

Zdravotnická psychologie

Distanční studijní text

Yveta Vrublová

Opava 2020



**SLEZSKÁ
UNIVERZITA**
FAKULTA VEŘEJNÝCH
POLITIK V OPAVĚ

ÚVOD

Psychologie jako vědecká disciplína jak poznamenal v roce 1908 H.Ebbinghaus má dlouhou minulost, ale krátkou historii. Trvalo velmi dlouho, než se lidé začali zabývat do hloubky rozdíly mezi chováním, vnímáním, jednáním. Rozklad psychiky podal nejen Demokritos, ale i Hippokratés, Galén, kteří chování člověka chápali jako výsledek fyziologických procesů. Aristoteles byl přesvědčen, že všechno vědění prochází přes smysly. Na tomto základě vyslovil J. Locke slavnou větu „Nihil in intellectu, quod non ante in sensu“ (asocianismus senzualistický) – všechny duševní obsahy probíhají přes smysly. Výuka psychologie jako samostatné vědní disciplíny se objevila v 19.století na lékařských a filozofických fakultách. První časopis pro experimentální psychologii založil v roce 1881 W.Wund . H. Ebbinghaus autor křivky zapomínání přispěl k oddělení psychologie od filozofie. Koncem 19.století se vývoj psychologie posunuje dopředu, dochází k vymezení předmětu psychologie. Vzniká psychologie celostní, kognitivní behaviorální, nebehaviorální, humanistická. V České republice se uplatňuje zejména přístup humanistické psychologie. Postupně vznikl celý soubor psychologických disciplín, lékařskou či zdravotnickou psychologii nevyjímaje. Lékařská psychologie jako starší disciplína vznikla z potřeby zabývat se psychickými aspekty vztahu a interakce pacient – lékař. S rozvojem medicíny – diagnostických a terapeutických možností přibyla do medicíny řada oborů, které v současné době tvoří multidisciplinární tým. Patří zde všeobecné sestry, porodní asistentky, nutriční terapeuti, fyzioterapeuti, ergoterapeuti, ortoptici, protetici, radiologičtí asistenti, biomedicínští technici atd. Tito odborníci pracují s pacienty a jejich vztah je neméně důležitý jako vztah pacient – lékař. V textu se studenti seznámí s problematikou premorbidní a morbidní osobnosti, s problematikou komunikace a nejčastějšími problémy vyskytující se v interakci pacient – zdravotník.

Předkládaný distanční text není obsahově vyčerpávající publikací. Podává rámcový a informativní pohled a představuje úvod do problematiky. K hlubšímu studiu předmětu jsou v literárních odkazech doporučeny dostupné publikace.

OBSAH PŘEDMĚTU

1 Úvod do problematiky, vymezení základních pojmů.....	6
1.1 Zdraví a nemoc, vnímání zdraví a nemoci.....	6
1.2 Faktory ovlivňující zdraví a jeho vnímání, postoje k vlastnímu zdraví.....	9
1.3 Psychologie zdraví.....	10
1.4 Nemoc jako náročná životní situace.....	11
1.5 Adaptace na nemoc.....	14
2 Osobnost	16
2.1 Geneze osobnosti	16
2.2 Psychické procesy.....	19
2.3 Dynamika a psychika osobnosti.....	26
3 Ontogeneze a její vliv na vnímání nemoci.....	30
3.1 Ontogenetická periodizace.....	31
4 Psychologická problematika nemocného.....	48
4.1 Prožívání nemoci.....	48
4.2 Psychická reaktivita pacienta.....	51
5 Komunikace	54
5.1 Komunikační proces.....	55
5.2 Druhy komunikace.....	58
5.3 Asertivita.....	60
5.4 Neverbální komunikace.....	61
5.5 Zásady komunikace s nemocným.....	64
5.6 Mezikulturní komunikace.....	67
6 Stres.....	73

6.1 Definice stresu.....	74
6.2 Paleta stresorů.....	75
6.3 Syndrom vyhoření.....	76
7 Bolest.....	79
7.1 Akutní a chronická bolest.....	80
7.2 Léčba bolesti.....	81
8 Základy psychoterapie.....	84
9 Psychická krize.....	90
Použitá a doporučená literatura	

VÝZNAM GRAFICKÝCH SYMBOLŮ



průvodce studiem



shrnutí



pojmy k zapamatování



kontrolní otázky a cvičení



korespondenční úloha

1. ÚVOD DO PROBLEMATIKY, VYMEZENÍ ZÁKLADNÍCH POJMŮ

Cíl

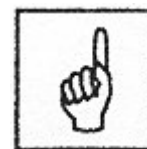
Po prostudování kapitoly byste měli být schopni:

- objasnit pojmy zdraví a nemoc
- popsat faktory ovlivňující zdraví
- specifikovat možnosti adaptace na nemoc
- charakterizovat onemocnění a determinující faktory jeho vnímání
- vysvětlit pojem kvalita života
- charakterizovat zdravý způsob života



Klíčová slova

Zdraví, nemoc, vnímání zdraví a nemoci, výchova, prevence, zdravotní péče, životní prostředí, způsob života, kvalita života



Průvodce

Jak jistě znáte ze statistik i ze své denní práce, je zdravotní stav české populace velice neuspokojivý. Střední délka života zaostává za rozvinutými evropskými zeměmi o 6-7 let, úmrtnost u mužů v produktivním věku jeve srovnání s těmito zeměmi dvojnásobná. V úmrtnosti na kardiovaskulární onemocnění a na nádory je Česká republika na předním místě v Evropě. Mimořádně vysoká je vysoká nemocnost na většinu základních neinfekčních onemocnění, jako je hypertenze, ischemická choroba srdeční, akutní infarkt myokardu, neurózy, vředová choroba žaludku, dvanácterníku a diabetes mellitus. V posledních letech také stoupá závažnost onemocnění psychických. Z tohoto důvodu je nutné se zamýšlet nad pojmy zdraví a nemoc – pochopit hranice mezi nimi, pokusit se vžít do situace nemocného, do jeho potřeb a kvality života. Vzhledem k tomu, že délka života se stále prodlužuje, přítomnost nemocí zejména chronických je častější. V rámci zachování tělesného i duševního zdraví je nutné pochopit vznik nemocí – jejich zákonitosti a zejména nutnost prevence.

1.1 Zdraví a nemoc, vnímání zdraví a nemoci

Pojetí zdraví

V antice filozofové věnovali velikou pozornost tomu „jak moudře žít“. Do tohoto pojetí moudrého způsobu života patřilo i pojetí zdraví – „žít zdravě“ znamenalo „žít moudře a dobře“ (Křivohlavý,2001).

David Seedhouse ukazuje na čtyřech příkladech to, co si lidé různého



zaměření představují pod pojmem zdraví (1995, s.125):

Lékař - pojem „zdraví“ rozumí nepřítomnost nemoci, choroby či úrazu

Sociolog - rozumí pod pojmem „zdravý člověk“ člověka, který je schopen dobře fungovat ve všech jemu příslušných rolích

Humanista - slovy „zdravý člověk“ označuje takového člověka, který je schopen pozitivně se vyrovnávat s životními úkoly, které se před ním naskytnou

Idealista - pod pojmem „zdravý člověk“ si představuje člověka, kterému je dobře tělesně, duševně i sociálně



Zdraví jako cíl a zdraví jako prostředek k dosažení cíle.

Dle pohledu širší veřejnosti je dobré být zdrav, neboť tento stav vede k určitému cíli, který si jedinec během svého života dává a ke kterému směřuje. Člověku jde v životě o něco, chce své plány a ideály realizovat. K tomuto potřebuje být zdrav a v celkové bio-psycho-sociální pohodě.

Slovo **zdraví** a jeho pojetí se radikálně mění. Zdraví je ovlivňováno a podmiňováno celou škálou zevních a vnitřních faktorů. V současné době se setkáváme s velmi pestrým pojetím zdraví. Některá pojetí jsou příliš zužována na zdraví těla (fyzický stav člověk), jiná chápou zdraví jako např. boží sílu či tajemnou sílu.

V minulosti byla zveřejněna řada teorií zdraví. Velmi zajímavé rozdělení zdraví uvedl v monografii David Seedhouse (1995), který teorie zdraví rozděluje do čtyř skupin:

1. Teorie, které považují zdraví za ideální stav člověka, jemuž je dobře (wellness).
2. Teorie, které chápou zdraví jako „fitness“ – normální dobré fungování.
3. Teorie, které se dívají na zdraví jako na zboží.
4. Teorie, které chápou zdraví jako určitý druh „síly“.

Nejznámější je definice zdraví Světové zdravotnické organizace (World Health Organization) v roce 1946, která říká:

„Health is a state of complemente physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease and infirmity.“

„Zdraví je stav, kdy je člověku naprosto dobře, a to jak fyzicky, tak psychicky i sociálně. Není to jen nepřítomnost nemoci a neduživosti“.

Psychologie zdraví, neboli zdravotní psychologie („health psycholgy“) je vědecká psychologická disciplína, kterou se zabývají v celém světě stovky profesionálních odborníků. Zdraví má svou hodnotu a je velmi důležité věnovat mu pozornost. Psychologie zdraví se zabývá tím co se děje v duši zdravých a nemocných lidí. Psychologie zdraví má široký záběr a intenzivně se zabývá psychologickým aspektem prevence. Tato prevence se týká způsobu života v celé jeho šíři. Jde o zdravý život. Podle Rolfa Schwarcera se zabývá rolí psychologických faktorů při udržování dobrého zdravotního stavu, při prevenci nemocí, při zvládnání negativních zdravotních stavů (emocí), při poskytování psychologické pomoci pacientům v průběhu léčby a při vyrovnávání se s nemocemi. (Křivohlavý,2001,s.16).

Pojetí nemoci

Nemoc bývá v běžném životě definována jako „porucha zdraví“. V lidovém pojetí je nemoc vnímána jako dialektický protiklad zdraví. Dle širšího pohledu na zdravotní stav člověka je možné dle Křivohlavého (2002) rozdělit pohled na nemoc do tří úrovní:



I. ORGANICKÝ STAV - CHOROBA - POŠKOZENÍ

II. FUNKČNÍ STAV - NEMOC - NESCHOPNOST PRACOVAT

III. SOCIÁLNÍ STAV - NEZDRAVÝ- ZDRAVOTNĚ POSTIŽENÝ

Imunitní systém a psychologické jevy

Imunitní systém hraje významnou roli pro udržení zdraví. Tento systém lze chápat jako relativně samostatnou činnost. Imunitní systém může fungovat dobře, může však také docházet k poruchám jeho funkce. Mezi takové dysfunkce imunitního systému patří AIDS, alergie, autoimunitní reakce, nádorové onemocnění atd. Na zdraví člověka má vliv imunitní činnost, kterou ovlivňuje stres, opuštěnost, osamocenosť, celková nálada, stav prostředí, emoce. Nervový a imunitní systém jsou funkčně propojeny v obou směrech. Nervový systém ovlivňuje imunitní systém a imunitní systém ovlivňuje nervový systém.

Disease – nemoc. Tento termín, který je centrálním pojetím soudobé medicíny, definuje nemoc jako odchylku od určité normy, jež se považuje za „normál“ (standard). Jde přitom o objektivně zjištělný stav – o objektivně zjištělné příznaky (symptomy), tj. něco co je kvantifikovatelné. Obvykle se pod tímto termínem rozumí fyziologický údaj. Pojetí nemoci je úzce spjato s pracovní neschopností. Kdo je nemocen není schopen práce. V tomto pojetí nemoci je obsažena i snaha nemoci léčit a vyléčit (Křivohlavý,2001).

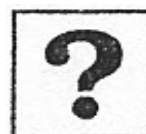
Infirmity – neduživost. Slovem „infirmity“ se rozumí neduživost, churavost, slabost, vratkost. Člověk, u něhož se tento jev vyskytuje, je většinou sešlý, churavý, postonávající, slabý, polehávající a stonavý (Křivohlavý,2001).

Complemente – úplný. Termínem complemente se rozumí úplný, naprostý, dokonalý, celý, tj. takový stav, kdy nic nechybí (Křivohlavý,2001).

Socioekonomický status – společenské postavení z hlediska hmotného zabezpečení

Cvičení 1. 1

Zamyslete se nad pojmy zdraví, nemoc a pokuste se odpovědět jak laik vnímá vlastní zdravotní stav a zda existují rozdíly mezi lidmi ve vnímání zdraví a nemoci.



1.2 Faktory ovlivňující zdraví a jeho vnímání, postoje k vlastnímu zdraví

Mezi základní faktory ovlivňující zdraví patří :

- genetické vlivy (dědičnost)
- způsob života (na základě mnoha studií a statistických analýz podmiňuje zdraví velmi výrazně, hovoří se asi o 50-60% podílu na celkovém zdraví) a biopsychosociální faktory
- životní prostředí, včetně pracovního prostředí, podílí se na zdraví asi 20% a velmi významnou roli zde sehrává vnitřní prostředí bydlení, budov
- zdravotní péče ovlivňuje primární zdravotní péče, která velmi úzce souvisí s genetickými vlivy a způsobem života, který lze v rámci primární zdravotní péče významně ovlivnit

Na základě výsledků mnoha epidemiologických a experimentálních studií stanovila Světová zdravotnická organizace žebříček faktorů životního prostředí, podmínek a způsobu života, které se nejčastěji vyskytují mezi příčinami úmrtí. Podle významu, kterým se na úmrtí podílejí, jsou to v sestupném pořadí:

- kouření
- nadměrná konzumace alkoholu
- nadváha
- pracovní rizika
- nedostatek zeleniny ve výživě
- chudoba
- nezaměstnanost
- závislost na drogách
- dopravní úrazy
- nedostatek pohybu
- vysoký příjem živočišných tuků ve výživě
- exhalace v ovzduší

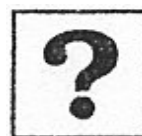


Zdraví významně ovlivňují i podmínky sociální a psychické:

- rodina
- rané dětství
- dosažené vzdělání
- práce
- sociální gradient
- stres
- sociální izolace
- kladné sebehodnocení, důvěra síla vlastního já
- typ osobnost

Cvičení 1.2

Pokuste se analyzovat v rámci osobní kasuistiky vaše zdraví, váš postoj ke zdraví, konkrétní determinanty a rizikové faktory, které mohou ovlivňovat váš zdravotní stav v současné době i v budoucnosti.



1.3 Psychologie zdraví

Jde o relativně mladý obor jehož definice zní:

„Psychologie zdraví je soubor specifických, vědeckých a profesionálních příspěvků psychologických věd kupevnování a uchovávání zdraví, k prevenci a léčbě chorob a identifikaci etiologických a diagnostických kolerelátů zdraví a nemoci a k analýze a zlepšování systému zdravotnické péče a utváření zdravotnické politiky.“



Evropská společnost psychologie zdraví („European Health Psychology Society“) byla ustanovena v roce 1986. V České republice pracuje od roku 1988.

Psychologie zdraví reprezentuje jednu z nejrychleji se rozvíjejících oborů současné psychologie. Je to způsobeno kombinací různých příbuzných oborů a společenských věd. Z hlediska psychosociálního kontextu zdraví jde o dynamickou rovnováhu organismu (nemoc je porucha této dynamiky). Významnou dimenzi psychologie zdraví je sociální kontext. V psychologii zdraví se věnuje význačná pozornost vztahu mezi postavením člověka ve společné hierarchii a jeho zdravotním stavem. Základním určujícím faktorem je sociálně ekonomický statut a v něm o přítomnost trvalého chronického stresu, který oslabuje imunitní systém a souvisí s vznikem a rozvojem onemocněním.

Při vzniku onemocnění se uplatňuje skupina tří hlavních činitelů (Výrost, Slaměník, 2001, 23s.):

- původce nemoci (specifické agens)
- člověk se všemi jeho hlavními charakteristikami (demografickými, genetickými, fyziologickými, psychologickými, imunologickými, sociálněpsychologickými a sociologickými)
- zevní prostředí (enviromentální, biologické a sociální vlivy)

S psychologií zdraví úzce souvisí lékařská psychologie, psychosomatická medicína, behaviorální medicína.

Mezi sociální determinanty zdraví patří koncepce životních událostí (jde o životní příběhy, situace, události, které působí na jedince a nutí jej měnit zaběhnuté životní stereotypy. Jde jinak o předvídatelné události (dovolená, sňatek), neočekávané (nemoc) a náhodné události (nehoda, úraz). Tyto životní situace jsou zmapovány ve škále 43 položek životních událostí (T. Holmes, R. Rahe, 1967). V praxi se užívají i jiné inventáře životních událostí ve vztahu ke zdraví, kde se pozornost soustředí především na velké a zásadní životní situace (Cochrane, Robertson, 1973), (Kebza, 1995, 1997). Obecně se předpokládá, že každodenní trable mohou významněji ovlivňovat zdravotní stav než větší, životní ojedinělá událost.

Další významnou sociální determinantou je sociální opora, která má celkem čtyři složky (Šolcová, Kebza, 1999):

- emocionální opora, která poskytuje důležité emoce (lásku, přátelství, víru, empatii)
- informační oporu, jež umožňuje poskytování rad a informací, které pomáhají řešit existující problémy
- instrumentální opora, poskytující praktické druhy pomoci (finanční, hmotná)



Sociální opora však může mít i negativní důsledky působení. Přílišná závislost může vyvolat ztrátu soběstačnosti, nízké sebevědomí.

1.4 Nemoc jako náročná životní situace

Nemoc, která svým průběhem nebo ve svých důsledcích významněji snižuje kvalitu našeho života, je bezpochyby náročnou, nebo jinak řečeno, svízelnou životní situací. (Jobánková, 2002, s. 53) Patří zde jistě chronická onemocnění, pouhazové stavy, vrozené vady, dlouhotrvající léčba či rekonvalescence. Tyto situace ovlivňují významným způsobem aktivitu pacienta a celý životní rytmus. Určující roli zde sehrává schopnost adaptace, která by neměla být pasivní, ale nýbrž aktivní. Tato aktivita spočívá ve schopnosti vyrovnat se s onemocněním – bojovat s ním. Duševní stránka nemocného, jeho způsob prožívání nemoci se doráží v celkové léčbě a v komunikaci se zdravotnickými pracovníky, které jedince omezují této problematice.

Lidská nemoc má složku biologickou, psychologickou a sociální. Všechny tři určují průběh nemoci i postupy léčby. Pacientem se člověk nerodí, nýbrž se jím stává. Proces, který charakterizuje změnu relativně zdravého člověka v pacienta, má svou fyziologickou a patofyziologickou stránku. Má také stránku psychologickou. (Křivohlavý, 2002, s. 16)



Úroveň	Proces	Stav
I. Organický stav	Choroba (disease)	Poškození, oslabení, snížení fyziologické aktivity
II. Funkční stav	Nemoc (illness)	Neschopnost pracovat, nezpůsobilost (disability)
III. Sociální stav	Nezdravý (sickness)	Zdravotně postižený člověk, invalida-hendikepovaný, oproti druhým lidem

Vnímání příznaků

Rozdíly mezi lidmi - tentýž fyzický podnět, který působí bolest může jeden člověk vnímat jako nepatrnou, avšak druhý člověk se může svíjet nesnesitelnou bolestí.

Rozdíly v typu osobnosti - někteří lidé si příznaků nevšímají - „blunting“ necitlivost, otupělost. Jiní jsou mimořádně bdělí - vigilance - bdělost. Odborně se tento typ osobnosti označuje termínem „monitoring“ - dozor,

přísný dohled.

Osobní zaměření (Schwarzer, 1992, s. 12)

- typ chování A (příliš intenzivní zájem o práci)
- typ B (zaměření na udržování dobrého zdravotního stavu)

Současný psychický stav - neuroticismus (vyšší citlivost), negativní emocionální stav (deprese), nálada, osobní zaměření (extrovert - méně citlivý, introvert - citlivější), vliv situačních faktorů (zajímavá práce), vliv informací (ovlivňují tzv. falešný poplach).

Rozdělení nemocí

- akutní - náhle vzplane, má bouřlivé projevy, často se z ní člověk vyléčí bez větších problémů
- chronická - jde o časový faktor trvání a léčby choroby, negativní následky mohou trvat až do smrti
- cyklická - úseky bez jakýchkoliv příznaků bývají vystřídány atakou nemoci

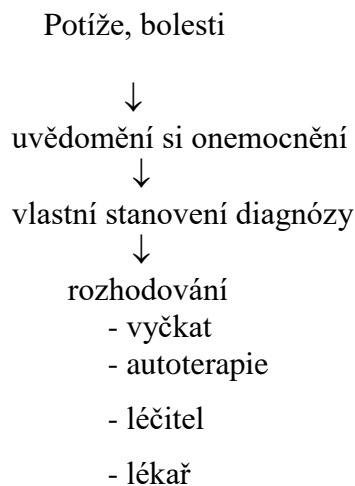


Každý jedinec si vytváří tzv. kognitivní schéma nemoci, které se vytváří od raného dětství. Podle toho, jakou myšlenkovou představu pacient má - jak vypadá jeho kognitivní schéma nemoci, se řídí pochopení významu daného příznaku, jeho vztah k nemoci a jeho chování.

Postoj k nemoci:

- tendence popírání nemoci (nejčastější důvod je strach z nemoci, strach ze zhoršování stavu, strach ze ztráty vlastní kontroly a kompetence, z omezení

Průběh chování při objevení se určitých příznaků



Zdraví a kvalita života

Slovo kvalita je odvozeno od latinského základu „qualitas“ kvalita. Kvalitou se obecně rozumí jakost, hodnota. Otázkou kvality života se zabývali lidé odedávna. V makro rovině jde o otázky kvality života velkých společenských celků - dané země, kontinentu. Život je v tomto pojetí chápán jako absolutní morální hodnota a kvalita života musí tento závěr ve své definici respektovat.

V mezorovině jde o otázky kvality života v tzv. malých sociálních skupinách - ve škole, v nemocnici, domově důchodců. Nejde jen o respekt k morální hodnotě života člověka, ale i o otázky sociálního klimatu, vzájemných vztah mezi lidmi.

Osobní (personální) rovina je život jednotlivce. Týká se to každého a každý sám hodnotí vlastní kvalitu života.

David Seedhouse uvádí (1995, s.125):“Zdraví určitého člověka je co nejúžeji propojeno s kvalitou života.“.

Největší rozvoj zájmu o otázky kvality života se objevil po vydání jedné z prvních monografií zabývajících se touto problematikou, autora A.L. Strausse v roce 1975, která hodnotila život chronicky nemocných pacientů a starých lidí.

K měření kvality života nemocného se v současné době používají (Křivohlavý,2002,s.16):

- objektivní metody (hodnocení provádí druhá osoba), jednou z neznámějších je: APACHE II. (Acute Physiological and Chronic Health Evaluation System) , Index kvality života pacienta ILF (kriteria se vztahují sebeobsluze, sociální opoře, bolesti, emocionálnímu stavu pacienta v pětistupňové škále), Kritéria kvality pacientova života podle W.O.Spitzera podle pracovní schopnosti, fyzické nezávislosti, finanční situace, způsobu trávení volného času, bolesti, nepohodlí, nálady, vědomí, komunikace
- Subjektivní metody (hodnotitelem je sám nemocný) mezi nejvíce rozšířené indexy kvality života patří DDRS – Posuzovací škála stresu a neschopnosti. Mezi často využívané techniky subjektivního hodnocení patří koncepce metody SEOQoL (Schedule for the Evaluation of Individual Quality of Life).

Jde o způsob zjišťování kvality života, který neklade předem kritéria, která by stanovila „co je správné, dobré a žádoucí atp.“, ale vychází z osobních představ dotazovaného o tom, co on či ona považuje za důležité.

- metody smíšené (jde o kombinaci obou metod) k těmto metodám patří metody MANSA a LSS. V rámci metody MANSA jde o zjišťování spokojenosti s vlastním zdravotním stavem, sebepojetím, sociálními vztahy, rodinnými vztahy bezpečnostní situací, právním stavem, životním prostředím, finanční situací, náboženstvím, volnočasovými



aktivitami, zaměstnáním, školou. U metody LSS – Měření spokojenosti jde o vizuální stupnici spokojenosti, která má sedm stupňů.

Boj pacienta s nemocí

Od pacienta se očekává, že se bude snažit nepoddát se nemoci. Očekává se, že bude neustále zlepšovat svůj zdravotní stav a dělat vše pro to, aby se uzdravil. Tento proces se uskutečňuje podle kognitivního modelu boje s nemocí. Tento proces je třífázový (Křivohlavý,2002,s.43):

- I. Interpretace situace - hledání smysluplnosti toho, co se děje
- II. Vlastní proces zvládnání situace - použití různých postupů k znovunastolení normálního stavu
- III. Vyhodnocení účinnosti použitých prostředků k znovunastolení normálního stavu

1.4 Adaptace na nemoc

Nemoc, zejména chronická a nevy léčitelná představuje pro každého jedince náročnou životní situaci, se kterou by se měl nějakým způsobem vyrovnat. Adaptace na nemoc a na změnu životního stylu, kterou nemoc přináší je závislá na mnoha faktorech:



- věk pacienta, pohlaví
- minulá zkušenost
- sociální zázemí, pracovní zázemí
- osobnostní role
- vlastnosti jedince
- typ a charakter onemocnění
- bolest
- finanční stránka
- sociální zralost
- prognóza onemocnění

Pokud selžou adaptační mechanismy může u nemocného dojít k tzv. neadaptivnímu chování, které se může projevovat agresí, únikem, ustrnutím, vytěsněním, potlačení, popření, a racionalizací.

Pokud nemocný není schopen přijmout skutečnost přítomnosti nemoci, může u něj dojít k neadekvátním reakcím:

- bagatelizaci - popření choroby
- disimulaci - zastírání příznaků
- nozofóbním a hypochondrickým reakcím - výrazné soustředění na příznaky, zvýšená kontrola
- agravaci - vědomé či nevědomé zveličování obtíží

V rámci adaptace nemocného na svou chorobu je mnohdy nutný psychoterapeutický přístup, který přihlíží k osobnostním zvláštnostem pacienta, počítá s prožitky nemocného jako s faktorem, který se na průběhu nemoci a na jejím léčení výrazně podílí. Psychoterapeutický přístup tvoří:

- lidské porozumění
- porozumění vztahu zdravotník - pacient
- porozumění psychosociálním vlivům
- respekt k individualitě pacienta
- dobrá informovanost
- psychologická podpora (dodání odvahy)

Evropské komisi v listopadu 1998 dát důraz na podporu zdraví a prevenci nemocí. Světová zdravotnická organizace (WHO) se trvale věnuje zdravotní politice. Více než před dvaceti lety byla vypracována první komplexní zdravotní politika a nazvána Zdraví pro všechny do roku 2000. Následně byla novelizována pro novou Evropu jako „Zdraví pro všechny pro 21. století. Velká část zdravotní politiky WHO se týká prevence a ochrany zdraví.

Prevence, ochrana a podpora zdraví, jsou neodmyslitelnou částí každé zdravotní politiky.

Hlavní zásady a zaměření prevence u neinfekčních onemocnění vycházejí z rozboru zdravotního stavu populace. V České republice jsou nejčastější příčinou úmrtí kardiovaskulárních onemocnění (50 – 60 %), na druhém místě jsou onemocnění nádorová (20 – 25 %) a dále pak úrazy (10%). Podle epidemiologických studií se na vzniku uvedených poruch podílí především:

Cvičení 1.3

Vyberte si některé z chronických onemocnění a pokuste se analyzovat jakým způsobem by probíhala adaptace na přítomnost tohoto onemocnění.



Shrnutí kapitoly

V první kapitole byla nastíněna problematika charakteristiky pojmu zdraví a nemoci. Vnímání přítomnosti choroby, rizikovým faktorům, které významným způsobem ovlivňují nejen výskyt onemocnění, ale také další jeho léčbu a celkovou prognózu. Cílem této kapitoly je, aby si každý z nás uvědomil cenu vlastního zdraví, a to že my sami jsme důležitým článkem v prevenci a léčbě onemocnění. To jak sami vnímáme vlastní onemocnění nebo onemocnění našich blízkých, tak podobným způsobem tuto situaci vnímají naši pacienti a jejich rodinní příslušníci.



Použitá literatura v první kapitole

KŘIVOHLAVÝ, J. Psychologie zdraví. Praha: Grada, 2001, 198s. ISBN 80-7178-551-2

KŘIVOHLAVÝ, J. Psychologie nemoci. Praha: Grada, 2002, 198s. ISBN 80-247-0179-0

SEEDHOUSE, D. Health: The foundation of achievement. New York: John Wiley, 1995, s.125

SCHWARZER, R. Psychologie des Gesundheitsverhaltens. Göttingen : Hogrefe, 1992, s.126

VÝROST, J., SLAMĚNÍK, I. Aplikovaná sociální psychologie II. Praha: Grada, 2001, s.259, ISBN 80-247-0042-5

2.OSOBNOST

Cíl

Po prostudování kapitoly byste měli být schopni:

- charakterizovat pojem osobnost
- objasnit genezi osobnosti
- analyzovat funkci ega
- vysvětlit vývoj osobnosti, její stabilitu
- popsat dynamiku osobnosti včetně obranných mechanismů
- umět charakterizovat psychické vlastnosti

Klíčová slova

Osobnost, geneze, dynamika, ego, obranné mechanismy, psychické vlastnosti



Průvodce

Osobnost každého jedince je struktura, která je uspořádaná do určitého systému v určitých vazbách a vztazích. Osobnost není pouze pojem, ale živý člověk, který prožívá život ve všech jeho pozitivích a negativích. Osobnost se neustále vyvíjí a přizpůsobuje novým podmínkám, kterou nese s sebou naše civilizace spolu s technickým rozvojem. Chceme-li poznat člověka a jeho osobnost je nutné znát vlivy, které ho formovaly v průběhu dosavadního vývoje. V této kapitole byste se měli dovědět něco o struktuře osobnosti a vazbách, které ji ovlivňují. Dále něco o obranných mechanismech, které nám pomáhají zvládat těžké životní situace. Předložený text by měl vést k zamyšlení nad námi samými a také nad našimi pacienty tak, aby přístup ke každému byl co neprofesionální se schopností sociálního vnímání a vcítění.

Problematika osobnosti patří mezi základní témata psychologie člověka.

Osobnost je člověk jako psychologický celek, do kterého patří zejména jeho povahové vlastnosti včetně charakteru, schopností, vlastností. Jde o složitý celek psychických a fyzických vlastností. V tomto smyslu je možno chápat osobnost jako otevřený živý systém, který se vyznačuje určitou dynamickou organizací s určitým programem a určitým zaměřeným chováním.

2.1 Geneze osobnosti

Osobností se člověk nerodí, nýbrž se jí stává, a to postupně od uvědomování si tělového já, následně k objevení sociálního já - vědomí já - jedinečnost, identita.

Od konce prvního roku věku si dítě postupně osvojuje mluvenou řeč, ale teprve za další rok a půl se naučí používat zájmeno „já“. Toto období se



nazývá „jástvím“.

Osobnost a její faktory (Nakonečný,1995,s.114):

- biologické faktory (dědičnost, fyziognomie, rasa, pohlaví)
- kulturní faktory (společnost, rodina)
- role osobnosti
- stabilita osobnosti
- vývoj osobnosti



Uvedené faktory a jejich vzájemné působení má významný vliv na utváření osobnosti.

V pojetí osobnosti velmi významnou roli hraje sebepojetí, které je tvořeno vztahem k sobě a tím co si o sobě myslím, co si o sobě představuji, jak se prožívám a hodnotím. Jde o stránku kognitivní a emoční. Velmi důležitou složkou sebepojetí je představa vlastního tělesného schématu a vzhledu. Sebpoejetí obsahuje nejen to, jak se vnímám, myslím, prožívám a hodnotím (tzv. reálné já), nýbrž také to, jaký bych chtěl být (tzv. ideální já). Diskrepance mezi uvedenými já, je jedním ze zdrojů osobnostního růstu a rozvoje. Je-li příliš velká může vést k nespokojenosti a následně k méněcennosti. Tato oblast souvisí s poruchami sebehodnocení (přeceňování, zvýšené sebevědomí, snížené sebehodnocení a sebevědomí). Sebpoejetí se utváří od časného dětství na základě hodnocení ze strany dospělých, v dospívání, na základě hodnocení vrstevníků. Jejich názor je přejímán za svůj. Tento proces se nazývá interiorizace - zvnitřnění. V pozdějším věku je sebepojetí utvářeno na základě sebereflexe a nových zkušeností a mění se po celý život. Člověk je bytostí rozpornou, čím je v jeho sebepojetí méně rozporů, tím je jeho vnitřní obraz stálejší, soudržnější. Sebpoejetí úzce souvisí se sebeúctou, která bývá vyšší u jedinců, kteří sebe sami akceptují a současně je u nich malá diskrepance mezi reálným a ideálním „já“ a obě „já“ jsou tedy se sebou téměř spokojené. S touto oblastí souvisí i svědomí člověka a to do jaké míry svým životem naplňuje obecné lidské hodnoty zakotvené v etických principech.

Psychické obranné mechanismy

Jde o vnitřní strategie, jimiž se řeší rozpory a vyrovnává se se zkušenostmi, které nejsou slučitelné s vlastním sebepojetím. Jejich úkolem je chránit jedince před ohrožením pozitivního sebepojetí.(Křivohlavý,2001,s.56)

Nejčastěji využívané obranné mechanismy:

- Racionalizace - jde o chybné myšlení a hodnocení, které spočívá ve zdůvodňování vlastního jednání motivy, které jsou únosné a přijatelné, avšak neodpovídají skutečnosti. Racionalizace má blízko ke lhaní, k němuž se jak děti tak i dospělí mnohdy uchylují pokud nemohou mluvit pravdu. Mezi tyto techniky patří např. kyselé hrozny a sladký citrón

- Popření - tato psychická reakce znamená výběrové zaměření pozornosti na určité jevy a ignorování jiných, které mohou zneklidňovat
- Vytěsnění - jedná se o aktivní zapominání obsahů, které jsou pro jedince z nějakého důvodu nepřijatelné, zpravidla pro svoji odlišnost od stávajícího sebepojetí
- Projekce - jde o psychický obranný mechanismus, který lze nejlépe vyjádřit úslovím „podle sebe soudím tebe“. Druhému člověku jsou promítány vlastní motivy, úmysly, názory.
- Identifikace - je opačný proces než projekce, jde o ztotožnění se s druhou osobou. Identifikace se nemusí týkat pouze osob, ale také idejí, spolků. Nemocní se vyrovnávají s něčím nepříjemným tím, že se s tím prostě ztotožní. Tak je možné vysvětlit např. nepochopitelné sympatie pacientů k nemocnici, kam se těší, cítí se zde být jako doma, přestože tento pobyt je pro ně omezující a přináší s sebou nepohodlí a mnohdy bolest.
- Kompenzace - jedná se o prožívání, myšlení a jednání jimž se vyrovnává nějaký osobní nedostatek a to buď v oblasti, kde jej přímo pocítujeme (např. tělesně slabší dítě cvičí aby zesílilo). Kompenzace bývá příznačná i pro denní snění, pomocí kterého lze získat vše co je důležité pro osobní rovnováhu a čeho se momentálně nedostává. Kompenzace pomáhá vyrovnat se s neúspěchy a nastolit duševní rovnováhu.
- Sublimace - chování a vnitřní tendence, hodnocené subjektivně i společensky jako nežádoucí jsou nahrazovány způsoby všeobecně schvalovanými tzv. „normálními“
- Opačné reagování - jde o psychický obranný mechanismus, který také bývá nazýván „reaktivním výtvořem“. Má blízko k sublimaci. Princip spočívá v tom, že nějakou nepřijatelnou vnitřní tendenci nahradíme jejím pravým opakem
- Odčínění - tento mechanismus má zdroj v dětské zkušenosti, že špatný skutek se má odčinit dobrým činem
- Disociace - jedná se o rozdvojení, rozštěpení člověka. Např. vážně nemocní si neuvědomují svůj vážný stav a konají tak, jako by se jich to netýkalo.
- Somatizace - úzkost je nahrazena některým tělesným symptomem, které mohou být nevědomky užívány účelově k vyhýbání se určitým činnostem či k manipulaci s okolím. Některé potíže přinášejí pacientovi sekundární zisk, což bývá někdy důvodem jejich úporného přetrvávání, protože se jich na nevědomé úrovni „nechce zbavit“.
- Regrese - jde o stav, kdy se jedinec začne chovat způsobem, který neodpovídá jeho věku a který náleží k vývojově mladšímu období.





2.2 Psychické procesy

Vnímání

Jde o zprostředkovaný a v mozku se vytvářející obraz vnějšího i vnitřního prostředí.

Je zprostředkováno smyslovými orgány, které vnímají podněty. Jde o receptory - analyzátory (zrakové, sluchové, chuťové, čichové, kožní a pohybové). Pokud jde celek jde o vjem, pokud pouze o část jde o počitek. Jak vjemy tak počitky jsou vnímány pouze tehdy dosahují-li určité síly - intenzity. Nejmenší velikost podnětu, která vyvolává počitek je absolutní práh. Vnímání lidí se také liší podle toho, jaké rozdíly mezi podněty téhož druhu dokáží rozlišit (více rozdílů např. u černé barvy). Jde o tzv. rozdílový práh. Absolutní i rozdílový práh závisí na vrozených předpokladech a na jejich rozvinutí cvikem a praktickou činností).

Analyzátory se přizpůsobují a adaptují podnětům, které na ně právě působí (adaptace k tepelným podnětům, čichovým, zrakovým). Vnímání jednotlivých lidí se liší. Kvalita vjemu záleží na některých okolnostech - na stavu receptorů a na stavu nervové soustavy (vnímání hluchých lidí je odlišné od vnímání slyšících, lidé s poruchami mozku vnímají neúplně nebo nevnímají vůbec - kóma). Specifickým odlišným typem vnímání je vnímání sociální.

Ve zdravotnické oblasti významnou roli sehrává vnímání bolesti. Prah bolesti bývá individuální. Velmi záleží na zkušenostech s bolestí, věku a pohlaví. Významnou roli zde sehrává zdravotnický personál, jejich empatie a hodnocení bolesti.

Paměť

Paměť je soubor psychických procesů a vlastností umožňující osvojení zkušeností - jejich zapamatování, uchování a vybavení.

Rozlišují se tři druhy procesů paměti :

- zapamatování - uložení informací do paměti
- uchování informací v paměti
- vybavení informací z paměti

Někdy dochází místo k vybavení informace pouze ke znovupoznání. Paměť souvisí s psychickými procesy. Člověk si pamatuje to co vnímal již zrakem, sluchem nebo jiným druhem vnímání (paměť zraková, sluchová, pohybová). Ve zdravotnictví právě nepříjemné vzpomínky mohou vést k odmítání návštěvy u lékaře.

Rozlišení paměti : (Nakonečný,1995,s.67)

- krátkodobá (slouží k zapamatování na dobu několika minut - je nutná pro splnění dílčího problému v krátkodobém časovém horizontu - po splnění pokud už tato informace není potřebná dochází k jejímu

- vypuštění)
- dlouhodobá (slouží pro uchování informací, které budou pro jedince nutné po delší dobu, popřípadě trvale)
- záměrná (slouží k dosažení cíle)
- bezděčná (dochází k uchování toho co je pro jedince velmi významné a co bylo spojeno s silnými city pozitivními i negativními bez cíle si tyto informace zapamatovat)
- mechanická (bez snahy pochopení)
- logická (vytvořena pochopením co s čím souvisí)



Součástí tohoto psychického procesu je proces zapomínání a rozpomínání (znovu vybavení). Zapomíná se rychleji to co člověka nezajímá, to čemu neporozuměl, to co si dostatečně neopakoval, to co nepoužívá.

Při rozpomínání jde o opětné vybavení informací, je závislé na stavu paměti.

Při práci s pacienty/klienty je nutné si uvědomit individuální rozdíly paměti u jednotlivých lidí, které souvisí s věkem, kapacitou paměti, momentálním psychickým laděním, množstvím sdělovaných informací. Při informování pacientů využíváme různý doplňující edukační materiál, je vhodné také doporučit pacientům, aby si dotazy, které je napadnou doma napsali a vzali tyto poznámky s sebou k další kontrole. Specifický přístup je nutné zaujmout při sociální interakci se stárnoucími lidmi, které mají sklony zapomínat (pozorujeme tzv. stařeckou demenci). Zde je zejména dbát na kontrolu podávaných léků.

Představy a fantazie

Představa je psychický proces, který názorně představuje předmět nebo děj, který nepůsobí v přítomném okamžiku na smyslové orgány.

Podle druhů analyzátorů a forem vnímání se představy rozlišují na představy zrakové, sluchové, pohybové a čichové.

Fantazie je psychický proces, který vytváří relativně nové představy.

Fantazie může být tzv. rekonstrukční - vytváření konkrétních představ podle sděleného děje. Tvůrčí fantazie znamená vytvoření zcela nových představ (umělecká tvorba, architektura)

Představy a fantazie mají často blízko ke snění, které může být v bdělém stavu a nebo ve spánku - sny. Představy, fantazie a sny obohacují lidský život.

Ve stáří býváme svědky tzv. stařecké fantazie, která se projevuje konkrétními představami, kterým jedinec věří (např. cizí lidé v bytě, skryté pozorování). Tyto stavy pacientů se mnohdy musí řešit léčbou u psychiatra.

Řeč



Řeč je proces, který slouží lidem k vzájemnému dorozumívání, k myšlení, k působení na druhé lidi a na sebe sama.

Řeč souvisí s myšlením a je jeho nástrojem. Při myšlení je používána řeč :

- vnější - při které lze lépe ujasnit vlastní myšlenky, city a přání. Vnější řeč je vývojově starší a slouží ke styku s okolím. Nejvýraznější je v dětství a postupně přechází do polohlasité formy až ve zcela tichou (vnitřní řeč)
- vnitřní řeč - vývojově mladší, je užívána při vybavování z paměti, při ujasňování osobního programu, při řešení problémů. Při vysoké obtížnosti úkolů může tato vnitřní řeč přejít do vývojově starší formy – vnější řeči.

Dále je možné řeč dělit na :

- verbální - při využívání slov - mluvenou, písemnou nebo symbolickou formou (znaková řeč, dopravní značky atd).
- neverbální - jde o mimoslovní sdělení - mimika, gestika, proxemika, haptika atd.

V řeči je možné se setkat s poruchami řeči, které mohou významně ovlivnit sebepojetí jedince, jeho socializaci a komunikaci s okolím. Jde o :

- patlavost (dyslálie) do pátého roku věku je toto považováno za fyziologické, příčiny jsou společenské (mluvící prostředí) a individuální (změny mluvících orgánů)
- poruchy zvuku řeči - huhňavost (otevřená, zavřená), breptavost (zbrklá řeč)
- neurózy řeči - koktavost - jde o neurotickou reakci v oblasti mluvní koordinace vytvořená na konstitučním podkladě, - oněmění (mutismus)

Myšlení

Myšlení je poznávací proces, který slouží k poznávání zprostředkovaného a zobecňujícího poznání skutečnosti a jejich podstatných znaků. Myšlení slouží k poznávání skutečnosti a také k řešení nejrůznějších problémů v teorii a praxi.

Myšlení se rozvíjí od raného dětství v činnosti a ve styku dítěte s lidmi. Dítě manipuluje s předměty, které se učí pojmenovávat a spojovat se slovním označením. Myšlení je velmi složitý proces, ve kterém se rozlišuje větší počet dílčích myšlenkových procesů. V procesu myšlení se používají tyto myšlenkové operace - analýza, syntéza, indukce, dedukce.

V psychologii se rozeznávají různé druhy myšlení:

- reproduktivní
- racionální (intuitivní)
- vizuální



- pojmově - logické
- magické

Jak již bylo uvedeno, myšlení slouží také k řešení problémů, které má různé podoby. Tyto podoby mohou být na základě:

- využití předchozí zkušenosti
- pokusu a omylu
- podrobného rozboru problémové situace
- tvořivosti - kreativity

Doporučení pro řešení obtížných úkolů:

- nepouštět se kvapem do řešení problémů podle prvního nápadu, ale důkladné seznámení s problémem a jeho podmínkami
- vyjádřit problém jinými slovy, použít různé otázky
- uvažovat nahlas
- používat písemnou formu řešení, provést
- vybavit si předchozí zkušenosti, získat nové informace o problému

Myšlení jako velmi důležitý psychický proces je nutné neustále zdokonalovat a rozvíjet, a to vlastní činností, osvojování si nových poznatků, zjišťování si souvislostí.

City

City jsou psychické jevy, které hodnotí poznávání a činnost. Hodnocení se řídí vlastními potřebami a cíli.

City se také nazývají emoce pomocí kterých člověk hodnotí věci, události jako příjemné - nepříjemné, dobré - špatné. City se projevují v protikladech - láska - nenávisť, libost - nelibost. Mnoho citů se vyskytuje ve smíšené formě - láska k člověku a na druhé straně obava o jeho ztrátu, úcta k člověku a na druhé straně strach z něj. Tento vztah se nazývá jako ambivalentní.

City se projevují v pohybech obličeje (mimika, smích, pláč), v pohybech rukou a držení celého těla, v zabarvení hlasu, ve změnách činnosti vnitřních orgánů (bušení srdce, zarudnutí, zrychlení dechu). City plní důležitou úlohu ve vztazích mezi lidmi, je možné je přenášet - jde o tzv. nakažlivost citů (přenesení smíchu, radosti nebo naopak smutku). V citech se v některých situacích vyskytují velmi silné projevy - afekty (vztek, bouřlivá radost). Citové stavy se také mohou označovat jako nálada, která může zhoršit nebo zlepšit průběh činnosti. Některé city lze jen stěží ovládnout, jde např. o vášně.

City obecně lze rozdělit na:

- nižší, vývojově starší, patří zde libost nelibost, afekty
- vyšší - morální city, estetické, intelektuální a sociální

Vyšší city jsou velmi důležité pro zařazení jednotlivce do společnosti.

Lidé v období nemoci, a to zejména závažné nemoci jsou daleko více citlivější. Tento stav je spojen se strachem o sebe a druhé. Lidé v tomto

období jsou plačtivější, smutnější a daleko hůře vnímají necitlivé jednání s nimi – např. ve zdravotnických zařízeních.

Vůle



Vůle označuje soubor volních procesů a volních vlastností. Jde o psychické procesy a vlastnosti, které vedou k dosažení cílů a k překonávání překážek.

Slovo vůle souvisí se slovy velet a volba. K dosažení cíle je nutné volit mezi několika různými cíli a cestami. S vůlí úzce souvisí motivace, která řídí tento proces. Volní procesy jsou úzce spjaty s řečí a formují se během života. Na volní vlastnosti má významný vliv výchova, osobní dispozice a prostředí. Vůli je možné cvičit, vyžaduje však pevné odhodlání a pravidelné cvičení.

Silná vůle se velmi pozitivně uplatňuje v boji s nemocí, s adaptací na nemoc. Je velikým pomocníkem při terapii a je nutné ji průběžně povzbuzovat. Pokud k tomu nedochází mohou být volní procesy porušeny a pacient po nějaké době neúspěchu rezignuje. Toto je moudré mít stále na paměti při jednání s pacienty.

Psychické stavy

Psychické stavy jsou projevem celkového stavu organismu a zejména ústřední nervové soustavy. Fyziologicky jde o aktivaci organismu, která má několik stupňů:

- nízká aktivace - spánek, dochází ke zpomalení dechu a srdeční činnosti, uvolnění svalstva
- snížená aktivace - jde o přechodný stav mezi spánkem a bdělostí, dostavuje se při usínání, relaxačním cvičení, po probuzení, při velké únavě
- střední aktivace - stav vhodný pro konání různých činností a pro soustředění
- zvýšená aktivace - stav zvýšeného napětí při náročných výkonech pracovních, sportovních, je zvýšená pozornost
- vysoká aktivace - je to stav vysokého napětí organismu, který se chystá na maximální výkon

Různé stupně aktivace slouží k výkonům s různou náročností, vysoká aktivace umožňuje mimořádné výkony, nízká aktivace chrání organismus před přepětím a zajišťuje obnovu sil pro další pracovní činnost.

Pozornost

Pozornost je psychický stav, který zajišťuje určitou dobu soustředění člověka na jednu činnost.

Při některých činnostech je nutné přenášet soustředěnou pozornost z jedné činnosti na druhou. Přenášení pozornosti je náročný proces, ale nelze se bez něj obejít. Pozornost může ovlivňovat řada faktorů - únava, afekt, nevyřešený konflikt, věk, nemoc, léky, alkohol, zájem. Při výběru

vnímaných situací se pozornost rozděluje na pozornost záměrnou a bezděčnou.



Psychické vlastnosti

Schopnosti

Schopnost je psychická vlastnost, která umožňuje člověku naučit se určitým činnostem a úspěšně je vykonávat. Utváří se na základě biologické vloh, životem ve společnosti, činnostmi a učením.

Schopnosti souvisí s dovednostmi a nadáním. Nadáním se označuje soubor dobře rozvinutých schopností určitého druhu, který umožňuje výkon v některé oblasti. Při obzvláště mimořádných výkonech se hovoří o talentu, který patří mezi vyšší schopnosti. Schopnosti je dále možno rozlišit na intelektové, tělesné, manuální. Intelektové neboli rozumové schopnosti se nazývají inteligence. Průměrný inteligenční kvocient je vyjádřen hodnotou 100 bodů. Hraniční pásmo mezi normou a mentální retardací (slabomyslností) je 70 - 79 IQ.

Risy osobnosti

Rys osobnosti je psychická vlastnost, která se projevuje určitým způsobem jednání, chování, prožívání. Je příznačný pro určitého člověka a je poměrně stálý v průběhu života.

Důležité rysy osobnosti:

- družnost - uzavřenost (extraverze - introverze)
- sklon vést - podřizovat se (dominance - submise)
- odolnost k zátěži (stabilita - labilita)
- vytrvalost
- kladný - záporný vztah k lidem (afiliace - hostilita, taktnost - netaktnost, sociální inteligence)
- svědomitost (odpovědnost - neodpovědnost)
- sebedůvěra - sebedoceňování
- živost citových projevů (vysoká - nízká)
- ovládnutí citových projevů (silné - slabé)

Temperament

Temperament je soustava psychických vlastností, které se projevují způsobem reagování, chování, prožívání člověka, zvláště tím, jak snadno vznikají city, jak jsou silné a jak živě se projevují navenek, jak rychle se střídají.

Čtyři základní typy temperamentu byly stručně charakterizovány řeckým lékařem Hippokratem (V. - VI. století př.n.l.), později upraveny lékařem Galenosem a rozlišené podle základních vlastností nervových procesů (síla, vyrovnanost, pohyblivost) zakladatelem teorie o vyšší nervové činnosti I.P.Pavlovem takto :



Sangvinik - jde o člověka u něhož převažuje krev nad ostatními šťávami v těle - je čilý, veselý, společenský, nestálý. Podle nervové činnosti je tento typ silný, vyrovnaný, živý, charakterizován optimismem, veselostí, přizpůsobivostí, řečovou pohotovostí, podnikavostí, pracuje v rychlém tempu, činnosti dokáže dobře a rychle střídat, popřípadě zvládne několik činností provádět najednou. Jedná rozhodně, směle, není konfliktní, umí se podřídit. Bývá však lehkomyšlný, nerozvážený, povrchní, upovídaný, málo sebekritický, přehnaně odvážený.

Cholerik (chole - žluč) je dráždivý, vzteklý, snadno se rozhněvá, ale zpravidla rychle uklidní. Podle nervové činnosti je tento typ silný, nevyrovnaný, reaguje živě a vášnivě s výraznou mimikou, pracuje rychle, samostatně, dobře se prosazuje, jedná rychle a energicky, nevýhodou je impulzivnost, prudké reakce, hněv, netrpělivost, zvýšená dráždivost, rychlé citové vzplanutí, vzdorovitost, agresivita, nedostatek sebeovládání.

Flegmatik (flegma - hlen) je klidný až lhostejný, netečný, pomalý, ale spolehlivý. Podle nervové činnosti jde o typ silný, vyrovnaný, klidný až netečný, bývá rozvážený, vytrvalý, pracuje rovnoměrně, vydrží dlouho u jedné činnosti, snášenlivý, přátelský, má rád řád, dobře se ovládá, ale bývá pomalejší, pasivní, pracuje stereotypně, obtížně mění navyklé chování a přizpůsobuje se změnám.

Melancholik (melainchole - černá žluč) převládá smutná nálada, je pomalý, s menším množstvím citových projevů, jeho city jsou hluboké a trvalé. Podle nervové činnosti jde o slabý typ, bývá vážný, s hlubokými stálými city, v práci svědomitý, zodpovědný, důkladný, má sklon k pesimismu, v činnostech brzy unavitelný, urážlivý, nedůtklivý, s častými pocity méněcennosti.

Na výzkumy I.P.Pavlova navázal volně H.J. Eysenck, který v popisu osobnosti použil základních termínů extroverze - introverze a stabilita - labilita.

Extrovert - člověk družný, společenský, družný, má rád vzrušení, riskuje, je impulzivní, má rád humor, změnu. Brzy ztrácí náladu, trpělivost, má sklon být agresivní. Není na něj vždy spolehnutí, nekontroluje příliš své city.

Introvert - je tichý, uzavřený, má jen úzký okruh přátel, nebývá agresivní ani náladový, je trpělivý, spolehlivý, se sklonem k pesimismu. Jedná spíše plánovitě než impulzivně.

Uvedené typy se mohou u lidí vyskytovat v určitém stupni a někdy se vzájemně kombinují. Temperament je vrozený, lze jej však za působení společenských podmínek ovlivňovat a některé reakce mohou být tlumeny či naopak zvýrazněny. Temperament má také vliv na prožívání nemoci – flegmatici často bagatelizují zdravotní problémy, melancholici se uzavírají do sebe (rezignují), cholericci projevují zlost v komunikaci s okolím. Zdravotníci s ohledem na temperament konkrétního pacienta by měli volit

specifický typ komunikace a sdělování určitých informací.

Charakter

Charakter je část osobnosti, která umožňuje řídit jednání člověka podle společenských, zejména morálních požadavků.

Charakter se formuje převážně působením výchovy a dalších společenských vlivů. Charakter je složitý celek, v kterém je možné rozlišit větší počet složek. Patří k nim zejména vztah k lidem, vytrvalost, odolnost k zátěži, kontrola a regulace temperamentových vlastností, sebehodnocení, svědomí, společenské postoje a světový názor.

Kladný vztah k lidem - láska, úcta se projevuje v ochotě pomáhat jim, spolupracovat s nimi. Záporný vztah k lidem se projevuje v sobectví, v bezohlednosti k druhým, v agresivním chování, v pomlouvání, v závidění úspěchu druhým, ale i podezřívavosti, v nepřiměřeném popisování nepřátelských úmyslů druhým lidem. Vztah k lidem zahrnuje i vztah ke kolektivu. Vytvářet kladný vztah k lidem včetně postoje ke kolektivu má v morálce velký význam.

Charakter a temperament jsou těsně spjaty, temperamentové vlastnosti jsou kontrolovány a řízeny charakterem, zvláště významné je to u kontroly citových projevů. Složka osobnosti, která hodnotí a řídí jedincovo jednání z morálního hlediska se nazývá svědomím, které se vyvíjí od raného dětství převzetím, zvnitřním požadavků a norem společnosti. Svědomí je důležitá součást charakteru.

V individuálním vývoji jedince může dojít k vývoji charakterových neuróz a variant osobnost. Jednotlivý typ charakteru nespočívá na podobnosti společných vlastností, ale na společné genezi, které spočívají v rané dětských fází libida:

- orální charakter – charakteristický náročností, vysokou tolerancí k frustraci, rychlým zklamáním
- narcistní charakter – specifický zejména koncentrací na sebe, narušenými kontakty
- anální charakter – typický lakomstvím, sklonem k pedanství, pořádku
- falický charakter – projevující se exhibicistickým chováním, ctižádostí

2.3 Dynamika a psychika osobnosti

Dynamiku osobnosti, její chování určuje princip maximalizace hodnoty ega jako vývojově nejvyšší a neúčinnější motivační princip. (Nakonečný,1995,s.146) Základem dynamiky osobnosti je motivace, která je dána potřebou úspěchu. Existují dva druhy motivace:

- spjaté s funkcí ega konkrétní osobnosti – jeho obranou nebo expanzí
- spjaté s fyziologickými potřebami

Psychika

U člověka je možno pozorovat řadu aktivit, z nichž jsou některé označovány jako fyziologické (příjem potravy, vylučování, dýchání, pohybování se, rozmnožování, vylučování) jiné jako psychické (myšlení, rozhodování, city, jednání). Oba druhy aktivit lze v mnoha případech rozlišit jen stěží. Např. trávení jako fyziologický proces může být doprovázeno určitými psychickými stavy, naopak city jsou doprovázeny fyziologickými jevy (zčervenání, bušení srdce). Za základní dimenze psychiky se považuje prožívání a chování. První jako vnitřní subjektivní dění, druhé jako jeho vnější výraz v určitých pohybových komplexech. Prožívání a chování lze obsahově dále diferencovat a oba diferencované celky je pak možno vyjádřit takto (Nakonečný, 1995, s. 125):



PSYCHIKA

Prožívání

- poznávání
- cítění
- snahy

Chování

- jednání
- řeč
- výraz

Vědomé Nevědomé

Funkce psychiky

Psychické jevy plní dvě základní funkce:

- pomáhá organismu dokonale se přizpůsobovat prostředí
- zabezpečuje jedinci plánovitě měnit své okolí
- umožňuje socializovanému jedinci přeměnu vlastního systému ve kterém existuje

Jde o adaptaci a regulaci, která patří mezi základní podmínky života jedince.

Charakteristika psychiky

1. Psychika tvoří organickou jednotu s činností individua
2. Psychika se vyjadřuje prožíváním a chováním
3. Psychika má funkci regulace činnosti individua směřované k dosažení adaptace a vystupuje jako reakce na určitou životní situaci
4. Vystupuje na určitém stupni fylogenetického a ontogenetického vývoje
5. Psychika je vázaná na činnost CNS, zejména mozku
6. Vyvíjí se a utváří v jednotě s činností individua
7. Vystupuje ve formě procesů, stavů a dispozic, které tvoří celistvý systém - osobnost



Základní struktura dimenze psychiky je : S - O - R

S - stimulace

O- osobnost

R - reakce

Působení psychiky v činnostech

V každé činnosti jedince probíhá vzájemné působení člověka s prostředím. Působení člověka a prostředí je vzájemné. Činnosti člověka jsou jednak vědomé a nevědomé. Všechna činnost člověka není vždy a úplně vědomá. Mezi nevědomé činnosti patří automaticky nacvičená sestava pohybů (chůze, často se opakující činnosti). Také zde však lze zařadit prožívání, chování. V průběhu života se však člověk naučí ovládat vlastní projevy.

Psychika má také společenskou stránku, jde o sociální styk a vzájemné působení, které zpětnou vazbou ovlivňuje psychiku, ať už v pozitivním nebo v negativním smyslu.

Změny v psychice jsou vyvolávány jednak zráním nervových struktur, stárnutím, chorobami, přechodnými fyziologickými jevy (únava) a jednak zkušenostmi. Zkušenosti se získávají sociálním učením. Pojem učení tedy vyjadřuje vliv zkušeností na změny psychiky.

Základní formy lidského učení:

1. **Senzomotorické učení** - jde o učení pohybovým návykům probíhající jako cvičení (různé druhy pracovních a sportovních cvičení). Produktem jsou motorické návyky, v nichž se uplatňuje činnost kosterního svalstva.
2. **Kognitivní učení** - týká se funkčního zdokonalování poznávacích procesů, zejména myšlení, které probíhá jako komplexní proces vytváření a zdokonalování kognitivních modelů (modelů situací), které umožňují dokonalejší adaptaci zejména v řešení problémů.
3. **Sociální učení** - je to komplexní proces osvojování a využívání sociálních zkušeností tj. zkušenosti získané ze sociální interakce v psychické činnosti. Toto učení má za základ jak klasické, tak operativní podmiňování. Jeho specifickou formou je pozorování - jde o tzv. učení observační - učení na základě modelu. Druhé osoby mohou vystupovat jako pozitivní nebo negativní modely.

Výsledkem učení jsou:

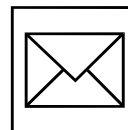
- vědomosti (soustava představ a pojmů)
- dovednosti (dílčí předpoklady pro vykonávání určité činnosti - senzomotorické, intelektové, sociální)
- návyky (jsou dílčí psychické předpoklady, které v určité situaci pobízejí člověka k určitému chování - rozhlédnutí při přecházení ulice, hygienické návyky, kouření, alkohol atd.)



Učení je složitá činnost, ve které jsou obsaženy psychické procesy od vnímání přes myšlení až po procesy citové a volní. Na učení má vliv pozornost, nálada, schopnosti a charakter. Učení je záměrné a bezděčné.

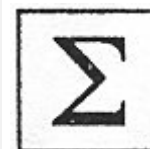
Cvičení 2

Pokuste se vypracovat kasuistiku pacienta, kterého dobře znáte se zaměřením na jeho prožívání nemoci, psychické procesy a vlastnosti. Pokud vzhledem k vaší praxi toto nelze – pokuste se provést zamyšlení nad vlastní osobností, jak vy sami byste prožívali vlastní vážnou nemoc. Pokuste se charakterizovat vlastní osobnost v oblastech psychických a procesů a vlastností.



Shrnutí

Tato kapitola se zabývá klasifikací osobnosti, která má významný vliv na prožívání nemoci a na určité aktivitě, kterou by měl nemocný během léčby vyvinout. Jsou zde vysvětleny psychické procesy, které se právě na tomto prožívání a adaptaci podílejí. Cílem bylo pochopení individuality každé osobnosti. Zdravotnický pracovník, aby dosáhl profesionality by měl o pacientech/klientech přemýšlet a pokusit se o empatii nejen k nim, ale k příbuzným. Znalost osobnosti patří mezi základní dovednosti zdravotnického pracovníka.



Použitá literatura v druhé kapitole

NAKONEČNÝ, M. Lexikon psychologie. Praha: Vodnář, 1995, 397s, ISBN 80-85255-74-X

SEEDHOUSE, D. Health: The foundation of achievement. New York: John Wiley, 1995, s.125

SCHWARZER, R. Psychologie des Gesundheitsverhaltens. Göttingen : Hogrefe, 1992, s.126

3. ONTOGENEZE A JEJÍ VLIV NA VNÍMÁNÍ NEMOCI

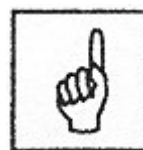
Cíl

Po prostudování kapitoly byste měli být schopni:

- znát specifika jednotlivých vývojových období
- umět rozlišit základní potřeby jednotlivých období
- charakterizovat rozdíly ve vnímání nemoci a smrti u jednotlivých období
- vysvětlit důležitost rodiny a jejího vlivu na nemocného

Klíčová slova

Ontogeneze, vývoj, potřeby, motorika, kognitivní vývoj, socializace, nemoc, rodina



Průvodce

V této kapitole budete seznámeni s charakteristikou jednotlivých vývojových období se zaměřením na potřeby, které se průběžně mění. Budeme se zde zabývat také otázkou, jakým způsobem vnímají nemoc děti, dospívající, dospělí a stárnoucí generace. Vnímání nemoci v určitém období není ovlivněno pouze vlastní osobností, kterou jsme analyzovali v kapitole č.2, ale také věkem, pohlavím, sociálním zázemím, kulturou společnosti a zdravotnickým systémem. Cílem zdravotní péče by mělo být co nejoptimálnější či co nejpřirozenější prožívání nemoci, tak aby byly uspokojovány veškeré potřeby a lidská důstojnost.

Vývojová psychologie usiluje o poznání souvislostí a pravidel vývojových proměn v jednotlivých oblastech lidské psychiky a porozumění jejich mechanismům. Duševní vývoj lze charakterizovat jako proces vzniku a zákonitých změn psychických procesů a vlastností v rámci diferenciaci a integrace celé osobnosti.

Vývojová psychologie se zabývá ontogenetickým vývojem psychiky od početí až po zánik organismu. Pro lepší porozumění lze vymežit tři hlavní oblasti psychického vývoje (Vágnerová,2000,s.15)

- biopsychosociální vývoj - zahrnuje tělesný vývoj a veškeré proměny s ním spojené a také i faktory, které jej ovlivňují
- kognitivní vývoj - zahrnuje všechny psychické procesy, které se nějak spolupodílejí na lidském poznávání. Jde o ty kompetence, které člověk využívá při myšlení, rozhodování, učení. Jde o proměnu způsobu uvažování v průběhu života. Tento vývoj ovlivňují různé faktory - způsob vzdělávání, mediální vlivy
- psychosociální vývoj - zahrnuje proměny způsobu prožívání, osobnostních charakteristik a mezilidských vztahů- sociální pozice. Jde např. o působení rodiny



Činitelé psychického vývoje



- dědičnost – gen, DNA deoxyribonukleová kyselina, způsob uplatnění genetické výbavy závisí i na vnějším prostředí
- faktory vnějšího prostředí – socializační činitelé: sociokulturní vlivy, sociální skupina či vrstva, malá sociální skupina – rodina (rodina působí ve dvou rovinách – specifika rodiny – komunikace, role - individuální specifika – citový vztah, úroveň kontroly a zpětnou vazbu při plnění rodičovských požadavků
- způsob realizace psychického vývoje - zrání (je podmínkou dosažení stavu vnitřní připravenosti k učení a tím k rozvoji různých psychických vlastností, učení je proces, který se ve vývoji projevuje určitou přetrvávající změnou psychických procesů a vlastností, navozenou účinkem zkušeností)

3.1 Ontogenetická periodizace

PRENATÁLNÍ OBDOBÍ

Prenatální vývoj trvá 9 měsíců kalendářních. Prenatální období se člení na 3 fáze (Vágnerová, 2000, s. 39):

- fáze oplodnění - uhnízdění blastocysty a vytvoření 3 zárodečných listů, které trvá přibližně 3 týdny
- embryonální období - vytvářejí se všechny hlavní orgánové základy, trvá od 4. - 12. týdne těhotenství. Vzhledem k intenzivnímu růstu je v tomto období embryo citlivé na působení různých teratogenních faktorů, které mohou být příčinou vzniku závažných vývojových vad
- fetální období - dokončování vývoje orgánových systémů, z nichž některé již začínají fungovat

V období těhotenství není zvýšeně citlivý na působení různých faktorů jenom plod, ale i matka. Organismus těhotné ženy reaguje v důsledku hormonálních změn intenzivněji i na běžné zátěže (stres, chřipka atd.) V prenatálním období se vytvářejí všechny potřebné předpoklady pro samostatný život plodu. Lidský plod se v každé vývojové fázi projevuje typickým způsobem. Má postupně stále větší schopnosti přijímat informace a chovat se vzhledem k jejich kvalitě diferencovaným způsobem a také má schopnosti nejjednodušších forem učení (pohyb, bazální pocit bezpečí).

Vývoj chování plodu během fetální fáze:

- *konec embryonální fáze - přechod do fetální : plod reaguje na dotek v okolí úst a nosu. Lze pozorovat sací pohyby. Na podráždění reaguje sevřením prstů. Pohybuje hlavičkou, rukama i trupem.*
- *4. měsíc : střídavě pohybuje buď horními nebo dolními končetinami. Reaguje na dotek kdekoliv na pokožce. Otvírá a zavírá ústa, pohybuje jazykem. Umí měnit výraz tváře. Když se v této době podráždí jeho víčka, netrhne celým tělem jako dříve, ale reaguje jen*

v oblasti podráždění. V této době se vytvářejí základní reflexy.

- 5. měsíc : plod reaguje na tlak a začíná vnímat zvukové podněty. Jde především o tlukot matčina srdce. Dovede rozlišovat základní chutě. Pohyblivost je celkově výraznější, ve frekvenci a intenzitě pohybů se začínají projevovat individuální rozdíly.
- 6. měsíc : pohyby končetin jsou celkově intenzivnější, ale jinak se příliš nemění, všechny pohybové reakce jsou v tomto období ještě reflexní a nekoordinované. Zkušenosti plodu se projevuje v různé intenzitě pohybu jako reakce na rozmanité, např. akustické podněty.
- 7. až 9. měsíc : se uvedené kompetence dále diferencují. Plod se připravuje na další životní fázi. V této době je již natolik zralý, aby přežil případné předčasné narození



V prenatálním období dochází k interakci mezi plodem a matkou:

- fyziologický způsob komunikace - zprostředkovává krev procházející placentou. V ní mohou být obsažené různé látky (krevní cukr, adrenalin), které putují z mateřského organismu do organismu plodu a nějakým způsobem jej ovlivňují. Pokud matka prožívá stres, její prožitky stimulují určité fyziologické reakce. Dítě získává o jejich pocitech jednoznačnou informaci, nadměrné vylučování neurohumorálních látek v organismu matky může vést k přetížení organismu plodu.
- smyslová komunikace - plod reaguje na některé smyslové podněty např. masírování břicha, změnu polohy či mateřský hlas. Matka ví, že když bude dělat určité pohyby, bude její dítě odpovídat kopáním, bude dávat najevo nespokojenost. Pohybová aktivita je v zásadě jediným způsobem jímž může plod vyjádřit svou nelibost. Zvýšená intenzita a frekvence pohybů signalizuje nadměrnou stimulaci plodu nějakým, aktuálně působícím podnětem.
- emoční racionální postoj matky k plodu - jeho komunikační význam spočívá v tom, že matka na plod soustředí svou pozornost, uvažuje o něm, prožívá určitým způsobem jeho existenci. Koncentrace pozornosti na některou část těla bývá součástí relaxačních systémů a takto lze i ovlivňovat plod v děloze. Nechtěné děti bývají častěji potracené než děti chtěné.
- plod aktivně spolupracuje při porodu
- porod co nejpřirozenější metodou
- vazba, která se vyvíjí mezi matkou a dítětem po narození - přiložení k prsu, přiložení na břicho, poslech matčina srdce

Vlastní průběh porodu má vliv na dítě a následně i na jeho psychický a zdravotní stav.

Jak bylo uvedeno v předchozím textu toto období je období vývoje plodu. Pokud je plod nemocný či postižený, nevíme jak tuto situaci vnímá, ale jakým způsobem působí nemoc matky na plod je již v odborné literatuře popsáno. Nejen, že nemoc matky může negativním způsobem ovlivnit tělesný vývoj plodu (stejná situace platí i pro návykové látky), ale ovlivňuje také psychické ladění plodu. Matka v období nemoci má obavy o zdraví svého dítěte, což se může projevovat úzkostnými stavy, plačtivostí. Tento emocionální stav se přenáší na plod. Zejména se jedná o chronická



onemocnění : diabetes mellitus, polycystické ledviny, sklerózu multiplex, HIV pozitivita. Výjimečně se vyskytují i onkologická onemocnění v druhém a třetím trimestru.

Z uvedených důvodů je nanejvýše žádoucí zejména plánované rodičovství, kdy se sama žena podle svého zdravotního stavu rozhoduje o těhotenství, dále zde patří zdravý životní styl, dostatek odpočinku, eliminace stresu, který ovlivňuje imunitní systém matky a celková prevence obrany před nemocí.



KOJENECKÉ OBDOBÍ

Krátké období, ve kterém dochází k velmi rychlému rozvoji psychomotorického vývoje (Vágnerová, 2000, s. 45)

Hrubá a jemná motorika

1. PRINCIP VÝVOJOVÉHO SMĚRU

- cefalokaudální (od hlavy k patě)
- proximodistální (od centra k periférii)
- ulnoradiální (vývoj jemné motoriky ruky vedoucí k tzv. klíčkovému úchopu)

2. PRINCIP STRÍDAVÉHO PROPLÉTÁNÍ

střídání flexe a extenze končetin

3. PRINCIP FUNKČNÍ ASYMETRIE

jde o tzv. šermířskou polohu

4. PRINCIP INDIVIDUALIZACE

individuální rozdíly ve vývoji dětí

5. PRINCIP AUTOREGULACE

subjektivní obraz dítěte je spojen s různými citovými prožitky, které mohou vrozenou zvědavost dítěte tlumit nebo naopak posilovat

3. měsíc – leží v poloze naznak, již symetrická poloha, ruce naznak aktivního úchopu, na bříšku „pase koníčky“, pozoruje předmět, naslouchá, vydává první hlásky, brouká

6. měsíc – drží se podaných prstů, s oporou sedí vzpřímeně s hlavou pevnou, chvíli sedí – žabí pozice, ve stoje se vzpírá, žvatlá, otáčí se za zvukem, úchop předmětu hrabavým pohybem, dítě koordinuje pohyby obou rukou, dovede si hračku přendávat z ruky do ruky

7. měsíc - dítě samo sedí a tím se obohacuje jeho pohled na svět

9. měsíc – velký mezník ve vývoji dítěte, sedí pevně, vzpřímeně, nespadne, dokáže se samo posadit, vytáhne se pomocí rukou ve stoje, uchopí i malé

předměty – aktivní pouštění z rukou, radikální změny v řeči, první jednoduché slovo, pije samo z hrnku, 10 – 12 měsíc první krůčky, reaguje na příkaz.



Kognitivní vývoj

K rozumovému vývoji je nutná stimulace a s ní potřeba učení. Rozvíjí se senzomotorická inteligence (primární rozvoj poznávacích procesů) – prohlížení, nápodoba, postupné učení, nepodmíněné reflexy. 9. měsíc začíná předvídat výsledky své činnosti, rozlišuje mezi prostředkem a cílem. Jsou zde počátky rozvoje řeči, které závisí na schopnosti sluchového vnímání. Kojenec preferuje vysoký hlas, od 4. měsíce začíná broukat, v 6. - 8. měsíci žvatlat. První slova se objevují ke konci prvního roku věku.

Socializace

Prostředkem socializace je sociální učení, kdy dochází ke specifickému učení komunikace mezi matkou a dítětem, mezi okolím. Rozděluje se do tří stádií podle věku kojence:

1. stádium preobjektivní“ – symbiotická – úzké spojení dítěte s matkou
2. stádium „objektu“- matka či bytost, která se chová k dítěti mateřsky – tento objekt je trvalý
3. stádium „diferenciační“ začíná v 6. - 8. měsíci rozlišovat známou a cizí tvář, projevuje úzkost. 7. měsíc specifický vztah k jedné osobě – separační úzkost. Jde o normální emoční vývoj dítěte

V tomto období vystupují do popředí zejména fyziologické potřeby:

- potřeba příjmu potravy
- potřeba spánku
- potřeba dýchání
- potřeba vyměšování
- potřeba tepla
- potřeba být bez bolesti – tělesné pohodlí

Dále jsou to psychické potřeby:

- potřeba lásky
- potřeba bezpečí

Pokud jsou jednotlivé potřeby uspokojeny bývá kojenec klidný a spokojený. V případě nemoci – u kojenců to bývají nejčastěji respirační infekce dochází k neuspokojení některých potřeb např.:

- rýma, ucpaný nos, laryngitida – ztížené dýchání – dítě je plačtivé, neklidné, odmítá příjem potravy
- růst zoubků – akutní bolest- dítě vnímá bolest plácem, je neklidné, je narušený spánek
- bolesti břicha (větry) – dítě je plačtivé, neklidné

Pocit bolesti u kojence snižuje přiložení na hrud', hlazení a celkové teplo, lidský hlas. Kojenec v období nemoci potřebuje ještě výrazněji přítomnost blízké osoby (matky, otce, babičky). Cílem je celkové zklidnění a nastolení pocitu bezpečí a jistoty pro dítě. Z těchto důvodů je při nutné hospitalizaci hospitalizována i blízká osoba.

OBDOBÍ BATOLETE



Hrubá a jemná motorika

Rozvoj lokomoce, první krůčky – 15. měsíc samostatná chůze – nejistá,
2leté dítě utíká – nepadá, umí chodit do schodů – nestřídá nohy,
3leté chůze ze schodů – střídání nohou, překračuje předměty, jezdí na kole,
velké nebezpečí úrazu.

Ruka již ovládá všechny základní pohyby a jemnost pohybů se zdokonaluje. Významnou činností je hra, nejčastěji s kostkami, stavebnicemi, navléká korálky, kroužky. Začíná zájem o kresbu, zpočátku jde o čmáranice - zejména kruhové.

Kognitivní vývoj

Do 1. až 1 a 1/2 roku dítě experimentuje – senzomotorická inteligence
Od 2. do 4. roku symbolické myšlení, použití předpojmů – tvoří jednoduché úsudky.

Řeč

12 měsíců - 2 slova
18 měsíců - 10 slov
21 měsíců - 20 slov
2 roky - 200 až 300 slov
3 roky - 700 a více slov

Socializace

Dítě stále velmi závislé na matce a blízkých rodinných příslušnících.
Reakce žárlivosti. Konce druhého roku začíná dítě navazovat vztahy s vrstevníky, ve třetím roce začíná mít ráz spolupráce. Charakter hry je stále omezen na jednoduchou manipulaci. Dítě se začíná osamostatňovat, opouští teritorium, zapojuje se do společenství. V tomto období dochází k nácvičku samoobsluhy (oblékání, příjem potravy, vylučování). Významnou částí tohoto období je tzv. fáze vzdoru, která je spojena s obdobím identifikace vlastního „já“ (období jáství).

V tomto období podobně jako v období kojeneckém jsou přítomny nejčastěji respirační infekce, imunitní systém batolete je stále ještě nezralý a dítě je velmi náchylné k infekci zejména v interakci s jinými dětmi (jesle, školky). Nemoc u dítěte přichází náhle, projevuje se únavou, zvýšenou potřebou spánku, plačtivostí, změnami nálad, dítě ztrácí chuť k jídlu. V tomto období již batole zvládne lokalizovat bolest (hlavička, břicho, končetiny). Často se u dětí objevují vysoké horečky. Pokud se dítěti na chvíli uleví touží po aktivitě, kterou je v tomto období hra. Jeho potřeby v období nemoci jsou téměř shodné jako u kojence:

- potřeba lásky, bezpečí

- potřeba být bez bolesti
- potřeba tepla
- potřeba spánku
- potřeba příjmu tekutin
- potřeba aktivity



Péče o batole v období nemoci je náročná, dítě si vyžaduje pozornost a zejména přítomnost blízké osoby. I z těchto důvodů při hospitalizaci dítěte může být rodinný příslušník hospitalizován s dítětem nebo dochází na tzv. denní pobyt. Často se u dítěte střídají rodiče a prarodiče, aby dítě bylo co nejméně samo. V období ústupu chorobných příznaků se dítěti vrací potřeba hry, na všech dětských oddělení jsou vybudovány herny, kde děti s rodiči nebo herním specialistou mohou trávit čas, kdy je dítě bez potíží.

Činnost – hra pomáhá dítěti přesunout pozornost. Negativně dítě prožívá v období nemoci nepřítomnost blízké osoby – např. při vyšetřování dítěte (CT, magnetická rezonance aj.). Proto, aby u dítěte nedocházelo k psychické iatrogenii (její důsledky jsou neurózy úzkostná nozofobie) bývá dítě tlumeno opiáty. Je důležité, aby si dítě nevytvořilo negativní vztah ke zdravotnickým zařízením. Tohoto lze dosáhnout jednak citlivou manipulací s dítětem, příjemným prostředím s přítomností hraček a obrázků.

Specifická péče u dětí po úraze

U dětí od prvního do čtvrtého roku života jsou úrazy nejčastější příčinou úmrtí (především jde o popálení, utopení a autonehody). Často také mohou být děti postiženy trvale nebo jejich úraz vyžaduje dlouhodobou léčbu. Jejich adaptace na nemocniční prostředí závisí nejen na přítomnosti blízkých osob, ale také na zdravotnickém týmu a prostředí. Pokud nastane pozitivní adaptace dítě začíná brát zdravotnický tým jako blízké osoby.

V prevenci úrazů v batolecím období se používají různá opatření, která mají za cíl zabránit dětským nehodám a úrazům. Existují bezpečnostní ochranné zátky pro lahvičky obsahující léky, které znemožňují přístup k léku. Do prodeje se dostávají bezpečnostní uzávěrky elektrických kontaktů, jež zabraňují dětem ve styku s holým elektrickým vodičem. Začínají se vyrábět dětská ohnivzdorná pyžama, doporučuje se instalovat ochranná zábradlí kolem vodních nádrží, koupališť, dětských brouzdališť, zamezující dětem přímý kontakt s nádrží vody. Instalují se speciální dětské autosedačky a bezpečnostní pásy v autech.

PŘEDŠKOLNÍ OBDOBÍ

Hrubá a jemná motorika

Hrubá motorika :

Stálé zdokonalování, koordinovanější pohyby, počátky sportovních aktivit, vysoká mobilita a pohyblivost, plavání, jízda na kole, lyžování, bruslení, počátky míčových her, u dívek taneční prvky.

Jemná motorika :

Výsostné postavení má hra, manipulace s předměty, manipulace se stavebnicemi. Dětské hry lze rozdělit na manipulační, pohybové, napodobovací. Významný vývoj lze pozorovat u kresby, kterou se dítě postupně připravuje na vstup do školy:



4leté dítě kreslí hlavonožce

5leté jen hlavní části těla

6leté začíná kreslit detaily, dochází ke zlepšení citlivosti jemné motoriky, držení tužky, náznaku písma

Kognitivní vývoj

Koncem 4roku se dostává myšlení z úrovně předpojmové do názorného myšlení, které je prelogické – egocentrické, antropomorfní, magické, artificialistické.

Řeč

Velký rozvoj řeči, rozvíjí se věty, je schopno souvisle vyprávět krátký děj – např. krátkou pohádku od 4 -5roku začíná používat vnitřní řeč.

Poruchy řeči – patlavost, poruchy výslovnosti sykavek, r, ř , nástup logopedické péče.

Socializace

Nejvýznamnějším sociálním prostředím je nadále rodina, dítě si postupně utváří vztahy ke stále většímu okruhu lidí.

1/vývoj sociální reaktivity

2/vývoj sociálních kontrol

3/osvojení sociálních rolí

4/ samostatnost, schopnost základní sebezpečnosti

Jedno z nejdůležitějších vývojových hledisek je identifikace s mužskou či ženskou rolí a její osvojení. Zde by měl začít pozvolna sexuální výchova - chránění vlastního tělového schématu, prevence zneužívání.

V tomto období se také nejčastěji vyskytují respirační infekce(rýma, laryngitida, bronchitida), jiná infekční onemocnění (zarděnky, neštovice) alergická onemocnění (astma) a také dětské úrazy. U předškoláků jsou přítomny stejné potřeby jako u batolat, zejména do popředí zde vystupuje potřeba aktivity a potřeba blízké osoby. V tomto období se můžeme setkat s účelovým jednáním, které spočívá v uvědomění, že nemoc má někdy své výhody – dítě nemusí do školky, uklízet hračky, rodiče se mu plně věnují. Děti v některých případech udávají bolesti břicha, hlavičky. Co se týče lokalizace bolesti je dítě schopno spolupráce. Některé postupy se mu vysvětlují pomocí tzv. diagnostické panenky.

Smrt dítě chápe jako něco vzdáleného, spojuje ji se spánkem (souvislost s častým obratem „babička spinká“). Není pojímána jako něco stálého,

člověk, který umřel se může vrátit. Začíná zájem o mrtvá zvířata a hřbitovy. U těžce nemocných dětí (např. onkologických pacientů) je možné pozorovat osamělost, bolest, strach.



MLADŠÍ ŠKOLNÍ OBDOBÍ

Období latence, mírného zdokonalování, věk tzv. „střízlivého realismu“

(Vágnerová,2000,s.78)

Hrubá a jemná motorika

Hrubá motorika – závislá na tělesném růstu, tělesná síla a obratnost hrají velkou roli v postavení dítěte v kolektivu.

Jemná motorika – zdokonalování, písmo, kresba detailnější, schopnost velmi jemné manipulace.

Kognitivní vývoj

Dítě chce pochopit svět - tento charakteristický prvek lze pozorovat v jeho mluvě, v kresbách, ve hře.

Dítě je schopné logicky myslet, začíná chápat příčinné vztahy – proč svítí světlo. Začíná řešit slovní úlohy, mírný rozvoj abstraktního myšlení, vysoká kapacita paměti, rychlé zapamatování a rychlé zapominání.

Smyslové vnímání – dítě je pozornější, zdokonaluje se pozornost, detaily, začíná být kritickým pozorovatelem

Řeč 7leté 18 633 slov

11leté 26 468 slov

15leté 30 263 slov

Socializace

Nástup sociální kontroly, některé děti dominantnější, jiné podřízené, začíná se vytvářet hodnotová orientace – i když velmi labilně. Od 11 let začínají hlouběji se dostávat do podstaty mravního hodnocení. Nástup cílené motivace.

Osvojování si sociálních rolí – role žáka, spolužáka, kamaráda, první kamarádství, osamostatňování se od rodiny, kolem 10 roku začíná další hlavní činnost – práce. Dítě začíná hodnotit samo sebe. Zrcadlová teorie – hodnocení rodičů, kolektivu. Pokračování v sexuální výchově, vytváření postojů k negativním jevům ve společnosti (kouření, alkohol, drogy). Začínají se intenzivněji objevovat zájmy dítěte. Vytváří se morální postoje, ovlivněné rodinou, společností, vrstevníky.

V období mladšího školáka má dítě již silnější imunitní systém, výskyt respiračních chorob se pomalu snižuje. Dítě již přesně charakterizuje své zdravotní problémy, lépe spolupracuje s léčbou, snaží se být při některých bolestivějších úkonech statečné. Některé děti berou nemoc jako únik ze školních povinností, můžeme se také setkat se simulací (z důvodu problémů ve škole, šikany). V tomto období si děti začínají uvědomovat pojem smrt, berou ho jako něco tajemného, strašidelného – jako pohádkovou bytost. Začíná uvědomění její nevratnosti a objevují se první záblesky možnosti vlastní smrti. Smrt je spojena s napínavými příběhy (může se na základě některých filmů vyskytnout názor, že smrt nic není. Kolem desátého roku se vyskytuje již strach ze smrti, dítě je schopno o smrti hovořit, přesto ji však připisuje spíše starým lidem.



OBDOBÍ DOSPÍVÁNÍ

Období dospívání - pohlavního zrání se rozděluje na dvě základní období, která významně formují jedince.

Puberta

Celé období puberty lze rozdělit na dvě fáze:

- prepuberta (dívky 10 - 12 roků, chlapci 11 - 13 roků) dochází k růstové akceleraci, růstu pohlavních žláz, k hormonální aktivitě, vývojem druhotných pohlavních znaků, k psychickým změnám
- puberta (dívky 12 - 15 let, chlapci 13 - 16 let) období rychlé růstové akcelerace, změny tělesné, hormonální, psychické

Hrubá a jemná motorika

Tělesný růst neprobíhá rovnoměrně, končetiny rostou rychleji, dochází k disharmonii (zejména u chlapců). Růst těla je ovlivněn pohlavím. Dívky rostou rychleji a ukončení tělesného růstu je dříve. U dívek dochází k rozšiřování pánve, prsní žláza roste zprvu kuželovitě, následně se zaobluje. Dochází k ukládání tělesného tuku do oblastí kyčlí. Nastupuje menstruační cyklus. U chlapců dochází k rozšiřování hrudníku a ramen, končetiny se prodlužují, narůstá svalová hmota, dochází k prvním polucím. U obou pohlaví roste typické ochlupení. Mění se hlas, vzhled obličeje, dochází k výskytu akné. Hrubá a jemná motorika se u obou pohlaví stále zdokonaluje.

Kognitivní vývoj

Myšlení se začíná blížit vrcholu. Mění se způsob uvažování, kvalitnější mozkové operace - analýza, syntéza, indukce, dedukce. Objevují se prvky psychologického myšlení. Zdokonaluje se slovní projev, zvyšuje se slovní zásoba, vyšší výskyt vulgarismů. Vyšší emocionalita dospívajícího má vliv na chování jedince, dochází ke kritickým postojům, poruchám pozornosti.

Socializace

Pubescent se začíná aktivně zabývat morálkou, dochází k výkyvům ve školním prospěchu. Postupně se osamostatňuje, dochází k tzv. pubertální vzpouře proti autoritám. Kritizování způsobu života, názorů, postojů. Dochází k navazování nových, hlubokých vztahů k vrstevníkům, začíná se rozvíjet sexuální pud a tím i sexuální chování (masturbace). Dochází k problémům ve čtyřech základních vývojových problémech:



1. rozpor mezi fyzickou a sociální zralostí (sociální zralost nastupuje mnohem později)
2. rozpor mezi rolí a statusem (očekává se zodpovědné chování a vyžaduje se poslušnost)
3. rozpor mezi hodnotami mladé a starší generace
4. rozpor mezi hodnotami rodiny a vnější společností

Období adolescence

II. fáze dospívání 15 – 20 let s individuální variabilitou zejména v oblasti psychické, sociální, vzácněji i sociální

Hrubá a jemná motorika

Pokračuje růst, zejména u chlapců, postava se stává symetrická, pohyby koordinovanější. Na konci tohoto období je tělesné dospívání ukončeno. Je to období veliké svalové síly, mrštnosti, pohyblivosti. Jemná motorika je plně vytvořena.

Kognitivní vývoj

Dochází k přemýšlení o budoucnosti, volba povolání, začíná se významněji uplatňovat cílevědomost, samostudium. V myšlení se objevuje veliká flexibilita, nové způsoby řešení. Řeč začíná být kultivovanější, přesto mezi vrstevníky se vyskytují stále vulgarismy.

Socializace

Hledání identity, separace od rodiny, vyskytují se generační konflikty - jde o hybnou sílu osobního vývoje a je nevyhnutelná k navázání hlubších přátelských a milostných vztahů. Začíná se více začleňovat do společnosti, uvědomuje si své cíle. Muži jsou kolem 18. roku na vrcholu své sexuální aktivity. Intimní vztahy mohou být hluboké, nebo naopak polygamní.

Preference – intenzivní prožitky, usilují o absolutní řešení, příjem svobody, odmítání zodpovědnosti

- období sebepoznání

- vývoj partnerských vztahů
- zařazení do skupiny – přijetí alternativní kultury – rocková hudba, tvorba graffiti – skupiny prkýnkáři, skejťáci
- vývoj morálky



Rodina a její význam pro jedince

Funkce rodiny

Typy a vývojové stupně rodiny:

- Rodina uzavřená - nepropustnost vůči okolnímu světu a jeho vlivům, uvnitř vládnou striktně dodržovaná rigidní pravidla, základní struktura je konzervativní - jeden z rodičů je dominantní, děti se musí podřizovat, členové nemají vlastní soukromí. Uzavřená rodina se nemá možnost vyvíjet.
- Rodina koaliční - tato rodina je vnitřně rozdělena a členové tvoří tábory, mezi kterými je napětí a neshoda. Chybí zde společný rodinný život. Vyskytují se zde otevřené konflikty. Vnitřně rozdělená rodina je málo funkční a často spěje k rozvodu.
- Rodina chaotická - zde nic neplatí, členové rodiny se těžko na něčem dohodnou, bývají zde četné spory, svým způsobem se mají všichni rádi a při vnějším ohrožení se semknou. Vzhledem k vnějšimu světu je značná propustnost - návštěvy jsou časté a vítané
- Rodina vyrovnaná a stabilní Jde o žádoucí typ rodiny, vzhledem k vnějšimu světu je rodina propustná při zachování jasné hranice mezi ní a okolím- Postupně se vyvíjí. Pravidla se mohou měnit pokud přestávají být funkční. Nedorozumění se řeší diskusí

Dospívající rozlišuje přítomnost nemoci ve dvou rovinách V jedné rovině je to zklamání, že mu nemoc znemožňuje určité aktivity, v druhé rovině jde o určitý profit (nepíše písemnou práci, nemůže být zkoušený). Zejména v období střední školy dochází k výraznému zvýšení počtu hodin absence na vrub krátkodobých onemocnění (bolest hlavy, průjem, bolesti břicha, teplota). U běžných akutních infekcí je schopen spolupráce. Začíná se sám zabývat svým zdravím. U vážných onemocnění si začíná dospívající uvědomovat svou zranitelnost, začíná mít strach o svůj život, uvědomuje si, co mu vše nemoc bere. Spolupráce se zdravotnickými pracovníky může být obtížná, neboť dospívající bývají mnohdy netrpěliví, nechápou proč to všechno dlouho trvá. Tento stav se může prezentovat agresivitou ke svému okolí, odmítáním léčby.

OBDOBÍ DOSPĚLOSTI

Bio-psycho-sociální oblast

Mladá dospělost 20 – 35 let

- profesní role
- stabilní partnerství
- rodičovství

Tělesná stránka

Jde o období největší tělesné síly, vitality, energie. Svalová síla vrcholí kolem 25. roku.



Kognitivní stránka

Myšlení dozrává ke svému vrcholu, jedinec se zapojuje do pracovního procesu, učí se novým vědomostem a dovednostem. Pokračuje samostudium, flexibilita. Uvědomuje si své chyby a nedostatky, snaží se je odstranit.

Socializace

Přechod od adolescentního egocentrismu k altruismu a k zodpovědnosti

- zodpovědnost a péče o jiné
- harmonizace vlastních potřeb
- mužská a ženská role
- mateřství, profese, partnerství, ambice
- fáze budování hnízda
- dodržovat soukromí, schopnost kompromisu

Období střední dospělosti 35 -48 let

Tělesná stránka

Pozvolná involuce, nezatelný úbytek tělesné výšky, sluch pomalu ztrácí citlivost pro vysoké tóny. Zmenšuje se pružnost kloubů, klesá svalová síla, objevují se vrásky, řídnou vlasy, klesá produkce hormonů, kůže ztrácí elasticitu, zvýšené ukládání tuků.

Kognitivní stránka

Vzestup psychických schopností, vysoká duševní výkonnost. V pracovní činnosti dosahuje pracovního vrcholu. Přirozená kreativita, odbornost, zkušenost. Jde o perspektivního pracovníka.

Socializace

Proměna partnerské role a role rodičovské. Může dojít ke krizi třicátých let - potřeba změny, bilancování dosažených cílů, zabývání se sebou samým. Nový pohled na budoucnost, loučení se s mládím. Objevují se tendence měnit dosavadní život.

Období starší dospělosti 48 – 65

Tělesné změny

V tomto období involuce je již výrazná. Dochází k tělesným změnám a ke změnám funkcí orgánů. Klesá výkonnost plic i srdeční činnosti, klesá produkce hormonů, zpomaluje se metabolismus, ubývá svalové tkáň, objevují se degenerativní změny na kostech a kloubech a tím se snižuje tělesná výkonnost. Dostavuje se ženské a mužské klimakterium. Zhoršuje se kvalita vnímání. Je zřejmá zvýšená unavitelnost. Poruchy spánku, výskyt chronických chorob



Kognitivní stránka

I přes pokračující involuci tělesné stránky, v rozumové oblasti dosahuje jedinec často vrcholu svého profesionálního postavení. Jiná je situace u jedinců, kteří jsou nuceni změnit své zaměstnání (přeškolovat se). V myšlení se může projevovat konzervatismus, menší pružnost, zvýšená unavitelnost. Vyšší nutnost přestávek a odpočinku. Nepatrný úbytek paměťových schopností.

Socializace

Jde o období bilancování, které může být provázeno úzkostí, depresemi. Odchod dětí z domova - syndrom prázdného hnízda. Sexuální potřeby se snižují, někdy dochází k ukončení sexuální aktivity. Přichází nová role - prarodiče (tato role je pro vývoj dítěte nesmírně důležitá). Příprava a vyrovnání se s odchodem do důchodu. Změna sociálního statutu.

Přístup v jednotlivých etapách dospělosti k nemoci je již reálnější, ovlivněný osobností jedince, věkem a jeho sociální situací (rodina, děti, zaměstnání, ekonomická stránka). Zejména v období střední dospělosti se mění postoj k vlastnímu zdraví, kdy se začínají vyskytovat chronické zdravotní problémy (bolesti páteře, hypertenze, endokrinologická onemocnění atd.) Chronická nebo život ohrožující nemoc přináší jedinci komplikace (zpomalení kariérního růstu, ekonomické problémy, nezaopatřené děti) a také vědomí vlastní smrtelnosti, která již výrazněji vystupuje do popředí.

OBDOBÍ STÁŘÍ

Období raného stáří

Vznik tzv. ageismu - postoj, který vyjadřuje obecné sdílení přesvědčení o nízké hodnotě nekompetentnosti ve stáří – projevuje se podceňováním, odmítáním, event. odporem ke starým lidem. Z hlediska ageismu je stáří obdobím ztrát, celkového úpadku a zhoršené kvality života.



Tělesné změny

Jsou ovlivněny – genetickými dispozicemi, vnějšími faktory. Toto období je charakteristické polymorbiditou, někdy se setkáváme s tzv. Diogenovým syndromem – syndrom zanedbaného starce.

Celkové tělesné změny:

atrofické svalstvo, úbytek svalové hmoty, snížená pohyblivost, snížená funkce kloubů, suchá – pergamenová kůže, snížení ochlupení, snížení tělesné výšky – v pozdějším stáří snížení tělesné hmotnosti

Změny smyslových funkcí – zrak, sluch, hmat, čich

Kognitivní změny

- úbytek paměťových kompetencí a obtížnost učení
- změny intelektových funkcí, zpomalení výkonu
- přednost rutina a stereotyp

Socializace

Odchod do důchodu, fáze přípravy na důchod. Bezprostřední reakce, deziluze, adaptace na denní styl. Jedinec má potřebu aktivity a potřebnosti. Objevuje se citová labilita, změny vůle, zvyšuje se potřeba citové jistoty a bezpečí a potřeba seberealizace. Dochází k zdůraznění některých vlastností – nespokojenost, podezřívavost, úzkost, puntičkářství, egocentrismus. Významně do života zasahuje smrt partnera a přátel. Spokojené stáří může také ovlivňovat ekonomická situace, vztahy v rodině a ke vnukům. Naopak je velmi nežádoucí sociální izolace. Dochází k přípravě na odchod ze života

Přístup stárnoucích a starých lidí k nemoci je již rezignovanější, lidé chápou realitu snížené a narušené funkce jednotlivých orgánů. Jak již bylo uvedeno jde o období polymorbidity, kdy tito lidé pravidelně navštěvují lékaře, užívají více léků a podstupují různé terapeutické a diagnostické zákroky. Se zdravotnickým personálem v mnoha případech spolupracují.

UMÍRÁNÍ A SMRT

Problematika umírání a smrti vzbuzuje v mnohých z nás strach z něčeho tajemného co nás bude dál. Tento strach je starý jako lidstvo samo. Přístup k umírání a smrti je ovlivněn nejen věkem umírajícího, ale také kulturou společnosti a vyznáním. Víra v posmrtný život tento strach snižuje a může dojít i ke smíření s touto situací.

Umírání znamená postupné a nenávratné snižování důležitých životních funkcí. Může proběhnout rychle nebo pomalu. V dobách minulých se umíralo zejména doma, kdy docházelo k rozloučení s rodinou, poslednímu pomazání. V současnosti asi 80% lidí umírá nad 60let, většinou v institucích, nejčastěji v nemocnici. Jde o izolované umírání často bez přítomnosti blízké osoby. Tento trend ritualizace umírání se mění pomocí hospiců, které si kladou za cíl, že nikdo by neměl umírat sám



Obecný postoj ke smrti má tři základní složky:

A/ citový vztah ke smrti je vyjádřen strachem a úzkostí

B/ kognitivní složka postoje zahrnuje vědomosti o umírání a vlastní zkušenost se smrtí

C/ z toho vyplývající chování bývá ovlivněno především emotivně

Staří lidé nemají potřebu smrt popírat, ale postupně se na ni připravují a uvažují o ní. Za určitých okolností mohou nebožtíkovi závidět – on už to má odbyté.

Strach ze smrti bývá závislý na různých faktorech:

1. Věk (má významný vliv na smíření, strach, zoufalství)
2. Sociální zázemí – zázemí rodiny, pozůstalých, dětí
3. Pohlaví – ženy se smrti bojí méně než muži a lépe se s představou smrti vyrovnávají
4. Míra obtížnosti současného života - čím je obtížnější tím je představa smrti reálnější a vyskytuje se menší strach
5. Vyrovnanost s vlastním životem – splnění povinností
6. Stabilita hodnot a vyrovnání se s určitým životním názorem snižuje strach ze smrti

Potřeby lidí v bezprostřední blízkosti smrti

- potřeba citové jistoty a bezpečí
- potřeba stimulace
- potřeba seberealizace
- potřeba otevřené budoucnosti – víra

- pocit podpory

Fáze vyrovnání u terminálně nemocného pacienta

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

Šok - dostavuje se po odhalení faktu, že nemoc nebo úraz je velmi závažného stupně.

Popření - pacient odmítne věřit diagnóze a může se obracet na jiné lékaře a léčitele s cílem vyvrátit šokující skutečnost.

Hněv - pacient útočí na okolí, kritizuje všechny a všechno. Nezbytné nechat odeznít.

Deprese - pacient ještě ne zcela uvěří nepříznivé diagnóze a je nešťasten.

Smlouvání - pacient přijme skutečnost vážnosti svého stavu, ale snaží se smrt oddálit vnitřním přesvědčováním, že se objeví určitá naděje.

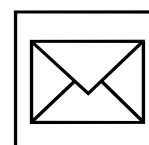
Vyrovnání - pacient umírá smířen se životem.



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.

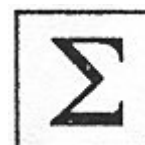
Cvičení 3

Vyberte si jedno vývojové období, s kterým se setkáváte během své praxe a zpracujte kasuistiku konkrétního přístupu k nemoci (akutní či chronické) a pokuste se v diskusi ho hlouběji analyzovat.



Shrnutí kapitoly

Tato kapitola je zaměřena na analýzu jednotlivých vývojových období a přístupu jedinců v určitém období k nemoci. Jde o pouhý hrubý nástin jednotlivých zákonitostí, a to jak v přístupu k nemoci, tak v přístupu k umírání a smrti. Vzhledem k tomu, že každý jedinec je individuální je nutné z profesionálního hlediska vytvořit specifický způsob přístupu a komunikace k pacientům/klientům. Dále se zde studenti seznámí s problematikou smrti a umírání a vyrovnání se s tímto faktem.



Použitá literatura v třetí kapitole

1. KÜBLER-ROSS, E.: Otázky a odpovědi o smrti a umírání. Arica, Turnov, 1993 ISBN 80-85878-12-7.
2. LANGMEIER, J. Vývojová psychologie pro dětské lékaře. Praha: Avicenum, 1983, s.125
3. MIKULAŠTÍK, M. Komunikační pasti v praxi. 1.vyd. Praha: Grada, 2003, 361s. ISBN 80-247-0650-4
4. MURPHY, F.R. Úvod do kulturní a sociální antropologie. 1. vyd. Praha: Slon, 1998. 267s. ISBN 80-85850-53-2
5. VÁGNEROVÁ, M. Vývojová psychologie. 1.vyd. Praha: Portál 2000 528s. ISBN 80-7178-308-0

4. PSYCHOLOGICKÁ PROBLEMATIKA NEMOCNÉHO

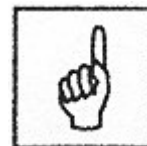
Cíl

Po prostudování kapitoly byste měli být schopni:

- vysvětlit rozdíly mezi postojem zdravotníka a nemocného k nemoci
- charakterizovat autoplastický obraz nemoci a jeho podmíněnost
- vysvětlit poměr pacienta k nemoci
- pochopit prožívání nemoci v čase
- rozlišit jednotlivé kategorie zdravotního stavu

Klíčová slova

Nemoc, pacient, prožívání, autoplastický obraz, postoj, čas



Průvodce

V této kapitole budete seznámeni s psychologickou problematikou pacienta/klienta. Vztahy mezi objektivním nálezem a prožíváním není vždy přímočarý. Prožívání patologických procesů je různé u hypersenzitivních jedinců a u jedinců psychicky odolných. Subjektivní stezky u pacienta nelze nikdy přehlížet. Některé osobnosti jsou charakteristické neadaptivními znaky, které se významnou měrou podílejí na určitých reakcích. Nemoc a zvláště nemoc či úraz vážnější narušují uspokojování potřeb a tím se podílejí na jednotlivých reakcích pacienta/klienta.

4.1 Prožívání nemoci

Psychologická problematika nemoci, nemocného a zdravotnické činnosti se zaměřuje na tyto hlavní problémy (Jobánková, 1992, 116s.):

- Tradiční, biologické, somatické, fyziologické zaměření je rozlišováno o pravdivější a hlubší chápání problémů zdraví a nemoci. Vystupuje chápání osobnosti (ať ve zdraví a nemoci) na pomezí psychosomatických vazeb. Osobnost je chápána jako komplex bio-a životního stylu- stereotypu – dochází k adaptaci na nemoc.
- Mění se potřeby a jejich pořadí.
- Nové nároky na mezilidské vztahy.
- Změna emočního prožívání pacienta.
- Působení léčby a léků.

Rozdíly mezi postojem zdravotníka a nemocného k nemoci

- zdravotník specificky vyhledává zejména objektivní příznaky onemocnění



- pacient cítí subjektivní prožívání nemoci jako důležitou součást jeho zájmu a bytí
- Tímto může docházet k rozporům mezi nimi.

Autoplastický obraz nemoci

Jde o vlastní prožívání nemoci, které má tyto stránky:

- senzitivní (vnímání bolesti, nepohodlí)
- emoční (strach a úzkost)
- volní (schopnost odolávat nemoci)
- racionální (vlastní znalost o nemoci a léčbě)



Tyto jednotlivé stránky se neustále prolínají a mohou být ovlivňovány samými zdravotnickými pracovníky a jejich přístupem k pacientům.

Vztahy mezi objektivním a subjektivním prožíváním jak již bylo uvedeno nejsou přímočaré. Někdy se také setkáváme s „ambivalentním prožíváním nemoci“, kdy prožívání nemoci s sebou mohou přinášet i pozitivní pocity – např. úlevu od problémů, zvýšený zájem okolí a blízkých.

Autoplastický obraz je podmíněn těmito faktory:

- rázem onemocnění (akutní, chronické, onkologické), způsobem léčby, bolestí, hospitalizací, tělesnými změnami
- okolnostmi léčby (finanční situace, nejistota zaměstnání, hypotéky, nemocniční prostředí, sociální izolace, zavinění nemoci (kouření, alkohol, nadváha, adrenalinový sport, autonehody)
- premorbidní osobnost – věk, stupeň citlivosti, citová reaktivita, hierarchie hodnot, zdravotní uvědomění, sociální postavení jedince

Poměr pacienta k nemoci:

- normální – realistické - odpovídá skutečnému stavu, plná adaptace
- bagatelizující – jedinec podceňuje závažné příznaky, neléčí se, nešetří se
- repudiační – pacient nechce brát nemoc na vědomí – odmítá návštěvu u lékaře, můžeme hovořit o disimulaci
- nozofóbní – nepřiměřené obavy z nemoci, jedinec se nechá opakovaně vyšetřovat, střídá lékaře, mnohdy nevěří negativním výsledkům, v některých případech můžeme hovořit o karcinofóbií, kardiofóbií nebo novější AIDS fobie
- hypochondrický – jedinec je přesvědčen o tom, že trpí vážnou chorobou, své potíže prožívá zaujatě, sleduje odbornou literaturu, vyhledává informace na internetu
- nozofilní – je spojen s příjemným prožíváním nemoci (odklad povinností)
- účelový – jde o vystupňování nozofilního postoje k nemoci, tato reakce může být více či méně vědomá, jedinec může být motivován získáním důchodu, soucitu okolí atd.

Účelová reakce jak již bylo uvedeno může být vědomá nebo méně vědomá a je možné ji pozorovat i u zdravých lidí, kteří tím mohou řešit např. partnerské problémy, rodinné problémy, pracovní a sociální problémy. Jde

zejména o tyto reakce:

- agravace (přehánění problémů za účelem získání určitých výhod – hospitalizace, eliminace sociální izolace, pracovní neschopnost)
- simulace (vědomé předstírání nemoci)
- disimulace (zastírání příznaku z důvodu strachu z vyšetření, ztráty zaměstnání atd.)



Některé další rysy v psychice nemocných (Jobánková, 1992, 128s.)

- sugestibilita – zvýšená citlivost při přijímání informací týkající se diagnózy, léčby a prognózy, tyto pacienti mívají kolísání nálad
- vztahovačnost – jedinec vztahuje na sebe i zdravotní příznaky jiných (např. hodnotí svůj zdravotní stav podle ostatních pacientů na pokoji)
- egocentrismus – soustředění se pouze na sebe a své problémy
- přecitlivělost – vzniká jako následek nepříjemných pocitů – bolesti, zatěžujících vyšetřovacích a léčebných zákroků
- adaptační potíže – postihují zejména děti a starší nemocné, mohou vést až k dezorientaci
- sociální faktory

Pokud se pacient zvýšeně a dlouhodobě zabývá svou nemocí začíná se vzdalovat světu, svým blízkým, kteří mohou mít pocit, že si nemají co říci a začínají se nemocnému vyhýbat. Ten se dostává do bludného kruhu.

Prožívání nemoci v čase (Jobánková, 1992, 131s.):

- premorbidní fáze – začínají se projevovat první příznaky, vzniká obava z nemoci, člověk vyhledává rady u svých známých, na internetu, někdo jde hned k lékaři, u některých se může projevit repudiac
- změna životního stylu, která s sebou přináší obavy, strach, nejistotu
- aktivní adaptace
- psychická dekompenzace, tam kde nedošlo k aktivní adaptaci, hlavním nebezpečím této fáze je konflikt mezi zdravotníky a pacientem
- pasivní adaptace – rezignace – pacient se smířuje se svým zdravotním stavem, uzavírá se do sebe, přestává s nemocí bojovat, je netečný, negativní, začínají upadat některé vytvořené stereotypy (aktivní sebezpečie)

Kategorie zdravotního stavu:

- Akutní onemocnění – vznikají náhle z plného zdraví, bývají po psychické stránce náročné zejména z ohledu strachu ze smrti (např. akutní infarkt myokardu).
- Chronické onemocnění – pokud přímo neohrožuje život jedince může probíhat s menšími potížemi a to zejména pokud pacient má již svůj věk a jeho blízcí již podobnou chorobou trpí (např. hypertenze, diabetes mellitus II. typu). Pacient se postupně na nemoc adaptuje a postupně ji začíná brát jako součást svého života.
- Trvalé postižení – pokud je vrozené je adaptace přirozenou součástí socializace, pokud je získané hraje zde významnou roli věk, zkušenosti, psychika postiženého, sociální zázemí, sociální systém. Je žádoucí, aby jedinec nerezignoval, ale co nejrychleji začal o sobě reálně přemýšlet

včetně aktivní adaptace.

- Stav vitálně ohrožující je náročný nejen pro pacienta, ale pro celou jeho rodinu, jejich životní styl se částečně mění. Vyžaduje velmi ohleduplné podávání informací a psychickou aktivizaci. Jde o velmi náročné období, které však díky současným léčebným postupům mohou pacientovi výrazně prodloužit život včetně jeho vyléčení.



4.2 Psychická reaktivita pacienta

Akutní nebo chronická nemoc, defekt nebo úraz znamenají hrubý zásah do života postiženého člověka a jeho nejbližších sociálního vztahů, zejména rodiny. Jakým způsobem se lidé vyrovnávají s náročnou životní situací záleží na mnoha okolnostech. Jednak je to:

- informovanost (to co pacient a rodina o nemoci vědí, jaká je prognóza a vlastní léčba)
- sociální zázemí (rodina, podpora, ekonomické zázemí, pracovní zázemí)
- kvalita lékařské a ošetrovatelské péče
- průběh onemocnění
- osobnost pacienta

U nemocného, který je vážně nemocen a jehož nemoc přináší výraznější onemocnění v životním stylu (snížená hybnost, sociální izolace atd) jsou jak uvádí Vymětal (2003,70s.) příznačné následující změny psychiky:

- zúžení horizontu vědomí (pacient žije nemocí, v myšlenkách se nejvíce zabývá sám sebou, vlastním onemocněním důsledky, které nemoc přináší)
- regrese – hlavní rys je zejména egocentrismus, dále se vyskytuje magické myšlení (víra v jinou moc, lidové léčitele, zázračné preparáty), také může docházet k pasivitě, závislosti a netrpělivosti
- snížení sebevědomí a ztráta sebeúcty, tento stav souvisí se závislostí, horším ovládnutím tělesných a duševních funkcí, omezení nemoci zejména nesou špatně lidé sebevědomí, aktivní

K zvládnutí této závažné životní situace bývají doporučovány strategie v jednání, které spočívají v minimalizaci nežádoucích vlivů poruchy zdraví na člověku. V tomto případě můžeme hovořit o adaptaci na nemoc – na současnou situaci. Můžeme se setkat s pojmem coping (z angličtiny – zdolat, vyrovnat se, překlenout).

Způsoby zvládnutí závažných životních událostí včetně jejich překlenutí lze rozdělit na :

- vnější – externalizaci
- vnitřní – internacionalizaci

Externalizace – jedinec (rodina) se orientuje na problém a řeší ho aktivním hledáním pomoci v okolí (informuje se, využívá příbuzenskou nebo institucionální pomoc atd.). Úkolem zdravotníků v tomto případě je podávání dostatečných informací, pomoc, výuka pečovatelských dovedností, emoční pomoc.

Internalizace – jedinec se snaží zvládnout problém tak, že se nejprve zaměřuje na jeho subjektivní dopad a význam (hodnocení). Vzhledem k vnějšímu světu a možnostem pomoci se spíše uzavírá a těžkosti chce zvládnout sám – vlastními silami. Jedinec (rodina) vyhledávají podporu sami v sobě, jsou nezávislejší. Při péči o tyto nemocné a rodinné příslušníky je role zdravotnických pracovníků v praktickém vedení pacienta a jeho rodiny ve vyhledávání a přijímání i vnější pomoci.



Vážnější onemocnění frustruje pacienta i jeho rodinu. Z těchto důvodů může docházet i k ambivalentním postojům ke zdravotnickým pracovníkům. Postižení se mohou chovat nevděčně, verbálně – agresivně. V tomto případě jde o určitý obranný mechanismus postižených. Během nemoci a utrpení se psychické reakce člověka mění. Může docházet k syndromu bezmoci a beznaděje. Jak již bylo v textu uvedeno člověk se mění s novou situací. Čím je jedinec zralejší, stabilnější a harmoničtější a čím jsou sociální vztahy příznivější, tím se lépe s danou situací vyrovnává racionálněji.

Při zvládání těžkostí sehrává významnou roli oblast motivace a uspokojení potřeb. Motivace energetizuje jednání člověka. Při aktuální potřebě se uvádí do chodu proces motivace.

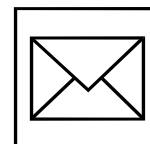
Kategorizace potřeb:

- fyziologické (teplo, kyslík, potrava, tekutiny, absence bolesti, sexuální potřeby)
- potřeba bezpečí a jistoty
- sociální potřeby (rodina, zázemí, citová odezva)
- potřeby související se sebepojetím (kladný vztah k sobě, sebeúcta)
- seberealizační potřeby

Čím je onemocnění závažnější, tím více zasahuje do sféry motivací a potřeb. Zdravotnický personál by měl tuto problematiku akceptovat a neopomíjet ji. V péči o nemocné se významnou měrou uplatňuje chtít pomáhat druhým. Jde o altruismus, tzv. prosociální jednání, které souvisí se soucitem, empatií. Chtít pomáhat druhým by mělo být zásadním motivem při výběru povolání ve zdravotnictví.

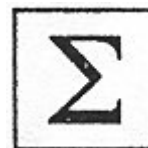
Cvičení 4

Po prostudování této kapitoly zpracujte z vlastní praxe kasuistiku týkající se pacienta s konkrétní zdravotní diagnózou se zaměřením na jeho prožívání nemoci, vyrovnání se s touto náročnou situací včetně kategorizace základních potřeb tohoto nemocného.



Shrnutí kapitoly

V této kapitole jsme se zaměřili na problematiku psychologie nemocných, jejich prožívání nemoci a léčby včetně jejich poměru k nemoci. Zaměřili jsme se na autoplastický obraz nemoci a ne jeho podmíněnost, dále se zde dočtete o prožívání nemoci v čase a také o kategoriích zdravotního stavu. Lidský duševní život a chování jsou výsledkem osobnostních a situačních proměnných. K obraně sebepojetí a k překlenutí náročných situací slouží obranné mechanismy. Psychicky stabilní a zralý jedinec zvládá zátěž na základě zkušenosti. V profesionálním přístupu se od zdravotnických pracovníků očekává pochopení pro obavy, dobré ošetření, zmírnění tělesného nepohodlí. Je nutné dodržovat zásadu nemocnému psychicky neškodit a co nejvíce mu prožívání nemoci ulehčit.



Použitá literatura ve čtvrté kapitole

1. JOBÁNKOVÁ, M., ET. AL. Vybrané problémy psychologie zdravotnické činnosti; Brno: 1992 IDVPZ ,215s. ISBN 80-7013-127-6
2. JOBÁNKOVÁ, M., ET. AL. Kapitoly z psychologie pro zdravotnické pracovníky. Brno: 2002 IDVPZ ,215s. ISBN 80-7013-365-1
3. VYMĚTAL, J. Lékařská psychologie. Praha: Portál, 2003, 397s. ISBN 80-7178-740-X

5. KOMUNIKACE

Cíl

Po prostudování kapitoly byste měli být schopni:

- objasnit pojem funkci komunikace
- vysvětlit zákonitosti komunikačního procesu
- definovat druhy komunikace
- popsat asertivní typ komunikace včetně asertivních práv a technik
- charakterizovat verbální a neverbální komunikaci
- aplikovat komunikační techniky při interakci s cizinci

Klíčová slova

komunikace, verbum, kanál, zásady, bariéry, naslouchání, techniky,



Průvodce

Komunikace je v obecné rovině definována jako sdělování informace prostřednictvím nejrůznějších signálů a prostředníků: ústně písemně, mimikou gesty a dalším neverbálním chováním, a to především přímo mezi dvěma či více lidmi, dále pomocí tisku, rozhlasu či dalších médií. Při komunikaci s lidmi je nutné brát v úvahu jisté zákonitosti, při jejichž nedodržování komunikace vážne a zase naopak znalost některých principů komunikaci usnadňuje. Komunikační schopnosti může mít člověk vrozené, stejně tak se může této dovednosti naučit a dále zdokonalovat tak, aby tyto zkušenosti byl schopen použít nejen ve standardních situacích, ale následně i v náročných situacích.

Slovo komunikace pochází z latinského *communicare*. Jde o velmi široký pojem, který se dá jednoduše shrnout do několika vět.

Funkce komunikace (Mikulaščík, 2003, 21s).

- informativní - předávání určitých informací mezi lidmi
- instruktivní - tato komunikace navíc podává vysvětlení významu, popis, návod jak něco udělat
- funkce přesvědčovací - působení na jiného člověka se záměrem změnit jeho názor, postoj, hodnocení (pomocí logiky, emocionální přesvědčování formou působení na city)
- funkce posilovací a motivující - jde o posilování určitých postojů, pocitů sebevědomí, vlastní potřebnosti
- funkce zábavná - jde o to pobavit, rozesmát, vyplnit čas



komunikováním, které vytváří pocit pohody

- funkce vzdělávací a výchovná - uplatňovaná zejména prostřednictvím intuice, sycena je funkcí informativní, instruktivní
- funkce socializační a společensky integrující - vytváření vztahů mezi lidmi, sbližování navazování kontaktů, posilování pocitu sounáležitosti, záleží na společenské úrovni. Každá společenská vrstva má odlišný způsob komunikace (věk, společenské postavení, vzdělání, majetek).
- funkce osobní identity - na úrovni osobnosti, pro vlastní já je komunikace velmi důležitou aktivitou, pomáhá člověku ujasnit si spoustu věcí o sobě samém, uspořádat si své postoje, názory, sebevědomí
- poznávací funkce - souvisí úzce s funkcí informativní. Toto pojetí je spíše z pohledu komunikanta, kdežto informativní zahrnuje pojetí z pohledu komunikátora i komunikanta. Umožňuje sdělovat si každodenní zážitky, vzpomínky a plány.
- funkce svěřovací - slouží ke zbavování se vnitřního napětí, k překonávání těžkostí, sdělování důvěrných informací, většinou s očekáváním podpory a pomoci. Sdílení pocitů, možnosti probrat myšlenky, které člověka trápí, je pro každého jedince silnou podporou. Může jít o přímou empatickou snahu pomoci s maximální mírou identifikace, nebo to může být pouhé akceptování pocitové úrovně v podobě porozumění, bez jakýchkoliv snah hodnotit.
- funkce úniková - když je člověk sklíčený, otrávený znechucený, může mít chuť si s někým nezávazně popovídat o věcech neutrálních, odreagovat se od starostí



Komunikace není nic statického. Lze ji zachytit v podobě záznamu, ale její proměnlivost v čase je jednou z nejdůležitějších jejích charakteristik, protože je závislá na celé řadě podmínek a vlivů. Ze strany člověka ovlivňují komunikaci nejen určitá racionální schémata, ale i emoční stavy, které mohou určitou informaci změnit zásadním způsobem, že i sám komunikátor může být překvapen.

5.1 Komunikační proces

Komunikace probíhá vždy mezi dvěma nebo více lidmi. Toto vzájemné působení je ukázkou procesuálního charakteru komunikace, protože každý ze dvou komunikujících lidí se snaží druhého ovlivňovat, hledat u něj podporu. Snaží se v projevu dát najevo, která pravidla jsou pro něj přijatelná - zda je ochoten ustoupit, naslouchat, zda chce dominovat, co nesnáší, co naopak má rád, co by uvítal. Může s tát, komunikace neprobíhá tak, jak by si jeden z komunikujících přál, pak tedy mění svou taktiku, snaží se zapůsobit více na city nebo argumentovat něčím, co původně neměl vůbec v úmyslu. Jde tedy o proces proměnlivý, účastníci vždy

iniciují nějakou změnu. Pokud někdo chce změnu iniciovat, vystupuje aktivně, odesílá zprávu příjemci.

Celý průběh probíhá v podobě sinusoidy:

- počátek - novost komunikace
- střední část informace (lidské podvědomí reaguje tak, že se snaží zachytit co nejvíce informací)
- konec komuniké (je vnímán pozorněji)



Základní schéma komunikačního procesu

Lidé, kteří spolu chtějí hovořit, si chtějí sdělit nejen informace, ale i své vztahy, postoje, pocity, nálady. Podstatou pochopení vztahů jsou souvislosti, ve kterých jsou zprávy předávány. Mnoho vztahových informací je předáváno neverbálními a paralingvistickými signály (zabarvení hlasu, frázování, hlasitost, řeč těla).

Sociální jednání má častou podobu určitého schématického a postupového jednání, tak že určité postupové kroky jsou očekávány, dají se označit jako pravidla. Je to proto, že je to chování „rolové“, jsou stanovena pravidla, která umožňují zjednodušit způsob chování, nepřemýšlet zbytečně nad každou situací a také očekávat určité chování, které je v různých situacích vhodné.

Role, které naplňujeme ve svém každodenním životě, se postupně internalizují a stávají se součástí já a součástí osobnosti. Lidé jsou schopni komunikovat, protože ovládají určitá pravidla, která se týkají myšlení i jednání souvisejících s komunikací. Existuje celá řada komunikačních pravidel:

- vnímání dat - jde o sílu podnětu a vlastní selekci, která je určitým filtrem a chrání před informačním přetížením, důležitou úlohu zde hraje míra pozornosti a význam podnětu
- spojování dat významem- na této úrovni jsou data přeměna na informaci, vybraná a uspořádaná data jsou spojena a naplněna podle významu
- vkládání záměru a postoje - konkretizování ve smyslu postoje - citového stavu
- epizodické uspořádání dat - informace mají podobu jednotek, které účastník spojuje a tím si vytváří představu o minulosti, přítomnosti, budoucnosti
- hlavní smlouva - jde o vnímání vlastní role ve vzájemných vztazích, slouží k uvědomování co je normální, co je správné, vhodné
- soubor předpokladů, očekávání pravidel - něco, co se dá označit jako životní scénář, naučené vzory chování, pravidla chování získané působením výchovy
- kulturní model - je to široké spektrum vztahů, které jsou vymezeny kulturou dané společnosti

Součástí komunikačního procesu

Komunikátor - ten, kdo vysílá zprávu (chyby komunikátora - zkresluje zprávu, nechce naslouchat, sdělování je chaotické, má neúplné informace, používá nevhodné komunikační prostředky, významný je i vliv prostředí).



Komunikant - ten, kdo přijímá vyslanou zprávu, jeho vnímání je ovlivněno osobnostní rovnicí, vlastními zkušenostmi, prožitky, vlastními záměry a cíli.

Komuniké - vyslaná zpráva jako myšlenka nebo pocit, který jeden člověk sděluje druhému, vyslaná zpráva má podobu verbálních a neverbálních symbolů, problém je u abstraktních pojmů a také u neverbálních technik (odvrácení hlavy, zvednutí obočí). Tím může dojít k odlišnému pochopení a vnímání zprávy.

Komunikační jazyk - komunikační zpráva se předává prostřednictvím určitého komunikačního jazyka. Význam slov, zejména abstraktních může být odlišně chápán. Komunikace není jenom mluvení, ale také naslouchání, čtení, psaní, pohyby těla, činy. Porovná-li se naslouchání, mluvení, čtení a psaní, může se poměr jejich zastoupení v komunikaci vyjádřit v tomto procentuálním poměru(Mikulaščík, 2002,26s.):

- naslouchání 45%
- mluvení 30%
- čtení 16%
- psaní 9%

Porovná-li se poměr mezi neverbální a verbální komunikací :

- neverbální komunikace 45%
- verbální komunikace 55%

Komunikační kanál - jde o cestu, kterou je informace vysílána - tváří v tvář (face to face), jsou hlavním komunikačním kanálem zvuky, pohledy, stisk ruky, vkusné oblečení, příjemný hlas. Při zprostředkovaném komunikování (telefon, rádio, nahrávky) jde o komunikační kanál ochuzenější.

Feed back (zpětná vazba) - reakce na přijatou zprávu v podobě potvrzení a způsobu interpretace. Zpětná vazba je při komunikování velmi důležitá, plní funkci regulativní, sociální, poznávací, podpůrnou, provokující. Je důležité, aby zpětná vazba následovala co nejdříve po přijetí zprávy.

Komunikační prostředí - jde o velmi důležitý prvek komunikace a má na ni významný vliv. Některá prostředí propůjčují komunikaci význam formálnosti, reprezentativnosti.

Kontext - jde o celkový rámec, ve kterém komunikace probíhá. Má složku vnitřní (to co se odehrává v jedinci) a vnější (stimuly, které působí na jedince - prostředí, čas, ostatní zúčastnění a jejich chování). Poznání kontextu je důležité pro pochopení toho, co nám chce druhý říci, aby došlo k porozumění.



5.2 Druhy komunikace

Komunikace má velmi proměnnou složku a širokou škálu možností, které může komunikátor užívat a měnit. Záleží na dovednosti každého jedince, jak dovede citlivě užívat optimální způsoby, které respektují situaci. Komunikace se může dělit podle různých kritérií:

- komunikace záměrná - komunikátor má pod kontrolou to, co prezentuje. Způsoby komunikace odpovídají jeho záměru
- komunikace nezáměrná - komunikátor prezentuje svůj projev jiným způsobem, než byl jeho původní úmysl (výsledek může být ovlivněn trémou nebo emocemi)
- komunikace vědomá - komunikátor si uvědomuje co říká a jak to říká
- nevědomá - komunikující nemá pod kontrolou plně to, co říká
- kognitivní komunikace - logická, racionální, smysluplná
- afektivní komunikace - prostřednictvím emočních projevů
- pozitivní komunikace - signalizuje souhlas s komunikací
- negativní komunikace - vyjadřuje odmítnutí, odpor, útočení, kritiku
- shodná komunikace - sdělované informace se mezi lidmi shodují, neodporují si obsahově a ani formálně, opakem je neshodná, která sděluje účastníkům, že jsou v rozporu
- asertivní komunikace - sebezprozrazující a respektující to i pro jiné v rámci přijatých pravidel
- agresivní - útočná a bezohledná, sobecká vůči jiným
- manipulativní komunikace - používající úskoků a neférových forem jednání
- pasivní komunikace - ústupná, uhýbající, úniková a bojácná
- intrapersonální komunikace vnitřní monolog nebo dialog
- interpersonální komunikace - mezi dvěma nebo více lidmi

Verbální komunikací je míněno vyjadřování pomocí slov - prostřednictvím jazyka. Verbální komunikace může být přímá nebo zprostředkovaná, mluvená nebo psaná, živá nebo reprodukováná. Význam neverbální komunikace je nepopíratelný, je nezbytnou součástí sociálního života a podmínkou myšlení. Slovo (verbum) je složeno z písmen a označuje určitý předmět, vlastnost, děj, čas a abstraktní jevy. Jazyk pomáhá hodnotit to, jak vidíme, jak myslíme.

Jazykový styl je výsledek volby slov a jejich spojování do vět. Jazykový styl může být formální (profesionální) nebo neformální (nenucený). Jazyk používaný v určité komunitě se nazývá dialekt, jde o nestandardní formu jazyka.



Paralingvistické aspekty verbálního projevu:

- hlasitost (hlasitá řeč - vitalita, zanícenost, sebevědomí, tichá řeč - nesmělost, stydlivost)
- výška tónu řeči - důvěryhodněji působí hlas hlubší než vyšší
- rychlost - rychlé tempo je charakteristické pro lidi impulzivní, temperamentní, ale také může být projeven nervozity
- objem řeči - množství slov za určité časové období
- plynulost řeči, pomlky, frázování - pomlky jsou úmyslné nebo neúmyslné, příliš velká plynulost se nedoporučuje, frázování je nezbytné pro lepší porozumění
- barva hlasu a emoční náboj - intonace je projevem emočního prožitku
- kvalita řeči - srozumitelnost, věcnost
- slovní vata - stereotypní slova používaná nevědomě (tedy, hm, atd)
- chyby v řeči - artikulační, nesprávná výslovnost, huhlání, přeríkávání, zadržávání, koktání, polykání koncovek, nevhodně použitá slova, přehnané artikulování, zabíhavé myšlení, opomenutí

Poslouchání a naslouchání

Pro efektivní komunikaci je poslouchání a naslouchání velmi důležité, neboť navozuje prostředí porozumění. Poslouchání je dovednost, které se lze naučit. Jde o složitý proces vnímání vyžadující komplexní reakci, má celkem 4 fáze (Mikulaščík, 2003, 97s.):

- třídící selekce - filtrují se nezávažná sdělení
- udržení pozornosti
- setřídění myšlenek
- pamatování si

Posluchači mohou být různí:

- líný posluchač - domnívá se, že poslouchání není žádná aktivita, často se pouze tváří, že poslouchá
- nejistý posluchač - je zaměstnán sám sebou, zaměřuje se místo poslouchání na to co bude sám říkat
- nesoustředěný posluchač - má výpadky pozornosti, zabíhavé myšlení
- egoistický posluchač - zaměřuje svou pozornost jen tehdy, kdy se začíná mluvit o něm samém
- střídavě vnímající posluchač - vybírá si pouze některé informace
- pasivní posluchač - slyší slova, ale nevnímá je, myslí na něco jiného
- kompetitivní posluchač - zaměřuje se na vnímání takových situací, kdy někdo uvádí své úspěchy, výsledky, zkušenosti
- dobrý posluchač - vnímá vše co je mu určeno a prezentováno nějakým mluvčím, dovede naslouchat klíčovému momentům, hlavním myšlenkám a vytváří si v mysli strom myšlenek řečníka

Nevhodné reagování naslouchajícího

- popírání citů - reagování slovy „nesmíš si to tak brát“ je velmi necitlivé zejména tehdy, když se jedná o pocity velmi intenzivní, může mít svěřující pocit nepochopení

- hodnotící reagování - rady, které nevedou k řešení problému
- kladení otázek - není vhodné v době silného emotivního stavu
- vyjádření soucit - politování druhého
- předsudky a odhadování - tendence vytvářet si vlastní názory, dříve než dojde ke kompletnímu vyslechnutí mluvčího
- rady, jak situace řešit
- obrana oponenta
- neverbální projevy - sledování hodinek, uhýbání pohledem



Skutečné naslouchání vyžaduje úsilí a je důležité, aby naslouchající dovedl střídát přístup k naslouchání, nemůže být jen empatický, ale měl by si zachovat i jistou míru objektivitu. K naslouchání je nutné přistupovat s otevřenou myslí, nezaujatě. Důležitý je kontakt očima a vstřícnost.

5.3 Asertivita

Asertivita je způsob komunikace, kterým jedinec upřímně a otevřeně vyjadřuje myšlenky, emoce, názory a postoje jednak v pozitivní, jednak v negativní formě, přičemž neporušuje svoje práva a ani práva jiných.

Asertivita pomáhá zvyšovat sebevědomí a sebeúctu, pomáhá posuzovat vlastní myšlenky, jednat a vyjednávat. Významnou charakteristikou asertivity je, že pomáhá rozpoznat manipulaci, snižovat míru emocí, být nezávislý a svobodně se rozhodovat.

Asertivní práva (Mikulaščík, 2003,91s.)

1. Člověk má právo posuzovat své vlastní chování, myšlenky a emoce a být za ně zodpovědný
2. Člověk má právo nenabízet žádné omluvy a výmluvy ospravedlňující jeho chování
3. Člověk má právo posoudit, nakolik a jak je zodpovědný za řešení problémů druhých lidí
4. Člověk má právo změnit svůj názor
5. Člověk má právo říci „já nevím“
6. Člověk má právo být nezávislý na dobré vůli ostatních
7. Člověk má právo dělat chyby a být za ně odpovědný
8. Člověk má právo dělat nelogická rozhodnutí
9. Člověk má právo říci „já ti nerozumím“
10. Člověk má právo říci „je mi to jedno“

Jde o techniky, které lze chápat jako možný návod řešení situací, nejsou však vždy zárukou úspěchu.

1. Obehraná gramofonová deska - umožňuje čelit manipulaci, prosadit svůj názor a požadavky bez rozrušení.
2. Technika otevřených dveří - při neoprávněné kritice, přehlížet útoky.
3. Vyrovnávání se s kritikou, souhlas s neoprávněnou kritikou - přijímat kritiku bez zničujícího pocitu.
4. Dotazování na nedostatky - zjišťování pravé příčiny odmítavého postoje partnera.

5. Přijatelný kompromis - jde o dosažení spokojenosti na obou stranách.
6. Negativní aserce - zvládnutí vlastních chyb a omylů.



5.4 Neverbální komunikace

Při jakékoliv komunikaci je význam slov dotvářen neverbálními prostředky. Tyto prostředky nebývají tak kontrolovány jako řeč. Většina řeči těla se odehrává na nevědomé úrovni. Také neverbální komunikace je ovlivněna kulturou, věkem, pohlavím, výchovou, temperamentem. Největší význam je kladen na verbální projevy v oblasti obličeje a hlavy, na druhém místě jsou pohyby rukou a paží a teprve pak pohyby a pozice těla a nohou.

Mimika

Jde o pohyby svalů v obličeji, které jsou výrazným sdělením emocí. Mimika vyjadřuje to, co jedinec prožívá a jaký má vztah k situaci. Mimické svaly umožňují více jak 1 000 různých výrazů, které modelují psychický stav člověka. Horní polovina tváře vyjadřuje spíše psychické napětí, dolní část prožívání emocí. Prostřednictvím mimiky se vyjadřují i kulturní projevy (zdvořilostní úsměv). Mimika rozlišuje sedm základních druhů emocí (Mikulaščík, 2003, s. 126):

- štěstí - neštěstí
- jistota - strach
- radost - smutek
- spokojenost - nespokojenost
- klid - zlost
- zájem - nezájem
- překvapení

V mimice se rozlišují mimické zóny - čelo, oči, ústa, nos, uši, brada.

Pohledy

Už při prvním setkání jsou pohledy velmi rozhodujícím neverbálním projevem. Oči jsou nejcitlivější receptor příjmu informací. Signalizují nejen momentální emoce, ale jsou prostředníkem regulace vztahu. Člověk vnímá zrakem až 87% veškerých informací. Při pohledu se uplatňují tyto základní funkce:

- poznávací
- řídicí a regulační
- organizující
- vyjadřující

Při pohledu si všímáme:

- zaměřenost
- délku trvání
- častost pohledů
- sekvenci

- celkový objem, průměr zornice, pootevření očí, mrkání
- směr pohledu
- tvar a pohyby obočí
- mimické vrásky kolem očí



Gestika

Je součástí kinetiky, jde o pohyby horních končetin, které podporují nebo zvýrazňují to, co chce člověk říci. Gesta mohou nahrazovat slova, zvyšovat jejich názornost, dokreslují obsah sdělované informace. Při komunikaci horními končetinami se rozlišují tyto formy:

- symboly - jsou snadno pochopitelné (pěst, prst nahoru)
- ilustrace - objasňuje a doplňuje slovní projev
- regulace - usměrňují a regulují komunikaci
- adaptátory - uvolnění napětí, přizpůsobení atmosféře

Haptika

Komunikace prostřednictvím doteků. Projevy haptiky mohou být pozitivní (přátelské), negativní (nepřátelské - kopnutí, trhnutí, odstrčení). Nejčastější místa při haptice jsou - dlaň a hřbet ruky, rameno, záda, hlava. Významné místo v haptice zaujímá podávání rukou.

Důležitý zásady správného podávání rukou:

- čisté ruce
- úsměv (asi 5 sekund), zrakový kontakt
- přiměřený stisk, trvání
- vhodná postura
- přiměřená proxemika

Doteková pásma:

- pásmo společenské, profesionální a zdvořilostní (ruce, paže)
- pásmo osobní, přátelské (paže, ramena, vlasy, obličej)
- pásmo intimní, erotické a sexuální (neomezené)

Posturika

Jde o řeč fyzických postojů, držení těla a polohových konfigurací. Posturika zahrnuje tyto základní polohy:

- stoj
- klek, dřep
- sed
- leh

Posturické projevy jsou ovlivňovány těmito faktory:

- vnitřními - věk, pohlaví, temperament, míra sebedůvěry, momentální tělesný, psychický, emocionální a zdravotní stav
- vnějšími - prostředí, události, aktuální situace, ostatní zúčastnění, kvalita mezilidských vztahů, celková atmosféra

Kinetika

Opisuje pohyby horních a dolních končetin, analyzuje dynamiku, svižnost, pomalost, uvolnění, napětí. Rozsah pohybů přímo souvisí s intenzitou emocionálního prožívání. Při kinetice se rozlišuje - rytmika (stereotypní pohyby, ladné pohyby atd.), dynamika (tempo střídání pohybů).



Proxemika

Označuje vzdálenost při komunikaci. Tato vzdálenost je relativní, individuální a kulturně odlišná. Čím jsou lidé sympatičtější, tím kratší vzdálenost při komunikaci dodržují. Každý jedinec má svoji stabilní distanci, kterou dodržuje a v které se cítí nejbezpečněji. Prostor je také ovlivněn temperamentem osobnosti, extroverti dodržují menší distanci, než introverti. Vzdálenost při horizontální komunikaci lze rozdělit do čtyř základních skupin:

- intimní, vyhovuje intimním vztahům (0,5m)
- osobní, záleží na prostředí (0,5 - 2m)
- skupinová (1 - 10m)
- veřejná (2 - 100m)

Vertikální vzdálenost hraje roli v případě odlišné tělesné výšky komunikujících nebo v odlišné výškové rovině při sezení, stání.

Teritorium

Jde o osobní prostor v chování lidí, teritorium se projevuje v komunikaci tím, že si jej většina účastníků chrání (může jít o teritorium kompetencí, odbornosti, vlastní autonomie).

Chronemika

Způsob vyjadřování a strukturování času ve vztahu k jiným osobám (využívání času, včasné příchody, respektování obou stran na stejné časové vstupy do rozhovoru).

Vzhled a úprava

Jde o nespécifickou formu neverbální komunikace. Mezi základní součásti, které jsou při hodnocení zevnějšku druhé osoby patří:

- čistota, oblečení, doplňky, obuv
- úprava tváře
- úprava nehtů
- stav chrupu
- dodržování osobní hygieny, přiměřená vůně

Neurovegetativní reakce

Jde o reakce, kterými jedinec reaguje na podněty, které na něj působí. A které lze jen stěží ovládat vůlí. Jde zejména o zčervenání, zblednutí, třes rukou, pocení rukou.

Bariéry komunikace



Při komunikaci může dojít k překážkám, které komplikují komunikaci, tyto překážky je nutné velmi dobře znát a vyrovnat se s nimi. Komunikační bariéry mohou být (Mikulaščík, 2003, 133s.):

- interní - osobnostní problémy, obava z neúspěchu, emoce, nepřipravenost, nedostatek respektu ke komunikujícímu, neúcta, povýšenost, zdravotní stav, únava, fyzická nepohoda
- externí - prostředí, hluk, vyrušování, zima, teplo

5.5 Zásady komunikace s nemocným

Prvním předpokladem pro vzájemné porozumění je schopnost empatie. Schopnost vcítit se do pacientovy situace. Empatie nelze zaměňovat se soucitem, jde o to, jak bych se cítil já v takové situaci a co bych potřeboval. Dobří zdravotníci komunikují efektivně tak, že jsou empatictí, naslouchají a nepřerušují pacienta, když mluví. Empatický zdravotnický pracovník dává pacientovi příležitost vyslovit své mínění, vyhýbá se rychlým a neuváženým úsudkům a umožní pacientovi, aby se svěřil se svými pochybnostmi.

Jednotlivé kroky k projevení empatie :

1. Identifikovat emoce.
2. Zamyšlení se nad tím, co se v pacientovi odehrává.
3. Nabídnutí podpory a spolupráce.

Cílem komunikace ve zdravotnictví je spokojený pacient. Spokojenost pacienta roste, když je zdravotník přátelský, dává pacientovi úplnou informaci, jedná jako rovný s rovným, pacientovi naslouchá, zajímá se o pacienta jako o člověka, povzbudí ho k dotazům a užívá srozumitelný jazyk.

Struktura zdravotnické komunikace (Janáčková, 2007, 55s.)

1. Vytvoření spolupráce, navázání kontaktu

Kontakt se navazuje během prvních chvil setkání. S novým pacientem trvá navázání kontaktu déle než s vracejícím se pacientem. Výjimkou jsou urgentní zákroky, ale i zde je dobrý kontakt důležitý.

Po příchodu pacienta se doporučuje následující postup:

- pozdrav,
- oslovení pacienta jménem,
- představení se a podání ruky,
- zaujetí klidné empatické naslouchající pozice,

Při navazování kontaktu se zdůrazňuje:

- vítající, sympatizující úsměv,
- správné pevné a podporující podání ruky,
- dobrý oční kontakt.



2. Povzbuzení pacienta k vylíčení obtíží

Pacient má něco na srdci a chce to sdělit. Je to i prožitek nemoci a starosti. Tento příběh se dozvídáte během navázání kontaktu a líčení obtíží. Je třeba vyslechnout ho. První dvě nebo tři minuty patří pacientovi.

Dále používáme následující prostředky:

- klidně a zdvořile se zeptáme, co se chceme
- zopakovat, co je hlavním účelem rozhovoru
- vrátit pacienta zpět k těžišti

Když pacient líčí své obtíže, je důležité, aby se zdravotník soustředil na:

- co pacient říká,
- co zdravotník vidí.

3. Ustanovení cíle a plánu léčby

I když máte za to, že víte, proč pacient přišel, nemusíte vždy vědět vše. Vaším úkolem je dohodnout se, na čem budete spolupracovat.

4. Vcit'ování

Vytvořte příjemné ovzduší, dbejte o pacientovo , soukromí a důstojnost.

Nedějte si poznámky, dokud nasloucháte. Když kladete otázky a nasloucháte, dívejte se na pacienta.

Posaďte se tak, aby vaše hlavy byly stejně vysoko (to neplatí pro somatické vyšetření). Mezi sebe a pacienta nestavte žádnou překážku. Nejčastěji to bývá pracovní stůl.

5. Vytvoření pocitu bezpečí

Povzbudte pacienta, aby vám řekl, co cítí nebo si myslí. Zajímejte se o to, co pacient prožívá, jak nemoc ovlivňuje jeho život, jak životní okolnosti ovlivňují nemoc.

Když pacient cítí, že mu je rozuměno, zvyšuje to produktivitu rozhovoru.

Doporučuje se:

- zeptat se, co si pacient myslí o svých obtížích (jak si je vysvětluje, jakou míru starosti mu působí),
- projevovat empatii ("Je mi jasné, že hovořit o těchto obtížích je pro vás nesnadné").

Dejte najevo, že jste si citů a myšlenek všiml, ale nehodnoťte je . "Chápu, že se operace obáváte. Musíme si o tom promluvit." Ne: "Není proč operace se obávat."

Dejte najevo, že jste si všiml pacientovy mimiky. Výraz tváře sděluje city, ovšem ne vždy jsme si jisti jaké. Jejich komentování dává pacientovi možnost o nich hovořit . "Vidím, že se mračíte, když se zmiňuji o cvičení."

Řekněte i něco o sobě, když se to hodí. Nevyprávějte pacientovi o svém životě. Nechte pacienta spíše sdílet s vámi nějakou společnou

zkušenost, pokud máte za to, že to přispěje k jeho pohodě.

6. Vychovávání - edukace

Odhadněte pacientovy znalosti.

Obvykle pacienti zapomenou asi 50% toho, co zdravotník řekl, už ve chvíli, kdy odcházejí. Je důležité dát jim informace, které překlenou mezery.

Zjistěte, co pacient ví, a co neví. zjistěte, jak pacient rozumí své situaci a tomu, co bude následovat.

Předjímejte otázky a obavy. Ne všichni pacienti se na vše zeptají, svěří se se svými obavami.



7. Zodpovězení otázek

Pacienti se chtějí ptát, ale ne vždy to udělají. Otázky předpokládejte. Zvykněte si předpokládat a zodpovídat následující otázky:

1. Pacientova situace
 - a) Co se mi stalo?
 - b) Proč se to stalo právě mně?
 - c) Co se mi přihodí v brzké a co ve vzdálenější budoucnosti?
2. Lékařova opatření
 - a) Co se mnou budete dělat (vyšetření, testy)?
 - b) Proč právě to a ne něco jiného(diagnostické a léčebné možnosti).
 - c) Bude to bolet nebo mne to poškodí? Jak moc a na jak dlouho?
 - d) Kdy a jak bude možné výsledky vyšetření interpretovat.

Ověřte si, že pacient opravdu porozuměl.

Zeptejte se, zda se pacient zeptal na vše, na co se chtěl zeptat.

Zeptejte se, co a jak pacient porozuměl. Zjistěte, zda rozumí všemu, co je pro něj důležité. Neptejte se, zda porozuměl.

8. Angažování pacienta do spolupráce

Je důležité, aby se pacient stal vaším partnerem v péči o své zdraví.

Mějte na paměti, že je to pacient, kdo rozhoduje, zda se bude řídit léčebnými doporučeními, nebo ne. Průměr dodržení instrukcí je asi 50%.

Úroveň spolupráce kolísá s komplexností léčby. Například u diabetu je asi 7%.

Zde je několik jednoduchých rad, jak zlepšit úroveň spolupráce:

Porad'te jednoduchý léčebný režim.

Léčebný režim podejte písemně.

Pacienti zapomenou okamžitě asi 50% informací. Pokud používáte informačních letáček, podtrhněte v nich důležité pasáže.

Vyžádejte si zpětnou vazbu, abyste se ujistil, že pacient skutečně rozumí, co má dělat.

Úroveň spolupráce je významně ovlivněna spokojeností pacienta a konzultací. Nespokojený pacient říká, že lékař:

- byl nepozorný, roztržitý, - na pacienta spěchal,
- při konzultaci telefonoval, hovořil se sestrami,
- nevysvětlil, proč předepsal medikamenty,
- vyšetřoval pacienta, aniž by vysvětlil proč,

- nenaslouchal.

Spokojenost pacienta roste, když zdravotník

- je přátelský, ne hrubý,
- dává pacientovi úplnou informaci, jedná s pacientem jako rovný s rovným,
- pacientovi naslouchá,
- zajímá se o pacienta jako o člověka,
- povzbudí pacienta k dotazům, používá srozumitelný jazyk.



5.6. Mezikulturní komunikace

Studovat lidskou kulturu je stejně důležité jako studovat fyziologii srdce a svalů v těle. Kultura zásadně ovlivňuje život člověka v každodenním světě – ve světě nesmírné rozmanitosti, ve zdraví a v nemoci. Lidstvo si je vědomo rozdílů etnických, kulturních, jazykových, náboženských. Tyto rozdíly hrají mnohdy významnou roli jednak v politice, v mezilidské komunikaci a specificky také ve zdravotnické oblasti. Pokud se má efektivně provádět multikulturní výchova ve zdravotnické praxi musí se opírat o poznání jednotlivých kultur.

Cílem transkulturní výchovy ve zdravotnictví je chápat a respektovat jiné kultury než svou vlastní. V podstatě jde o respektování lidských práv a svobod. Multikulturní výchova zdravotnických pracovníků by měla vycházet z poznatků kulturní a sociální antropologie založena na empatii k nemocným lidem. Kulturní jevy jsou sice často neviditelné a skryté, nicméně při léčení a ošetřování klientů a zkvalitňování jejich života je potřeba se jim věnovat. Poznatky z výzkumů kulturní a sociální antropologie přináší nový rozměr v péči a patří k základním cílům výchovy nové generace zdravotnických pracovníků.

V České republice se usídlují lidé z různých kontinentů, příslušníci různých kultur, náboženství i barvy pleti. I když prozatím netvoří početně významnou skupinu obyvatelstva, přesto jsou již dnes spolu s početně jednoznačně dominujícím českým obyvatelstvem součástí společnosti. (Průcha, 2001, 211s.)

Pohyb lidí z jedné země do druhé, promíšenost obyvatel různého původu, barvy pleti, kultury bude stále více provázet život dnešních i budoucích generací. Stane se nedílnou součástí každodennosti a je třeba s ním počítat. Zatímco v roce 1990 bylo v České republice 34 899 trvale žijících cizinců v roce 2003 to bylo již 240 421. Nejvíce zastoupena skupina jsou obyvatelé z Ukrajiny, následuje Slovensko, Vietnam, Polsko, Rusko. Počty těchto obyvatel jsou udávány v desetitisících.

Při koncipování výuky multikulturního ošetřovatelství je třeba brát v úvahu kulturní a sociální diferenciaci cizinců. Je třeba si také uvědomit, že imigranti mají zásadně právo na zdravotní služby ve stejné kvalitě jako ostatní občané.

Doporučení vládám(Šišková,2001,s.211)

- Zajistit, aby zdravotnická zařízení zdarma poskytovala přiměřené tlumočnické služby těm imigrantům a příslušníkům etnických menšin, kteří nedostatečně hovoří většinovým jazykem.
- Orgány zdravotní péče vyhodnotí potřeby různých etnických skupin a naplánují poskytované služby tak, aby potřeby těchto skupin byly pokryty za podmínky rovného přístupu ke zdravotní péči.
- Poskytnout informace o službách, zdravotní péči, plánovaném rodičovství a mateřské péči v hlavních menšinových jazycích.
- Proškolit zdravotnický personál, zvýšit jeho informovanost o kulturních a náboženských potřebách imigrantů a etnických/národnostních menšin, zejména jsou-li jimi ovlivněny ženy.
- Zajistit, aby sociální služby prováděly nábor zaměstnanců z řad imigrantek.



Evropská porada Světové zdravotnické organizace o Právech pacientů schválila při setkání v Amsterdamu ve dnech 28.-30.března 1994 dokument Principy práv pacientů v Evropě: Všeobecný rámec.³³ Je to soubor zásad na podporu a uplatnění práv pacientů v evropských členských státech EU. Na několika místech je zdůrazněno, že při poskytování zdravotnické péče je nutné respektovat kulturu pacienta.

Kultury mají svá vlastní etická vodítka, která jejich příslušníky usměrňují v různých situacích, a která se obvykle předávají z generace na generaci. Kulturní variabilitu je potřeba brát neustále na vědomí.(Anastassiadou,2002,24s.)

Složky kulturního hodnocení:

- rodinné a příbuzenské systémy
- sociální život
- politický systém
- jazyk a tradice
- světový pohled, orientační hodnoty a kulturní normy
- náboženství

Zdravotní zásady a praxe

Pro zdravotnické pracovníky je velmi užitečné uvědomit si, co zahrnuje pojem kulturní odlišnosti (Průcha,2001,211s.) :

- a) obtíže ve vzájemném porozumění, které pramení z rozdílů jazyků a způsobu verbalizování zdravotních problémů, z rozdílu v neverbálním sdělování
- b) rozdíly ve společenských zvycích a pravidlech chování
- c) rozdíly v základních znalostech o zdraví a nemoci, v chybných názorech, ve zvláštních přesvědčeních, ve svérázných léčebných praktikách daného společenství
- d) rozdíly v hodnotách, na nichž danému společenství nejvíce záleží.



Neverbální komunikace

Existuje řada obecných a univerzálně srozumitelných neverbálních komunikačních projevů jako například při projevu smutku, rozpaku, ostychu. Také často jsou společné projevy vítání a loučení mezi jedinci, které se projevují líbáním a objímáním.(Křivohlavý,1988,235)

Mimika

Z množství mimických projevů je pro vztah klient – zdravotník důležitý úsměv. Úsměv pomáhá zmenšovat hroty sociální nerovnováhy. Úsměvem se navozuje atmosféra uvolnění, důvěry, sdílnosti a optimismu. Evropané a Američané úsměvem vyjadřují své sympatie, přátelství, dobrou náladu, dobrý úmysl. V Asii, v kultuře Japonců, Korejců a Vietnamců může úsměv být výrazem nejistoty, omluvy, rozpaků a zmatku.

U rozdílných kultur existují také odlišnosti v míře zrakového kontaktu. Příliš mnoho pohledů je pokládáno u obyvatel Afriky a Asie za projev nadřazenosti, neúcty, hrozby nebo urážky. Japonci se vyhýbají pohledu do obličeje a místo toho se dívají na krk. Kratší pohled upřednostňují také obyvatelé severní Evropy, Finové se při rozhovoru dívají jeden na druhého zpřímá, ale oční kontakt je také přerušován. U Angličanů může strnulý pohled s mrkáním být pokládán za projev skutečného naslouchání a pochopení.(Průcha,2001,211s.)

V Německu se při rozhovoru vyžaduje udržování přímého očního kontaktu, což je pokládáno za projev poslouchání a souhlasu. Rusové udržují při vzájemné interakci přímý oční kontakt. U Australanů se přímý pohled z očí do očí střídá s pohledem mimo hovořícího, což je projevem zájmu.

Zcela jinak se chápe přímý pohled do očí v islámském světě. Od arabských žen muslimského věrovyznání se požaduje projevovat skromnost také tím, že se vyhýbá jakémukoliv pohledu do očí jiného muže, kromě svého vlastního. Při střetnutí na veřejnosti s opačným pohlavím drží celý čas žena oči sklopené. Příliš málo pohledů si Arabové mezi muži vykládají jako nedostatek pozornosti a nezdvořilosti. V Íránu bývá přímý pohled do očí druhého přípustný jenom u stejného pohlaví. Pokud íránská žena pohlédne do očí jiného muže, je to pro něj signál, že má zájem o schůzku nebo, že žena je promiskuitní. Tyto poznatky se však v dnešní době mohou lišit podle země původu jedince a podle míry dodržování jednotlivých kulturních tradic. I v islámském světě došlo k jistému uvolnění některých kulturních zvyků.

Haptika

Dotyk hraje ve zdravotnictví a v péči o klienty významnou roli a to nejen při diagnostických a léčebných postupech, ale používá se také pro svůj uklidňující efekt.³⁸

Irové se obecně dotýkají málo, přesto je v irském ošetrovatelství držení klienta za ruce neverbálním vyjádřením podpory a je běžně užíváno. Dotyk může mít mnoho významů a patří k nejzákladnějším formám dorozumívání. V islámském světě se smí muž dotknout pouze žen, které jsou z jeho rodiny. V Jordánsku, Afghánistánu a Saudské Arábii je vidět na ulici přátele, kteří se drží za ruce, i když jsou téhož pohlaví. U Evropanů je frekvence doteků různá. Angličané, Finové, Lotyšci a Němci mají chudší frekvenci doteků. Italové, Francouzi a Španělé se dotýkají často a rádi. V Rusku a Gruzii jsou dotyky zvláštní a důležitou součástí neverbální komunikace, snaha vyhnout se jim může být pokládána za projev nepřátelství.(Honzák,1999, 165s.)



Podání ruky

V současnosti je projevem pozdravu, zdvořilosti, vyjádřením dohody. Podávání ruky je známo už od dob starého Říma, kdy bylo znakem dohody. Bylo výhradně výsadou mužů. Podávání rukou u žen přineslo až minulá století. Podání ruky je ovlivněno osobností, tradicí a také kulturou. U Vietnamců je zvykem podat pravici a levou ji ještě lehce stisknout. Je to znak dobrých úmyslů a přátelství. V evropské kultuře však může jít o snahu dominance.

Lidé již tradičně podávají svou pravici, i když se o levé ruce říká, že je od srdce. V islámu je stanoveno, že pouze pravá ruka slouží k podání čistých věcí a levá k podání nečistých. Podání čokoliv levou rukou je pokládáno za urážlivé nebo nevychované. Ve zdravotnictví to znamená, že se máme vyvarovat podávání např. léků levou rukou. Obzvláště citliví jsou na to obyvatelé Afghánistánu. (Carpenito,2002, 1270p.)

Polibek - jeden z nejjintimnějších haptických prostředků. Je výrazně ovlivněný kulturou.

Ve Francii je běžné líbání na obě tváře při příchodu a odchodu znakem pozdravu. V Rusku a Gruzii jsou běžné až tři polibky na pozdrav a rozloučení u obou pohlaví. U Asiátů je to zcela nepřijatelné jejich citové vnímání má vysokou intimitu.

Proxemika

Odlíšné kultury vnímají vzájemné vzdálenosti lidí v průběhu sociální komunikace různě. V Albánii jde žena vždy za mužem, nikdy ne vedle něho, nebo před ním, při společenském posezení často sedí ženy odděleně od mužů. V Saudské Arábii, Kuvajtu, Egyptě, Jordánsku, Iránu a jiných arabských kulturách se při konverzaci záměrně udržuje velice blízká vzdálenost do dvou kroků. Účastníci komunikace mohou tak sledovat reakci oční zřítelnice partnera. Rozšíření zřítelnice znamená zájem a zúžení nesouhlas. I Řeci a Francouzi udržují v průběhu konverzace blízkou vzdálenost. Naopak Angličané, Američané a obyvatelé severovýchodních evropských států si ponechávají větší vzdálenost. Pro některé kultury je například nepřijatelné, aby při rozhovoru byla mezi zúčastněnými nějaká překážka.

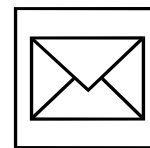
Při dodržování osobní zóny platí pro různé národy různé zvyky a pravidla. Měli bychom znát prostorové požadavky určené jinou kulturou, navodíme při jejich dodržování pozitivní pocity. Jediný způsob, jak určit prostorové požadavky nějakého jedince v různých situacích, je důkladně ho pozorovat, než podnikneme jakýkoliv pokus o přiblížení. Níže popsané národnosti však mohou být všeobecně charakterizovány jako preferující menší nebo větší odstup při prvním setkání:



- | | | |
|----------------|---|---|
| Menší odstup | - | Arabové, Japonci, Jihoameričané, Francouzi, černí Severoameričané, Iberoameričané, Italové, Španělé |
| Střední odstup | - | Britové, Švédové, Švýcaři, Němci, Rakušané |
| Větší odstup | - | bílí Severoameričané, Australané, Novozélandčané |

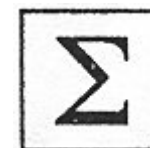
Posturologie

Každá kultura má své zvláštnosti při preferenci určitých postur. V různých kulturách se postoj člověka s rukama zkříženými přes hrudník považuje za obranu, pro obyvatelé Fidži je tento postoj známkou respektu. Ve francouzské kultuře není postoj člověka, při kterém má ruce v kapsách pokládán za projev dobrého vychování. Směrem na sever, ve Finsku, je to už ale projev nezdvořilosti. Podobně vnímá vložení rukou do kapes i indonéská kultura. Postoj s rukama v kapsách, je projevem nezdvořilosti, postoj, při kterém má osoba své ruce na svých bocích je morálním prohřeškem.(Carpenito,2002, 1270p.)



Kinezika

Asiaté preferují pomalé klidné pohyby, které vyjadřují úctu, pohyby afektované nejsou pokládány za slušné a uctivé. Stejně neslušné je v této kultuře položení si nohou na stůl nebo přehození nohy přes nohu, či smrkání na veřejnosti do kapesníku. V Severní Koreji je také neslušné v průběhu komunikace s jiným člověkem nasadit si černé brýle, i když svítí slunce. Smrkání do kapesníku je ve Vietnamu často považováno za neslušné a směšné.(Carpenito,2002, 1270p.)



Paralingvistika

Čím je národ pokládán za temperamentnější, tím více využívá paralingvistické projevy v řeči. Naopak některé kultury upřednostňují konverzaci bez výrazných paralingvistických projevů. U Asiatů není například důležité, co se přesně říká, nýbrž musí být jasné, že hovořící chce spolupracovat. Ostrá a hlasitá argumentace je v asijské kultuře považována za velmi nevhodnou a nepříjemnou. V Dánsku je například vhodné do konverzace vsouvat pauzy ticha.(Carpenito,2002, 1270p.)

Kultura oblékání

Každá kultura se výrazně liší v odívání. Národní kroje jsou často označovány za kulturní dědictví toho kterého národa. Jde například o preferenci barev, vzorů (skotské kostky), nošení doplňků jako jsou klobouky, rukavice. Například bosenské ženy dodnes nosí široce našasené ženské kalhoty – dimije.(Murphy,1998,268s.)

Kultura ovlivňuje i to, která část lidského těla má zůstat zahalená. V Indii je obnažení ramena nebo horní části ruky považované za nemravné. Velká část muslimských žen nosí dodnes oděv zvaný čádor, který jim zahaluje celé tělo, kromě očí. I Muslimky, které se pokládají za liberální, si zahalují alespoň vlasy.(Carpenito,2002, 1270p.)

Oděv vypovídá mnohé také o sociálním statusu člověka. Pro Asiaty je projevem dobrého vychování být slušně a čistě oblečen. Na Balkáně se od vnějšího hledu odvozuje společenská prestiž. Preferuje se značkové oblečení, obutí, drahé značky aut a cigaret. Pro Čecha je značkové oblečení projevem majetnosti. Albánc je schopen pro tuto prestiž spořit i několik roků a utratit své celoživotní úspory například za drahou značku auta.

Vnější zjev reflektuje osobnost nositele a tím příslušnost k některé skupině.

Verbální komunikace

Oslovování

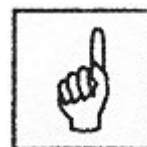
Kultury se často odlišují způsobem vzájemného oslovování. V Čechách, Polsku, Rakousku, Německu, Maďarsku nebo na Slovensku je preferováno formální oslovení s nadměrným používáním titulů.

Ve Finsku, Švédsku a Norsku je oslovování formálně příjmením nebo dokonce křestním jménem.

V anglické i americké kultuře se oslovují navzájem křestním jménem.(Carpenito,2002, 1270p.)

V Rusku je zvykem v oslovování používat za křestním jménem i jméno otce. Je proto vhodné, zeptat se pacienta již při přijetí, jak si přeje být oslovován a zaznamenat to do dokumentace. Velmi významné je využití zdvořilostních frází na začátku komunikace.(Křivohlavý,1988,235s.)

Sdělení pravdy je pro Evropana běžné. Lež je považována za nemorální. Afghánci se drží pravdy při rozhovoru méně striktně a podle jejich pojetí sdělení pravdy může někoho poškodit nebo urazit.



Cvičení 5

Po prostudování této kapitoly si vyberte nějaký ošetrovatelský úkon (příjem, převaz, edukace atd.) a zpracujte v bodech osnovu rozhovoru s pacientem.



Shrnutí kapitoly

V této kapitole byla naznačena problematika komunikace obecně a se zaměřením na komunikaci ve zdravotnickém prostředí, s pacienty. Komunikace je velmi důležitá pro život jedince, neboť ovlivňuje celkově jeho prožívání a chování. Cílem zdravotnické komunikace je také její vysoká efektivnost, která vede ke spolupráci s pacienty, jeho rodinnými příslušníky což je základní krok k úspěšné léčbě. Část textu je také věnována zásadám transkulturální komunikace. Zde byste měli pochopit vliv rozdílů jednotlivých kultur na samotnou komunikaci. Zde také záleží na době, jak dlouho pobývá cizinec v konkrétním prostředí a do jaké míry zná jeho kulturu.

Použitá literatura v páté kapitole

ANASTASSIADOU, H. Transkulturální péče – podněty z praxe. In: Multioborová, interdisciplinární a mezinárodní kooperace v ošetrovatelství. 1.vyd. Praha: Grada, 2002, 21 – 24s. ISBN 80-247-0536-2.

CARPENITO, L. J. Nursing Diagnosis: Application to Clinical Practice. 9th Ed. Philadelphia: Lippincott , 2002. 1270p

GIGER, J. N. Transcultural nursing, Assessment and Intervention. 3rd ed. St. Lous: by Mosby, Inc.,1999. 608 p.

MURPHY,F.R. Úvod do kulturní a sociální antropologie. 1. Vyd. Praha: Slon,1998. 267s

JANÁČKOVÁ,L. Psychologické aspekty zdravotnické komunikace, MU Brno, 2007

KŘIVOHLAVÝ, J. Jak si navzájem lépe porozumíme. 1.vyd. Praha: Svoboda, 1988. 235s.

HONZÁK, R. Komunikační pasti v medicíne. Praha: Galén, 1999. 165s



6.STRES

Cíl

Po prostudování kapitoly byste měli být schopni:

- definovat a charakterizovat stres a těžkou životní situaci
- charakterizovat jednotlivé stresory
- umět využít některou metodu měřící stres
- charakterizovat působení stresu na zdravotní stav

Klíčová slova

Stres, distres, salutory, stresory, teorie stresu, eustres, civilizační nemoc

Průvodce

Těžké životní situace provází jedince po celý jeho život. Lidé tyto situace zvládají různým způsobem. V souvislosti se studiem této problematiky vyvstala nutnost tento jev označit a definovat. Bylo k tomu použito termínu, který byl již dříve znám v technice – stres. O stresu se v mechanice hovořilo tam, kde materiál byl vystaven zátěži. V technickém pojetí stresu má termín „strain“ význam reakce materiálu na stres. Pokud je toto pojetí převedeno do oblasti fyziologie stresu vyjadřuje uvedený termín tlak na oblast somatickou, psychologickou, sociální a ekonomickou. Nepoužívá se však termín „strin“, ale „stres“.

Stresory

Stresory jsou často nazývány negativní životní faktory.

Jedná se o situace, kdy je jedinec v určitém tlaku, v nepříznivých životních podmínkách, jednotlivé nepříznivé vlivy jsou označovány jako stresory.



Salutory

V teorii stresu se hovoří nejen o stresorech (zatěžujících vlivech a negativních faktorech vedoucí k napětí, ale i o salutorech, které v těžké situaci člověka posilují, povzbuzují a dodávají mu sílu, výdrž v boji i odvahu k dalšímu pokračování zápasu se stresorem. Příkladem salutoru může být smysluplnost vykonávané činnosti, přesvědčení o určité hodnotě, potřeba získání pochvaly, uznání. V rámci salutorů sehrávají významnou roli posily - jedná se o situace, které jedince mohou postavit na nohy (sociální opora, psychologické působení, fyzická aktivita).

6.1 Definice stresu

Napětí – strain – tohoto termínu se používá k vyjádření emocionálního stavu člověka v situaci ohrožení. Pro definici stresové situace je podstatný poměr mezi mírou (intenzitou, velikostí, tlakem) stresogenní situace (stresoru či stresorů) a silou (schopnostmi, možnostmi) danou situaci zvládnout. O stresové situaci je možno hovořit tehdy, pokud míra intenzity stresogenní situace je vyšší než schopnost či možnost daného člověka tuto situaci zvládnout. Obecně jde o tzv. nadlimitní zátěž. Ta vede k vnitřnímu napětí a ke kritickému narušení rovnováhy organismu. Nadlimitní zátěž je celá stresogenní situace, může jít pouze o jeden stresor, nebo o celou souhru stresorů. Nadlimitní zátěží nemusí být jen jeden silný stresor, ale také i nadlimitní množství běžných starostí.

Distres

Tento termín se používá při negativně prožívaném stresu, jedná se o zhroucení, rezignaci. Jde o situace, které jedinec již není schopen zvládnout – nemá k tomu dostatek sil

Eustres

Tam, kde nejde o negativní emocionální prožívání se nehovoří o stresu, ale o eustresu. Příkladem eustresu je chuť překonat překážku, zvládnout danou situaci, přinést si tím radost. Do skupiny eustresu patří např. kladné zážitky (svatba, narození dítěte, výhra, různé oslavy) a také významné místo zde zaujímají situace, které se jedinec snaží zvládnout z vlastní iniciativy (sportovní výkony, rizikové situace, nové postupy). Nezvratným důkazem stresogenního působení těchto situací je zvýšená sekrece ACTH.

Teorie stresu a distresu

Teorie stresu a distresu je možno rozdělit do tří oblastí :

- kognitivní – vycházejí z představ o omezené kapacitě kognitivních možností a schopností. Příkladem může být pojetí pozornosti, která má omezenou kapacitu a nemůže zachytit všechno působení. Při distresu jde o situace, které svou náročností přesahují možnosti a schopnosti kognitivního aparátu.
- Emocionální – zde je kladen hlavní důraz na emoce, ukazují, že stres vede k pocitům neuspokojení potřeb (frustraci) a frustrace se projevuje sníženou motivací, případně agresí. V obou případech jde o zhoršení tíživé životní situace.

Teorie bezmoci a naučené bezmocnosti – tento stav je možné pozorovat u jedince, který neúspěšně bojuje s tím co ho ohrožuje a není schopen tuto situaci zvládat. Takový člověk dochází k přesvědčení, že zhora nic mu v jeho těžké situaci již nemůže pomoci.

- Fyziologické teorie stresu – stres vede k celkovému zvýšení ladění pozornosti a to se projeví zúžením pole pozornosti a tím se zhorší pozornost na okrajích zorného pole, která je zapotřebí při řešení komplexních situacích.



Zvládání stresu

Zvládání stresu není jednorázová záležitost, ale jde o dynamický proces, který není automatickou reakcí. Toto zvládání vyžaduje vědomou snahu a námahu každého jednotlivce. Pojem zvládání stresu se také označuje termínem „coping“. Významnou roli zde sehrává dobrý zdravotní stav, dostatek síly, pozitivní postoj k možnostem úspěšného zvládnutí situace, dobré znalosti, dovednosti, pozitivní minulá zkušenost, sociální a materiální opora.



Psychická zranitelnost – vulnerabilita a predispozice – diatéza

Termínem diatéza se rozumí konstituční náklonnost (predispozice) člověka např. k určité nemoci, ke stresu. Lidé, kteří jsou náchylní (citlivější, snadněji reagující) ke stresu, reagují v setkáních s určitým stresem patologicky – ve srovnání s jinými (ke stresové situaci nenáchylnými).

6.2. Paleta stresorů

Distres přináší řadu negativních důsledků jak pro zdraví, tak pro běžnou činnost. Z tohoto důvodu je otázce stresorů věnována pozornost. Mezi velmi významné stresory patří:

- Vysoká míra požadavků kladených na člověka
- Vzájemné vztahy mezi lidmi při práci
- Přetížením množství práce
- Časový stres
- Neúměrná odpovědnost
- Nevyjasněnost pravomocí
- Vysilující snaha o kariéru
- Kontakt s lidmi
- Nezaměstnanost
- Hluk
- Spánek
- Vztahy mezi lidmi
- Negativní sociální jevy
- Nesvoboda a pocit bezmoci
- Dlouhodobé napětí
- Omezený prostor



Zjišťování a měření stresu

V průběhu posledních dvou až tří desetiletí se objevilo mnoho různých metod k diagnostikování a měření stresu. Tyto metody se rozdělují do několika skupin:

- Psychologické charakteristika stresu
- Fyziologické a biochemické příznaky stresu
- Dotazníky ke zjištění zvládnutí těžkých událostí
- Dotazníky zaměřené na každodenní starosti

6.3 Syndrom vyhoření



Syndrom vyhoření se objevuje u angažovaných „pomahačů“, u všech subjektivně náročných povolání (tam, kde přichází frustrace, stresové situace z rozhodování a odpovědnosti). Projevuje se tělesným a emocionálním vyčerpáním, únavou, popudlivostí, nedůvěřivostí, depresivitou a negativním a cynickým postojem k vlastní práci a ke klientům.

Vztah k sobě bývá charakterizován tendencí ke sníženému sebevědomí, k negativnímu mínění o sobě, zejména v oblasti pracovních kompetencí, bývá přítomno přesvědčení, že dotyčný ztratil svůj potenciál fungovat a vyvíjet se ve své profesi.

Vytváří se u jedinců, zcela psychicky zdravých. Pokud se dostavuje snížená výkonnost, pak souvisí s negativními postoji, nikoliv s nižšími pracovními schopnostmi.

V mechanismech, které vedou k burnout se uplatňují např. malá míra kladného hodnocení, nadměrné ponižování, snižování kladné hodnoty, nedodržování etických norem, patologický perfekcionismus, rozpad ochranné sítě. Příliš velké nároky na kladné emocionální vztahy (lékař k pacientovi), stejně tak velká míra svobody, malá míra kontroly, problémy s autoritami, nerealistická očekávání.



Někdy bývá označován jako fenomén „prvních let v zaměstnání“, kdy po vysokých očekáváních, entuziasmu a „profesní mytologii“ nastává zklamání, frustrace, bezmoc, rezignace.

Zážitek vyhoření nemá však za následek jen negativní postoj k sobě samému a klientům, kterým se má pomáhat, ale má dopad i na postoj ke kolegům, přátelům a rodinným příslušníkům, způsobuje manželské konflikty a ničí vztahy.

Z pohledu profese:

U zdravotních sester může vést k burnout chování pacientů. Zdravotní sestry se snaží pomoci svým pacientům zlepšit či lépe snášet jejich zdravotní stav. Někteří pacienti projeví uznání, poděkují, jiní nikoliv, nechápou jejich péči...sestra se potom může cítit frustrovaná, neuspokojená z hlediska základních psychických a sociálně psychologických potřeb, může to mít vliv na její sebehodnocení a později i postoj k pacientům i zaměstnání....

Příznaky syndromu vyhoření jsou psychické, fyzické a sociální.

- je utlumena celková aktivita – spontaneita, kreativita, iniciativa, invence. Přítomno je převážně depresivní ladění, pocity smutku, frustrace, bezvýchodnosti, beznaděje, tíživě je prožívána zbytečnost vynaloženého úsilí.
- objevuje se přesvědčení o vlastní postradatelnosti až bezcennosti, což může hraničit až s mikromanickými bludy.
- vyskytují se projevy negativismu, cynismu, hostility ve vztahu k osobám, k nimž se obrací v rámci profese (klienti, pacienti, zákazníci..), sebelítost, intenzivní prožitek nedostatku uznání.
- dostavují se problémy v interpersonálních vztazích – iritabilita, selektivní senzitivita.
- redukují se činnosti na rutinní postupy, stereotypní fráze.
- dostavuje se celková únava organismu, apatie, ochablost, vegetativní obtíže – bolest u srdce, palpitace, dechové obtíže, zažívací obtíže, bolesti hlavy, poruchy krevního tlaku, přetrvávající celková tenze, bolesti svalů.
- celkový útlum sociability, nezájem o ohodnocení ze strany druhých osob.
- výrazná tendence redukovat kontakt s klienty, i ostatními osobami, které mají vztah k profesi. Zjevná nechuť k vykonávané profesi a všemu, co s ní souvisí.
- nízká empatie (pravidelně u osob s původně vysokou empatií).
- postupné narůstání konfliktů, nejvíce v důsledku nezájmu, lhostejnosti, sociální apatie.



Zvládání a předcházení syndromu vyhoření

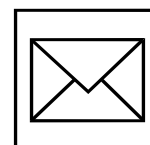
Ke zvládání a předcházení syndromu vyhoření je důležitá sociální podpora (naslouchání, zpětné vazby od přátel, rodičů), uznání, povzbuzování (od vzorů, zkušenějších), kladné hodnocení od druhých lidí, rozdělování odpovědnosti, znalost limitů osobnostních i pracovních, pracovní podmínky (úprava pracoviště, úprava pracovních podmínek), odpočinek.

V rámci profesionálního působení se uplatňuje racionální přístup, důsledné oddělování pracovního a osobního. Neznamená to ovšem trvale potlačovat svoje prožitky a pocity.

Ty mají svůj prostor v Balintovských skupinách, na supervizi, v kolektivu kolegů. Důležité jsou pracovní porady, týmová spolupráce.

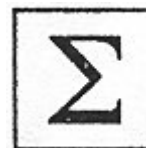
Cvičení č.6

Pokuste se vypracovat individuální plán prevence stresu u zdravotnických pracovníků a proveďte analýzu možných důvodů stresu u sester.



Shrnutí kapitoly

Stres patří mezi zatěžkávající faktory v lidském životě. Příliš mnoho stresů může vést k narušení vnitřní homeostázy a následně k rozvoji určité predispozice. Stres nás provází celý život a každý jedinec by se měl umět se stresem aspoň částečně vyrovnat. K určité prevenci a stabilizaci organismu patří techniky, které pomáhají stresové situace zvládat. Pokud se zvládání nedaří může mít stres negativní účinek na zdraví. Projevuje se to např. častou nemocností, snížením imunity, bolestí hlavy, hypertenzí, astmatem, diabetem mellitem, ICHS a jinými nemocemi onkologické nevyjímaje. Z uvedených faktů je zřejmé, že jedině aktivní boj se stresem může vést k prevenci těchto nemocí a také k životu v optimálním zdraví. Dále se kapitola věnuje problematice syndromu vyhoření, jeho zvládání.



Použitá literatura v šesté kapitole:

KŘIVOHLAVÝ, J. Psychologie zdraví. Praha: Grada, 2001, 198s. ISBN 80-7178-551-2

NAKONEČNÝ, M. Lexikon psychologie. Praha: Vodnář, 1995, 397s, ISBN 80-85255-74-X

7. BOLEST

Cíl

Po prostudování kapitoly byste měli být schopni:

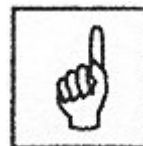
- Vysvětlit, co je bolest
- Umět analyzovat pojem akutní a chronická nemoc
- Získat základní představu jakým mechanismem vzniká
- Umět bolest monitorovat
- Získat základní představu o využití psychoterapie u bolestivých stavů

Klíčová slova

Bolest, měření, akutní bolest, chronická

Průvodce

Bolest je nepříjemná senzorická a emocionální zkušenost spojená s akutním nebo potenciálním poškozením tkání, nebo je popisována výrazy takového poškození. Bolest je komplexní zážitek, jehož kvalita a intenzita jsou dány předchozí zkušeností – jakým způsobem se každý jedinec umí vyrovnávat s bolestí. V této kapitole se seznáte s jednotlivými typy bolestí, jejím měřením a léčbou.



Bolest je častým důvodem návštěvy zdravotnického zařízení. Bolest stejně jako úzkost a strach je varovným signálem a má ochrannou funkci. Upozorňuje, že došlo k poškození organismu nebo poškození může záhy nastat.

Bolest je nepříjemným smyslovým a emočním zážitkem spojeným obvykle s aktuálním či potenciálním poškozením tkání, které souvisí s poruchou fyziologické povahy (zánět) nebo vnějším násilím (úraz, zhmoždění).

U bolesti lze rozlišovat tři vzájemně propojené stránky:

- smyslovou (senzorickou), souvisí s lokalizací bolesti a posouzením intenzity a kvality samotným pacientem
- emoční, jde o vyjádření určitého stupně nelibosti, tato stránka se týká zejména nutností pocitu bolest odstranit či zmírnit
- hodnotící – jde o srovnání s bolestí, kterou již pacient prodělal a vytváří si určitý předpoklad o jejím vývoji



7.1 Akutní a chronická bolest

Prožitek bolesti má různou intenzitu, kvalitu a dobu trvání. S ohledem na dobu trvání rozeznáváme akutní a chronickou bolest. Podle definice trvá akutní bolest maximálně několik dnů či týdnů. Vzniká na základě poškození pletiva mechanicky nebo nemocí. Při vyšší intenzitě představuje velkou psychickou zátěž a postižení na ni obvykle reagují fyziologickými změnami (prudce se zvýší krevní tlak, prohloubí se dýchání, roste svalové napětí). Člověk stížený akutní bolestí je motoricky neklidný, někdy hlasitě křičí, snaží se odstranit zdroj bolesti. K okolí se často chová agresivně. Podobně se chová i k sobě (možnost suicida). Lokalizace akutní bolesti je obvykle dobře určitelná. Zdá se, že akutní bolest má obranný charakter. Postiženého varuje a zabraňuje dalšímu zhoršování stavu. Vede ke komplexnímu chování postiženého např. vyhledání pomoci, podrobení se určité léčbě, klidu atd.



Chronická bolest je diagnostikována tehdy, trvá-li déle než půl roku. Její příčina nebývá známa nebo je neodstranitelná (např. u degenerativního onemocnění). Nebývá zde výrazná fyziologická reakce a reagování pacienta odpovídá fázi vyčerpání. Příznačný je pocit bezmoci, deprese, časté poruchy spánku, snížená chuť k sexuálnímu styku, omezování sociálních kontaktů a uzavírání se do sebe.

Měření bolesti

Ve slovní výpovědi pacienta o tom, že ho něco bolí, je toho mnoho. Existují pokusy takovéto výpovědi logicky utřídit a tím dát sdělení pacienta o bolesti určitý řád. Dnes se setkáváme s následujícím tříděním základních dimenzí bolesti (Bendová,2006,117):

- Lokalizace a topologie bolesti – kde to bolí
- Intenzita bolesti – jak moc to bolí
- Časový průběh – kdy to bolí, časová dimenze
- Kvalita bolesti – jak to bolí
- Ovlivnitelnost bolesti – za jakých okolností se bolest zhoršuje.

K jednotlivým pěti otázkám můžeme pacientovi předložit např. schéma lidské figury a žádat ho, aby zde označil , kde ho to bolí a eventuálně odlišil povrchové od hlubokých bolestí. Dále metodu VAS k vyjádření intenzity bolesti a žádat ho, aby na tomto teploměru bolesti označil svoji momentální bolest. Lze využít dotazníku MPQ SF k zaznamenání kvality bolesti atd.

Tolerance k bolesti

Snášení bolesti je zcela individuální, mění se u každého jedince v různých vývojových obdobích. Vždy je nutné vnímat přítomnost bolesti tak, jak ji pacient hodnotí.. Vnímání bolesti ovlivňuje informovanost, vztah a zájem ošetřujícího personálu

7.2 Léčba bolesti

Léčba bolesti je patrně základním posláním medicíny. Požadavek biopsychosocialního přístupu k pacientovi nás vede k využití široké škály možností ovlivňování bolesti. V praxi se setkáváme nejčastěji s farmakologickou, chirurgickou, fyzioterapeutickou léčbou kterou vhodně doplňuje psychoterapie. Při kontaktu s pacientem trpícím bolestí by měl být psychologický přístup k pacientovi již samozřejmostí, nejen z důvodů umocnění působení nespecifických lékových vlivů.



Zásadně každý zdravotník by měl zaujímat k pacientům psychoterapeutický přístup, tj. přístup empatický (empatie znamená vcítění), chápavý, vstřícný a profesionálně vlídný. Cokoli jiného představuje iatrogenii.

Pacient musí již na počátku vztahu nabýt dojmu, že se ocitl v chápavém, laskavém a pomoc zajišťujícím prostředí, že však pro zvládnutí své bolesti musí také něco dělat sám.

Bolest je doprovázena negativními emocemi. Nejčastější jsou úzkost, agrese, frustrace, deprese s projevy bezmoci a beznaděje. Všechny tyto emoce jsou psychoterapeuticky ovlivnitelné; základem postupu je poskytnutí pocitu bezpečí a jistoty, ujištění o tom, že k tlumení bolesti budou použity všechny účinné prostředky, informace o délce a míře bolestivosti chystaného zákroku, poskytnutí možnosti pacientovi, aby se aktivně podílel na zákroku a mohl si vyžádat „oddechový čas“. Člověk snáší bolest lépe tehdy, má-li její intenzitu pod vlastní kontrolou a může-li ji sám regulovat. Prožitek bolesti u dětí souvisí se strachem, s očekáváním bolesti a s aktuálním stavem dítěte (únava, nevyspání, nuda atd.). Dětská reaktivita na bolest závisí také na dřívější zkušenosti se zdravotníky. Ošetřování dětí by mělo probíhat za přítomnosti jejich doprovodu (zpravidla matky), který znamená ve většině případů (kromě extrémně úzkostné či hysterické matky) oporu a snížení stresu. Malé děti často nevědí, jakým způsobem si od bolesti ulevit, a co vlastně v takové situaci mají dělat. Zde je třeba je přímo učít bolest zvládat (např. úlevovou polohou, klidem, odvedením pozornosti atd.).

Z konkrétních terapeutických technik a postupů jsou s výhodou využívány následující (Bendová, 2006, 118s.):

SUGESCE – znamená navození určitých myšlenek, představ, postojů, pocitů či přesvědčení, sugestibilita je pak schopnost tyto „ne-vlastní“ myšlenky přijímat.

HYPNÓZA je přirozený stav změněného a zúženého vědomí, při kterém se změní činnost mozku a přesouvá pozornost. Stav je charakterizován koncentrací pozornosti požadovaným směrem, sníženou kritičností a zvýšenou sugestibilitou. V hypnotickém stavu mohou nastat záměrně navozené fyziologické změny, například změny kožní teploty, krevního tlaku atd. V současné době se používají různé techniky uvedení do hypnotického stavu, nejčastěji pomocí koncentrace na jeden bod a následných hypnotických sugescí, které zajišťují jak požadované zúžení

vědomí, tak kontakt s hypnotizujícím. Jejich cílem není uvedení pacienta do hlubokého hypnotického stavu, ale spíše snaha po maximálně účinné sugesci. Účinnost hypnózy tedy nesouvisí s její hloubkou, hypnosuggestivní postupy pomáhají též nemocnému zaměřit se na jiné věci, odvrátit jeho pozornost a zaměřenost od bolesti. Využití hypnózy se uplatňuje při tlumení jak akutní, tak chronické bolesti. O její účinnosti svědčí snížená spotřeba analgetik při kombinované psychotherapeutické léčbě. K zmírnění a odstraňování bolestí lze také využít posthypnotických sugescí (v hypnotickém stavu se dává předem určitá sugesce např. týkající se bolesti a strachu).



RELAXACE je stav sníženého psychosomatického napětí a slouží k uvolnění, odpoutání se a intenzivnímu odpočinku. Mezi nejčastěji používané techniky patří autogenní trénink, meditace, imaginace a biologická zpětná vazba (biofeedback).

AUTOGENNÍ TRÉNINK je psychofyziologická metoda, která spojuje autosugesci s systematickou koncentrací, s uvolněním celkového napětí a uvolněným psychickým prožitkem.

MEDITACE je stav, kdy se bez zapojování vlastní vůle poddám současnosti. Příklad: sedím na břehu moře, dívám se na zrcadlově lesklou hladinu a zcela se odevzdám náladě, poddávám se okolnostem. Meditace je tedy volně neřízená cesta do vlastního nitra, rozjímavé uvažování.

IMAGINATIVNÍ TECHNIKY využívají představivosti, kterou daná osoba nechává buď volně plynout, nebo ji záměrně zaměřuje na určité téma. Mezi tyto techniky patří vizualizace, která spočívá ve vyvolání zrakové představy harmonicky uspořádané krajiny, mořské pláže, horského vodopádu a dalších pozitivně působících vjemů. Pomáhá nemocným koncentrovat se na příjemný zážitek, a odpoutat tak pozornost od bolesti.

BIO FEEDBACK - biologická zpětná vazba – představuje relativně novou metodu léčení chronické bolesti. Jde o využití volního ovlivňování průběhu fyziologických funkcí, které jsou monitorovány na displeji tak, že pacient má možnost sledovat a kontrolovat, nakolik se mu jejich ovlivnění skutečně daří. Během terapeutického sezení se pacient „učí“ dosáhnout u dané funkce žádoucího průběhu (například snížit svalové napětí, dosáhnout EEG alfa aktivity, snížit TK).

KOGNITIVNĚ BEHAVIORÁLNÍ TERAPIE vycházejí z racionálního pojetí a z přesvědčení, že lidé mají tendenci k logickému pohledu na svět. Podle těchto škol není člověk jen pasivním příjemcem vjemů, ale jejich aktivním zpracovatelem. Vzhledem k tomu, že při chronické bolesti je nejčastější doprovodnou psychopatologií chorobná deprese, je kognitivně behaviorální terapie nástrojem, který pomáhá odstraňovat narušená kognitivní schémata.

LOGOTERAPIE pomáhá člověku nalézt smysl života a tento smysl

naplnit.. Logoterapeutický přístup se nejčastěji s výhodou uplatňuje ve fázích bilancování, tedy tehdy, kdy bolest je součástí terminálních fází onemocnění, a také tehdy, když se nemocní trpící krutými bolestmi ptají: „Proč zrovna já?“ Nalezení smyslu života ve splnění jeho poslání a v překročení hranic vlastního já často přináší úlevu i od fyzického utrpení.

Akutní bolest

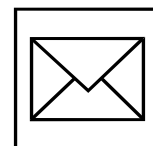
- kontakt, empatie
- odvádění pozornosti
- upozornění na nástup, zesílení bolesti
- informace o časovém rozvrhu (např. při výkonu „to nejhorší už máte za sebou“ apod.).
- sugesce-hypnóza
- posthypnotická sugesce-relaxace

Chronická bolest

- empatie
- sugesce
- hypnóza
- posthypnotická sugesce
- relaxace
- Jacobsonův trénink
- autogenní trénink
- meditace
- imaginativní techniky
- biologická zpětná vazba (biofeedback)
- kognitivně behaviorální terapie
- některé formy dynamické psychoterapie
- logoterapie

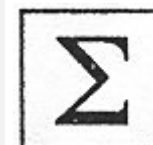
Úkol č.7:

Zpracujte vámi prožitou zkušenost bolesti a pokuste se jí zaznamenat.



Shrnutí kapitoly

V této kapitole jste se seznámili s definicí bolesti, mechanismem jejího vzniku, způsobem jejího měření a také možnostmi její léčby. Protože bolest významným způsobem negativně ovlivňuje kvalitu života jsou dnes k dispozici centra bolesti, které jednotlivými způsoby pomáhají pacientovi/klientovi bolest eliminovat.



Použitá literatura v sedmé kapitole:

STROUHALOVÁ, L. , HONZÁK, R. : Psychoterapie v léčbě bolesti. In: ROKYTA, R., KRŠIAK, M., KOZÁK, J. (ed.): Bolest. Praha, Tigris 2006
BENDOVIÁ,M. Lékařská psychologie. Brno: 2006, Distanční text, 196s.

8.ZÁKLADY PSYCHOTERAPIE

Cíl

Po prostudování kapitoly byste měli být schopni:

- Porozumět mechanismům působení psychoterapie
- Popsat jednotlivé psychoterapeutické směry
- Podle návodu sami vyzkoušet některou z forem relaxace

Klíčová slova

Psychoterapie, mechanismy, relaxace, směry, terapeut



Průvodce

Psychoterapie je léčebná činnost, která se uskutečňuje psychologickými prostředky. Působí na duševní život, chování člověka, jeho meziosobní vztahy i tělesné procesy tím, že navozuje žádoucí změny, podporuje uzdravení a znesnadňuje vznik a rozvoj poruchy zdraví. Psychoterapie působí pomocí komunikace jak na verbální či neverbální úrovni.

Mezi terapeutem a klientem vzniká tzv. terapeutický vztah, který vytvářen terapeutem má zásadní podíl na účinnosti terapie.

Vztah klient – terapeut může být osobní, pak hovoříme o setkání, kdy terapeut je v roli průvodce, nebo neosobní, kdy je terapeut direktivní a udržuje větší vztahovou distanci.

Základním předpokladem terapeutického procesu je pozitivní očekávání klienta, nutná je důvěra v terapeuta i léčbu a naděje ve změnu k lepšímu.



Použití psychoterapie

- Profylaxe - zamezení vzniku onemocnění (např. zabránění vzniku syndromu vyhoření)
- Terapie - neurózy, závislosti, somatoformní poruchy (neurocirkulační astenie, dráždivý tračník), psychosomatické poruchy (astma bronchiale, náchylnost k alergiím, srdeční potíže, GIT potíže, ekzémy, bolestivé stavy, anorexie, bulimie)
- Rehabilitace - zmírnění a přijetí následků poruchy zdraví

- Indikace - všude tam, kde se na vzniku, rozvoji a udržování nemoci podílejí psychosociální činitele

Cíle a účinnost psychoterapie

- Osobnostní změny
pravdivější sebepoznání, porozumění sobě, rozsáhlejší akceptace sebe, zvýšení frustrační tolerance, nalezení a překonání vnitřních rozporů, změna hodnotového systému, názorů, postojů, chování
- Změny projevu(chování) - změna maladaptivního chování, konstruktivnější řešení problémových životních situací
- Změny v nejbližším sociálním prostředí klienta
změna postavení členů mezi sebou, změna způsobu komunikace



Formy psychoterapie

- Individuální - je nejčastější, klient je s terapeutem o samotě, sedí v křesle, popř. leží na lůžku
- Skupinová - vytvořením skupiny lidí se shodným problémem (neurotičtí pacienti, onkologicky nemocní pacienti, rodiče, kterým zemřelo dítě, lidé trpící závislostí) Využívají se vztahy a interakce mezi členy skupiny
- V rámci léčebného společenství - psychoterapie se účastní pacienti i personál

Prostředky psychoterapie

- Psychoterapeutický rozhovor - je základním prostředkem psychoterapeutické léčby.
- Relaxační a psychofyzilogické postupy - autogenní trénink, progresivní svalová relaxace, meditace, biofeedback – ovlivňují změnu úrovně vegetativní aktivity, svalového a psychického napětí, působí anxiolyticky
- Expozice - klient je systematicky vystavován situacím, které v něm vyvolávají strach a úzkost a to nepřímo, v představách, nebo přímo při expozici
- Sugestivní postupy a hypnóza - pro abreakci /odreagování/, analgezii
- Psychodrama – přehrávání scének pro porozumění problémům a odreagování
- Psychogymnastika – prostřednictvím neverbálního projevu napomáhá k náhledu a prožití emoční korektivní zkušenosti

- Arteterapie, muzikoterapie – působením na nedominantní hemisféru mozku zprostředkovávají kontakt s intuicí, emocemi
- Hra – prostředek sebevyjádření dětí, napomáhá k odreagování psychotraumát, získání korektivní emoční zkušenosti, náhledu. Je cenná i psychodiagnosticky.

Účinné faktory v psychoterapii

- Situace terapie - musí představovat pro klienta bezpečný prostor
- Osobnostní charakteristiky terapeuta – zralost, vnitřní stabilita, vyšší frustrační tolerance, autenticita, vysoká schopnost akceptace a empatie
- Osobnostní znaky pacienta - pozitivní motivace k uzdravení, pozitivní očekávání, schopnost sebeexplorace
- Vztah mezi pacientem a terapeutem - důvěra, respektování svých rolí, náklonnost
- Rozumové faktory - zvyšování sebepoznání, porozumění souvislostem, získání náhledu
- Citové – emoční podpora poskytnutá terapeutem, emoční korektivní zkušenost, abreakce (bouřlivé odžití vzpomínky na trauma), katarze (snížení negativního energetického potenciálu emocí)
- Akční - učení, nácviky (asertivita)
- Upevňování získaných dovedností příznivou reakcí okolí



Výzkum prokázal, že efekt psychoterapie je až dvakrát účinnější než placebo efekt.

Relaxační techniky

Lidský organismus reaguje na podněty okolí zcela automaticky. Obzvláště na stres reagujeme svalovým napětím, zvýšením tonu sympatiku, zrychlením tepové i dechové frekvence, zvýšením krevního tlaku. Uvolnění coby opak této reakce již samo automatické není. Psychická činnost, vegetativní aktivace (autonomní nervový systém – sympatikus a parasympatikus) a práce svalstva se navzájem ovlivňují. Cíleným a soustavným působením na jednu složku můžeme ovlivnit obě další. Relaxováním svalstva se uvolnění reflexně přenáší i do psychické a vegetativní oblasti. Relaxačními technikami je možné dosáhnout harmonizace všech třech složek. Člověk se v relaxovaném stavu dostává do užšího kontaktu sám se sebou, se svými emocemi, s intuicí, fantazií. Aktivitu přebírá nedominantní hemisféra mozku. Na somatické bázi

dochází

ke zpomalení srdečního tepu, látkové výměny, k uvolnění svalstva, poklesu krevního tlaku, posílení imunitního systému, hlubkové regeneraci buněk zejména nervové soustavy.



Relaxační techniky jsou přínosem při léčbě poruch spánku, bolestech hlavy, psychosomatických potíží, neurotických poruchách. Použití je nejenom při zátěžových situacích, ale i ve sportu a psychologickém poradenství. Vedou ke zvýšení kvality života.

Pro relaxaci je vhodné si vybrat klidné, čisté, větrané místo, připravit si příjemnou atmosféru např. zapálením vonných svíček, blahodárně působí klidná meditační hudba.

Typy relaxačních metod

- Autogenní trénink podle Schultze Henckeho (AT)

Pomocí autosugesce je postupně v jednotlivých částech těla navozován a pociťován stav tíhy, tepla při navození a získání klidu a vyrovnanosti., koncentrovat pozornost, hluboké uvolnění, tělesné i duševní Cvičení vždy začíná uvedením se do klidu, uvolněním, vyprázdněním mysli.

Při základním stupni AT se vyvolává šest pocitů:

- cvičení tíhy – začíná se představou tíhy v dominantní ruce, pocit tíhy se rozšiřuje do druhé paže, dolních končetin až do celého těla
- cvičení tepla – opět se začíná dominantní rukou s představou tepla, což je spojeno s relaxací periferních cév, postupně se proteplí celé tělo
- regulace srdeční činnosti – procítění klidného tepu svého srdce
- koncentrace na klidný dech
- regulace břišních orgánů – procítění tepla v břiše
- chlad na čele

Nácvik AT trvá obvykle několik týdnů. Cvičení se provádí 3x denně, 5 minut, později se může protáhnout až na čtvrt hodiny. Ukončuje se energickým hlasem pobídkou k otevření očí, hlubokému nádechu a protažení těla, aby relaxovaný stav nepřetržoval do dalších činností.

Pro relaxaci je nejvhodnější poloha vleže, ruce i nohy by měly být lehce od sebe. Při nemožnosti ležet je variantou i sed na židli v pozici drožkáře, kdy člověk sedí s kulatými zády, spadenou hlavou mezi rameny a rukama volně visícíma mezi rozkročenýma nohama. Je možno také sedět v lenošce s hlavou vzadu opřenou.



Po zvládnutí základního stupně AT je možno přejít ke druhému stupni, k tzv. individuálním formulcím. Člověk si v relaxovaném stavu živě představuje pro něj podstatné a žádoucí stavy, vždy kladně formulované – např. „jsem statečný, dovedu se prosadit...“

Nejvyšší stupeň AT se nazývá řízená imaginace, dochází k meditacím na významná témata pro hlubší sebepoznání a sebezdokonalování.

- Progresivní svalová relaxace podle Jacobsona

Principem této metody je naučit se rozeznávat rozdíly mezi stavem napětí a uvolnění v jednotlivých svalových skupinách. Svaly se postupně vědomě zatínají a uvolňují.

Výsledkem je lepší uvědomění si svalové tenze v běžných denních situacích, kterou je následně možné odstranit.

- Dechová cvičení

V průběhu dechových cvičení se věnujeme nácviku břišního (bráničního) dýchání. Vdechuje se na 5 dob, výdech je na 10 dob. Počítá se ve stejném rytmu. Cvičení je možno provádět ve stoji, v sedě, ale i v chůzi. Mělo by se provádět alespoň 2x denně po dobu několika minut.

Jinou variantou je dechové cvičení využívající nádech na 6 dob, zadržení dechu na 6 dob, výdech na 6 dob.

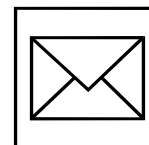
- Relaxace při hudbě

Je možno vybrat si ať už hudbu klasickou nebo speciálně komponovanou pro relaxační účely. Ta je obvykle bez rytmu, vyjadřuje přírodní témata, může jít i o hudbu civilizací, které meditace používají, např. tibetská hudba, africká. Hudba může evokovat pocity a představy se symbolickou tematikou, s těmi se dále pracuje ve fantazii – např. pošlou se po vodě, pustí po větru, prozáří světlem.

K dalším možnostem relaxace patří např. jóga, meditace, tai-chi.

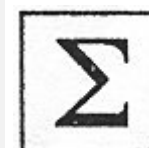
Úkol č.8

Zamyslete se nad probranou kapitolou a napište postup návrhu vlastní psychoterapie v rámci duševní hygieny.



Shrnutí kapitoly

Tato kapitola se zabývá problematikou psychoterapie, která je zejména doménou psychologů a psychiatrů. Každý zdravotnický pracovník by však základy psychoterapie a relaxačních cvičení měl znát a také měl by je umět využívat při duševní hygieně sám u sebe a také je navrhnout pacientům nebo jejich rodinným příslušníkům.



Použitá literatura v osmé kapitole:

BENDO VÁ, M. Lékařská psychologie. Brno: 2006, Distanční text, 196s.

BERAN, J.: Základy lékařské psychologie. Karolinum, Praha 2003

KRATOCHVÍL, S.: Základy psychoterapie. Portál, Praha 2002

LANGMEIER, J., BALCAR, K., ŠPITZ, J.: Dětská psychoterapie. Portál, Praha 2000

MOŽNÝ, P., PRAŠKO, J.: Kognitivně – behaviorální terapie. Triton, Praha 1999

PROCHASKA, J. O., NORCROSS, J. C.: Psychoterapeutické systémy. Grada, Praha 1999.

VÁGNEROVÁ, M.: Psychopatologie pro pomáhající profese. Portál, Praha 2000

VYMĚTAL, J.: Lékařská psychologie. Portál, Praha 2003.

9. PSYCHICKÁ KRIZE

Cíl

Po prostudování kapitoly byste měli být schopni:

- Umět charakterizovat psychickou krizi a její příčiny
- Znat jednotlivé etapy průběhu psychické krize

Klíčová slova

Psychická krize, nemoc, pacient, pomoc,

Průvodce

Krize představuje vyvrcholení určité situace do které se jedinec dostal. Někdy je tato situace způsobená jeho vlastní, m příčiněním, někdy se to této situace dostal tzv. shodou náhod. Krizové situace je nutné co nejdříve řešit, nezavírat před nimi oči, nepřesouvat je. Dlouhodobě působící krizová situace hraje významnou roli v sebepojetí a v psychickém a zdravotním stavu.

Termín **krize** označuje řadu životních situací, které jsou spojeny se změnou, ztrátou a značnou naléhavostí situace. V uplynulých letech se pojem krize stal běžnou součástí českého hovorového jazyka. Je to slovo, které vyjadřuje řadu negativních pocitů – zklamání, časové tísně, marnosti. Běžně se pojem krize užívá velmi široce a v mnoha rozdílných oblastech, přesahujících hranice psychologie a medicíny (Jahnová, 2006)



Současné slovníky uvádějí tento výklad termínu **krize**:

- Rozhodná chvíle, rozhodný obrat /krize v nemoci/
- Nebezpečný, povážlivý stav /vládní, hospodářská krize/
- V literárním smyslu krize jako vyvrcholení děje románu nebo dramatu

Krize představuje vyvrcholení nějakého děje, který směřuje k nutné a neodkladně změně, v němž se rozhoduje o její prospěšné nebo škodlivé povaze a o jejích důsledcích pro budoucnost.

Krize v lékařském smyslu představuje okamžik v průběhu nemoci, charakterizovaný náhlou a zpravidla rozhodnou změnou k lepšímu nebo horšímu /kritická fáze/. Dále představuje událost, která postihuje zjevně zdravou osobu anebo představuje náhlé zhoršení chronického stavu.

Běžně užívaná definice krize:

Situace, která způsobuje změnu v navyklém způsobu života a vyvolává stav nerovnováhy, ohrožení a stresu. Nemůže být proto řešena v rámci jedincova obvyklého repertoáru vyrovnávacích strategií, tj. přesahuje adaptační možnosti i zdroj běžných obranných mechanismů člověka.

Právo na krizi

Člověk má právo na krizi, což medicínské řešení otázek životní krize potvrzuje. Projev respektu společnosti k tomuto individuálnímu právu představuje vytvoření organizačních struktur krizové pomoci. Krizová intervence je poskytována zpravidla bezplatně.



Krizový stav

Když se nedaří vyrovnat vliv stresorů, objevují se po určité době alarmující signály a dochází ke krizovému stavu, tj. ztrátě psychické rovnováhy. Může postihnout zdravé i nemocné. Tento stav by měl být zvládnut do 4-6 týdnů, což znamená, že jedinec našel nové metody řešení. (Jahnová,2006)

Nezvládnutý krizový stav

Může přerůst do psychické labilitity nebo až psychické poruchy. Je to stav, kdy se člověk projevuje jinak, než bychom čekali a než by čekal on sám. V nezvládnutelném krizovém stavu nemá člověk tendenci řešit zdroje krizového stavu, ale spíše má tendenci (Jahnová,2006)

:

- **Utéci od zdroje** /útěk od nehody – zkratkovitě jednání/
- **Utéci za ochranou** /k matce, manželovi, přátelům, do nemoci, do agrese/
- **Utéci do světa snů, hyperaktivity, nereálných plánů**

Nezvládnutelný krizový stav vede k syndromu psychologického ohrožení.

Syndrom psychologického ohrožení

Člověk v krizi, jehož adaptace se nezdařila, je v takové psychické labilitě, že je ohrožen ve své psychické a tělesné jednotě. Nemůže unést své psychické prožitky, neumí si s nimi poradit a zvládnout je. Může se projevit úzkost, neúnosný pocit viny, stud, snížené sebevědomí apod. (Jahnová,2006)

Průběh krize

Psychické krize jsou velmi častým jevem a v různé podobě se každý jedinec ve svém životě se závažnou, krizovou situací setkal.

Krizová situace má většinou **typická průběh**(Jahnová,2006):

- 1. Fáze **šoku** – postižený se pokouší udržet od události nebo situace odstup, který má zakrýt vnitřní chaos.
- 2. Fáze **reakce** – může trvat dny, týdny i měsíce, dochází k mobilizaci

obraných mechanismů /popření, touha po závislosti, racionalizace/. Časté jsou regrese se sebedestruktivním požíváním alkoholu, farmak nebo dalších psychotropních látek, objevuje se sebevražedná aktivita.

- 3. Fáze **zpracování** – trvá zhruba 6 až 12 měsíců, dochází k přeorientování a novému orientování postiženého jedince na další aktivity a objekty v okolí a restituci narušeného sebevědomí.



V konečné fázi nemá krize jen negativní aspekty, postižený si jejím překonáním může uvědomit vlastní možnosti i blízkost příbuzných a přátel.

Příznivý či nepříznivý průběh krize značně závisí na sociální situaci postiženého. Krize probíhá jinak na pozadí funkční rodiny a rodiny dysfunkční, významnou roli má neformální pomoc blízkých osob.

Typy krize (Baldwinova typologie, 1976)

- **Situační**
Problematická situace, která vzbuzuje v jedinci silný pocit tísně a neodkladnosti.
Př.: rodiče se potřebují vyrovnat s potřebami narozeného dítěte, rodina zažívá stres pramenící z chování drogově závislého člena rodiny.
- **Z očekávaných životních změn /tranzitorní/**
Životní krize ze situací, které jedince obvykle očekává, lze očekávat, že nastanou, jedinec nad nimi může mít kontrolu, ale vyžadují změnu a nové přizpůsobení.
Př.: puberta, odchod z původní rodiny, svatba, založení nové rodiny, narození dítěte/dětí, změna zaměstnání/nezaměstnanost, stěhování, stárnutí/odchod do důchodu apod.
- **Pramenící z náhlého traumatizujícího stresoru**
Krizе tohoto druhu jsou způsobeny mocnými vnějšími stresory, které jedinec neočekává a nad nimiž nemá žádnou kontrolu. Člověk se cítí zdrcen a vyrovnávací strategie jsou ochromeny.
Př.: náhlá smrt partnera nebo jiného člena rodiny, onemocnění, znásilnění, nevěra, rozvod, autonehoda, přírodní katastrofy/
- **Neřešené vývojové otázky**
Krizе, které vyplývají z psychodynamiky jedince než z vnějšího zdroje stresu. Pramení z neúčinných pokusů řešit mezilidské situace, které jsou vztažené k hluboce zakořeněným vývojovým otázkám jako je závislost, moc, hodnotové konflikty, důvěra, láska, intimita, sexuální identita. Pokusy dosáhnout citové zralosti bývají neúspěšné a často se opakují vzorce obtíží ve vztazích /zneužívání dětí, incesty, nevěry, opakovaná partnerství s alkoholiky apod./
- **Pramenící z psychopatologie /u zvýšeně zranitelných lidí/**

Předchozí psychopatologie může způsobit krizi nebo může řešení krize zhoršovat či ztěžovat.

Tento druh krizí se často vyskytuje u neurotických lidí, u hraničních osobností nebo charakterových poruch.



- **Psychiatrické neodkladnosti**

V těchto krizích se zhoršuje celkové fungování a jedinec není nadále zodpovědný za své činy. Patří sem akutní psychotická onemocnění, drogové nebo alkoholové intoxikace, problémy s kontrolou impulsů /sebevražedné nebo vražedné chování, nekontrolovatelná zlost nebo agrese/.

Možnosti řešení krizových situací

Neformální pomoc v krizi tvoří dva nejobvyklejší, tradiční a cenné způsoby zvládnání krizových životních situací. Řadí se k nim svépomocná řešení a vzájemná pomoc v krizi.

Při hledání svépomocných řešení se nejvíce uplatňují:

- Zkušenosti z překonávání podobných situací v minulosti
- Introspekce
- Hledání vlastního plánu řešení
- Inspirace z uměleckých děl /možnost ztotožnění se s hlavním hrdinou, film, hudba, tanec/
- Filozofická nebo náboženská literatura

K možnostem vyjádření svépomocných řešení přináleží:

- Spontánní vyjádření emocí pláčem, ventilace zlosti, dobrý kontakt s vlastními pocity
- Tvořivá činnost
- Zaměření na náhradní aktivitu
- Konstruktivní jednání
- Změny prostředí /krátkodobé, déledobé či trvalé/, změna pracoviště, partnera, životních návyků
- Osamělé úlevové toxikomanické praktiky, nárazový abusus alkoholu – smyslem tohoto počínání bývá „nic necítit“
- Úzkost, smutek, pocit osamělosti, beznaděj, narušené sebehodnocení apod.
- Sport, tělesné cvičení
- Různé formy přírodní léčby /vodoléčba, pobyt v přírodě/
- Diety – hlad může euforizovat, zdravá strava pročišťovat
- Časté koupání ve vaně a časté sprchování může přinášet uvolnění a uklidnění
- Víra a naděje
- Pokus o kontakt s transcendentnem, magické praktiky, spojené s fantazijním spoléháním na zásah zvenčí
- Únik do denního snění a jeho zaměňování za frustrující zkušenost
- Vědomé nebo nevědomé potlačení bolestných myšlenek nebo vzpomínek

Vedle skutečného řešení situace se v rámci svépomoci uplatňují nevědomé obranné mechanismy, např. popření, vytěsnění, bagatelizace, rezignace, racionalizace.

Nejvážnější riziko svépomoci spočívá v nesprávném ohodnocení situace v důsledku „tunelového vidění“ jako bezvýchodné, což může vést k sebevražednému konání se závažnými důsledky. (Jahnová,2006)



Po traumatickém, krizovém zážitku je v rámci svépomoci důležité (Jahnová,2006):

- Nepotlačovat myšlenky a vzpomínky na událost, je nutné o nich mluvit
- Nepodléhat rozpakům z opakované potřeby mluvit s lidmi nebo je požádat o emoční podporu
- Dovolit dětem, aby se účastnily při činnostech, které posilují a zotavují
- Dovolit si dětské regresivní chování, např. vrátit se k cucání palce
- Udržovat životní rovnováhu
- Dobrá strava, spánek, pohyb
- Vyvažovat práci odpočinkem
- Vyhnout se novým velkým projektům
- Udržovat běžný a obvyklý kontakt se známými lidmi a se známým okolím

Svépomocné skupiny jsou občanská sdružení, která zakládají postižení, rodiče, blízcí, ale i odborníci. Sdružení může vydávat pro své členy nebo i pro širší veřejnost osvětové a výchovné příručky, mohou fungovat jako podpůrné skupiny.

Vzájemná pomoc v krizi má značný význam. V době krize se objevuje zvýšená sugestibilita, která „sousedskou pomoc“, ale také zásah praktického lékaře či psychiatra umožňuje i zefektňuje. Vedle významného vlivu rodiny se uplatňují osoby z bezprostředního okolí /příbuzní, spolupracovníci, spolubydlíci, přátelé/. Dále se uplatňuje působení různých zájmových a charitativních organizací, církví, spolků, tělovýchovných organizací.

Výhodou laické vzájemné pomoci je využití empatie a fenoménu zpovědi, přijímání a poskytování projevů pochopení a účasti. Uplatňuje se i spontánní intervence formou bagatelizace, neodůvodněné generalizace, tendence k jednoduchým až zkratkovitým řešením.

Laická vzájemná pomoc může mít určité nevýhody – tolerance naší kultury k alkoholovým úlevovým praktikám, zneužívání psychotropních látek. Nabízená řešení mohou být nepřiměřená nebo škodlivá, laická pomoc snadno upadá do naplnění touhy postiženého po závislosti. Nejzávažnější nebezpečí vzájemné pomoci v krizi představuje podcenění rizika sebevražedného chování postiženého jedince.

Psychologická první pomoc

Psychologickou první pomoc vymezujeme jako jednorázový zásah, uskutečňovaný převážně prostřednictvím rozhovoru mezi lékařem a potřebným jedincem, který se nalézá v náročné životní situaci a může být psychicky inhibován. (Jahnová,2006)



Psychologická první pomoc má několik významů:

- Etický – mírníme duševní utrpení
- Léčebný – zamezujeme stupňování stavu, který by mohl vyústit v psychickou poruchu či nemoc
- Preventivní – zaměřujeme se na prožitkové a psychosociální prožívání problému postiženého

Hlavní cíle psychologické první pomoci (Jahnová,2006):

- Vytvoření podmínek dobrého pracovního společenství
/zajistit podmínky pro nerušený rozhovor, projevit osobní zájem, respektovat a akceptovat postiženého/
- Zamezit dalšímu stupňování okolností, které pacienta destabilizují a mohly by vést k duševní nebo fyzické poruše zdraví
/pacient potřebuje rozumět vzniklé situaci, začíná s analýzou situace, s hledáním řešení. Příímými zásahy můžeme řešit kritickou aktuální situaci.
Pacient může opustit ordinaci ve chvíli, kdy je uklidněn a přesně ví, co má činit a na koho se může obrátit/.
- Zajistit kontinuální návaznost další odborné péče v rámci specializovaných ordinací

Psychická odolnost vůči náročné, závažné krizové situaci je výsledkem interakce mezi osobnostní výbavou jedince /emoční labilita či stabilita/, zdroji vnější jistoty /rodinné zázemí, interpersonální vztahy, smysluplný život/ a pozitivní zkušeností s podobnou situací. (Jahnová,2006)

Krizová intervence

Představuje komplexní přístup, který je přizpůsobený zvláštnostem jedince ve stavu psychické krize.

Základní charakteristiky krize pro krizovou intervenci:

- Vhodná doba k řešení během 1-6 týdnů
- Postižený signalizuje během krize potřebu pomoci
- Postižený v krizi je mnohem přístupnější pomoci zvenčí
- Východiskem je aktivita postiženého a intervence druhých

Základní principy krizové intervence:

- Pomoc, pokud možná okamžitá
- Snadná dosažitelnost
- Kontinuita péče
- Přijetí určitého omezení
- Aktivní, direktivní přístup
- Zaměření na vznik současné situace
- Prevence toho, aby se situace zhoršovala
- Co nejméně omezující prostředí
- Eklektické zaměření

Krizová intervence spočívá v nabídce patřičné pomoci s cílem:

- Usnadnit komunikaci
- Umožnit správný odhad problému
- Pomoci s vyjadřováním emocí
- Navrátit sebedůvěru
- Mobilizovat podporu
- Podpořit účelné řešení problému
- Podporovat spoléhání spíše sama na sebe než závislost

Řešení je časově vymezeno, je orientováno na problém, nezahrnuje pouze jedince, ale také rodinu.



Krizový rozhovor

Jedinec v krizi od pomáhajícího očekává empatii, přijetí, trpělivost a pochopení. Těmto požadavkům je do určité míry nutné dostat.

Obsahem krizového rozhovoru je (Vodáčková, 2002) :

- Vyjádření pocitů člověka v krizi
- Přijetí afektivních a emocionálních prožitků jako neoddělitelné a významné součásti krize
- Analýza příčin a převzetí zodpovědnosti za řešení vlastních problémů

Je vhodné, když terapeut rozhovor aktivně zahájí, do jisté míry „řídí“ a zakončí. Ve srovnání s psychoterapií je terapeut v rámci krizové intervence aktivnější.

Terapeuticky působí klidná řeč a chování, aktivní naslouchání, projevy porozumění a účasti. Základním kamenem rozhovoru je nekritizující přijetí. Terapeut dává najevo, že pacientovy prožitky jsou normální a že je připraven se s nimi zabývat. Pomocí naslouchání, otázek, objasnění, vysvětlení a rekapitulací, které mají často interpretační smysl, pomáhá terapeut analyzovat jedinci problém a posilovat jeho sebeuvědomění.

Předpoklady úspěšné krizové intervence (Vodáčková, 2002)

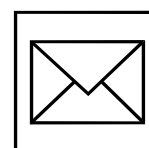
- Rychlé navázání kontaktu mezi klientem a terapeutem, zaměřené na vytvoření terapeutického vztahu
- Vytvoření přehledu okolností, které vedly k propuknutí krize
- Jasnější porozumění falešným adaptačním reakcím, s jejichž pomocí se

- klient pokoušel krizi zvládnout
- Intenzivní koncentrace na krizi
 - Učení se jiným, účinnějším adaptačním reakcím k překonání krize
 - Nutnost pozitivních přenosových pocitů vůči terapeutovi, což umožňuje učení prostřednictvím zkušenosti
 - Zprostředkování možností, jimiž klient disponuje ke zvládnutí krize a které se mohou u klienta objevit
 - Ukončení intervence, jakmile se ukáže, že krize je překonána a klient je schopen rozpoznat, co ke krizi vedlo a jak ji měl překonat.



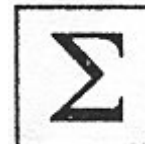
Úkol č.8

Zamyslete se nad probranou kapitolou a z vlastní praxe vyberte případ Váš nebo Vašeho pacienta v období krize a uveďte jakým způsobem byla problematika řešena. Pokud nemáte vlastní zkušenosti pokuste se vytvořit doporučený postup při řešení konkrétní krizové situace. Výběr je ponechán zcela na Vás.



Shrnutí kapitoly

Tato kapitola se zabývá problematikou psychické krize, jejími pojmy, základní psychologickou první pomocí. Dále jste se zde seznámily s rozličnými typy krizí a možnostmi jak tyto krize řešit. Dlouhodobé řešení psychické krize je doménou psychologů, psychiatrů. První pomoc v krizi však musí poskytnout také zdravotnický pracovník, který je často v první linii, z tohoto důvodu je důležité této problematice věnovat dostatek času a porozumění, neboť psychická krize a její delší trvání negativně působí na zdraví jedince a také na léčbu pacienta.



Použitá literatura v deváté kapitole:

BENDO VÁ, M. Lékařská psychologie. Brno: 2006, Distanční text, 196s.

JAHNO VÁ, H. Psychická krize a krizová intervence. In: Lékařská psychologie. Brno: 2066, Distanční text

HONZÁK, R.: Komunikační pasti v medicíně. Galén, Praha 1997

VODÁČKOVÁ, D.: Krizová intervence. Portál, Praha 2002

VYMĚTAL, J.: Lékařská psychologie. Portál, Praha 2003

POUŽITÁ A DOPORUČENÁ LITERATURA

1. ANASTASSIADOU, H. Transkulturální péče – podněty z praxe. In: Multioborová, interdisciplinární a mezinárodní kooperace v ošetrovatelství. 1.vyd. Praha: Grada, 2002, 21 – 24s. ISBN 80-247-0536-2.
2. BENDOŮVÁ, M. Lékařská psychologie. Brno: 2006, Distanční text, 196s.
3. BERAN, J. Základy lékařské psychologie. Karolinum. Praha 2003
4. CARPENITO, L. J. Nursing Diagnosis: Application to Clinical Practice. 9th Ed. Philadelphia: Lippincott , 2002. 1270p. ISBN 0-7817-3319-7.
5. ČECHOVÁ, V., ROZSYPALOVÁ, M. Obecná psychologie pro SZŠ. Praha: MZČR, 1992, 105s.
6. GEISLER, E. M. Cultural assessment: Pocket guide series. 2nd ed. St. Lous: by Mosby, Inc., 1998. 326 p. ISBN 0-8151-3633-1.
7. GIGER, J. N. Transcultural nursing, Assessment and Intervention. 3rd ed. St. Lous: by Mosby, Inc., 1999. 608 p. ISBN 0-3230-0287-0.
8. HONZÁK, R. Komunikační pasti v medicíne. 2.vyd. Praha: Galén, 1999. 165s. ISBN 80-7262-032-0.
9. JAHNOVÁ, H. Psychická krize a krizová intervence. In: Lékařská psychologie. Brno: 2006, Distanční text
10. KRATOCHVÍL, S. Základy psychoterapie. Portál: Praha 2002
11. KŘIVOHLAVÝ, J. Jak si navzájem lépe porozumíme. 1.vyd. Praha: Svoboda, 1988. 235s.
12. KŘIVOHLAVÝ, J. Psychologie zdraví. Praha: Grada, 2001, 198s. ISBN 80-7178-551-2
13. KŘIVOHLAVÝ, J. Psychologie nemoci. Praha: Grada, 2002, 198s. ISBN 80-247-0179-0
14. LANGMEIER, J. Vývojová psychologie pro dětské lékaře. Praha: Avicenum, 1983, s.125
15. MIKULAŠTÍK, M. Komunikační pasti v praxi. 1.vyd. Praha: Grada, 2003, 361s. ISBN 80-247-0650-4
16. MOŽNÝ, P., PRAŠKO, J. Kognitivně-behaviorální terapie. Triton:

Praha 1999

17. MURPHY, F.R. Úvod do kulturní a sociální antropologie. 1. vyd. Praha: Slon, 1998. 267s. ISBN 80-85850-53-2
18. NAKONEČNÝ, M. Lexikon psychologie. Praha: Vodnář, 1995, 397s, ISBN 80-85255-74-X
19. NAKONEČNÝ, M. Sociální psychologie. 1. vyd. Praha: Academia, 1999, 287s. ISBN 80-200-0690-7.
20. PIAGET, J. Psychologie inteligence. Praha: Portál, 1999, s. 156
21. PROCHASKA, J. O., NORCROSS, J. C.: Psychoterapeutické systémy. Grada, Praha 1999.
22. RŮCHA, J. Multikulturální výchova. Teorie, praxe, výzkum. 1. vyd. Praha: ISV nakladatelství, 2001, 211s. ISBN 80-85866-72-2.
23. SEEDHOUSE, D. Health: The foundation of achievement. New York: John Wiley, 1995, s. 125
24. SCHWARZER, R. Psychologie des Gesundheitsverhaltens. Göttingen : Hogrefe, 1992, s. 126
25. ŠIŠKOVÁ, T. Menšiny a migranti v České republice. My a oni v multikulturální společnosti 21. století. 1. vyd. Praha: Portál, 2001, 188s. ISBN 80 247-0535-4.
26. VÁGNEROVÁ, M. Vývojová psychologie. Praha: Portál, 2000, 521s. ISSN 80-7178-308-0
27. VYMĚTAL, J.: Lékařská psychologie. Portál, Praha 2003.