

PhDr.Jana Severová,CSc.

PSYCHOLOGIE pro bakalářské studium oboru Ortoptika.

Brno 2017.

1. PSYCHOLOGIE JAKO VĚDA.

1.1. PŘEDMĚT PSYCHOLOGIE.

Psychologie je vědní obor, který zkoumá psychické procesy, stavy a vlastnosti člověka, jejich změny během vývoje a v souvislosti s lidským a věcným prostředím. Zabývá se jak jejich normálními, tak i patologickými projevy, prevencí psychických krizí a selhání a léčbou psychických poruch.

Psychologie se často označuje jako věda **hraniční, což znamená, že předmětem svého zájmu zasahuje jak do věd společenských, tak i přírodních.** Se společenskými vědami má společný předmět - člověka, s **vědami přírodními** pak biologický základ některých projevů psychiky člověka.

V současnosti i minulosti vstupovaly do psychologie i poznatky věd **technických**, zejména při konstrukci přístrojů, jimiž se měřily různé projevy a procesy (reakční čas, výkon za časovou jednotku, rozdělování pozornosti a další).

Psychické procesy - vyjadřují průběh změny od nějakého počátečního stavu do stavu konečného. Jsou velmi rozmanité a řadíme k nim *funkce poznávací, citové, snahové*. Týkají se poznání, temperamentu, motivace a integrace. Jejich zdrojem je zpravidla nevyvážený stav jedince, nerovnováha působících sil mezi ním a okolím a cíle je dosažení vyváženého stavu buď uspokojením nebo nahrazením jinými činnostmi.

Psychické stavy - jde o vystižení nějakého celku, např. osobnosti, v určitém okamžiku, tj. přechodná nebo přítomná duševní kvalita, např. hlad, spánek, radost, která má svůj obsah, stupeň a trvání. V jednom časovém úseku se mohou vyskytovat různé psychické stavy. Jednotlivé stavy se mohou opakovat v různých časových úsecích. Stav svou povahou spoluurčuje psychické procesy (jinak se chová člověk klidný nebo rozčilený).

Psychické vlastnosti - jsou popisnými prvky struktury osobnosti, které nám umožňují předvídat, jak se konkrétní jedinec zachová v různých situacích a jak je bude prožívat. Považujeme je za vnitřní činitele, které mají dědičný základ a jejich projev ovlivňuje vývoj, výchova, životní a kulturní prostředí jedince. Základním prvkem je temperament, celek vlastností osobnosti se nazývá charakter.

Vývoj - to je celoživotní proces zahrnující komplex kvantitativních (růst, váhové změny) a kvalitativních (vývojová období) změn, které mají řadu společných rysů pro všechny lidi, ale jejich průběh je u každého jednotlivce individuální. Společné rysy jsou vyjádřeny vývojovými zákonitostmi, individuální stránka vývoje se zjišťuje specificky pro každého člověka zvlášť.

Vývoj můžeme definovat jako změnu struktury (biologické, sociální, psychické aj.) charakterizovanou těmito znaky:

1. Jde o změnu nevratnou
2. Jde o změnu zákonitou
3. Jde o změnu determinovanou zevnitř i zvenčí.
4. Jde o změnu od méně dokonalého k dokonalejšímu
5. Vývoj nespočívá v pouhém kvantitativním růstu, nýbrž v kvalitativních změnách.

Normální projevy - znamenají takové pozorovatelné projevy člověka, který se fyzicky i psychicky zdráv, dokáže se vyrovnat adaptivním způsobem se změnami i zátěží ve svém životě a jeho chování odpovídá jeho věku příslušným životním zkušenostem.

Patologické projevy - to je odchylka od normálního průběhu a projevu psychických procesů, stavů a vlastností. Velikost a časová charakteristika odchylky pak určuje, zda je patologický projev jen náhodný či trvalý, zda je reverzibilní či ne a je-li ohrožující jedince či jeho okolí.

Prevence a terapie - Prevencí rozumíme obecně předcházení nežádoucímu projevu či poruše. V psychologii to znamená předcházení duševnímu selhání, což se děje pomocí šíření populárních informací a návodů, jak si uchovat duševní pohodu a vyrovnanost. Terapie

nastupuje při projevech psychického selhání různého stupně a jde o záměrný zásah prostřednictvím specifických postupů, směřovaných k znovuobnovení duševní rovnováhy a pohody.

Uplatnění psychologie je velmi široké. V průmyslu a dopravě se např. uplatňuje při výběru pracovníků pro náročná povolání, při rozboru a nácviku efektivních pracovních metod, při úpravě pracoviště, při konstruování strojů, při řešení vztahů mezi lidmi na pracovištích. Dlouhou tradici má psychologie ve výchovně vzdělávací praxi při poznávání žáků, při rozpracovávání metod účinného učení, vyučování a výchovy, při rozboru příčin neprospěchu, při jejich překonávání, při řešení obtížných výchovných případů a specifických poruch učení. Mnoho psychologů pracuje ve zdravotnictví, kde se zabývají prevencí diagnostikou, psychoterapií a duševní hygienou

Psychologie se uplatňuje i ve sportu, v reklamě, v armádě, soudnictví.

Psychologie **může v praxi pomáhat** všude tam, kde potřebujeme:

1. poznávat lidi
2. působit na lidi
3. uspořádat podmínky, ve kterých lidé pracují, působí, žijí

Psychologických poznatků užívají jednak odborní psychologové, jednak pracovníci dalších profesí, zejména těch v nichž záleží mnoho na práci s lidmi a proto se psychologie zařazuje do jejich odborné přípravy.

I.2. TYPY PSYCHOLOGICKÝCH VĚD.

Psychologie se obvykle dělí do tří skupin věd: **obecné, speciální a aplikované vědy.**

Obecné psychologické vědy zahrnují *obecnou psychologii, psychologii osobnosti, metodologii, dějiny psychologie.*

Obecná psychologie se zabývá nejobecnějšími problémy lidské psychiky a jejich změn v čase a formuluje obecné zákonitosti psychiky, jejího vývoje a formování. *Psychologie osobnosti*, která zkoumá psychické, sociální a biologické vlastnosti, rysy a stavy v zobecňující rovině. Její poznatky jsou základem konstrukce specifických standardních vyšetřovacích metod.

Metodologie se zabývá obecně metodami výzkumu psychiky člověka, pracuje s matematickými a statistickými postupy a modely.

Dějiny psychologie shromažďují informace o vývoji této vědy z historického hlediska, soustřeďují informace o osobnostech vědy a jejich názorech, o jednotlivých školách teorie i praxe psychologie.

Speciální psychologické disciplíny vycházejí z obecné psychologie, ale jejich předmět je užší, metody specificky zkoumající tento předmět. Jejich poznatky přímo slouží obecné psychologii, která je syntetizuje a zobecňuje. Paří sem:

Psychofyziologie se zabývá vzájemným vztahem fyziologických základů a psychiky a jejich vzájemný vliv.

Vývojová psychologie zkoumá vývoj člověka jednak jako druhu - fylogeneze, jeho duše v různých historických etapách - antropogeneze, změny během života jedince - ontogeneze a vývoj jednotlivých procesů, stavů, schopností a dovedností - aktuální geneze.

Sociální psychologie je věda, která se zabývá vlivem sociálních faktorů na psychiku člověka a jeho utváření v sociálních situacích

Pedagogická psychologie zabývá se psychologickými zákonitostmi výchovy a vzdělávání člověka v jednotlivých etapách jeho života, především osvojováním vědomostí, dovedností a postojů, zabývá se psychickými procesy učitelů a žáků i samostatně se učících lidí.

Psychologie práce se zabývá vnitřními (schopnosti, pracovní motivace) a vnějšími (pracovní prostředí) podmínkami pracovního procesu vč. mezilidských vztahů, výběru pracovníků, tvorby týmů apod.

Aplikované psychologické disciplíny jsou takové typy psychologie, které využívají psychologické teorie, objevů a principů v takových oblastech, jako je např. vzdělávání, terapie, jednotlivá období života, náboženství, průmysl, obchod, reklama, sport, trestná činnost apod. Aplikovaných disciplín jsou desítky a každodenní život dává vzniknout dalším typům.

I.3. PSYCHOLOGICKÉ METODY.

Jako každá věda, má i psychologie své specifické cesty, jak se dobrat určitého cíle. Tyto cesty nazýváme metodami. Jednotlivé typy metod využívají jak teoretické, tak i speciální a aplikované psychologické disciplíny.

a) **Pozorování** je nejstarší vědeckou metodou, která v psychologii využívá lidských smyslů ke sbírání dat o vnějších projevech i vnitřních prožitcích lidí i sebe sama. Pozorování vnějších projevů se nazývá *extraspekce*, pozorování vlastních vnitřních projevů a prožitků *introspekce*. Pomocí pozorování získává odborník v praxi řadu cenných informací o klientovi nebo skupině osob.

Je-li pozorování využíváno jako vědecká metoda, musí splňovat řadu podmínek, aby bylo možné je považovat za cenné a relativně objektivní musí být plánovité a cílevědomé, tj. řízené, kontrolované a systematické. musí se přesně definovat, co má být pozorováno. Pozorování pak může být zjevné nebo skryté, může je realizovat jeden nebo skupina pozorovatelů a lze využívat i technických prostředků - film, video, magnetofon apod. k zaznamenávání pozorovaných jevů se často využívají seznamy projevů, kde se jejich počet či intenzita jednoduše hodnotí zaškrtnutím např. čísla na škále.

b) **Experiment** je čistě vědeckou metodou. Podle záměru pak rozeznáváme *e. laboratorní* - přísně kontrolované podmínky v laboratoři či na speciálním pracovišti a *e. přirozený* - podmínky jsou volnější, realizuje se v přirozeném prostředí (herna, třída). Oba typy experimentu však musí mít stanoveny hypotézy, přesně stanovený metodický postup a dvě skupiny zkoumaných osob - experimentální (je vystavena e. podmínkám) a kontrolní (není vystavena e. podmínkám). Experimentem se zpravidla testují hypotézy, které jsou formulovány jako kauzální vztah závislé a nezávislé proměnné.

c) **Dotazování** rovněž patří ke klasickým metodám. Je založeno nakladení otázek, které může mít tři formy:

a) osobní interview

b) telefonické interview

c) písemné pomocí dotazníku nebo ankety.

Důležitý je vztah důvěry klienta k psychologu, aby PO neztratila chuť odpovídat na dotazy a zároveň byl dosažen cíl rozhovoru. Dotazování slouží např. ke zjišťování dat osobní a rodinné anamnézy, k popisu problémů a k terapii. Podle toho, k jakému účelu je veden, je rozhovor buď přísně strukturován - přesné pořadí otázek (anamnéza) nebo volnější, méně strukturovaný (problémy, terapie).

d) **Testy** jsou velmi rozšířenými nástroji psychologické diagnostiky. Podle účelu rozeznáváme testy průběhu vývoje, schopností a dovedností, organicity, zájmů, postojů, pozornosti, vztahů, normy a patologie osobnosti a další. Podle formy jsou to škály, dotazníky, kresebné testy, projektivní testy (verbální a neverbální), přístrojové metody, konstrukční metody a jiné.

e) **Analýza výtvarů** je rozбором výsledků lidské činnosti, zejména výtvarné a grafické - kresba, modelování, písmo, mimický nebo dramatický projev, a to podle kvantitativních i kvalitativních měřítek. Rozboru slouží např. i literární pozůstalost, deníky, dopisy a jiný písemný materiál. Cílem není jen diagnostika, ale i měřítko postupující terapie duševních poruch (neuróz, psychóz). nebo určitý vývoj.

2. ONTOGENEZE LIDSKÉ PSYCHIKY.

1. Úvod.

Vývojová psychologie vznikla jako relativně samostatná speciální vědní disciplína asi před sto lety. Ve svých počátcích se věnovala převážně pozorování projevů malých dětí a je typická tzv. deníkovými záznamy. Problematika nejtělejšího dětství byla po dlouhou dobu dominující problematikou této vědní disciplíny. Postupně pak přibývalo poznatků i z období dospívání. Teprve ve druhé polovině tohoto století se vývojová psychologie začala věnovat celé životní dráze člověka. Postupně narůstající zájem vědy o další věková období je znát i na rozsahu znalostí. Nejvíce je jich o nejmenších dětech, čím dále po vývojové škále postupujeme, tím poznatků ubývá a nejméně je jich o věku dospělém a o stáří. V posledních dvaceti letech však přibýlo i znalostí o dříve pomíjených věkových kategoriích. Při popisu jednotlivých vývojových etap se střetáváme s problémem, jak nejlépe objasnit postup a vývojové změny. Je třeba se rozhodnout, zda budeme postupovat po časové ose a nebo budeme popisovat jednotlivé psychické projevy. Problém spočívá i v kvantu poznatků a jejich interpretaci - je nutné a nezbytné vybrat to nejdůležitější. Periodizace duševního vývoje rovněž prošla určitým vývojem názorů. V současnosti jsou nejvíce uznávány periodizace kognitivního vývoje **J.Piageta** a periodizace podle "životních úkolů a konfliktů" **E.Ericsona**.

Kognitivní vývoj dle J. Piageta je členěn následovně:

1. senzomotorická inteligence - od narození do 1 a půl až 2 let. Fáze praktického poznávání prostřednictvím smyslů a motorických dovedností (hrubá i jemná motorika), a to v čase i prostoru. Orientace v okolí.
2. etapa symbolického a předpojmového myšlení - do 4 let. Schopnost používat symboly – slova, gesta, obrázky, které nahrazují reálné objekty. Učí se pracovat s jazykem a výtvarným vyjádřením.
3. etapa názorového myšlení - od 4 do 7/8 let. Mentální operace. Dítě umí pracovat s představami.
4. etapa konkrétních operací - asi do 11/12 let. Dítě systematicky uvažuje o objektech, číslech, čase, prostoru, příčinnosti apod. Uvědomuje si vztahy (stejně množství může mít různý tvar.).
5. etapa formálních operací - po 11 roce a během dospívání. Člověk začíná přemýšlet o světě jinak než jen na úrovni činnosti nebo jednoduchých symbolů. Domýšlí důsledky a testuje hypotézy.

E.Ericson dělí vývoj člověka takto:

Stadium	Psychosociální krize	Příznivé řešení.
<u>první rok života</u> naděje a schopnost být, zdravá závislost na základě symbiotické vazby.	důvěra x nedůvěra	důvěra a optimismus
<u>druhý rok života</u> rodí se síla vůle, schopnost cítění, vnímání a konání na základě proti závislosti	autonomie x pochybnost	pocit sebekontroly a dostatečnosti

<u>třetí až pátý rok</u> rodí se odhodlanost, schopnost fantazie a pociťování nezávislosti	Iniciativa x vina	Účelnost a zaměření, vlastní aktivita
<u>šestý rok až puberta</u> schopnost vědění, učení a spolupráce, nezávislost při spolupráci, kompetence	píle x méněcennost	zdatnost v intelektových, společenských a tělesných dovednostech
<u>adolescence</u> rodí se věrnost, schopnost regenerace a sounáležitosti.	identita x zmatek	celistvá představa o sobě.
<u>mladší dospělost</u> schopnost regenerace a lásky	intimita x izolace	schopnost mít závazky
<u>střední dospělost</u> schopnost regenerace a produktivity	generativita (péče) x stagnace	zájem o rodinu, péče o společnost
<u>pozdní věk</u> schopnost regenerace., moudrost	integrita x zoufalství	pocit naplnění a uspokojení

Uvedeme si dnes často používané periodizační schéma :

- | | | | |
|-----|-------------------------------|------------------------|---------------|
| 1. | Prenatální období | (od početí do narození | asi 280 dní) |
| 2. | Novorozenecké období | 6 týdnů | |
| 3. | Kojenecké období | do 1 roku | |
| 4. | Batole | od 1 roku | do 3 let |
| 5. | Předškolní věk | od 3 | do 6 let |
| 6. | Školní věk | od 6 | do 11 let |
| 7. | Pubertální období (dospívání) | od 11 | do 15 let |
| 8. | Adolescence (mládí) | od 15 | do 20 let |
| 9. | Mladá dospělost | od 20 | do 30(32) let |
| 10. | Střední dospělost | od 30(32) | do 46(48) let |
| 11. | Zralá dospělost | od 46(48) | do 65 let |
| 12. | Stáří | od 65 let | |
| 13. | Vysoký, kmetský věk | od 75 let | výše |

2. Prenatální období.

Základy psychické života musíme hledat již v intrauterinním období. Zkoumání tohoto období nebylo dlouho přístupné pozorování a fakta zjištěná zkoumáním předčasně narozených či potracených dětí neodpovídala skutečnosti.

V současnosti je k dispozici řada techniky, které umožňují šetrné a neinvazní zjišťování aktivit plodu. Jedná se o fetální EEG, UZV, termografie, izotopové techniky apod.

Chování dítěte v prenatálním období..

Poznatky získané zkoumáním plodu a jeho aktivit vedou ke třem závěrům:

1. **Plod je velmi brzy připraven pro činnosti, které budou nutné pro jeho přežití a pro interakci se zevním prostředím.**

2. **fetální měsíc** - jemné stahy a záškuby základů svalových skupin
počátek 3. **měsíce** - spontánní pohyby končetinami, otáčení hlavou jednoduchá mimika, náznak úchopu, lze registrovat EEG aktivitu nediferencovanou,
od 5. měsíce se objevuje bdělý a spánkový stav na EEG, reakce na zvukové podněty, na bleskové světlo na tlak a bolest.

6. měsíc začne rozlišovat lidský hlas a ostatní zvuky, krátkodobě si pamatuje některé podněty - habituace (úbytek reakce na opakující se podnět).

V **7. měsíci** rozlišuje slabiky, jako baba, babi a pod. Tato schopnost se zhoršuje po vykouření jedné cigarety na 1 a půl hodiny, ovlivňují ji léky a také postižení plodu.

V **posledních 2 měsících** plod popíjí, plodovou vodu. Přidáním sladké příměsi se pití zvýšilo.

2. **Plod je aktivní, tj. ovládá prostředí** - plod reaguje na změnu polohy matky a občas nutí svou aktivitou matku změnit polohu. Rovněž napomáhá při, porodu a ještě určitou dobu po něm leze směrem dopředu, má-li možnost.

3. **Již v prenatální době získává jedinec schopnost sociální interakce.** Je to dáno i vztahem rodičů k očekávanému dítěti. Dítě je často pojmenováno nebo má přezdívku, když příliš "kope" matka ho laskavě hubuje. Plod pak svou aktivitou nutí matku odpočívat nebo spát v určité poloze apod.

Vývoj předčasně narozených dětí.

Nedonošené děti jsou zpravidla ošetřovány na **novorozeneckých JIP**. Zde se dostanou z klidu a pološera do světla a hluku lidí a přístrojů. Aby se zabránilo negativnímu působení, přijímají se různá opatření - tlumí se světla, zní tichá hudba, rodiče mohou častěji navštěvovat dítě a jemně se ho dotýkat. **Klokánkování.**

Předčasný porod je zátěží i pro rodinu, která je zaskočena, obává se o život dítěte a někdy i jeho matky. Rodina je odloučena od dítěte a je **dokázáno, že tím zanikají schopnosti intuitivního rodičovství.** K jeho zachování existuje řada speciálních programů.

Je to nutné, protože nedonošené děti jsou častěji dráždivější, labilnější, méně reagují na smyslové podněty, hůře jí, mohou se opožďovat ve vývoji - jsou jiné a proto je jejich přijetí do rodiny doprovázeno řadou potíží.

3. Novorozenecké období.

Porodem se dítě dostává do cizího prostředí a příchod do něj je často obtížný. Je **snaha upravit porod tak, aby byl co nejpřirozenější a co nejméně zatěžující.** Na porodních sálech se vytváří spíše domácí prostředí, tlumí se světla, je snaha o co nejmenší hluk, narozené dítě se klade na břicho matky a k jejímu prsu. Dítě je spokojenější a rychle začne sát, čímž se významně zvyšuje produkce kolostra a později mateřského mléka. To dává předpoklad k prodloužení doby kojení. Existují porody do vody, v podřepu, cvičení na velkém balónu před porodem.

Po porodu rychle roste schopnost dítěte aktivně ovládat prostředí a zapojit se do sociální interakce.

Chování novorozeného dítěte.

Zralý novorozenec má výrazný svalový tonus a jeho stavy spánku a bdění se liší. Obecně se udává 5 stavů, ve kterých se novorozenec zpravidla nachází:

1. **Hluboký spánek** - dech pravidelný, oči zavřené, bez spontánních pohybů, svalový tonus nízký.

2. **Lehký spánek** - (REM) - oči zavřené nebo pootevřené, pod víčky pozorujeme rychlé oční pohyby, dech nepravidelným aktivita nízká, drobné záškuby nebo pohyby, změny v mimickém výrazu.

3. **Dřímota** - přechodný stav mezi bděním a spánkem. oči mohou být otevřené, ale kalné s neurčitým pohledem. Mohou být též pootevřené. Úroveň aktivity měnlivá s občasnými záškuby, nízké svalové napětí.

4. **Klidný bdělý stav** - jasný pohled, dítě se dívá a naslouchá, úroveň aktivity nízká, střední svalové napětí.

5. **Aktivní bdělý stav** - oči otevřené, značná pohybová aktivita s velkými pohyby končetin, častěji krátké hlasové projevy.

6. **Pláč** - oči otevřené nebo zavřené, velká pohybová aktivita, vysoké svalové napětí, nepravidelný pláč, slzy.

Novorozenec má vyvinuty **všechny základní nepodmíněné reflexy** - *sací, polykací, vyměšovací, obranné, orientační, úchopové, polohové.*

Také **smysly novorozence** jsou vyspělejší, než se dříve soudilo. Novorozenec vidí a zejména pohybující se podněty sleduje se značným zájmem. Rozlišuje základní barvy a tvary a dává přednost ostrým a kontrastním barvám. Zraková ostrost je ještě slabší. Jsou schopny rozlišit hloubku a vzdálenost - uhýbají před blížícím se předmětem.

Sluch se vyznačuje preferencí vyššího ženského hlasu a zdá se, že pozná hlas své matky.

Některé zvuky jsou mu příjemné, jiné ne - je to zcela individuální.

Hmat a čich jsou novorozenci zdrojem spokojenosti - dítě rozliší čichem vůni své matky na oděvu.

Motoricky je však novorozenec velmi nehotový - leží v asymetrické poloze (šermíř), jeho spontánní pohyby jsou nepřesné a nekoordinované, hlavička ve vzpřímené poloze kolísá a chabě přepadá dopředu, pěstičky jsou zaťaté.

Schopnost novorozence učit se.

Novorozenec **postřehuje vztahy mezi podněty** a sám se snaží vyvolávat určité reakce okolí. Tím získává zkušenosti a učí se. Je schopen si některá spojení pamatovat až 24 hodin. Je tedy mnohem aktivnější, než se dříve uvádělo. Učí se zejména vyhledávat příjemné a vyhýbat se nepříjemnému.

Protosociální chování novorozence.

Projevuje se **zvýšeným zájmem o lidský hlas a pozorování lidského obličeje**, také úchopový reflex je silnější na lidském prstě než na tyčince. Křikem signalizuje dítě nepohodu a ten je již poměrně hodně diferencovaný. Matka je schopna poznat, jakou nepohodu dítě signalizuje.

Pro bezproblémový vývoj dítěte je nutné, aby došlo k **synchronii pozornosti a afektu mezi matkou a dítětem**. To znamená, že dítě vyše signál a matka na něj okamžitě a správně zareaguje.

Významným momentem navázání vztahu matky a dítěte je **otevření očí dítěte**, které matka považuje za signál, že ji dítě vnímá.

Způsob interakce s takto malým dítětem je charakterizován následujícími znaky:

1. Při hovoru k malému dítěti matka **své výrazy přehání** - mluví vyšším hlasem, pomaleji, jiným rytmem, s nápadnější mimikou, nápadnějšími pohyby a pohledem z očí do očí trávající déle, přibližuje svou tvář až na 20-25 cm k obličeji dítěte,

2. **repertoár výrazových projevů je chudší**, omezený jen na několik projevů, které dítě snáze diferencuje,

3. matka tyto své projevy opakuje se značnou stereotypností a rigiditou.

Při kontaktu “z očí do očí” rodiče napodobují projevy dítěte a dítě projevy rodičů.

V případě, že vztah matky a dítěte je asynchronní, které mohou vzniknout jak se strany dítěte, tak i se strany rodičů, může dojít k narušení sociálního kontaktu. Důsledkem je pak deprivace či subdeprivace, opoždění některých projevů dítěte či vývojové psychické poruchy.

Výsledkem mohou být pak poruchy komunikace (příliš volná nebo příliš rigidní).

Pro přiměřený vývoj dítěte je tedy důležité, aby:

- **interakce s dítětem byla kvalitní**, tj. aby aktivita matky byla kontingentní - okamžitá reakce na podnět se strany dítěte a ve správném smyslu.
- **aby péče byla konzistentní** tj. aby se všechny interakce zachovaly přibližně jednotný styl po poměrně dlouhou dobu a aby osoba, která o dítě pečuje byla stabilní.
- **aby byly synchronizovány** nejen jednotlivé reakce, ale i celé řetězce reakcí.
- aby došlo k sdílení pocitů dítěte dospělým - **emoční naladění**.

4. Kojenecké období.

V tomto období dojde k velmi prudkému rozvoji všech tělesných i duševních funkcí a projevů. Je proto nezbytné popisovat projevy dítěte po jednotlivých trimestrech, aby byl popis funkční a přehledný.

Pro vývoj motorických funkcí v prvních třech měsících života dítěte platí principy stanovené A.Gesellem:

1. Princip vývojového směru:

a) kefalokaudální směr vývoje jednotlivých částí těla pokračuje od hlavy k patě.

b) proximodistální postup - ovládání jde zároveň od středové symetrie k okrajovým částem,

c) postup ulnoradiální - úchop pokračuje od malíkové strany dlaně ke klešťovému úchopu na straně palcové.

2. **Princip střídavého prolétání antagonistických neuromotorických funkcí** - flexorů a extensorů.

3. **Princip postupné specifikace pravé a levé poloviny těla.**

4. **Princip individuálně řízené maturace.**

5. **Princip autoregulace** - postupné prodlužování fází bdění, zvyšování dávek jídla, a to postupně a s možnými výkyvy a návraty k původnímu stavu.

Tříměsíční dítě.

Hrubá motorika - na zádech zaujímá převážně polohu symetrickou kolem střední osy, ručky otevřené. V sedu s oporou je hlava vzpřímená a vcelku pevná, záda prohnutá do oblouku. Ve stoji dítě vzpírá nožky je slabě. Na břišku se opírá o předloktí a hlavu zvedá šikmo k podložce.

Jemná motorika - Přibližuje ručky k hračce nad trupem, uchopí hračku, která je nedaleko ručky v boční rovině. Vyvíjí se koordinace ruka - oko.

Vnímání - Zachytí pohledem předmět a sleduje ho ve všech směrem s otáčením hlavičky.

Řeč - diferencovaný křik a první samohláskové zvuky - broukání.

Šestiměsíční dítě.

Hrubá motorika - Podaných prstů se přidrží a přitahuje se do sedu. V sedu vzpřímené, hlava první, ohyb pouze v bedrech. Samo sedí nejistě, občas padá, zaujímá tzv. žabí pozici. Nožky vzpírá pevně. Na břišku se snaží o pohyb vpřed plazením a překulováním.

Jemná motorika - bez problému uchopí hrabavě předmět z plochy, uchopuje jej jednou rukou, hračku si prohlíží, bouchá o podložku, třepe s ní, překládá z ručky do ručky a odhazuje.

Vnímání - schopnosti se zjemňují ostrost zraková je rozvinutá.

Řeč - začíná žvatlat slabiky, později zdvojené. Vyjadřuje hlasem své pocity. Hledá zdroj zvuku a podle zvuku uchopí předmět i bez kontroly zraku.

Devítiměsíční dítě.

Hrubá motorika - Samo se posadí a sedí pevně a vzpřímeně. Může se uklánět a naklánět a nespadne. Kleká si na čtyři a začíná se pohybovat lezením. U opory se postaví a zakrátko začne obcházet kolem nábytku.

Jemná motorika - Úchop klešťového typu umožňuje sebrat i drobnější předměty - kuličky, provázky. Začíná záměrně upouštět předměty a pozoruje jejich pád (vyhazování hraček z kočárku).

Vnímání - Zpřesňuje se a začíná si všimnout malých věcí a detailů. Všimá si vztahů mezi předměty - postrkuje jednu hračku druhou a dokáže vyjmout malý předmět z nádoby.

Řeč - Rozumí jednoduchým výzvám - pacičky, pá-pá... Používá slabiky či dvojice slabik o značení osob či dějů - mamme, ba- bác.

Začínají být pozorovatelné interindividuální rozdíly.

Jeden rok.

Hrubá motorika - Chodí vedeno za obě ručky a obchází. Preferuje pro pohyb ještě lezení. Mohou se objevit první krůčky, ale není to ještě samostatná chůze.

Jemná motorika - Rozlišuje předměty podle tvaru a materiálu - gumové hračky, kostky, autíčko - a podle toho s nimi manipuluje.

Řeč - Je přibližně stejné úrovně, spíše se rozšiřuje pasivní slovník - více rozumí.

Kognitivní vývoj.

Kojenec se nalézá ve **fázi senzomotorické**, to znamená, že poznávání a myšlení je spojeno s vnímáním a motorikou bezprostředně. Dítě začíná rozšiřovat repertoár vrozených reflexů a jejich opakování, cvičení, snaží se používat vrozené i získané vzorce chování v nových situacích a snaží se jednotlivé situace od sebe odlišit.

Důležité je, že se během kojeneckého období **zlepšuje koordinace pohybů**.

Mezi 4 - 8 měsíci dochází k pokroku v tom, že dítě začne poznávat *následky své činnosti* a to mu umožňuje úmyslně opakovat určité aktivity, které vzbudily jeho zájem.

V posledním období začne dítě rozlišovat mezi **prostředkem a cílem** - užívá dovedností získaných dříve k dosažení žádoucího cíle. Začíná si rovněž uvědomovat *trvalost předmětu v čase* - předmět schovaný za plenou.

Tato fáze vývoje inteligence bude využívána celý život tam, kde budeme postupovat podle vjemů a praktických postupů.

Sociální vývoj.

Socializace znamená schopnost vrstát do lidského prostředí pomocí relativně trvalých vztahů. V kojeneckém věku probíhá socializace třemi stadii vývoje:

1. **Předobjektální stadium** trvá asi do 3 měsíců a v tomto věku dítě reaguje stejně na lidský obličej jako na jiný vizuální podnět,
2. **Stadium předběžného objektu** - začíná preference lidského obličeje, na který dítě mezi 3 - 7 měsícem reaguje živěji a odlišně než na jiný vizuální podnět. Nerozlišuje ještě skutečný obličej člověka a loutky či masky.
3. **Stadium objektu mezi 6 - 8 měsíci**, kdy dítě začne rozlišovat lidské obličeje na známé a cizí a odlišně na ně reagovat. V tomto období zároveň nastupuje reakce nazývaná *separační úzkost* jakmile je dítě náhle odloučeno od matky. Reakce nastupuje velmi bouřlivě křikem a pláčem, po němž přichází apatie. Reakce nemusí nastat, pokud není dítě situaci podrobena pasivně, ale podílí se na ní spolu s matkou nebo jinou blízkou osobou. Reakce přetrvává asi do 3 let.

Batolecí období.

Je to období od 13. do 36. měsíce. Je to jedno z nejkrásnějších období lidského života, Během něj se dítě osamostatní v lokomoci a základní sebeobsluze, rozvine se významným způsobem řeč a v jednání dítěte se objeví výrazné individuální rysy.

Hrubá motorika- objevují se první krůčky ve smyslu samostatné chůze, tj. dítě se rozejde, zastaví a znovu rozejde. Chůze dominuje jako způsob přesunu z místa na místo (lezení ustupuje). Chůze je nejistá o široké bázi, postupně se zdokonaluje, kolem druhého roku již překonává nerovnosti terénu a překročí práh. Běhat začne až kolem 2. roku, zároveň začne poskakovat a seskakovat. Během třetího roku začne chodit do schodů (lezení - přisunování jedné nohy, střídání nohou). Chůze ze schodů se rozvine až koncem 3. roku.

Jemná motorika - pohyby ruky a prstů se zjemňují a jejich koordinace je stále lepší.: projevuje se to schopností cíleně upustit jednu hračku na druhou, řadit kostky vertikálně i horizontálně. Přiřadí geometrické tvary podle tvaru. Vrcholem během druhého roku je čmárání - zprvu náhodně tažená čára a body, postupně hustší čáranice. během 3. roku se čárání dále rozvíjí, koncem 3. roku napodobí kruh a křížový tah. V manipulaci se přidá dovednost složitějších staveb, navlékání větších korálků apod.

Řeč- Do dětské řeči vstupuje experimentace s hlasem, která navenek působí dojmem cizí řeči - dítě "si povídá" samo k sobě. Z tohoto žargonu pak vystupují jednotlivá slůvka. Během 2. roku dítě více rozumí než mluví, ale i to je značně individuální. Během třetího roku se slovní zásoba prudce rozšiřuje, dítě se oslovuje ve třetí osobě. Na konci 3. roku vysloví JÁ, což není jen zájmeno, ale zároveň signál uvědomění si sebe jako osoby, vydělení ze sociálního okolí.

Kognitivní vývoj.

Začátkem 2. roku začíná etapa **symbolického a předpojmového myšlení**. Znamená to zvýšenou poznávací a myšlenkovou aktivitu dítěte, charakterizovanou objevováním nových vztahů mezi předměty (aby dosáhlo hračky, stáhne ubrus nebo zatáhne za provázek), používání známých předmětů k novým činnostem (hůlku použije k přitážení nedostupné hračky). Taková řešení připomínají aktivitu objevitele, což předpokládá, že dítě má vnitřní obraz o situaci, který se liší od toho, co bezprostředně vnímá. Objevuje se též oddálená nápodoba, kdy dítě použije určitý postup, který vidělo před určitou dobou. Častějším a bohatším používáním slov se objevuje **symbolické myšlení**, typické používáním slov jako předpojmů, tj. pojmy se vytváří na základě nepodstatných vlastností - má dojem, že předmět mění tvar podle toho, odkud se na něj dívá, vidí-li stejné zvíře, není si jisté, zda je to stejné či jiné zvíře, které vidělo před tím a pod. Usuzování je jednoduché, analogické.

Emoční a sociální vývoj.

Během batolecího období je dítě stále ještě výrazně závislé na dospělých lidech, zejména na matce. Při náhlém odloučení se objevuje *separační reakce*, která má tři fáze:

1. **Fáze protestu** - křičí, volá matku, pláče,
2. **Fáze zoufalství** - odmítá kontakt s druhými, odmítá hračky, jídlo, často zaboří obličej do podložky a nereaguje.
3. **Fáze odpoutání od matky** - najde si náhradní osobu.

Na průběhu reakce se podílí zejména to, jestli je dítě při opuštění matky pasivní, či aktivní. Návrat domů - reakce přehnaného připoutání k matce nebo jejího odmítání.

Během batolecího období se rozšiřuje síť sociálních vazeb i na osoby nepříbuzné. Dítě si postupně vytváří svou roli v rodině a snaží se chovat podle očekávání okolí a samo očekává odpovědi na své požadavky a projevy. *Reakce žárlivosti* se zpravidla objeví při narození sourozence - dítě má pocit "sesazení z trůnu". Lze předejít vhodnou výchovou.

Vztahy k ostatním dětem se utváří zprvu na úrovni krátkých výměn, děti pracují nebo si hrají vedle sebe. Až během druhé půle třetího roku můžeme pozorovat *skutečnou spolupráci* a objevíme, že dítě své vrstevníky potřebuje, svět dospělých mu již nestačí.

Fáze vzdoru je výrazem utvářející se osobnosti dítěte, sebeuvědomění a pocitu autonomie.

Vyplývá to z nově nabytých zkušeností a dovedností v oblasti pohybu, domluvy a sebeobsluhy. Typickým rčením "já sám" vyjadřuje dítě svou touhu po samostatnosti.

Pro batolecí období je významné, aby jeho výchova byla co nejvíce jednotná, co do zákazů a odměn, a to proto, aby mělo jasnou představu o okolním světě a jeho nárocích.

6. Předškolní období,

Je to období cca od 3 - 6 let, končí vstupem dítěte do první třídy.

Motorika je charakterizována zdokonalováním a rozšiřováním pohybového rejstříku - dítě chodí, běhá, chodí po schodech, leze po žebříku, skáče, jezdí na dětském kole, začíná sáňkovat a lyžovat, seznamuje se s vodou a učí se plavat.

Jemná motorika - stále zlepšuje svou obratnost a zručnost. Repertoár materiálů je značně široký - stavebnice, míče, písek, plastelína. Kreslení prochází bouřlivým rozvojem, kdy na počátku období vidíme čmáranina, které dítě pojmenovává, pak kresbu hlavonožce a na konci kresbu lidské postavy, která je skutečně člověkem.

Řeč se značně zdokonaluje. Nejenže přibývá slovní zásoby, ale přibývá i gramatických jevů a zpřesňuje se vyslovování těžších hlásek. Nejdéle trvá rozvíjení sykavek a r a ř. Ty mohou být chybně vyslovovány ještě ve škole. Roste zájem o řeč, dítě naslouchá krátkým pohádkám a učí se rytmická říkadla. Rovněž se objevuje zpěv jednoduchých písniček a přednes básniček.

Děti se také rády se svou dovedností pochlubí. Zde se však již projevuje celá škála individuálních rozdílů a typů osobností. V tomto věku se také objeví nadání dítěte - hudební, výtvarné, pohybové. Jako nová činnost se objeví práce - dítě pomáhá v drobných pracích se značným nadšením (vykrajuje cukroví, sesbírá pár jablíček, odnese smetí do koše...).

Kognitivní vývoj.

V této době se dítě dostává do *fáze názorového myšlení*. Dítě již usuzuje podle společných znaků, ale jeho úsudek je ještě omezen na vnější znaky a na názornou pomůcku (více - méně). Je rovněž úzce vázáno na činnost dítěte - rys egocentrický, antropomorfní - vše polidšťuje, magické - mění fakta podle vlastních přání a artificialistické - všechno se dělá, se stalo apod.

Emoční vývoj a socializace..

Nejvýznamnějším prostředím zůstává rodina, která dítěti zprostředkuje socializaci. Ta má za úkol rozvoj následujících charakteristik:

1. **Sociální reaktivita** - vývoj bohatě diferencovaných emočních vztahů k různým lidem v nejužším i širším sociálním okolí.
2. **Sociální kontroly a hodnotových orientací** - jedná se o systém norem, které člověk získává na základě příkazů a zákazů dospělých, systému odměn a trestů a přijímá je za svůj. Tyto normy jsou v souladu s kulturou daného společenství. Je rovněž určováno cíle, ke kterým směřuje snažení konkrétního rodinného společenství. Souvisí s rozvojem sebepojetí a seberegulace.
- 3) **Sociální role** - vzorce chování a postoje, které jsou od jedince očekávány vzhledem k jeho věku, pohlaví, sociálnímu postavení apod. Utváří se během spolupráce s dospělými a vrstevníky. Jde o zaujetí určité pozice v tomto světě. Mezi vrstevníky se tak děje při hře, která má kooperativní charakter.

Hlavními typy her jsou:

- a. činnostní - procvičování fyzických dovedností a obratnosti
- b. konstrukční - kostky, stavebnice, písek
- c. úkolové - na maminku a tatínka, obchod, u lékaře...

7. Mladší školní věk.

Mladší školní věk začíná vstupem dítěte do 1. třídy, zpravidla v 6 letech a končí nástupem projevů dospívání kolem 11/12 let.

V tomto věku jakoby se zdánlivě nic důležitého vývojově nedělo. Označuje se proto za období *střízlivého realismu*, protože děti jsou zaujaty realitou jako takovou a jejím probádáváním. Proto velký zájem o dobrodružnou literaturu a filmy, táborský styl života, encyklopedie apod. V umění se dává přednost realismu a také celkový postoj je zcela realistický.

Motorika - celková obratnost s svalovou silou stoupá, preferují se pohybové hry a děti v tomto věku jakoby neznaly únavu. Motorické výkony závisí na vnějších i vnitřních činitelích. Jednak na celkovém vzrůstu a fyzických dispozicích a jednak na motivaci ze strany dospělých a spolužáků. Pozice ve třídě je rovněž určena fyzickými kvalitami.

Smysly - celkově rozvinuté smyslové orgány umožňují všimnout si detailů a zkoumat okolní realitu podrobně. Děti jsou pozornější a vytrvalejší, vše důkladně zkoumají. Jsou mnohem pečlivější a nejsou v pozorování již tak bezprostředně závislé na vlastních přáních jako dříve. Jsou také schopni zabývat se v mysli věcmi, které vnímali před nějakou dobou. Nejsou ale ještě schopny se od reality odpoutat.

Řeč - přibývá na slovní zásobě díky školnímu vzdělávání, Pozorujeme ze velké rozdíly a ty často vypovídají mnoho o rodinném prostředí a jeho podnětnosti. Uvádí se, že v 11 letech zná dítě cca 27 000 slov.

Kognitivní vývoj.

Děti mladšího školního věku jsou ve fázi **konkrétních operací**. Může chápat *identitu* - nic jsme nepřidali k pozorovaným prvkům, *zvratnost* - prvky dáme zpět do původní nádoby, *spojit různé myšlenkové procesy v jednu sekvenci* - posouzení výšky a šířky. Všechny tyto myšlenkové operace jsou však vázány na názor evtl. předchozí vjemovou zkušenost. Proto se také doporučuje při vyučování využívat co nejvíce názoru a poskytovat možnost dětem zacházet s modely, materiály a pod.

Na této úrovni myšlení může dítě řešit úkoly : třídění, zahrnutí prvků do třídy prvků. Důležité je všimnout si tvořivého myšlení, které vyžaduje pružnost a je základem pozdějšího úspěšného řešení problémů. Tato oblast není ještě dostatečně prozkoumána.

Emoční a sociální vývoj.

Způsoby sociální reaktivity se **utvářejí ve skupině vrstevníků** a zde zažívá dítě pocity úspěchu i neúspěchu, přijetí i odmítnutí, vřelost i chlad. Učí se na tyto podněty reagovat a současně se učí některé pocity navenek zakrývat. Během mladšího školního věku pak dítě přijímá ambivalenci emocí a k jeho konci chápe současnou přítomnost protikladných emocí v jednom okamžiku.

Sociální normy a hodnoty jsou stále ještě labilní a je nezbytné je posilovat zvenčí. Jejich stabilizace a plný rozvoj je funkcí adolescence.

Morální vědomí a jednání - zpočátku má heteronomní charakter - je určována zvenčí, jinými. Postupem vývoje se stává autonomní, zvnitřněnou, přijatou. V tomto okruhu vývoje jde o diferenciaci světa a dobré a zlé stránky a jejich prolínání.

Sebepojetí a sebehodnocení se utváří na základě pozice v kolektivu vrstevníků a má již mnohem více uvědomělejší charakter. Vedle vrstevníků se podílí stále ještě rodina, širší rodinné okolí a nově dospělí ve škole a v rámci zájmových aktivit.

Nejdůležitější činností volného času zůstává hra, ale značný podíl času školního dítěte zaujímá práce - příprava do školy a školní vyučování. Hra je podobného charakteru jako u předškoláků, ale je bohatší a více realistická.

Období dospívání.

V tomto období dochází k nápadným změnám jak biologickým, tak i psychickým. Jejich průběh je sledován i sociálním zařazením dospívajícího. Tyto tři linie vývoje probíhají téměř souběžně, zčásti se prolínají a ovlivňují, ale do jejich průběhu zasahuje řada dalších vnějších i vnitřních vlivů.

Období dospívání dělíme na 2 fáze:

1. **Období pubescence** cca 11 - 15 let

a) Fáze prepuberty (první pubertální fáze): Začíná prvními známkami dospívání (sekundární znaky) a první vlnka růstu. Končí nástupem menstruace u dívek a první emisí semenu u chlapců. U dívek je rozpětí 11 - 13 let, chlapci o rok později.

b) Fáze vlastní puberty (druhá pubertální fáze): nastupuje po ukončení prepuberty a trvá do dosažení reprodukční schopnosti, tj. trvá cca od 13 do 15 let. Specifičnost tohoto období je patrná i z různých označení pro dospívající (Backfische, Flegel, Teens, pubálové).

2. **Období adolescence** probíhá od dosažení reprodukční schopnosti do dospělosti - asi do 20 let. V této době se výrazně mění postavení dospívajících ve společnosti, začínají se navazovat častější a hlubší erotické vztahy, mění se zásadně sebepojetí.

Dospívání je charakteristické mnoha projevy. Dnes již neplatí, že všichni jedinci procházejí dospíváním stejně bouřlivě. Zjistilo se, že se to týkalo jen jisté části městské populace. Přesto je psychika v dospívání poznamenána úsilím o přizpůsobení se biologickým, psychickým a sociálním podmínkám.

V **motorice** se rychle nabývá dovednosti jak v silových výkonech, tak i v jemné koordinaci pohybů. Proto zájem o sport. Tím, že nové aktivity zvládne, získává dospívající i podporu pro své sebevědomí.

Zejména **zrakové vnímání** dosahuje maxima ostrosti. Fantasie nabývá jiných kvalit a zrakové obrazy jsou vágnější a méně ostré. Není třeba již názoru v t takové míře jako před tím, protože dospívající vládne schopností abstrakce.

Řeč se rozvíjí více kvalitativně, i když přibývá i slovní zásoby. Rozdíly v kultivovanosti projevu jsou značné.

Učení probíhá většinou pomocí logických souvislostí, memorování se opouští jako nevyhovující způsob.

Spolu s rozvojem percepce, motoriky a ostatních schopností se rozvíjí **řada zájmů** a jejich zaměření se mění (místo dobrodružství - science-fiction, detektivky, místo pohádek - historie apod.). Na prostředí dospívajícího hodně záleží, zda se zájmy rozvinou a jaké nebo zda půjde proti společnosti.

Kognitivní vývoj.

Je to období **formálních operací**. Rozumové schopnosti dospívajících se postupně dostávají až na dospělé úroveň. V období pubescence a adolescence je dospívající schopen řešit velmi složité problémy, oproti dospělým mu chybí pouze životní zkušenosti. Dospívající tedy pracuje s pojmy abstraktnějšího charakteru a je schopen uvažovat v symbolech. při řešení problému se snaží nacházet nová a netradiční řešení, popř. zkouší a přezkoumává řešení již existující. Je schopen rovněž spekulativně porovnávat své myšlenky s myšlenkami jiných nebo vědeckými poznatky. Dokáže aplikovat logické operace nezávisle na obsahu a smysluplnosti zadání. Dokáže myslet o myšlení, vytvářet soudy o soudech.

Emoční a sociální vývoj.

Tento proces je charakterizován následujícími procesy:

Emancipace od rodiny: Souvisí s potřebou postupného získávání soběstačnosti a schopnosti sám se rozhodnout. Rodina zůstává naším útočištěm, ale není již jediným prostředím a jedinou instancí vševědoucnosti a všemocnosti, jak tomu bylo v předškolní věku. Proces odtrhávání se je vždy bolestný a je doprovázeno zpravidla negací rodičovských postojů a názorů dospívajícím jedincem. Na druhé straně se nekriticky přijímají novém vzory, které uznává daní generace. Výrazem toho je naprosto shodné oblékání, slovník a doplňky.

Navazování vztahů k vrstevníkům: Tyto vztahy dodávají dospívajícímu jistotu a připravují ho pro nové a trvalé heterosexuální vztahy. Vrstevníci dodávají dospívajícímu potvrzení jeho názorů, umožňují volné vyjadřování, které doma není možné a poskytují mu emoční podporu. Navazování heterosexuálních vztahů jde od homogenních skupin, přes vzájemné popichování těchto skupin, heterosexuální polygamii až k pravým intimním vztahům.

Sexualita v období dospívání: Je jisté, že autoerotické praktiky jsou mezi dospívající mládeží dosti rozšířeny. Obecně rozšířený názor o promiskuitě dospívajících platí jen o určité části této věkové kategorie. První koitus je často realizován ze zvědavosti, nikoliv pro skutečný citový vztah. Někdy zůstane náhodnou epizodou, jindy se opakuje. Problémem je spíše nedostatečná informovanost o podstatě sexu a také o prevenci nežádoucího početí.

Volba povolání: Nejčastějším věkem k rozhodování je 14 - 15 let, kdy dospívající není vůbec zralý. Volba je tedy značnou sázkou do loterie a je jednoduchá jen tam, kde má dospívající již vyhraněný zájem.

Existují **3 typy volby:**

1. Typ A: řídí se v podstatě podle přání rodičů či jiných dospělých, či jiných náhodných vlivů v podstatě bez ohledu na vlastní zájmy a sklony. převažuje pasivní podrobení se.
2. Typ B: Dospívající má jen matné představy, které nejsou konkrétně zacíleny. Volba pak vzniká pod tlakem se strany okolí.
3. Typ C: řídí se podle osobního plánu a zájmů, které často dlouho a důkladně promýšlí. Bývají silnými osobnostmi, cílevědomí a rozhodní. Nejčastější je typ B.

Vývoj sebepojetí: Jde o získání vlastní identity, tj. dobře poznat své možnosti i meze, přijmout svou jedinečnost i s určitými slabostmi nedostatky. Velmi důležité je hodnocení vzhledu (kosmetika, líčení, mentální anorexie). Úroveň sebehodnocení většinou začátkem puberty prudce klesá a teprve po 15 roce začíná zvolna stoupat. Dospívající má tendenci se hodnotit podle mínění okolí nebo podle toho, jak on sám vidí mínění okolí. To je velmi obtížně, ale nezbytné pro sebekritický přístup k sobě během dospělosti.

Hledání vlastní identity je však často doprovázeno i experimentováním s různými postoji a způsoby chování. Dospívající mění rukopis, zkouší různé grimasy, různá líčení, oblékání, chůzi apod. Vlastní jedinečnost pak hledá většinou ve stejnosti s ostatním a z ní pak odvozuje odlišnost.

NEMOCNÉ DÍTĚ.

Nemoc dítěte má jiný subjektivní i sociální význam než nemoc dospělých. Dětství se obvykle považuje za šťastné a bezproblémové a jako takové se i očekává jak se strany rodičů, tak i dítěte. Proto, aby takové bylo vyvíjejí rodiče značně ochranný přístup k dětem. Záleží však i na dítěti samotném, zejména jeho věku a vývojové úrovni.

Děti také reagují na problémy spojené se somatickou chorobou jinak než dospělí.

Prožívání nemoci dětmi je více vázáno na aktuální pocity, Ohrožení budoucnosti či důsledky nemoci pro vlastní život si uvědomují děti až v období dospívání. V tomto věku pak začnou reagovat podobně jako dospělí.

Dítě.

Chronickým onemocněním trpí 7 – 10 % dětské populace. Jsou to nemoci, které **jsou léčitelné, ale ne vyléčitelné.** Chronické onemocnění proto znamená pro dítě i jeho rodiče závažný stres.

Dítě s chronickým nebo se zhoubným onemocněním navštěvuje nemocniční prostředí opakovaně a jeho pobyt je zpravidla spojen s invazními i neinvazními zákroky. Zároveň nutí dítě podrobit se určitému režimu, který se od domácího značně liší, ale v oblasti péče o zdraví přetrvává posléze i do domácí péče (tablety, injekce, dieta). Navíc se dítě musí vyrovnat s faktem, že ho nemoc bude doprovázet po dlouhou dobu nebo i po celý život. Přináší sebou nutnost četných vyšetření, léčebných procedur. Ty mohou být spojeny s bolestí, strachem z cizích lidí a cizího prostředí. Vlivem léčebných opatření se může dítě dostat do dlouhodobé separace a izolace od vrstevníků. Dítě může trpět obavami prostřednictvím změněného chování rodičů, kteří se o ně bojí, někdy může mít strach i z ohrožení vlastního života.

.Somatické symptomy a jejich psychický význam.

Dítě se dovídá se, že je těžce nemocno, nemoc bude trvat velmi dlouho, musí se naučit s ní žít. Nemoc není zcela vyléčitelná, jeho stav se bude měnit, mohou se dostavit některé nepříjemné důsledky léčby - obezita (Prednison), pocity hladu, nápadnost ošetření (diabetes), zákaz nebo omezení pohybové aktivity(kardiologická onemocnění). K nepříjemným

prožitkům patří i **bolest**, na kterou děti reagují emocionálně. Bolest může vyvolávat afektivní výbuchy, apatii a negativní hodnocení celkové situace. Reakce na bolest závisí na věku a vývojové úrovni dítěte.

Stejně jako u rodič, i u dětí můžeme vypožorovat fáze zvládnání (coping) této situace. To vše doprovází strach ze ztráty, úzkost z budoucnosti, kolísání mezi nadějí a beznadějí a další nepříjemné a zraňující emoce.

Psychické reakce na somatickou chorobu.

Dětské reakce souvisí se způsobem, jak dítě svou nemoc chápe. Nemoc přináší nové a odlišné zkušenosti, často spojené s nepříjemnými prožitky. Zároveň dítě omezuje v možnosti získat standardní zkušenosti přiměřené jeho věku. To vše se promítá do **postoje k nemoci**. U dětí vždy sehrává značnou roli jejich věk a vývojová úroveň.

KOJENECKÝ VĚK: Základním vývojovým úkolem kojence je utvoření pevného vztahu dítěte k matce a na jeho základu pak dosažení pocitu bazální jistoty a důvěry ve svět. Vznik tohoto vztahu signalizuje kolem 6. měsíce **strach z cizích osob a projevy separační úzkosti**. Nutnost separace dítěte může v tomto a batolecím věku vést k rozvoji **anaklitické deprese**, která se rozvíjí ve třech fázích:

- a) zoufalý pláč a volání .
- b) apatie a ztráta zájmu o okolí
- c) navázání vztahu k náhradní osobě.

Vztah k matce se pak musí znovu navázat a projevy separační úzkosti mohou přetrvávat až do školních let a ztěžují naplnění dalších vývojových úkolů.

Dítě v tomto věku je zvláště citlivé na **senzorickou a pohybovou deprivaci**. Což může vést při delší hospitalizaci k vývojovému regresu nebo zpomalení vývoje.

BATOLE: Projevy **separační úzkosti, strachu z cizích lidí eventuálně k reakci na změny v chování rodičů a blízkých osob přecházejí z kojeneckého věku do batolecího**. Strach z cizích lidí se mění na „**strach z lidí v bílém**“ a může přetrvávat celý život. Tento strach nelze zpracovat, batolata nemají ještě vypracovány racionální mechanismy zvládnání zátěže. Omezený pohyb vede k opoždění vývoje, prodlužuje se nácvik hygienických návyků a sebeobsluhy, odsouvá se vznik sebeuvědomění (vyslovení Já sám), prodlužují se projevy separační úzkosti do dalšího vývojového období. Proto je nutno dítěte poskytnout prostor pro prosazování se v rozumných mezích a podněcovat jeho spontaneitu.

PŘEDŠKOLNÍ VĚK: V tomto období řeší dítě rozpor mezi vlastní iniciativou a pocitem viny. Dítě touží porozumět světu, vlastnímu tělu a jeho fungování. Děti mají bohatou fantazii a jejich myšlení je značně magické. To vede ke snadnému vzniku **pocitu viny**. Tam, kde dítě nerozumí svým obtížím, může lékařský či sesterský zákrok považovat za trest za špatné chování. V tomto věku je již možné dítěti jeho problémy vysvětlit a připravit je na budoucí nezbytné léčebné a vyšetřovací zákroky (herní terapie).

Omezení v iniciativě a čilé pohybové aktivitě může omezit zvědavost, způsobuje opoždění praktických dovedností a mění chování dítěte. Může dojít ke vzniku symbiotického vztahu k rodině, popř. i projevy „vydírání rodiny“.

MLADŠÍ ŠKOLNÍ VĚK: Preferuje fyzickou zdatnost, snahu o výkon ve škole i mimo ni a soupeření s ostatními dětmi. V případě selhávání mohou **vznikat pocity neúspěchu a z toho pramenící pocity méněcennosti**. To se týká nejen dětí s handicapem, ale i chronicky nemocných, které mohou být často unavené, opakovaně absentují ve vyučování a vedlejší účinky léků jim komplikují koncentraci pozornosti a celkovou obratnost. Tento věk je zároveň věkem **realismu**, kdy se děti snaží **zavděčit dospělým** – může se využít jako

motivace k dosažení větší kompetence ve zvládnání nemoci a jako ideál dítěte může být jiný vrstevník, který vše zvládl nebo lékař. I chronicky ne mocné dítě vyžaduje, aby dítě mělo častý kontakt s vrstevníky. To mu umožňuje rozvoj nových sociálních dovedností, sebepojetí a také vlastní sexuální identitu.

PUBERTA: Má za úkol **vytvoření jasně identity oproti pocitům nejistoty** o své vlastní roli. V případě **nemoci je nezbytné integrovat ji do vlastní identity**. Kritický postoj k dospělým a uvolňování vazeb v rodině může léčebný proces komplikovat. V tomto věku je nezbytné pracovat s pacientem bez přítomnosti rodičů a umožnit mu ptát se. V tomto věku se obzvláště těžce snášejí jakékoliv nápadnosti ve vzhledu a aktivitách: jizva po zákroku, vypadávání vlasů, obezita vlivem léčby, aplikace injekcí, používání ortopedických pomůcek apod. U chronicky nemocných dětí se odpoutávání od rodiny může komplikovat, protože role pacienta ke role závislá.

ADOLESCENCE: V popředí zájmu je **další odpoutávání od rodiny a sexuální otázky**. Zároveň však neznají přesné anatomicko-fyziologické zákonitosti a poměry v této oblasti. Jakékoliv zákroky pak mohou považovat za ohrožující pro reprodukční schopnosti. V této oblasti je nezbytné vše důkladně vysvětlit a jednat s adolescentem jako s dospělým. V tomto věku stále ještě pozorujeme **zvýšenou citlivost, zranitelnost a menší odolnost vůči stresu**. Proto dospívající těžce nesou jakýkoliv zákrok omezující jejich pohyblivost a soběstačnost. Zde právě může sehrát značnou roli kvalitní rehabilitace.

Psychické potřeby nemocného dítěte.

Psychické potřeby dítěte se vlivem nemoci mění a tato změna samozřejmě závisí na jeho vývojové úrovni:

- **Potřeba orientovat se ve své situaci** – chtějí znát svůj zdravotní stav, co je čeká a proč je to nutné. V tomto směru dělají zdravotníci i rodiče chybu, když s dítětem o problému nemluví, aby ho chránili. Zároveň nevěří, že by dítě situaci pochopilo. Naopak, dítě které nechápe nespolupracuje a může se objevit riziko nepřiměřených reakcí. Jakýkoliv lékařský výkon se pak jeví jako trest.
- **Potřeba podpory a citové jistoty** je u dítěte mnohem důležitější než u dospělých. Emoční podpora může eliminovat jeho obavy a pocity ohrožení. Dítě se během nemoci více fixuje na blízké, aby zátěž z nemoci sneslo. Závislost na dospělých může mít až regresivní charakter – pubescent chce matku u sebe dnem i nocí.
- **Potřeba seberealizace.** Tato potřeba je důležitá až ve školním věku. Během nemoci se však její tvar může pozměnit. Dítě přijme roli pacienta a už o seberealizaci neusiluje, protože pozice nemocného ho zbavuje některých povinností a nenutí ho dosahovat určitou úroveň výkonu. Naopak dospívající si často kladou cíle, které hodlají za každou cenu dosáhnout. To je projevem akcentace potřeby seberealizace.
- **Potřeba otevřené budoucnosti** - pozitivní prognózy. Úvahy o budoucnosti jsou vlastní až dospívajícím. Pod vlivem nemoci se může značně měnit **sebepojetí nemocného dítěte**. Proto je nezbytné pracovat s dítětem na zvládnutí nemoci a její integraci do života. V tomto smyslu musíme dítěti pravdivě vysvětlit, v čem jsou jeho silné stránky, co může dokázat. Je nezbytné dobře dítě znát, vědět jak se s nemocí vyrovnalo, v jakém sociálním kontextu se pohybuje a jak zvládla nemoc dítěte rodina. To nám umožní ukázat pacientovi reálné perspektivy.

Onemocnění dítěte může zcela změnit jeho životní styl a přináší mu **odlišné sociální zkušenosti a může omezit možnost získat běžných sociálních zkušeností, které mají zdravé děti**. Omezuje dítě i v možnosti **dosáhnout určitého výkonu**.

Subjektivní prožívání somatické nemoci v dětském věku:

Subjektivní prožívání nemoci dětmi je dáno charakterem nemoci, to jak dítě omezuje a zatěžuje. Obecně lze považovat za nevíce obtěžující **omezení aktivity, zvýšenou unavitelnost a vyčerpání.**

Průběh a proměny v subjektivním prožívání lze pozorovat ve 4 fázích:

1. **Fáze prvních somatických obtíží:** Dítě se necítí dobře, je rozmrzelé, podrážděné a ztrácí zájem o příjemné aktivity. U dítěte může dojít ke zhoršení školního výkonu a změně chování. Jeho sociální status je zatím stejný, jako u zdravých dětí. Rodiče zatím o jeho potížích neví a proto nezaujímají žádný postoj. Tato fáze končí identifikací chorobného stavu, rodiče vyhledají lékaře.
2. **Fáze potvrzení choroby a následné změny způsobu života:** Dítě se stává pacientem. Rodiče se začnou chovat jinak. Dítě se podrobuje řadě nepříjemných, někdy o bolestivých zákroků. Cítí se desorientováno. Tuší, že se „děje něco zlého“, ale neví co. Dítě zpravidla není informováno o svých potížích. Nikoho nenapadne, že dítě vnímá situaci jinak. Především mladší dítě uvažuje o aktuální situaci a budoucnost pro ně nemá význam.
3. **Fáze adaptace na nemoc:** Dítě postupně přijme fakt nemoci a adaptuje se na ni, Nemoc se stává samozřejmou součástí jeho života. Pokud není nemoc obzvlášť obtěžující a dítě nestrádá, pokračuje v běžném životě a prožívá uspokojivé situace. Vedle toho se v jeho životě objeví zdravotníci a nezbytnost občasné hospitalizace. Postupně se mění také jeho hodnoty, postoje a potřeby. Prepubertální dítě neuvažuje o budoucích následcích, spíše mu vadí zvýšená péče rodičů popř. dlouhé hospitalizace.
4. **Fáze trvalejších změn osobnosti a kompetencí nemocného dítěte.** Vlivem nemoci se stávají děti často závislejší. V chování nemocných a postižených dětí pozorujeme některé zvláštnosti, které premorbidně nepozorujeme. Samozřejmě, že se zde podílí i styl výchovy a osobnost pacienta:
 - labilita nálad
 - snížená výkonnost a hypoaktivita
 - snížený zájem o pohybovou aktivitu
 - únikové a neurotické reakce.
 - snadná unavitelnost
 - střídavá intenzita komunikace
 - ztráta zájmů

Změněná životní situace a nezbytnost podrobit se striktním požadavkům léčby či péče vede k **pozdním následkům v osobnosti pacienta:**

- uzavřenost až introvertnost
 - vyšší stupeň úzkostnosti
 - nízké sebehodnocení
 - negativismus
 - psychický infantilismus
 - nerovnoměrnost vývoje (lepší ve verbálních než praktických aktivitách)
 - odlišná slovní zásoba (zdravotnická terminologie a argot)
 - vyšší sociální a emocionální vyspělost
 - změna hodnotové orientace směrem k nadosobním hodnotám
 - neurotické projevy.
5. **Opakované a dlouhodobé hospitalizace** či pobyty bez přítomnosti rodičů nebo bez možnosti opakovaných návštěv v zařízeních se často podobají důsledkům **subdeprivace.** Tato situace se však ji v současnosti vyskytuje jen vzácně. Otevřený systém zdravotnických zařízení umožňuje hospitalizovat matku s dítěte různého věku.
 6. **Spolupráce při léčbě závisí na:**
 - Faktu, že chronické onemocnění je sice léčitelné, ale nikoliv vyléčitelné. Určitá

- omezení a režim bude nutné dodržovat celý život.
- Při nedodržování předepsaného režimu chybí zpětná vazba v podobě negativních důsledků na fyzické zdraví -hlavně časté v dospívání. Důsledky se projeví jako pozdní, ale hodně těžké. Dlouhá časová perspektiva není pro děti motivující.
- Odpovědnost za léčbu se napřed přenáší na lékaře a zdravotnický personál, později na dítě samotné. Chybí zcela kontrola ze strany rodičů a také jejich příklad.
- Subjektivní význam nemoci pro dítě a jeho rodinu.

Reakce rodičů na onemocnění dítěte.

Onemocnění dítěte některým typem chronického onemocnění **znamená pro rodinu náročnou životní situaci**. Běžný život rodiny se zcela změní a přizpůsobí se či nepřizpůsobí nově vzniklým nárokům. Během období, kdy adaptace probíhá, se zpravidla zvýrazní klady i zápory v osobnosti, postojích i hodnotách vlastní rodiny i jejího širšího sociálního okolí. Určitý typ nemoci či postižení sebou nese automaticky i typické vlastnosti, jak se tomu věřilo ještě nedávno. To jen zděděná osobnost se v náročných podmínkách trošku jinak projeví pod vlivem náročného zvládnutí a vyrovnávání se faktem handicapu či nemoci. Stav, kterými se zde zabýváme, jsou zároveň **spojeny s dlouhodobým stresem** a vyžadují od rodičů i dětí určitou formu adaptace a strategie zvládnutí.

I méně těžké stavy a problémy vyvolávají v rodině proměnu celého systému vztahů a komunikace. Rodina se především cítí ohrožena ve svých jistotách a potřebách. Nová situace, před kterou ji onemocnění dítěte postaví, vyvolává nutnost přestavby a reorganizace rodinného života a vzájemných vztahů v ní. Rodina se dostává do náročné životní situace a musí se s ní vyrovnat. Základní okruhy problémů bychom mohli charakterizovat následovně:

1) Problémy komunikace

- některá běžná témata postrádají smysl (rekreační činnosti)
- vyhýbání se tématům naznačujícím možné komplikace event. ohrožení pacienta na životě,
- nedostatečná exprese pocitů úzkosti a viny, zejména u hemofiliků.

2) Postupná únava členů rodiny pro neustálé ohledy na pacienta (pozor, nesmí se uhodit, spadnout...)

3) Reálné problémy spojené s domácí péčí o pacienta, zejména odhad stavu pacienta a nutnost konzultace s odbornými lékaři.

4) Z toho vyplývající občasné vybočení z obvyklých způsobů chování - zlostné výbuchy, plačtivost, sebelítost, deprese, apatie.

5) Změna vzájemného vnímání (percepce) jednotlivých členů rodiny navzájem a s tím související problémy v osobních kontaktech.

6) Změny v postojích a hodnotových orientacích.

Adaptace na fakt, že rodinu čeká péče o nemocné dítě probíhá v několika fázích. Těmi prochází i sám pacient, dětský i dospělý po informaci o povaze své nemoci či postižení.

Na adaptaci a další soužití s chronicky nemocným (nebo handicapovaným) dítětem má vliv šest skupin faktorů. Ty určují, zda péče o dítě bude přiměřená věku, typu poruchy/onemocnění, zda rodina pochopí jeho specifické projevy a potřeby a jakým způsobem je uspokojí. Zde se podílí také rodičovská teorie nemoci či poruchy.

Jedná se o následující faktory přijetí dítěte:

1. **Typ nemoci nebo postižení:** Přijetí ztěžuje postižení obličeje a rukou - nápadné deformity, nesymetrie či nápadný a typický vzhled (Downův syndrom, haemangiom, holá hlava, větší počet prstů, hypertonie držení ruček). Nevyzpytatelnost průběhu onemocnění je rovněž

přítěžující okolností (u epilepsie se neví kdy záchvat propukne a jak bude velký). Prognóza onemocnění je též významná. Nejistá či špatná prognóza podstatně komplikuje adaptaci pacienta i rodiny (nevyléčitelnost, rizikovost, následky v psychice či vzhledu pacienta).

2. **Etiologie nemoci či poruchy:** Pokud známe příčinu onemocnění nebo postižení, snímáme tím vinu z rodičů a ti se uklidní a jejich adaptace proběhne ve větším klidu. Při nejisté či neznámé etiologii se pocity viny prohlubují, dochází ke vzájemnému obviňování a často i rozpadu manželství či ostrými rodinným konfliktům. Adaptace probíhá klopotně a často neúspěšně. Výsledkem může být jeden z nevhodných typů péče o dítě (viz níže).

3. **Individuální charakteristiky nemocného nebo postiženého dítěte:** Dítě které je dráždivé, špatně se přitulí do náruče (hypertonické), špatně jí, má obrácený spánkový rytmus, chová se nesrozumitelně (slepé, hluché, mentálně retardované), neodměňuje matku úsměvem či broukáním a při tom vyžaduje velmi namáhavou péči (rehabilitace, dieta, kontrola glykémie) je ohroženo nedostatečnou či chybnou adaptací rodiny na sebe a nedokonalým uspokojováním svých vývojových potřeb.

4. **Individuální charakteristiky členů rodiny:** Je dobrým znamením pro postižené a nemocné dítě, jsou-li rodiče vyrovnanými a zralými osobnostmi s hodnotami zaměřenými k rodině a dětem. Důležitá je i míra odolnosti ke stresu a vhodný způsob zvládnání obtížných životních situací. Výhodou je, když se rodiče již setkali s nějakou obtížnou situací a řešili ji (smrt nebo nemoc v rodině či u přátel). Spokojené a pevné manželství s harmonickými vztahy je rovněž dobrým východiskem zvládnutí situace optimálním způsobem.

5. **Struktura a organizace rodinného systému:** Jedná se o síť sociálních vazeb, které mohou přijetí usnadnit nebo zkomplikovat. Optimální je, když existují dobré vztahy k širší rodině a udržují se zde úzké vazby (prarodiče, tety, sestřenice, přátelé), protože pak přichází zcela přirozeně nabídka k pomoci při střídání v péči o potomka. Nejhorší je, když je rodina izolovaná nebo má se svým sociálním prostředím konfliktní vztah.

6. **Prostředí:** Jde o celý systém občanských vazeb a pomoci se strany organizací. Patří sem vazby v místě bydliště, zájem obecních představitelů o osud rodiny a účinná pomoc (sociální dávky, příspěvky, poskytnutí bytu, slev apod.). Do této sítě spadá i možnost denního stacionáře, speciální škol a výchovných zařízení, lázeňská péče, nabídka speciálních potravin a služeb (úklid, pohlídání). Tyto formy péče jsou obzvláště důležité v určitých klíčových obdobích:

- a) počátek lokomoce
- b) nástup do školy
- c) dospívání
- d) dospělost
- e) zaměstnání.

Adaptace a následná péče o nemocné a postižené dítě je, jak z výše uvedeného patrné, nesmírně složitým a křehkým procesem, který může kdykoliv nabrat adaptační či maladaptivní směr.

Hodnocení nemoci dítěte ordiči je hodně emocionální a může dojít ke kombinacím různých druhů citových prožitků:

- **Úzkost a strach** je vyvolán představou ohrožení dítěte.
- **Hněv a vztek** na nespravedlivou situaci, která působí dítěti utrpení.
- **Smutek a deprese** truchlení nad ztrátou zdraví dítěte a vědomím omezených možností, jak mu rodiče mohou pomoci.

Důsledkem převahy špatného zvládnutí situace (maladaptivní) může být trojí typ chybné péče o dítě:

A) **HYPERPROTEKTIVITA** - jedná se o přehnanou péči, která nedovolí dítěti dospět a postavit se na vlastní nohy. Matka slouží dítěti a jedná s ním stále jakoby nikdy nevyrostlo (nenaučí je přiměřené sebeobsluze, stále je doprovází, mluví za ně).

- B) ODMÍTÁNÍ DÍTĚTE - nepřijmou dítě, nechávají je v zařízeních či nemocnicích, nenavštěvují je, neinformují se na ně. Doma je šikanují, zanedbávají i týrají.
- C) PŘETRVAJÍCÍ VZTEK - vyskytuje se u nemoci a postižení nejasné či neznámé etiologie, konflikt a obviňování partnera vede až k rozpadu rodiny.

Sociální postavení nemocných dětí.

Je odlišná od pozice dospělého člověka. Především je nemoc v dětském věku považována ze něco nespravedlivého a vyjímečného. Laický pohled vidí jako obvyklé zdravé a šťastné dítě. Nemocné dítě vyvolává **protektivní postoje** a značnou toleranci, sympatii, ohleduplnost, ochotu tolerovat různé nedostatky. **Vina za onemocnění** je jednoznačně připisována **rodičům**, se kterým zároveň společnost cítí, protože ví, že jejich role je těžká. **Role rodičů** nemocného dítěte má rovněž své typické znaky. Očekává se od nich větší míra péče a úsilí o uzdravení dítěte.

Závažné onemocnění **mění postavení dítěte v rodině , ve škole i mezi vrstevníky.** Sociální reakce jsou ovlivněny především změnou zevnějšku nebo kompetencí dítěte, především těch, které ovlivňují jeho soběstačnost. Zatímco dospělí ve škole často dítě omlouvají a jsou shovívaví i v hodnocení školního výkonu, vrstevníci mohou dítě ostrakizovat, vyloučit ho z kolektivu.

Nápadnost zevnějšku může vést k podceňování dítěte. To je pak považováno za méně inteligentní a méně schopné plnit své denní povinnosti. To se děje i v případech, že nápadný vzhled s mentální úrovní vůbec nesouvisí (rozštěpy rtů a patra, dyskinézy). Negativně se chápou kožní choroby – dítě je považována za infekční, vrstevníci se jich štítí. Omezení různých funkcí je zvláště významné, **pokud je spojeno s omezením v sociálně žádoucích aktivitách** – sport, hry, konzumace některých potravin. Dítě nemusí být svou nemocí nápadné, okolí jeho problému nerozumí a to se pak dostává do izolace, je nespokojené a strádá.

Onemocnění může vést k **narušení kompetencí, které jsou spojeny s dosažením určitých věkových mezníků** – míra soběstačnosti, schopnost udržovat čistotu – jejich nedostatečnost je z hlediska spolužáků zvláště degradující. To opět může vést k odmítání nemocného dítěte.

Nemoc dítěte má jiný subjektivní i sociální význam než nemoc dospělých. Dětství se obvykle považuje za šťastné a bezproblémové a jako takové se i očekává jak se strany rodičů, tak i dítěte. Proto, aby takové bylo vyvíjejí rodiče značně ochranný přístup k dětem. Záleží však i na dítěti samotném, zejména jeho věku a vývojové úrovni.

Děti také reagují na problémy spojené se somatickou chorobou jinak než dospělí.

Prožívání nemoci dětmi je více vázáno na aktuální pocity, Ohrožení budoucnosti či důsledky nemoci pro vlastní život si uvědomují děti až v období dopívání. V tomto věku pak začnou reagovat podobně jako dospělí.

DESET KROKŮ K ÚZDRAVĚ.

Doktor Fiore působil řadu let jako klinický psycholog na onkologickém oddělení. Když sám onemocněl, měl možnost si vyzkoušet vše tzv. "na vlastní kůži".

1. Uznat omezenost lidských možností.

2. Rozlišovat to, co se změnit nedá od toho, co se změnit dá To prvé nezbyvá než přijmout a to druhé se musíme snažit změnit.

3. Vytipovat si žádoucí a dosažitelný cíl. Je třeba si vybrat cíl, který je nejen žádoucí, ale i uskutečnitelný.
4. Rozdělit cestu na kratší úseky. Konečný cíl je obvykle příliš vzdálený. Je třeba rozdělit cestu na kratší úseky, které na sebe navazují jako články řetězu.
5. Udělat první krok. První krok se zdá nejtěžší, protože nemáme zkušenosti, bojíme se apod. První krok by měl být uskutečnitelný již při nižších nárocích na síly pacienta, aby bylo zaručeno, že se podaří.
6. Vydržet ještě jeden další krok. Je třeba soustředit pozornost na tento krok a ne na konečný, vzdálený cíl.
7. Zvládat vnitřní dialog. Na jedné straně si pacient říká: musím to zvládnout a na druhé straně to nezvládnou. Je třeba podpořit pacienta, aby zvítězil sám nad sebou.
8. Žít v přítomnosti. (bránit se úniku do vzpomínek, do minulosti).
9. Naučit se žít s nemocí, s postižením. Zvláště na změnu, která se udála. Je třeba se přeškolit.
10. Mít život rád i když je to život všelijak těžký

KOMUNIKACE.

Člověk užívá jazyka – naslouchá a mluví, píše a čte, prostřednictvím řeči rozumí. Řeč je natolik významným předpokladem lidské existence, že není přehnané říci, že člověk bez řeči je nemyslitelný. Slovem lze potěšit, povzbudit, zarmoutit i zranit.

Pojem komunikace pochází z latiny a znamená podílet se s někým na něčem, mít podíl na něčem společném. Již z tohoto slovníkového významu jasně vyplývá jeho sociální charakter. Z toho hlediska lze rozlišit komunikaci **intrapersonální** (telefon, telegraf, fax, počítač), **interpersonální** - mezi dvěma a více osobami a **masovou** komunikace zprostředkovaná masmédií.

Sociální komunikace má následující **základní strukturu**:

1. Komunikátor - osoba sdělující.
2. Komunikant - osoba přijímající sdělení.
3. komuniké - obsah sdělení.

H Laswell uvádí následující kritéria verbálního projevu:

KDO to říká - mluví jen za sebe, či za skupinu, hovoří z určité pozice, role, kdo by to měl říkat atp.

CO říká - která slova volí a kterým se vyhýbá, co říká, co neříká, co tím říká o sobě a co o těch, jimž to říká, co říká nového a jak nového, říká věci potřebné či zbytečné, jakou hodnotu má to, co říká.

KDY to říká - co tomu předcházelo (situačně i dějově), kdo to měl říci a kdy to skutečně řekl, řekl to v pravou chvíli nebo v nevhodném okamžiku.

JAK to říká - jak srozumitelně, jak mu záleží na tom, aby mu bylo rozumět, jakým hlasem mluví, jak se při tom chová, co při tom dělá, jak se tváří.

PROČ to říká - z jakých asi důvodů, co ho k tomu motivuje, za jakým účelem to říká, kam tím míří, čeho chce dosáhnout atp.

JAKÝ je účinek toho, co říká, s jakým efektem se setkává to, co bylo řečeno.

V poslední době vzrůstá zájem o **posluchače**. Roste povědomí o tom, že posluchač má nejen právo být informován a přesvědčován, ale posluchače je třeba lépe poznat, pokud má mít naše komunikace nějaký dopad. Je třeba vědět, zda je posluchač uspokojen, či nikoliv, jak se hovořící a posluchač vnímají navzájem.

Vedle slovní komunikace existuje a má svůj specifický význam i soubor **mimoslovních** komunikačních prostředků, jako rychlost řeči, síla hlasu, výška hlasu, rozsah tónů, pomlčky, chyby v řeči..., řeč očí, mimiky, výraz obličeje, postoje, vzdálenost mezi mluvčími, gesta, doteky.

Důležité je také vědět něco o celé sociální situaci, která při komunikaci vzniká. Vedle individuálních a skupinových rozhovorů je významná i masová komunikace a vnitřní řeč (člověk mluví sám se sebou).

Verbální komunikace - rozhovor.

Pro styk s lidmi a práci s lidmi má značný význam, neboť tvoří hlavní prostředek styku s nimi. **Rozhovor** je způsob řečové komunikace mezi dvěma více účastníky, které může mít různý charakter (od přátelského popovídání až po hádku). Jedná se o zvláštní druh sociální interakce.

Rozhovor má vlastní **dynamiku – průběh**. Ten je určován oběma partnery. Důležitou součástí rozhovoru je **indukce** – jeden člen komunikační dyády vyvolává v druhém psychické děje, jež právě probíhají v něm samotném nebo mají trvalejší povahu – názor. Tato součást rozhovoru je pro prostředí služeb lidem značně důležitá, neboť umožňuje přesvědčovat, radit, přemlouvat.

Účastníci rozhovoru - jejich pozice je často předem určena (rodič - dítě, učitel - žák, prodavač - kupující). Obecně jde o **roli hovořícího a naslouchajícího**, přičemž tyto role se v průběhu rozhovoru mění. Oba účastníci rozhovoru jednájí podle určitého *modelu*, z něhož mohou ovlivnit pouze první tři části, poslední dvě mohou, ale nemusí správně odhadnout. To je zdrojem poruch při rozhovoru.

Všechny typy rozhovorů mají některé společné rysy:

- *záměř - cíl sdělení, čeho chceme dosáhnout,*
- *smysl sdělení pro mluvčího - jak tomu, co říká, rozumí ten, kdo určité téma přednáší, jak chápe význam jednotlivých slov i celého sdělení,*
- *věcný obsah sdělení - povaha informace,*
- *smysl sdělení pro příjemce - jak tomu, co se říká, rozumí posluchač, jak chápe smysl jednotlivých slov a celého sdělení,*
- *efekt sdělení pro příjemce zprávy - jaký je výsledek, důsledek toho, co jsme sdělili.*

Hladký či méně hladký průběh rozhovoru je ovlivněn vztahem obou článků rozhovoru, jejich vzájemným postavením, vzděláním, známostí, vztahem k obsahu rozhovoru, motivací k němu. Podílí se na něm i další faktory, jako častost přestávek v rozhovoru (trapné pomlčky), jak plynule si účastníci rozhovorů předávají slovo (skákání do řeči, dva mluví najednou apod.) kladou se otázky, jak se na ně odpovídá, jsou-li v rozhovoru příkazy, kolik, jak jsou formulovány, jak se na ně reaguje. Během rozhovorů mezi lidmi se mohou vyskytovat různé typy takových modelů, které mohou rozhovor usnadnit, či ho znesnadnit, zabrzdit jej. Tyto modely jsou typické pro určité situace, např. pro narušené manželství, nepříznivé vztahy nadřízených a podřízených apod.

Ve všech typech povolání, které pracují s lidmi preferujeme spíše **nedirektivní, empatický rozhovor**, který je předpokladem k vytvoření **pracovního společenství**, jehož páteř tvoří vztah mezi dvěma stranami rozhovoru experta a klienta, např. lékařem a pacientem, učitelem a žákem, rodičem a dítětem, apod. **Klient je spokojený pokud je průběžně a spolehlivě spolupracujícím.**

Během rozhovoru se **nevyhneme kladení otázek**. Jejich prostřednictvím se dovídáme informace, projevujeme zájem. V poradenské a klinické praxi rozeznáváme tyto typy otázek:

- a) **Otázky otevřené:** Dávají prostor druhému k volnějšímu vyjádření. Jsou méně konkrétní, ale vhodné při navazování kontaktu. (Co vás ke mně přivádí?)

- b) **Otázky doplňující a detailní:** Získáváme jimi bližší informace o oblasti, která nás zajímá. Tázeme se na zcela konkrétní jev. (Co tě nejvíce zajímá?, Spíte dobře?)
- c) **Otázky katalogové:** Dáváme klientu vybrat ze dvou nebo více možností. (Hraješ si raději s kamarády, sám, Počítačem? Jak dlouho to zlobí – hodiny, dny, měsíce?)
- d) **Otázky alternativní:** Nabízíme člověku vybrat si odpověď mezi dvěma možnostmi.
- e) **Otázky účastné:** Těmito otázkami dáváme najevo, že s klientem cítíme a zároveň se dovídáme, co je pro něj subjektivně důležité. (vidím, že máš dojem, že jsi tlustá. Jak si představuješ ideál?)
- f) **Otázky sugestivní:** Před těmito otázkami varujeme, neboť klientu vnucujeme určitou odpověď.

Při dotazování je nezbytné dodržovat slušnost a zdvořilost a srozumitelnost. Nezbytně si uvědomujeme, že musíme formulovat otázky tak, aby jim rozuměl i člověk se základním vzděláním nebo podprůměrně inteligentní.

Při dotazování se doporučuje strategie trychtýře – napřed obecnější otázky a čím dále více specializovanější.

Rozhovor může být veden věcně nebo jako sociálně emoční kontakt.

A: Věcný rozhovor:

- Informace získáváme při prvním kontaktu, vede k orientaci v případě. Zajímáme se o data biologická, psychologická a sociální.
 - Informace dodáváme objasňujeme, vysvětlujeme, sdělujeme výsledky, doporučujeme další léčebný postup, dietu, cvičení. Prognózu onemocnění.
 - Navozujeme změnu psychického stavu, chování, osobnosti. Tyto změny lze navodit rozhovory psychoterapeutickými.
- a) **Nedirektivní, empatický rozhovor:** Navozujeme atmosféru bezpečí a jistoty. Klientu umožňujeme volně vyjádřit své problémy i pocity aniž příliš zasahujeme do proudu hovoru, Dáváme najevo spíše svůj zájem a pochopení vyslovením drobných povzbuzení typu aha, chápu. Pomocí otevřených otázek navozujeme další exploraci klienta a tím mu umožňujeme náhled na vlastní situaci .
 - b) **Interpretující rozhovor:** Taktně sdělujeme klientu náš náhled na jeho problémy. V podstatě mu říkáme „, co za jeho potížemi může být“. Nejdeme příliš do hloubky a necháme klienta, aby se vyjádřil. Po malých krůčcích pak navodíme sebezpoznaní.
 - c) **Podpůrný a uklidňující rozhovor:** Dáváme klientu najevo, že jsme na jeho straně, chápeme ho a sdílíme optimistický náhled na budoucnost. Držíme se reality.
 - d) **Přesvědčující rozhovor:** Direktivní styl dialogu, ve kterém působíme na rozum a logiku myšlení. Pacienta zaměřujeme k opaku toho, co si pod vlivem dlouhodobé nálady myslí a říká. Vyvracíme předsudky, iracionální představy a domněnky.

Komunikace tvoří podstatnou část práce zdravotníka na kterémkoliv úseku. Proto je nezbytné se této problematice věnovat a pít se po možnostech hlubšího poznání i tréninku v uvedených dovednostech..

Během rozhovoru je významným faktorem naslouchání:

Umění naslouchat:

Uměním naslouchat znamená slyšet to, co se nám sděluje verbálně, ale “slyšet” i to, co se sděluje mimoverbálně.

Naslouchání je zaměřeno na tři základní “kanály” komunikace:

- 1) na řeč - verbální komunikace
- 2) na mimoslovní sdělení - na nonverbální komunikaci
- 3) na řeč činů - na sdělení tlumočení tím, co se dělá, jak se to dělá a jak se chová.

Pro zdravotnictví je důležité selektivní naslouchání, tj. naslouchání je podstatným informacím, které se vztahují k cíli rozhovoru - stavu pacienta (anamnéza, sesterská dokumentace). nebo způsobům zvládnání krizí pacientem samotným. Selektivní naslouchání však sebou nese nebezpečí subjektivních kritérií selekce faktů, tj. zbožná přání, předem hotové názory, přání potvrdit si vlastní hypotézy a předpoklady, předsudky. Nesmíme naslouchat sami sobě, ale skutečně pacientu!!!

Důležitým předpokladem kontaktu s pacientem je schopnost **empatie**, která znamená navázání dobrého vztahu dvou předem neznámých lidí. Empatii musí člověk v sobě mít a pak ji lze zlepšit či zintenzívnit, ale nedá se naučit. Tato dovednost se podílí značnou měrou na schopnosti porozumět pacientu, jeho prožívání a i nevyřčeným přáním. Umožní nám vidět svět očima druhých.

Při naslouchání pacientu i při zcela rutinním snímání anamnézy či během ošetřování pacienta nebo rozhovoru vychovatele s pacientem můžeme mohou upozorňovat na problémy typu obav, úzkosti, deprese, zlost na sebe nebo na okolí, nespecifickou agresivitu. Jde o to všimnout si např. slov typu ohrožení, smrt, umírání a nejvyšší význam mají výroky, které se týkají pacienta samotného. V současnosti existují již i škály, které posuzují chování pacienta nebo jeho emocionální stav, kvalitu života, bolest.

Neverbální komunikace:

K nim řadíme zejména tyto projevy:

- *výraz obličeje*
- *gesta*
- *dotek*
- *tón řeči*
- *postoj, pohyb*
- *pohledy*
- *oddálení*
- *úprava zevnějšku*

1) **Výraz obličeje** - svaly v našem obličeji nám umožňují více než 1 000 různých výrazů a jejich plynulou změnu v minimálním čase. Obličej je z hlediska mimiky rozdělen do 3 pásem, a to:

- I. obočí a čelo,
- II. oblast očí (nejdůležitější),
- III. dolní část s dominancí úst.

Jednotlivé emoce se promítají v obličeji následovně:

Rozčilení - celý obličej. Překvapení - hlavně čelo. Strach a smutek - oči a víčka. Štěstí - partie kolem úst.

Při poznávání toho, co člověk prožívá, je důležité věnovat pozornost i ostatním částem těla, jako postoji člověka (při neštěstí má svěšená ramena, klopí hlavu). Největší význam má však sledování výrazu očí. Podle toho, jaký výraz v nich nalezneme, s člověkem jednáme.

2) **Sdělování pomocí oddálení a přiblížení** - každý člověk má svou individuální, tzv. příjemnou vzdálenost, na kterou snáší ostatní lidi. Tuto vzdálenost si lze představit jako soustavu soustředných kružnic, které od středu - člověka počínaje vyjadřují: a) intimní zónu, b) osobní zónu, c) sociální zónu, d) veřejnou zónu. Jednotliví lidé dovolí jiným lidem přistoupit na různou vzdálenost podle různých kritérií (typ temperamentu, emocionální vztah, sociální vztah). Je-li jedinci někdo lhostejný,

cizí a vnikne do osobní zóny dotyčného, považuje se to za vtírání a tento „vnik“ se pociťuje jako nepříjemný, až drzý. Reakce na nepřiměřené proniknutí do osobní sféry se řídí temperamentem a osobností dotyčného člověka a zahrnuje pestrou paletu chování od ústupu až k agresivitě.

3) **Doteky** - v sociálním styku hodnotíme nejen to, kterou částí těla se lidé dotýkají, ale i druh tohoto doteku (podání ruky, objetí, štípnutí, pohlazení, poplácání). Dotek může být přímý (kůže na kůži) nebo nepřímý (kůže - oblečení). Doteky mohou mít přátelský i nepřátelský charakter.

4) **Polohy** - Motager (in Piños, 1982) stanovil na základě pečlivé analýzy videozáznamů dětí pět bloků jednání, které vyjadřují určitý sociální vztah. Tyto bloky poloh jsou však platné i pro dospělé. Jsou to následující:

Přátelské chování - napřahování ruky dlaní nahoru, braní za bradu, naklánění hlavy k rameni, naklánění celého těla k jedné straně, kolébání zleva doprava, lehké doteky.

Hrozba - mračení se, cenění zubů, otevírání úst dokořán, ukazováček namířený na druhého, naklánění hlavy a celého trupu dopředu nebo náznak boxování.

Agrese - strkání, pohlavky, křik, bouchání pěstí do stolu, tahání za vlasy, házení předmětů po ostatních, atd.

Úzkost - široce otevřené oči, mrkání, chránění si tváře rukou ohnutou v lokti, zaklánění hlavy a celého trupu dozadu, útěk nebo pláč.

Uzavírání se - postávání stranou, posedávání v koutě či na jiném chráněném místě, vzdalování se do jiné místnosti, odvrácení se, tichý pláč.

5) **Pohyby** - bylo zjištěno, že rozhovor je doprovázen pohyby, které odpovídají přesně obsahu sdělení. Je tomu tak u mluvčího i posluchače. Míra souladu či nesouladu pohybů dává informaci o citovém vztahu obou stran rozhovoru. Zajímavé je sledování vývoje souladu či nesouladu pohybů při rozhovoru.

6) **Gesta** jsou nejstarším dorozumívacím prostředkem lidí. Předcházela verbální komunikaci a je jich obrovské množství. Jsou také nejvíce kulturně podmíněna. Vedle emocí, sdělujeme gesty i obsah sdělení, dokreslujeme je jimi. Gesta mohou být i v rozporu a obsahem sdělení.

7) **Pohled očima** - bylo zjištěno, že kladně působí stejná úroveň očí, která vyvolává pocit rovnocennosti partnerů, kdežto pohled shora vyvolává pocit nadřazenosti (dávat se na někoho spatra). Proto patří k nejdůležitější součásti sdělovacího procesu. Při jejich interpretaci si všímáme:

- Délky pohledu - *déle se díváme na ty, kterých si vážíme, obdivujeme je, jsou služebně starší, dáváme jim přednost, přátelům, známým a těm, o které stojíme (nejdelší pohledy).*
- Příjemnosti pohledu - *nepříjemný je příliš dlouhý a upřený pohled, pohled skrze osobu, letmé pohledy. Příjemné jsou pohledy mladších žen na starší muže, mladšího muže na staršího muže, u žen platí v podstatě totéž. Nejméně příjemné oběma pohlavím jsou pohledy vrstevníků nebo starších jedinců stejného pohlaví.*
- Kdo je pozorován - *mladší lidé, kdo je více osvětlen, ženy, ten, kdo hovoří, služebně výše postavení, a pod.*
- Změny v průměru zornic - *při citovém vzrušení se zornice extrémně rozšiřují (lze i nacvičit), při zlosti se zmenšují - bodavý pohled.*
- Pohledu z očí do očí - *může být i podezřelý, jestliže je upřený. Může zastírat činnost jinou částí těla, např. rukama. Tento pohled může vyjádřit velmi širokou škálu citů od lásky až k nenávisti.*
- Pozorování hovořícího *tím dáváme najevo, že nás jeho výklad zajímá.*

8) **Úprava zevnějšku** - můžeme jim dát najevo, že patříme do určité skupiny lidí (punk, skinhead, beatnici). Upravený zevnějšek může působit v různých situacích pozitivně i negativně. Např. příliš mnoho líčidla ve dne zařazuje ženu spíše do sorty „nočňátek“, stejně jako kouření na ulici. Spíše konzervativnější oblečení může v bance působit skvěle, na večírku upjatě. V zásadě dbáme, aby oděv byl čistý, neuválený, nažehlený, boty vyčištěné. Doplnky a oblečení mají barevně ladit.

Co si všechno můžeme sdělovat:

Sociální psychologie komunikace rozšířila naše poznání o tom, co se děje při setkání zdravotníka a pacienta. Vedle přesvědčení o tom, že se pacientům pouze sdělují zprávy, se ukázalo, že si sdělujeme řadu dalších věcí:

- A) **Sdělujeme si informace:** Za informaci považujeme takovou zprávu, která sníží naši nejistotu.. Pokud sdělíme něco, co již víme, není to informace. Z hlediska **kvantity** může být informace *příliš mnoho* - pak zahlcujeme pacienta nebo on nás a podstatná věc může uniknout, nebo je jí *nedostává* (vigilance) a pak nám může informace uniknout při čekání na ni. V obou případech je zde nebezpečí přeslechnutí. Proto se raději zpětným dotazem přesvědčíme, zda se o informaci jednalo či ne.
Z hlediska **kvality** mluvíme o vztahu k potřebám a motivaci - čili zda je informace s pohledem na aktuální hierarchii potřeb pacienta prvořadá. Směrem od pacienta může jít velmi nekvalitní informace - sice mluví o nových věcech, ale nic k hlavnímu problému.
- B) **Sdělujeme si tzv. metakomunikační klíče:** To naznačuje, že jde o sdělení “nad” či “za” tím, co sdělujeme. Sdělujeme vlastně smysl toho, co říkáme nebo tento smysl upřesňujeme. Např. toto je hodně vážné, toto je jen volnější, toto je žert.
- C) **Sdělujeme svůj postoj k věci, o které hovoříme:** To se projevuje v neverbálních projevech, jak jsme o nich hovořili před chvílí. Vyjadřujeme tím to, co si o tom osobně myslíme.
- D) **Sdělujeme si svůj postoj k posluchači:** To vyplývá z četných mimoverbálních projevů, ale i z formulace vět, slovníku apod. Zásadně můžeme hodnotu sdělení evalvovat - zvýšit jeho význam nebo devalvovat - snížit jeho význam.
- E) **Sdělujeme si svá sebepojetí:** Čili sdělujeme si to, za co se považujeme - vyjadřujeme to oblečením, vzájemnou pozicí a dalšími složkami neverbální komunikace. Dva extrémy - pocity méněcennosti vs. pýchu a nadutost. V roli posluchače lze tyto odchylky relativně snadno odhalit, mluvčí si jich často není plně vědom. To, že někdo v řeči naznačí za koho se považuje, může být žádostí a potvrzení nebo spíše vyvrácení tohoto názoru: “Jsem úplně lazar”.
- F) **Sdělujeme si kvalitu vzájemného vztahu:** I to, jak přistoupíme k člověku, na jakou vzdálenost, jestli zůstaneme stát, jestli mu sedneme na postel apod., vyjadřuje co si o něm ve skutečnosti myslíme.
- G) **Sdělujeme si pravidla vzájemného styku:** Sdělujeme si, zda jsme přátelé, nepřátelé, nadřízený a podřízený, rovní si či nerovní. Pacienti i zdravotníci se to musí učit. Jde o to, aby sestra byla přátelská a při tom měla autoritu. Nesmí být také směšná.
- H) **Sdělujeme si žádosti:** Tyto žádosti odhalit, není snadné, pokud nejsou přímo formulovány. Mohou být často zastřeny. Jejich poznání souvisí se schopností naslouchat.

FALEŠNÉ PŘEDSTAVY O KOMUNIKACI. (Křivohlavý, 1988)

a) **Je možno nekomunikovat.** Lze propadnout nesprávném přesvědčení, že vyhneme-li se někomu, nic mu nesdělíme (např. nepodíváme se na něj). **OMYL** - i když se na něj nepodíváme, něco tím sdělujeme, stejně jako když se někomu vyhneme či mu nezatelefonujeme, nenapišeme. Když to udělá někdo jiný, obvykle tomu dobře rozumíme.

- b) Veškerá sociální komunikace se děje jen slovy, tedy co nebylo řečeno, nebylo sděleno. **OMYL** - právě jsme si ukázali, že komunikujeme širokou škálou projevů, vč. oblečení.
- c) Lidé říkají přesně to, co si myslí a jak to myslí. Podléháme zde dojmům, že slova, věty a sdělení jsou přesným obrazem toho, co probíhá v mozku, **OMYL** - to, co říkáme je často vedeno našimi záměry a tím, co chceme, aby posluchač slyšel a pochopil.
- d) Falešná je též představa, že si musíme navzájem rozumět, když hovoříme stejným jazykem, v jejímž pozadí je nesprávný dojem, že každé slovo znamená pro každého totéž. **OMYL** - každé slovo může znamenat pro různé mluvčí něco úplně jiného, např. droga pro lékárníka a narkomana.
- e) Umění mluvit je všemocné. **OMYL** - kdo pouze mluví, aby mluvil a nemá v podstatě co říci, tomu ani sebevětší umění mluvit nepomůže.
- f) Posluchač slyší přesně to, co řečník říká, přenos informací je mechanickou záležitostí. **OMYL** - sehrává zde velkou roli očekávání posluchače, jeho předchozí zkušenosti, kolísání pozornosti (věnuje pozornost tomu, co jej zaujme, tomu, co chce slyšet).
- g) Nejlepší je sdělovat holá fakta. **OMYL** - nejsme stroje a nemůžeme zbavit naše sdělení emocí, postojů a motivů ke sdělení i k posluchači.
- h) Slova nemohou nic udělat. **OMYL** - slova mohou velmi ublížit, mohou člověka dohnat na hranici života a smrti a naopak podpořit, posílit.

i) V mezilidském styku platí jen to, co se řekne, vše ostatní je vedlejší. **OMYL** - viz podstatné vlivy mimoslovních faktorů komunikace. Pro člověka má větší cenu to, jak se k němu **ASERTIVITA**.

Tento výraz znamená **zdravé, přiměřené sebeprosazení**. Znamená to nejednat na úkor druhých, ale také nenechat druhé jednat na náš vlastní účet. Jde o to, abychom nebyli ani příliš poddajní, ani agresivní. Je to jednání klidného, dospělého a vyrovnaného člověka, který je si vědom své ceny, ale i ceny ostatních lidí. Je to jednání slušné, nepodlézavé a nenapadající. Abychom se mohli asertivně chovat, musíme znát základní asertivní práva, dovednosti a zásady účinného jednání s lidmi:

Základní asertivní práva:

- 1) *Máš právo sám posuzovat své vlastní chování, myšlenky a emoce a být za ně i jejich důsledky odpovědný.* Toto je základní asertivní právo, všechna ostatní jsou od něho odvozena a dovolují člověku být sám sobě konečným rozhodčím. Proti tomuto právu stojí pověra - musíš být posuzován vnější autoritou, která je větší a moudřejší než ty ve shodě s danými pravidly.
- 2) *Máš právo nenabízet žádné výmluvy či omluvy ospravedlňující tvé chování.* To neznamená, že se neomluvíme, když něco provedeme, např. slovo promiňte nesmí zmizet z našeho slovníku. Jde o to, abychom se neponižovali.
- 3) *Máš právo posoudit, zda a nakolik jsi odpovědný za řešení problémů ostatních lidí.* Jde o to, aby se člověk zbavil nutkavých a neovladatelných tendencí řešit vše za druhé a zbytečných pocitů viny, když tak nečiní.
- 4) *Máš právo změnit svůj názor.* Změnit názor může každý, jestliže k tomu dospěje životní zkušeností, dalším vzděláním. Změna názoru pouze za účelem zalíbení se nadřazeným či udržení vedoucí pozice sem nepatří, neboť takové jednání patří do oblasti nemorálních a účelových reakcí.
- 5) *Máš právo dělat chyby a být za ně odpovědný.* Jde o to, ovládnout své omyly, neboť nikdo není neomylný, ale zároveň se za ně zbytečně neomlouvat, ani za ně přehnaně netrpět.
- 6) *Máš právo říci „Já nevím“.* Na toto právo zapomínají často mocní, dospělí a jim podobní, kteří chtějí vypadat jako vševědoucí. Tuto větu sice neříkáme příliš často, ale jsou situace, kdy nám tento výrok rozhodně neublíží.

7) *Máš právo být nezávislý na dobré vůli ostatních.* Není možné stále vycházet se všemi lidmi po dobrém a být vděčen za ochotu či dobro celý život. Občas je nezbytné někoho se nepříjemně dotknout.

8) *Máš právo dělat nelogická rozhodnutí.* Nelogické způsoby jednání jsou typičtější pro ženy než muže. Je však někdy nutné zachovat se nelogicky pro zachování např. vlastní integrity (např. žena nepozve partnera, kterého zná krátce, domů, i když on to očekává).

9) *Máš právo říci „Já ti nerozumím“.* Jde zejména o situaci v mezilidských vztazích, které na nás kladou nepřiměřené nároky co do chápání druhých. Např. výroky typu: „Kdybys mě miloval, věděl bys, co si přeji, aniž to řeknu!“

10) *Máš právo říci „Je mi to jedno“.* Je to právo na to, nebýt vždy a všude perfektní.

11) *Máš právo rozhodnout se, zda budeš jednat asertivně, či ne.*

Základní asertivní dovednosti.

Tyto dovednosti zároveň představují techniky, které lze přiměřeně uplatnit v různých situacích.

- *Pokazená gramofonová deska - technika, která pomocí klidného opakování toho, co chcete, umožní prosadit vaše požadavky. Je to obrana proti manipulaci se strany partnera komunikace. Osvědčuje se např. při reklamacích.*
- *Otevřené dveře - spočívá na principu naznačení našemu kritikovi, že na jeho připomínkách může něco být, mohou být pro nás poučením. To nám umožní zhodnotit i sebe sama.*
- *Sebeotevření - usnadňuje sociální komunikaci a oslabuje možnost manipulace s člověkem, a to pomocí sdělení kladných, nebo záporných aspektů vlastní osobnosti či chování (chybí mi zkoušky, říká VŠ student, ale nechce se mi učit, raději bych se šel koupat).*
- *Volné informace umožňují rychlé navázání sociálního kontaktu uvedením nějaké informace o sobě (např. jednal bych stejně jako vy).*
- *Negativní aserce - umožňuje nám přijmout vlastní chyby a zároveň redukovat zlost a agresivitu kritizujícího (např. „Tobě ten klobouk nesluší!“ - „Ále, podlehla jsem módě, teď to také vidím.“).*
- *Negativní dotazování - vede k aktivní podpoře kritiky s cílem použít získané informace (jsou-li konstruktivní), nebo je vyčerpá (jsou-li manipulativní). Kritik je veden k větší asertivitě. (Děláte jednoduché chyby. - Mohu vědět, v čem? - No, přece ta poslední práce. - A v čem jsem tu chybu udělal?...).*
- *Přijatelný kompromis - existuje pouze tam, kde nejde o vlastní sebeúctu a osobní sebehodnocení (reklamace - dohoda o termínu opravy či výměny).*

Zásady účinného jednání.

1. Při podávání informace buďte přímí, popisní, vyhněte se ovlivňování příjemce, neradťe. Podejte informaci fakticky s co nejvíce konkrétními podrobnostmi, bez projevu vlastního názoru na věc.

2. Při vyjadřování vlastního názoru se držte svých práv, vyložte svůj názor tak, aby byl pochopen, hlaste se k němu tím, že budete říkat „Já“. Neomlouvejte se, nezastrašujte.

3. Při vyjadřování svých potřeb a očekávání se soustřeďte na to, co chcete a co předpokládáte. Vyzvěte k odpovědi, nesnižujte vlastní hodnotu.

4. Při sdělování svých pocitů rekněte, jaké máte pocity, a hlaste se k nim první osobou jednotného čísla. Popisujte je a vyvarujte se jejich vyjadřování přímo - afektem nebo jednáním.

5. Při předkládání svých rozhodnutí říkejte „ano“ a říkejte „ne“. Zaujměte jasné stanovisko, buďte jednoznační a pevní. Slovo „ne“ ovšem neříkejte příliš často.
 6. Při kritizování a pochvale popište, oč jde, uveďte příklady. Objasněte, jaké důsledky to má pro vás a jaké pro druhé. Nepřetěžujte druhé ani kritikou, ani chválou a nezakrývejte tím něco jiného.
 7. Při vyhledávání a získávání informací se předem připravte, požadujte data, nehodnoťte.
 8. Dejte najevo, že posloucháte, co kdo říká. Poslouchajte bez kritických připomínek a komentářů. Zvažte sdělovaný obsah, případně jej zopakujte, ale nereagujte na něj okamžitě. Berte sdělované informace jakoby na zkoušku. Nepřejímejte hned zodpovědnost za to, co je vám sdělováno, a dejte si na čas.
 9. Abyste dali najevo schopnost cítit s někým druhým, uznejte jeho pocity, vyhněte se však jejich schvalování či odmítání, zvažte a označte je, případně sdělené pocity zopakujte. Nesnažte se vyhybat se uznání pocitů druhého nějakým trikem.
 10. Při přijímání kritiky nereagujte citově, zkoumejte kritiku dotazy, zeptejte se na příklady. Hledejte doporučení a ke svým omylům se hlase. Nepodstatnou kritiku ignorujte.
 11. Chválu přijímejte bez výhrad a potvrďte příjem. Nesnažte se oplácet chválu chválou.
 12. Buďte pružní. Buďte schopni přizpůsobit své jednání, změnit názor, pokud se ukáže, že ten původní byl chybný. Soustřeďte se při tom na podstatné. O slávu se podělte.
- I když to tak navenek může vypadat, neznamená asertivita manipulaci s ostatními. Je jasné, že v důvěrných kontaktech se k asertivitě druží empatie (vcítění). Asertivita není chladné manipulování lidmi v náš prospěch. Je to cesta, jak jednat slušně, ale bez ponižování a zbytečných útoků chováme, jak se tváříme, jakým tónem hovoříme.

Sdělování nepříznivých informací pacientům a jejich blízkým:

Sdělování nepříznivých informací patří k neméně příjemným stránkám lékařského povolání. Nejde ani tak o obsah informace, jako spíše obavy o emoční doprovod reakce na ni. Obavu, jak tento doprovod zvládnout. Této situaci se někteří snaží vyhnout a tak raději mlčí nebo se vyhýbají pacientu i jeho blízkým. Jak uvedeno výše, i to je forma sdělení.

Nepříznivá zpráva.

Je takový druh informace, **jejímž obsahem je nežádoucí skutečnost hodnocená příjemcem jako újma různé závažnosti**. Prožívá ji úkorně. Častým doprovodem přijetí zprávy bývá ztráta perspektivy, zklamání, rozčarování, strach, úzkost, deprese.

Obecné zásady při sdělování nepříznivých informací.

Pro sdělení takové informace si vyčleníme **dostatek času a klidnou místnost, kde nás nebude nikdo rušit.**

- Předem se **připravím tím, že si promyslím obsah sdělení** s ohledem na osobu příjemce. Respektujeme jeho vzdělání, zdravotní stav a sociální situaci, využijeme informací od ostatního ošetřujícího personálu (sestry ví často mnohem více, než lékař).
- Informaci podává vždy ten, který pacienta zná nejlépe – **ošetřující lékař**.
- Sdělení musí být podáno srozumitelně a přesně. V tomto případě neuzíváme odborný jazyk (zdravotníci jsou výjimkou), mluvíme zřetelně, vysvětlujeme, uvádíme souvislosti a okolnosti nepříznivého stavu.
- Umožníme, aby se příjemce/ci zprávy mohli zeptat, vyjádřit své pochybnosti a projevit své emoce. Tím usnadníme nástup procesu vyrovnání se s nepříznivou zprávou a jejími důsledky.

Bezprostřední reakce po sdělení nepříznivé zprávy.

Pacient nebo jeho blízký může **informaci přijmout nebo odmítnout** na dvou rovinách: **racionální a emoční**.

- **Informace je přijata na obou úrovních** – příjemce může projevovat emoce smutku, beznaděje a zoufalství, ale po určité době začne klást otázky na další vývoj a možnou spolupráci na něm.
- **Informace je přijata racionálně, ale emočně odmítnuta** – reakce může vypadat jako, bez emočního doprovodu, nenápadná, statečná. Často je zdravotníky velmi pozitivně hodnocena, protože nevyžaduje navenek nutnost poskytnutí opory.
- **Informace je odmítnuta racionálně i emočně** – S tímto jevem se setkáváme nejčastěji ve **fázi popření**, kdy příjemce popírá, že vůbec informaci obdržel, má pocit, že došlo k omylu, informace se týká někoho jiného apod. **Může se chovat neadekvátně** – například používá věty „Ale jděte pane doktore, to nemyslíte vážně.“ nebo „Nespletl jste se náhodou“ apod.
- **Negativní informace je emočně přijata, ale racionálně odmítnuta** – příjemce sice reaguje podobně jako v předchozím případě, ale emoční doprovod je mnohem výraznější – pláč, třes, hněv apod. Taková reakce bývá pro lékaře nejméně příjemná a pro některé je tato situace jen obtížně zvladatelná.

Po sdělení jakékoliv nepříznivé zprávy se zpravidla dostaví emoční reakce. Její projev se rozprostírá po celém spektru intenzit od nenápadné, ne příliš bouřlivé až velmi intenzivní. Můžeme pozorovat pouhé vyhrknutí slz, sklesnutí celé postavy, verbální doprovod typu „to není pravda“. Je možné se setkat s pronikavými výkřiky, záplavou slz, zlostí až agresi. Všechny reakce necháme volně proběhnout, po čase spontánně ustanou.

V této fázi však **zásadně nepoužíváme jakékoliv racionální argumenty** – člověk v afektu není schopen je vnímat. Mnohem vhodnější reakcí je nabídnutí sklenice vody, kapesníků a ticha. Někteří lidé uvítají pohlazení, objetí.

Zaměření emoční reakce může směřovat k osobě pacienta nebo jeho blízkého – **intropunitivní**, nebo směrem ke zdravotníkům, lidem z okolí, společnosti – **extrapunitivní**.

Sdělování nepříznivých zpráv v pediatrii.

Problematika dětského lékařství sebou nese, vedle radostných okamžiků, rovněž situace, ve kterých musíme rodičům sdělit nepříznivou zprávu

V pediatrii se můžeme setkat s dvojím typem nepříznivých zpráv. Sdělujeme je buď rodičům dítěte nebo dítěti samotnému.

V oblasti dětského lékařství platí všechny zásady stejně, jako u dospělých, ale jsou některé okolnosti, které musíme respektovat..

- Při sdělování nepříznivé zprávy dětem musíme respektovat jeho věk a vývojovou úroveň.
- Dítě, které je těžce nemocné nebo umírající dokáže pochopit informaci, která by jinak oslovila dítě výrazně starší.
- Dětem musíme podávat vysvětlení za pomoci názorných pomůcek (zejména do věku 10 let).
- Reakce dětí jsou v mnohém odlišné, než u dospělých. Například dítě v depresi může „zlobit“ nebo se chovat provokativně. Nemusí být jen skleslé a smutné.

Za hlavní zásady při sdělování nepříznivých zpráv rodičům považujeme:

1. Pro sdělení nepříznivé informace si vyčleníme dostatek času a klidný prostor, kde nebudeme rušeni.

2. Nepříznivou informaci sdělujeme bez zbytečného odkladu, a to oběma rodičům naráz. Pokud jde o samostatnou matku, přizveme prarodiče nebo sourozence. Informaci podává ošetřující lékař. Informaci podáváme nikoliv v jednom sezení, ale v opakovaných setkáních.
3. V pediatrii preferujeme podávání nepříznivé informace v týmu, Vhodné je, aby spolu s lékařem byl přítomen psycholog event. sociální pracovnice.
4. Při prvním kontaktu podáváme jen zaručené informace, nikoliv naše hypotézy. Detaily si ponecháme na další setkání.
5. V rozhovoru se zaměříme na budoucnost a informujeme rodiče o tom, co je čeká, co mohou pro dítě udělat v nejbližší době. Tím, že jim dáme najevo, že se na léčbě dítěte mohou podílet, zbavujeme je pocitů bezmoci.
6. V rozhovoru dáme rodičům jasně najevo, že se na nás mohou kdykoliv obrátit o radu a pomoc, stejně jako na přítomné další odborníky. Tím poskytujeme rodičům pocit bezpečí a jistoty.

Při podávání informace je vhodné volit spíše nedirektivní formu rozhovoru, zachovat pravdivost a autenticitu. Další spolupráce totiž závisí na tom, jak pravdivý obraz skutečnosti rodiče získají a jak lékaři uvěří. Rodičům dáme jasně najevo, že jsou za spolupráci osobně odpovědní v zájmu dalšího vývoje stavu dítěte.

Informace o budoucím vývoji dítěte nesmí posilovat nereálné naděje rodičů na zázračnou změnu stavu (mentální retardace) nebo jiná iracionální očekávání.

Přítomnost více osob při sdělení informace je významná z hlediska množství zachycené informace. Je zřejmé, že oznámení nepříznivé informace způsobí rodičům na jedné straně šok, na druhé straně jistou úlevu (konečně víme, co mu je). V tomto stavu jsou lidé schopni zachytit maximálně 10-18% sdělované informace. Je naděje, že každý z partnerů zachytí zčásti jiné části informace a tím by se množství zachycené informace mohlo zvednout až na 1/5.

Jasnou informací předcházíme také některým maladaptivním formám vyrovnání se sní a nedorozuměním. Zamezíme tím konflikty mezi partnery, hledání viny i v širší rodině a následné projevy záští. To vše pak může vést k manželských rozporům a v jejich důsledku i k rozpadu manželství.

Pokud informace nejsou příliš závažné – informace o zákrocích, nutnosti hospitalizace, změně charakteru léčby- můžeme informaci sdělit bez zvláštní přípravy. Počítáme s překvapením, šokem a frustrací, které pacientu pomůžeme překonat jasnými instrukcemi a perspektivou. Pokud změny léčby nebo zákrok bude mít další důsledky, necháme to na pozdější dobu. Poté, co se pacient s prvotní informací vyrovná.

Extrémně špatné zprávy.

S takovými informacemi se **člověk jen velmi obtížně vyrovnává** a někdy není schopen se s nimi sám vůbec vyrovnat. Při jejich sdělení se příjemce cítí jakoby ho někdo uhodil do hlavy. Jeho vnímání se zúží jen na danou informaci a není schopno vnímat cokoli jiného. Člověk je zasažen, zaskočen, a zpravidla přijme šok. Za extrémně špatné zprávy se nejčastěji považuje sdělení život nebo budoucnost ohrožujících diagnóz, infaustní prognózy onemocnění, smrt blízkého člověka, narození mrtvého nebo postiženého dítěte.

Reakce na extrémně nepříznivou zprávu je vždy zcela **individuální** a **subjektivní**. Čím subjektivnější vztah je k informaci či člověku, jehož se týká, tím zpravidla hůře bude prožívána a tím více podpory dotyčný člověk potřebuje.

Při sdělování těchto informací vždy zásadně mluvíme pravdu o závažnosti stavu pacienta nebo příbuzného. Pravdivost by se měla týkat především prognózy.

U dospělých a svéprávných pacientů sdělujeme takovou zprávu příbuzným jen s jejich souhlasem.

Důležité je informovat šetrně a s ohledem na stav a psychické možnosti pacienta. Je nezbytné respektovat zásadu především neškodit.

Dodržování těchto zásad neznamená pacientu něco zastírat, lhát mu. Pacient stejně „něco tuší“ a zpravidla si svou situaci maluje ještě černějšími odstíny, než je skutečnost. Nesprávné je informovat pravdivě rodinu a pacienta ne – jsme pak svědky „komunikačních hrátek“ rodiny s pacientem. Zakázaná témata se snaží obcházet a vznikají tak značně kuriózní a pro pacienta i značně vyčerpávající situace, které ho ještě více deprimují.

Informaci podáváme po zralém zvážení, že pacient je již schopen ji unést. To nám umožňuje denní kontakt s ním. Informaci podáváme postupně, po „lžičkách“, některým po malinkých, některým po „naběračkách“. Respektujeme přání pacienta, komu tyto informace sdělit a komu ne a také jeho přání „nic nevědět“.

Hlavní zásady sdělování:

1. I extrémně nepříznivé zprávy sdělujeme v klidu, s dostatkem času a v soukromí.
2. Přítomni mají být další odborníci, jména psycholog, který o pacienta pečuje a rodinný příslušník či člověk, kterému pacient nejvíce důvěřuje. Musí být oběma stranám jasné, na co budeme navazovat.
3. Pravdivá informace má být stručná, ale jasně a srozumitelně formulovaná v atmosféře bezpečí a důvěrnosti.
4. Dotazy zodpovíme co nejdříve a nejdůkladněji, zejména se zabýváme další perspektivou.
5. Náš postoj je empatie a autenticita.
6. Pacientu a jeho rodině nabídneme možnost dalších kontaktů, můžeme si dohodnout další setkání.

Rozhovor o extrémně nepříznivých zprávách je pro obě strany vyčerpávající. Je nutné ponechat pacientu i jeho blízkým čas, aby mohli informace přijmout a pomoci jim vyrovnat se s nimi.

Vyrovňávání se probíhá v následujících stádiích:

- **Fáze před stanovením diagnózy:** Pacient nebo jeho rodiče tuší, že se „něco děje, ale neví co“. Jsou napjati, podráždění nebo skleslí.
- **Šok** (rána, úder)- rodina nebo pacient se cítí skutečně, jako jej něco uhodilo, lidé jsou vykojení, pociťují zmatek, ochromení.
- **Popření** je fází, v níž postižení vyjadřují nedůvěru faktu nemoci či úrazu, “nevzpomenou si” na informaci, kterou dostali, popírají, že by jejich dítě, oni sami byli nemocní či postižení. Hledají se zázračné prostředky (léčitelé, kameny). Jde o ochranný proces proti zhroucení.
- **Zlost, úzkost, deprese** - v této fázi se hledá vina v okolí, nejčastěji ve zdravotnickém personálu, který se kriticky pozoruje, kontroluje a opakovaně je předmětem stížností. Podrážděnost rodičů či pacienta vychází z pocitů úzkostí a deprese. Je nezbytné nechat tyto pocity odreagovat a pak odezní.
- **Stadium rovnováhy** nastupuje po snížení hladiny úzkosti a deprese a rodina či pacient se začínají smířovat s nevyhnutelným faktem. Vzrůstá aktivita a ochota podílet se na léčbě a péči o pacienta či o sebe. Zvyšuje se zájem o léčebný postup.

Stadium reorganizace rodina či pacient jsou s faktem postižení či nemoci smířeni, přistupuje se k reorganizaci rodinného života ve smyslu vzájemné podpory a spolupráce při péči o nemocného či postiženého člena rodiny. Překonání krize zpravidla rodinu stmelí a posílí vzájemné vztahy. Mění se i celková hodnotová orientace rodiny

CHARAKTERISTIKA POSKYTOVÁNÍ SLUŽEB VE ZDRAVOTNICTVÍ:.

V.1. OSOBNOST PACIENTA A PRACOVNÍKA VE ZDRAVOTNICTVÍ.

Mluvíme o osobnosti pacienta a zdravotníka, máme na mysli především nikoliv obecné pojetí osobnosti, ale její konkrétní projevy ve specifické sociální a životní situaci. Můžeme souhlasit a Bouchalem a Konečným (1971), že „osobnost zdravotníka i pacienta a jejich postoj k situaci je dán i jejich rozdílným postavením“.

Na straně pacientů vidíme projevy, které vznikají na základě několika podmínek (Bouchal, Konečný, 1971):

1) **Ráz onemocnění** je určen tím, jedná-li se o nemoc akutní, či chronickou, je-li doprovázena nepříjemnými pocity, např. bolestí, zápachem, jakou má prognózu. Také způsob léčby ovlivňuje projevy pacienta - jinak se snáší chirurgický zákrok, jinak konzervativní léčba, jinak se snáší nemoc doma a jinak v nemocnici. Důležitým faktorem je dosavadní zkušenost pacienta s nemocí a vliv jeho rodiny a sociálního okolí.

2) **Okolnosti, za nichž nemoc probíhá:**

a) Problémy nejistoty, které nemoc přináší pramení zejména z obavy se zajištěním rodiny, domácnosti, pracovního místa, rozdělanou práci, zanechaného majetku. Důvěra k ošetřujícímu personálu může tyto obavy zmírnit,

b) Prostředí, v němž se choroba rozvíjí. Je známo, že choroba v cizím prostředí může mít mnohem těžší průběh, než v domácím. Některé, zejména duševní, choroby se pobytem v cizině mohou vyprovokovat (schizofrenie). Cizím prostředím je i prostředí nemocnice. Působí na řadu pacientů tísnivě a neřídko vyvolává, zejména u starších a těžce nemocných, obavy se smrti. Domácí prostředí, zejména je-li harmonické, podněcuje větší vůli k uzdravení.

c) Zavinění choroby. Je rozdíl, zaviní si onemocnění pacient sám a uvědomuje si to, než připisuje-li vinu za její vznik ostatním. Nemocní, kteří si uvědomují vlastní zavinění jsou k uzdravení motivováni mnohem více, než skupina druhá. Jsou také zpravidla disciplinovanějšími pacienty a svému lékaři a ošetřujícím zpravidla důvěřují.

3) **Premorbidní typ osobnosti**: Z faktorů, které mají vliv na premorbidní typ osobnosti, sehrávají v nemoci zvláště významnou roli následující:

a) Věk: U dětských pacientů sehrává největší roli fakt odloučení od rodiny, strach z neznámého, ztráta pocitu bezpečí a jistoty a omezení pohybu, nesrozumitelnost jednotlivých situací (nutnost vysvětlit dítěti, co se s ním bude dít). Ve středním věku se nejvíce objevují obavy z další budoucnosti, ze zajištění rodiny, pracovního místa, obavy z možného snížení životního standartu, změny životního způsobu. U starých lidí je nejčastěji strach se smrti nebo opuštěnosti, ze závislosti na druhých.

b) Stupeň celkové citlivosti na přímé, zejména nepříjemné podněty. Některé z těchto charakteristik mohou být dány dědičně (snížený práh bolesti). Značný podíl zde má rodinná výchova. Snadno odlišíme lidi rozmazlené a odolnější, skromné a náročné. Oba extrémy jsou pro průběh nemoci nevýhodné. Přecitlivělí lidé své potíže přehánějí a vystavují se tak zbytečným vyšetřením, snadno podléhají depresím i z nepatrných příčin. Otuzilí a skromní lidé zase své problémy podceňují a často přicházejí až je již pozdě.

c) Ráz citové reaktivity nelze odvozovat z vnějších projevů. Často lidé, kteří hluboce prožívají emoce, se skvěle ovládají a mohou působit klidně a vyrovnaně. Mnozí lidé se utrpením jakoby uzavrou do ulity a působí na okolí chladně až odtažitě, i když jejich prožívání je značně intenzivní. Naopak lidé, kteří se navenek projevují značně bouřlivě (zejména hysterici), mohou být citově mnohem plošší.

d) Charakter a stupnice hodnot. Lidé s pevným a vyzrálým charakterem a se stabilní a kvalitní stupnicí hodnot jsou většinou takřka ideálními pacienty. Dokážou s chorobou bojovat, nepodceňují, ale ani nepřeceňují své potíže. Lidé infantilní, nezralí, zaměřeni jen na sebe, materiální zisky a s povrchnými zájmy jsou velmi problematictí, protože spíše selhávají při jakékoliv problematizaci své životní situace. Nenacházej totiž oporu v kvalitě životního stylu a převaze nadosobních hodnot, ztrácí rychle smysl života. Dožadují se vyjimečné péče tam,

kde to není nezbytné a jsou schopni jít za svým i „přes mrtvoly“. Někteří nemocní si v nemoci libují, protože se jí vyhýbají řešení obtížné životní situace či jinému problému.

V.2. Psychologický přístup k nemocnému.

Téma, kterým se budeme v této kapitole zabývat je tématem **interakce mezi lidmi, kteří zastávají různé role. Role lékaře, sestry, jiného zdravotníka, pacienta, jeho rodinného příslušníka**

Pojem interakce považujeme za mnohem širší, než je pojem rozhovor. Ten bývá často za interakce, zejména ve zdravotnickém prostředí, zaměňován. Rozhovor je pouze součástí interakce. V tomto slově také cítíme jistou „akčnost“, jednání zaměřené k určitému cíli. Ve zdravotnictví k získání informací o pacientovi, sdělení výsledků vyšetření, diagnózy, prognózy, přesvědčení pacienta a jeho blízkých o nezbytnosti. Vyšetření, režimu, hospitalizace.(Křiv 60). Zkrátka v oblasti zdravotnické praxe **je interakce mezi lidmi základní formou jednání**. Nejde jen o vnější projev, ale zejména o vnitřní prožívání a pojmání jednotlivých partnerů.

Cílem interakce **je vytvoření dobrého vztahu mezi lékařem a pacientem**, popř. s dalšími důležitými osobami na straně pacienta. To je podmínkou vzniku **dobrého pracovního společenství**, které navozuje podmínky k jejich dobré spolupráci.(14, 129).

Obě strany pak mají určitá očekávání, která mohou být vlivem vzájemné interakce posílena nebo zničena.

Pacient:

Když se člověk cítí natolik špatně, aby se rozhodl vyhledat pomoc, ohlíží se především po někom, **kdo by mu mohl poskytnout radu, útěchu**, komu by si postěžoval na to, co ho trápí. Můžeme říci, že v této situaci hledá člověk především člověka.(8,61)

- Pacient očekává, že **v lékaři nalezne člověka, který mu bude ochoten naslouchat**. Čeká, že lékař vyslechne vše, co má na srdci. Uvědomuje si, že neumí své pocity vyjádřit, neumí mluvit řečí lékaře, mluví přerušovaně, říká to, co mu prvně napadne, koktá, neřekne některé podstatné informace, ale popovídá vše o zdánlivě nedůležitých událostech.
- Pacient přichází k lékaři se všemi svými **osobnostními charakteristikami** – dominancí, narcismem, histrionstvím, agresí, podlézavostí, submisivností, empatií, vstřícností. Přichází s pocity viny, že něco zanedbal, bojí se, že v důsledku toho bude těžce nemocen a možná i zemře.
- Očekává nejen somatické vyšetření, diagnózu a léčení, ale i **sociální podporu**, vzájemnou důvěru a prosociální postoj lékaře.
- Pacient přichází s **vlastní představou, co jeho problémy způsobilo** – přichází s autoplastickým obrazem nemoci. Od lékaře často očekává, že tuto představu potvrdí a nezájímá ho trvá neústupně na svém. Pro lékaře je nutné tuto představu znát, aby mohl s pacientem účelně spolupracovat.
- **Velmi významným očekáváním je atmosféra v čekárně i ordinaci**. Je velmi důležité, jak se ujme pacienta sestra a jak lékař. Není zde rozhodující ani tak, co řekne, ale spíše jaké neverbální klíče svým jednáním dává najevo. Je známo, že vnímání těchto signálů dokáže velmi dobře každý člověk, i když není speciálně vzdělán.
- K významným přáním pacienta **je znát příčinu svého stavu**. Toto přání je spojeno spíše s interní medicínou a jejími obory, neurologií, pediatrií. Reakce na toto přání nemusí být vždy jednoduchá. Pacient je ochoten uznat to, že lékař „neví“ nebo že

vyjmenuje řadu příčin, které mohly stav pacienta způsobit. Co však neuznává jsou mlhavé a vyhýbavě formulace lékaře.

- U pacientů opakovaně navštěvujících lékaře se může **postoj k nemoci a vlastnímu stavu postupně měnit**. To záleží na dynamice jeho stavu. Jde-li k lepšímu, můžeme pozorovat nárůst optimismu, naděje. Zhoršuje-li se setkáme se s úzkostí, depresí.
- U chronických pacientů, kteří jsou ošetřováni doma a kam lékař dochází, musíme počítat s tím, že pacient čeká na **návštěvu lékaře jako naději**. Čeká slova útěchy, povzbuzení, zbavení utrpení.

Lékař:

- Lékař je především expert. Je ten, kterého vyhledávají.
- Lékař je svým vzděláním a výchovou veden především k uznávání somatických příznaků.
- Lékař hovoří svou řečí – jde o odborný žargon, kterému však laik nemusí rozumět.
- Způsob jednání lékaře je značně ovlivněn příklady jednání jeho učitelů a vychovatelů během teoretické výuky, ale i (a to zejména) klinické praxe.
- Lékař vstupuje do interakce s pacientem s určitou mírou sebevědomí, proto je pro něj těžké přiznat, že není neomylný.
- Lékař je vychováván tak, že si neustále musí své poznatky ověřovat, proto je často osobností s vysokou mírou sebekritičnosti. To vede i vysoké míře úzkosti.
- Lékaři pak mohou být vysoce stresováni faktem, že jejich odborné úsilí není efektivní a například úmrtí pacienta mohou vnímat jako vlastní selhání.
- Jednostranné zaměření na somatickou stránku pacienta lékaře do značné míry omezuje v tom, že nemusí pochopit všechny souvislosti pacientových problémů. Lékař se pak uchyluje ke dvěma strategiím: upustí od jakékoliv formy psychoterapie nebo používá tzv. „zdravý selský rozum“.

Jak jsme již uvedli, základem úspěšného styku zdravotníka s pacientem a jeho nejbližšími je dobré pracovní společenství. Co je jeho podmínkou?

Především jsou to : (10,130).

- a) Všechny strany interakce mají zájem na pozitivním průběhu a výsledku diagnosticko-léčebného nebo rehabilitačního procesu.
- b) Pacient i jeho blízcí s lékařem aktivně spolupracují, dodržují pokyny, doporučení a vše, na čem se dohodli.
- c) Pacient i jeho blízcí jsou sdílní a pravdomluvní.

Psychoterapeutická role a působení lékaře se realizuje prostřednictvím toho, jak a co hovoří a jak se chová, jako neverbální signály vysílá směrem k partnerům. Tím může ovlivnit:

- a) Nežádoucí psychické stavy, jako jsou úzkost, strach. Tenzi, depresivní ladění.
- b) Zvyšovat odolnost a steničnost osobnosti pacienta a jeho blízkých.
- c) Napomoci partneru pacienta vyznat se v sobě a své životní situaci v souvislosti s nemocí rodinného příslušníka.
- d) Učit pacienta se rozhodovat a jednat v souladu se sebou samotným, se svými zaměřeními a s ohledem na ostatní lidi tak, aby nevyvolával zbytečné konflikty a potíže.

Klíčovými slovy ve vztahu zdravotníka a pacienta je důvěra, naděje, autorita a pravdivost, úcta a respekt a porozumění. A nyní co pod těmito slovy rozumíme

Naděje:

Jak jsme již uvedli výše, pacient, když navštíví lékaře doufá, že se **jeho stav zlepší**, že mu v tom lékař pomůže. Jeho naděje souvisí s **důvěrou**, kterou v lékaře vkládá.

V psychologii rozlišujeme v pojmu naděje **kognitivní a emocionální aspekt**.

Kognitivní aspektem rozumíme racionální rozvahu o míře pravděpodobnosti, s níž dosáhneme a naplníme námi očekávaný cíl. To je v našem případě zlepšení zdraví.

Emocionální aspekt vyjadřuje pozitivní, stenické city, když vnímáme dosažení našeho cíle jako možné. Jde spíše o intuitivní složku.

Se strany zdravotníků se často hovoří v souvislosti s nadějí o ní jako **reálné nebo nereálné**.

Reálná naděje vyplývá z pozitivního hodnocení zdravotního stavu a jeho situace. Převažuje zde kognitivní aspekt.

Nereálná naděje se objevuje v situaci, kdy objektivní podmínky nesvědčí pro změnu k lepšímu. Jde o „víru v zázrak nebo zásah shůry“. Je však empiricky potvrzeno, že nenadále změny beznadějného stavu pacienta k zlepšení jsou poměrně častější, než bychom čekali. Vysoká míra důvěry a naděje je pro hodnotné pracovní společenství zdravotníků a pacientů nezbytnou podmínkou.

Jde o **naplnění principu lidské vzájemnosti, který můžeme vyjádřit „jednejte tak, jak byste si přáli, aby s vámi ve stejné nebo obdobné situaci jednali“**.(14, 131).

Autorita a pravdivost:

Autorita znamená, že jsme pro někoho **vzorem, zárukou, jistotou**. Autoritou by měl vládnout člověk, jemuž je vložena do rukou určitá míra moci. U lékaře a zdravotníka je to opravdu značný kus moci – moci nad zdravím a nemocí, nad životem a smrtí.

Autorita je takový projev, který v ostatních vyvolává přirozenou převahu, již se partner dobrovolně podvolí. Autoritu nelze získat. Autoritu buď člověk má nebo nemá. Člověk, který autoritu má vystupuje zrale, důstojně a uklidňuje. Již svou přítomností vyvolává v lidech pocit bezpečí a jistoty. Autorita je základem sugestivního působení a také placebo-efektu.

Můžeme si sice vypracovat způsoby chování, které vypadají jako bychom autoritu měli, ale ty partnery nepřesvědčí. Autorita souvisí s pojmem charisma, silná osobnost. Nesouvisí s dominancí, moci chtivostí. Předstírání autority je výrazem osobní nezralosti.

Lékař bez autority není plně lékařem.

S autoritou přímo souvisí **pravdivost. Pravdivost se týká nejen způsobů komunikace s pacientem a jeho blízkými, ale i celkového projevu zdravotníka**. Nejde jen o právo pacienta být pravdivě informován. Pravdivá informace musí být zároveň taktní a respektující osobnost pacienta, je schopnost pochopit informaci, jeho hodnotové zaměření a postoje. Jen zdravotník, který v této situaci vystupuje v souladu se sebou samotným, je pravdivý, může přesvědčit a vyvolat důvěru.

Úcta a respekt:

Úcta a respekt patří k tradičním hodnotám mezilidské interakce. Jde o nejvyšší hodnoty, které nedílně patří k našemu duchovnímu dědictví.

Znamená to vnímat pacienta jako jedinečnou, cennou a plnohodnotnou lidskou bytost, která je nám principiálně rovna (14,133)

Svou úctou a respekt pacientovi vyjádříme zejména postojem s nímž vyjadřujeme přijetí pacienta jako vítaného hosta, o něhož se osobně zajímáme a soustředíme se na něj. To potvrdíme pečlivou anamnézou a vyšetřením, kde nebude „nic zapomenuto“ Tak zamezíme přílišné úzkosti a depresivnímu ladění pacienta a vzbudíme jeho důvěru k nám.

K úctě a respektu neodmyslitelně patří i **respekt i intimně** pacienta, a to jak fyzické, tak i psychické. Je bohužel faktem, že studenti lékařství často stylem své přípravy ztrácí pocit studu a nečekají ho ani od pacientů. Na druhé straně však mohou trpět ostychem zeptat se na velmi důvěrné až intimní údaje, které jsou však pro další proces diagnostický i terapeutický nezbytné. Jde o projev zčásti nezkušenosti (u začátečníků), sociální nezralosti, sociální nezkušenosti a nedostatek taktu. Tyto pocity, které lékaři způsobují nejistotu a částečnou ztrátu suverenity mohou někdy „přebíjet“ nadměrnou cyničností a hrubostí vyjadřování. Musíme si uvědomit, že někteří pacienti se stydí mluvit o některých problémech např. před sestrou (např. muži po potížích erekce).

Projevem úcty a respektu zamezujeme asymetričnosti ve vztahu lékař - pacient (lékař jako učitel, mentor, tutor, monitor – viz níže). Pacient se pak nebojí hovořit i o tématech velmi citlivých a může také vyjádřit svůj názor. Zároveň bráníme „dětské“ pozici pacienta, kterou tímto přístupem měníme na pozici dospělého partnera.

Porozumění:

Porozumět znamená pomáhat.

Porozumění člověku jako celku musí zahrnovat oblast **osobní, vztahovou i sociální** v souladu s bio-psycho-sociální koncepcí nemoci.

Na osobní úrovni se jedná o **empatický, vstřícný přístup**. Empatie znamená pokus o vcítění se do vnitřních pohnutek a pocitů pacienta a porozumět tak jeho vnějším projevům. Jde o to, abychom se orientoval v pacientových radostech, starostech, hodnotách a postojích.

Psychologicky porozumět, znamená **především porozumět lidsky**. Nejde však o ztotožnění se s pacientem. **Identifikace, ztotožnění** zabraňuje objektivnímu zhodnocení stavu pacienta a znesnadní nebo znemožní subjektivní odstup od něj. To může být velmi nebezpečné a ve svém důsledku bychom mohli pacienta poškodit.

Porozumění na úrovni vztahů znamená porozumět, co se **děje mezi lékařem a pacientem**.

Lékař by se měl zamýšlet vždy, když se ve vývoji jeho vztahu s pacientem odehraje něco divného, když dojde k nápadné proměně. Ta se může projevit nápadnou častostí návštěv ordinace, zhoršováním subjektivních potíží, i když objektivně potíže ustupují, odmítáním kontrol, přerušáním vztahu.

Velmi důležité je rovněž poznání **sociálního prostředí pacienta**, protože v něm často nalezneme kořeny nemoci, etologii. Nejčastěji tento faktor sehrává roli u psychosomatických pacientů, ale vliv prostředí můžeme objevit u zlomenin, opakovaných infekcí.

Respektování výše popsaných podmínek dobrého pracovního společenství nesporně přispěje k vytvoření atmosféry pochopení, jistoty a bezpečí, důvěry a naděje, které nám usnadní jakoukoliv práci s pacientem.

V.3. ZDRAVOTNICKÉ PROSTŘEDÍ.

- ⊙ Jde o soubor podmínek materiální i lidské povahy.
- ⊙ Lidským faktorem, jsou zdravotníci, jejichž osobnost a vnější projevy ovlivňují důvěru pacienta.
- ⊙ Materiální faktory: budovy, prostory a jejich architektonické a barevné řešení, komfort vybavení, zejména hygienických zařízení, dostupnost ambulancí a lůžek, dostupnost občerstvení, tisku a dalších služeb apod.

Zdravotnické povolání.

- ⊙ Patří z hlediska odborné přípravy i profesionálního výkonu mezi náročná povolání.

- ⊙ Očekává se, že zdravotník zvládne nejen svou vysoce odbornou činnost, práci se složitou technikou, unese fyzické nároky své práce a dokáže ovlivnit a vést správným směrem chování a prožívání pacientů.
- ⊙ Je schopen zvládat i náročnou administrativu.
- ⊙ Je schopen zvládnout rodinné a životní problémy tak, aby neovlivnily jeho odborný výkon.
- ⊙ Jeho profil je utvářen i vývoje společnosti. Lékaři jsou hodnoceni vždy vysoce, mají vysokou prestiž. Povolání sestry je v současnosti podhodnoceno.

Osobnost zdravotníka.

Je určována:

- ⊙ Schopností tvůrčího přístupu v řešení svěřených úkolů
- ⊙ Vnímání a realizací nových podnětů
- ⊙ Dostatečnou kritičností a sebekritičností
- ⊙ Určitou mírou empatie
- ⊙ Porozumění problémům nemocných
- ⊙ Klidné, ale sebevědomé vystupování, pohotové reakce, rozvážnost.
- ⊙ Důležitá je trpělivost, umění se ovládat a odpoutání se od svých potřeb a zájmů.
- ⊙ Smysl pro humor - smát se s nemocným ne nemocnému.
- ⊙ Hodnotová orientace zaměřená na nadosobní hodnoty.
- ⊙ Smysl pro povinnost a odpovědnost
- ⊙ Humánní vztah k nemocným.

Vztah mezi zdravotníkem a nemocným.

- ⊙ Zapojením vhodných osobnostních vlastností se mění psychologické poznatky v umění jednat s nemocným.
- ⊙ Ve zdravotníkově jednání by měly být uplatněny vedle běžného lidského kontaktu i zřetele profesionálně terapeutické.
- ⊙ Kontakt zdravotníka s pacientem je ovlivněn nejen osobností obou, ale zejména zvláštní, krizovou situací, ve které se pacient na zdravotníka obrací.
- ⊙ Vztahy zdravotníka a pacienta jsou ovlivněny kvalitou vzájemného kontaktu.

Jak se navzájem vnímají.

- ⊙ Lékař je vnímán jako expert, odborník, který je schopen problém diagnostikovat a léčit. Předpokládá se taktní, ohleduplné jednání a psychická podpora.
- ⊙ Sestra je vnímána jako součást týmu a zároveň samostatně. Musí v nemocném budit důvěru ve své odborné schopnosti a zároveň být taktní, trpělivá. Je pacientu blízká, a proto se setkává s jeho zvláštnostmi, náladami, depresemi a starostmi.
- ⊙ Léčebná péče by měla tvořit jednotný celek všech členů týmu.

Vztah sestry a nemocného.

- ⊙ Povolání sestry je jak odborně, tak profesionálně velmi náročné.
- ⊙ Předmětem její péče je člověk.
- ⊙ Od sestry se očekává, že vedle řady odborných činností ovlivňuje prožívání a jednání nemocných.
- ⊙ Očekává se, že unese fyzické nároky profese a dokáže se vyrovnat s problémy, které její profese denně přináší.
- ⊙ V současnosti jsou sestry mnohem soběstačnější, a proto se musí naučit přejímat odpovědnost za svá rozhodnutí a zaměřit se i na etickou stránku své práce.

Základní povinnosti sestry ve vztahu k nemocnému.

- ⊙ 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, kdy zdravotní péče a bezpečí jsou narušeny neoprávněnými, protiletickými a protiprávními zákroky jakékoliv osoby.
- ⊙ Hájit pacientovo právo na soukromí tím, že moudře a uvážlivě chrání veškeré informace důvěrné povahy.

Nemocný vnímá sestru jako:

- ⊙ Sestra s pacientem stráví mnohem více času, než lékař, je jeho oporou a dává mu pochopení.
- ⊙ Člověka poskytujícího oporu a porozumění
- ⊙ Prostředníka mezi lékařem a nemocným
- ⊙ Subjekt snižující napětí mezi lékařem a nemocným
- ⊙ Člena zdravotního týmu, který upevňuje důvěru nemocného c léčebný proces.
- ⊙ Uklidňující prvek , pečující o emocionální stav nemocného.

Podmínky úspěchu v profesi sestry.

Tři důležité principy:

1. Kolektivní orientace (sociocentrismus)- při své práci vychází z potřeb pacienta, kterým dává přednost před svými potřebami, orientuje se na druhé.
2. Univerzalismus - ke všem pacientům se chová stejně.
3. Emocionální neutralita - své emoce podřizuje rozumové kontrole, jde o výkon profese bez vnitřních a vnějších konfliktů.

Posílení vztahu zdravotníka a pacienta napomáhá:

- ⊙ Znalost práv pacienta a jejich respektování a dodržování.
- ⊙ Korekce chování tak, aby se projevilo jako kladné působení na pacienta.
- ⊙ Ovládnutí negativních emocí v jednání.
- ⊙ Povýšení potřeb pacienta nad své vlastní.
- ⊙ Faktory ovlivňující profesní chování sestry-
- ⊙ Kladné vlastnosti osobnosti
- ⊙ Celoživotní vzdělávání umožňující profesní přípravu pro výkon povolání
- ⊙ Etický kodex sestry
- ⊙ Prestiž povolání určuje náhled společnosti na její práci
- ⊙ Požadavky pracoviště
- ⊙ Práva pacientů

OSOBNOST SESTRY.

Existuje několik typologií sester. Tato je nejstarší:

1. Rutinní typ -přesná, konkrétní, věcná, někdy až příliš.
2. Herecký typ - chce udělat dojem, předvádí se
3. Nervózní sestra - nejistá, neklidná, podrážděná
4. Mužský, robustní typ - energická, rozhodná, dobrá organizátorka, racionální, inteligentní
5. Mateřský typ - milá, přátelská, chápající
6. Specialistka - odborně zaměřena jedním směrem, přehlížející, hodně sebevědomá

Typologie 2

- ⊙ Podle temperamentových typů, které určil již Hypokratés:
- ⊙ Sangvinická - hlavní šťáva krev

- ⊙ Cholerická - žluč
- ⊙ Melancholická - černá žluč
- ⊙ Flegmatická - hlen

Typologie 3

- ⊙ Náladová - chování situační. Nepředvídatelné.
- ⊙ Psychastenická - nemají rády změny, špatně se přizpůsobují, s pacienty mají trpělivost.
- ⊙ Schizotymní - vystupují jako odbornice, ale nemají pochopení pro pacientovo prožívání. Pracují podle vlastního systému.
- ⊙ Citově chladná - je často specialistkou, nenachází uspokojení v práci u lůžka. Preferuje práci s přístroji.
- ⊙ Podezřivá - vztahovačná, ukřivděná, konfliktní.
- ⊙ Přecitlivělá - velmi zranitelná, málo empatická.
- ⊙ Histrionská - umí strhnout a nadchnout, manipuluje, je ráda důležitá.
- ⊙ Popudlivá - zlostná, výbušná, neovládá se, problém.
- ⊙ Vztah lékaře a nemocného.
- ⊙ Bývá většinou ambivalentní - důvěra vs. pochybnosti.
- ⊙ Důvěra je dána péčí lékaře o pacienta.
- ⊙ Pochybnosti vyvolává to, že pacient není zasvěcen do všech podrobností diagnosticko-terapeutického procesu, myšlenek lékaře.

Na vytváření vztahu pacient-lékař se podílí např.:

- aktuální psychický stav nemocného
- první dojem
- dodržování společenských pravidel chování
- umožnění psychické ventilace stesků a potíží
- získání důvěry nemocného pochopením jeho
- stavu, potřeb a odbornou pomocí
- Tolerantní přístup, který může upravit chování nemocného a jeho vztah k nemoci

NEMOCNÝ VNÍMÁ LÉKAŘE JAKO:

- ⊙ Zdroj bezpečí, ale i hrozby, tzn., že ho vnímá jako odborníka, který řeší jeho problém, ale jehož rozhodnutí a postupy nemusí být pro něj populární.
- ⊙ Člověka, ke kterému má důvěru, protože ví, že mu chce pomoci, ale i určitou dávku nedůvěry - bojí se, že lékař neříká vše otevřeně.
- ⊙ Autoritu, kterou poslouchá a respektuje, mnohdy s ohledem na svůj zdravotní stav, ve víře brzkého uzdravení.
- ⊙ Autoritu, proto 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.

OSOBNOST LÉKAŘE.

Je to odborník a člověk od kterého pacient očekává pomoc.

Typy osobnosti lékaře:

1. Učitel - výchova pacienta, radí, instruuje.
2. Mentor - starší přítel- radí, doporučuje, vede, poskytuje sociální oporu.
3. Tutor - trenér - přikazuje, kontroluje, kritizuje.

4. Monitor - poradce - upozorňuje na možné chyby, nedostatky a odchylky, radí, povzbuzuje.
- Pozoruje škálu postojů od bagatelizace k přehnané starostlivosti.
 - Čím je lékař starostlivější, tím více pacienti disimulují, čím je dominantnější, tím více simulují.

Lékař.

- Je to expert, kterého vyhledávají.
- Je vychován k uznávání především somatických projevů.
- Má odbornou terminologii, ve které se vyjadřuje.
- Způsob jednání lékařů je významně ovlivněn způsobem jeho učitele.
- V interakci s pacientem má jistou míru sebevědomí, proto je těžké přiznat omyl.
- Lékař je vychován k neustálému ověřování a kontrole svých závěrů. Jeho osobnost je typická vysokou mírou sebekritičnosti a tím i úzkostí.
- Bývají výrazně stresováni neúspěchem nebo neefektivním postupem.
- Zaměření na somatické příznaky omezuje komplexní pojetí nemoci - vede k rezignaci na podpůrnou psychoterapii nebo používá „zdravý selský rozum“.
- Pracovní společenství lékař - pacient.
- Všechny strany interakce mají zájem na pozitivním průběhu a výsledku diagnosticko-terapeutického procesu.
- Pacient i jeho blízcí s lékařem aktivně spolupracují, dodržují pokyny, doporučení a dohody.
- Pacient a jeho blízcí jsou sdílní a pravdomluvní.

Ordinace praktického lékaře pro dospělé

- Ordinační hodiny rozčleníme na hodiny vyhrazené akutním stavům a kontrolám.
- Při příchodu pacienta do ordinace dodržujeme pravidla společenského chování kombinované vstřícností a zájmem o pacienta.
- Na straně pacienta se mohou projevit jeho osobní vlastnosti v exponované poloze.
- Lékař musí pacientu pomoci, aby překonal zábrany. Vyhýbá se chybám při hodnocení pacienta během prvního kontaktu. Nevytváříme implicitní teorie osobnosti.
- Po sdělení problému sejmeme anamnézu (1. kontakt)
- Vyšetření - informujeme co a jak budeme vyšetřovat, respektujeme zásadu úcty a respektu.
- Po skončení vyšetření informujeme o našich závěrech, event. sdělíme diagnózu a způsob léčení.
- Předáme recepty a informační materiály k pročtení doma. Nabídneme další kontakt.
- Rozloučení - zdvořilostní záležitost, nezapomenout podat ruku.

Ordinace praktického lékaře pro děti a dorost.

- Do ordinace jde s dítětem zpravidla aspoň matka, někdy oba rodiče.
- Sdělení potíží může znamenat emočně mnohem vypjatější situaci než u dospělých.
- Anamnéza může být problém, jestliže není přítomna matka dítěte.
- Vlastní vyšetření - doprovázeno často křikem a obranou, zejména malých dětí.
- Informace o zdravotním stavu sdělujeme ihned. Pokud je nutné sdělujeme další postup.
- Rozloučení doprovází předání obrázku dítěti k uklidnění a pozitivní motivaci a zprávy rodičům.

Ordinace psychiatra.

- Je obestřen různými předsudky a obavami.
- Pacienta ujistíme, že cokoli sdělí, je důvěrné a nikdo se to nedoví, pokud nedovolí. Uvedeme pouze výjimky..
- Ordinace tvoří uzavřený prostor, zvukově izolovaný proti čekárně. Pacient je zde sám.
- Akceptujeme pacientovy obtíže, ať jsou bizarní a iracionální.
- Vyhýbáme se moralizování, jednoduchým receptům a radám „zdravého rozumu“.
- Respektujeme pacientovo postižení i jeho rozsah.
- Mluvíme srozumitelně a používáme slova, kterým pacient rozumí.
- Během rozhovoru se snažíme o příjemnou, klidnou a bezpečnou atmosféru příznivou sdělování důvěrných informací.
- Dodržujeme pravidla společenského chování, ať se pacient chová jakkoliv.

PROFESIONÁLNÍ DEFORMACE.

- ⊙ Iatrogenie je označením diagnostického, terapeutického a preventivního zákroku lékaře, který má za následek poškození pacienta různého druhu.
- ⊙ U sester můžeme použít termín sorrrogenie.
- ⊙ Existují 3 typy následků:
 1. Somatická iatropatogenie – poškození léky, léčbou, špatně provedeným zákrokem nebo nesprávným postupem.
 2. Psychická – poškození nesprávním nebo nevhodným sdělením, informací o chorobě, která je nepodložená a neověřená.
 3. Sociální – přenesení rozhodovací povinnosti na zdravotníka, aniž by se nemocný snažil cokoli změnit nebo zabezpečit pro zlepšení svého zdravotního stavu
- ⊙ Příčiny vzniku iatropatogenie.
- ⊙ Situační vlivy - nesprávně prováděná zdravotnická osvěta:
 - Etiologická - přeceňování vlivu dědičnosti.
 - Diagnostická - vyslovení unáhlené diagnózy bez ověření
 - Laboratorní - nevhodné vysvětlení získaných výsledků.
 - Prognostická - příliš pesimistická prognóza.
 - Terapeutická - hanlivé výroky o předchozí léčbě.
 - Administrativní - vychází z podrobné zdravotnické dokumentace, kterou má pacient k dispozici.
 - Pedagogická - nevhodný výrok zdravotníka-
- Osobnost zdravotníka - nadměrná sebedůvěra a dominance, silnější profesionální deformace.
- Osobnost nemocného - zejména přecitlivělost, hypochondrie, manipulativnost, agrese, narcismus a další zvýrazněné rysy osobnosti.
- ⊙ Příčiny u sester.
 - ⊙ Dlouhodobý negativní návyk, na který ji nikdo neupozornil.
 - ⊙ Na základě vlastních problémů se zvětšuje odstup od nemocných.
 - ⊙ Omezení kontaktů s nemocnými a neřešením jejich problémů.
 - ⊙ Emocionální opotřebením únavou z profese nebo životními problémy.
 - ⊙ Stereotyp každodenně se opakujících činností.
 - ⊙ Neuspokojení s vykonávanou prací.
 - ⊙ Zjednodušený pohled na utrpení a zdravotní potíže pacienta.
 - ⊙ Nevhodná motivace k práci.
 - ⊙ Nižší rozumová úroveň a profesionální odbornost.
 - ⊙ Pracovní přetížení.
 - ⊙ Nevhodné profesní vzory.

V.7. RŮZNÉ TYPY PACIENTŮ.

Hospitalizovaný pacient.

Do nemocnice přichází 98% pacientů na doporučení praktického nebo odborného lékaře. Do nemocnice nastupuje pacient většinou nedobrovolně a s obavami, že jeho nemoc je těžká a možná i nevléčitelná. Pobyt v nemocnici je pro člověka poměrně nový zážitek. Jde však přece jen o omezení určitého druhu, které má vliv na pacientovu psychiku, Jak se mění jeho podmínky ukazuje následující tabulka (8, 50)

Ve stavu zdraví.	V době nemoci.
-------------------------	-----------------------

Aktivita: Zdravý člověk je hlavním aktérem ve svém životě.	Pasivita: Pacient je předmětem péče celé škály nemocničního personálu od lékaře po uklízečku. To jsou hlavními aktéry v jeho životě.
Relativní nezávislost: Zdravý člověk si může do určité míry dělat, co ho napadne, není na druhých závislý.	Závislost na druhých lidech: Pacient si nemůže dělat, co chce, musí dodržovat režim a příkazy zdravotníků.
Životní rytmus: Zdravý člověk si svůj životní rytmus plánuje sám. Má ho zažitý a zvládá ho poměrně dobře.	Životní rytmus: Pacient je v nezvyklé situaci, režim nemocnice nemá zažitý, zdá se mu nepřírozený.
Sebedůvěra: Podává poměrně dobrý výkon v činnostech, které dobře ovládá, pro které má předpoklady. To mu dodává značnou sebedůvěru a kladné sebehodnocení.	Sebedůvěra: Pacient musí dělat činnosti, jež neumí a neovládá a jsou mu i protivné. To snižuje jeho sebedůvěru a sebehodnocení – devalvace.
Sociální interakce: Pohybuje se mezi známými lidmi a v sociální síti své rodiny, přátel a spolupracovníků, které dobře zná a cítí se s nimi dobře.	Sociální interakce: Je v relativní sociální izolaci, stýká se s poměrně neznámými lidmi, Kontakt se známými je omezen.
Životní prostředí: Pohybuje se v dobře známém prostředí domova, pracoviště, bydliště, společnosti apod.	Životní prostředí: Je uzavřen v poměrně neznámém nemocničním prostředí, kde je vše cizí a nové.
Zájmy: Má poměrně stabilizovaný okruh zájmů vzniklých během života . práce, společnost, koníčky.	Zájmy: Okruh zájmů je značně omezen a může se dále omezovat nebo některé zájmy musí, s ohledem na svůj stav, opustit.
Zvládání problémů: Zvládá běžné životní problémy vcelku dobře. Ví o čem jde a jak na to reagovat co se očekává.	Zvládání problémů: Pacient své situaci moc nerozumí, ztrácí nad ní vládu a neví si s ní často rady.
Emoce: Převládají převážně pozitivní emoce a situace ,radost ze smysluplného života, zaručené životní jistoty a naděje.	Emoce: Celý soubor negativních pocitů – úzkost, beznaděj, nejistota, bolest apod.
Časový prostor: je zde kontinuita minulosti, současnosti a budoucnosti. Jasně perspektivy	Časový prostor: Žije převážně přítomností, budoucnost je nejistá, kontakt s minulostí je přerušen.

Kvalita života pacienta je dána některými podmínkami (14, 200)

- Stav psychické a fyzické pohody - opakem je bolest nevolnost deprese, strach.
- Úroveň sebeobsluhy – nemocný se sám nají, zajistí si hygienické potřeby – opakem je naprostá závislost na obsluze, péči druhých.
- Pohyblivost pacienta – kvalitní lokomoce, vycházky apod., opakem je imobilnost nebo závislost na pomoc druhých (invalidní vozík).
- Pacient je sociálně zapojen. Má řadu návštěv, pacienti ho mají rádi, je nekonfliktní, opakem je osamělý, izolovaný a nepřijemný člověk.
- Pacient se spolupodílí na dalším osudu hledáním informací, instrukcí a spoluprací, opakem se pasivní, rezignující pacient.
- Pacient prožívá a hodnotí svůj život realisticky a beze jej jako nutný, opakem je žadonící, bolestínský a slabostí vydírající člověk.

Psychologické pojetí kvality života obsahuje hledisko subjektivity a individuality člověk. Předpokládá , že jeho očekávání jsou ve shodě s realitou, má pozitivní citovou odezvu z okolí, je kompetentní, autonomní a autentický a sociálně zralý. **Kvalita života je velmi**

důležitou podmínkou úspěšné léčby a spolupráce lékaře a pacienta. Přímo ovlivňuje zápas s nemocí, zvyšuje obranyschopnost organismu a zabraňuje vzniku psychických traumat.

Chronicky nemocný pacient:

V současné době pozorujeme značný nárůst počtu chronicky nemocných dětí a dospívajících, a to v míře před tím nikdy nezmiňované. Prognózy 80. a 90. let 20. století upozorňovaly, že k takovému nárůstu dojde. Nikdo si však nedokázal představit skutečnost. Především zůstali nepřipraveni rodiče a děti samotné.

Chronická nemoc znamená, že je léčitelná, ale nikoliv vyléčitelná. na tomto faktu pak leží celá složitá problematika chronicky nemocných pacientů kteréhokoliv věku. Bio-psycho-sociální model osobnosti nám připomíná, že nelze oddělit somatickou, psychickou a společenskou složku života lidí, ale že tyto tři složky vzájemně působí, ovlivňují se. Člověk však není jen pasivním účastníkem, ale sám do tohoto procesu zasahuje v souladu s kulturními vlivy a historickou pamětí.

Nemoc nebo postižení nepostihuje jen určitý orgán či orgánový systém, ale osobnost jako celek. Proto musíme při léčbě léčit člověka, nikoliv jeho orgán. Tato teze se sice v odborné literatuře omílá již hodně dlouho, ale realita je zcela jiná. **Dostává pacienty do stresu, se kterým se musí vyrovnat.**

Psychický stav a vývoj nemocných neprobíhá podle zcela jiných zákonitostí než vývoj člověka zdravého. Můžeme v jejich reakcích a projevech nalézt některé odchylky, které se v běžné populaci nevyskytují nebo ne v takové míře. Každé narušení normálního tělesného stavu znamená víceméně zvláštní životní situaci, která činí životní a vývojové podmínky složitějšími a náročnějšími.

Pacient má celou řadu obtíží, které ho provází prakticky denně. Proto musí na svou nemoc **neustále myslet**, a to jak v souvislosti s přítomností, tak i budoucností. Vnucují se zejména myšlenky na nutné změny, ke kterým v budoucnosti vlivem nemoci dojde. Pokud se týkají jeho života a zasáhnou i jeho blízké, mohou vyvolávat úzkosti.

Chronická nemoc zasahuje podstatným **způsobem sebepojetí pacienta**. Jde o to, jak se sám vidí, hodnotí a chápe. Je nyní někým jiným, ale neví v čem. Přestává se cítit hodnotným a účtyhodným člověkem. Může se začít odcizovat svému minulému sociálnímu prostředí a dostávat se do izolace.

Nastává nutnost přehodnotit dosavadní život, strategicky jej přebudovat, naučit se žít s nemocí. Pacienti mohou zvolit **strategii popření nemoci** – nevěšmají si jí, předstírají, že se vlastně nic neděje, neberou ji v úvahu. Je častá u pacientů s těžkou a chronickou bolestí. Můžeme se setkat se **zkratovým chováním** - únik k přejídání se, alkoholu a drogám. Strategie **hledání pozitivních stránek aktuální situace** je jednou s výhodných způsobů zvládnutí chronické nemoci.

Chronický nemoc neovlivňuje jen samotného pacienta, ale i jeho nejbližší okolí. Ovlivní manželství, ale i rodičovství. Křivohlavý (8,133) uvádí některé průzkumy dynamiky změn v manželství: Zjistilo se, že dochází k proměnám rolí mezi manželi. Submisivní partner se vlivem chronické nemoci dominantního partnera může stát „více dominantním“, jeho role se změní. Manželé často vypovídají, že se jejich vztah upevnil. Tento vnější projev však neodpovídá realitě. Spokojenost manželství se většinou nezmění.

Rodiny, ve kterých onemocní jeden z rodičů chronickou nemocí se změní co do své atmosféry. Děti v rodinách často pociťují iracionální pocity viny za nemoc rodiče. Na druhé straně mohou mít k nemocnému menší respekt a jeho autorita může upadat.

Chronicky nemocné děti se velmi často přimykají k matkám (astmatici) a jejich proces osamostatňování a dospívání může chronická nemoc značně zkomplikovat. Je velký

rozdíl, je-li nemocný předškolák a dospívající jedinec. V dospívání se setkáváme se značným podílem krizí. Typ se projevují nedodržením režimu léčby, diet, užívání léků. Souvisí to s přechodem autority na vrstevnickou skupiny a tendenci „neliší se“, která je během pubescence značně výrazná.

Problémový pacient.

Problémový pacient je takový, který nedodrhuje pravidla léčby. K nejčastějším typům problémových pacientů patří agresivní, úzkostní, depresivní a narcističtí pacienti. (2,61)

Agresivní pacient je považován za nejobtížněji zvladatelného. Agrese může vycházet jak z osobnosti pacienta samotného – je agresivní svou povahou. Může však být výrazem jedné z fází vyrovnávání se s nemocí – deprese, hněv, agrese (10,13) Agrese se projevuje napadáním, výtkami, kritikou, chladným odstupem, neochotou a může vyústit až v brachiální násilí. Škála projevů je tedy velmi pestrá.

Zvládat agresivního pacienta vyžaduje značnou dávku trpělivosti a obratnosti. Nelze použít reflexní reakce – postupovat stejně agresivně. V této situaci bychom je „přilévali oleje do ohně), ale nemůžeme také uniknout, protože bychom jednání s agresivním pacientem pouze odložili. **Musíme mu tedy čelit podle následujících zásad:**

- Nereagovat okamžitě, vyčkat. Agresor je překvapen naší ne-reakcí, protože je zvyklý na impulzivní reakce svého okolí. Agresor nemá proti čemu bojovat.
- Zvažme, proč je pacient agresivní. Co je jeho motivem. Není jeho stížnost oprávněná? Je v depresi vlivem zhoršení zdravotního stavu jeho či jeho blízkého? Podle motivů pak jednejme.
- Pokud jde o oprávnění stížnost neváhejme a omluvme se, i když viníkem je kolega nebo jiný spolupracovník.
- Pokud vychází agrese z pocitů strachu a úzkosti, uklidněme jej osvětlením situace a ukažme mu východiska.
- Pokud je to výsledek utrpení (nesnesitelné bolesti, nevolnosti apod., buďme empatičtí, ukažme, že je jeho reakce pochopitelná a srozumitelná, snažme se v pacientovi vzbudit odhodlání k boji s potížemi a tím kanalizujeme agresi vhodným směrem.
- V případě agresivního psychicky nemocného nebo v případě napadení lékaře např. opilým pacientem nebo rodičem volejme policii nebo vnitřní ochranku nemocnice.

Úzkostný pacient se projevuje prohloubením svých obtíží.. Úzkost je velmi obtížný stav, který doprovází nejen pocit neurčité psychické nepohody a tísně (úzkost nemá předmět, nevíme z čeho jsme úzkostní), který doprovází i nepříjemné somatické pocity jako nespavost, bušení srdce, GIT problémy (zvracení, průjmy), závratě, třesy, pocity ochrnutí aj. Pacient může vyvolávat dojem konverzní reaktivity a „dětinských“ projevů. V této situaci **postupujeme následovně:**

- Jsme vlídní, ale pevní a důslední. Podporujeme dospělou složku pacientovy osobnosti.
- Udržujeme oční kontakt, mluvíme klidně a rozhodně, šetříme gesty. Pacienta posadíme, abychom s ním byli na stejné úrovni.
- Objasňujeme, vysvětlujeme, používáme názorné pomůcky – obrázky, DVD, grafy. Vysvětlujeme s důrazem na budoucí a mluvíme pravdivě i o bolestivých zákrocích.
- Nepoužíváme laické fráze typu „Ale klid, nic se neděje“ nebo „Uklidněte se, nejsme děti“. Naopak zrcadlíme pocity pacienta, necháme ho vyjádřit volně jeho úzkost a tím snížíme napětí.

- V případě, že se pacient chová skutečně infantilně, přebíráme zodpovědnost a chováme se jako laskaví, ale důslední rodiče.

Depresivní pacient je skleslý, smutný, nekomunikuje, mluví tiše, s dlouhou latencí, odklání zrak směrem k podlaze. Vyzařuje z něj bezmoc a beznaděj. V okolí může vyvolávat dojem, že „to dělá naschvál a kdyby trochu chtěl, tak by to překonal“. To však u deprese nelze. Deprese vyžaduje taktní a okamžitou pomoc, protože se může snadno prohloubit a vést k suicidálnímu jednání. Jak tedy pomoci?

- Ponechat ve stavu a pozorovat, zda se deprese neprohlubuje.
- Nabídnout psychiatrickou nebo psychologickou péči.
- Sebevražedné myšlenky nebagatelizovat, naopak o nich s pacientem otevřeně hovořit
- Pacienta neponechat bez dohledu.

Narcistický pacient je člověk, který se shlíží sám v sobě. Jde o extrémního egoistu, který touží být potvrzován ve své nadřazenosti. Může se projevovat jak otevřenou „hvězdnou manýrou“ tak „pseudoskromností“. Mezi takovými lidmi nalézáme neustále stěžovatele, „sekýrmajstry“ a kverulanty. S těmito lidmi musíme:

- Uzavřít jasnou dohodu o pravidlech, postupech a očekávaných výsledcích.
- Akceptovat jeho sebeobdiv a využít jej pro další spolupráci při léčbě.

Sociální postavení nemocného. V této oblasti se vyskytuje problém zvaní **VIP** (very important person). Jsou značně náročnými pacienty, protože buď sami, nebo jejich okolí pro ně vyžaduje zvláštní režim a určité výhody. Weintraub (in Bouchal, Konečný, 1971) uvádí následující doporučení k jednání s takovými pacienty:

- *Nemocnému musí být věnována úcta i respekt. Je výhodné udělat mu některé ústupky předem (vycházky, samostatný pokoj, telefon).*
- *Vedoucí pracoviště má navázat kontakt s osobami, které intervenují ve věci VIP a zůstat s nimi v přímém kontaktu. Tak umožní personálu klid k práci. Zájem nemocnice o nemocného, názory příbuzných a přátel sniží jejich pocity viny a úzkosti, jež je činí povolnými k přehnaným požadavkům nemocného.*
- *Při přípravě k přijetí nemocného je vhodné připravit personál i ostatní pacienty, s nimiž přijde VIP do styku. Výjimky, které se pacientu dostanou lze zdůvodnit potřebami zdravotního stavu pacienta a léčby. Tím se předejde nechuti vyjít nemocnému vstříc hlavně u sester nebo pomocného personálu.*
- *Vedoucí pracoviště informuje spontánně své nadřízené o stavu nemocného a má vždy k dispozici čerstvé a přesné údaje.*

Ošetřovaná VIP sice přináší řadu problémů, ale i nesporných výhod, poněvadž spokojenost s ošetřením se může stát zdrojem např. finanční podpory nemocnice nebo jiných příspěvků k jejímu vybavení.

Zvláštním problémem je **lékař resp. zdravotník jako pacient**. Typické je podceňování, zejména banálních chorob. Zdravníci běžně přecházejí chřipky, angíny, polykají antibiotika během práce, a pod. Odbývají též kontroly vlastního zdravotního stavu - nenechávají si dělat náhodná vyšetření, konzultují spíše na chodbě či během oběda, zkrátka chovají se ke svému zdraví macešsky a v rozporu a radami, které dávají svým pacientům. Problém tkví rovněž ve znalostech diagnostiky a léčby.

PSYCHOLOGIE POSKYTOVÁNÍ SLUŽEB V OBCHODNÍM PROSTŘEDÍ.

PSYCHOLOGIE TRHU A OBCHODNÍ ČINNOSTI.

Psychologie se v obchodní činnosti využívá odedávna, i když nikoliv jako vědecká metoda, ale spíše jako praktická dovednost. Dobrý obchodník vždy musel odhadnout svého „protivníka“, tj. konkurenta, zákazníka, a na základě dobrého odhadu pak vést jednání tak, aby jeho výsledek byl uspokojivý pro něj osobně a neodradil partnera v jednání. Nejlepší obchodníci nebyli jen vynikajícími znalci zboží a způsobů realizace obchodu, ale i lidí, byli vynikajícími praktickými psychology.

Vědecky se začala obchodní činnost zkoumat poměrně nedávno. Jako první se řešily otázky propagace zboží. Postupně pak psychologie pronikla i do dalších oblastí obchodní činnosti a začala svými poznatky ovlivňovat jejich efektivnost. Lze říci, že **psychologie trhu** je aplikovaná psychologická disciplína zaměřená na studium psychických jevů a sociálních souvislostí, spojených s trhem a tržními elementy a s jejich vzájemným vztahy. V rámci psychologie trhu a obchodní činnosti lze vyčlenit následující okruhy problémů:

- *výzkum kupní motivace a spotřebního chování,*
- *psychologie tržní propagace,*
- *psychologické aspekty poptávky,*
- *psychologické aspekty nabídky,*
- *psychologické aspekty prodejní činnosti a obchodního jednání,*
- *psychologie zboží a jeho image.*

V současné době si nelze obchodní činnost bez využívání psychologických poznatků představit, neboť konkurence jednotlivých druhů výrobků je obrovská, výrobky jedné kategorie (televizory) se sobě natolik podobají, že jejich odlišení v reklamě vyžaduje znalosti z oblasti percepce, paměti a jednání lidí. Každá větší obchodní firma má tým odborníků - psychologů, kteří pomáhají při výzkumech trhu, účinnosti reklamy a dalších okruzích problémů. Z uvedených výzkumů pak odvozují prognózy zájmu spotřebitelů o určitý typ zboží. Ve hře jsou celé skupiny podmínek, které je nutno brát v úvahu, jako bydliště, věk, pohlaví, struktura povolání, vzdělanostní úroveň a další charakteristiky. Odpovědné zvážení vlivu jednotlivých faktorů i jejich kombinací pak přináší efekt v podobě větších zisků.

TRH A SPOTŘEBNÍ CHOVÁNÍ.

Psychologie trhu je aplikovaná psychologická disciplína, která je často charakterizována jako prací zrozená a potřeby ekonomické reality odrážející věda. Její předmět vychází ze stěžejní ekonomické kategorie - **trh**. Trh představuje tu oblast ekonomiky, ve které dochází ke směně zboží, tj. k výměně výsledků činností mezi jednotlivými ekonomickými subjekty.

Z hlediska **územního** rozlišujeme trh regionální, národní a světový, z hlediska **věcného** trh práce, půdy, peněz a zboží, z hlediska **druhů zboží** trh *celkový* (veškeré zboží) a *trhy dílčí* (suroviny, potraviny, automobily). Vedle struktury trhu, existuje také jeho **dynamika**, která je dána proměnlivostí nabídky a poptávky. Trh je tedy vždy nějak lokalizován, má své zboží nebo jiná předmětová specifika a vyvíjí se mezi poměrnou stabilitou a častou proměnlivostí. Do ekonomických charakteristik pak vstupují skuteční realizátoři tržních vztahů, tj. subjekty i skupiny lidí. Zjednodušeně lze říci, že **směna zboží a služeb na trhu probíhá v kontaktu prodejce a spotřebitele a za zvláštních objektivních a subjektivních podmínek**. To je psychologická a sociální stránka trhu, stránka, která dodává ryze ekonomickým vztahům další rozměr, tj. potřeby, motivy, zájmy, styl života lidí. Zboží pak musí mít hodnotu nejen užitnou, ale i estetickou a sociální.

Psychologické problémy trhu tvoří čtyři součásti: **zboží, spotřebitel, prodejce a výrobce** a jejich vzájemné vztahy. Proměnlivost situace na trhu je dána rovněž koupěschopností

zákazníků a souvisí s ekonomickým rozkvětem, nebo krizí. Životní standard je dán rozdělením společnosti na skupiny a vrstvy s různou úrovní majetku a životních potřeb. Jedná se o typickou představu, jak má člověk žít, je-li členem určité skupiny: úspěšný podnikatel, lékař, vzorná matka, tulák.

Dosavadní společenský vývoj a změny ve vědomí lidí vedou k velkému členění trhu na trhy dílčí, jako např. trh pro mladé, sportovce, ženy, seniory... Podle toho se řídí tvarové a barevné řešení určitých výrobků. Změny na trhu ovlivňují také krátkodobější vlivy, např. móda.

Zboží má funkci při uspokojování složitých a souběžných specifických potřeb. Zboží neznámá pro spotřebitele pouze užitnou hodnotu, ale při jeho koupi rozhodují i formy služeb, které může poskytnout (reprezentace), jednotlivosti na vzhledu výrobku, jeho dostupnost, původnost. Zboží odráží společenský standard spotřebitele, je tedy společenským symbolem, který reprezentuje převažující hodnotový systém společnosti. Proto se do prodejnosti zboží promítá také jeho **image**, což se soubor představ spotřebitele o domnělé hodnotě, užitečnosti a účelnosti zboží. Tyto faktory jsou natolik důležité, že často způsobí zastarání zboží, které je ještě funkční.

Spotřebitelovo chování ovlivňují tři skupiny činitelů:

1. *Individuální činitelé*: věk, pohlaví, tělesné a duševní vlastnosti, vzdělání a výchova, příjem a majetnost, povolání, bydliště, rodinný stav.
2. *Mikrosociální činitelé*: rodina, skupiny přátel, spoluobčané.
3. *Makrosociální činitelé*: všeobecný životní standard, skupinové potřeby, zvyky na daném území, ovlivňování potřeb různými firmami.

Chování spotřebitelů ovlivňuje řada faktorů, z nichž nejdůležitější je individuální ekonomické okolí. Sem patří osobní peněžní prostředky, zdroje příjmů, ekonomické zázemí rodiny, nabídka trhu. To vše je zdrojem vzniku individuálního ekonomického pole, které vyjadřuje hodnocení vlastní ekonomické situace jednotlivce v rámci celkové ekonomiky. Ta je ovlivňována nejen jeho sebehodnocením, ale i kulturním a sociálním zázemím jednotlivce.

Spotřebitel se chová při nákupu podle následujících **typů spotřebního chování**:

a) *Návykové chování* se týká určitých předmětů (pravidelné nákupy základních potravin).

Toto nakupování se děje bez dlouhých úvah, jakoby automaticky, není třeba se příliš rozhodovat, přemýšlet.

b) *Návykové chování týkající se určité částky* se projevuje v okamžiku, kdy jedinec koupí zboží, službu, která nepatří do obvyklé skladby jeho nákupů a potřeb, ale výše ceny zboží odpovídá jeho osobnímu odhadu - má pocit, že za své peníze obdržel odpovídající hodnotu ve zboží nebo službách.

c) *Pravé rozhodování* nastane v okamžiku, kdy si člověk uvědomí více možností (více druhů jednoho zboží, služeb) a zvažuje, které z nich jsou pro něj nevhodnější a nejvýhodnější. Vědomě pak zvolí jedno z nich.

d) *Iracionální chování* nastává, když člověk koupí zboží naprosto náhodně, bez viditelné potřeby, bez ohledu na cenu (zboží z reklamní kampaně, od podomního obchodníka, jako náplast na špatnou náladu apod.)

Na úspěšnosti nákupu se často podílejí zkušenosti spotřebitele, ale ty někdy ze svého jednání záměrně vynechá.

Spotřební chování je podněcováno motivy, tj. popudy, které vycházejí z potřeb, zájmů, zvyků, nálad, zaměření, postojů. Aby se člověk choval určitým způsobem, je vždy nějak motivován.

Motivy mohou vycházet z oblasti základních biologických potřeb, ale i z potřeb duševních.

V případě potřeby však potřeby mohou být omezovány finančními zdroji spotřebitele.

Motivaci k nákupům zvyšuje propagace výrobků, ale spotřebitel může být motivován i jinak.

V takovém případě vystupuje do popředí role potřeb. Z hlediska spotřebního chování můžeme uvést **čtyři typy potřeb spotřebitele**:

1. *Životně nezbytné* jsou potřeby, jejichž uspokojení souvisí se základními životními funkcemi. Patří sem spotřeba základních potravin, nezbytný oděv, bydlení, vybavení bytu, základní prostředky kulturního a sportovního vyžití. I v této oblasti se snaží obchod prostřednictvím propagace zvyšovat obrát, např. novými druhy pečiva, másla, hotových výrobků... I v této oblasti existují určité módní vlny (v současnosti rostlinné tuky, sójové maso). Také různé skupiny a vrstvy obyvatel kupují podle odlišných kritérií.
2. *Reprezentační* jsou potřeby spojené se společenským postavením. Víme, že příslušníci různých vrstev a skupin obyvatel nakupují v určitém typu obchodů. Pokud by nakupovali jinde, uškodilo by jim to na pověsti. Tak je společenským postavením definována i čtvrť, ve které bydlí, značka vozu, místo, kde tráví dovolenou.
3. *Kulturní* se dotýkají uspokojování duchovních potřeb, krásy a harmonie. Sem spadá obchod s knihami, hudebními nahrávkami, uměleckými předměty, klenoty, kulturní a cestovní agentury.
4. *Drobné* jsou skutečně potřeby malých životních radostí, které mohou vyvolávat předměty nejružnějšího druhu a ceny, jež často kupujeme z potřeby „udělat si radost“.

V souladu s uvedenými skupinami potřeb vznikají různé typy trhů a zboží, např. pro mladé, pro umělce, pro starší občany, pro ženy apod. Sociální faktory působí na to, že se různé typy trhů prolínají podle svých spotřebitelů, např. mladý podnikatel se musí oblékat jako muž středního věku apod.

Spotřebitelé se vychovávají tím, že se u nich vyvolávají nové skupiny potřeb, a to řešením výrobků (vzhled, užitečnost), odbytovou a cenovou politikou (slevy, nabídky mimo prodeju), propagací.

. TYPOLOGIE SPOTŘEBITELE.

Zákazníci jsou především jednotliví lidé s různým vkusem a zájmy. Přes individuální odlišnost zákazníků je lze zařadit do skupin podle různých hledisek. Hlavními kritérii jsou místo bydliště, věk, pohlaví a další zvláštnosti (zdravotní stav).

1) Místo bydliště rozděluje zákazníky podle toho, zda bydlí ve velkoměstě, městě, či na venkově. *Venkovští* zákazníci jsou známi svou nedůvěrou ke všemu novému, neobvyklému. Venkovský člověk vybírá zboží z hlediska praktičnosti, dobré kvality, užitečnosti, odolnosti, snadného ošetřování, víceúčelovosti a dostupnosti. Je známo, že na venkově lze prodat i tzv. ležáky. *Maloměstské* prostředí sebou nese touhu po všem módním, těžko dostupném a tom, co mají ostatní. Projevuje se tak snobství malého města. *Velkoměstské* prostředí se vyznačuje velmi různorodým spotřebitelským vkusem. Převažuje velkorysost k módnosti, ale je značná náročnost na pestrost nabídky. Zvláštností je existence mnoha škol a univerzit, různých centrálních či významnějších regionálních institucí a proto je nezbytná velmi pestrá nabídka v různých cenových hladinách. Existují i rozdíly ve spotřebitelském vkusu podle regionů, např. v Čechách tzv. vinná klobása, větší obliba piva v Čechách, vína na Moravě tvrdého alkoholu ve Slezsku.

2) Pohlaví odlišuje spotřebitelský vkus mužů a žen, který je dán jak biologickými předpoklady, tak i způsobem výchovy. *Ženy* jsou v nakupování aktivnější, protože jsou většinou nákupčímí celé rodiny. Nakupují od základních potravin přes oděvy a obuv až po spotřební zboží. Ženy jako zákaznice mají tyto zvláštnosti:

- Mají obecně lepší znalosti o zboží, i když ne všech druhů. Např. o železářském zboží vědí méně než o textilu.
- Umí lépe hospodařit s penězi, přičemž zaměstnané ženy jsou velkorysejší než ženy v domácnosti. Při nákupu textilu nehraje cena tak významnou roli jako u jiných druhů zboží.
- Více podléhají módě a jsou proto vybíravější.
- Ženy mají sklon kupovat ve výprodejích a zbytky.

- Ženy si častěji zboží prohlížejí, aniž by koupily.

Závěrem lze konstatovat, že ženy kladou na prodavače mnohem větší nároky.

Muži nakupují obecně mnohem méně rádi než ženy. Je známo, že některým mužům jejich manželky nakupují i oblečení, neboť odmítají vstoupit do obchodu s textilem.

- Muži vyžadují odborné rady od prodavačů ve větší míře než ženy. Vyžadují to, protože nemají takové zkušenosti a znalosti o nakupování a zboží jako ženy.
- Rozhodují se při koupi rychleji, což vyplývá z tendence neblamovat se a nebýt považován za malicherného.
- Neradi odcházejí z obchodu bez zboží, zejména pak tehdy, jestliže se jim prodávající věnuje delší dobu.
- Jsou přístupnější radám a doporučením více než ženy.
- Více spoléhají na výroky prodávajícího a rychleji jim důvěřují.
- Kupují neradi ve výprodeji a zbytky, neboť mají pocit, že kupují něco podřadného.
- Rychleji vydávají peníze a při vstupu do obchodu mají jasno o tom, co koupí.
- Má-li muž znalosti o určitém zboží, pak musí být prodavač připraven na podrobné vyptávání. Takoví zákazníci rádi prodavače testují.

3) Věk. Starší zákazníci budou stále častější, neboť starších lidí přibývá. Tito lidé jsou nejen méně pohybliví, ale často i špatně slyší a vidí, v zátěžových situacích se špatně orientují, podléhají zmatkům, panice. Jejich zvláštnosti jsou:

- Hodně sugestibilní a snadno podléhají tlaku reklamy a „výhodných“ nebo „akčních“ cen.
- Setrvávají spíše u svých vzpomínek než v současnosti, proto občas žádají zboží, které si pamatují z mládí. Je to typické u knih a hudby. Často se žádají autoři dávno nevydávání.
- Staří lidé si také s obtížemi vybavují, co vlastně chtějí koupit, nejsou proto tak rychlí a pohotoví. Proto je vhodné, aby různé druhy zboží viděli, což jim prodávající umožní i tím, že jim některé věci připomene buď otázkou, nebo jim zboží přímo ukáže.
- Staří lidé se též obtížně přizpůsobují novým podmínkám prodeje, např. po rekonstrukci prodejny hledají zboží na původních místech apod. Prodávající musí být připraven pomoci jim.
- Staří lidé bývají nerozhodní a nákup jim trvá dlouho. Vzhledem k vyšší míře unavitelnosti jsou stále nerozhodnější. Pozorujme jejich chování, neboť často s povděkem přijmou židli či pomoc se skládáním nákupu do tašky, otevření dveří apod.
- Pro staré lidi je důležitější, aby zboží bylo praktické a trvanlivé než módní a pěkně barevné.

4) Děti jako zákazníci se jako vyskytují ve třech rolích:

- Jako rodinný nákupčí, který jde splnit svůj úkol. V takovém případě počítejme s jistou zkušeností při nákupu, postřehem a schopností počítat z hlavy.
- Nakupuje spolu s rodiči, své přání vyslovuje jejich prostřednictvím.
- Nakupuje samostatně „za své“, např. za kapesné.

Budeme se zabývat dětmi jako samostatnými zákazníky, protože u nich se setkáváme s největším množstvím problémů. Děti jako samostatní nákupčí začínají zpravidla kolem 6. roku, kdy vstoupí do školy, dostanou kapesné a mohou si koupit nějaké zboží.

- Malé děti vyžadují pomoc prodávajícího, protože na zboží nedosáhnou.
- Vzhledem k tomu, že je dítě mnohem závislejší na prodávajícím, musíme se k němu chovat naprosto korektně (nenabízet zastaralé nebo nekvalitní zboží).
- Kladného citového naladění dítěte dosáhneme přátelským chováním a rozhovorem.
- Prodavač musí být trpělivý a čekat, až dítě vyjádří své přání.
- Prodavač neklade dítěti další otázky, pokud se koupě neuskuteční. Teprve potom se můžeme zeptat na prospěch, rodinu apod.

- Velkou chybou je nepřiměřená nevážnost nebo odmítání dětí v prodejně.
- Jestliže dítě nedokáže formulovat své přání, nezahlcujeme je nabídkou jiného zboží.
- Při vracení peněz požádáme ostatní zákazníky o pomoc a kontrolu a snažíme se, aby i dítě kontrolovalo naši činnost.
- Děti starší 12 let obsluhujeme jako dospělé.
- Takt a pozornost ze strany prodávajícího vyvolává podobné chování u dětí.
- Věcné a přátelské chování děti a dospívající ocení.

5) Jiné skupiny zákazníků.

- *Postižení* - u nich záleží na druhu postižení. V každém případě vyžadují jako zákazníci mnohem více pozornosti, času a ohleduplnosti. Např. hluchým zákazníkům je třeba zboží hodně ukazovat, pečlivě artikulovat (umějí odečítat z úst) a pomáhat si gesty nebo psaním. Slepým je třeba nechat zboží ohmatat či k němu přičichnout. Tělesně postiženým je nutno pomoci s uložení zboží a peněz, dopřát jim na vše čas.
- *Nerozhodní* - jejich jednání může vyplývat z několika příčin: očekávají pestřejší a výhodnější nabídku, mají nedostatek zkušeností, např. u cennějšího zboží, nevědí, co chtějí, mají nedostatečně rozvinuté volní vlastnosti.

V každém případě vyžadují jako zákazníci obrovskou dávku trpělivosti. Pozorně si jich všimějme, možná zachytíme upřený pohled na nějakou věc, jiskru zájmu. Napomáhají doplňující otázky o představě zákazníka (např. u dárců o věku a zájmech obdarovaného, jeho vkusu). Hodně nám napoví i oblečení, celková vnější úprava a způsob jednání zákazníka, jeho způsob řeči apod.

HOMO COEMENS - člověk nakupující:

V posledních desetiletích se stává konzum dominantním motivem lidského chování. Podle konzumního chování, vyjádřeného v nákupním chování lze odhalit mnohé o člověku stejně, jako pozorováním jeho stylu řízení motorového vozidla či jiných aktivit.

Zásobitelské puzení je psychologicky zajímavé a tak masově se prosazující, jakoby se jednalo o „slyší archetyp“. Nyní uvádíme několik ilustrativních typů:

- ***Nakupující štvanec*** je hnán fixní ideou, že musí oběhat všechny obchody, nakupování mu zabere hodně času, ale tento splašený koloběh ho nepoučí (jde o tlak konzumní společnosti - nakupuj, aby byl).
- ***Nákupčí impulzivní*** koupí to, co mu prvně padne do oka, neuvažuje o výši ceny ani účelu zboží, nákupní akt nijak neprožívá (patří do stáda zákazníků, kteří jsou vždy pod knutou reklamy).
- ***Nákupčí plánovač*** je uvážlivý, pomalý, nákupy přesně plánuje, listuje v reklamních nabídkách. Nejprve zboží obhlíží, ohmatá, očichá. Doma vede knihu vydání a raduje se z úspor „supermarketování“ (hru zákazník - obchod bere jako racionální úkol, jeho styl odkazuje na vynalézavou nestoudnost nabídky).
- ***Nákupčí z potěšení*** - pro něho je nakupování každodenní radostí, raduje se infantilně z každé nové věci (je zajatcem konzumismu).
- ***Nákupčí podléhavý*** - jde o oslabené a nesamostatné jedince, podléhající všemu - reklamním trikům rozhodnutím o nákupu u svého souseda, výkladní skříni (patří mezi nejčastější úlovky obchodních řetězců).
- ***Nákupčí hromadící*** - nakupuje, aby nakupoval. Kvantita je důležitější než kvalita - den bez nakupování je den ztracený v nicotě. Potěšení nepřináší vlastní nákup, leč rozmnožování zásob. Někdy koupenu věc ani nepoužije, je motivován jen a jen akumulací (to odkazuje na bezostyšnou taktiku obchodu současné doby - kupuj stále nové a nové věci).

- *Nákupčí výběrový -je zákazník, pro nějž nemá smysl zboží jako zboží, ale pouze akt výběru, volby. Obchází, obhlíží s očima na stopkách, hodnotí a rozhoduje se posléze pro volbu (je obětí širokého sortimentu).*
- *Nákupčí estét - se řídí výhradně vnějšími znaky a vzhledem zboží, designem, povrchovou úpravou. Snadno se chytí do pasti marketu (bůžek obchodu myslí i na tyto pokleslé estéty, láká je vynalézavým obalem). To vyplývá ostatně z povahy postmoderního člověka působit navenek, prezentovat se, udivovat.*

OSOBNOST PORADCE A OBCHODNÍKA.

Z hlediska psychologie má prodejce následující problémy:

1. poznávání spotřebitele (zaměřené na životní způsob spotřebitele a jeho změny),
2. rozšiřování informací (ovlivňování poptávky pomocí objektivních informací, umožnit spotřebiteli přístup k vlastnostem zboží, které jsou z hlediska života a image zvláště důležité),
3. řešení problémů profesionální interakce (hledání vzájemných vztahů s prodejci, jednání se zákazníkem),
4. řešení prodejního výkonu v oblasti služebního prodeje a poradenství (zvláště u zboží kupovaného na základě pravého rozhodování),
5. zpracování odborné profesiografie různých typů obchodních pracovníků a poradců pro jejich správný výběr.

Obchodní jednání v oblasti poradenství a prodeje jsou činnosti vysoce náročné a kladou nároky zejména na:

- a. odbornou a profesionální kvalifikaci, znalost nabídky,
- b. interakci, řešení vztahu k lidem, znalost zákazníka,
- c. přesvědčovací schopnosti, umění ptát se a naslouchat, vytvářet argumenty, které odpovídají dané situaci.

Vztah prodejce/poradce a zákazníka je prostředkem k dosažení přímého vztahu zákazníka ke zboží s dosažením konečného cíle - koupě výrobku.

Abychom mohli určit **optimální vztah prodejce/poradce k zákazníkovi**, musíme znát skutečnosti, které tento vztah ovlivňují. Je to především jeho **osobnost**. Výkon prodejce/poradce totiž může velmi ovlivnit jak přehnané sebevědomí, tak i jeho nedostatek. Existují tři typy **dominantního** (sebevědomého) a tři typy **integrovaného** (vstřícného) jednání:

Dominance:

1. D_c - dominance-konflikt je typická připraveností k otevřenému konfliktu. Je příznačná pro velmi labilní jedince, kteří jakoby se řídili zásadou, že „nejlepší obrana je útok“. Typické výroky: „Pokud se mnou nesouhlasíte, nemohu s vámi dále jednat“, „Buď si to koupíte teď, nebo vám již více nemohu pomoci“.
2. D_n - dominance-integrita je typická pro prodejce, který je dominantní, ale neprovokuje konflikt. Typický výrok: „Na vašem místě bych rozhodně neváhal/a/ a tento výrobek koupil/a/“.
3. D_t - dominance-tendence k integritě je nejslabší forma, která přechází k integrovaným způsobům jednání. Je zde minimální ochota vyslechnout druhou stranu. Typický výrok: „Připadá mi, že výrobce znal přímo vaše potřeby, když připravoval tento výrobek.“

Integrace:

1. I_C - znamená, že zákazník může prodejce/poradce kdykoliv přerušit, ten ustupuje potřebám a přáním zákazníka. Je to nejvýraznější stupeň integrace a nevede k cíli. Je nezbytné doplnit toto jednání určitou mírou dominance.
2. I_N - je střední stupeň integrace, je to v podstatě optimální míra ústupnosti vůči zákazníkovi.
3. I_T - je nejslabší forma integrace, je hranicí mezi integrací a dominancí jako D_T . Typické výroky: „Máte snad nějaké námítky nebo odlišné představy?“, „Mohu se zeptat, jaké potřeby a přání v detailech máte?“.

Ideální vztah mezi integrací a dominancí je 2 : 1.

Zákazník posuzuje prodávajícího většinou podle vnějších projevů, neboť jinou možnost nemá. Proto dává přednost prodáváči, který působí uhlazeně, čistě, upraveně, jako odborník a zároveň ochotně a vstřícně. Každý zákazník má vlastní představu o prodáváči, lze ji odvodit od typů kupujících. Další skupinu požadavků pak určuje sortiment zboží, který se prodává. Jiné požadavky budou na prodáváče potravin, jiné na prodáváče domácích potřeb, uměleckých předmětů.

Přesto lze i zde **najít společné vlastnosti poradců/prodejců**, které přispívají ke spokojenosti zákazníka a úspěšnosti prodáváče samotného. V největší míře je to **přívětivost a zdvořilost**, tj. zákazník cítí, že je obsluhován člověkem, který má rád svou práci i lidi. Přívětivý člověk působí optimisticky, vzbuzuje sympatie a lidé za ním rádi chodí. Zdvořilý člověk je vedle přívětivosti i taktní, nevtíravý, ovládá se a ovládá pravidla společenského chování a také je dodržuje. Taktní prodáváč nikdy nedá najevo, co si skutečně o zákazníkovi myslí, ale snaží se mu vyhovět.

Další důležitou vlastností prodáváče je **píle**, která znamená ochotu udělat pro zákazníka i něco navíc, nad rámec povinností. Pilnému prodáváči by nemělo být skoro nic zatěžko. Zákazníci mají různá přání, ale tato vlastnost pomůže překonat nechuť zajít pro starší zboží do skladu, nabídnout obstarání zboží jinde, nabídnout něco jiného.

Poctivost je velmi žádoucí, ale ne vždy dostatečně vyvinutá vlastnost pracovníků v oblasti obchodní činnosti. V současnosti je její nedostatek zvláště křiklavý. Tato vlastnost znamená, že prodáváč upozorní zákazníka na přednosti i nedostatky zboží, aby se mohl odpovědně rozhodnout.

Vkus znamená mít smysl nejen pro věci pěkné, ale také schopnost rozeznat věci skutečně kvalitní a lacině populární. Je třeba znát potřeby různých věkových kategorií a doporučovat zboží i s ohledem na tento faktor.

K těmto základním vlastnostem se váže požadavek **odborných znalostí a schopností**. Bez nich by jakkoliv milý, taktní, pilný a poctivý člověk nebyl dobrým prodáváčem. Je nezbytné se vyznat v sortimentu, který prodáváme.

Prodáváč se má vyznačovat i **volními vlastnostmi a pružností**. Volní vlastnosti znamenají, že si klademe cíle, jichž chceme dosáhnout a také je dosáhnout. Toto usilování mu však nesmí bránit v přijímání nových postupů, metod a znalostí, a s tím souvisejícími i možnými změnami ve vlastních plánech a cílech, což znamená pružnost.

Když si shrneme vlastnosti, které by prodáváč měl mít, dostaneme seznam, který vyjadřuje ideál: Poctivost, píle, takt, volní vlastnosti, pružnost, sebeovládání, otevřenost, odvaha, trpělivost, energie, důvěra, ochota k pomoci, pravdomluvnost, zdvořilost, přizpůsobivost, vědomí odpovědnosti, postřeh, dobrá paměť, schopnost rozdělování pozornosti.

Úspěšný prodej tedy závisí na **plném pochopení potřeb a přání zákazníka**. Abychom toho docílili, musíme především sebe sama znát a pracovat sami na sobě, odstraňovat své nedostatky. Tato činnost je velmi těžká, ba jedna z nejtěžších a trvá prakticky po celý život. K snadnějšímu zvládnutí nám mohou pomoci životní cíle, které si stanovíme. Mohou být různě časově vymezeny. Svě cíle je vhodné zapsat a čas od času kontrolovat jejich plnění. Splněné cíle (krátkodobé) pak vyřadit a nahradit jinými.

Vhodné je také dělat si denní plány, ve kterých si úkoly rozdělíme podle důležitosti. Tyto plány pak kontrolujeme koncem pracovní doby.

Cíle totiž ukazují směr na vaší cestě životem a k úspěchu. Abyste úspěch měli, musíte se o to snažit.

K těmto vnitřním předpokladům se váží i předpoklady vnější. Jak jsme již uvedli výše, je prodavač hodnocen zejména podle svého zevnějšku a vnějších projevů. V tomto případě více než kde jinde platí přísloví: „První dojem je rozhodující“. K vnějším projevům patří: **oděv, účes, hlas a způsob řeči, držení těla a pohyby, způsob chování, osobní hygiena.**

Oděv: Jeho důležitou roli by měl znát každý dobrý obchodník. Víme, že neupravený prodávající v užmoulaném plášti či v otrhaných jeans rozhodně příliš mnoho zákazníků nepřitáhne. Prodejce/poradce může být oděn/a moderně, možná i poněkud „bohémsky“, ale vždy čistě a upraveně. Každý obchod pak žádá jiný druh úpravy zevnějšku. Např. pro prodej potravin je nejvhodnější bílá, pro kosmetiku pastelové barvy a bílá, pro domácí potřeby šedá, modrá, pro prodej koženého zboží hnědá, zelená. Prodej knih a práce v nakladatelství dovoluje poměrně „civilní“ vzhled, tzn. není nutný pracovní plášť. Je dovolen právě onen „umělecký“ styl, tj. oděv z přírodních materiálů, netradičních střihů. Požadavek čistoty a upravenosti je však nekompromisní.

Účes: Také úprava vlasů je pro první dojem značně důležitá. Prodavač nesmí mít nikdy vlasy špinavé, mastné, rozčuchané, neupravené. Může mít i módní účes, ale nesmí svými vlasy obtěžovat zákazníka. Znamená to např., že prodavače v potravinách nesmějí vlasy padat na potraviny. Prodavač v knihkupectví by měl přes vlasy alespoň vidět na tituly knih a zákazníka.

Hlas a způsob řeči: Základní poznatky jsme si uvedli již v kapitole o komunikaci. Zde pouze zdůrazníme význam pečlivé artikulace, srozumitelnosti a příjemného tónu hlasu. Na zákazníka ani nekřičíme, ani nešeptáme. Hovoříme na něj z přiměřené vzdálenosti.

Osobní hygiena: I neupravenější člověk ztratí veškeré kouzlo, jestliže páchne potem a špinou. Mýdlo, zubní pasta, nevtíravá voňavka by měly být stálými přáteli člověka, který přichází do styku s lidmi.

Držení těla a pohyby: Prodavač se drží pokud možno zpřímá, pohybuje se klidně, vláčně, má plynulé pohyby rukama. Shrbeně se ploužící individuum nebo zmateně poletující člověk nepůsobí nikdy dobře. Doporučujeme pěstování pohybové kultury pomocí např. jazzgymnastiky.

Způsob chování: Zde platí jediné: seznámit se s pravidly společenského chování a striktně je dodržovat. Pro výcvik různých vhodných forem chování se vraťte se kapitole o asertivitě. Jak z výše uvedeného vyplývá, je práce prodavače a pracovníka nakladatelství velmi náročná na osobnost člověka i jeho vnější projev stejně jako povolání lékaře, učitele, hlasatele a dalších profesí, které pracují s lidmi a mezi lidmi. Lidé těchto profesí si musí být neustále vědomi, že jsou pod kontrolou veřejnosti, které slouží. Jde tedy o náročný a svébytný mezilidský vztah, ve kterém na sebe bere pracovník dobrovolný závazek přispívat ke spokojenosti lidí kolem sebe.

Aby byl prodejní rozhovor úspěšný, doporučuje se následující postup v 5 fázích:

1. **M** - zaměřené na motivaci zákazníka:

Zákazník očekává, že prodejce/poradce vytvoří příznivou atmosféru, která podněcuje nákup nebo přijetí rady. V ní zákazník formuluje své potřeby a prodavač formuluje nabídku tak, aby došlo k jejich uspokojení. K tomu účelu musí mít prodejce dobré znalosti o zboží a být nasměrován na určitou cílovou skupinu, kterou dobře zná (chodí pravidelně nakupovat do určitého obchodu). Pokud jde o stálého zákazníka, měl by se prodavač podívat na jeho kartu a zorientovat se v jeho potřebách. Je třeba respektovat i určité změny v potřebách těchto lidí. Ke

zjištění zákaznickových potřeb a zájmů by mělo stačit **5-7 minut**. Prodavač se chová integrativně.

2. **C** - formulování cílů: Jde o prezentaci nabídky, její popis, uvedení znaků různých typů zboží téhož druhu (televizory různých značek). Nabídku je třeba konkrétně označit (křeslo Baron, televizor Samsung...). V poradenství vysvětlíme, podle kterého systému pracujeme, např.: STOB. Časová hranice **1 minuta**. Vyžaduje se spíše dominantní forma jednání.

3. **SZ** - spontánní zpracování:

Zákazník se sám k nabídce vyjádří. Může-li zákazník volně uvést své námitky, uvolňuje to bariéry ztěžující nákup. Pokud tak zákazník učinil, může prodavač uplatnit své protiargumenty a námitky se pokusí vyvrátit. Horší je, když se zákazník vůbec nevyjádří. Časové požadavky jsou **5-7 minut**. Prodavač se chová spíše integrativně.

4. **LZ** - logické zpracování:

Plynule navazuje na předcházející stadium. Prodejce se snaží vyvracet zákaznickovy námitky, ukazuje výhody nabídky. Prodavač je aktivní a pohotově využívá své zásoby argumentů ve prospěch prodeje. Tato fáze trvá tak dlouho, dokud zákazník neakceptuje prodavačovy argumenty. Prodavač se chová dominantně.

5. **Z** - závěr prodejního rozhovoru:

Jde o uzavření prodeje s upozorněními na možné slevy a další výhody (záruka, opravy). Výše ceny se zpravidla uvádí spolu s výhodami výrobku, ale není vždy důležitá.

Metody přesvědčování:

Metoda plus-mínus - srovnává různé stránky nabídky z hlediska jejich výhod a nevýhod tak, aby výhody převážily.

Metoda přeskočení - námitka se nejprve „přeskočí“, uvedou se přednosti nabídky a pak postupem „ano, ale“ se námitka uzná, ale proti ní se postaví přednosti zboží.

Metoda obrácení námitka se zopakuje a udělá se z ní přednost, výhoda pro zákazníka („to je právě to, co...“)

Metoda zeslabení - rozhovor se vede tak, aby se ukázalo, že námitka není tak důležitá, jak na první pohled vypadá, ale prodejce se nesmí dotknout zákaznickovy prestiže.

Metoda kapek - prodavač postupuje tak, že nejprve oslabí námitky proti nabídce a poté opakuje její výrazné přednosti. Zákazník musí mít možnost vyjádřit i zcela neodůvodněné výhrady.

Rozkládací metoda - vhodně volenou sérií otázek se rozloží zákaznickovy námitky na detaily, které se pak postupně vyvracejí (zvláště jde-li o nevěcné výhrady).

Metoda vytváření otázky z námitky - postup je následující:

- *prodejce uzná to, co zákazník řekl,*
- *jeho námitku převede v otázku a získá ochotu zákazníka k diskusi,*
- *na závěr přidá kontrolní dotaz, který má podnítit zákazníka ke změně názoru.*

Metoda nezodpovězené otázky - prodejce položí zákazníkovi velmi naléhavou otázku, ale nečeká její zodpovězení. Jde jen o to, přinutit zákazníka k přemýšlení.

Porovnávací metoda - otázka zákazníkovi se formuluje tak, aby na ni mohl odpovědět pouze „ano“. Jde tedy o otázku sugestivní a užívá se hlavně pro vyjádření pozitivních tendencí.

Metoda vypočítávání - prodejce vypočítává všechny argumenty, které hovoří proti námitce zákazníka.

Metoda vnější pomoci - prodejce cituje pochvaly, diplomy a uznání známých osob, které nabídku doporučují (pozor! může vyvolat negativní reakci).

Metoda příkladů - uvádějí se podobné příklady, přesvědčivým způsobem se ukazují kladné závěry a dobré výsledky, k nimž došlo.

Metoda doteku a přesvědčení - prodejce požádá zákazníka, aby si daný výrobek vyzkoušel, ohmatal, případně na něm ukázal, proti čemu má výhrady.

Jako v každé mezilidské situaci, i při prodeji může dojít ke **konfliktu**. I když se prodavač snaží být na úrovni, může se stát, že zákazník je podrážděný, arogantní či nespokojený už z předchozího průběhu dne. Také prodavač může být unaven, mít osobní problémy či se cítí nedobře. Jak takové situace řešit, či lépe jak jim předcházet?

Nejvíce konfliktů vzniká při reklamacích výrobků. Jde-li zákazník vrátit vadný výrobek, pak je rozčilen již jen tou skutečností, že musí jít znovu do prodejny, výrobek vrátit a pak čekat, zda reklamační bude uznána jako opravitelná, či neopravitelná. Žádoucí zboží se tak stává nežádoucím a prodejna rázem utrpí v očích zákazníka šrám na své pověsti.

Zásadou je nechat zákazníka vymluvit, čímž se mu uleví a uklidní se. Je třeba vydržet útoky vůči výrobcům, obchodu, i když ten za vadu zboží nemůže. Pak se zpravidla podaří zákazníka usměrnit žádoucím směrem a obvykle se s ním v klidu dohodneme. Problém nastává v okamžiku, kdy je zákazník agresivní, popř. se „posilní“ alkoholem. Pak často nezbyvá nic jiného než se obrátit na policii.

Je vždy lépe omluvit se sám než nechat zákazníka odejít rozčileného a nespokojeného, neboť ten pak dělá našemu obchodu špatnou reklamu. Konfliktní situace nám pomůže zvládnout asertivní forma chování.