INVESTICE DO ROZVOJE VZDĚLÁVÁNÍ
TENTO PROJEKT JE SPOLUFINANCOVÁN EVROPSKÝM SOCIÁLNÍM FONDEM A STÁTNÍM ROZPOČTEM ČESKÉ REPUBLIKY.

ZÁKLADY ZDRAVOTNICKÉ PSYCHOLOGIE

EVA ZACHAROVÁ

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

CZ.1.07/2.2.00/29.0006

OSTRAVA, 2013

Studijní opora je jedním z výstupu 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: Základy zdravotnické psychologie
Autor: Doc. PaedDr. et Mgr. Eva Zacharová, Ph.D.

Vydání: první, 2013
Počet stran: 100

Studijní opora k inovovanému předmětu: *Základy zdravotnické psychologie (KRE/ OZPSY, ZPERA, PRET)*

Jazyková korektura nebyla provedena, za jazykovou stránku odpovídá autor.

Recenzent: *PhDr. Jana Haluzíková, Ph.D.*

© Eva Zacharová
© Ostravská univerzita v Ostravě
ISBN 978-80-7464-275-3

OBSAH:

Úvod ... **6**

1 Úvod do studia zdravotnické psychologie ... **7**

1.1 Vymezení pojmu ... 8
1.2 Zdraví ... 11
1.3 Nemoc ... 12
Shrnutí kapitoly ... 15

2 Psychologická problematika nemocného ... **17**

2.1 Postoj k nemoci ... 18
2.2 Omezení životních potřeb ... 20
2.3 Omezení soukromí ... 24
2.4 Osobnostní vlastnosti nemocného ... 26
2.5 Změny v prožívání a chování během nemoci ... 28
2.6 Členění nemocných podle druhu onemocnění ... 30
2.7 Méněcennost ... 32
2.8 Psychologie ambulantně léčeného a hospitalizovaného nemocného ... 33
2.9 Sdělení diagnózy ... 34
Shrnutí kapitoly ... 35

3 Psychologická problematika nemoci ... **39**

3.1 Postoj zdravotníka a nemocného k nemoci ... 40
3.2 Autoplastický obraz nemoci ... 41
3.3 Ambivalentní prožívání nemoci ... 43
3.4 Prožívání nemoci v čase ... 43
3.5 Vztahy mezi tělesnou a duševní stránkou nemoci ... 44
Shrnutí kapitoly ... 47

4 Bolest, strach a úzkost v nemoci ... **49**

4.1 Bolest a reakce nemocného ... 50
4.2 Prožitky strachu a úzkosti ... 55
Shrnutí kapitoly ... 59

5 Nemoc jako svízelná životní situace ... **61**

5.1 Svízelná situace ... 62
5.2 Reakce na svízelnou situaci ... 66
5.3 Zvládání nemoci a těžkých životních situací ... 69
Shrnutí kapitoly ... 72

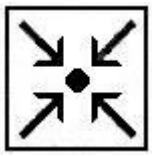
6 Zdravotník a nemocný ... **75**

6.1 Osobnost zdravotníka ... 76
6.2 Vztah mezi zdravotníkem a nemocným ... 77
6.3 Úroveň chování zdravotníků k nemocným ... 86
6.4 Vztahy mezi nemocným, rodinou a zdravotníky ... 90
6.5 Iatropatogenie ... 91
6.6 Hospitalismus a nemocný ... 93
Shrnutí kapitoly ... 96

Literatura ... **99**

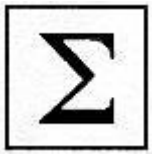
Vysvětlivky k používaným symbolům

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.

K zapamatování



Shrnutí – shrnutí předcházející látky, shrnutí kapitoly.

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

Část pro zájemce – přináší látku a úkoly rozšiřující úroveň základního kurzu. Pasáže i úkoly jsou dobrovolné.

Úvod

Předkládaná studijní opora má za cíl teoreticky seznámit studenty nelékařských zdravotnických bakalářských oborů se základy zdravotnické psychologie. Výběr témat a jejich výklad je veden snahou usnadnit pochopení látky studentům, kteří se s danou problematikou v průběhu studia setkávali v omezeném rozsahu.

Tato studijní opora není vědeckým typem odborného textu, jedná se o oporu studenta ve smyslu provázení studiem. Primární odborné prameny zde nejsou průběžně citovány a jsou souhrnně uvedeny na konci textu.

Po prostudování textu budete znát:

- Základní terminologii používanou v oblasti zdravotnické psychologie.
- Problémy spojené s prožíváním nemoci a postoje pacienta k nemoci.
- Možnosti při posouzení nemoci zdravotnickým pracovníkem a přístup nemocného ke změně zdravotního stavu.
- Problémy spojené s vnímáním nemoci jako svízelné životní situace.
- Vhodné osobnostní předpoklady pro práci ve zdravotnictví.

Získáte:

- Základní znalosti o postavení zdravotnické psychologie v systému aplikované psychologie.
- Orientaci v úloze psychologie při realizaci moderní koncepce ošetřovatelské péče.
- Poznatky o možnostech využití zdravotnické psychologie v každodenní práci zdravotníků.

Budete schopni:

- Vysvětlit jakým způsobem může společnost ovlivnit postoj obyvatel ke zdraví.
- Objasnit jakou roli hraje nemoc při omezování životních potřeb pacienta.
- Pochopit na jakých okolnostech závisí změny v prožívání a chování během nemoci.
- Pochopit jak posuzuje nemoc zdravotnický pracovník a jak k ní přistupuje pacient.
- Vysvětlit pojmy bolest, strach a úzkost a jejich vliv na průběh onemocnění.
- Vysvětlit které faktory mohou ovlivnit profesní chování sestry.

1 Úvod do studia zdravotnické psychologie

V této kapitole se dozvíte:

- Jak jsou dle WHO definovány pojmy zdraví a nemoc.
- Jaké místo zaujímá zdravotnická psychologie v systému aplikované psychologie.
- Proč má zdraví a nemoc bio-psycho-sociální základ.

Po jejím prostudování byste měli být schopni:

- Vysvětlit na co se konkrétně zaměřuje psychologie zdravotnické činnosti.
- Objasnit pojmy klinická psychologie, zdravotnická psychologie, psychologie péče o nemocného, psychologie zdravotnické činnosti.
- Charakterizovat jaké místo zaujímá zdravotnická psychologie v systému vědy.

Klíčová slova kapitoly: Psychologie nemoci, zdravotnická psychologie, klinická psychologie, péče o nemocného, psychologie zdravotnické činnosti, zdraví, nemoc.

Průvodce studiem

Na zvládnutí této kapitoly budete potřebovat asi 2 hodiny, tak se pohodlně usaďte a nenechte se nikým a ničím rušit.

Psychologie zdraví - zdravotní či zdravotnická psychologie - je aplikovaná psychologická disciplína, kterou využívají profesionální odborníci na celém světě. Jedná se o obor, jemuž jde v první řadě o poznávání psychologických faktorů, které hrají svoji roli jak ve zdraví, tak i v nemoci. Hlubší pochopení obecných zákonitostí lidské psychiky je základním stavebním kamenem, z něhož lze budovat systém poznatků psychologie ve zdravotnictví. Ve vztahu zdravotník a nemocný, jenž spoluurčuje výsledky diagnosticko-terapeutické činnosti, je v textu věnována pozornost subjektivitě nemocného, jeho potřebám, postojům, chování, ale i prožívání nemoci jako svízelné situace a psychologii vzájemného vztahu mezi zdravotníkem a nemocným. Snahou této

publikace je předložit studijní text tak, aby vedl vás, studenty této problematiky, k samostatné úvaze o vlastní aplikaci na úseku odborné činnosti ve zdravotnické praxi.

1.1 Vymezení pojmu

Ve zdravotnictví se psychologie může uplatnit ve všech oblastech klinické medicíny jako obor, který teoreticky rozvíjí poznání nemocného, ale hlavně aplikuje systém svých poznatků a metod na poznání a léčbu nemocných, na prevenci a adaptaci, v poradenské činnosti, na přípravě a v dalším vzdělávání zdravotnických pracovníků na různých úsecích práce. **Psychologie nemoci, nemocného a zdravotnické činnosti** plní ve vztahu k moderním koncepcím ošetřovatelství úlohu významného, úzce spolupracujícího oboru. Psychologie je zdrojem důležitých podnětů pro kvalitní práci zdravotníků, jejich kvalifikovaný, přemýšlivý a účinný způsob práce s pacienty. Uznání psychologické složky práce zdravotníka souvisí s pojetím komplexního přístupu k nemocnému.

Z tohoto pojetí, dnes už všeobecně uznávaného, vyplývá, že v péči o nemocného se nelze bez psychologie obejít. V minulosti sloužily lékařům a zdravotnickým pracovníkům k jejich práci poznatky z oblasti klinické psychologie, které byly v teoretické části uplatňovány v lékařské a částečně i zdravotnické psychologii. Nové poznatky vědy a výzkumu jak na úseku medicíny, tak ošetřovatelství, orientují pozornost odborníků na úsek zdravotnické psychologie k využívání psychologických poznatků ve zdravotnictví.

Klinická psychologie

- Je „*obor, který se specializuje na diagnostiku, léčení a společenské přizpůsobení osob s relativně závažnými psychickými potížemi a poruchami. Klinická psychologie se podílí na vytváření taxonomie duševních poruch a poruch chování, na základě kterých je možné stanovit diagnózu“*. (Plháková, 2004, s. 29).
- *„Realizuje aplikaci psychologických poznatků v klinické praxi“*. (Křivohlavý, 2001, s. 24).

- *„Je vědeckou disciplínou aplikované psychologie“*. (Kondáš, 1980, s. 15).
- Vymezuje se jako *„speciální odvětví psychologie, které zkoumá nemocného člověka vzhledem na potřeby diagnózy, léčbu a prevenci“*. (Kondáš, 1980, s. 14).

Zdravotnická psychologie

- Je *„oblast klinické psychologie přispívající svými poznatky k zefektivnění terapeutického procesu“*. (Greisinger, Jobánková, 1990, s. 122).
- Je to „*skutečná oblast psychologie péče o nemocného: osud a bytí nemocného v jeho léčebném prostředí*“. (Hárdi, 1972, s. 16).
- *„Psychologie aplikovaná ve zdravotnictví“*. (Náhunek, Bouchal, in Křivohlavý, 2001, s. 24).

Psychologie zdraví

- Je „*speciální psychologická vědní disciplína, která se zabývá rolí psychických faktorů při udržování dobrého zdravotního stavu, prevencí nemocí, zvládáním negativních zdravotních stavů, poskytováním psychologické pomoci pacientům v průběhu uzdravování a při vyrovnávání se s chronickými nemocemi“*. (Schwarzer, in Křivohlavý, 2001, s. 24).
- *„Zkoumá, jak se určité typické způsoby chování, myšlení a cítění vztahují k tělesné a psychické kondici. Zabývá se tedy diagnózou, léčením a prevencí různých onemocnění, zkoumá a podporuje zásady zdravého způsobu života“*. (Plháková, 2004, s. 30).

Zdravotnický pracovník v léčebném procesu je v určitém vztahu k pacientovi, ke zdravotnické práci a k sobě samotnému. Hodnota tohoto vztahu není bezvýznamná. Poznatky ze zdravotnické psychologie se v praxi mohou uplatňovat kvalifikovaně a především systematicky. Zdravotnický pracovník by měl mít vědomosti z různých oblastí psychologie, aby je mohl uplatňovat v každodenní zdravotnické činnosti.

Hárdi (1972, s. 16) charakterizuje psychologii péče o nemocného takto:
„Je to ono praktické (zčásti uplatňované) vědecké odvětví, jež se v oblasti terapeutické a ošetřovatelské činnosti zabývá psychologickými vlivy působícími na nemocného, jakož i problémy chování, podmíněného četnými možnými situacemi; ohniskem je přitom vztah mezi nemocným a léčebným prostředím, mezi lékařem a pacientem, mezi nemocným a zdravotní sestrou, přesněji mezi lékařem, zdravotní sestrou a pacientem“.

Uplatnění psychologie v lékařských vědách bylo umožněno jednak prudkým rozvojem medicínských oborů a samotné psychologie, jednak zásadními změnami ve struktuře společnosti a novým pojetím péče o člověka.

Zdravotnická psychologie, někdy také označovaná jako psychologie zdravotnické činnosti, musí přihlížet jak ke speciální psychologické a sociálně psychologické problematice jednotlivých úseků zdravotnické činnosti a jednotlivých lékařských oborů, tak k obecným otázkám, které jsou společné pro medicínu a zdravotnickou činnost jako celek.

Z toho, co bylo dosud uvedeno, vyplývá, že psychologie zdravotnické činnosti je: *„…speciální aplikovanou oblastí psychologie s vyhraněnou oblastí zkoumání, vymezenou aplikační sférou a s nároky vypracovat si vlastní metodologické prostředky ke studiu své tématiky“*. (Hárdi, 1972, s. 17).

Psychologie zdravotnické činnosti je tedy jedna ze speciálních oblastí aplikované psychologie. Zaměřuje se zejména na oblasti terapeutické a ošetřovatelské péče i ostatních úkonů spojených s diagnostickými a terapeutickými procedurami; studuje osobnostní a psychosociální předpoklady nemoci a léčebných zákroků, vztah mezi zdravotníkem a pacientem, jakož i vztahy mezi pacienty a mezi zdravotníky navzájem.

Psychologie zdravotnické činnosti se týká jak práce lékaře, tak zdravotní sestry a ostatních zdravotníků. I když profesní zaměření lékaře a zdravotní sestry je značně odlišné, v přístupu k pacientovi a k psychologickým důsledkům zdravotnické práce by neměly být zásadní rozdíly mezi lékařem a sestrou.

Domnívám se, že dokonce povaha práce zdravotní sestry je z hlediska psychologického přístupu různorodější. Nelze ovšem zapomínat ani na okolnosti, že psychologicky a terapeuticky vhodné prostředí je výsledkem součinnosti celého kolektivu, celého zdravotnického týmu. Studium psychologické problematiky umožňuje zdravotníkovi prohloubit dosavadní zkušenosti a osvojit si psychologický způsob myšlení a jednání.

1.2 Zdraví

V průběhu staletí se pojetí zdraví měnilo. I v současnosti se setkáváme s velice pestrým pojetím zdraví, které může být pojímáno úzce v souvislosti se zdravím těla, tedy fyzický stav člověka, jako zboží v oblasti komerčního pojetí nebo také jako genetický předpoklad, který se v průběhu života mnohými vlivy mění.

Křivohlavý (2001, s. 40) definuje vztah zdraví a kvalitu zdraví s ohledem na spokojenost daného člověka s dosahováním cílů určujících směřování jeho života.

„Zdraví je celkový (tělesný, psychický, sociální a duchovní) stav člověka, který mu umožňuje dosahovat optimální kvality života a není překážkou obdobnému snažení druhých lidí“.

Velmi rozšířené pojetí zdraví člověka vychází z definice, která je od roku 1947 obsažena v ústavě Světové zdravotnické organizace (WHO): *„Zdraví je stav úplné tělesné, duševní a sociální pohody a ne pouze nepřítomnost nemoci nebo vady“*.

Zdraví je v této definici vymezováno třemi vzájemně rovnocennými složkami – tělesnou, duševní a sociální. Lidské zdraví je tedy pokládáno za relativně složitý systém, v němž subsystém fyzický, psychický a sociální tvoří společný, se svým okolím existenčně spjatý dynamický celek.

S pomocí těchto tří rovin se pojem zdraví člověka s konečnou platností vymanil z tradičního biologizujícího pojetí, které se v medicíně v minulosti hluboce zakořenilo. Vymezení zdraví člověka se vztahuje na jedince neoddělitelně **spjatého se sociálním prostředím.**

Nemoc je z tohoto hlediska **poruchou systému člověk – prostředí**. Je to potenciální vlastnost organizmu vyrovnat se v průběhu života s určitými nároky prostředí, v němž člověk žije.
V posledních desetiletích je přijímán názor, že nemoc má stejně jako zdraví mnohofaktorový, **bio-psycho-sociální základ**.
Nejen jednotlivé faktory životního prostředí, ale především jejich vzájemná interakce s lidským organizmem a způsobem života člověka vyvolávají nemoci nebo přispívají k jejich rozvoji.

V roce 1984 zveřejnila WHO upravenou definici zdraví:
„Zdraví je stav, který na jedné straně umožňuje jednotlivcům i skupinám lidí poznat vlastní cíle a uspokojovat potřeby a na druhé straně reagovat na změny a vyrovnávat se se svým prostředím. Zdraví se tedy chápe jako zdroj každodenního života a ne jako cíl života. Jde o pozitivní koncepci, která zahrnuje společenské a osobní zdroje stejně jako fyzické možnosti“.

V současné době si nemůžeme klást za cíl jen zbavit člověka nemoci, ale stále více musíme mít na zřeteli potřebu optimálního rozvíjení a využívání všech jeho pozitivních biologických, psychických a sociálních vlastností a schopností.

Zdraví tedy nelze chápat jako něco definitivního, něco, v čem lze nalézt změřitelný konec, ale jako proces, v němž je možný maximální rozvoj, daný možností organizmu. Jako životní proces se zdraví mění okamžik od okamžiku spolu s proměnami systému organizmu – prostředí. A právě toto přizpůsobování nárokům okolního přírodního a sociálního prostředí je důvodem toho, že **zdraví člověka nelze chápat jinak než jako dynamickou skutečnost.**

1.3 Nemoc

Pojem nemoc prošel dlouhým vývojem, odrážejícím nové vědecké poznatky biologických oborů. V posledních desetiletích se poukazuje na omezenost výslovně biologického přístupu k nemoci a požaduje se respektování psychologických i sociálních dimenzí. Při vymezování tohoto pojmu je vhodné

vycházet zpět z pojetí jednoty a celistvosti organizmu a prostředí. Tento přístup umožňuje chápat nemoc stejně jako zdraví v rovině životních procesů člověka, které se odehrávají v systému člověk a prostředí.

Nemoc v tomto pojetí pak není ničím jiným než poruchou tohoto systému. Vlastnosti organizmu zmenšují, respektive omezují možnosti organizmu vyrovnat se v průběhu života s určitými nároky prostředí, v němž člověk žije. Nemoc má stejně jako zdraví svůj aspekt biologický, psychický a společenský.

Stejně jako zdraví, má i nemoc několik definic.

Slovo **nemoc** je definováno jako **porucha zdraví.** Nemocný člověk je stižený nemocí. Anglický termín pro nemocného člověka „ill" je chápán jako stav, kdy je něco v nepořádku, kdy to není dobré, kdy to, co má něco dělat, funguje jen s obtížemi, kdy se určitá funkce vychyluje z běžných mezí.

Praktický slovník medicíny (1994, s. 229) definuje:
„Nemoc je stav organizmu vznikající působením zevních či vnitřních okolností, které narušují jeho správné fungování a rovnováhu".

„Nemoc (illness) je osobní vztah, ve kterém se osoba necítí být zdráva. Může a nemusí být ve vztahu k chorobě". (Staňková, 1997).

Bártlová (1996, s. 19) definuje nemoc jako *„poruchu schopnosti individua plnit očekávané úkoly a role"*.

V tomto pojetí znamená tedy nemoc odchylku od normální sociální role. Hlavním důvodem tohoto chápání nemoci je společenská nežádoucnost takového stavu a odchýlení se nemocného člověka od očekávání, které vůči němu má společnost.

Nemoc, na rozdíl od pocitu zdraví, **přináší potíže**. Je pro většinu lidí náročnou životní situací, která je vnímána často jako obtížně zvládnutelná, někdy jako nezvládnutelná.

Nemoc mění obvyklý způsob života, zpravidla mění dosud navyklý denní stereotyp a denní program, po kratší či delší dobu omezuje člověka v jeho běžných zvyklostech. **Dochází k neuspokojování celé řady potřeb.**

Z hlediska přístupu různých vědních oborů k otázce zdraví je choroba jevem organickým, kdežto zdravotní nepohoda jevem psychologickým a sociologickým.

U každé nemoci bylo nutno rozlišovat tři roviny:

- biologickou (somatickou);
- psychologickou;
- sociální.

Současná medicína stále více připouští nezbytnost zkoumání psychologické a sociální dimenze nemoci, ale v tradičním pojetí dominovalo biologizující pojetí nemoci.

Medicínský (biologizující) model nemoci se plně vyvíjel během minulého století na základě rozvoje přírodovědeckého poznání v době, kdy se začaly objevovat různé mikroorganismy jako vlastní příčiny infekčních onemocnění. Tento etiologický konstrukt se pak stal jakýmsi ideálním vzorem, jak by asi měl vypadat vědecký výklad vzniku a rozvoje každého onemocnění.

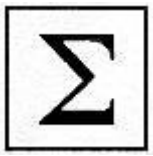
Psychologický model nemoci vychází z psychoanalýzy, která vypracovala model nemoci, jenž ovšem nepředstavoval ucelenou koncepci a podléhal dalšímu vývoji. Jedno z nejpropracovanějších pojetí psychoanalytického modelu nemoci vytvořil již v sedmdesátých letech 20. století Balint.

Sociologický model nemoci chápal nemoc jako sociální jev. Nemoc znamená obvykle změnu v chování individua a s ní související odezvu jeho okolí.

Současné pojetí medicíny chápe zdraví a nemoc jako komplexní jev, ve kterém panují složitě podmíněné vztahy mezi somatickou a psychickou sférou, mezi osobností pacienta a jeho širším sociálním prostředím. Pro zdravotnickou praxi

z komplexního přístupu vyplývá, že jedinec nemůže být posuzován izolovaně, nýbrž jako celistvá osoba a osobnost, a to navíc začleněná do určitého sociálního prostředí. Sociální prostředí pak mnohdy podstatným způsobem, prostřednictvím psychických procesů, ovlivňuje somatické pochody, zdravý nebo poruchový vývoj člověka.

Shrnutí kapitoly



Zdravotnická psychologie jako významná psychologická disciplína zaujímá své důležité místo v systému medicínských i ošetřovatelských věd. Zabývá se psychologickou problematikou nemocného člověka, psychologickými aspekty, jakož i vazbou na jedince či skupiny ze sociálního prostředí nemocného. Pojmy zdraví a nemoc získaly v průběhu 20. století nové rozměry. Prvním oborem, který studoval problémy a role psychologických faktorů na zdraví a nemoci, byla psychosomatická medicína jako vědní obor, který vznikl z poznání, že fyzické nemoci mají své emocionální a psychické složky a že psychické a somatické faktory jsou v interakci tam, kde vznikají nemoci.

Kontrolní otázky a úkoly:

1. Jaké místo má psychologie při realizaci moderní koncepce ošetřovatelské péče?
2. Proč se v současné době klade důraz na začlenění psychologie do komplexu medicínských věd?
3. Co znamená z pohledu medicínského, psychologického a sociologického pojem nemoc?

Otázky k zamyšlení:

1. Zamyslete se nad významem zdravotnické psychologie v současném terapeuticko-ošetřovatelském procesu. Vyberte si z uváděných definic zdraví a nemoci tu, které podle vás nejlépe charakterizuje tuto oblast. Zdůvodněte svou volbu.
2. V čem mohou být znalosti ze zdravotnické psychologie užitečné v každodenní práci zdravotníků?

3. Vysvětlete, jakým způsobem může společnost ovlivnit postoj obyvatel ke zdraví.

Citovaná a doporučená literatura

- Bártlová, S. Vybrané kapitoly ze sociologie medicíny. Brno: IDV PZ, 1996. ISBN 80-7013-233-7.
- Bouchal, N. Psychologie v lékařství. Brno: MU, 1993. ISBN 80-210-0641-2.
- Greisinger, J., Jobánková, M. a kol. Základy psychologie pro SZP. Martin: Osveta, 1990. ISBN 80-217-0123-4.
- Hárdi, I. Psychologie péče o nemocného. Praha: Avicenum, 1972.
- Kondáš, I. Klinická psychológia, Martin: Osveta, 1980.
- Křivohlavý, J. Psychologie zdraví. Praha: Portál, 2001. ISBN 80-7178-551-2.
- Křivohlavý, J. Psychologie nemoci. Praha: Grada, 2002. ISBN 80-247-0179-0.
- Mohapl, P. Úvod do psychologie nemoci a zdraví. Olomouc: UP, 1992. ISBN 80-7067-127-0.
- Mohapl, P. Vybrané kapitoly z klinické psychologie I., II. Olomouc: UP, 1990.
- Plháková, A. Učebnice obecné psychologie. Praha: Academia, 2004. ISBN 80-200-1086-6.
- Staňková, M. Lemon. Praha: Mikada, 1997, č. 4. ISBN 80.7013-248-5.
- Vokurka, M., Hugo, J. Praktický slovník medicíny. Praha: Maxdorf, 1994. ISBN 80-85800-22-5.
- Zacharová, E., Šimíčková-Čížková, J. Základy psychologie pro zdravotnické obory. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-4062-1.

2 Psychologická problematika nemocného

V této kapitole se dozvíte:

- Jak prožívá nemocný člověk nemoc a jaké jsou jeho postoje k nemoci.
- Jakou roli hraje nemoc při omezování životních potřeb pacienta.
- Proč je důležité jednotné působení zdravotnického týmu při sdělování diagnózy.

Po jejím prostudování byste měli být schopni:

- Vysvětlit jak nemocný může prožívat nemoc a jaké jsou jeho reakce.
- Vysvětlit jak může nemoc zasáhnout do soukromí nemocného.
- Objasnit rozdíly mezi ambulantně léčeným a hospitalizovaným nemocným.
- Charakterizovat osobnostní vlastnosti nemocného a faktory, které jsou schopny vyvolat specifické projevy chování.

Klíčová slova kapitoly: Postoj k nemoci, reakce na nemoc, lékařské tajemství, premorbidní osobnost, adaptační potíže, životní potřeby, sdělení diagnózy.

Průvodce studiem

Na zvládnutí této kapitoly budete potřebovat asi 2 hodiny, tak se pohodlně usaďte a nenechte se nikým a ničím rušit.

Hovoříme-li o nemocech a chorobách, máme obvykle na mysli pohled, který nám poskytuje soudobá medicína. Je dobré si uvědomit, že to je jen jeden z možných pohledů. Určitý pohled na nemoc a chorobu mají však i laikové – pacienti. Ukazuje se, že tento pohled není zdaleka tak jednoduchý, jak bychom si mohli myslet. Průběh nemoci je často silně ovlivněn psychickým stavem nemocného, jeho náladou, obavami a nadějí, znalostmi a neznalostmi průběhu choroby, jeho osobnostními charakteristikami, působením rodiny, školy, pracoviště i zdravotnických pracovníků a spolupacientů. Proto každý člověk prožívá nemoc zcela odlišně podle individuálních rysů své osobnosti i podle sociální situace, ve které se právě nachází. Abychom nemocnému dobře

porozuměli a mohli ho dobře ošetřovat, potřebujeme jej vidět jako celého člověka, jako organismus a zároveň jako osobnost s psychickými vlastnostmi i jako člena společnosti. I zdravotničtí pracovníci si musí stále více uvědomovat, jak nezbytná pro jejich práci bude komplexnost v přístupu k nemocnému člověku.

2.1 Postoj k nemoci

Pacient je definován v praktickém slovníku medicíny jako osoba v lékařské péči, jako léčící se nemocný člověk. Termín „pacient“ je odvozen od latinského slova „patiens“ - trpělivý, trpící od „patior“ - trpět. Obecně lze uvést, že daný člověk má dostatečně zřetelné příznaky určité nemoci tak, že je umožní ho zařadit do určité kategorie podle Mezinárodního seznamu nemocí (ICD).

Daný člověk je tedy nemocen – je pacientem. Pacientem se zpravidla nerodíme, stáváme se jím. Každý proces změny zdravého člověka v pacienta má svou stránku fyziologickou, patofyziologickou a v neposlední řadě i psychologickou a sociální.

Při narušení zdraví, při negativních změnách zdravotního stavu jedince dochází nejen k biologickým změnám, ale i ke změně sociální role, která se stává pro nemocného člověka velmi nepříjemná.

Nemoc znamená pro člověka radikální, byť dočasnou změnu sociální situace a prostředí, v němž se odehrává každodenní život.

Většina nemocných při běžných onemocněních reaguje přiměřeně situaci, přijímá diagnózu a doporučení k léčbě, dodržuje pokyny, spolupracuje ve snaze být zase zdráv. V těchto případech se většinou stav nemocného dobře upravuje nebo alespoň stabilizuje. Podle toho, jakou hodnotu má choroba pro nemocného, můžeme **postoj k nemoci rozdělit do několika skupin:**

Diferenciace postojů

Normální postoj k nemoci odpovídá skutečnému stavu nebo tomu, co bylo nemocnému o nemoci sděleno. Nemocný je na nemoc přiměřeně adaptován.

Bagatelizující postoj znamená, že nemocný podceňuje závažnost choroby, neléčí a nešetří se, navrhovaná opatření nedodržuje. Důvodem bývá často

nevhodné přeceňování svých možností, podceňování zdraví jako důležité hodnoty, ale často za tímto postojem je i strach (z bolesti, z potíží, z následků, ze ztráty osobní prestiže).

Repudiační postoj znamená zapuzení nemoci. Nemocný nebere nemoc na vědomí, nejde k lékaři, potlačuje myšlenku na nemoc a úvahy o ní. Jde o nevědomou disimulaci.

Disimulační postoj je takový, kdy nemocný záměrně zkresluje svoje potíže, případně je popírá, neinformuje lékaře správně. Motivy bývají různé, například často snaha ukončit pracovní neschopnost a co nejdříve se vrátit do zaměstnání z finančních důvodů či z pocitu nepostradatelnosti nebo ze strachu ze ztráty zaměstnání.

Nozofóbní postoj charakterizujeme jako nepřiměřenou obavu z nemoci, kdy se nemocný nechává opakovaně vyšetřovat, střídá lékaře; přeceňuje své drobné, nevýznamné potíže, obává se zejména nevyléčitelných chorob (nádorové onemocnění, AIDS). Nemocný si je vcelku vědom, že jeho obavy jsou přehnané, ty se mu však neustále vnucují a on se jim nedovede ubránit. Zde se můžeme setkat například s karcinofobií, kardiofobií atd.

Hypochondrický postoj je takový, kdy se nemocný domnívá, že trpí vážnou tělesnou nemocí nebo prožívá potíže lehčí nemoci velmi zaujatě. Svým potížím podléhá, nebojuje s nimi.

Nozofilní postoj bývá u člověka spojen s určitým uspokojením a s příjemnými stránkami nemoci. Znamená to, že nemocný nemusí plnit své povinnosti, okolí o něj více pečuje a jsou na něj brány větší ohledy. Například dítě si může hrát, číst, sledovat televizi, matka se mu více věnuje.

Účelový postoj je vystupňovaný nozofilní stav. Může být veden získáním soucitu, ohledu, únikem z nepříjemné situace (například z vojenské služby), nebo získáním určitých hodnot (např. lázeňská léčba, odchod do důchodu atd.).

Účelové reakce na nemoc mohou být více či méně vědomé, mohou být vázány na lehčí i těžší onemocnění a mohou probíhat i u člověka zdravého.

Účelové reakce

Rozlišujeme:

Agravace - tj. přehánění příznaků, zveličování. Může být nevědomá a vědomá. Příklad nevědomé agravace - např. starý opuštěný člověk přehání potíže proto, aby získal kontakt s lidmi. Vědomá, záměrná – úmyslné, vědomé přehánění potíží ze strany nemocného, aby si například prodloužil pracovní neschopnost, pobyt v nemocnici, protože zde je vyslechnut lékařem a sestrou, má si s kým pohovořit.

Simulace - vědomé předstírání nemoci a jejich příznaků, zpravidla proto, aby nemocný dosáhl nějaké výhody. Setkáváme se s ní u lidí velmi primitivních, kde je zpravidla rychle odhalíme. Dopouštějí se jí také lidé rafinovaní a vychytralí. Jsou situace, kdy nemoc, zejména krátkodobá, ne závažná, je přijímána s uspokojením a příjemnými zážitky. U dětí jde o pocit větší péče ze strany blízkých, u dospělých bývá nemoc zneužita k realizaci svých zálib a koníčků.

Repudiace - také někdy označována za nevědomou disimulaci.

Různé možné postoje nemocného k nemoci a různé reakce na její průběh by měl mít na paměti každý zdravotnický pracovník. Nemocní jsou ve svých projevech velmi vynalézaví a dokážou oklamat i zkušeného zdravotníka. Celý zdravotnický tým by proto měl dbát na to, aby správně porozuměl chování nemocného. Postoje k nemoci mohou být u různých nemocných různé, záleží na osobnosti jedince a na aktuální situaci, ve které se nachází.

2.2 Omezení životních potřeb

Život člověka můžeme charakterizovat neustálým uspokojováním různých potřeb. **Potřeba je vlastnost organismu, která pobízí k vyhledávání určité podmínky nezbytné k životu.**

Potřeby jsou výsledkem interakce mezi organismem a prostředím. Primární potřeby jsou nezbytné pro lidskou existenci, sekundární se vyvíjejí na podkladě primárních, jsou velmi individuální a činí život bohatším a příjemnějším.

Specifická podoba potřeb nemocného člověka je tedy závislá jak na charakteru nemoci, tak na klientovi samotném a na sociálních poměrech, ve kterých žije.
Uspokojování potřeb je dynamickým procesem, jejž ovlivňují obecné faktory (výchova, rodinný stav, vzdělání), společenské faktory (životní standard) a patologické stavy (horečka, bolest atd.).
Významné místo v poskytování individualizované péče je systematické a plánovité uspokojování potřeb klienta. Sestra vnímá nemocného člověka jako celek, bytost bio-psycho-sociální.

Bártlová dělí potřeby člověka na:

- potřeby, které se nemocí nemění;
- potřeby, které se nemocí modifikovaly;
- potřeby, které s nemocí vznikly.

Potřeby, které se nemocí nemění, jsou stejné jako u zdravého člověka. Patří sem zejména potřeba vzduchu, spánku, odpočinku, výživy, vyprazdňování se, pocit pohodlí a bezpečí. V nemoci však může být jejich potřeba pociťována intenzivněji anebo může dojít k posunu v důležitosti. Při hospitalizaci jsou tyto potřeby uspokojovány za pomoci sestry nebo jiného zdravotnického pracovníka.

Potřeby, které se nemocí modifikovaly, tvoří nejsložitější skupinu. Jsou velmi individuální a variabilní. Jsou ovlivněny onemocněním samotným, jeho druhem, závažností a fází. Pozornost je třeba věnovat modifikovaným potřebám sociálním. Ty se v nemoci nejdříve redukují a postupně se vracejí. Vedle redukce se může projevit i deformace dřívějších potřeb, neboť ne všichni klienti se vrací do původního stavu jako před nemocí. Potřeba aktivity se v době nemoci soustředí na boj s nemocí. Pacient nechce být jen pasivním objektem, ale chce na svém uzdravení aktivně spolupracovat. Pozitivní výsledky stimulují nemocného, pomáhají mu překonávat bolest, strach, úzkost. Fyzická aktivizace umožňuje nemocnému navazovat a zkvalitňovat sociální kontakty s okolím, odvádí jeho pozornost od potíží a podporuje jeho snahu o soběstačnost. Zdravotník by měl ve vhodných případech aktivitu nemocného cílevědomě směrovat. Dostatek informací nejen o nemoci, ale i režimu

v nemocnici přispívá ke klidu a získání si klienta ke spolupráci. Naproti tomu neinformovanost vyvolává obavy a může narušit průběh léčebného a ošetřovatelského procesu. Stále více vystupuje potřeba vzájemné komunikace a změna v přístupu zdravotníků k nemocnému člověku. Uspokojování kulturních potřeb patří mezi důležité aktivity. Svůj podíl sehrává také nemocniční prostředí, estetické a barevně laděné pokoje, čistota.

Potřeby, které nemocí vznikly, závisí na řadě okolností. Na osobnosti pacienta, charakteru, stupni závažnosti a průběhu nemoci, informovanosti o nemoci, předchozí zkušenosti, vztahu a chování okolí (lékaři, sestry, jiný klient, rodina). Naléhavá je potřeba navracení zdraví, tlumení nebo zbavení se bolesti, potřeba udržení a obnovení funkcí nebo příprava na nové sociální funkce. Jejich důležitost pramení z priorit klienta.

Poznatky o základních potřebách tvoří teoretický základ pro aplikaci ošetřovatelského procesu.

Při ošetřování nemocného musíme mít stále na paměti, že pracujeme s člověkem, jehož nálada, prožívání i chování jsou ovlivněny uspokojováním jeho biologických, psychických i sociálních potřeb.

Nemocný bývá často omezen v řadě činností, na kterých má zájem: omezení styku s přáteli, s vrstevníky, nesmí cestovat, nesmí vycházet z bytu, jíst svá oblíbená jídla, kouřit, při infekčních chorobách je izolován úplně. V dnešní době i nadstandardní jednolůžkový pokoj může způsobit silnou sociální izolaci a zkomplikovat zdravotní stav. Proto by **zdravotnický personál měl mít na paměti, že nemocný** je lidská bytost, která **potřebuje**:

Potřeby nemocného

Sociální kontakt, porozumění, pochopení a pomoc

Veškerá omezení v této oblasti spojená s pocitem nejistoty a nezájmu ovlivňují duševní stav člověka, vyvolávají smutek, neklid, pocity zklamání, úzkost, podrážděnost, mohou být prožívána velmi intenzívně a berou nemocnému chuť k životu. **Správně reagovat** na tyto problémy bývá těžké. Zdravotničtí pracovníci se musí učit, kdy a jak projevit účast s nemocným, kdy obrátit nepříjemnou záležitost v žert, kdy a jak dát najevo, že je jednání nemocného

mrzí, kdy projevy nemocného prostě ignorovat. Důležité je **zachovat vnitřní rovnováhu**, nenechat se vyprovokovat a chovat se **přirozeně.**

Bezpečí a jistota

Kladné pocity bezpečí a jistoty mají pozitivní vliv na psychiku každého nemocného. Zvláštní roli hrají u nemocných dětí, které z důvodu svého onemocnění musí být hospitalizovány. Odloučení od rodiny snáší většina dětí špatně. Dostávají se do nového, pro ně naprosto tajemného prostředí, bez citové opory blízkých osob. Děti se cítí opuštěné, traumatizované prostředím a léčebnými zážitky svých spolupacientů. Zpravidla se jim nedaří navázat citový kontakt s personálem nebo výchovnými pracovníky na oddělení, cítí se zklamané, odstrčené. Vhodným **řešením je přijetí dítěte na oddělení s matkou**, někdy i otcem. Bylo prokázáno, že v těchto situacích se pobyt dítěte v nemocnici zkracoval a léčba měla rychlejší průběh. Také **dospělý člověk** se změnou své životní role pociťuje nepříjemně přerušení kontaktu s rodinou, nepříznivě prožívá, nemá-li dostatek informací z domova nebo pravidelný telefonický kontakt. **Projevy pochopení a podpory při návštěvách a** ujištění o kladné situaci v rodině, mohou pro nemocného znamenat hodně, mohou mu zlepšit náladu i **příznivě ovlivnit zdravotní stav**.

Potřeba podnětů a činnosti

Nemocný člověk v nemocnici nebo domácím ošetření je více či méně omezen v různých činnostech, především v pohybu. Je vázán na omezené prostory, své lůžko, začíná projevovat nepříjemný pocit nedostatku činnosti, pocit nudy. Nemocný je mrzutý, náladový, kritický, mnohdy vyhledává konfliktní situace nebo s personálem nespolupracuje. Také děti tento stav prožívají nepříjemně, zvláště když si nemohou hrát s oblíbenými hračkami, musí ležet a zachovávat klid na lůžku. Všem nemocným chybí nové, zajímavé podněty a informace, které by je alespoň částečně aktivizovaly a vymanily z jednotvárné činnosti. Určité problémy s aktivizací se projevují u těch nemocných, kteří jsou upoutáni na lůžko, a jejich zdravotní stav nedovoluje jeho opuštění. Zde je vhodné udržovat a posilovat **sociální kontakt** s rodinou, **aktivizovat** nemocného k soběstačnosti, **posilovat** sebeúctu a osobnostní jistoty.

Potřeba realizace krátkodobých a dlouhodobých cílů

Ztráta životní perspektivy může mít silně nepříznivý vliv na průběh choroby. Nemocnému mnohdy chybí jasná představa nejbližší budoucnosti, hroutí se mu jeho dřívější představy, nemá před sebou jasný cíl. Tyto projevy se vyskytují převážně u nemocných s chronickým onemocněním, které může často změnit celý dosavadní způsob života i zaměstnání. Člověk se cítí vzniklou situací zaskočen, nevidí řešení ani východisko. Některá onemocnění, zvláště pak chronická, jsou velkou zátěží. Znamená to, že se člověk musí přizpůsobit úplně novým podmínkám, často musí změnit svůj dosavadní život, návyky, stravování, musí se smířit i s omezením seberealizace. Člověk někdy ztrácí svoji hodnotu sám před sebou, někdy i před rodinou, je nevyrovnaný, náladový, zhoršuje se komunikace s okolím. Často bývá depresivní, rezignuje, poddává se nemoci. Stejný problém prožívá i rodina nemocného. V těchto situacích je nutné nemocného informovat o možnosti obrátit se o pomoc a radu na **specializované poradny** pro různé druhy onemocnění, kde profesionální pracovníci dovedou vhodně **motivovat** nemocného v různých oblastech činnosti. V posledním období se do popředí zájmu nemocných dostávají různé **kluby**, které sdružují nemocné se stejnými problémy a postiženími.

2.3 Omezení soukromí

Každé onemocnění působí na člověka více či méně nepříznivě a ovlivňuje jeho chování a reakce, emoční projevy, případně i některé rysy osobnosti.

K ošetřujícímu lékaři přichází nemocný člověk zpravidla dobrovolně, do **nemocnice** se dostává rozhodnutím autority a na toto rozhodnutí má jen malý vliv**. Hospitalizace** je obvykle pro pacienta zážitkem poměrně nového druhu. Mnohé se mění nejen v somatické oblasti, ale i v jeho psychice, případně i v jeho duševním životě.

Zdravotnický pracovník si při své každodenní práci nemusí plně uvědomit, že to, co nemocný prožívá, čím prochází, může pro něj být zcela nové, nepoznané. Veškerá činnost zdravotnického personálu, ať v ordinaci praktického lékaře, v odborné ambulanci, či v lůžkové části nemocnice, silně zasahuje do soukromí nemocného, dotýká se jeho vlastního „já“.

Existuje řada rozdílů mezi nemocným člověkem v ambulantní péči a v nemocnici. Výzkumy ukazují, že málo pacientů přichází do nemocnice z vlastního rozhodnutí. Nemocnice je velmi odlišná od běžných zdravotnických zařízení, které nemocný zná ze svého života. Toto zdravotnické zařízení poskytuje diagnosticko-terapeutickou péči s vyléčením nebo alespoň usiluje o zlepšení zdravotního stavu. Je zde poskytována zdravotnická péče na zásadách humanismu ve zdravotnictví, společně s uplatňováním koncepcí moderní ošetřovatelské péče. Při hospitalizaci musíme mít stále na mysli, aby nemocný zůstal v dobrém psychickém stavu, aby se emocionálně nezhroutil a aby se aktivně osobně zapojil do léčebného procesu a uzdravení.

Lékařské tajemství

Soukromí nemocného je součástí **lékařského tajemství**, které patří k základním etickým požadavkům zdravotnického pracovníka. Lékařské tajemství nebo také **povinnost mlčenlivosti** ukládá zdravotníkům, tedy nejen lékařům, povinnost zachovávat mlčenlivost o skutečnostech, které se dověděli o nemocných v souvislosti s výkonem povolání. Povinnost mlčenlivosti se netýká jen nemoci samé, ale také údajů o životě a soukromí nemocného. V zásadě je možné podat sdělení o nemoci a nemocném jen s jeho souhlasem. Výjimku může tvořit sdělení údajů a informací pro veřejné a státní instituce, které o ně z různých důvodů požádaly, nebo jde-li o tzv. **oznamovací povinnost.**

Povinnost a poslání **sestry,** pokud jde o povinnost mlčenlivosti, je mnohem jednoznačnější, než je tomu u lékaře. Sestra není oprávněna nikomu informace o nemocných podávat, a to ani nejbližším příbuzným, zejména se pak nikdy nevyslovuje o nálezech, diagnóze, vážnosti stavu a prognóze nemoci. I ona je povinna dodržovat určité zásady ve své každodenní činnosti, k nimž ji zavazuje etický kodex sestry.

Velkým zásahem do soukromí nemocného je **obnažování**, a to jak v ordinaci, tak na pokojích před ostatními spolupacienty a vykonávání základních hygienických či vyprázdňovacích potřeb na pokoji. Někomu vadí i to, že musí používat ústavní prádlo.

Nemocný člověk prožívá rozpaky, stud, někdy i zahanbení, pokud je jeho tělo v některých místech deformováno úrazem či nemocí. Stud se ještě zvyšuje, když se člověk obává současně bolesti při vyšetření nebo ošetření a je svými projevy zahanben. Nevíme předem, jak bude člověk reagovat, a proto je nutné postupovat velmi ohleduplně a šetrně, s cílem **zachovat sebeúctu nemocného.**

2.4 Osobnostní vlastnosti nemocného

Východiskem pro pochopení osobnostních projevů pacienta je pojetí osobnosti jako jednoty a vzájemného působení faktorů biologických, psychických a sociálních. Chceme-li porozumět psychickým zvláštnostem pacientů, je nutno vnímat, jakým způsobem somatické procesy, změny i situace, ve kterých se konkrétní pacient nachází, ovlivňují a formují jeho prožitky a chování. Současně s tím vystupuje i otázka, nakolik prožitky pacienta a zejména jeho silnější emoce ovlivňují průběh procesů fyziologických.

Nemocný člověk se ocitá ve zvláštní situaci; nejen v důsledku vlastního chorobného procesu, nýbrž i vlivem dalších psychologických a sociálních faktorů, které z onemocnění vyplývají. Tato situace pak může zpětně působit na vlastnosti nemocného, jeho jednání a samotný průběh nemoci. Zdravotník je zpravidla zaměřen na správnou diagnostiku a terapii a pro značný počet nemocných se většinou nezabývá do hloubky jejich individuálních problémů. V některých okamžicích si neuvědomuje, že nemoc nemá jen ryze objektivní stránku, ale i subjektivní, osobnostní.

Průběh nemoci je často silně ovlivněn psychickým stavem nemocného, jeho náladou, obavami a nadějí, znalostmi a neznalostmi průběhu choroby, jeho osobnostními charakteristikami, působením rodiny, školy, pracoviště i zdravotnických pracovníků a spolupacientů. Proto každý člověk prožívá nemoc zcela odlišně, podle individuálních rysů své osobnosti i podle sociální situace, ve které se právě nachází. Abychom nemocnému správně porozuměli a mohli ho dobře ošetřovat, potřebujeme ho vidět jako celého člověka, jako organismus a zároveň jako osobnost s psychickými vlastnostmi i jako člena společnosti. Hovoříme zde o bio-psycho-sociální jednotě.

Zaměříme-li se na osobnostní vlastnosti nemocného, musíme si především ujasnit, které faktory mohou formovat jeho osobnost, které jsou schopny vyvolat specifické projevy jednání.

Faktory působící na osobnost nemocného:

- Situačně psychologický faktor – míra, v jaké pacient prožívá závažnost svojí situace jako celku i jednotlivých stránek jejího působení na něj.
- Samotný chorobný proces – některé nemoci, jejich průběh a následky mohou vyvolat přímo osobnostní změny.
- Sekundární vlastnosti onemocnění – zde se jedná o délku nemoci, chemický průběh, bolestivost, následky operačních zásahů, amputace, ohrožení života atd.
- Premorbidní osobnost – je osobnost před začátkem nemoci a její vlastnosti, které měl nemocný před svým onemocněním.
- Skupinové vlastnosti a věk – typické například pro určité pohlaví, věk nebo sociální či kulturní prostředí.
- Další rysy v psychice nemocných – v souvislosti s osobnostními změnami a obtížnějším přizpůsobením se nemoci je nutno si uvědomit, že někteří nemocní se nemusí vždy v těchto svízelných a pro ně kritických situacích projevovat navenek. Mohou být navenek vcelku klidní a nenápadní, i když svoji nemoc vnitřně těžce prožívají a snášejí.

Osobnostní rysy nemocného

V průběhu nemoci se v psychice nemocného člověka mohou projevit zvláštní rysy osobnosti, které ovlivní další průběh nemoci. Například **sugestibilita**, což je zvýšená vnímavost přijímat nekritické informace z okolí nemocného, bývá posílena **submisivitou**. Týká se především povahy a typu onemocnění. Ovlivňuje optimistické nebo pesimistické ladění nemocného. **Vztahovačnost** souvisí s podezřívavostí jako osobní vlastností. Nemocný člověk prožívá svou nemoc jako prioritní problém a předpokládá, že i ostatní zdravotníci se jím intenzívně zabývají.

Považuje za důležité pro sebe i ty okolnosti, výroky a události, které se ho vůbec netýkají. **Egocentrismus**, který znamená soustředění se na sebe a své problémy. **Přecitlivělost**, která vzniká oslabením a senzibilizací nervové

soustavy. Může být způsobena dlouhotrvající bolestí, strachem z diagnostických a léčebných zákroků, nespavostí atd. V průběhu nemoci mohou vzniknout u nemocného i reakce na zvláštní, novou situaci a patří sem i **adaptační potíže**, které postihují zvláště starší nemocné v novém, cizím prostředí. Ti jsou nejistí, neklidní, špatně se orientují, jsou zmateni. Nebo také **regrese**, která znamená pokles nebo návrat úrovně osobnosti na nižší stupeň. Postihuje nejen děti, ale i dospělé; dochází k omezení zájmu o vyšší sociální a kulturní hodnoty a pozornost se upírá hlavně na vlastní tělesné funkce a potíže, na příznaky choroby.

Jobánková (1992) zdůrazňuje, že nepříznivé rysy v psychice nemocného se mohou vzájemně ovlivňovat nebo i posilovat. Nemocný se stále více soustřeďuje na svou nemoc, na jedné straně se s ní nemůže smířit, na druhé ztrácí psychické síly podniknout něco, čím by tyto negativní projevy utlumil. Tím se může dostat do tzv. bludného kruhu. Zde je pak nutná kromě kvalitní léčebně-ošetřovatelské péče i psychologická podpora.

2.5 Změny v prožívání a chování během nemoci

Každé onemocnění působí na člověka více či méně nepříznivě a ovlivňuje jeho chování a reakce, emoční projevy a případně i některé rysy osobnosti. Základní ukazatele charakterizují Čechová a Mellanová:

Jedná se o emoční projevy nemoci jako jeden ze základních momentů, které vnímáme před a v průběhu propuknutí choroby. Člověk bývá náladový, mrzutý, plačtivý, projevují se poruchy spánku, neklid. Některé problémy provázené bolestí mohou tyto emoce násobit. Jiným způsobem prožívá situaci dospělý člověk, jinak dítě, či jeho rodina. Mnohdy akutní onemocnění provázené silnou bolestivostí, jako je například bolest zubů, zánět středního ucha atd., může vyvolat intenzívní emoční reakci. Oproti tomu chronická onemocnění s trvalými následky, které v daném okamžiku nepůsobí problémy, nemusí brát nemocný vážně. Důležitou roli zde hrají předchozí nepříjemné zdravotnické problémy, ale také osobnost zdravotnického pracovníka.
Fyziologickým signálem nemoci bývá často bolest, která upozorňuje organismus na poruchu nebo poškození a bývá vnímána u každého nemocného

jinak. Prožívání bolesti vypovídá jednak o stavu organismu, jednak o osobnosti nemocného. Svoji úlohu zde sehrává například věk nemocného, intenzita bolesti, doba, po kterou bolest působí, ale i doba, kdy působí, tj. ráno, celý den či v noci. Svůj podíl má únava, strach a nejistota a v neposlední řadě i okolí nemocného.

Významnou roli hraje **profesionální přístup**, který je základem ošetřovatelské péče zdravotnických pracovníků. Proto je nutné, aby všichni, kdo přicházejí do pravidelného kontaktu s nemocnými, byli kromě odborných znalostí připraveni zvládnout i širokou oblast psychologie nemocných, komunikačních dovedností, empatie a psychohygieny. U chronicky nemocných můžeme pozorovat určité odchylky chování, které se týkají jejich vnitřního prožívání této chronickou nemocí změněné situace i jejich sociálního života, jejich vztahu a jednání s druhými lidmi.

Změny v prožívání během nemoci jsou závislé na bio-psycho-sociálních faktorech, které nemoc ovlivňují. Nemoc akutní, chronická, defekt, úraz znamenají silný zásah do života člověka a jeho nejbližších sociálních vztahů. To, jak tuto náročnou životní situaci lidé prožívají a jak se s ní vyrovnávají, záleží na množství informací, které mají. Tedy, co vědí o nemoci, její léčbě a prognóze. U pacienta je prožívání nemoci závislé také na jeho sociální zakotvenosti, zvláště v rodině, která může, ale také nemusí vytvářet bezpečné zázemí a podporu. Mezi další okolnosti ovlivňující prožívání nemoci patří vlastní léčebná a ošetřovatelská péče - především důvěra v lékaře a zdravotnické zařízení a v neposlední řadě průběh onemocnění. Všechny předchozí okolnosti jsou závislé na osobnosti pacienta, protože člověk sám, jeho povaha, postoje a zkušenosti tvoří konečnou podobu toho, jak situaci vyvolanou nemocí hodnotí, prožívá a jak se nakonec chová.

Vážné onemocnění znamená mnohdy výzvu pro pacienta i jeho nejbližší, výzvu k vyrovnání se s jeho důsledky a omezujícím způsobem života. Zde hraje hlavní roli to, jak lidé nemoc vnímají a hodnotí co do nebezpečnosti. Člověk, který se cítí být nemocen, se zároveň cítí být ohrožen. Chronické, těžké a nevyléčitelné onemocnění, obdobně jako umírání, představuje pro

člověka velkou zátěž a zkoušku jeho osobnosti. To se týká nejen pacientů a důležitých osob jejich života, ale i zdravotníků.

Reakce na závažnou diagnózu bývá u nemocného ovlivněna řadou faktorů, od věku nemocného, průběhu a délky nemoci, přes bolestivé vyšetřovací metody či vztah k rodinným příslušníkům a má zpravidla několik fází.

Na závažnou diagnózu či blížící se smrt reagují lidé různým způsobem. Bouchal uvádí řadu různých reakcí:

- smíření a vyrovnání (přijetí nevyhnutelného);
- pasivní rezignace (netečnost a nezájem);
- únik do vzpomínek na to, jaké to kdysi bylo;
- únik do fantazie a úvah o nesmrtelnosti;
- pozitivní kompenzace – snaha o dokončení rozdělaného díla;
- negativní forma kompenzace – propadnutí alkoholu, drogám, přejídání, sexuálním výstřelkům atp.

2.6 Členění nemocných podle druhu onemocnění

U psychologické problematiky nemocného nemůžeme opomenout určité skupiny nemocných, kteří se od sebe podstatně liší, a to typem onemocnění, které je postihlo. Pro člověka je důležité, v jaké formě nemoc přichází:

Formy nemoci

Nemoc přichází z plného zdraví, jako **akutní forma**. Její symptomatologie je natolik vyhraněná, že obvykle stav nemocného zneklidní i laické okolí. I sám nemocný je psychicky alternován, náhlá změna zdraví mu nahání strach a úzkost. Zvláště vystupňované jsou příznaky u akutních stavů, které mohou bezprostředně ohrozit život nemocného. Mezi symptomy stavů ohrožujících život patří například klinická smrt, náhlá dušnost, šokový stav, křečové stavy, ischemická bolest u srdce (IM), ischemická bolest břišní, poruchy vědomí. Akutní stavy se hlásí celou řadou příznaků, které musí umět zdravotník zachytit, rozlišit a poskytnout při nich rychlou pomoc.

Jedná se o **chronické onemocnění.** V současnosti tato onemocnění mnohonásobně převažují nad akutními stavy. Stávají se problémem

biologickým, společenským, ale i psychickým. Chronická nemoc je porucha zdraví, která trvá dlouho, často je problémem celoživotním, např. diabetes mellitus. Mnohdy neznáme její začátek, ani její konec. Prognóza u chronických nemocí je většinou nejistá. Nemoc má různý vývoj, od stavů zhoršení přes dlouhotrvající remise. Chronické onemocnění je velkou zátěží pro člověka, který se musí přizpůsobit úplně novým podmínkám. Nemocný často bývá depresivní, rezignuje, poddává se nemoci. Stejné problémy prožívá i jeho rodina. Onemocní-li chronickou chorobou dítě, je nebezpečí, že hyperprotektivní přístup rodiny se stane trvalým a může dojít k nežádoucímu utváření osobnostních vlastností dítěte. U chronicky nemocných jedinců je vhodné na základě posouzení akutního zdravotního stavu orientovat jejich činnost na aktivity, které zvládnou. Jde o určitou formu realizace a kompenzace svého postižení nebo nemoci.

Jde o **osoby s trvalými defekty** v oblasti smyslové, tělesné nebo mentální. Postižení mohou být nejrůznějšího druhu, podstatná je zde skutečnost, kdy k postižení došlo; zda při narození, raném dětství, mládí nebo v období dospělosti. Je známo, že u dětí se uplatňují rychlejší adaptační mechanismy, které souvisí i s výchovou a vzděláváním ve speciálních zařízeních. U dospělých se postupně mobilizují kompenzační tendence, které jim umožní další uplatnění v životě. Zařadit postižené spoluobčany do společnosti znamená také ale vychovávat zdravou populaci k tomu, aby uměla s postiženými občany žít, porozumět jejich potřebám, jejich zvláštnostem, aby je byla schopna tolerovat, případně s nimi spolupracovat, zaměstnávat je, aby postižení jedinci mohli prožít pokud možno plnohodnotný život.

Velmi vážně nemocný člověk může nemoc prožívat, aniž by tušil její závažnost. Někdy je informován jen zčásti, ale tuší nebezpečí a problémy, které se prohlubují. Do této skupiny patří i nemocný, který se o závažnosti choroby právě dozvěděl a sdělení popírá, nebo prochází popsanou reakcí na závažnou diagnózu. Ve všech těchto případech je důležité ovlivňovat psychický stav nemocného. Zdůraznit možnosti moderních léčebných metod, vytvořit prostředí důvěry a spolupráce a odvádět pozornost k činnostem a tématům, které mají pro nemocného význam.

Pro všechny tyto oblasti nemoci je nezbytné, aby veškerý zdravotnický personál postupoval jednotně a profesionálně. Vhodná je návaznost dílčích úkonů celého zdravotnického týmu, ve kterém má nezastupitelné místo psycholog. Nalézt správný přístup k vážně nemocnému nebo dokonce umírajícímu člověku je velmi obtížné a patří to k vrcholným profesionálním dovednostem sestry nebo lékaře.

2.7 Méněcennost

Základním rysem současného ošetřovatelství je systematické hodnocení a plánovité uspokojování potřeb zdravého i nemocného člověka. Potřeba je chápána jako projev nějakého nedostatku, chybění něčeho, a to je třeba napravit. Je něčím, co lidská bytost nutně potřebuje pro svůj život. Prožívání nedostatku ovlivňuje psychickou činnost člověka. V termínu „potřeba“ je zdůrazněna jednota vnitřního s vnějším. Pojem „potřeba“ vyjadřuje ale také určité nedostatky biologické i nedostatky v sociálním životě jedince. Různí psychologové sestavují různé indexy potřeb. Ve zdravotnictví se v současné době nejvíce využívá hierarchie potřeb podle A. H. Maslowa.

Jak už bylo uvedeno, potřeby člověka jsou individuální a zcela individuální bude i psychická odezva neuspokojené potřeby. Každý člověk zvládá a vykonává aktivity denního života jedinečným způsobem podle svých zvyklostí. Zdravý člověk je schopen zvládnout tyto činnosti bez pomoci jiné osoby. V ošetřovatelství používáme termíny sebepéče a soběstačnost.

Pojem **sebepéče** jako jeden ze způsobů ošetřovatelské péče definuje péči zajišťovanou vlastními silami. **Soběstačnost** vyjadřuje samostatnost nemocného při vykonávání denních aktivit.

Nemocný člověk může mít aktuálně i potencionálně sníženou schopnost vykonávat každodenní činnosti.

Dlouhodobé problémy mohou postupně vyústit v pocity **méněcennosti.** Jobánková uvádí, že méněcennost vyplývá z toho, jak člověk srovnává svůj stav, příznaky své nemoci a své životní vyhlídky se situací, která byla před onemocněním nebo před poruchou. Tyto pocity většinou nevyplývají přímo z defektu, ale z postoje k defektu a jsou výsledkem sebehodnocení.

Pocity méněcennosti vyplývají z poruch a vad tělesných nebo psychických. Velký vliv na tyto stavy mají i povahové rysy osobnosti, například neprůbojnost, prchlivost. Předpoklady sníženého sebehodnocení se obvykle vyvíjejí již od dětství, v důsledku výchovy omezující samostatnost a sebevědomí dítěte. Opakované neúspěchy, kritika a posměch bez vhodné motivace jedince mohou být podkladem pocitů méněcennosti, které se mohou plně rozvinout v období nemoci. V tomto období je silně změněn jak biologický, tak i psychický stav nemocného člověka a jeho reakce mohou tedy být naprosto nepřiměřené.

Bezmocnost, a to i přechodná, vede snadno k pocitu zahanbení a k pocitu méněcennosti. U nemocného můžeme nejednou najít i pohrdání sebou samým, které se vnucuje, i když ví, že k tomu nemá důvod. Sestra má vědět, že každý člověk si zaslouží úctu a respekt, a má tedy umět ji projevit. Někdy se jedná o vhodně volená slova, jindy jen o trpělivost a vlídnost při práci s nemocným člověkem.

2.8 Psychologie ambulantně léčeného a hospitalizovaného nemocného

Nemocný člověk je **přijímán do nemocnice** z léčebných nebo diagnostických důvodů. Některé léčebné úkony lze provádět prakticky pouze v nemocnici, někdy je ošetřování technicky náročné, nemocný musí být stále pod kontrolou. Také mnohá vyšetření dnes vyžadují speciální přípravu, po výkonu pak klid na lůžku či pravidelnou kontrolu.

Hospitalizace je určitou zárukou, že pacient bude dodržovat léčebný režim a při správně vedené terapeuticko-ošetřovatelské péči je i předpoklad, že se aktivně zapojí do vlastního léčebného procesu.

Umístění do nemocnice je, bez ohledu na nemoc, vážnou změnou ve způsobu života, kterou člověk prožívá nepříjemně, ať už se jedná o řád nemocnice, tj. vstávání, usínání, sledování televizoru, nebo společné sociální zařízení.

Zasažena je i psycho-sociální sféra života nemocného člověka, a to narušením jeho soukromí. V tom, jak pacient snáší pobyt v nemocnici, existují značné rozdíly. Jsou jedinci lehce přizpůsobiví, kteří rychle navazují přátelství, jiní velmi citliví, snášející nemocniční prostředí špatně. Jsou však i skupiny

pacientů, zvláště z řad starších nemocných, kterým pobyt v zařízení vyhovuje, protože zde mají kromě lékařské péče zajištěny i tzv. hotelové služby.
Z psychologického hlediska je většinou výhodnější, pokud může nemocný člověk zůstat v domácím prostředí. Zde lépe zvládá bolest, strach a úzkost a cítí se zde bezpečněji. Přítomnost členů rodiny jej většinou uklidňuje a rozptyluje.

Rozvoj medicíny a nové trendy v diagnosticko-terapeutické oblasti umožňují některé problémy nemocného člověka řešit **ambulantní péčí.** Ta by měla odpovídat zdravotnímu stavu pacienta, s ohledem na duševní stav.
Čekárna, kde pacient tráví dobu před vstupem do ambulance, by měla splňovat určité hygienicko-estetické požadavky, měl by zde být vytvořen určitý systém pořadí. Ideálním řešením je systém objednávání, který nejen zkrátí čas prožitý v čekárně, ale sníží i napětí a negativní prožitky nemocného člověka. Nejdůležitější roli zde sehrává sestra, která zajišťuje kontakt mezi čekárnou a ambulancí, do které nemocný vstoupí. Je vhodné, aby zde pracovaly profesně zkušené sestry, vlídné a zdvořilé, které dovedou jednat s lidmi a které umí pozitivně ovlivnit psychický stav pacienta. Celý léčebný proces je pro každého nemocného v daném okamžiku prioritou a na celkovém výsledku se nemalou měrou podílí i profesionalita zdravotníků.

2.9 Sdělení diagnózy

Seznámit se s diagnózou je prvořadým zájmem nemocného člověka. Když se nemůže dlouho diagnózu dozvědět a vyšetřování se neustále protahuje, začne být více a více neklidný a něco se v jeho psychice děje. Prodlužující se doba čekání na diagnózu stále víc zhoršuje i psychický stav člověka a jeho obavy rostou.
Jestliže nemocnému o jeho chorobě nic neřekneme, bude sám po diagnóze pátrat, vyloží si získané informace nebo lékařské zprávy sám nebo pomocí známých či literatury, čímž mohou vzniknout často nepodložené úvahy o podstatě nemoci a její prognóze.
Sdělení diagnózy přísluší lékaři. Úkol seznámit pacienta a jeho příbuzné se zdravotním stavem, srozumitelně vysvětlit podstatu choroby a její

pravděpodobný další vývoj, případně možné následky, není jednoduché. Zvlášť těžká situace je při sdělování závažných diagnóz se špatnou prognózou.

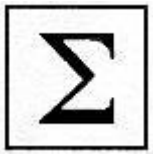
Sdělení nálezu je zásadně **záležitostí lékaře** a mělo by být přiměřené pacientovu chápání. I když bývá rozhovor lékaře s nemocným veden taktně a ohleduplně, pro nemocného vzniká velmi náročná situace, se kterou se bude pravděpodobně delší dobu vyrovnávat. Velmi záleží na vztahu ostatních členů rodiny a blízkých osob k nemocnému a na tom, jak mu v dané situaci dokážou pomoci.

Je také nezbytné, aby zdravotnický tým věděl, jak byl pacient informován, a mohl pak svým chováním vůči problémům, které se vyskytnou, působit jednotně.

Pravda – ano či ne - je podstatou letitých odborných diskusí zabývajících se problematikou komunikace s nemocnými, jejichž prognóza je neblahá. Jednoznačné řešení ve prospěch jedné z extrémních variant nebylo, není a nikdy nebude možné bez výhrad poskytnout.

Velký přínos do této oblasti přinesly studie Elisabeth Kübler-Rossové, která na základě rozhovorů s nevyléčitelně nemocnými pacienty vytvořila klasickou křivku psychické odezvy na příchod a rozvoj nemoci, jež je taky někdy označována za fázi prožívání nemoci.

Shrnutí kapitoly



Každé onemocnění působí na člověka více či méně nepříznivě a ovlivňuje jeho chování a reakce, emoční projevy, případně i některé rysy osobnosti. Reakce nemocného a jeho postoj k nemoci mohou být velmi rozdílné, stejně tak jeho prožívání a chování během nemoci. U pacienta je prožívání nemoci závislé i na jeho sociální zakotvenosti, zvláště v rodině, která může, ale také nemusí být bezpečným zázemím a podporou. Další okruh proměnných, utvářejících a modifikujících prožívání nemoci, souvisí s vlastní léčebnou a ošetřovatelskou péčí a průběhem onemocnění. Všechny předchozí okolnosti přicházejí přes osobnost nemocného, protože člověk sám, jeho povaha, postoje a zkušenosti, tvoří výslednici toho, jak závažnou situaci (vyvolanou nemocí) hodnotí, prožívá a jak se nakonec chová.

Kontrolní otázky a úkoly:

1. Kdo je z pohledu zdravotníka pacient?
2. Jaký postoj může člověk zaujmout ke své nemoci?
3. Jak může nemoc ovlivnit potřeby člověka?
4. Které potřeby jsou u nemocného nejvíce omezeny?
5. Jaký vliv může mít na psychiku nemocného člověka omezení soukromí?
6. Co znamená zachování lékařského tajemství ve zdravotnické praxi?
7. Jak mohou osobnostní vlastnosti nemocného ovlivnit průběh nemoci?
8. Na jakých okolnostech závisí změny v prožívání a chování během nemoci?
9. Jaký je rozdíl v přístupu zdravotníků k nemocným v akutní a chronické formě nemoci?
10. Kdy vznikají u nemocného člověka pocity méněcennosti?
11. Jaký vliv má na psychiku nemocného prostředí čekárny?
12. Kdo seznamuje nemocného s diagnózou a proč?

Úkoly k textu:

1. Na základě studia odborné literatury uveďte, které rysy v psychice nemocného člověka mohou být signálem pro zdravotnického pracovníka.
2. Najděte v literatuře autory, kteří se zabývají problematikou nemocných se závažnou diagnózou.
3. Vysvětlete zvláštnosti v přístupu zdravotníků k různým druhům onemocnění a na přednášce o nich diskutujte.
4. Na základě studia odborné literatury vysvětlete, proč je nutné, aby zdravotnický tým postupoval vždy jednotně a sdělení nálezu bylo věcí lékaře.

Otázky k zamyšlení:

1. Zamyslete se nad reakcí nemocného na nemoc a jeho postojem k ní a vysvětlete, čím může být tento stav způsoben a ovlivněn.
2. Proč nesmí zdravotnický pracovník podceňovat jakékoliv projevy a reakce nemocného člověka?
3. Vysvětlete, čím může diagnosticko-terapeutický proces zasáhnout do soukromí nemocného.

4. Zamyslete se nad změnami v prožívání a chování během nemoci.
5. Zamyslete se nad tím, jak může zdravotnický personál pomoci nemocnému překonat pocity méněcennosti.
6. Zamyslete se a na přednášce prodiskutujte, v čem spočívají pozitiva a negativa diagnosticko-terapeutického procesu u nemocných léčených ambulantně a u hospitalizovaných pacientů.

Citovaná a doporučená literatura

- Bártlová, S. Sociologie medicíny a zdravotnictví. Brno: NCO NZO, 2003. ISBN 80-7013-391-0.
- Bouchal, N. Psychologie v lékařství. Brno: MU, 1993. ISBN 80-210-0641-2.
- Čechová, V., Mellanová, A., Rozsypalová, M. Speciální psychologie. Brno: IDV ZP, 1995. ISBN 80-7013-197-7.
- Haškovcová, H. Lékařská etika. Praha: Galén, 1997. ISBN 80-85824-54-x.
- Jobánková, M. a kol. Vybrané problémy psychologie zdravotnické činnosti. Brno: IDV ZP, 1992. ISBN 80-7013-127-6.
- Křivohlavý, J. Psychologie nemoci. Praha: Grada, 2002. ISBN 80-247-0179-0.
- Rozsypalová, M., Staňková, M. Ošetřovatelství. Praha: Informatorium, 1996. ISBN 80-85427-93-1.
- Rozsypalová, M., Říčan, P., Singule, F. Psychologie a pedagogika. Praha: Avicenum, 1985. 08-008-86.
- Trachtová, E. a kol. Potřeby nemocného v ošetřovatelském procesu. Brno: IDVPZ, 2001. ISBN 80-7013-324-8.
- Zacharová, E., Šimíčková-Čížková, J. Základy psychologie pro zdravotnické obory. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-4062-1.

Místo pro poznámky:

3 Psychologická problematika nemoci

V této kapitole se dozvíte:

- Jak posuzuje nemoc zdravotnický pracovník a jak k ní přistupuje pacient.
- Co znamená pojem autoplastický obraz nemoci.
- Proč vnímáme nemoc jako situačně psychologický faktor.

Po jejím prostudování byste měli být schopni:

- Vysvětlit rozdíly mezi postojem zdravotníka a nemocného k nemoci.
- Objasnit vztahy mezi tělesnou a duševní stránkou nemoci.
- Charakterizovat subjektivní prožitky nemoci z hlediska diagnostiky a terapie.

Klíčová slova kapitoly: Nemoc, zdravotník, profesionální chování, profesionální deformace, subjektivní prožívání nemoci, autoplastický obraz, psychosomatická onemocnění.

Průvodce studiem

Na zvládnutí této kapitoly budete potřebovat asi 2 hodiny, tak se pohodlně usaďte a nenechte se nikým a ničím rušit.

Při vymezování termínu nemoc můžeme využít mnoho definic. Skutečností však zůstává, že nemoc musíme vnímat jako situačně psychologický faktor, který je s osobností nemocného ve vztahu vzájemného ovlivňování. Při posuzování nemoci jako takové v konkrétním vztahu s nemocným člověkem se setkáváme s řadou problémů, které mají mnohé společné a budou postupně objasňovány. Nemoc představuje podnět, na který reaguje každý člověk různě. Při vymezování tohoto pojmu je nutné vycházet z jednoty a celistvosti organismu a prostředí. To nám umožňuje chápat nemoc stejně jako zdraví v rovině životních procesů člověka, které se odehrávají v systému jeho prostředí. Nemoc v tomto pojetí pak není ničím jiným než poruchou tohoto systému. Nemoc má tedy svůj aspekt biologický, psychický a společenský. V rámci komplexního pojetí je nutno chápat, že nemoc bude vnímána a

prožívána zcela jinak nemocným člověkem a jinak zdravotníkem. Zvláštní pozornost je třeba věnovat psychosociálním vlivům, které mohou stát na počátku onemocnění, které označujeme jako psychosomatická.

3.1 Postoj zdravotníka a nemocného k nemoci

Nemoc má stránku nejen objektivní, tj. příznaky, které lze objektivně postihnout, ale i subjektivní, prožitkovou, psychologickou. Obě působí ve vzájemném vztahu. Dokonce i samotný člověk může posuzovat nemoc současně objektivně i subjektivně. Zdravotník často subjektivní a objektivní stránku posuzuje odděleně, mnohdy k subjektivnímu hledisku nepřihlíží vůbec. Rozdílný přístup je dán odlišnou psychologickou situací. **Pro zdravotníka** je nemoc souborem **objektivně zjistitelných příznaků.** Je to zcela nutný přístup, který může být na jedné straně považován za výraz profesionální zdatnosti, na druhé za profesionální deformaci. Místo konkrétního trpícího člověka vidí zdravotník pouze soubor chorobných příznaků. Zdravotník musí i subjektivní prožívání nemocného považovat za reálného činitele, prožitky nemocného poznat, pochopit, zvážit, hledat jejich příčiny, podporovat jejich kladné stránky a využít je ke spolupráci nemocného při vyšetření a léčbě.

Přístup nemocného k vlastní chorobě je naopak **subjektivní**, osobní prožitky jsou ve středu jeho zájmu a pozornosti.

Subjektivní prožitky nemoci však nejsou ani z hlediska diagnostiky, ani terapie zanedbatelným jevem, nýbrž reálným faktorem, neodmyslitelným od obrazu nemoci a od způsobů, jakými ji léčíme. V nedocenění funkce subjektivního prožitku nemoci tkví mnohdy psychologické nepochopení nemocného ze strany zdravotníka. Dokud si zdravotník neuvědomí, že subjektivní prožívání nemoci je činitelem, který ovlivňuje obraz i průběh nemoci, pak nelze mluvit o psychologickém přístupu k nemocnému. Subjektivní činitele nemoci nelze zjednodušeně redukovat na nepodstatné prožitky, které rychle odezní. Tyto prožitky jsou totiž samy symptomy složitě se vyvíjejícího vztahu člověka k vlastní nemoci, zejména jde-li o vážnou chorobu. Pro nemocného člověka je jeho postižení či nemoc těžkou životní situací, kterou se snaží různým způsobem a prostředky vyřešit.

S negativním vztahem člověka k nemoci by měl zdravotník počítat. Jen tak bude moci pochopit, proč někdy nemocný odmítá akceptovat lékařskou diagnózu nebo proč nechce se zdravotníky spolupracovat. Zdravotníci si mnohdy neuvědomují fakt, že nemocný ještě nepřekonal odpor k faktu nemoci a brání se své nové roli nemocného člověka.

Rozdíly mezi postojem zdravotníka a postojem nemocného jsou dány jejich rozdílným postavením v situaci nemoci a léčbě, tedy rozdílnými rolemi. Zdravotník by měl dbát, aby tyto rozdíly nepřerostly v trvalejší rozpory, které by ztížily účinnou péči o něj. Nemoc sama je zvláštní psychologickou situací, která určuje vztahy mezi ním a nemocným.

3.2 Autoplastický obraz nemoci

Tento pojem je ve zdravotnické psychologii používán při objasňování subjektivního prožívání nemoci.
Má složku:

- senzitivní (místní bolesti a obtíže);
- volní (úsilí odolávat nemoci, usilovat aktivně o uzdravení);
- emocionální (strach, úzkost, naděje);
- racionální a informativní (znalosti o nemoci, léčbě, prevenci).

Skutečností zůstává, že ani jedna složka nepůsobí odděleně, samostatně, ale všechny se vzájemně prolínají. I rozumové zdůvodnění a pochopení určitého zdravotnického problému nebo situace je silně citově podbarveno. Příkladem může být člověk, který si je vědom důležitosti operačního zákroku, ale zdůvodňuje si sám pro sebe, proč to není vhodné, aniž by si přiznal, že hlavním důvodem je strach ze samotného zákroku.

Vztah mezi subjektivním prožíváním a objektivním zjištěním není přímočarý. Některé hypersenzibilní osoby prožívají i menší problém velmi intenzivně. Potíže a příznaky přehánějí a mnohdy z nich mají i výhody. Málo zkušený lékař či sestra se pak mohou dostat do problémů při posuzování zdravotního stavu člověka. Situace tak může být o to složitější, že subjektivní stesky nemocných opravdu nelze přehlížet, nelze nebrat je v úvahu.

Podmíněnost autoplastického obrazu nemoci:

1. Ráz onemocnění - znamená to, zda se jedná o akutní či chronický stav.
2. Okolnosti, za nichž nemoc probíhá. Například se jedná o:
    - nejistoty a problémy;
    - prostředí, ve kterém nemoc probíhá;
    - zavinění nemoci; zda je způsobena vlastní vinou, či cizí osobou.
3. Premorbidní osobnost - tj. osobnost, jaká byla před začátkem nemoci.

V rámci anamnézy by měla být věnována pozornost informacím od příbuzných pacienta, které je ovšem nutné ověřit a kriticky posoudit. Je vhodné znát zejména:

- Citové reakce pacienta před onemocněním.
- Citovou reaktivitu (temperament), tj. způsob, jakým se vyrovnával s náhlými a nepříjemnými životními událostmi.
- Zaměřenost ke společenskému okolí, zda se jedná o člověka spíše společenského, nebo samotáře, plachého, do sebe uzavřeného atd.
- Úroveň inteligence nemocného a také jeho vzdělání a kulturní rozhled, které nám pomohou přizpůsobit léčebné instrukce směrem k nemocnému. Hovoříme také o zdravotním uvědomění.
- Interpersonální vlastnosti osobnosti, tj. osobnostní tendence individua chovat se určitým způsobem vůči druhým lidem v různých sociálních situacích. K charakteristickým interpersonálním vlastnostem patří například dominance, submise, egocentrismus, závislost, agresivita, přátelskost, podezřívavost atd.
- Hierarchii hodnot – zneužívání nemoci při egoistických postojích, například potlačování potíží při vysoké pracovní odpovědnosti.
- Sociální postavení nemocného – vychází z výhody či nevýhody nemoci, například ekonomické ztráty z déletrvající nemoci.
- Věk nemocného ve spojení s očekáváním průběhu a následků nemoci.

3.3 Ambivalentní prožívání nemoci

Postoj k nemoci nemusí být bezvýhradně negativní. Prožívání nemoci má nejrůznější odstíny a nejrozmanitější intenzitu. V některých případech může jít o prožívání dokonce příjemné, pozitivní, například jestliže nemoc vyvolá u okolí větší ohleduplnost a pozornost nebo pacienta zbaví některých pracovních povinností, na které případně svými schopnostmi nestačil. Hovoříme o tzv. útěku do nemoci. Na druhé straně se člověk, který prožil komplikované onemocnění spojené s náročnou léčbou, stává středem zájmu a diskusí na téma nemoc, komplikace, léčba, může mít až pověst hrdiny a někdy se vytvoří tzv. kult nemoci.

V těchto příkladech se projevuje ambivalentní prožívání nemoci. Nemocný si na jedné straně může změnu přát, na druhé straně se mu do ní nechce proto, že mu současný stav přináší pozitiva, kterých se nechce vzdát, nebo proto, že si nevěří, že dokáže dosáhnout změny, a neví, jakým způsobem by změna měla proběhnout.

Také vztah nemocného vůči zdravotníkovi je často složitý a plný rozporů, zároveň kladný i záporný, hovoříme proto i zde o tzv. ambivalentním vztahu.

3.4 Prožívání nemoci v čase

Nemoc jako svízelná životní situace představuje zátěž v oblasti bio-psycho-sociální. Samotná nemoc probíhá v různých fázích, ale na druhé straně se mění i psychické prožívání nemoci.

Premedicínská fáze – se pojí s prvními příznaky a problémy organizmu. Jedinec je řeší samoléčbou, využívá rad známých, léčitelské techniky, někdy řeší situaci repudiací.

Změna životního stereotypu – bývá vyvolána onemocněním spojeným s pracovní neschopností nebo hospitalizací. Těžce ji prožívají jedinci, pro které tato situace není běžnou záležitostí, trpí nejistotou a obavami.

Aktivní adaptace - znamená přizpůsobování se nemoci a problémům s ní spojených a víra v rychlé uzdravení. Nemocný zodpovědně spolupracuje při diagnostice i terapii.

Psychická dekompenzace - je závislá na stavu nemocného, průběhu nemoci, ale i osobnosti nemocného. Vzniká zpravidla tam, kde nedošlo k aktivní adaptaci nebo se nesplnilo očekávání nebo tehdy, když je průběh nemoci vážný. Nemocný se stává lítostivý, netrpělivý, popudlivý, nekritický ke zdravotnímu personálu.

Pasivní adaptace - rezignace, kdy se nemocný uzavírá do sebe, smiřuje se s nepříznivými stavem, je mrzutý, nebojuje. Dochází k úpadku i funkcí orgánů, které nejsou postižené nebo byly kompenzované. Jedná se o choroby vleklé, chronické, například omezení pohybu, epilepsie, nemoci srdečně cévní.

3.5 Vztahy mezi tělesnou a duševní stránkou nemoci

Medicína a psychologie vycházejí z existence psychosomatické jednoty. Somatický stav ovlivňuje psychický stav a procesy ovlivňují fyzickou stránku. Při některých onemocněních je vymezení tohoto vzájemného vztahu zřetelnější.

Tělesný a duševní vývoj člověka tvoří jednotný celek. Princip jednoty tělesného a duševního života platí tedy i v nemoci. Každá choroba má svou psychickou a somatickou složku. Její vznik a průběh jsou tedy určeny somatickými i psychickými faktory. To je pravidlo, které je důležité pro poznání nemoci i pro její léčbu. Při každé nemoci si musí zdravotníci všímat obou složek. Při tělesném onemocnění je třeba vědět, jak je nemocný psychicky odolný, jak je motivován k uzdravení a ke spolupráci s lékařem. Na druhé straně u každé duševní poruchy je důležité znát i tělesný stav, i když je případně zhoršen právě v důsledku probíhající duševní poruchy.
Současná medicína používá pro tyto typy onemocnění termín psychosomatická onemocnění.

Psychosomatika je jedním z nejprogresivnějších odvětví medicíny, jež objevuje stále nové psychosomatické vztahy.
Spolu s tímto vymezením nesmíme opomenout ani problematiku somatopsychickou, ve které nedostatky v tělesné oblasti vyvolávají odezvu v psychice jedince. Např. bolest, hlad, svědění vyvolávají nervozitu, podrážděnost atd.

Vzájemný vliv duševního a tělesného stavu je dobře znám. Výrazné působení psychiky se ukázalo i u řady onemocnění. Mezi psychosomatické nemoci nejčastěji řadíme hypertenzi, vředovou chorobu žaludku a dvanáctníku, bronchiální astma, ischemickou chorobu srdeční a některé kožní nemoci. Při jejich vypuknutí, recidivě nebo zhoršení, ale i při jejich ústupu se silně uplatňují duševní vlivy.

Počet psychosomatických onemocnění se ustavičně zvyšuje. Existuje celá řada činitelů, které mají vliv na vznik a průběh chorob. Mezi psychologické činitele, kteří se podílejí na vzniku psychosomatických poruch, patří rozdílné rysy osobnosti, které podmiňují charakteristické afektivní reagování na nemoc. Na základě tohoto poznání se vypracovávají různé psychologické charakteristiky osobnosti pro různé druhy chorob. Zde se předpokládá, že například astmatik má specifický profil osobnosti, nebo naopak specifický profil osobnosti podmiňuje psychosomatické onemocnění.
Názory odborníků zde však nejsou zcela jednotné. Dalším psychologickým faktorem, který může vyvolat chorobu nebo ji ovlivnit v jejím průběhu, je trvalé citové napětí, způsobující dráždění vegetativního nervového systému, které se projevuje zvýšeným vnitřním napětím, konflikty nebo také dlouhodobým stresem.
Na vznik psychosomatických onemocnění má vliv i období dětství, ve kterém může docházet k trvalému neuspokojování základních i vyšších potřeb dítěte nebo neschopnosti dítěte vyrovnat se s přetrvávajícími konflikty.
Mezi další činitele vyvolávající psychosomatické onemocnění se řadí strach a úzkost a v neposlední řadě i nemoci z poruchy adaptačních mechanismů organismu, převážně však ve stresových situacích.

Stres je zde považován za souhrn všech nespecifických změn vyvolaných funkčním porušením nebo opotřebováním organismu. U člověka se hovoří o stresu tam, kde se dostává do zátěžových situací, tj. když na něho doléhá různý druh tlaku. Mohapl definuje slovo stres jako zátěž, která na organismus dolehla.

Chronický stres a napětí vyvolávají v organismu neadekvátní fyziologické reakce, které se opakováním upevňují a zapříčiňují chorobu. Pro člověka je stresem zejména ohrožení jeho osobních a společenských hodnot, ztráta blízkého člověka, smyslu života apod.

Poznání psychogenních činitelů je pro zdravotnickou činnost významné zejména proto, že umožní zdravotnickému pracovníkovi působit na nemocného správným směrem.

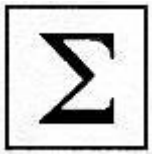
Konkrétní proces vzniku jednotlivých psychosomatických chorob není dosud zcela jasný. Mezi základní faktory, které ovlivňují jejich vznik, patří například opakující se stresové situace, dědičný sklon, věk, imunologické procesy, předešlá onemocnění, sociální prostředí.

Při léčbě psychosomatických onemocnění je nutno dodržovat komplexní přístup, tj. vedle somatické léčby mnohdy volit i správnou psychoterapii. Zdravotníkova práce musí být naplněna vědomím, že nemoc má často skrytou psychickou a společenskou stránku. Proto je porucha a její léčení záležitostí nejen somatickou, nýbrž i psychologickou. Nemocný totiž nemoc prožívá, hodnotí ji, uvádí ji do bližších a vzdálenějších souvislostí s osobními perspektivami svého života. V důsledku nemoci je tedy v odlišné sociální situaci než člověk zdravý.

Znalost psychologie by měla zdravotníkovi pomoci, aby si komplexní přístup plně uvědomil a organicky jej včlenil do své každodenní práce.

Psychosomatická onemocnění se dostávají do popředí zájmu zvláště v posledním období, kdy evidentně narůstají problémy spojené s rozvojem civilizace a změnou životního stylu současné populace.

Shrnutí kapitoly



Jakékoliv onemocnění působí na psychiku člověka nepříznivě. Nemoc mění obvyklý způsob života, po kratší či delší dobu omezuje člověka v jeho běžných zvyklostech, snižuje výkon v povolání nebo ho přímo znemožňuje, mnohdy narušuje nebo mění mezilidské vztahy. Nemoc vyžaduje určitou míru adaptace k nové situaci. Ošetřující personál by měl chápat, že každý jedinec je individualitou, má právo na své reakce, proto při ošetření je nutné přistupovat k různým jedincům různě, ale se stejným cílem. Mimořádnou pozornost je nutné věnovat problémům, které se vzájemně kombinují jak v oblasti somatické, tak psychické a pro které současná medicína používá termín psychosomatická onemocnění.

Kontrolní otázky a úkoly:

1. Proč by měl zdravotník vědět, co všechno může ovlivnit autoplastický obraz nemoci?
2. Co znamená pro člověka ambivalentní prožívání nemoci?
3. Jak může nemocný člověk reagovat v různých fázích prožívání nemoci?
4. Které základní faktory se podílejí na vzniku psychosomatických chorob?

Úkoly k textu:

1. Na základě získaných poznatků přemýšlejte o specifikách postoje nemocného člověka a zdravotníka k nemoci.
2. Na přednášce se pokuste vysvětlit rozdílný přístup a prodiskutovat, kdy budeme hovořit o profesionální deformaci a jak se takový přístup konkrétně projevuje.
3. Na základě studia odborné literatury na přednášce prodiskutujte nárůst psychosomatických a somatopsychických onemocnění v posledním desetiletí.

Otázky k zamyšlení:

1. Zamyslete se a na přednášce prodiskutujte, k čemu lze využít získané poznatky o autoplastickém obraze nemoci v praxi.

Citovaná a doporučená literatura

- Mohapl, P. Úvod do psychologie nemoci a zdraví. Olomouc: UP, 1992. ISBN 80-7067-127-0.
- Křivohlavý, J. Psychologie zdraví. Praha: portál, 2001. ISBN 80-7178-551-2.
- Zacharová, E., Šimíčková-Čížková, J. Základy psychologie pro zdravotnické obory. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-4062-1.

Místo pro poznámky:

4 Bolest, strach a úzkost v nemoci

V této kapitole se dozvíte:

- Jak je vnímaná bolest ve zdravotnické praxi.
- Jak prožitky strachu a úzkosti ovlivňují diagnosticko-terapeutický proces.
- Jakými prostředky lze provádět redukci bolesti.

Po jejím prostudování byste měli být schopni:

- Vysvětlit pojmy bolest, strach a úzkost.
- Objasnit jak může strach a úzkost ovlivnit diagnosticko-terapeutický proces.
- Charakterizovat předmět strachu.

Klíčová slova kapitoly: Bolest, strach, úzkost, práh bolesti, redukce bolesti, předmět strachu, signál ohrožení.

Průvodce studiem

Na zvládnutí této kapitoly budete potřebovat asi 2 hodiny, tak se pohodlně usaďte a nenechte se nikým a ničím rušit.

Bolest je jevem, který leží na pomezí fyziologie a psychologie. Hlubší pohled, např. sociální aspekty vnímání bolesti, ukazuje, že označení bolesti jako multidimenzionálního fenoménu je na místě. Bolest má své kladné i záporné důsledky. Řada studií ukazuje, že vztah mezi tím, jak profesionální zdravotníci hodnotí bolest nemocného člověka, a tím, jak ji hodnotí sám nemocný, je velmi problematický. Úzkost a strach jsou častými prožitky a stavy nemocného a zároveň i dobrým příkladem psychosomatické jednotky člověka. Strach bývá označován jako reakce na poznané nebezpečí, úzkost jako reakce na tušení nebezpečí. Bolest, strach a úzkost provázejí člověka celý život a mívají různý obsah a podobu. Každý zdravotnický pracovník se denně setkává s těmito projevy nemoci, a to jak u lůžka nemocného, tak i v ambulantní sféře.

4.1 Bolest a reakce nemocného

Bolest je jevem, který leží na pomezí fyziologie a psychologie. Je to multidimenzionální fenomén. Mnohostrannost jevu bolesti ukazuje, že jednoduché pojetí bolesti jen jako fyziologického nebo jen psychologického jevu nevystihuje beze zbytku to, oč ve skutečnosti jde.

Multidimenzionální pojetí bolesti se projevilo v definování bolesti podle IASP: *„Bolest je nepříjemným senzorickým a emocionálním zážitkem, který je spojen se skutečným či domnělým poškozením tkáně, případně který je popisován v termínech takovéhoto poškození.“*

Vymětal (1994, s. 126) definuje bolest jako *„nepříjemný smyslový a emoční zážitek spojený obvykle s aktuálním či potencionálním poškozením tkání, jež souvisí s poruchou fyziologické povahy (např. onemocnění – zánět) nebo vnějším násilím (např. úraz – zhmoždění).“*

U bolesti rozlišujeme tři vzájemně propojené stránky:

- Smyslovou (senzorickou) - spočívá v lokalizaci bolesti, posuzování intenzity a kvality pacientem (např. bolest palčivá).
- Emoční - emoční doprovod – jde o prožívání nemoci. Emoční stránka se týká hlavně motivace a tendencí bolest zmírnit a odstranit.
- Hodnotící - zde se nejvíce uplatňuje myšlení. Jde o srovnávání bolestí na základě dřívější zkušenosti.

Z hlediska odezvy (kde se projevuje) lze bolest porovnat v rovině:
Při zjišťování kvalit a intenzity bolesti se řídíme tím, co nám pacient říká, jak bezprostředně reaguje a jedná. Podle základních ukazatelů bolesti lze bolest posuzovat na jednoduchých škálách.

Bolest je obrannou reakcí signalizující poškození, je nejtypičtějším příznakem a průvodním jevem většiny onemocnění. Úkolem bolesti je upozornit, že organismu hrozí nějaký problém, že dochází k určitému poškození. Každá bolest vyvolává řadu dalších nepříjemných reakcí a pocitů, které se zejména při

delším trvání těžko snášejí. Jak již bylo několikrát uvedeno, každý člověk je jiný, jinak se chová a jinak danou situaci spojenou s bolestí prožívá. Síla prožívané bolesti vždy neodpovídá rozsahu poškození, některé části těla jsou mnohem citlivější na poranění než jiné.

Vnímání bolesti

Bolest může být vnímána různě i u téhož člověka za různých situací a okolností:

- Silněji je bolest prožívána, je-li organismus unaven, vyčerpán, je-li doprovázen strachem, například z vyšetření, operace, ztráty zaměstnání; působí-li zkušenosti s bolestí z dřívějších onemocnění.

- Úzkostní, nejistí, neurotičtí lidé jsou zpravidla na bolest mnohem citlivější než lidé psychicky dobře ladění. Méně citliví jsou obvykle nemocní ve stavu těžké deprese.

- Vždy záleží na situaci, jak k bolesti došlo, zda byla zapříčiněna vlastní osobou, nebo někým jiným, například u dětí při hře, či pracovní úrazy z nedbalosti.

- Adaptace na bolest je velmi malá a i zde jsou rozdíly mezi nemocnými. Některé chronické bolesti se lidé například naučí určitým způsobem ovládat, naučí se s nimi žít.

- Bolest je také ovlivněna osobnostními vlastnostmi, výchovnými a kulturními vlivy.

- Snáze se snáší bolest, kterou může postižený alespoň částečně kontrolovat, a to např. u postupné intenzity bolesti nebo při využití farmak, která bolest tlumí.

- Chování při bolesti je ovlivněno učením, to znamená, že již malé dítě přes různé lékařské zákroky, úrazy, injekce nabývá zkušenosti s tím, jak se k němu chová okolí, jak reaguje na jeho pláč a nářek. Prožívání

bolesti a hodnocení její síly je vždy subjektivní, bolest nelze objektivně potvrdit ani vyloučit.

- Bolest má také významnou regulační funkci, tj. usměrňuje účelně jednání člověka. Může být signálem silné únavy a přinutí nás k odpočinku dříve, než by došlo k poškození organismu. Jindy nás přinutí zaujmout takovou polohu, aby postižený orgán byl v klidu, nebo nás donutí vzdálit se od silného zdroje hluku.

Každý člověk má jiný práh bolesti, to znamená, že na stejný podnět někdo reaguje pouze tím, že má nepříjemné pocity, jiný však ve stejné situaci označuje podněty za bolestivé.

Prožívání bolesti a hodnocení její síly je vždy subjektivní, bolest nelze objektivně potvrdit ani vyloučit.

Bolest nemocného tělesně a duševně vyčerpává, deprimuje a zúzkostňuje, čímž ohrožuje proces uzdravování. I proto je třeba ji co nejrychleji odstranit, i když někdy je bolest pro stanovení diagnózy potřebná a lékař ji proto netiší úmyslně.

Formy bolesti

Bolest podle způsobu vzniku a délky působení můžeme rozdělit na:

- Akutní bolest - provází zpravidla akutní problémy chirurgického či interního charakteru. Jde o náhlé, relativně krátké působení. Nemocný reaguje zrychleným pulsem a dechem, neklidem, rozšířenými zornicemi, pocením, někdy i rychlými změnami poloh či pláčem, nářkem, při velmi silné intenzitě bolesti může dojít až k šoku. Jedinec postižený silnou akutní bolestí se snaží odstranit její zdroj a může se chovat agresivně – případně i k sobě, aby nesnesitelné bolesti unikl, např. sebevražedné jednání. Bolest trvá asi šest měsíců.

- Chronická bolest – která bývá charakterizována jako dlouhodobé vyčerpávající působení nepříjemných podnětů, tedy bolesti v organismu. Člověk je těmito opakovanými nepříjemnými prožitky

velmi vyčerpán a unaven, má špatnou náladu, reaguje i na běžné záležitosti nepřiměřeně nebo je skleslý až apatický, mnohdy je omezován fyzicky, psychicky i společensky a může se stát, že díky těmto faktorům upadá do depresí. Někdy vede bolest k silnějším emočním reakcím i proti ošetřujícímu personálu. Chronická bolest může vést až k úplnému vyčerpání pacienta. Nejčastěji se vyskytuje u onkologických, neurologických, ortopedických, gynekologických a interních pacientů. Za chronickou je bolest považována, trvá-li déle než půl roku.

- Psychogenní bolest – je zvláštním druhem bolesti, kdy člověk cítí a prožívá bolest, byť jsou provedená lékařská vyšetření negativní. Tyto stavy se mohou vyskytovat u nemocných, kteří prožili opakované hospitalizace a velmi komplikovanou léčbu a jejich práh bolesti je silně snížený. Někdy bývají příčiny v sociální situaci nemocného, ať v rodinném prostředí, kdy nemoc a bolest upoutává pozornost okolí, nebo se může jednat o hysterické či hypochondrické reakce.

Můžeme tedy říci, že způsob chování v bolesti je závislý na osobnosti nemocného, na předchozích zkušenostech s bolestí a je ovlivněn kulturním prostředím a učením. Každému nemocnému je třeba věřit, že má potíže, a podle toho s ním také jednat.

Redukce bolesti

Redukce bolesti je jedním ze základních úkolů zdravotníka. K odstranění nebo utlumení bolesti slouží různá farmaka, jejich nevýhodou je však nebezpečí návyku. Mechanicky podávanými farmaky se příliš podporuje pasivita nemocného, který chce řešit své problémy léky, místo aby se aktivně podílel na zásadnějším přebudování svého způsobu života nebo překonání obtíží. V jednostranném farmakoterapeutickém přístupu se odráží i pohodlnost zdravotníka, který léčí příznak nikoli příčinu.

Vliv slova a jiného sugestivního působení při tišení bolesti je významný. Sugestivní prostředky však musí být podpořeny zdravotníkovou autoritou a jeho přiměřeným celkovým vystupováním. Nesmíme nemocnému jednoznačně

slíbit, že bolest zmizí, ale že bude slábnout, nebo že bude snesitelnější. Sugestivní působení musí být voleno s ohledem na osobnost nemocného, věk, vzdělání a specifické vlastnosti choroby.

V praxi je bolest nejčastěji léčena prostředky farmakologickými, fyzioterapeutickými a chirurgickými. Při uplatňování těchto způsobů léčby je žádoucí, aby lékař dodržoval za všech okolností zásady psychologického přístupu k pacientovi, a tak vytvořil atmosféru důvěry a dobrého pracovního prostředí, které nemocného zbavuje strachu a zlepšuje jeho spolupráci. Psychologickým přístupem se pravděpodobně umocňuje působení nespecifických lékových vlivů, tzv. placebo efekt.

Redukci bolesti lze provádět i **psychologickými prostředky** - k těm například patří:

- Racionální psychoterapie je založená na logickém myšlení nemocného, s přihlédnutím na jeho rozum, soudnost, kritičnost.

- Sugestivní působení směřuje ke zmírnění bolesti. Jde o proces, při němž podnět (sugesce) obchází kritické myšlení a s využitím živých představ vyvolává přímý účinek v oblasti psychické nebo somatické.

- Autogenní trénink je relaxační metoda, která spojuje prvky relaxace, koncentrace, autosugestivního ovlivňování a systematického nácviku.

- Odreagování (abreakce) se snaží zneškodnit předpokládané patogenní působení negativních emocí provázejících bolest tím, že se nechávají znovu proběhnout za terapeutických okolností.

- Vhodné zaměstnání nemocného jakoukoli formou; četbou, sledováním TV, rozhlasu, vyprávěním, rozhovorem na vhodné téma a také tím, aby nemocný svoji pozornost orientoval jiným směrem.

- Zavést formy sociálního a jiného odměňování nemocných v souvislosti s redukcí bolesti. Osvědčuje se zejména u nemocných s chronickými bolestmi.

- Zavést specifické psychologické postupy, které snižují úzkost a bolest. Mezi nejosvědčenější a nejužívanější techniky patří například relaxační metody, biologická zpětná vazba, imaginativní techniky, kognitivně-behaviorální postupy.

Při sestavování terapeutického programu mohou být předchozí postupy kombinovány s dalšími **psychologickými technikami**, např. hypnózou, meditacemi, a doplněny individuálními a skupinovými psychoterapeutickými rozhovory.

V terapii bolesti lze kromě psychologických postupů využít i lékařské formy **tišení bolesti**, kterými jsou lékové formy, chirurgické způsoby tlumení bolesti, elektrická stimulace nervů, akupunktura.

Bolest je fenomén, který patří k lidské existenci. Je to velice citlivý jev, v němž se odráží vliv jak fyziologických, tak psychologických i sociálních skutečností. Při její charakteristice a vyjádření různých náhledů nelze opomenout nezastupitelnou úlohu všech zdravotnických pracovníků, kteří se téměř denně setkávají s nemocnými, postiženými různými problémy, které ruku v ruce provází onen nepříjemný pocit - bolest.

4.2 Prožitky strachu a úzkosti

Strach a úzkost jsou silně emočně zabarvené prožitky, které vyrůstají z pocitu ohrožení. V podstatě jde o jednu z obranných forem organismu, v jehož pozadí stojí pud sebezáchovy.

Definování strachu

Strach je definován jako nepříjemný prožitek vázaný na určitý předmět nebo situaci, které v jedinci vyvolávají obavu z ohrožení. Je tedy reakcí na poznané nebezpečí a má signální a obrannou funkci.

Ohrožení může být vnější, např. nástup do nemocnice, či vnitřní, např. obava, že něco nezvládnu. Často se vnější a vnitřní faktory prolínají, protože lidská představivost, zkušenosti a schopnost předvídat způsobují, že oba světy, subjektivní i objektivní, mnohdy splývají.
Strach může být reálný, např. o život vážně nemocného pacienta, nebo nereálný, často u lidí duševně nemocných.

Strach je silná emocionální reakce či způsob chování, kterým jedinec reaguje na signály, které vnímá jako nebezpečné.

Strach je nepříjemný pocit, kterým reagujeme na ohrožení, bojíme se toho, co přijde nebo co by mohlo přijít, například při pádu z výšky, při hře u ohně, při nedodržení lékařských pokynů. Jinými slovy můžeme strach vyjádřit jako situaci, kdy prožíváme strach z něčeho konkrétního, ať už z předmětu, osoby nebo události. Záleží na tom, jak člověk vnímá určitou situaci, která strach vyvolává, jak ji hodnotí. Strach vyvolává ale i pouhé očekávání, že **budoucí situace může být** nebezpečná. V průběhu reakce strachu dochází k fyziologickým změnám, ale také k různým projevům v chování, k úniku ze situace, nebo zabránění tomu, co v nás vyvolává strach.

Za užitečný považujeme takzvaný přiměřený strach (nebo také kladný význam strachu), který nás chrání před zbytečným rizikem, například přestaneme-li kouřit ze strachu před následky. Opakem je nadměrný strach, někdy označovaný jako panický strach, který vede člověka ke škodlivým reakcím, ukvapenému neúčelnému jednání, kdy jedinec vnímá nepřesně, mnohdy dělá věci, za které se později stydí nebo pro které má pocit viny. Strach vede k mobilizaci organismu, zvláště ke zvýšení krevního tlaku, což nám dodává energii, například při obraně, sílu při vyproštění nebo útěku z rizikového místa.

Ovšem tam, kde nelze ohrožení utéci nebo se mu fyzicky bránit, je tato mobilizace zbytečná a vlastně organismus poškozuje. Strach má i záporný význam, čímž dochází k zatížení organismu druhotnými vegetativními reakcemi, jako je zvýšení krevního tlaku, pocení, poruchy zažívání atd.

Předmětem strachu může být:

- bolest - kterou člověk zná z předchozích onemocnění, vyšetření nebo dokonce vyprávění;
- ztráta životních možností - bojí se neschopnosti pracovat, bavit se, starat se o rodinu, zvláště jedná-li se o delší dobu;
- odloučení od svých nejbližších - pobytem v nemocnici nebo jiném léčebném, sociálním či rehabilitačním zařízení;
- vzhled - bojí se, že ho nemoc trvale poznamená, například různé kožní choroby;
- nutnost změny způsobu života - což znamená, že bude vyřazen z dosavadního způsobu života a ze společnosti, lidé si ho budou méně vážit, bude žít jen v ústraní;
- strach ze smrti a z umírání - stojí v pozadí i lehčích forem nemoci, protože lidé si některá onemocnění nedovedou vysvětlit a bojí se, jaké komplikace mohou vzniknout;
- strach z léčení - má každý nemocný člověk. Jedná se hlavně o různá nepříjemná vyšetření, kdy strach může být silnější než nemoc samotná. Psychický stav nemocného může být někdy umocněn i nevhodnou atmosférou čekárny, ambulance.

Definování úzkosti

Úzkost vyplývá většinou ze skrytých vnitřních rozporů, takže lze jen velmi nesnadno určit její zdroje. Úzkost je nepříjemný prožitek a stav a na rozdíl od strachu si neuvědomujeme její bezprostřední příčinu, tedy určitý předmět či situaci, které jí vyvolávají. Je reakcí na **tušení a neznámé nebezpečí.** Úzkost bývá většinou nepříjemnější než strach, neboť očekávání něčeho nepříjemného a neznámého je horší než událost sama. Úzkost v nemoci je bezpředmětná, má ráz neurčitého ohrožení. Nemusí být psychickou reakcí, ale tak zvaným primárním příznakem, například u infarktu myokardu, plicní embolie, angíny pectoris. Vzhledem k tomu, že úzkost nemá předmět, nejsme si vědomi, co ji působí, je neurčitá, i když někdy velmi silná. Velmi častá je úzkost při duševních poruchách. Někteří lidé jsou svým typem osobnosti disponováni ke strachu, označujeme je jako osoby úzkostlivé. Čím více je někdo úzkostlivý, tím více situace vnímá jako nebezpečné, tím větším strachem reaguje. Úzkost

běžně přechází ve strach a naopak. Nelze je od sebe oddělit, protože se vzájemně podmiňují a splývají.

Somatické a psychické projevy úzkosti jsou obecně známé, patří mezi ně například:

- rozčilení a podráždění;
- útlum, někdy až strnulost;
- ustaraný a ustrašený výraz;
- nejisté, nekoordinované pohyby, tření končetin nebo svalové napětí;
- řeč rychlá, překotná, zajíkavá;
- roztržitost, tendence k zapomínání;
- rozšířené zornice, zrychlený tep, dech, zblednutí, sucho v ústech;
- nervozita, nemocný se potí.

Všechny tyto projevy spojené s úzkostí a strachem mohou mimořádně zhoršit průběh choroby.

Způsob, jak jednat s nemocným, který prožívá strach a úzkost, není jednoduchý. Vždy záleží na profesionálním přístupu, chování a jednání zdravotnických pracovníků, ale i rodinných příslušníků.

Jednání s nemocným

- Základem je psychologická péče o nemocného, která se týká rozptýlení strachu a úzkosti, a to jak osobní přítomností zdravotníka, vlídností, trpělivostí, klidem, tak v neposlední řadě takovým jednáním, kdy si získáme důvěru nemocného.

- Velmi účinný je dobře vedený rozhovor, kdy dáváme najevo, že máme pro nemocného člověka pochopení, nepohrdáme jím, nepovyšujeme se, dáme mu možnost, aby o svém strachu s námi mluvil, protože tak se uvolní a dochází k úlevě. Mnohé problémy vyplývají často z neinformovanosti, jak o diagnostických, tak terapeutických metodách, o jejich významu a účinku.

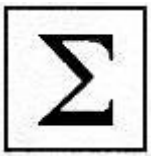
- Vhodné zaměstnání snižuje strach a orientuje myšlenky jiným směrem. Skutečností ovšem zůstává, že nemocný, i přes snahu personálu odpoutat jej od reality, obrací svoji mysl znovu a znovu k obtížím a zvláště k obavám. Vysílání televize, rozhlasu a četbu nevnímá. Velké problémy se vyskytují u nemocných upoutaných na lůžko, kteří daleko intenzivněji prožívají strach a obavy už proto, že naprostá nečinnost a zákaz pohybu duševní a fyziologický stav zhoršují.

- Významnou roli v omezení strachu a úzkosti hraje i takzvaná psychologie čekárny, kde nemocný čeká na vyšetření, ošetření, přijetí do zařízení. Zkracování čekací doby formou objednávek na určitou hodinu, volbou pořadového čísla a kladným jednáním sestry, můžeme tyto problémy znatelně ovlivnit.

- S pacienty, kteří patří do obzvlášť rizikové skupiny, kteří jsou mimořádně úzkostní a bázliví, jednáme se zvýšenou trpělivostí. Chováme se profesionálně a nikdy nedáme najevo nechuť, netrpělivost, rozladění, které v nás jejich projevy strachu vzbuzují.

Úzkost a strach člověka doprovázejí po celý život, ovšem jejich forma a intenzita se mění vlivem řady okolností, včetně věku. Předpokládá se, že dispozice k úzkosti a strachu jsou vrozené a v extrémních případech do značné míry určené dědičně např. u obsedantní neurózy, i když je lze modifikovat vlivy prostředí, jako je výchova či psychoterapie. O úzkosti a strachu víme, že nemusí být vždy situaci přiměřené a funkční – potom se stávají samy problémem a důvodem terapeutické intervence.

Shrnutí kapitoly



Bolest je nepříjemný smyslový a emoční zážitek, spojený zpravidla s aktuálním či potencionálním poškozením tkání, jež souvisí s poruchou fyziologické povahy nebo s vnějším násilím. Je varovným signálem a má ochrannou funkci. Tolerance k bolesti je individuální záležitostí každého jedince. Vždy záleží na

dřívější zkušenosti s bolestí a na výchově. Úzkost a strach výrazně ovlivňují emoční projevy i celkový průběh onemocnění a zhoršují prožívání bolesti.

Kontrolní otázky a úkoly:

1. Kdy je bolest prospěšná?
2. Co znamená termín práh bolesti?
3. Jaký je rozdíl mezi strachem a úzkostí?
4. Jak můžeme v klinické praxi zmírnit prožívání strachu a úzkosti u klientů?

Úkoly k textu:

1. Vysvětlete reakce nemocného na bolest. Jaké techniky můžete v praxi využít při redukci bolesti?
2. Pojmenujte některé zdroje strachu a úzkosti, které na nemocného působí.
3. Co znamená dlouhodobě přetrvávající strach a úzkost pro organismus?

Otázky k zamyšlení:

1. Jaký význam má bolest z pohledu nemocného a zdravotníka?
2. Jaké vás napadají správné a nesprávné projevy soucitu s nemocným?

Citovaná a doporučená literatura

- Čechová, V., Mellanová, A. Psychologie a pedagogika. Praha: H a H, 1999. ISBN 80-86022-42-0.
- Jobánková, M. a kol. Vybrané problémy psychologie zdravotnické činnosti. Brno: IDV ZP, 1992. ISBN 80-7013-127-6.
- Křivohlavý, J. Psychologie nemoci. Praha: Grada, 2002. ISBN 80-247-0179-0.
- Mohapl, P. Úvod do psychologie nemoci a zdraví. Olomouc: UP, 1992. ISBN 80-7067-127-0.
- Vymětal, J. Základy lékařské psychologie. Praha: Psychoanalytické nakladatelství, 1994. ISBN 80-901601-3-1.
- Zacharová, E., Šimíčková-Čížková, J. Základy psychologie pro zdravotnické obory. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-4062-1.

5 Nemoc jako svízelná životní situace

V této kapitole se dozvíte:

- Proč je nemoc vnímána jako svízelná životní situace.
- Co je stres a jak působí stresory.
- Jaké jsou nejčastější reakce na svízelnou životní situaci.

Po jejím prostudování byste měli být schopni:

- Vysvětlit možnosti vzniku životní krize nemocného v souvislosti s průběhem nemoci.
- Objasnit pojem nemoc jako svízelná situace a vyjmenovat některé typy těchto situací.
- Charakterizovat pojmy adaptivní, maladaptivní chování.

Klíčová slova kapitoly: Adaptace, maladaptace, svízelná situace, životní krize, stres, stresor, burn-out, agrese, negativismus, regrese, fixace, projekce, racionalizace, identifikace, kompenzace, rezignace, represe, disociace, egocentrismus, izolace.

Průvodce studiem

Na zvládnutí této kapitoly budete potřebovat asi 2 hodiny, tak se pohodlně usaďte a nenechte se nikým a ničím rušit.

Každý z nás se dostává do náročných životních situací, které znamenají zátěž, a pokud se s nimi dostatečně rychle nevyrovnáváme, dostavují se úzkost, strach a ohrožení naší duševní rovnováhy. Nemoc je pro člověka v daném okamžiku zátěž, která přináší problémy a komplikace. Stává se tzv. svízelnou situací, která může přerůst až v životní krizi. Člověk se mnohým situacím umí postupně přizpůsobit. Někdy se ovšem aktivizují obranné mechanizmy, které zabrání přizpůsobení. Pak hovoříme o neadaptivním chování – maladaptaci. V konkrétních podmínkách zdravotnického zařízení se specifikací k různým věkovým skupinám nemocných jsou tyto projevy různé a zdravotnický pracovník by je neměl nikdy podceňovat.

5.1 Svízelná situace

Každý jedinec je v neustálé interakci s prostředím. Život je v podstatě stálá adaptace na měnící se podmínky, trvající od narození až do smrti. Adaptace je pojem velmi široký, vyjadřující vyrovnávání, obnovování rovnováhy jedince a prostředí. Tento proces se může týkat jak obnovování fyzické rovnováhy organismu, tak obnovování mezi osobností a prostředím, ale i vnitřní rovnováhy organismu a osobnosti. Může být vázán na uspokojování základních tělesných potřeb i potřeb psychických a sociálních. Může mít podobu adaptace pasivní (akomodace – přizpůsobování se) nebo podobu adaptace aktivní (asimilace – přizpůsobování se). Proces uspokojování potřeb bývá spojen s překážkami, problémy a potížemi. Jejich překonávání k životu patří, tvoří přirozenou součást života. Když se však překážky nebo obtíže stanou neúměrně velké s ohledem na možnosti člověka, může se jeho adaptace zhroutit. Nepříznivé důsledky se pak projevují v jeho prožitcích, chování i zdravotním stavu.

Člověk si během života musí osvojit způsoby, jak bude různé situace řešit a překonávat. Dítě, ale i dospělý, se dostává každodenně do situací, v nichž je jeho dynamická rovnováha s prostředím narušována, prožívá zklamání, řeší komplikované problémy, někdy postrádá některou z podmínek potřebných k životu a dalšímu rozvoji. Tím vzniká neklid a napětí, které může negativně ovlivnit jeho další činnost, chování a jednání. Všechny tyto uvedené situace označujeme jako náročné životní situace neboli svízelné situace. Pro člověka představují zátěž, která působí negativně a přináší řadu problémů a komplikací, může ale v určité míře mít pozitivní, mobilizující význam a podněcuje člověka k aktivitě, k vyšším a lepším výkonům. Velmi negativním okamžikem je stupňující se svízelná situace, která působí nejen záporně, ale může mít i vážné důsledky v porušení adaptačních mechanizmů člověka. Svízelné situace tedy můžeme chápat jako stresory, které vyvolávají stav organismu nazývaný stres.

Stresor

Křivohlavý považuje za stresory nepříznivé vlivy, které mohou vést k tíživé osobní situaci člověka. Termín stresor je možno chápat jako negativně na člověka působící vliv.

Stres

S ohledem na člověka, který se nachází v tlaku stresů, byl stres definován jako negativní emocionální zážitek, který je doprovázen souborem biochemických, fyziologických, kognitivních a behaviorálních změn, které jsou zaměřeny buď na změnu situace, která člověka ohrožuje, anebo na přizpůsobení se tomu, co nelze změnit.

Nemocný člověk se na zdravotníka neobrací vždy s nemocí jako s něčím, co lze parciálně léčit a ošetřovat bez vztahu k jeho osobnosti, ale také v životní krizi. Jak již bylo výše uvedeno, nemoc s bolestí a dalšími nepříjemnými a stresujícími somatopsychickými stavy, s obavami a úzkostí o zdraví nebo přímo o život, se změněnými společenskými a vůbec životními perspektivami je skutečně krizovou situací.

I když zdravotník má v dnešní době velkou snahu osvojit si poznatky z psychologie, nebude jich moci optimálně využít, jestliže správně nepochopí základní fakt, že nemoc sama je zvláštní psychologickou situací, je tedy z pohledu nemocného situací svízelnou.

Zátěž

Zátěž vzniká z nerovnováhy mezi jedincem a prostředím a můžeme ji vyjádřit například podle míry nelibosti, nebo podle požadavků, které na člověka klademe:

- Běžná zátěž – jde o zvládání běžných úkolů v průběhu denní činnosti, které jsou komplikovány drobnými událostmi, a člověk je řeší, zvládá bez větší námahy.

- Zvýšená zátěž – se projevuje při řešení nových, neobvyklých situací, kdy jedinec mobilizuje své síly, překonává určité překážky, získává novou zkušenost. Zvýšenou zátěž je schopen člověk zvládat bez psychických a fyzických následků.

- Hraniční zátěž – bývá způsobena opakujícími se obtížnými podmínkami, které jedinec zvládá s krajním vypětím sil při nevyváženosti některých psychických i fyzických funkcí. Dochází k postupnému selhávání

adaptačních možností, mohou se objevit různé funkční poruchy, stavy psychického napětí, emoční vzrušení nebo dlouhá nečinnost, apatie. Hraniční zátěž může někdy zanechat i trvalé změny v psychice člověka. Pokud netrvá příliš dlouhou dobu, dochází k postupné normalizaci stavu.

- Extrémní zátěž – je velmi silné působení, kdy normálně vybavený jedinec není schopen adekvátně reagovat a podléhá situaci.

Při prožívání jakékoliv zátěže dochází v organizmu k celkové aktivizaci, která se projevuje vzrušením, zrychleným tepem a dechem, pohybovým neklidem, napětím, zvýšenou motivací nebo i zvýšenou myšlenkovou aktivitou. Může ovšem dojít i k opačným stavům s projevy strachu, úzkosti, nejistoty, útlumu, mlčení. Obecně lze říci, že v zátěžových situacích se kromě prvků přizpůsobivých vyskytují i prvky neadaptivní až patologické, které mohou zvládnutí zátěže znemožňovat. Při překonávání zátěže záleží kromě stupně zátěže i na vlastnostech a stavu organismu a na tom, jak jedinec k dané situaci přistupuje.

Odolnost k náročným životním situacím je závislá na vrozených vlastnostech organismu, věku, intelektu, životních zkušenostech, akutním stavu organismu, společenských okolnostech, pracovní činnosti.

Zdravotnický pracovník se s problémy chování ve svízelných situacích denně setkává. Z hlediska práce ve zdravotnictví si můžeme profesi sestry označit jako náročnou, protože její vykonávání provází řada náročných pracovních situací.
Z pohledu nemocného lze zpravidla každou vážnější nemoc či úraz chápat jako zdroj svízelných situací.

Svízelné situace

Mezi svízelné situace patří:

- Situace obsahující nepřiměřené požadavky a úkoly. Zpravidla jde o rozpor mezi tlakem situace, to znamená množstvím úkolů a požadavků na výkon člověka s ohledem na rozsah jeho tělesných a duševních sil. Nároky mohou zapříčinit únavu až vyčerpání a jedinec je postupně

nezvládá. Například požadavky zdravotníků na soběstačnost nemocného, kterou on už nezvládá.

- Problémové situace. Tyto situace nejsou vázány na kvalitu nároků, ale na strukturu podmínek. Jedinec je nemůže řešit známými způsoby chování. Mohou být vyvolány hospitalizací nemocného nebo rozhodnutím, zda podstoupit složitý lékařský zákrok.

- Situace obsahující překážky jsou součástí svízelných situací. Patří zde frustrace jako nemožnost uspokojit potřebu z důvodů překážek na cestě k cíli, provázená pocitem nelibosti a zklamání, a deprivace neboli strádání z různých důvodů. Jde o snížení či omezení možnosti jedince uspokojit pro něho významnou potřebu.

- Konfliktové situace. V těchto situacích dochází ke střetu sil na cestě k cíli. Podle toho, zda konflikt nastává mezi vnějšími požadavky a vnitřními tendencemi jedince, hovoříme o konfliktu vnějším. Složitější je vnitřní konflikt, který se odehrává na úrovni nemocný – nemocný, kdy si nemocný uvědomí určitá omezení spojená s nemocí, ale vědomě je nedodržuje.

- Stresové situace. Většinou bývají vyvolány svízelnou situací, která působí na organismus, znesnadňuje mu uspokojovat potřeby, plnit úkoly a nevede k dosažení cíle.

- Burn – out, syndrom vyhoření. V posledním období se dostává do popředí pozornosti nejen zdravotnických pracovníků nově definovaný pojem, který je překládán také jako stav „vyhoření“. Se syndromem vyhoření se setkáváme u všech subjektivně náročných povolání, kdy nastává nerovnováha v emoční oblasti a postupně dochází k vyčerpání psychických i fyzických rezerv. Jde o situace, které zpočátku mobilizují naše počínání a vyvolávají kladné pocity. Postupně dochází ke

spotřebování kladného potencionálu a situace se stává nepříjemnou, svízelnou.

5.2 Reakce na svízelnou situaci

Základní tendencí osobnosti je udržovat vnitřní integraci či rovnováhu. Ta může být narušena například vznikem negativních zážitků jako reakcí na selhání, neúspěch, obecně v situacích frustrace, kdy je ohrožena hodnota ega.

Adaptace znamená z fyziologického i biologického hlediska schopnost organizmu přizpůsobit se zevním, dříve se nevyskytujícím podmínkám. Dostane-li se jedinec do nového prostředí či situace, nastane u něho určitá změna, která pomáhá organizmu žít v nově vzniknuvších podmínkách.

V problémových okamžicích života, takzvaných svízelných situacích, se zpravidla nejedná jen o mobilizaci prostředků organismu k optimální adaptaci, která poskytuje pocit uvolnění a snižuje napětí. Někdy se aktivizují obranné mechanismy, které buď při krátkodobém, nebo i dlouhodobém působení zabrání jedinci, aby se situaci přizpůsobil. Hovoříme pak o neadaptivním chování nebo také o maladaptaci, tj. špatném, nepříznivém přizpůsobení.

Pod pojmem neadaptivní chování rozumíme takové chování, které není věcnou a účinnou odpovědí na danou situaci. Většinou nevede k reálnému, účelnému a cílenému řešení. Situaci nejen adekvátně neřeší, ale spíše komplikuje, jedná se o nezvládnutí situace, selhávání s náhražkovým řešením, které přispívá k nezdaru ve svízelných situacích. Reakce na svízelnou situaci může být obvyklá, méně obvyklá nebo maladaptivní. V takových případech vystupují převážně nevědomě fungující obranné mechanizmy, které mají chránit vnitřní rovnováhu jedince, chránit pocit vlastní hodnoty.
Není jednoduché určit, proč se lidé liší v používání různých způsobů chování a jak tyto mechanizmy vznikají. Lze však říci, že se vedle vrozených dispozic uplatňuje učení ovlivněné životními a hlavně společenskými podmínkami. V průběhu vývoje člověka se upevňují obranné mechanizmy, jejichž užití se opakuje a které při kladném výsledku mohou být posilovány.

Čechová, Mellanová, Rozsypalová (1995), Nakonečný (1999) uvádějí například:

Obranné mechanizmy

- Agrese – projevuje se u dětí i dospělých nemocných a může mít formy křiku, afekty zlosti, fyzického násilí, záchvaty vzteku, vyhrůžky gestikulací, mimikou, urážky, vyhrožování, ironií aj.

- Negativismus – vidíme často u dětí, které se brání proti omezování samostatnosti nebo proti nadměrnému, bezohlednému vnucování požadavků. U dospělého to bývá projev snahy o samostatnost a opozici za každou cenu, někdy projev bezradnosti.

- Regrese – je návrat k projevům dřívějšího vývojového období, to znamená návrat k vývojově primitivnějšímu chování, než je věk nemocného.

- Fixace – je ustrnutí na určitém způsobu chování k jiné osobě nebo při uspokojování určité potřeby, ale také může jít o zastavení vývoje jedince.

- Projekce – spočívá ve svádění viny za svůj čin či přestupek na někoho jiného nebo jde o přisuzování vlastních rysů, motivů, názorů a myšlenek jiným lidem.

- Racionalizace – v této oblasti jde o rozumové vysvětlení problému či neúspěchu, kdy člověk sám sobě zdůvodní a vysvětlí, proč tak jedná nebo dokonce sníží i význam cíle, který se mu nepodařilo dosáhnout.

- Únik - patří k velmi častým formám neadaptivního chování. Děti i dospělí jedinci uplatňují různé druhy úniku, což je chování před nepříjemnou situací.

- Identifikace neboli ztotožnění se znamená, že žádoucí vlastnosti jiných lidí připisujeme sobě nebo se přímo s těmito jedinci ztotožňujeme, prostě člověk hledá oporu v silné osobnosti nebo skupině.

- Kompenzace – znamená vzájemné vyrovnání nebo poskytnutí náhrady. Jde o situaci, kdy jedinec neúspěšný v určité oblasti se snaží vyniknout v jiné sféře.

- Rezignace – jinými slovy odevzdání se, zřeknutí se, je stav člověka, který je provázen lhostejností, pasivitou, apatií ve vztahu k zátěži, depresivními pocity a bezmoci. Tento stav může být způsoben i dlouhodobým působením zátěže na jedince, který již nenachází dostatečné mechanismy k obraně a rezignuje.

- Represe – potlačení jakéhokoliv přání či nápadu, a to ještě dříve, než byl vysloven.

- Disociace – rozklad nebo také rozpad signalizuje, že ve svízelných situacích může dojít k narušení jednoty osobnosti. Nejčastěji dochází k takzvanému nutkavému jednání jako obraně organismu, což má redukovat úzkost.

- Egocentrismus – někteří nemocní touží být středem pozornosti a zájmu a vůbec netuší, že svým chováním mohou vytvářet problémy ostatním.

- Izolace – jde o vystupňovanou formu úniku, která nemocnému umožňuje vyhnout se některým zátěžím, zklamáním, neúspěchům.

- Opačné reagování – se projevuje v zesíleném odporu vůči potlačované tendenci. Jde o chování, které je protichůdné skrytým přáním či motivům.

Uvedené obranné mechanizmy jsou zpravidla uplatňovány při řešení svízelných životních situací, ale mohou být využívány i v běžném životě. Pomáhají nám udržovat duševní rovnováhu redukcí psychického napětí a mohou být vhodnou formou adaptace. V okamžiku, kdy se stávají dominujícími způsoby řešení náročných situací, ukazují na špatné přizpůsobení osobnosti a hovoříme o formách neadaptivních. Tyto mechanizmy neplatí vždy a všude. Každá nová situace, věk jedince nebo i doba vzniku, má svá specifika. Jednotlivé obranné mechanismy se v životě jedince různým způsobem kombinují a doplňují.

Je tedy jisté, že se zdravotníci při své každodenní práci s nemocnými setkávají s jedinci se sníženou adaptační kapacitou, která ovlivňuje jejich jednání a chování. Proto by zdravotníci měli být připraveni na zvládání každodenních problémových situací a pomoci nemocným při řešení těchto obtíží.

5.3 Zvládání nemoci a těžkých životních situací

Adaptace na nemoc je dynamický proces, který má různé fáze. Nestačí proto zkoumat pouze to, jak se pacient vyrovnal s nemocí, jak ji zvládá. Je také potřeba kontinuálně zachycovat psychické změny, abychom potom mohli správně reagovat a zaujmout nejvhodnější postoj k pacientovu stavu.

Každý z nás se dostává do náročných situací, které znamenají zátěž a pokud se s nimi dostatečně rychle nevyrovnáme, dostavuje se úzkost, tenze, strach a ohrožení naší duševní rovnováhy. Také tyto případy lze řešit prostřednictvím psychických obranných mechanismů za využití různých technik, a to jak v rovině psychické, tak i prostřednictvím jednání.

Řada studií prokazuje, že existují rozdíly mezi lidmi ve zvládání životních těžkostí, zvládání zátěže (coping).

R. S. Lazarus definuje zvládání jako proces řízení vnějších i vnitřních faktorů, které jsou člověkem v distresu hodnoceny jako ohrožující jeho zdroje. Lazarův model má tři relativně samostatné fáze:

- Primární hodnocení - je zhodnocením všech negativních jevů v dané situaci. Jde o to, co nás bolí, z čeho máme strach a jiné obavy.
- Sekundární hodnocení - je zhodnocením všech pozitivních faktorů v dané situaci, uvědomění si např. možnosti léčby, zdravotní péče, vhodných léků.
- Přehodnocení situace - je fází zvládání, která nastává v rámci sekundárního hodnocení, když se podařilo určitým souborem opatření zapůsobit proti ohrožení, tj. primárnímu hodnocení.

Při aplikaci modelů jde o zjištění efektivity použitých postupů v boji s nemocí a utrpením. Je-li výsledek tohoto zjištění kladný, vše se vrací do běžného stavu. Zjistí-li se, že negativní faktory přetrvávají, dochází k dalšímu opakování. Zvládání životních těžkostí má své strategie, ze kterých vyplývají jednotlivé cíle.

Copingové cíle

Strategické cíle zvládání životních těžkostí podle Cohena a Lazaruse jsou:

- snížit to, co člověka ohrožuje;
- tolerovat – unést to, co nepříjemného se děje;
- zachovat si tvář a pozitivní obraz sama sebe;
- zachovat si emocionální klid (duševní rovnováhu);
- zlepšit podmínky, za nichž by bylo možné se po zážitku životní těžkosti zregenerovat;
- pokračovat v sociální interakci – v životě s druhými lidmi.

Copingové taktiky

Aby bylo možno dosáhnout dílčích cílů, je mnohdy nutné využít vhodné taktiky zvládání životních těžkostí. Patří sem:

- relaxace - tj. uvolnění napětí určitých svalů spojené s uklidněním psychiky;
- dechová cvičení - spojená s uklidněním dechu, ale i psychiky;
- imaginace - forma psychického soustředění s klidovou atmosférou např. letní krajina, moře;
- meditace - hlubší zamyšlení nad určitou myšlenkou, může vést k povzbuzení pacientů;

- hudba – speciální nahrávky mají uklidňující vliv;
- beletrie - vliv čtení, naslouchání, předčítání;
- humor blízký pacientově osobnosti;
- poskytování sociální opory pozitivními příklady, schopností udělat někomu radost.

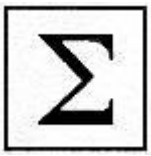
Zvládání těžkých životních situací (coping) je chápáno jako dynamický proces, v jehož rámci dochází k transakcím, tj. vzájemným interakcím mezi člověkem a danou životní situací. Na jedné straně je třeba vidět danou osobu, která má určité zdroje, možnosti, hodnoty a osobní zaměření, na straně druhé nemoc, která klade na člověka určité požadavky a působí na něho řadou vlivů. V souvislosti se zvládáním nemoci a utrpení se v psychologii hovoří o strategii boje s nemocí.
Termín strategie se používá ve významu „pečlivě vypracovaný plán, postup, program k dosažení zcela určitého cíle“.
Podle toho, o jakou situaci se jedná, se strategie zvládání těžkých životních situací rozděluje na strategie nepodmíněné a podmíněné, statické a dynamické či strategie jednoduché a složité.

Nejčastěji využívané strategie zvládaní životních těžkostí:

- Strategie zaměřené na řešení problému, který působením nemoci vyvstal – jde o vlastní aktivity a snahu konstruktivně řešit danou situaci, např. léčit nemoc, odstranit negativní vlivy ohrožující zdraví.
- Strategie zaměřené na vyrovnávání se s emocionálním stavem – jsou zaměřeny na řízení emocionálního stavu, který se radikálně změnil v důsledku nemoci, traumatu či postižení.

Strategie řešení problému se vyskytuje již u malých dětí, vyrovnávání se s emocionálním stavem bývá typické u adolescentů. U dospělých se obvykle objevují obě strategie vedle sebe. Mezi strategiemi existují individuální rozdíly, působí zde vliv rodinné výchovy i společenského prostředí.
Nemocný člověk, aniž by si uvědomoval význam strategie zvládání těžké životní situace, prochází postupně jednotlivými etapami své nemoci a je jen

uměním zdravotnického týmu a nejbližších, zpravidla rodiny, jak mu nelehkou situaci pomohou zvládnout.



Shrnutí kapitoly

Není jednoduché odpovědět na otázku, proč se lidé liší v prožívání různých způsobů chování a jak tyto mechanismy vznikají. Lze pouze říci, že se vedle vrozených dispozic uplatňuje učení vlivem životních, zejména společenských podmínek. Přizpůsobení se novým životním podmínkám není pro nemocného člověka rychlou záležitostí. Svoji úlohu musí sehrát jak zdravotnický tým, tak i nejbližší okolí nemocného, a to s ohledem na zvláštnosti onemocnění.

Kontrolní otázky a úkoly:

1. Které situace považujeme ve zdravotnictví za svízelné?
2. Co je syndrom vyhoření a za jakým podmínek může vzniknout?
3. Se kterými obrannými mechanismy se můžeme v klinické praxi setkat?
4. Jaké jsou cíle při zvládání nemoci jako svízelné životní situace?
5. Jakou roli mohou při zvládání životních těžkostí sehrávat zdravotničtí pracovníci?

Otázky k zamyšlení:

1. Zamyslete se a vysvětlete, na kterých faktorech závisí zvládání těžkých životních situací a jakou taktiku je vhodné v těchto situacích zvolit.
2. Přemýšlejte a zdůvodněte, které techniky nám pomáhají při vyrovnávání se s náročnými situacemi ve zdraví i v nemoci.

Citovaná a doporučená literatura

- Čechová, V., Mellanová, A., Rozsypalová, M. Speciální psychologie. Brno: IDV ZP, 1995. ISBN 80-7013-197-7.
- Jobánková, M. a kol. Vybrané problémy psychologie zdravotnické činnosti. Brno: IDV ZP, 1992. ISBN 80-7013-127-6.
- Křivohlavý, J. Psychologie nemoci. Praha: Grada, 2002. ISBN 80-247-0179-0.

- Nakonečný, M. Psychologie osobnosti. Praha: Academia, 1997. ISBN 80-200-0628-1.
- Zacharová, E., Šimíčková-Čížková, J. Základy psychologie pro zdravotnické obory. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-4062-1.

Místo pro poznámky:

6 Zdravotník a nemocný

V této kapitole se dozvíte:

- Jaké jsou vhodné osobnostní předpoklady pro práci ve zdravotnictví.
- Jak se vyvíjí vztahy mezi lékařem, sestrou, nemocným člověkem a jeho rodinou.
- Co znamenají v klinické praxi pojmy hospitalismus a iatropatogenie.

Po jejím prostudování byste měli být schopni:

- Vysvětlit co obsahuje etický kodex sestry a dokument práva pacientů.
- Vysvětlit podstatu profesního chování.
- Objasnit s čím souvisí profesionální deformace.
- Charakterizovat osobnostní předpoklady zdravotníka pro výkon jeho funkce.

Klíčová slova kapitoly: Zdravotnický tým, profesní chování, etický kodex, profesní deformace, produktivní chování, neproduktivní chování, iatropatogenie, sororigenie, hospitalismus.

Průvodce studiem

Na zvládnutí této kapitoly budete potřebovat asi 2 hodiny, tak se pohodlně usaďte a nenechte se nikým a ničím rušit.

Lékař je nejen v naší kulturní oblasti, ale všude ve světě tradičně hodnocen vysoce pozitivně. Vztah mezi nemocným a lékařem je do značné míry určován vzájemným očekáváním a tím, do jaké míry je naplňují obě strany. Zde bývá také zdroj vzájemných komunikačních a postojových nedorozumění, na druhé straně i silného terapeutického potenciálu. V posledních desetiletích se s rozvojem moderní společnosti ošetřovatelství a sestra posunuly kupředu spolu s ostatními zdravotnickými profesemi. Tradičně byla sestra považována za člena týmu, který poskytuje základní péči nemocným. Současná společnost vidí základní funkci sestry v tom, že pomáhá zdravému i nemocnému člověku v provádění činností týkajících se zdraví a jeho ochrany, a to v situaci, kdy

toho není sám schopen a nemá potřebnou sílu, vůli nebo znalosti. I jako profesionální zdravotničtí pracovníci budete mít možnost posuzovat osobnost ostatních spolupracovníků a budete to právě vy, kdo může ovlivnit nebo změnit celkovou úroveň péče o nemocného.

6.1 Osobnost zdravotníka

Zdravotnické povolání patří z hlediska odborné přípravy i konkrétního profesionálního výkonu mezi povolání náročná. Objektem práce zdravotnického pracovníka je nemocný člověk. Velký význam ve zdravotnické práci je kladen na dodržování žádoucích forem jednání ve vztahu k nemocným, ale i ke spolupracovníkům. Očekává se, že zdravotník zvládne dnes již velmi odbornou činnost, práci s moderní technikou, unese fyzickou zátěž své práce, dovede ovlivnit a vést správným směrem prožívání a jednání nemocných, vykonává různé administrativní práce a v neposlední řadě je schopen se vypořádat s různými pracovními a rodinnými problémy, které život přináší. To vše mnohdy řeší v třísměnném provoze na velmi specializovaných pracovištích. Všechny tyto požadavky jsou vysoce náročné na osobnost člověka, profesionální průpravu, styl práce, způsob života i duševní stabilitu.

K výkonu funkce zdravotnického pracovníka jsou nezbytné i určité osobnostní předpoklady, a to například:

- tvůrčí přístup, kterým zdravotník řeší svěřené úkoly, je schopen vnímat a realizovat nové podněty;
- měl by být dostatečně kritický a sebekritický;
- dávka empatie – vcítění se do vnitřního světa druhých lidí;
- porozumění problémům nemocných;
- vystupování – klidné, ne povýšené, s pohotovými reakcemi, rozvážné, přiměřeně sebevědomé; důležitá je trpělivost, umění se ovládat a odpoutat se od svých zájmů a potřeb;
- smysl pro humor, ale ne přehnaný optimismus, který budí u nemocného spíše nedůvěru; je vhodné se smát s nemocným, ne nemocnému;
- krajní rysy temperamentu – mohou negativně ovlivnit jednání zdravotníka (arogance, hněv);

- hodnotová orientace – je v popředí každodenní činnosti, v jeho motivaci, v zájmu o člověka a práci; smysl pro povinnost a odpovědnost, dobrý vztah k lidem pomáhá naplnit poslání zdravotníka;
- humánní vztah k nemocnému – jako projev vyrovnanosti a zralosti osobnosti;
- vyrovnaná osobnost s klidným, přiměřeně sebevědomým vystupováním, rozvážný, trpělivý s uměním se ovládat.

Všechny tyto aspekty vyžadují sebekritickou kontrolu vlastního jednání. Určitý profesionální odstup by měl jít společně s pochopením a soucitem s trpícím člověkem. Sebevýchova by měla směřovat k osobnosti harmonické, vyrovnané, s dostatkem odborných znalostí k výkonu tohoto zodpovědného povolání.

Zdravotnický pracovník by měl dbát na kvalitu profesionálního chování. Důležité je uvědomit si profesionální pojetí své role a druhým problémem jsou pak osobnostní předpoklady pro tuto roli nezbytné.
Osobnost zdravotníka byla ve svém vývoji historicky ovlivněna a tento vývoj poznamenal jak obsah činnosti sestry, tak prestiž povolání. Pohled na zdravotnické povolání, především pak na práci sestry, ovlivňuje i současné sociální prostředí, které mnohdy práci sestry podhodnocuje. Společnost nejen hodnotí význam určité profese, ale také ovlivňuje její pojetí. Při hodnocení chování vykonavatelů určité profese hovoříme o profesní morálce, která je ovlivněna filozofickým systémem, který daná společnost vyznává. Pod vlivem etických norem jsou společností formulovány některé základní dokumenty, které pomáhají činnost zdravotnických pracovníků zkvalitnit. Mezi nejdůležitější dokumenty patří Etický kodex České lékařské komory, Etické kodexy zdravotních sester a ošetřovatelek a Etický kodex Práva pacientů.

6.2 Vztah mezi zdravotníkem a nemocným

Vzájemný kontakt mezi zdravotníkem a nemocným vyžaduje od zdravotníka nejen psychologické znalosti, nýbrž i schopnost empatie, osobní angažovanost, postřeh a pohotovost, které proměňují psychologické znalosti v umění psychologicky správně jednat s nemocným.

Nemocný se na zdravotníka neobrací s nemocí jako s něčím, co lze léčit a ošetřovat bez vztahu k jeho osobnosti, nýbrž v určité životní krizi. Čím více je člověk přesvědčen o vážnosti a nebezpečí své choroby, tím psychologicky komplikovanější je jeho vztah ke zdravotníkovi. Zdravotník a nemocný se setkávají ve zvláštní vyhraněné situaci, a tím i ve vyhraněných sociálních rolích, které ne vždy jsou plně zvládnuty. Bylo prokázáno, že vztahy mezi zdravotníkem a nemocným jsou silně závislé na vzájemném dobrém osobním kontaktu. Vhodná komunikace mezi zdravotnickým personálem a nemocným může zabránit mnohým konfliktním situacím. Zvyšuje také účinnost terapeutických zásahů a pokynů zdravotníka a ve svých důsledcích příznivě ovlivňuje průběh nemoci.

Od lékaře nemocný očekává vysokou odbornost, se kterou je schopen chorobu diagnostikovat a léčit. Předpokládá taktní a ohleduplné jednání a v neposlední řadě i psychickou podporu ve složitých situacích.

Postavení zdravotní sestry je ve vztahu k nemocnému ještě složitější, protože nemocný ji vnímá jako součást celého zdravotnického týmu, tj. v úzké spolupráci s lékařem, ale také samostatně. Sestra musí v nemocném budit důvěru ve své odborné znalosti, projevit vysokou dávku taktu a trpělivosti, je zasvěcována do problémů a starostí nemocného, do jeho nálad, depresí či různých osobnostních zvláštností. Její role vyžaduje více porozumění, pochopení, laskavosti.

Léčebná péče jednotlivých členů zdravotnického týmu by měla vytvořit jednolitý celek. Harmonické jednání zdravotníků by mělo odrážet jak příjemné vnější prostředí, tak i kvalitu mezilidských vztahů.

Vztahy mezi zdravotníkem a nemocným by měly být založeny na vzájemné důvěře a respektu. Všichni pracovníci jsou vázáni povinností mlčenlivosti, kterou jim sice určuje i zákon, ale na druhé straně by mělo být samozřejmostí, aby zdravotnický pracovník ctil etický kodex svého povolání.
Nemocný člověk má právo na informace, které se týkají jeho osoby a onemocnění. Zde je třeba zdůraznit okamžik sdělení nálezu, takzvané

podstaty nemoci, její léčby a prognózy. Ne všichni nemocní jsou schopni medicínské záležitosti pochopit, přijmout a vyrovnat se s nimi. Každý člověk může v tomto okamžiku reagovat jinak, a proto je sdělení nálezu zásadně věcí lékaře.

Ostatní personál by měl lékařovo působení podpořit a sledovat reakce nemocného, mezi které může patřit naprostý klid, zdánlivý klid, obavy, strach, deprese, panika, sebevražedné tendence.

Také rodina a nebližší okolí může sehrát pozitivní úlohu v psychické podpoře nemocného.
Vztah mezi zdravotníkem a nemocným by se měl odvíjet od obecného psychologického přístupu k nemocnému člověku, který v podstatě znamená překlenout rozpory mezi pozicí zdravotníka a situací nemocného. Zdravotník by měl dodržovat zásady profesionálního chování a jednání, měl by jednat s pacientem jako s rovnocenným partnerem. Takový přístup můžeme označit za psychologickou pomoc a její podstata spočívá ve faktu, že zdravotník vytváří pro nemocného příznivý psychosociální terén, na němž se pak speciální léčebné zákroky mohou uplatnit optimálním způsobem.

Vztah lékaře a nemocného

Vztah nemocného k lékaři je často složitý a plný rozporů, je to takzvaný vztah ambivalentní. Hovoříme o tom, že je kladný a zároveň záporný.

Pacient vzhlíží ke zdravotníkovi, obzvlášť k lékaři, s důvěrou i nedůvěrou. Na jedné straně důvěřuje, že mu zdravotník chce pomoci, že se o něj stará. Na straně druhé vzniká strach a vědomí, že není zasvěcen do všeho, co lékař myslí a koná. Jde o stav spojený s pocitem závislosti a vzbuzující nedůvěru. Rozporné pocity se nemocný snaží potlačit rozumovými úvahami. Čím je však nemocný více oslaben a cítí se v ohrožení, tím více citová stránka tohoto vztahu působí na jeho slova a činy.
Pro jednání zdravotníka (zejména lékaře) a pacienta by měly platit zásady etického a psychologického přístupu, které v sobě obsahují myšlenky důvěry,

pochopení, naděje, empatie a vlastní léčby, která by měla být realizována s vlastní angažovaností lékaře.
Vztah lékaře a nemocného a schopnost optimální spolupráce je silně závislá na vzájemném dobrém osobním vztahu a zejména na účinné výměně informací mezi nimi. Vhodná komunikace mezi zdravotnickým personálem a pacientem může zabránit nejen mnohým konfliktním situacím, ale zvyšuje i účinnost terapeutických zásahů a pokynů zdravotníka a příznivě ovlivňuje i průběh nemoci.

Na vytváření správného vztahu mezi lékařem a nemocným se podílí celá řada okolností, patří zde například:

- zážitky nemocného z předchozího léčení, kde se odráží jak prostředí a vlastní léčba, tak i interpersonální vztahy zdravotnického týmu;
- aktuální psychický stav nemocného může při kontaktu s personálem ovlivnit jeho další chování a jednání;
- první dojem;
- dodržování společenských pravidel chování;
- umožnění psychické ventilace – hlavních stesků a potíží;
- získání důvěry nemocného – pochopením jeho stavu a potřeb, odbornou pomocí;
- tolerantní přístup, který může upravit chování nemocného a jeho vztah k nemoci.

Nemocný vnímá lékaře jako:

- zdroj bezpečí, ale i určité hrozby – to znamená, že jej vnímá jako odborníka, který řeší jeho problémy, ale jeho rozhodnutí a závěry nemusí být pro nemocného vždy populární;
- člověka, ke kterému má důvěru, protože ví, že mu chce pomoci, ale i určitou dávku nedůvěry – bojí se toho, že lékař neříká otevřeně všechno;

- autoritu, kterou poslouchá a respektuje, mnohdy s ohledem na svůj zdravotní stav, ve víře brzkého uzdravení;
- autoritu, proti které se bouří – někdy jen z neznalosti situace, jindy z nepochopení nové sociální role;
- člověka, ke kterému vzhlíží s úctou – pro jeho vědomosti a schopnosti;
- jedince, ke kterému si vytváří určitou citovou vazbu a je rád, když jej lékař vnímá jako osobnost; u rodinných lékařů bývá generační propojenost.

Vztah sestry a nemocného

Povolání sestry je z hlediska vlastní odborné přípravy a profesionálního výkonu velmi náročné. Od sestry se očekává, že vedle řady činností ovlivňuje prožívání a jednání nemocných, že unese fyzické nároky své profese a dokáže se vypořádat s ostatními problémy spojenými s výkonem tohoto povolání. Dnes dochází ke změnám v systému poskytování zdravotní péče, vztahů společnosti vůči zdravotníkům, k přehodnocení postavení sestry do role odborného pracovníka, plně odpovědného za svá rozhodnutí a jednání. Sestra by měla brát v úvahu nejen následky svých rozhodnutí, ale především všelidské morální hodnoty, které tvoří osu morálního jednání zdravotníka. Mezi nejdůležitější patří úcta k člověku.
Zásady chování sester vycházejí z principů přijatých Mezinárodní radou sester a jsou obsaženy v Etickém kodexu zdravotních sester a ošetřovatelek.

Sestry se angažují v práci a pomoci jednotlivci, rodině, veřejnosti a koordinují své služby s profesně blízkými skupinami. Ve vztahu sestra a pacient je její základní povinností:

- poskytovat pomoc člověku, který potřebuje její péči;
- jednat s maximální úctou k lidské důstojnosti a plně respektovat pacientovo právo na sebeurčení;
- nenechat se negativně ovlivnit věkem, pohlavím a osobností pacienta a zachovávat úctu k jeho individuálnímu hodnotovému systému a životnímu stylu;

- jednat tak, aby ochránila pacienta a veřejnost v případech, že zdravotní péče a bezpečí jsou narušeny neoprávněnými, protietickými nebo protiprávními zákroky jakékoliv osoby;
- hájit pacientovo právo na soukromí tím, že moudře a uvážlivě chrání veškeré informace důvěrné povahy.

Sestra byla v očích nemocných vždy ten člověk, který má pochopení pro jejich problémy v nemoci a který je pomáhá s velikou tolerancí a laskavostí řešit. Má možnost poznat nemocného po psychologické stránce mnohdy lépe než lékař.

Nemocný vnímá sestru jako člověka poskytujícího oporu a porozumění, prostředníka mezi lékařem a nemocným, objekt snižující napětí mezi lékařem a nemocným, člena zdravotnického týmu, který upevňuje důvěru nemocného v léčebný proces, uklidňující prvek pečující o emocionální stav nemocného.

Přístup sestry

K tomu, aby sestra mohla plnit úspěšně svoji roli, je zapotřebí, aby byly realizovány tři důležité přístupy:

- Kolektivní orientace (sociocentrismus) znamená, že sestra při své práci vychází z potřeb nemocných, které upřednostňuje před potřebami svými. Jde o orientaci na druhého člověka.

- Universalismus předpokládá, že sestra zaujme svoji roli vůči všem nemocným, aniž by někoho upřednostňovala. Chová se ke všem stejně.

- Emocionální neutralita vyjadřuje očekávání, že sestra je schopna svoji emocionalitu podřídit rozumové kontrole. Jde o výkon profese bez vnitřních i vnějších konfliktů.

Ve své práci má zdravotnický pracovník dodržovat určité zásady takzvaného profesního chování, které by mělo vztah mezi personálem a nemocným posílit. Patří mezi ně například:

- znalost práv pacienta, jejich respektování a dodržování;
- korekce chování tak, aby se projevilo v kladném působení na nemocného;
- ovládání negativních emocí a nálad při jednání s nemocnými i spolupracovníky;
- povýšení potřeb a zájmů nemocného nad své.

Postavení sestry ve společnosti je určováno jak historickým náhledem, tak i sociálně ekonomickou situací dané země. Skutečností zůstává, že role sestry a její postavení v dané vývojové etapě jsou závislé na mnoha faktorech, které jsou se zdravotnickou profesí spojeny.

Faktory, které ovlivňují profesní chování sestry:

- Kladné vlastnosti osobnosti jsou předpokladem k výkonu tohoto povolání, a pomáhají i při vlastním naplnění její role.

- Vzdělání umožňující odbornou přípravu pro výkon povolání. Různými formami je realizováno celoročně a celoživotně.

- Etický kodex sestry - vytvořený pod vlivem etických norem společnosti - určuje chování sestry a úzce souvisí s profesní morálkou.

- Prestiž povolání je určena náhledem společnosti na výkon práce sester a je v různých zemích různá. V minulosti bylo na sestru pohlíženo jako na pomocníka či služku bez vzdělání, v současné době pracují ve zdravotnictví vysoce vzdělané specialistky a sestra může dosáhnout až vysokoškolského vzdělání.

- Požadavky pracoviště ovlivňují kvalitu profesního jednání a chování a jsou dány zařízením, kde sestra pracuje.

- Práva pacientů ovlivňují profesní chování zdravotníků k nemocným. Jedná se o soubor požadavků, které nemocný může uplatnit vůči zdravotníkovi i zdravotnickému zařízení.

Jak už bylo uvedeno, sestra stráví s nemocným relativně mnohem více času než lékař. Vedle profesionálních schopností však poskytuje nemocnému porozumění a oporu, pečuje o jeho emocionální stav. Sestra má znát a chápat i osobní problémy nemocných, úzce se podílí na realizaci sesterských úkolů v rámci ošetřovatelského procesu, tak aby nemocnému pomohla zvládnout jeho svízelnou situaci.

Podle postavení a postojů v práci a vztahu k nemocným můžeme rozlišovat několik typů sester, a to rutinní (přesná, konkrétní, věcná, někdy se odpoutává od lidského přístupu, herecky afektovaná (snaží se udělat dojem, získat si přízeň, uznání), nervózní (neklidná, podrážděná, trpí nejistotou), mužský typ (energická, rozhodná, dobrá organizátorka, racionální myšlení), mateřský typ (milá, přátelská, chápající).

Kromě těchto znaků můžeme v profesi sestry vnímat i jiné ukazatele, kterými se člověk projevuje navenek.

Sestru sleduje a vnímá nemocný i z pohledu typologie osobnosti, a to jako sestru:

- cholerickou;
- melancholickou;
- sangvinistickou;
- flegmatickou.

V neposlední řadě i z pohledu práce na oddělení, a to jako sestru v třísměnném provozu nebo jako specialistku, která pracuje s velmi náročnou technikou. Zde někdy vznikají vztahové problémy mezi sestrami pracujícími na klasických odděleních a sestrami specialistkami.

Vzhledem k tomu, že i sestry mohou ve svém povolání procházet různými svízelnými situacemi, mohou být jejich projevy nálady i chování určitým způsobem negativně ovlivněny. Hovoříme pak o neadaptivních povahových projevech:

- sestry náladové - jejichž chování je závislé na situaci, kterou právě prožívají; mívají zde znatelné odchylky od vyrovnaného jednání buď v pozitivním, nebo negativním směru;
- sestry psychastenické - s prožívanou úzkostí, které nemají rády změny v zaběhnutém systému, v nečekaných situacích selhávají, ale při pravidelné práci s nemocným jsou trpělivé;
- schizotymní sestry – vystupují jako odbornice, nemají snahu chápat nemocného se všemi jeho problémy; v práci si vytváří vlastní systém;
- sestry citově chladné – hledají své uplatnění v různých odbornostech a specializacích; u lůžka nemocného nenacházejí uspokojení;
- sestry podezíravé - problémy kolem sebe převádějí na svou osobu, jsou nedůvěřivé, zranitelné; cítí se ukřivděné, vyvolávají konflikty a jsou málo oblíbené;
- sestry přecitlivělé - velmi zranitelné, citlivé, příliš empatické;
- sestry hysterické - umí strhnout zájem, umí nadchnout, rády hrají důležitou roli směrem k nemocným;
- sestry popudlivé - zdroj problémů každého oddělení, jsou zlostné, výbušné, těžce se ovládají.

Zdravotníci s takovýmito neadaptivními povahovými rysy jsou pro nemocné i spolupracovníky zdrojem problémů a neklidu. Nemocný člověk je zvýšeně úzkostlivý a citlivý a neúměrné projevy chování vůči jeho osobě mohou pro něj znamenat nebezpečí poškození. Zdravotník, ať už lékař nebo sestra, si někdy přestávají uvědomovat, že jejich chování je sledováno i ostatními nemocnými, kteří se mohou cítit přístupem zdravotníků dotčeni nebo poškozeni. Takovéto chování má charakter profesionální deformace a na laika může činit dojem záměrného cynismu, určité otrlosti při zdravotnické práci.

Profesionální deformace může souviset:

- s dlouhodobým negativním návykem, na který nebyl zdravotník upozorněn;
- se zvětšujícím se odstupem od nemocných na základě vlastních problémů;
- s omezením kontaktu s nemocnými a neřešením jejich problémů;
- s emocionálním opotřebováním zdravotníka, únavou z profese, ale i těžkostmi vlastního života;
- se stereotypním, každodenním opakováním činností;
- s neuspokojením z vykonávání vlastní práce;
- se zjednodušením pohledu na utrpení a zdravotní potíže nemocných;
- s nevhodnou motivací pro práci;
- s nižší rozumovou úrovní a odborností zdravotníka;
- s pracovním přetížením;
- s nevhodnými profesními vzory.

Profesní psychická deformace s sebou nese důsledky, které mohou nepřímo ovlivnit diagnosticko-terapeutický proces nemocného.

6.3 Úroveň chování zdravotníků k nemocným

Přístup a chování zdravotnických pracovníků k pacientovi by měly znamenat především přístup přemýšlivý, kdy zdravotník dokáže ve své práci s pacientem brát v úvahu všechny působící souvislosti, včetně psychologických a sociálních. Znamená to překlenout rozpory mezi situací zdravotníka a nemocného. Zdravotník se musí bránit emocionální únavě, profesionální opotřebovanosti, deformaci až otrlosti, které vedou k neúměrně zjednodušenému pohledu na nemocného a jeho problémy. Musí jednat s pacientem jako s člověkem, nikoli jen jako s případem. Pomoc nemocným spočívá ve skutečnosti, že zdravotník vytváří pro nemocného příznivý psychosociální terén, na němž se může speciálně zaměřené léčebné působení uplatnit optimálním způsobem.

Postavení zdravotnického pracovníka, zvláště pak sestry, nabývá v dalším moderním pojetí ošetřovatelství stále důležitějšího významu. Sestry ve vztahu k nemocnému zastávají nezastupitelnou roli, se kterou se postupně ztotožňují. K tomu ovšem může dojít až tehdy, když jsou ve svém vývoji tak daleko, že vykazují většinu charakteristik zralého člověka. V opačném případě se pro ně práce, kterou vykonávají, stává zdrojem neúnosné zátěže a stresu. Práce musí být pro ně spojena s pocitem prospěšnosti lidem a pozitivním hodnocením, se kterým se pojí takzvaná seberealizace jedince. V neposlední řadě by každá sestra měla mít řadu pozitivních vlastností, které ovlivňují její jednání a chování.

Každodenní chování sestry vůči nemocnému má být pojímáno jako psychoterapeutický přístup a psychoterapeutické chování, které má prolínat veškerou prací sestry s nemocným.

Hovoříme o takzvaném produktivním chování sestry. Tento pojem vymezil již v roce 1969 I. Šmahel (in Jobánková, 1992), ale na aktuálnosti stále více nabývá při realizaci ošetřovatelského procesu, který se stal základem práce všech zdravotnických zařízení.

Sestra se v produktivním chování k nemocnému opírá o základní skutečnosti jednoty a neoddělitelnosti biologických, psychických a sociálních dějů. V praxi tak dokazuje, že chápe komplexní charakter nemoci. V tomto smyslu má sestra brát v úvahu:

- objektivní stránku nemoci;
- osobní psychickou a sociální situaci nemocného;
- osobnostní zvláštnosti nemocného;
- prožitky nemocného;
- vliv léčebného prostředí a jeho zvláštnosti;
- prognózu onemocnění;
- rozhodnutí lékaře při realizaci záměru léčby.

V posledním období nabírají na aktuálnosti pravidla produktivního chování, která obsahují:

Pravidla produktivního chování

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

Tato nejdůležitější pravidla produktivního chování vůči nemocným jsou předpokladem k zajištění kvalitní ošetřovatelské péče a předpokladem bezkonfliktních mezilidských vztahů.
V práci zdravotníků se ovšem mohou vyskytnout z různých důvodů určitá negativa, která ovlivní správnou dynamiku spolupráce s nemocným.

Může se jednat o nežádoucí osobnostní rysy, nevhodnou motivaci pro práci, nedostatek odborných znalostí, nevhodné mezilidské vztahy nebo také přetížení a únavu sester v ošetřovatelském působení. Tehdy dochází k problémům v přístupu k nemocnému a ošetřovatelské chování se stává neproduktivním. Příznačné pro neproduktivní jednání sester je, že není záměrné, že si ho sestry nebývají vědomy a nerady si ho u sebe připouštějí. Některé argumentují nedostatkem času a prostoru ve své pracovní náplni, jiné jsou přesvědčeny, že v jejich pracovní činnosti je vše v pořádku a že více není

potřeba dělat. Jádro problému bývá vždy v přístupu k nemocnému a v lepším využívání těch reálných možností, které sestry ve své práci mají.
Za neproduktivní chování je považováno:

- Sdělování polopravdivých nebo nepravdivých informací nemocným, které sice mohou sestře v dané chvíli zjednodušit nebo usnadnit práci, ale vyvolávají strach nebo nerealistické očekávání.
- Neochota ke spolupráci, nezájem o spolupráci.
- Projevy nepřátelství.
- Škodolibost vůči nemocným, zábava na jejich účet, nelítostná kritika, klepy a pomluvy.
- Stereotypní poučování, mentorování, komandování.
- Zdůrazňování vlastních zásluh, egocentrismus, vymáhání projevů vděčnosti od nemocných.
- Nedostatek uznání, snižování úsilí nemocného.
- Nesdílnost a uzavřenost, strohost.
- Neproduktivní utěšování a litování.
- Odmítnutí citové vazby, strohá věcnost, úřední tón, odcizení se nemocnému, cílům zdravotnictví i cílům vlastního zdravotnického povolání.

Je skutečností, že především sestra je tím pracovníkem, který zodpovídá za příznivý zdravotní stav nemocného. Vyžaduje to od ní nejen odborné znalosti, ovládání zásady psychoterapie, ale i řešení složitých situací. Při problémech, není-li úspěšně zvládnuta role sestry, může dojít k zásadnímu negativnímu vlivu na nemocného, až k jeho poškození.

Profesi sestry by proto měly vykonávat sociálně zralé osobnosti, s orientací na druhého člověka, s určitou dávkou empatie, tolerance, schopnosti spolupráce, přizpůsobivosti a odpovědnosti, lidí vysoce humánních a etických kvalit.

Dosažení takovéto profesionality vyžaduje dlouhou sebevýchovnou práci, osobní zralost a dlouhodobé zkušenosti.

6.4 Vztahy mezi nemocným, rodinou a zdravotníky

Nemoc člověka působí na jeho rodinný život převážně negativně. Vážnější onemocnění vyvolává zpravidla obavy ostatních o jeho osud, soucit nebo smutek. Někdy je dokonce provázeno pocitem viny, selháním nebo vědomím reálného zavinění nemoci, například při dlouhodobém přetěžování některého člena domácnosti. V každém případě se zde naruší rovnováha rodinného života. Čím déle nemoc trvá, zvláště je-li nemocný hospitalizován, tím větší tendenci má rodina zařídit se bez nemocného a vytvořit novou rovnováhu. Je evidentní, že tato situace působí nemocnému starosti a je vděčný, když o tom může mluvit s někým, kdo mu rozumí. Dobré rodinné vztahy jsou jedním z nejvýznamnějších činitelů příznivého vývoje nemoci. Vědomí, že někomu záleží na jeho uzdravení, že na něj s láskou čeká, že ho potřebuje, pomůže nemocnému překonat těžkou apatii a lhostejnost k léčbě. Z tohoto pohledu je vhodné věnovat pozornost návštěvám u hospitalizovaného nemocného. Mohou působit velmi příznivě, ale někdy i negativně až škodlivě.

Ve většině případů je rodina aktivním činitelem v zajištění léčby a podmínek pro uzdravení nemocného. Je potřeba, aby rodina byla spojencem zdravotníků. S rodinnými příslušníky je proto potřeba pravidelně hovořit, abychom je získali pro vzájemnou spolupráci, a pomohli tím i spolupráci nemocných se zdravotníky.

Psychologie příbuzných a návštěv je dána jejich osobností, aktuálním postojem k nemocnému a zkušeností s onemocněním jako takovým.

Ze strany příbuzných směrem k nemocnému můžeme sledovat několik rovin:

- zájem o nemoc a cíle vedoucí k uzdravení;
- množství informací, které získali o nemoci a možnostech léčby;
- postavení nemocného v systému ošetřovatelské péče a v realizaci ošetřovatelského procesu;
- schopnost komunikace rodinných příslušníků a personálu.

Také návštěvy však někdy mohou negativně ovlivnit léčebný proces, a to tehdy, když neúměrně nemocného zatěžují informacemi, které mohou jeho zdravotní stav negativně ovlivnit nebo jej zbytečně rozrušují.

Zásady při jednání s rodinou ze strany zdravotníka:

- Ubezpečit příbuzné nemocného, že je o nemocného dobře postaráno, s využitím všech dostupných léčebných metod.
- Poskytovat rodině vhodnou formou správné informace z diagnostické a terapeutické oblasti.
- Sdělit příbuzným, jak mohou při léčbě spolupracovat.
- Vhodnou komunikací získat dostatek anamnestických údajů, které mohou být prospěšné v rámci léčebného procesu.

Úzká spolupráce zdravotnického týmu, rodinných příslušníků a v neposlední řadě nemocného mohou mít velmi pozitivní vliv na celý léčebný proces.

6.5 Iatropatogenie

Znamená označení pro preventivní, diagnostický, terapeutický postup lékaře, který má za následek poškození zdraví nemocného. Jde tedy o různé formy postižení nemocného. Vycházíme zde z řeckého slova iatros = lékař, gennav = dělat, působit. Zkráceně můžeme použít i termín iatrogenie. Ve spojitosti se sestrou lze použít termín sororigenie (sorror = sestra).

Iatropatogenii je nejlépe chápat z interakčního hlediska jako jev vyvolaný vzájemným působením tří faktorů:

1. Situační vlivy - nesprávně provozovanou zdravotnickou osvětou:
   - etiologická iatropatogenie - vázaná na přeceňování vlivů dědičných faktorů;
   - diagnostická iatropatogenie - vyslovení unáhlené diagnózy bez dostatku důkazů;
   - laboratorní iatropatogenie - spojená s nevhodným vysvětlením získaných vyšetření;

- prognostická iatropatogenie - s příliš pesimistickou prognózou;
- terapeutická iatropatogenie - směřující k hanlivým výrokům o předcházející léčbě;
- administrativní iatropatogenie - vychází z podrobné zdravotnické dokumentace, kterou má nemocný k dispozici;
- pedagogická iatropatogenie – váže se na nevhodný výrok zdravotníka.

2. Osobnost zdravotníka - může být impulsem k iatropatogenii především při jeho nadměrném autoritativním přístupu k výkonu profese a při silnější profesionální deformaci.

3. Osobnost nemocného - zejména při zvýraznění některých osobnostních rysů. Více disponováni k iatropatogenii jsou jedinci úzkostliví, přecitlivělí, se sklonem k reakcím hypochondrickým.

Iatropatogenie může mít dopad na celou osobnost nemocného a lze ji proto rozdělit do následujících oblastí:

1. Somatická iatropatogenie - nemocný je poškozen léky, léčbou, špatně provedeným odborným výkonem nebo i nesprávným postupem v léčbě.

2. Psychická iatropatogenie - v podstatě znamená, že nemocný je poškozen nevhodným sdělením, nesprávnou informací, nepodloženými a neověřenými závěry o chorobě. Jde tedy o negativní působení slova, tzv. negativní psychoterapii.

3. Sociální iatropatogenie - je přenesením rozhodovací povinnosti na profesionálního odborníka, aniž by se nemocný snažil cokoli zabezpečit pro udržení a zlepšení svého zdravotního stavu.

Všichni zdravotničtí pracovníci by si měli uvědomit, že ošetřovatelský proces, který realizují, a ošetřovatelství jako samostatná vědecká disciplína stavějí na

první místo nemocného s jeho bio-psycho-sociálními potřebami. Zdravotníci svým přístupem a systémem práce mohou zodpovědně splnit jeho poslání jako nezbytný předpoklad profesionality.

6.6 Hospitalismus a nemocný

Hospitalismus je důsledek souboru negativních faktorů, které působí na nemocného při jeho pobytu v lůžkovém zařízení. Jde vlastně o silnou reakci na hospitalizaci. Velký význam při jeho vzniku má také nucená nečinnost. Čím je nemocný déle hospitalizován, tím je u něj větší pravděpodobnost vzniku hospitalismu.

V průběhu déle trvajícího pobytu je negativně ovlivněn jak duševní, tak i tělesný stav nemocného. Častěji než dospělí bývají hospitalismem postiženy děti, u nichž se pro somato-psychickou nezralost a labilitu projevuje nejvýrazněji, a staří lidé, kteří se obtížněji orientují v novém prostředí. Projevy hospitalismu mají s ohledem k věku a délce pobytu v ústavním zařízení svá specifika.

Nakonečný ve svém Lexikonu psychologie definuje hospitalismus jako fenomén zapříčiněný tzv. citovou deprivací dítěte, vyvolanou nedostatečnými nebo zcela chybějícími projevy mateřské lásky vůči dítěti, která může vést až k trvalému psychickému poškození osobnosti (agresivita, hostilita, citová labilita, zaostávání intelektového vývoje, selhávání v sociálních vztazích atd.).

Vlivy, které vedou k hospitalismu, shrnuje Jobánková pod pojem psychická deprivace. Jde tedy o stav, kdy jedinec nemůže z různých důvodů a po delší dobu uspokojovat některou ze svých životně důležitých potřeb. Hovoříme o deprivaci senzorické, emoční, intelektové, sociální.

Dlouhodobá hospitalizace vede snadno k nepříznivému duševnímu stavu, tedy hospitalismu. Nemocný si zvykne zejména na pasivitu, na to, že se o sebe nemusí starat. Izolace od světa vně nemocnice zúží obsah jeho zájmů, zejména má-li málo návštěv a není-li zvyklý číst nebo se jinak kvalitně zaměstnat. Normální život mimo nemocnici se pro něho stává hrozbou. Chátrá psychicky

i fyzicky. Hospitalismus postihuje pacienty každého věku, nejvíce ovšem děti a staré lidi.

Dětský hospitalismus – dítě do půl roku netrpí viditelně odloučením od matky, pokud se mu poskytuje láskyplná péče. Pro děti školního věku může být pobyt v nemocnici za příznivých okolností i užitečnou a příjemnou zkušeností. Avšak pro děti předškolního věku je odloučení od matky téměř vždy škodlivé. V současném období je velmi vhodné, aby do nemocnice byla s dítětem přijímána i matka, která může pomoci snížit působení negativních faktorů na dítě.

Reakce na hospitalizaci probíhá zpravidla ve třech stádiích:

1. stádium protestní - dítě je neklidné, hlasitě pláče, volá matku, jiné dospělé odmítá (trvá hodiny i dny);
2. stádium zoufalství - dítě ztrácí naději, že matku přivolá, oplakává ji, že jej opustila; někdy se uzavírá, je tiché a depresivní;
3. stádium odpoutávání od matky - dítě potlačuje své city k matce, upoutává se na sestru, chová se k matce lhostejně, nepláče po návštěvách; po návratu domů se objevují psychické poruchy – nespavost, noční děsy, pomočování, úzkost, problémy ve vztahu k rodičům.

Jestliže malé dítě nemá v nemocnici ani dostatek náhradní péče ze strany personálu, může dojít k citovému vyhladovění.

U dospělých se setkáváme s hospitalismem častěji u starších chronicky nemocných, kteří opakovaně a delší dobu žijí v nemocničním prostředí. Může se projevovat netečností, apatií, depresí, ale také nechutenstvím, nespavostí, plačtivostí či smutkem.

Není-li nemocný brzy po přijetí do zařízení dostatečně stimulován k tomu, aby zůstal co nejvíce soběstačný, aby zůstal jakkoliv činný, stane se velmi rychle závislým. Řešením je úzká spolupráce s rodinou pacienta od samého začátku hospitalizace, účast rodinných příslušníků na pracovní rehabilitaci nemocného a udržení kontaktu s rodinou formou denních návštěv.

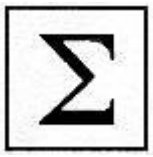
Současná medicína i moderní ošetřovatelství se zabývá prevencí hospitalismu jako jednoho z faktorů, který může kladně ovlivňovat celkový léčebně-ošetřovatelský proces.

Mezi základní opatření k prevenci patří:

- omezení hospitalizace nebo zkrácení doby pobytu na nejnutnější dobu
- umožnění pravidelných návštěv;
- humanizace nemocničního prostředí;
- úprava celého nemocničního režimu;
- hospitalizace dětí s doprovodem rodičů.

Prevence hospitalismu je jeden z velmi důležitých a dá se říci i významných úkolů současné medicíny. Spočívá ve správné realizaci léčebně ochranného režimu, ale i v dnešní době tak potřebného humanizovaného nemocničního režimu. V praxi to znamená přiblížit ústavní režim běžným životním podmínkám a zajistit dostatek podnětů a činností jak pro dětské, tak i dospělé nemocné.
U dětí lze v poslední době využít na mnohých pracovištích kromě učitelů MŠ i herní terapeuty. Dospělé nemocné zaměstnáváme četbou, poslechem rozhlasu a televize, pravidelným cvičením, pobytem na čerstvém vzduchu v nemocničním parku nebo pracovní činností, která udržuje psychickou i fyzickou aktivitu dlouhodobě nemocných. Nezanedbatelný význam v tomto smyslu má také sebeobsluha nemocných.
Organizovat správnou činnost nemocných je velmi složitý, a troufám si říci náročný úkol; zde se projevuje i určitá míra pedagogického umění ze strany zdravotnického personálu.

Aktivní spolupráce pacienta s ošetřujícím personálem a dobré mezilidské vztahy tvoří základní předpoklady úspěšné léčby.



Shrnutí kapitoly

Celá kapitola se zabývá velmi důležitou problematikou týkající se jak osobnosti lékaře a sestry, tak i nemocného člověka. Interakce, které zde vznikají, mohou mít zásadní vliv na průběh i léčbu nemoci. Důležitou úlohu zde sehrává profesionalita zdravotníků, ale také individualita každého nemocného.

Kontrolní otázky a úkoly:

1. Které faktory mohou ovlivnit profesní chování sestry?
2. Co znamenají pojmy kolektivní orientace, univerzalismus, emocionální neutralita?
3. Jaký je rozdíl mezi produktivním a neproduktivním chováním sestry k nemocnému?
4. Jaký vliv může mít neproduktivní chování na nemocného člověka v průběhu nemoci?
5. Jakou úlohu může sehrát rodina nemocného v léčebně-ošetřovatelském procesu?
6. Co znamená pojem iatropatogenie?
7. Ve kterých oblastech může dojít k poškození? Uveďte příklady.
8. Kdy mohou vzniknout u nemocného člověka projevy hospitalismu?
9. Jakým způsobem můžeme předcházet hospitalismu?

Otázky k zamyšlení:

1. Hospitalismus jako negativní reakce na nemocniční prostředí má své typické projevy. Zamyslete se nad projevy u dětí a starých lidí a pokuste se navrhnout preventivní opatření.

Citovaná a doporučená literatura

- Bártlová, S. Vybrané kapitoly ze sociologie medicíny. Brno: IDV PZ, 1996. ISBN 80-7013-233-7.
- Čechová, V., Mellanová, A., Rozsypalová, M. Speciální psychologie. Brno: IDV ZP, 1995. ISBN 80-7013-197-7.

- Haškovcová, H. Lékařská etika. Praha: Galén, 1997. ISBN 80-85824-54-x.
- Jobánková, M. a kol. Vybrané problémy psychologie zdravotnické činnosti. Brno: IDV ZP, 1992. ISBN 80-7013-127-6.
- Mohapl, P. Úvod do psychologie nemoci a zdraví. Olomouc: UP, 1992. ISBN 80-7067-127-0.
- Nakonečný, M. Lexikon psychologie. Praha: Vodnář, 1995. ISBN 80-85255-74-x.
- Rozsypalová, M., Staňková, M. Ošetřovatelství. Praha: Informatorium, 1996. ISBN 80-85427-93-1.
- Rozsypalová, M., Říčan, P., Singule, F. Psychologie a pedagogika. Praha: Avicenum, 1985. 08-008-86.
- Vokurka, M., Hugo, J. Praktický slovník medicíny. Praha: Maxdorf, 1994. ISBN 80-85800-22-5.
- Zacharová, E., Šimíčková-Čížková, J. Základy psychologie pro zdravotnické obory. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-4062-1.

Místo pro poznámky:

Literatura

- Bártlová, S. Vybrané kapitoly ze sociologie medicíny. Brno: IDV PZ, 1996. ISBN 80-7013-233-7.
- Bártlová, S. Sociologie medicíny a zdravotnictví. Brno: NCO NZO, 2003. ISBN 80-7013-391-0.
- Bouchal, N. Psychologie v lékařství. Brno: MU, 1993. ISBN 80-210-0641-2.
- Čechová, V., Mellanová, A. Psychologie a pedagogika. Praha: H a H, 1999. ISBN 80-86022-42-0.
- Čechová, V., Mellanová, A., Rozsypalová, M. Speciální psychologie. Brno: IDV ZP, 1995. ISBN 80-7013-197-7.
- Greisinger, J., Jobánková, M. a kol. Základy psychologie pro SZP. Martin: Osveta, 1990. ISBN 80-217-0123-4.
- Hárdi, I. Psychologie péče o nemocného. Praha: Avicenum, 1972.
- Haškovcová, H. Lékařská etika. Praha: Galén, 1997. ISBN 80-85824-54-x.
- Jobánková, M. a kol. Vybrané problémy psychologie zdravotnické činnosti. Brno: IDV ZP, 1992. ISBN 80-7013-127-6.
- Kondáš, I. Klinická psychológia, Martin: Osveta, 1980.
- Křivohlavý, J. Psychologie zdraví. Praha: Portál, 2001. ISBN 80-7178-551-2.
- Křivohlavý, J. Psychologie nemoci. Praha: Grada, 2002. ISBN 80-247-0179-0.
- Mohapl, P. Úvod do psychologie nemoci a zdraví. Olomouc: UP, 1992. ISBN 80-7067-127-0.
- Mohapl, P. Vybrané kapitoly z klinické psychologie I., II. Olomouc: UP, 1990.
- Nakonečný, M. Psychologie osobnosti. Praha: Academia, 1997. ISBN 80-200-0628-1.
- Nakonečný, M. Lexikon psychologie. Praha: Vodnář, 1995. ISBN 80-85255-74-x.
- Plháková, A. Učebnice obecné psychologie. Praha: Academia, 2004. ISBN 80-200-1086-6.

- Rozsypalová, M., Staňková, M. Ošetřovatelství. Praha: Informatorium, 1996. ISBN 80-85427-93-1.
- Rozsypalová, M., Říčan, P., Singule, F. Psychologie a pedagogika. Praha: Avicenum, 1985. 08-008-86.
- Staňková, M. Lemon. Praha: Mikada, 1997, č. 4. ISBN 80-7013-248-5.
- Trachtová, E. a kol. Potřeby nemocného v ošetřovatelském procesu. Brno: IDVPZ, 2001. ISBN 80-7013-324-8.
- Vokurka, M., Hugo, J. Praktický slovník medicíny. Praha: Maxdorf, 1994. ISBN 80-85800-22-5.
- Vymětal, J. Základy lékařské psychologie. Praha: Psychoanalytické nakladatelství, 1994. ISBN 80-901601-3-1.
- Zacharová, E., Šimíčková-Čížková, J. Základy psychologie pro zdravotnické obory. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-4062-1.