

PhDr. J. SEVEROVÁ, CSc.,
VYBRANÉ PROBLÉMY ZDRAVOTNICKÉ PSYCHOLOGIE.
PRO BAKALÁŘSKÉ STUDIUM LF MU).

Brno 2009

CHARAKTERISTIKA POSKYTOVÁNÍ SLUŽEB VE ZDRAVOTNICTVÍ.

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 prací, 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 nezřídka 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 intenzívní. 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 povrchními 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.

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 pocitem 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 nezřídkem 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 nenasvědčují pro změnu k lepšímu. Jde o „víru v zázrak nebo zásah shůry“. Je však empiricky potvrzeno, že nenadále změny beznadějněho 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 **naplněné 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, jíž 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 respektem 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.

ZDRAVOTNICKÉ PROSTŘEDÍ.

Vytváří je soubor podmínek materiální a lidské povahy. K materiální patří budovy, okolí, řešení prostor a orientačního systému, organizace přijímání pacientů, vybavení ambulancí, dostupnost výtahů, občerstvení, tisku a jiných potřeb, dostatek hygienických zařízení apod.

K lidské stránce zdravotnictví patří zdravotníci Osobnost zdravotníka je hlavním předpokladem získání důvěry se strany pacienta. Zdravotník si důvěru získá především je-li harmonickou, klidnou a sebevědomou osobností, jeho vystupování prozrazuje pohotovost, důslednost a rozvahu, je provázeno lidskou účastí a ohledy. Bez významu není ani vnější vzhled a verbální projev. Mnohem lépe se vysoká odbornost uplatňuje za výše uvedených podmínek, než je-li lékař či zdravotník nervózní, uspěchaný, povýšený, přezíravý, žoviální, zkrátka projevuje-li se naprosto nevhodně. Je-li k tomu ještě neoholen, neučesaný, má uválený plášť či uniformu, nezíská si nikdy skutečnou důvěru pacienta. Zdravotník ztrácí důvěru také v okamžiku, kdy si pacient začne o něm myslet, že je to, čemu se obecně říká špatný člověk. Jeden odpuzující příklad může vést ke generalizaci úsudků o lékařích a sestřích, kteří ostatně jsou již předmětem mnoha předsudků, jako: všichni chirurgové jsou otrlí cynikové, gynekologové jsou profesionální svůdci, sestry svádí lékaře na službách, a mnoho dalších. Klasifikaci **osobnosti sester** se věnoval Hárđi (in 7, 1971) a stanovil následující typy:

- 1) **Rutinní typ** se vyznačuje přesností a přísností, ale někdy jí uniká lidská stránka nemocného. Paradoxně se to projevuje např. tím, že budí pacienta, aby mu podala hypnotikum.
- 2) **Herecký typ** je sestra, která vystupuje afektovaně, snaží se přehnaně o důležitost.
- 3) **Nervózní sestra** je často unavená, má pocit, že nic nestihá a že není dostatečně hodnocena. Její pacienti jsou nespokojeni. Některým povinnostem se snaží vyhnout, např. se strachu z infekce. Často propadá toxikománii.
- 4) **Mužský, robustní typ** je sestra rozhodná, energická, sebevědomá a důsledná. Je-li inteligentní bývá vynikající vedoucí pracovnící a vychovatelkou mladších pracovnící. Neinteligentní je agresivní a despotická,
- 5) **Mateřský typ** je hodná sestra často pyknického vzhledu. Její pacienti jsou často spokojeni, je ochotná, i když v její práci lze nalézt prohřešky, zejména proti sterilitě.
- 6) **Specialistky** jsou sestry pracující v úzké specializaci, např. rehabilitace, sálové sestry. Jsou ve svém oboru dobrými odborníci, ale mají pocit nadřazenosti. Pokud je dávají najevo, vnášejí na oddělení nepřijemnou atmosféru.

Podobné typy bychom mohli stanovit u **lékařů:** (9, 67)

- 1) Lékař může vystupovat jako **učitel**. V této pozici se především preferuje výchova pacienta, aby nepodceňoval změny ve svém stavu a včas s nimi přišel. Pokud už je nemocen, aby dodržoval rady, léčbu, změny v životním stylu a kontroly. V přiměřené míře je to pozitivní role.
- 2) Lékař vystupuje jako **mentor**. Mentor zaujímá pozici staršího starostlivého přítele, který radí, doporučuje, vede, ale zároveň poskytuje sociální podporu.
- 3) Lékař jako **tutor**. Jde o pozici trenéra, který přikazuje, kontroluje a vytýká chyby. Jde o podstatně tvrdší postoj, než předchozí dva.
- 4) Lékař jako **monitor**. Jde o pozici instruktora, který upozorňuje na možné chyby, nedostatky a odchylky v jednání, dává rady a povzbuzuje. Jde o pozici poradce.

Lékaři mají celou škálu možných postojů k pacientům od **bagatelizace až k přehnané starostlivosti**. Oba extrémů nejsou vhodné. Jak uvádí Dostálová (3,67):“Čím je lékař přísnější, tím více se objevuje agravační a hysterických reakcí. Čím je lékař starostlivější, tím více mu nemocní chtějí dělat radost a tím více disimulují“.

Profesionální psychická deformace zdravotníků vyplývá jednak z jejich sociální pozice, která je již po tisíciletá dána. Zdravotníkům se jaksi automaticky připisuje magická moc,

kteřou mají nad životem a smrtí pacienta. Nežádoucí projevy se také vyvíjejí postupně, během adaptace na specifičnost zdravotnického prostředí.

Dostálová (1986) rozlišuje mezi vlivy zdravotnického prostředí na pacienta - **iatrogenně** a vlivy zdravotnického prostředí na zdravotníka - **zdravotnickou laborgenii**. Tento pojem je širší, než pojem profesionální deformace, který Bouchal a Konečný (1971) definují jako „takové postoje a projevy zdravotníka, v nichž se vlivem návyku projevuje otupělost vůči nemocnému v takové míře, že to čině na laika dojem netečnosti až cynismu“.

Výše uvedené pojmy spadají pod širší pojem **antropogenie**, což je působení druhým člověkem na zdraví obecně. Dostálová (1986) řadí jednotlivé vlivy do následujícího schématu:

ANTROPOGENIE

IATROGENIE

A) iatropatogenie - poškození pacienta zdravotnickým prostředím

somatická - poškození diagnostickými nebo léčebnými úkony

psychická - poškození pacienta přímo nešetřnou informací nebo nepřímým tím, že se pacientu nedostalo nějaké informace nebo se něco neudělalo.

b) iatroeutymogenie - kladné působení zdrav. prostředí na pacienta

ZDRAVOTNICKÁ LABORGENIE

a) *laborpatogenie* - nenegativní působení zdravotnického prostředí na zdravotníky, projevuje se převedším v profesionální deformaci

b) *laboreutymogenie* - pozitivní působení zdravotnického prostředí na zdravotníky.

Zdravotníci si musí zachovat nezbytnou dávku citu a vypracovat si adekvátní míru odstupu, aby se vyhnuli deformacím. Chování zdravotníků ovlivňuje celkovou atmosféru na pracovišti, a tím i pacienty. Jsou oddělení, na kterých vládne dělná, kooperativní atmosféra. Tam se pacienti cítí dobře. Oddělení, na kterých je rivalita a pěstují se tzv. žabomyší války, má nejhörší atmosféru i pro pacienty.

Jednou z cest, jak korigovat nesprávné postoje a způsoby chování jsou Bálintovské skupiny, ve kterých se kromě stavu pacientů diskutují také emoce a psychické reakce, které vyvolávají v ošetřujících osobách.

Syndrom vyhořeni:

Jde o komplexní emoční poruchu, která se vyvíjí v průběhu vykonávání emočně vypjaté a náročné, činnosti, ke které zdravotnické povolání bezesporu patří.

Jeho projevem je dlouhodobé subdepresivní ladění, pocity vyčerpanosti, rozladěnosti emoční exhausce. Máme pocit, že nás všichni obtěžují, práce se nám nedaří, jsme se sebou nespokojeni, máme pochybnosti o sobě zvětšujeme odstup mezi sebou a pacienty, problémy nemocných zvětšujeme. Přidávají se projevy profesního cynismu, kterým se tyto trýznivé stavy zakrývají. Ohrožují totiž profesní identitu a vlastní sebeobrazu.

Lékaři jsou predisponováni ke stresu i svými osobnostními charakteristikami. Ty zároveň vedou k výběru profese. Jedná se o sklony k obesivně-kompulzivní osobnosti, které u normální osobnosti znamenají obrovskou zodpovědnost, oddanost práci a neustále pochybnosti o vlastních rozhodnutích, neustálá nespokojenost s úrovní znalostí a z toho plynoucí neschopnost odreagovat se od pracovních problémů i během volného času..

Syndrom se vyvíjí v několika **fázích**:

- a) Nastupující pracovník je nadšen pracovními výzvami, je v neustálém kontaktu s pacienty, zůstává přes čas, studuje a vymýšlí nové způsoby a přístupy v povolání. O povolání uvažuje i ve volném čase a profese jej zcela naplňuje.
- b) Začíná dodržovat pracovní dobu a s pacienty je v obvyklém kontaktu. V zaměstnání se nezdržuje déle, než je nutno, s pacienty však má ještě dobrý kontakt, nevyhýbá se jim. Volný čas se však snaží pracovním problémům nevěnovat, hledá jiné činnosti. Občas e cítí unaven, vyčerpan, ale připisuje to náročnějšími dni, počasí nebo problémům v osobním životě.
- c) Začíná se vyhýbat styku s pacienty. Nahrazuje jej administrativními úkony. Pacienti jej obtěžují, cítí se vyčerpan, vyhaslý a práce ho přestává bavit. Uvažuje o změně. Může mít poruchy spánku. V tomto stavu je již zcela vyhaslý a musí nutně vyhledat pomoc.

Syndromu vyhoření se musíme bránit poznání hranic svých možností, pracovat s rezervou. Jednou z cest, jak korigovat nesprávné postoje a způsoby chování a zamezit vyhoření jsou Bálintovské skupiny, ve kterých se kromě stavu pacientů diskutují také emoce a psychické reakce, které vyvolávají v ošetřujících osobách.

Placebo efekt:

Jedná se o nescifický lékový efekt, který vyvolá objektivně neutrální látka. Její efekt se spustí patrně vlivem sugestivního vlivu, který spustí sebeúdravné procesy.

O účinku placebo víme, že odpovídá očekáváním pacienta a jeho účinek se zesiluje, je-li podáno autoritativním způsobem. Mezi nejúčinnější faktory patří zdůraznění jeho vysoké ceny, obtížné dostupnosti, zahraniční provenience, výsledek výzkumu uznávané instituce nebo země (USA). Účinek placebo souvisí i se zaměřením osobnosti osoby, které placebo podáváme. Nejlépe „zabírá“ u úzkostně laděných extravertů a zvýšeně sugestibilních jedinců (děti a senioři).

II.8.5. 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 neužíváme 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 agresí. 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 pohlázení, 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 pracovníce.
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 vykořeleni, pocítí 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

ORDINACE LÉKAŘE.

Nyní si rozebereme nejčastější situace, ve kterých se lékař s pacientem setkává a upozorníme na problémy i jejich možná řešení pomocí psychologických poznatků.

Ordinace praktického lékaře pro dospělé:

Kontakt zahrnuje lidi od 19 let vysokého stáří. Každá věková kategorie zasluhuje jinou formu přístupu, ale přece jsou tu některé znaky společné:

- Ordinační hodiny rozčleníme na hodiny vyhrazené akutním stavům a kontrolním vyšetřením.** Pacienty ke kontrolám zveme na určitou dobu, kterou se snažíme dodržet tak, aby čekání bylo co nejkratší. Při čekání totiž pacienti mezi sebou komunikují a mohou se navzájem „vyděsit“.
- Při příchodu do ordinace dodržujeme zásadně pravidla společenského chování** kombinovaná vstřícností a zájmem o pacienta.
- Na straně pacienta se mohou projevit jeho osobní vlastnosti v exponované poloze.** Je to dáno tím, že má strach, aby zapůsobil co nejlépe. Proto bude hovorný člověk ještě hovornější, introvert ještě uzavřenější, pedant ještě více puntičkářský. Často se pak stává, že nejdůležitější informaci se dovíme až pacient odchází..

Lékař proto musí pacientu pomoci k tomu, aby překonal zábrany. Při tom by se měl vyhnout některým chybám při hodnocení pacientů, které se během prvního kontaktu mohou objevit.

Po sdělení pacienta, proč přichází, je na řadě anamnestický rozhovor. Ten je přísně strukturován řadou otázek, které musíme položit. Tato část rozhovoru většinou nečiní problémy

- Vyšetření.** Při vyšetření musíme dbát některých zásad, abychom pacienta neuváděli do rozpaků. Chováme se zcela přirozeně, ale s přijetím pocitů pacienta. Pokud potřebujeme asistenci sestry. Dbáme toho, aby byla v určitých okamžicích „neviditelná“. Jedná se zejména o vyšetření intimních oblastí člověka. Pacienta informujeme, co budeme vyšetřovat a do jaké míry se má obnažit. Intimních oblastí se dotýkáme je nezbytně nutným způsobem a předem na to pacienta upozorníme. Během vyšetření naše počínání komentujeme a vysvětlujeme. Při déletrvajícím vyšetření uklidňujeme pacienta vyhlídkou na brzký konec.
- Po skončení vyšetření** pacienta informujeme o našich závěrech, U běžných onemocnění můžeme sdělit diagnózu. V komplikovanějších případech informujeme pacienta o dalších nezbytných vyšetřeních popř. odběrech. Poskytneme mu žádanky a informace, kdy a kam se objednat. Vysvětlíme mu také, co může od vyšetření očekávat a jak se má připravit. Tím snižujeme pacientovu úzkost z neznámého postupu. Dohodneme další setkání s výsledky vyšetření.
- Po skončení vyšetření 2:** Pacientu předáme recepty a informujeme ho o nezbytném režimu a dohodneme termíny kontroly.

- g) **Rozloučení:** Je ryze zdvořilostní záležitost, v něm má být obsažena informace o dalších setkáních a ujištění o možnosti volného přístupu k lékaři.

Ordinace praktického lékaře pro děti a dorost:

Pediatrická ordinace funguje pro děti a dospívající od narození do 18 let. Pediatr především musí počítat s přítomností rodičů nebo prarodičů spolu s dítětem v ordinaci. V tom je jeho pozice složitější. Musí zároveň respektovat věkovou a vývojovou úroveň svých pacientů.

- a) **Příchod do ordinace:** S dítětem přichází minimálně matka. Je často velmi úzkostná, protože dítě je nemocné nebo s ním není něco v pořádku. Je proto nezbytné hned na začátku nejen všechny pozdravit, ale jasnými instrukcemi matku zaměstnat (vysvléci, vybalit dítě na vyšetřovacím stole, podržet je). Rodina se může projevovat ve svých obavách konfliktně, agresivně, zmateně. Může kritizovat chování lékaře i sestry, bránit některým vyšetřením (vyšetření úst lékařskou špachtlí). Krizi prohlubuje i dítě, které může hlasitě křičet a protestovat.
- b) **Sdělení potíží** má stejné problémy jako u dospělých, jen situace může být emočně ještě vypjatější. Děti školního věku jsou již schopny sdělit své potíže samy. Již od 2letých dětí se pomocí vhodných pomůcek můžeme dovědět kde a jak moc je „to bolí“
- c) **Anamnéza:** Může být problém při zjišťování údajů rodinné anamnézy, jestliže jsou rodiče rozvedeni již léta nebo jde o svobodnou matku a otec není znám nebo je nejistý. Problém může být, jestliže s dítětem přijde druh matky, který přišel do rodiny později a okolnosti porodu nezná. Značný problém jsou dospívající přivezení RZP v ebrietě nebo pod vlivem drog.
- d) **Vlastní vyšetření.** Rodina se může projevovat ve svých obavách konfliktně, agresivně, zmateně. Může kritizovat chování lékaře i sestry, bránit některým vyšetřením (vyšetření úst lékařskou špachtlí). Krizi prohlubuje i dítě, které může hlasitě křičet a protestovat. S dítětem komunikujeme na jeho věkové úrovni. Pacienti na 12 let ocení, jestliže s nimi jednáme jako s dospělými.
- e) **Informace:** Pokud můžeme sdělujeme informace zdravotním stavu dítěte ihned. Jinak informujeme o dalších nutných vyšetřeních nebo nutnosti hospitalizace. V posledním případě se řídíme zásadami sdělování nepříznivých zpráv v kap. 10.
- f) **Rozloučení:** Opakujeme ještě jednou instrukce. Stanovíme termín kontroly a ujistíme rodinu dostupností našich služeb. Předáme kontakt na pohotovostní pracoviště v případě komplikací v nočních hodinách.

Ordinace psychiatra:

V ordinaci psychiatra se můžeme setkat se strany pacientů s různými předsudky. Pacientu zásadně tvrdí „že nejsou blázní“, „dítě je úplně normální“ apod. Mohou mít velmi zvláštní projevy, které souvisí s onemocněním: skleslí, depresivní, nemluvní, hovorní, bizarní, pod vlivem halucinací. (2,57)

Psychiatr musí být především připraven vyrovnat se s pestrou paletou psychických příznaků svých pacientů a zvládnou jejich možné komplikace. Psychiatr většinou nemá problém navázat kontakt s pacientem, bývá dostatečně empatický a autentický. Při kontaktu s pacienty dodržujeme následující zásady:

- Ujistíme je, že vše, co nám sdělí je důvěrné a nikdo cizí se nic nedoví, Zároveň však musíme pacienta informovat o tom, že máme povinnosti informovat státní orgány (OSPOD, soudy, Policii apod.). Máme také oznamovací povinnosti, jestliže se dovíme

informaci, která ohrožuje pacienta na zdraví nebo životě (týrání, šikana, sexuální zneužívání, drogy).

- Rozhovor zásadně probíhá v uzavřeném prostoru bez přítomnosti cizích osob. U dětí v předškolním a někdy mladším školním věku (do 10 let) je dobré nechat rodiče alespoň v začátku vyšetření přítomny. Až se dítě uklidní a zjistí, že ho nečeká noc ohrožujícího, můžeme rodiče poslat do čekárny. V případě dospívajících je to pravidlem hned na začátku. Jsou informace, které dítě před rodiči neřekne.
- Akceptujeme pacientovy obtíže, ať jsou jakkoliv bizarní a iracionální.
- Vyhýbáme se moralizování, jednoduchým „receptům a radám vycházejícím z našeho života.
- Respektujeme pacientovo postižení, jeho tíži i rozsah.
- Mluvíme srozumitelně a používáme slova, kterým bude pacient rozumět.
- Během rozhovoru se snažíme o vytvoření příjemné atmosféry, která v pacientu vyvolává pocit bezpečí a jistoty.
- Dodržujeme pravidla společenského chování, ať se pacient chová jakkoliv.

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 nevyléčitelná. 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	Zájmy: Okruh zájmů je značně omezen a

zájmů vzniklých během života . práce, společnost, koníčky.	může se dále omezovat nebo některé zájmy musí, s ohledem na svůj stav, opustit.
Zvládání problémů: Zvládá běžné životní problémy vcelku dobře. Ví oč 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 nepříjemný 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 vydirající 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 úctyhodným 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** – nevšímají 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.

Chronická 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 nedodržováním režimu léčby, diet, užívání léků. Souvisí to s přechodem autority na vrstevnickou skupinu a tendenci „neliší se“, která je během pubescence značně výrazná.

Umírající pacient:

Problematika smrti a umírání vzbuzuje v každém z nás mrazení z něčeho tajemného a neznámého, co vzbuzuje strach. Je to zcela běžný pocit. Smrt a umírání totiž souvisí s pocity nejistoty o tom, co bude poté, až nebudeme moci ovlivnit svůj další osud. Strach ze smrti je starý jako lidstvo samo a nezbavilo se ho ani různými typy víry.

Umírání znamená postupné a nenávratné selhávání důležitých životních (vitálních) funkcí orgánů a tkání. Může proběhnout rychle (ictus, infarkt myocardu, úraz, autohavárie, sebevražda, vražda) nebo může probíhat pomalu se střídáním fází zlepšení a zhoršení stavu, které doprovází střídání deprese s nadějí. Začíná tam a tehdy, když vejde v odborné i laické povědomí, že smrt je v limitovaném čase pravděpodobná.

Sociální smrt člověk může umírat v okamžiku, kdy je vyvázan z důležitých sociálních vazeb (důchodci, staří lidé, osamělí lidé).

Modely umírání: Člověk může umírat **doma nebo v nemocnici** či jiném cizím prostředí. Umírání doma bylo obvyklé v minulosti a existovaly kolem smrti určité rituály spojené s loučením se s umírajícím - poslední pomazání, rodina se shromáždila u lože umírajícího, prosby o odpuštění vin a křivd se strany umírajícího nebo jeho blízkých spod. V nemocnici - často sám v izolované místnosti nebo za plentou bez přítomnosti blízkých (ještě nedávno). Dnes - trend ritualizace umírání v nemocnici což snižuje napětí, umožňuje přiměřené chování a účinnou pomoc. Napomáhají např. Hospice (MUDr. Svatošová, Červený Kostelec) jsou zařízení pro důstojné umírání.

Cíl: Nikdo by neměl umírat sám - přítomnost blízkých.

Pozornost upíráme k fázi post finem (péče o tělo zemřelého, pohřební rituály, péče o pozůstalé, rizikové skupiny - rodiče s jedním dítětem a pod.

Proces umírání můžeme rozdělit do tří fází:

Pre finem - znamená, že nemoc má špatnou prognózu. V této době pozorujeme touhu člověka po pravdě o jeho stavu, po vyrovnání se s dosavadním životem. Dvojitá reakce - boj vs. vzdá se.

In finem - jedná se o terminální stadium. Rituály spojené s umíráním usnadňují vyrovnání se s tímto faktem. Jedná se zejména o možnost soukromí, přítomnost blízkých a zajištění důstojnosti. Rozdíl mezi umíráním doma a v instituci.

Post finem - týká se pozůstalých. Organizace pohřebních obřadů. Faktor času. Specifická problematika transplantace.

Euthanázie - tzv. dobrá smrt - asistovaná sebevražda. Eticky nepřijatelná, i když v některých zemích trpěná (doktor smrt).

Fáze vyrovnávání se u terminálně nemocného pacienta: (10,22)

Během terminálního stadia prochází pacient následujícími fázemi, které se shodují do jisté míry s fázemi zvládnání těžké životní situace:

1. **Šok** - dostavuje se po odhalení faktu, že nemoc nebo úraz je velmi závažného stupně.
2. **Popření** - pacient odmítne věřit diagnóze a může se obracet na jiné lékaře a léčitele s cílem vyvrátit šokující skutečnost.
3. **Hněv** - pacient útočí na okolí, kritizuje všechny a všechno. Nezbytné nechat odeznít.
4. **Deprese** - pacient ještě ne zcela uvěří nepříznivé diagnóze a je nešťasten.
5. **Smlouvání** - pacient přijme skutečnost vážnosti svého stavu, ale snaží se smrt oddálit vnitřním přesvědčováním, že se objeví určitá naděje.
6. **Vyrovnání** - pacient umírá smířen se životem.

Ze sociálního hlediska je situace umírání poznamenána ztrátou. Je nezbytné v ní respektovat zejména umírajícího, jeho přání a potřeby. Je nezbytné jej ujistit, že smrt nebolí a pak bude jen odpočívat a že udělal vše co mohl v životě a že zanechává po sobě nesmazatelnou stopu. Musíme jej ujistit, že bude dále žít v našich vzpomínkách a dáme mu prostor pro sdělování vlastních pocitů deprese a smutku. Umírající často také žádá ujištění, že zvládneme jeho odchod a nebudeme příliš smutní. Sám pacient rozlišuje koho u sebe chce mít a koho ne. Týká se to nejen personálu, ale i nejbližších. Důležité je zajistit důstojnost umírání - soukromí, klid, provázení.

Fáze vyrovnávání se smrtí u rodiny umírajícího (10, 79):

I rodina umírajícího se musí vyrovnat s faktem, že jejich blízký se blíží konci svého života a lze u nich rovněž vypořádat určité fáze, jimiž tento proces probíhá(10,13):

1. **Stadium šoku** - charakterizuje je intenzivní emoční reakce rodiny na sdělení, že jejich nejbližší (dítě, manžel, rodič) je ohrožen/o na životě. Pozorujeme úzkost, strach. deprese,

kteře doprovází zejména poruchy spánku a příjmu potravy (nechutenství, zvracení, průjmy).

2. **Stadium popření smrti** - rodina nechce uvěřit, že by jejich blízký mohl zemřít, argumentují často tím, že byl/a v horším stavu a přesto se vyléčil/a.

3. **Stadium pocitů viny** - rodina se obviňuje, že nedostatečně chránila svého blízkého a tím došlo ke zhoršení stavu, mají pocit, že něco zanedbali. Pocity sebeobviňování mohou sahat daleko do minulosti a jsou zpravidla iracionální povahy (byla jsem moc veselá).

4. **Stadium popření pocitů viny** - rodina se ujišťuje, že skutečně udělali vše, co bylo v jejich silách (např. matka/manželka/dcera se vzdala zaměstnání).

5. **Stadium pocitů marnosti** - rodina propadají depresi, že veškerá péče byla marná a nakonec všechny snahy končí smrtí. Prožívá se pocit zmaru veškerého díla, prožitky depersonalizace, myšlení se stává iracionální a zdravotní personál všech stupňů odbornosti je obviňován z marnosti všeho snažení.

6. **Stadium smíření** - dominuje přání, aby blízký člověk netrpěl. Rodina je již skutečně fyzicky i psychicky zcela vyčerpána a proto si přejí, aby smrt přišla co nejrychleji.

7. **Stadium oplakávání** - delší období následující po skonu blízkého člověka. Trvá různě dlouho, dítě se postupně idealizuje a jeho obraz setrvává v paměti rodiny. Může být provázena různými problémy – příliš dlouhé truchlení, obviňování ostatních členů rodiny, uzavření se do sebe apod.

Důležité je rozloučení umírajícího a s umírajícím - vyslovení díky za jeho dosavadní bytí, vděčnosti a díky za vše. Někdy umírající očekává ujištění, že jeho odchod zvládneme.

“Umírající nás učí žít”.

Vývoj pojmu smrti u dětí:

Zdravé dítě se zajímá o smrt cca od 4 let jako o každý jiný jev ze svého okolí. Jestliže se na ni zeptá, rodina zpravidla odpovídá vyhýbavě, aby nezaclonila jasný čas dětství. Ve skutečnosti chrání rodiče sami sebe před tímto tématem, protože jim chybí vlastní reflexe a vyrovnání se smrtí. Dětské otázky na smrt vzbuzují strach a pocit bezmoci. To je pro rodiče, kteří jsou zvyklí mít vždy převahu, velmi obtížné. Pokud někdo v rodině zemře, pak to dítě pozoruje, ale často zůstává na svůj smutek samo. Dospělí se totiž překotně snaží, aby se “nic” nedovědělo. Odmítají také účast dítěte na pohřbu. V dítěti to podněcuje vznik různých, často zdánlivě iracionálních, představ, které mohou vést k rozvoji pocitů viny za smrt blízké osoby, protože” na i/něj nebylo hodné. Cítí se pak vino i za smutek rodičů. Jedná se v podstatě o neznámou situaci a reakci na neznámé. Výsledkem je, že smrt nepatří do života.

Probíhá v souladu s vývojovými zákonitostmi pro jednotlivá věková stadia.(13,77)

0 - 2 projevuje se separační úzkostí.

3 - 6 chápe se smrt jako něco vzdáleného, co se může přihodit. Spojuje se spánkem, což souvisí s častým obratem “a teď už klidně spí”. Není pojmána jako něco stálého, člověk, který umřel se může vrátit. Začíná zájem o mrtvá zvířata a hřbitovy. U těžce nemocných pozorujeme osamělost, bolest, strach z hospitalizace, z nemocnice.

od 6 smrt pojata jako pohádková bytost (v pohádkách často jako stará žena či muž nebo kostra s kosou). Začíná uvědomění její nevratnosti a objevují se první záblesky možnosti vlastní smrti.

od 7 uvědomují si rozpad těla, ale nedokáží ještě zobecnit (mrtvé zvíře v lese).

od 8 smrt je spojena s napínavými příběhy, smrt nic není - souvisí s TV seriály. Začíná se objevovat víra v nesmrtelnost. Ještě nedokáže svůj strach zformulovat, často jakoby zlobí, mění chování.

od 10 chápou rozdíl mezi vzpomínkou a fantazií a již plně chápou, že se smrt může týkat i jich samých. Přesto mají tendenci připisovat ji hodně starým lidem a vidět její možnost v dalekém časovém horizontu z hlediska vnímání času v počátku puberty. Musíme si uvědomit, že pro desetileté je i 20 let pojímáno jako vysoký věk. Objevuje se strach ze smrti. Začne být schopno o smrti hovořit.

Pubescence a adolescence začíná se filozofovat o otázkách života a smrti, diskutují se problémy naplnění života, možnosti posmrtného života či reinkarnace.

Po 20 Dostávají se do roviny přijetí faktu smrti a zabývají se spíše otázkou “ co po mě zbude”, mohu nějak smrti zabránit.

Po 70 – bilancování života, postupné smiřování s blížícím se koncem, které připomínají úmrtí vrstevníků.

Schopnost vyjádření obav:

Dítě do 5 let se zpravidla cítí osamělé, něco ho bolí, má strach z nemocnice a léčby. Neví, proč je mu smutno a tuší, že se něco děje, čemu nerozumí . Může být uzavřené nebo podrážděné až agresivní - podstata úzkost, deprese.

Dítě od 6 do 10 let ještě neumí své obavy zformulovat, upozorní nás opět změna v chování.

Od 10-11 let se již objevuje schopnost vyjádřit i verbálně svůj strach a ptát se na smrt, hovořit o ní.

Jak hovořit s dítětem v terminálním stadiu:

Ujistit je že nebude samo ve smrti, ani po smrti. Ujistíme , že smrt nebolí, je to naopak konec všemu utrpení a bolesti, je to odpočinek.

Není to úplné zmizení ze světa. Vždy zůstávají vzpomínky (fotografie, hračky). Tato ztráta je na obou stranách (dětské i rodinné).

Ujistíme umírajícího, že se svým životem udělal vše, co mohl a zanechal nerasmazatelnou stopu.

Ujistit, že pláč a smutek je naprosto v pořádku, může si to dovolit.

Může být také úplně tucho a to je rovněž v pořádku.

Je vhodné jen naslouchat, držet ta ruku (dítě někdy vypoví celý svůj život), nechat je, potřebuje sdělovat.

Jak pomoci rodičům:

Utrpení zasahuje:

- nemocné tělo

- okolí - rodinu, přátele, vrstevníky,

- budoucnost - co bude dál, může se vyjádřit opakovanými otázkami na Dg. a léčbu.

Kvalitní péči o rodinu umírajícího můžeme zajistit tím, že dobře poznáme, její:

- Způsob života, hodnotovou orientaci.
- Filozofický názor, světový názor (věřící, nevěřící).
- Rodinou sociální sítí.
- Co jim pomáhá při zvládání těžké životní situace a jak zvládli předcházející těžké životní situace.
- Co si myslí o smrti.
- Jakou mají zkušenost se smrtí.
- Vyslechnout, nenabízet hned radu.

Pomoc rodině můžeme nabídnout, ale ne vždy ji rodina žádá. Záleží také na to, kdo ji nabízí, zda mu rodina důvěřuje. Pak je mnohem důležitější “být s nimi” než využívání specifických metod. Stačí jen držet je za ruku, nechat vyplakat na rameni, opakovat

několik neformálních slov. Často je nezbytné je ujistit, že skutečně udělali vše, co bylo v jejich silách.

Fakt, že se rodina může se zesnulým členem rodiny rozloučit má životní význam. Pokud to není možné, pak se později můžeme setkat s neurotickými pocity viny a iracionální úzkostí, které již vyžadují specifickou psychoterapii.

Rodina často nechce o svém problému hovořit hned. Někdy to trvá měsíce i roky, než problém smrti blízkého otevře. Měla by vědět, že jsme v tom okamžiku k dispozici pozorně jim naslouchat.

Poslední dny a týdny dospělých umírajících.

Čas umírání je pro všechny **časem krize**, kde dominují projevy deprese a úzkosti, strachu a nejistoty. (4,65)

Umírajícímu postupně **ubývá fyzických i psychických sil**. Začíná se zaměřovat na konec svého života. Tím lze vysvětlit upadající zájem o cokoli z dění kolem něj. „Kolik času mi ještě zbývá?“ ptá se sám sebe i ostatních. Stejně otázky si kladou i jeho nejbližší, neboť jsou již vyčerpáni neustálou péčí a pozorností, kterou svému blízkému věnují.

V této fázi je **velmi vítaný rozhovor** o aktuálních starostech i o stálém strachu, stejně jako konkrétní pomoc od přátel, sousedů či odborníků. Běžně doporučovaný **fyzický kontakt** nemusí být vždy vítán umírajícím, protože se zabývá bilancováním a vše z vnějšku ho může rušit. V této fázi může vyslovit i své pochybnosti, jako *79letá žena umírající na selhání ledvin vyslovila větu. Už chci odejít, ale loučení je tak těžké!* „*Přítomná příbuzná odpověděla: „Loučení přece není těžké, je v něm naděje na další shledání. “ V tom okamžiku povolilo napětí ve tváři ženy a ona se s úsměvem rozloučila slovy „Tak ahoj!“ Za několik dnů pak klidně zemřela.*

Také běžně doporučovaný nepřetržitý doprovod až do samotného konce života nemusí být vždy vítán. Zdá se, že **někteří lidé raději zemřou o samotě**. Jsou známy výroky umírajících o propuštění, o ukončení podpory apod.

Dívka 10 let umírala na leukémii. Její matka u ní byla nepřetržitě a stále ji silou svého kontaktu držela naživu. Jednoho dne dívka řekla „mami už mě pusť“.

Těsně před smrtí můžeme pozorovat **motorický neklid** u pacienta. Škube končetinami, trhá prádlo – zde je na místě u něj být a držet ho za ruku, tento kontakt uklidní.

Před smrtí pozorujeme **fázi euforie**, která se projevuje **jakoby návratem člověka do života, začne se zajímat o svět**. Raduje se, že je mu lépe, vyslovuje přání.

81 let muž umírající na Ca prostaty si přál nový zimník, který mu manželka koupila a přinesla. Měl velkou radost. Za krátký čas zemřel.

Euforii vystřídá **smrtelné kóma**. Projevuje se naprostou apatií pacienta. Leží nehybně, má pootevřené oči a ústa. **Nevidí, a slyší** mluvíme tedy tak, jako by byl při vědomí. Můžeme také vyslovit poslední věty na rozloučení, ujistit o své lásce, odpuštění.

V souvislosti se smrtí se hodně hovoří **o smrtelném pachu**, což je iluze, pokud je umírajícímu věnována patřičná ošetrovatelská péče.

Také fenomén **poslední myšlenky** je většinou fikce – poslední slova vyslovují patrně přítomní pozůstalí tak, aby zněla co nejšlechetněji. Možná, že bychom to mohli považovat za první projev vyrovnávání se smrti blízké osoby tím, že si ji zkrášluje.

První minuty po smrti. Tento čas zatím není formálně ani věcně zvládnut. Blízcí, kteří jsou přítomní si najednou neví rady, co bude dál, jak budou žít. Doporučuje se, nechat situaci doznít v tichu.

V tomto okamžiku je nutné, aby vešla sestra a ujala se péče o mrtvé tělo. To dělá sestram značný problém: „jak tam mám jít, co jim mám říci“. Nejjednodušší je zaklepat, vyslovit

soustrast a zeptat se, zda si rodina přeje být nápomocná. Pokud ne, poskytnout rodině tichý kout, tekutiny a kapesníky Nabídneme telefon..

Nesmíme zapomenout na poslední rozloučení poté, co je zemřelý již připraven. Umožníme poslední doteky i políbení.

Problémový pacient.

Problémový pacient je takový, který nedodrží pravidla léčby. K nejčastějším typům problémových pacientů patří agresivní, úzkostní, depresivní a narcističtí pacienti.

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 „přilávali 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 ochranu 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.
- Objašňujeme, 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 intervnují ve věci VIP a zůstat s nimi v přímém kontaktu. Tak umožní personálu klid k práci. Zájem nemocnice o nemocného, názory příbuzných a přátel sníží 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. Zdravotníci 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.

Základní pojmy z oblasti péče o pacienty.

Frustrace.

Motivovaný subjekt směřující k dosažení určitého cíle nemusí vždy tohoto cíle dosáhnout, protože se mohou objevit překážky, které dosažení znemožní.

Takové situaci, v níž je nějakým způsobem blokováno dosažení cíle, se říká frustrace. V situaci frustrace jde vždy o zmaření, odepření, selhání nebo neúspěch při dosahování cíle.

Frustrovat nás mohou **vnější i vnitřní faktory**. Z vnějších faktorů to mohou být reakce lidí, neočekávané překážky, chybějící uspokojení apod. Vnitřní jsou zpravidla vlastní zábrany, nepřiměřená očekávání, nízké sebehodnocení a sebedůvěra.

Frustrace jsou **běžnými životními jevy a setkáváme se s nimi velmi často**. Psychologicky významné jsou zvláště masivní a trvalé frustrace.

Frustrační tolerance je míra frustrace, kterou jedinec snese bez porušení obvyklé povahy svého přizpůsobení. Úroveň frustrační tolerance se lidé výrazně liší - co je pro někoho neúnosným stavem, může jiný běžně zvládat.

Psychologický význam frustrace je dán tím, že v situaci frustrace se vyvíjí tzv. frustrované chování, které se ve svých dynamických i povahových projevech liší od chování v normální situaci. Druhy frustrovaného chování můžeme analyzovat v experimentálních podmínkách.

Odezva na frustraci.

Záleží na tom, jak člověk svou situaci vnímá, zvláště pokud jde o nezbytnost dosáhnout právě sledovaného cíle a o možnost překážku překonat a na tom, jaké způsoby vyrovnání s frustračními situacemi si osvojil.

Emoční vzrušení.

Lze nesnadno rozlišit, zda vzrůst emočního vzrušení a napětí je součástí frustrace nebo zda je již odezvou na ni. V každém případě souvisí s nelibostí prožívaného stavu frustrace.

Únik.

Únik je obecnou odezvou na frustraci v případě, že prožívání stavu frustrace nedosaženého cíle je méně snesitelné než frustrace po jeho opuštění. Člověk pak fyzicky nebo psychologicky "opouští pole" a tím mění svůj motivační stav.

Fantazijní uspokojení spočívá v překonání překážky a dosažení cíle pouze na úrovni představy, že se tak děje či stalo - tím je zážitek frustrace zmírněn.

Frustrované chování se vyznačuje tím, že mu na rozdíl od normálního chování, které je vždy zacílené, **chybí cíl**. Pokud chování frustrovaného individua není bez cíle, je z hlediska dosažení cíle neadekvátní (hlavou proti zdi)

Konflikt:

Jde o střet vzájemně neslučitelných, přibližně stejně silných tendencí. Mohou se střetnout:

- **dvě pozitivní tendence – obě možnosti stejně lákavé**
- **dne negativní tendence – volíme menší zlo**
- **jedna pozitivní a jedna negativní tendence.**

Konflikt rovněž patří k běžným životním problémům, se kterými se každý opakovaně setkává. Nelze se jim vyhýbat. **Konflikt je nebezpečný tehdy, jestliže je dlouhodobý, závažný a zahrnuje osobně významnou oblast a člověk není schopen jej řešit.** Z psychologického hlediska jsou významné **vnitřní konflikty**. Ty se odehrávají ve vědomí jedince a jejich běžnou podobou je např. konflikt vědomí povinnosti a tendence k aktuálnímu uspokojení (nevěra).

Intenzita konfliktu závisí na subjektivním a emočním zpracování obou tendencí (motivů). Příčinou psychosomatických obtíží může být např. konflikt mezi přitažlivostí a odporem ve vztahu lidí (milují ho, on mě týrá).

Stres.

Pojem stres znamená být vystaven různým tlakům, být v tísní. **Stresem rozumíme změny, které vznikají v psychických regulačních mechanismech a činnostech jako reakce na působení různých stresorů (vnějších i vnitřních), k nimž dochází při stresových situacích. Stres tedy chápeme jako do jisté míry uniformní odpovědi organismu na nadměrnou zátěž či ohrožení jakéhokoliv typu.** Stresem může být popálení, úraz, porod, hladovění apod. Stresem mohou být i psychické vlivy jako je strach, úzkost, zármutek apod. Tuto formu označujeme jako psychickou zátěž. U člověka je ve většině případů odpověď organismu důležitější než povaha samotného podnětu.

Stres **nemusí být jen negativní**. V mírné podobě může mít aktivizační a motivační funkci.

Intenzita stresové reakce:

- **Hyperstres** – překračuje hranice schopnosti adaptovat se a vyrovnat se s ním.
- **Hypostres** – nedosahuje ani obvyklé hranice tolerance, jak je tomu u minisresorů. Jedná se o plíživé negativní vlivy monotónnosti, nudy nebo frustrace apod.

Kvalita stresové reakce:

- **Distres** – negativně působící stres – jde o vliv negativních situací, které rozrušují, zneklidňují až ohrožují člověka. V běžném laickém pojetí jde vždy o tento typ stresu.
- **Eustres** - kladně působící stres – jedná se o rozechvění nebo rozrušení ze situací, které jsou nám příjemné nebo v nichž očekáváme pozitivní odezvu (odměna, pochvala, příjezd milované osoby apod.

Stresory jsou negativně působící vlivy jejichž výsledkem je stres.

- **Fyzikální** – jedy, drogy, návykové látky, radiace, UV a UR záření, znečištění životního prostředí, vibrace, otřesy, elektrošoky, meteorologické jevy, změny ročních období a času, znásilnění, přepadení a další.
- **Emocionální** – nepřátelství, zloba. Vztek, zármutek, obavy, intriky, nuda, pomluvy. Zármutek, výčitky, přestoupení tabu, ztráta.

Podle **intenzity** mohou být podobně jako stres rozděleny na:

1. **Mini – mikrostresory** což jsou poměrně nepatrné, mírné okolnosti či podmínky, které vyvolávají stres. Jsou-li dlouhodobé, mohou přerůst ve svém vlivu a působit stres značné intenzity (dlouhé osamění, nedostatek přátel, nezaměstnanost)
2. **Makrostresory** – děsivé, život ohrožující události – živelní katastrofy, války.

Charakteristické znaky stresových situací.

Americký psycholog Holmes se pokusil sestavit tabulku, ve které zachytil každou vážnější změnu v životě člověka, která může působit jako stres.

Intenzitu stresu označil body od 0 do 100. Jakmile se v krátkém časovém období nashromáždí u jedince 300 bodů, hrozí nebezpečí vzniku nejrůznějších poruch (depresí, nervových krizí, infarktu myokardu aj.)

Holmes ohodnotil jednotlivé situace takto :

smrt manželského partnera	100
rozvod	73
úraz ,vážné onemocnění	53
sňatek	50
ztráta zaměstnání	47
těhotenství	40
změna zaměstnání	39
syn nebo dcera opouští domov	29

vstup do školy nebo její ukončení	26
změna bydliště	20
změna spánkových zvyklostí, denního režimu	20
změna školy	20
dovolená	13
vánoce	12
dopravní přestupek	11

Je pochopitelné, že **povaha a intenzita stresu bude individuálně rozdílná**. Pro jednoho bude maximálním stresem nevěra manželky a rozvod, pro druhého výpověď ze zaměstnání. Stále vzrůstající podněty z vnějšího prostředí a stále složitější situace, stále stupňované nároky na výkonnost, rozhodování a odborné schopnosti, stále vzrůstající odpovědnost, řešení složitých úkolů, nárazové práce a střídavé směny, rovněž uvolňování dřívějších pevných rodinných pout, k tomu stálá uspěchanost, časová tíseň, neklid, napětí, stále se stupňující tempo, čímž je poznamenán i volný čas, neschopnost uvolnění a odpočinku, k tomu frustrace, nesplněné a často nesplnitelné snahy (snaha "všechno zvládnout, všechno stačit, všude být a všechno mít ") zdánlivě pohodlný konzumní způsob života - ve skutečnosti však vybičovávající člověka na nejvyšší míru, v neposlední míře sociální nejistoty - to vše jsou mohutné stresory, které drtí člověka dnešní doby ze všech stran.

Jestliže v naší době stresorů nadměrně přibýlo, tyto stresy nedocházejí "naplnění", odreagování, zdravého odeznění. To je pro lidský organismus právě to neškodlivější. Není tedy divu, že v těchto podmínkách a za těchto situací, za vzrůstajících stresů, zhoršujícího se životního prostředí a zhoršující se životosprávy a nezdravého způsobu života, rapidně přibývá tzv. civilizačních chorob.

Reakce na stres.

Jde o proces, který probíhá ve třech fázích. Během nich dochází k postupnému zvládnutí situace.

1. Fáze aktivace obranných reakcí a uvědomění si zátěže. Jakmile si člověk uvědomí, že je vystaven zátěži začnou probíhat reakce na úrovni **fyziologické i psychické**.

Aktivace fyziologické reakce vypadá následovně:

- První reakce je **zahájena reflexně**. Funguje tedy automaticky a nezávisle na vědomé reakci a rozhodnutí člověka. Různé fyziologické procesy aktivizují energetické systémy.
- Následně se aktivizují centra v mozku (hypotalamus, hypofýza) a ACTH hormon. Organismus aktivuje energetické zdroje a získává energii z cukrů a bílkovin.
- Nakonec se aktivují tukové zásoby jako energetický zdroj.

Psychická reakce začíná zhodnocením situace jako stresující. K takovému hodnocení se zpravidla dospěje při nahromadění negativních zážitků a pocitů. Hodnocení závisí na osobnosti člověka, jeho dosavadních zkušenostech a charakteru emoční reaktivity. Reakce na stres probíhá následovně:

- Prožitek stresu je spojen se **změnou emočního prožívání**, typickou reakcí je úzkost, pocity napětí, obavy, hněv vztek, může se dostavit smutek, deprese. Člověk má pocit neřešitelnosti dané situace.
- Postupně dojde ke změně **kognitivních funkcí**, působení zátěže se promítne do způsobu myšlení a uvažování. Vlivem intenzity stresové situace a stresorů dochází často ke zkratkovitému a pesimističtějšímu řešení, zhoršuje se koncentrace pozornosti, mohou se objevit vtíravé myšlenky a různé asociace.

- **Zátěž aktivizuje psychické obranné reakce**, které mohou být individuálně specifické a jejich cílem je získání nové rovnováhy a vědomé strategie zvládnání – coping.
- 2. **Fáze hledání účelných strategií**, které by mohly vést ke zvládnutí stresové situace nebo alespoň k jeho zmírnění. V této fázi je důležité, jakou míru kontroly bude člověk nad situací mít. Pokud ji ztratí nebo ji skoro nemá, nastupuje třetí fáze.
- 3. **Fáze rozvoje stresem podmíněných poruch** – jde o selhání obranných mechanismů, které ve svém důsledku mají dlouhodobé závažné zdravotní problémy.

Trauma.

Jde o náhle vzniklou situaci, která vede ke poškození nebo ztrátě a má vždy negativní význam pro jedince.

S ohledem na to, že se jedná zpravidla o extrémně intenzivní negativní prožitek pozorujeme u lidí pocit ztráty, smutku, deprese, nejistoty. Dochází ke ztrátě pocitů jistoty, prožívá se úzkost. Trauma se projevuje i v oblasti myšlení, které se může stát nekritické, nesoudné a ovlivněné především emocemi. V jednání se objeví buď únik před dalším traumatem, který může vést až k izolaci nebo agrese, útok. Porucha, která v této souvislosti vzniká se nazývá posttraumatická stresová porucha a je akutní a chronická. Vyznačuje se neustálým návratem k traumatickému zážitku, poruchami spánku, depresemi, úzkostmi.

Krize

Objevuje se jako narušení psychické rovnováhy jako důsledek vyhrocení určité situace, dlouhodobé kumulace problémů nebo situačnímu nárůstu problému. Jejím hlavním projevem je **selhání adaptačních mechanismů** – dosud funkční mechanismy přestaly být funkcí a člověk musí hledat jiné. Jde o **nutnost změny**. Takové krize se objevují během vývoje člověka (dospívání, konflikt v rodině).

Krize je doprovázena **negativními emočními prožitky**, zejména úzkostí, pocitem ztráty bezpečí a jistoty, tenzí, úzkostí, zoufalstvím. **Mění se uvažování** a hodnocení situace. Člověk má pocit bezmoci, ochromení, bezradnosti a neschopnosti vybřednout. Také **jednání se mění**, může být inhibované, iritované, útočné, impulzivní a zkratkovité.

Reakce na krizi je rovněž rozfázováno podobně jako reakce na stres. Jen prvním prožitkem zde bývá často šok. Stejně jako jiné zátěžové situace může být řešena efektivně – změnou postoje, novým směrem životního zaměření nebo negativně – únikem k alkoholu, drogám. Izolaci.

Deprivace.

Deprivace je stav, kdy některá z objektivně významných potřeb – biologických či psychických – není uspokojována v dostatečné míře, přiměřeným způsobem a po dostatečně dlouhou dobu.

Deprivační zkušenost patří k nejtěžším zátěžím a její důsledky mohou poznamenat člověka na celý život jak co do psychického stavu, tak i vývoje. Charakter důsledků deprivace je dán obdobím, ve kterém ke strádání došlo a na charakteru potřeb, které nebyly uspokojovány. Je známo, že např. deprivace v oblasti emoční a sociální v útlém věku vede k patologickému vývoji specifických typů osobnosti a narušení sociálních vazeb.(Matějček, Langmaier). Podle oblasti deprivačních vlivů, pak dochází **ke vzniku specifických odchylek:**

- **Deprivace v oblasti biologických potřeb** (nedostatek jídla, spánku, tepla) ohrožuje tělesný rozvoj, duševní i tělesné zdraví. Při dlouhodobém působení může vést k rozvoji nemocí i smrti.
- **Podnětová deprivace** znamená, že člověku chybí dostatečná variabilita a množství podnětů, které jsou přiměřené věku a vývojové úrovni daného jedince. Příčinou je špatně rodinné a výchovné zázemí nebo chronická nemoc či mentální retardace.
- **Kognitivní deprivace** – jde o výchovné a výukové zanedbání, které nedává dítěti dostatek podnětů a podmínek k učení. Dítě se pak může jevit jako mentálně retardované.
- **Citová deprivace** vzniká z nedostatku spolehlivého a jistého citového vztahu k matce nebo jinou pečující osobou. Následkem je nedostatečný emoční rozvoj a porušení sociálních vazeb v dalším životě.
- **Sociální deprivace** je omezením přiměřeného vztahu s lidmi. Takto strádají často lidé chronicky nemocní. Postižení různým způsobem nebo senioři. Tato tendence může vycházet i z rodiny, která nedovoluje svým členům sociální kontakty.

Mechanismy zvládnání zátěžových situací

Obecná míra zvládnání zátěže bývá označována jako **frustrační tolerance**, v novější literatuře označována jako **nezdolnost, pevnost** (hardiness), který lze chápat jako stupeň odolnosti proti zátěži. Pojem **resilience** můžeme **charakterizovat jako houževnatost, nebo schopnost odolávat zátěži v čase.**

Celkově jde o komplex podmínek, které napomáhají člověku zvládat zátěž a jejich fungování a účinnosti souvisí s následujícími podmínkami:

- Jak jedinec zátěžovou situaci **hodnotí a interpretuje** její význam, zda ji považuje za ohrožující.
- **Jako ji prožívá**, jaké emoční reakce vyvolává. Zda převládá úzkost a strach nebo pocit bezmoci nebo pozitivní ladění a odhodlání, víra ve zlepšení situace.
- Zda si dokáže udržet **kontrolu nad situací**, zda je přesvědčen, že ji zvládne ať sám nebo za pomoci blízkých nebo důvěryhodných osob.
- Zda jej **zátěž aktivizuje** ve smyslu hledání účelných východisek a řešení nebo **paralyzuje** k apatii a rezignaci.
- Zda je dostatečně **flexibilní** a dovede zapomenout na nepříjemné zážitky, dokáže se zotavit po traumatu a neulpívá na minulých prožitcích.
- Jakou má **schopnost využít pozitivních podnětů**, které nabízejí zejména sociální kontakty a přijetí nabízené pomoci nebo schopnost své problémy komunikovat.

Do uvedených faktorů patří i **dostupná a účinná sociální podpora a pomoc.**

Míra odolnosti proti zátěži je dána dědičnými předpoklady (typ osobnosti), učením se adekvátním způsobům zvládnání během vývoje, individuálními zkušenostmi se zátěží a jejím zvládnutím a rovněž sociokulturní normy (každá společnost uznává jiné strategie).

Obranné reakce vědomé a neuvědomované.

Obrana proti stresu může probíhat na vědomé – uvědomované úrovni nebo využívat neuvědomované mechanismy. K vědomým reakcím patří:

Útok - odhodlání bojovat

- **verbální** - sarkasmus, ironie, posměšné glosy, neustálé diskuse o způsobu péče o dítě a léčebné postupy, opakované požadavky neúměrné k možnostem okolí, cynismus k sobě i nejbližším.
- **neverbální** - nepřiměřená mimika situaci, jakoby ztrnulost nebo naopak přehnaná gesta, změna pozice těla...
- **transformace** - vybití agrese nějakou náhradní činností - sport, napadání cizích lidí verbálně, neúměrné prosazování se nebo naopak nepřiměřená pokora apod.

Únik - tendence uniknout ze situace

- **k mystice** - sektářství, nadpřirozenu, odchod ze zaměstnání a veškerá péče se věnuje dítěti, charitativní péče
- **k návykovým látkám** - alkoholu, drogám, hráčství apod.,
- **k izolaci** od společnosti - přerušení přátelských vazeb, změna i bydliště
- **k racionalizaci** neustálé hledání vysoce odborných informací a využívání se v nich na úkor emoční angažovanosti k dítěti
- **vyhnutí se** - tato reakce působí jakoby si rodina neuvědomovala, že je dítě nemocné, hovoří se o neohrožujících tématech (dovolená, cesta na kontrolu, škola a pod). V praxi to může znamenat i to, že se podceňují projevy nemoci.

Coping

Jde o zvládnání zátěže volbou určité strategie. Jde o cílevědomý proces, který závisí na hodnocení dané situace a posouzení vlastních možností. Cílem je dosažení zvládnutí situace, pozitivní změny nebo alespoň smíření se situací. Coping může mít trojí podobu:

- **Coping zaměřený na řešení problému.** Jde o strategii, která vychází z přesvědčení, že danou situací lze zvládnout a vyřešit ji. Jedinec má pocit, že je schopen tohoto cíle dosáhnout. Stejnou hodnotu má uvědomění si omezenosti možností – obtížnosti zdravotních problémů.
- **Coping zaměřený na udržení přijatelné subjektivní pohody,** na uchování psychické rovnováhy a redukci negativních zážitků. Předpokladem této strategie je přesvědčení, že problém nelze řešit, proto je nutno ho pojmout jinak, zaujmout odlišný postoj – např. smířit se s ním. Nejde o negativní strategii v každém případě. Smíření se s nedosažitelností vede k vyrovnanosti.
- **Sebeznevýhodňující strategie** znamená, že předem odmítají jakékoliv pozitivní řešení, rezignují. Častá je u nejistých a úzkostných lidí, bývá součástí syndromu naučené bezmocnosti.

Neuvědomované reakce

Obranné reakce , které nejsou plně uvědomovány mají rovněž svůj význam, ale liší se určitou mírou zkreslení reality.

- **Popření:** Člověk přijímá jen takové informace, které nejsou ohrožující nebo nepříjemné. Napůř. Si nepřipouští, že je nemocen a chová se stále stejně. Nepřipouští si traumatizující charakter situace.
- **Potlačení a vytěsnění:** Jedinec má tendenci zbavit se myšlenek a pohnutek, které jsou subjektivně nepřijatelné. Ve vytěsněné podobě nejsou již ohrožující. Časté u obětí násilí.
- **Fantazie:** Pomáhá nahradit traumatizující skutečnost jinými zážitky, které jsou snesitelné. Podobně u dětí **pseulogica phantastica** – dítě si vymýšlí příběhy, které nezažilo, ale touží po nich.

- **Racionalizace:** Jedná se o zdánlivé logické přehodnocení situace. Umožňuje tíživost zážitků zmírnit a učinit je přijatelnými (může za to někdo jiný).
- **Sublimace:** Transformace nedostupného způsobu uspokojení v jiný, dostupnější – sport, umění.
- **Regrese:** únik na vývojově nižší úroveň chování obvykle vyjadřuje odmítnutí osamostatnění se, potřebu větší závislosti na okolí. Jedinec se upíná k autoritě, touží být opečováván. Časté u těžkých chorob. Při zafixování negativně ovlivňuje sociální a emoční vyzrávání.
- **Identifikace:** posílení vlastní hodnoty splynutí s ideálem, vzorem. Dojde k posílení sebevědomí, větší jistotě a rozhodnosti. Podle vzoru je identifikace pozitivní a negativní (sportovec vs. extrémista).
- **Substituace:** jde o náhradu nedosažitelného uspokojení dosažitelným. Objevuje se v situaci frustrace cíle a přispívá ke snížení pocitu zklamání. Náhradní cíl nemusí být vždy žádoucí a pozitivní.
- **Projekce:** tendence promítat své vlastní obavy a názory do jednání jiných lidí. Nejčastěji prisuzování vlastních chyb jiným.
- **Rezignace:** se objevuje v dlouhodobé zátěžové situaci, kdy se jedinec předem všeho vzdá, protože to považuje za nedosažitelné. Vyjadřuje bezmocnost a pasivitu až apatii.

Adaptivní a maladaptivní strategie zvládnání situace rodiny s nemocným dítětem:

Adaptivní strategie.

Optimismus, který staví naději proti strachu a úzkosti. Pokud se přežene, může dojít k podcenění projevů nemoci a může následovat neadaptivní deprese.

Postupná adaptace během níž se rodina rozhodně přijmou veškeré nároky spojené s péčí o dítě a podnikne takové kroky, aby byla schopna je naplnit.

Budování emocionální rovnováhy na základě přijetí faktu nemocného dítěte a nezbytnosti adekvátní emoční podpory - záchraná emocionální rodinná síť. Prevence extrémních reakcí.

Víra dodává hluboce věřícím oporu a smysl jejich utrpení.

Shánění informací s cílem dovědět se co nejvíce o nemoci dítěte a tím získat schopnost adekvátní podpory a pomoci. Snížení napětí a úzkosti z chybného způsobu péče.

Orientace na řešení běžného provozu rodiny - organizace "služeb u dítěte, možnost matky k rekreaci a oddechu apod.

Přijetí pomoci od širší rodiny či přátel - poskytují možnost rodičům mít volný čas na sebe, oddechnout si od péče o dítě a od nebezpečí vyhoření.

Maladaptivní strategie.

Nepřijetí onemocnění - rodina se brání uvědomit si, že její člen je nemocen a má vážný problém. Brání se validním informacím, nemoc neexistuje. Nemocné dítě cítí, že něno není v pořádku, ale rodina se tváří jakoby nic. Nebezpečí zanedbání péče.

Opuštění pacienta - dítě opakovaně svěřováno do péče odborných zařízení pod maskou strachu, aby rodina zvládla péči. Před propuštěním se rodina vymlouvá na nerůznějších věcí. Matka vyhledává psychiatra-psychologa s cílem získat potvrzení, že se pro svůj stav nemůže starat. Odmítají dítě, stydí se za ně.

Magické řešení situace - hledají se zázrační léčitelé, návštěva poutních míst i u nevěřících. Dítě zanedbává doporučenou léčbu a vrací se v ohrožení života.

Zhroucení rodiče - často osamělé matky, které se snaží zvládnout veškerou péči a podporu. Dítě je na ni často úzce vázáno, "hlídá si ji" a nenechá vydechnout. Matka pak se uchyluje k alkoholu, drogám.

Sebeobětování může pramenit z vleklých manželských problémů a nemocné dítě se stává prostředkem např. zabránění rozvodu. Matka spí s dítětem, otec spí jinde, ale nemůže opustit obětavou ženu. Ta ho ve skutečnosti vydírá.

STRACH A ÚZKOST.

Strach můžeme definovat jako signální emoci, která chrání naši existenci a v mnohých případech stimuluje naši činnost, ale jen tehdy, pokud není příliš velký.

Existence strachu je biologická nezbytnost.

Anatomickým substrátem na vybavení strachu je hypothalamus, resp. celý limbický systém. Nedostatek strachu je součástí nedostatku schopnosti anticipovat (předvídat) a charakterizuje např. mentální retardaci. Strach je indikátorem nebezpečí a jeho nedostatek je důležitým problémem z hlediska pudu sebezáchovy. Na druhé straně schopnost potlačit strach je součástí odvahy.

Mnozí autoři rozlišují pojmy strach a úzkost .

Strach je podle těchto autorů předmětný, vždy se váže na určitý předmět, obsah.

Úzkost je difúzní, představuje náladovou kvalitu, duševní stav. Úzkost se často definuje jako nepříjemný emoční stav provázený předtuchou nejasného nebezpečí, které subjekt není schopen přesně pojmenovat a určit.

Pojem anxiozita (úzkostlivost) má charakter osobnostního rysu a znamená zvýšenou pohotovost k reakcím strachu a úzkosti (anxiety).

Jiní autoři (např. Freud) neuznávají existenci strachu bez objektu (tedy úzkost v klasickém smyslu slova). Anxiety vždy podle těchto autorů vyvolává nějaký podnět, situace, objekt, nebo spontánně vybavené asociace. Strach a úzkost se používají tedy jako pojmy alternativní pouze v laickém prostředí..

Úzkost se projevuje mnohými vegetativními a duševními příznaky.

Mezi **vegetativní příznaky** patří změny dýchání, zvýšení krevního tlaku, bušení srdce, zvýšené pocení, pocit sucha v ústech ba dokonce i změny metabolismu (stoupá např. hladina kyseliny mléčné, vyplavuje se noradrenalin ap.).

V psychické oblasti je úzkost spojena s pocitem vyčerpanosti, únavy, zvýšeným duševním napětím, změnami aktivity a výkonu, někdy nutkáním do více či méně neúčelné činnosti.

Protože úzkost navozuje mnoho vegetativních, fyziologických změn, má důležitý vliv na vznik a průběh tzv. psychosomatických chorob.

Mezi **psychosomatické choroby** tj. choroby na jejichž vzniku se významně podílí psychogenní složka, dne řadíme prakticky všechny tzv. civilizační nemoci a psychosomatický doprovod je součástí bio-psycho-sociálního modelu nemoci v současné medicíně.

O extrémních možnostech účinku psychogeneze se podávají zajímavá svědectví, týkající se psychogenní smrti. Hraje při ní úlohu odmítání potravy a extrémní excitace adrenokortikoidních systémů stavem hrůzy. (např. psychogenní smrt v chladičím voze, jehož mrazící zařízení nebylo zapnuto). Jinými příklady jsou smrti způsobené magickými sugestivními manévry domorodého kouzelníka nebo působením kmenového tabu.

Strach je také společným znakem všech neuróz. Chápeme ho jako "hrozný pocit izolace a bezmocnosti v potenciálně hostilním světě. "(Pocit bezmocnosti je patogenetický faktor, který působí ve formě bludného kruhu).

Chronická úzkost je charakteristická zejména pro úzkostnou neurózu. Příkladem vystupňovaného strachu je **fobie** - obsedantní patologický strach, který si subjekt uvědomuje

a přece se bojí. Strach se příliš fixoval a subjekt sám ho už nedokáže potlačit úsilí o jeho potlačení dokonce zvyšuje intenzitu fobie.

Podle obsahu rozeznáváme mnoho druhů fobií.

Z nejčastějších fobií můžeme uvést :

nyctofobii - strach z tmy

klaustrofobii - strach z uzavřeného prostoru

hydrofobii - strach z vody

acrofobii - strach z výšek

agorafobii - strach z velkých prostranství

nosofobii - strach z nemoci

karcinofobii - strach z rakoviny

tanatofobii - strach ze smrti

arachnofobie - strach z pavouků

Místem, ke kterému se vztahuje mnoho obav, strachu a úzkosti je lékařská ordinace a zejména nemocnice. Nemocný nerozumí řadě svých pocitů, nedovede věcně posoudit své potíže a příznaky. Obavy, strach a úzkost jsou proto v autoplastickém obrazu jeho nemoci významným činitelem.

Strach může bránit nemocnému, aby se podrobil vyšetření. Strach znesnadňuje průběh vyšetření :zvýšení krevního tlaku a tachykardie může vést k mylné diagnóze. Strach nemocného, že trpí vážnou chorobou může vést k popírání, zatajování příznaků.

Strach neovlivňuje jen chování dětí. Chování může být ovlivněno strachem a obavami v různých směrech - může se projevit např. plačtivostí (pohotovost reagovat pláčem),zvýšenou dráždivostí, negativismem a někdy i agresivní reakcí

Prevence strachu u dětí znamená především klidně a pravdivě seznamovat dítě s nutným vyšetřením popř.hospitalizací.

RELAXAČNÍ A IMAGINATIVNÍ TECHNIKY.

Relaxační techniky jsou metody, které cíleně využívají svalovou relaxaci, autosugesci a řízené představy, a to jak samostatně, tak i v kombinacích. Vychází z poznatků o vzájemné souvislosti mezi třemi faktory:

- a) psychickou tenzí,
- b) stavem vegetativní n.s.,
- c) napětím svalstva.

Využitím volního řízení tonu kosterního svalstva můžeme dosáhnout psychického uvolnění a ovlivnit orgánové funkce.

Imaginativní techniky jsou metodami využívající řízené představivosti (imaginace) pacienta na určité motivy, obrazy či témata. Lze u nich setrvat relativně dlouhou dobu. Slouží k odhalování méně vědomých či podvědomých motivů vlastního jednání klienta.

1. Typy relaxačních metod:

1. Autogenní trénink podle Schulze –Henckeho.
2. Progresivní relaxace dle Jacobsona.
3. Relaxace při hudbě.

1) Autogenní trénink dle Schulze Henckeho:

Užívá se nejčastěji, zejména jeho prvního stupně. Jeho nácvik trvá asi 3 měsíce, každý týden se realizuje 2-3 sezení a klient dostává úkoly na doma, je povinen doma trénovat nacvičené dovednosti 3x denně po 5 minutách.

1. základní stupeň obsahuje relaxaci, která začíná v dominantní ruce.
 - a. Pocitem tíhy od dominantní ruky do celého těla.
 - b. Pocit tepla, který opět začíná v dominantní ruce a postupuje do celého těla
 - c. Regulace srdeční činnosti – důraz na pravidelný a klidný tep.
 - d. Koncentrace na dech – dech je klidný.
 - e. Regulace břišních orgánů – příliv tepla do oblasti solar plexus
 - f. Koncentrace na oblast hlavy – pocit chladného vánku na čele.
2. Praktický stupeň – individuální formulky. Ty mohou být zaměřeny fyziologicky (na funkci určitého orgánu) nebo intentečně (na změnu v postojích nebo chování). Mohou tyto problémy neutralizovat nebo je pozitivně zaměřovat.
3. Meditační stupeň, který má udržet živé představy osob a dějů a meditačním způsobem setrvat u osobně významných témat. Cílem je sebepoznání a sebezdokonalení.

2) Progresivní relaxace dle Jakobsona.

Nácvik vychází z předpokladu, že lidé neumí rozeznat rozdíl mezi stavem napětí a uvolnění. Během 6 lekcí se klienti učí právě rozlišovat mezi napětím a uvolnění postupným napínáním a uvolňováním jednotlivých svalových skupin.

1. Rozlišit pocit napětí a uvolnění – začíná se dominantní rukou, ruka se zatíná v pěst a uvolňuje, paže se napíná proti odporu (poskytuje terapeut) a uvolňuje apod.
2. Relaxace svalů na hlavě – pomáhá terapeut tím, že podněcuje např. ke krčení a povolování čela, silné zavírání očí, pokrčování nosu, zatnutí zubů a pod.
3. Svaly jazyka – vědomé otvírání a zavírání úst, vyplazování jazyka, svaly krku.
4. Svaly ramene – zatnutí proti odporu a uvolnění.
5. Záda, hrud' a břicho.
6. Prsty na rukou a nohou.

Tento systém se užívá spíše v USA, kde vznikl a v některých anglosaských zemích. Jeho nácvik je velmi pracný a zdlouhavý.

3. Relaxace při hudbě.

Relaxace probíhá přirozeně po 1-2 instrukcích při speciální hudbě, která zpravidla vyjadřuje nějaké přírodní téma (les, louka, potok, moře, oheň, bouřka).

Tato metoda je univerzálně použitelná a velmi dobře funguje u dětských pacientů s živou fantazií a s psychosomatickými problémy.

Postup je jednoduchý. Klient si zakoupí relaxační hudbu. Doma si najde klidné místo, kde ulehne a hudbu si pustí přes sluchátka do uší. Tím vyloučí rušení se strany okolí a ani on sám jiné neruší.

Nechá se vést námětem hudby a ponoří se do příjemných představ.

Pokus se spolu s uvolněním uvolní i psychika, mohou vytanout problémy, které dotyčného tíží.

Ve fantazii je pak „likviduje“ – pošle po větru, v lodičce po potoce apod.

Funguje spolehlivě.

Podmínky k relaxacím:

Poloha vleže na měkčí podložce je ideální. Lze využít i sed v kresle s opěrkou hlavy event. Podnožkou. V nejméně příznivém případě lze zaujmout tzv. polohu drožkáře na obyčejné židli.

Je nezbytné být v klidném prostředí, lze zastřít okna před sluncem – šero povzbuzuje uvolnění.

Účinky relaxačních technik:

Centrální nervový systém a vegetativní nervový systém jsou vzájemně propojeny a ovlivňují se.

Cíleným a soustavným působením na jednu z nich můžeme ovlivnit zbylý systém a orgány těla.

Takto působí jen u nacvičeného člověka, jen ten může zharmonizovat obě n.s. a tělesné orgány.

4.Imaginace:

Řízená imaginace: Je založena na podnětech, které terapeut navrhuje klientovi na základě jeho důkladné znalosti.

Jako první se navrhuje nějaká barva, pak se přechází na klientovu oblíbenou barvu.

Dále lze vyvolat představu konkrétních předmětů – pak se přechází ke stále abstraktnějším.

Dále lze aktualizovat vlastní zážitky, zejména intenzívně emočně nabitě.

Můžeme vyvolat obraz určitých osob, uvědomit si naše vztahy k nim a tak získat schopnost větší empatie.

Během imaginace si klient klade otázky a očekává odpověď „z nevědomí“.

Nakonec můžeme formulovat různá předsevzetí a vštípit si je a vytovřit si tak základní životní hesla.

Katymně imaginativní metoda:

Pacientovi se zadávají náměty, které byly přesně strukturovány autorem metody Leunerem.

Na tato témata relaxovaný klient nechává volně vznikat fantazijní představy a volně o nich komunikuje s terapeutem.

Na základním stupni se podávají tyto podněty: květina, louka, . potok, hora, dům a okraj lesa s pohledem do jeho vnitřku.

Na středním stupni se rozvíjejí motivy osob, které byly nebo jsou pro klienta významné (často matka nebo otec), motivy sexuality (šípkový keř, autostop), agrese (lev) a ideálu.

Na nejvyšším stupni se podávají motivy jeskyně, močálu, sopky a staré tlusté knihy.

Tato metoda vyžaduje speciální trénink.

Relaxační a abreaktivní techniky lze s úspěchem použít i v běžném životě při řešení krizí nebo pocitech vyhoření. Také jako obranu proti zátěži.

Literatura:

Balint M: Lékař, jeho pacient a nemoc. Grada, Praha, 1986
Bouček J a kol: Lékařská psychologie. LF UP, Olomouc, 2006.

- Dostálová O: Psychoterapeutické přístupy k onkologicky nemocným. Avicenum, Praha, 1986
Haškovcová H.: Thanatologie. Galén, Praha, 2000
Honzák R: I v nemoci si buď přítelem. Avicenum, Praha, 1989
Konečný R, Bouchal M.: Psychologie v lékařství. Avicenum, Praha 1966
Křivohlavý J: Psychologie nemoci. Grada, Praha, 2002
Kubler-Ross E.: Otázky a odpovědi o smrti a umírání. Arita, Turnov, 1994
Kubler-Ross E.: Hovory s umírajícími, Signum Unitatis, 1992
Medzihorský,Š.: Asertivita. Elfa, Praha, 1991.
Meili, R.-Rohracher, H.: Učebnice experimentální psychologie. SPN, Praha, 1967.
Nakonečný M: Sociální psychologie. Academia, Praha, 1999
Nakonečný, M.: Základy psychologie. Academia, Praha, 1998
Nakonečný, M.: Sociální psychologie. Academia, Praha, 1999.
Nakonečný, M.: Úvod do psychologie osobnosti. Praha, 1993.
Říčan P, Krejčířová D: Dětská klinická psychologie. Grada, Praha, 2006
Svoboda, M.: Aplikace sociální psychologie. SPN, Praha, 1988.
Šmahel, I.: Psychologie osobnosti pro zdravotníky. ÚDVSZP, Brno, 1974.
.Vymětal J: Lékařská psychologie. Portál, Praha, 2003

