koordinace péče, možnosti finanční podpory ze strany státu apod.

7.3 Paliativní medicína

Dlouhodobá léčba s cílem zlepšit kvalitu života, zejména v terminální fázi.

Paliativní protinádorová léčba. Cílem je prodloužení života v přijatelné kvalitě. Léčbou usilujeme o zmenšení nádoru, zastavení jeho růstu a zabránění jeho dalšímu šíření. Úplné vyléčení není možné. Když je léčba úspěšná, může vést ke zmírnění některých potíží a prodloužení života o několik měsíců, v některých případech o několik let (paliativní radioterapie, paliativní chirurgie, paliativní chemoterapie apod.).

Symptomatická paliativní léčba. Cílem je mírnění obtíží, které nádor působí a snaha o udržení dobré kvality života. V situaci, kdy nelze protinádorovou léčbou růst nádoru ovlivnit, stává se hlavním cílem udržení co nejvyšší kvality života. Poskytované služby paliativní péče:

- zařízení domácí paliativní péče, tj. domácí (případně „mobilní“) hospic
- hospic jako samostatně stojící lůžkové zařízení poskytující specializovanou paliativní péči
- oddělení paliativní péče v rámci jiných lůžkových zdravotnických zařízení (tj. především v rámci nemocnic a léčeben)
- konziliární tým paliativní péče v rámci zdravotnického zařízení (nemocnice nebo léčebny)
- specializovaná ambulance paliativní péče, ambulance léčby bolestí
- denní stacionář paliativní péče („denní hospicový stacionář“)

- zvláštní zařízení specializované paliativní péče (např. specializované poradny a tísňové linky, zařízení určená pro určité diagnostické skupiny atd.)

Paliativní péče

Je aktivní péče poskytovaná pacientovi, který trpí nevléčitelnou nemocí v pokročilém nebo konečném stadiu. Cílem je zmírnit bolest a další tělesná a duševní strádání a udržet co nejvyšší kvalitu života jedince.

Paliativní péče znamená určitou filozofii péče – s důrazem na biopsychosociospirituální jedinečnost každého člověka. Jde rovněž o organizaci péče, která by umožnila saturaci potřeb nemocného ve všech výše zmíněných oblastech.

Cílem moderní paliativní medicíny: udržet dobrou kvalitu života v situaci pokročilého onemocnění. Paliativní péče je interdisciplinární, využívá expertní znalosti lékařů specialistů, úzkou spolupráci lékařů a ošetrovatelských profesí (sester), předpokládá úzkou spolupráci dalších profesí – psycholog, sociální pracovník, duchovní, předpokládá zapojení celé rodiny nemocného a využívá dobrovolnické služby.

Úkoly pro sociálního pracovníka

- umožnit pacientovi, aby se zbavil pocitu osamělosti, strachu a deprese
- udržovat u pacienta pocit jistoty sebedůvěry, důstojnosti a úcty
- povzbuzovat jeho naději
- pomáhat pacientovi při akceptování vlastní ztráty.
- Doporučené odkazy pro poradenství:
 - <http://www.linkos.cz/paliativni-lecba/paliativni-medicina/>
 - <http://www.hospice.cz/>
 - <http://www.umirani.cz/paliativni-pece.html>
 - <http://www.linkaprotiboleti.cz/index.php?id=0501>

Pro podrobnější informace odkazují studující na citovanou literaturu k samostudiu.

Student, Mühlum (2006) předkládají specifika vázaná na praxi sociální práce v hospicové a paliativní péči, která jsou dána především přístupy sociálních pracovníků k umírání, truchlení a smrti. Práce je pak orientovaná na využití odborných kompetencí k doprovázení a podpoře umírajících a jejich rodin,

zapojení širšího sociálního okolí a využití konceptů vycházejících z každodenního života lidí. Mezi hlavní principy pro praxi sociální práce v hospici autoři řadí: zamezení exkluze / podpora inkluze, empowerment (ve smyslu zmocnění směřujícího k posílení autonomie a sebeurčení člověka), podpora zvládání života, podpora zdraví jako koncept salutogeneze Arnolda Antonovského, podpora urovnání vztahů mezi právy a povinnostmi, umožnění urovnávání konfliktů a změny mocenských struktur dle Silvie Staub-Bernasconi aj. Pro uplatnění těchto principů je hlavním specifickým předpokladem zvládání potíží vyplývajících ze zkušeností s osamocněním a izolací, s psychickou zátěží v mezních situacích, s existenciální krizí smyslu, zkušeností ztráty (osoby, vztahu, životní perspektivy), rozbitím domnělých jistot a společenskými tabu. Uvedené lze aplikovat i na sociální práci realizovanou v prostředí ostatních dlouhodobých zdravotních služeb.

Otázky k zamyšlení:



1. Je paliativní péče dostupná pouze pro nemocné s onkologickou diagnózou?
2. Jaký je etický rozdíl mezi paliativní péčí a eutanázií, když pacient nakonec v obou případech umírá? Odkazují na téma etické aspekty paliativní péče In Vorlíček, Sláma, Kabelka, 2011.

Citovaná a doporučená literatura

Edwards, S., Richards, A. *Repetitorium pro zdravotní sestry*. Praha: Grada, 2004.

Holčík, J. a kol. *Civilizace a nemoci*. Praha: Futura, 2009.

Sláma, O., Kabelka, L., Vorlíček, J. a kol. *Paliativní medicína pro praxi*. Praha: Galén, 2011.

Student, J., Mühlum, A. *Sociální práce v hospici a paliativní péče*. Mnichov, HaH, 2004.

