

**Slezská univerzita
Fakulta veřejných politik v Opavě
Ústav nelékařských zdravotnických studií**



EVROPSKÁ UNIE
Evropské strukturální a investiční fondy
Operační program Výzkum, vývoj a vzdělávání



Název projektu	Rozvoj vzdělávání na Slezské univerzitě v Opavě
Registrační číslo projektu	CZ.02.2.69/0.0./0.0/16_015/0002400

Psychologie ve zdravotnictví

Distanční studijní text

Jana Haluzíková

Opava 2021



**SLEZSKÁ
UNIVERZITA**
FAKULTA VEŘEJNÝCH
POLITIK V OPAVĚ

Obor: Nelékařská zdravotnická povolání (všeobecné ošetřovatelství, pediatrické ošetřovatelství, porodní asistence, dentální hygiena).

Klíčová slova: [Klikněte sem a zadejte text.](#)

Psychosomatické vztahy; somatopsychické stavy; prestiž povolání; humánní vztah; profesionální adaptace; deformace; iatropatogenie; sociální – psychická – somatická – konflikt – zdroj konfliktů;

pozitivní motivace; neadaptivní chování; hospitalismus; maladaptace; regrese; negativismus; identifikace; egocentrismus; zdravotník; nemocný; rodina; typy sester; neadaptivní chování; antitransfer; transfer; úzkost; strach; bolest; komunikace; počitek; ambivalence; masochisté; stres; distres; eustres; syndrom vyhoření; adaptace; terminální onemocnění; izolace; agrese; deprese; akceptace; thanatologie; akutní infarkt; vředová choroba; astma bronchiální; hypertenze; koncepce chování typu A – typ B – C-D; předoperační stav; pooperační stav; senzitivita; represivní strach; bezvědomí; akutní péče; resuscitační péče; komunikace; sestra; pacient; rodina; zadržovaná smrt; klimakterium; psychoterapie, krizové intervence

Anotace: Předmět je součástí komplexu předmětů z psychologie. Je koncipován jako teoreticko-praktický celek. Seznamuje s problematikou zdravotnické psychologie. Prohlubuje poznatky, které jsou důležité pro profesionální zvládnutí náročných situací v péči o individuální potřeby nemocných, handicapovaných a umírajících a zachování duševní rovnováhy samotného poskytovatele péče a pomoci.

Zdravotnická psychologie je aplikovanou oblastí psychologie, která se zaměřuje na oblast ošetrovatelské a terapeutické péče a dalších úkonů spojených s diagnostikou a terapií ve zdravotnictví.

Autor: PhDr. Jana Haluzíková, PhD.

Obsah

ÚVODEM.....	10
RYCHLÝ NÁHLED STUDIJNÍ OPORY.....	11
1 ZÁKLADNÍ POJMY.....	12
1.1 Význam psychologie ve zdravotnictví.....	12
1.2 Zdravotnická psychologie.....	13
1.3 UPLATNĚNÍ PSYCHOLOGIE VE ZDRAVOTNICTVÍ, UPLATNĚNÍ OBECNÉ PSYCHOLOGIE V OBLASTI VĚDOMÍ.....	13
1.4 VLIV NEMOCI NA PSYCHIKU.....	14
1.5 PŮSOBNÍ NEMOCI NA PSYCHIKU JE OVLIVNĚNO.....	14
1.6 Psychosomatické vztahy.....	15
1.6.1 děj psychosomatický.....	15
1.6.2 děj somatopsychický.....	16
1.6.3 psychosomatická onemocnění.....	16
2 OSOBNOSTNÍ PŘEDPOKLADY K VÝKONU ZDRAVOTNICKÉ PROFESE ...	18
2.1 Osobnostní charakteristiky sestry.....	18
2.2 Osobnostní předpoklady sestry.....	19
2.3 Prestiž zdravotnického povolání.....	20
2.3.1 ovlivnění profesionálního chování sestry pracovištěm.....	20
2.4 Charakterové vlastnosti sestry.....	21
3 ADAPTAČNÍ MECHANISMY.....	23
3.1 Profesionální deformace.....	24
3.2 Iatropatogenie.....	26
4 PSYCHOLOGICKÁ PROBLEMATIKA NEMOCNÉHO.....	29
4.1 Reakce nemocného na nemoc.....	29
4.1.1 postoj nemocného k nemoci.....	31
4.2 Osobnostní vlastnosti nemocného.....	32
4.2.1 reakce nemocného na sdělení závažné diagnózy.....	32
5 PSYCHOLOGICKÁ PROBLEMATIKA NEMOCI.....	35
5.1 Autoplastický obraz nemoci.....	35
5.2 Ambivalentní prožívání nemoci.....	37
6 PSYCHOLOGICKÁ PROBLEMATIKA HOSPITALIZACE.....	39

6.1	Reakce na svízelnou situaci.....	39
6.2	Charakteristika hospitalismu	42
6.2.1	hospitalismus u dětí.....	42
6.2.2	hospitalismus u dospělých	42
6.2.3	základní preventivní opatření.....	43
7	VZTAHY MEZI NEMOCNÝM A OŠETŘUJÍCÍM PERSONÁLEM.....	45
7.1	Vztah mezi zdravotníkem a nemocným	46
7.1.1	pravidla pro kontakt s nemocným.....	46
7.1.2	faktory ovlivňující vztah mezi zdravotníkem a nemocným.....	47
7.2	Vztah sestry a nemocného	48
7.3	Vztah lékaře a nemocného	50
7.4	Vztah mezi nemocným, rodinou a zdravotníky	51
7.5	Úroveň chování zdravotníků k nemocným	52
7.5.1	produktivní chování sestry	52
7.5.2	neproduktivní chování sestry	54
7.6	Vztah pacient zdravotník.....	55
8	PSYCHOLOGIE BOLESTI, STRACHU A ÚZKOSTI.....	58
8.1	Psychologická problematika bolesti.....	58
8.2	Projev bolesti.....	60
8.3	Definice bolesti	60
8.4	Chování nemocného s chronickou bolestí.....	62
8.4.1	Změny	62
8.4.2	Biopsychosociální pojetí u chronické nemoci	62
8.4.3	Psychosociální intervence u chronické bolesti	64
8.5	Léčba bolesti	65
8.6	Úzkost.....	66
8.7	Somatické a psychické projevy úzkosti	66
8.8	Strach.....	66
8.9	Význam strachu.....	67
8.9.1	předmět strachu	67
8.9.2	zdroj strachu.....	68
8.9.3	prevence strachu.....	68
8.10	Komunikace s pacientem s projevy strachu a úzkosti	68

9	PSYCHICKÝ STRES, SYNDROM VYHOŘENÍ A CIVILIZAČNÍ CHOROBY ..	71
9.1	Definice stresu.....	72
9.2	Osobnostní předpoklady pro vznik somatického onemocnění.....	72
9.3	Projevy stresu	73
9.4	Fáze stresu.....	73
9.5	Autoregulační mechanismy.....	74
9.6	Paleta stresorů	75
9.7	Prevence stresu.....	76
9.8	Techniky k zvládnání stresu.....	77
9.9	Biobehaviorální teorie nemoci	77
9.9.1	koncepce chování podle typu osobnosti	77
9.10	Syndrom vyhoření – Burnout	79
9.10.1	příčina	79
9.10.2	fáze syndromu vyhoření.....	80
9.10.3	projevy syndromu vyhoření	80
9.10.4	prevence syndromu vyhoření	81
9.10.5	možné terapeutické postupy.....	82
9.10.6	preventivní opatření na pracovišti.....	83
9.11	PSYCHOHYGIENA ZDRAVOTNICKÉHO PRACOVNÍKA	83
9.12	TYPY PSYCHOHYGIENY	84
10	PSYCHOLOGICKÝ PŘÍSTUP K NEMOCNÝM S ONKOLOGICKÝM ONEMOCNĚNÍM	89
10.1	Pojetí smrti v ontogenezi	90
10.1.1	Vývoj pojetí smrti u dětí až do dospělosti	90
10.2	Adaptace nemocného na terminální onemocnění.....	91
10.3	Umírání a smrt	92
10.4	Zásady psychologické intervence u nezvratně nemocných.....	93
10.5	Hlavní stadia procesu umírání	94
10.6	Zásady vedení rozhovoru s nemocnými v poslední fázi života.....	94
10.7	Hlavní zdroje strachu pro zdravotníka.....	95
10.8	PSYCHOLOGICKÁ PÉČE O UMÍRAJÍCÍ A BLÍZKÉ OSOBY JEJICH ŽIVOTA.....	96
10.9	Psychologická péče o rodiče umírajících dětí	96
10.10	Psychologická péče o umírající dospívajících.....	97

10.11	Psychologická péče o umírající dospělé	97
11	PSYCHOLOGICKÝ PŘÍSTUP K NEMOCNÝM S INTERNÍM ONEMOCNĚNÍM 100	
11.1	Ischemická choroba srdeční.....	100
11.2	Hypertenze	101
11.3	Vředová onemocnění	102
11.4	Astma bronchiale	103
11.5	Uplatnění psychologie ve vnitřním lékařství.....	104
11.6	Psychologická problematika nemocných s akutním infarktem myokardu	104
11.7	Období rehabilitace.....	105
11.7.1	zásady při překladi nemocného z koronární jednotky	105
11.7.2	psychologické vedení nemocných	106
11.8	Psychologie nemocného na dialýze	106
11.9	Fáze, kterými prochází nemocní po zahájení dialýzy.....	107
11.10	Vliv dialýzy na prožívání nemocného	107
11.11	Práce sestry na dialýze.....	108
11.12	Psychosociální problematika dialyzovaných.....	108
11.12.1	stres u dialyzovaných	109
11.12.2	psychosociální problematika dialyzovaných seniorů.....	110
12	PSYCHOLOGICKÉ OTÁZKY V GYNEKOLOGII	113
12.1	Premenstruační tenze	113
13	PSYCHOLOGICKÝ PŘÍSTUP K NEMOCNÝM S CHIRURGICKÝM ONEMOCNĚNÍM	116
13.1	Psychologické hledisko předoperačních a pooperačních stavů	116
13.2	Psychologické problémy chirurgické léčby.....	117
13.2.1	předoperační období.....	117
13.2.2	intraoperační období	118
13.2.3	pooperační období.....	118
14	PSYCHOLOGICKÝ PŘÍSTUP K NEMOCNÝM V BEZVĚDOMÍ.....	120
14.1	Pohled na nemocného v resuscitační péči	120
14.1.1	spolupráce s rodinou	121
14.2	Problémy nemocných v resuscitační péči.....	122
14.2.1	zadržaná smrt	122
14.2.2	komunikace s pacientem v bezvědomí	122

14.2.3	komunikace s pacientem nabývajícím vědomí	123
14.3	Kategorizace léčby	123
14.4	Plná terapie	124
14.4.1	withholding therapy-nerozšiřování terapie	124
14.4.2	withdrawing therapy – vysazení terapie	124
14.5	Terminální weaning	124
14.6	Do not resuscitate.....	125
15	FORMY A PROSTŘEDKY PSYCHOTERAPIE	128
15.1	PSYCHOTERAPIE	128
15.1.1	Formy psychoterapie.....	130
	Individuální psychoterapie neboli dyadická	130
	Psychoterapie prostřednictvím skupiny	130
	psychoterapie v rámci léčebného společenství.....	130
15.1.2	Psychoterapeutické prostředky	130
	Psychoterapeutický rozhovor.....	131
	Relaxační a psychofyziologické postupy	131
	Zaostřování (focusing).....	131
	Expoziční terapie	131
	Sugestivní postupy a hypnóza.....	131
	Psychodrama	131
15.2	Osobnost psychoterapeuta	131
15.3	ČTYŘI ZÁKLADNÍ SKUPINY DĚJŮ A POSTUPŮ, KTERÝMI PSYCHOTERAPIE NAVOZUJE ŽÁDOUCÍ ZMĚNY	132
15.4	Psychologická první pomoc a intervence v krizi.....	133
15.5	KRIZOVÁ INTERVENCE	134
16	PSYCHOLOGIE NEMOCNÉHO DÍTĚTE	136
16.1	Prožitek těla a nemoci u dětí.....	136
16.2	Představa o těle a nemoci u dětí	137
16.3	Spolupráce s rodinou	137
16.4	Příprava na hospitalizaci.....	138
16.4.1	Pobyt dítěte na JIP	139
16.4.2	Další možnosti zkvalitnění pobytu v nemocnici	140
16.5	Příprava dítěte k vyšetření a zákrokům	140
	LITERATURA	144

SHRNUTÍ STUDIJNÍ OPORY	146
PŘEHLED DOSTUPNÝCH IKON.....	147

ÚVODEM

Ve studijní opoře zdravotnická psychologie si prostudujete co je podstatou onemocnění z psychologického pohledu. Text je rozdělen dvou částí. První část je zaměřena na osobnostní předpoklady k výkonu zdravotnické profese, problematiku nemoci a jejich důsledky na psychickou stránku nemocného. V kapitole vztahy mezi nemocným a ošetřujícím personálem je zdůrazněn jejich vzájemný vztah, který spoluurčuje výsledky diagnosticko-terapeutického procesu. Psychologie bolesti, strachu, úzkosti. Druhá část je zaměřena na problematiku stresu a jeho podíl při vzniku somatického onemocnění. Psychologický přístup zdravotnického týmu k pacientům s nejčastějšími chorobami např. problematika pacientů s onkologickým onemocněním, s interním onemocněním a v resuscitační péči.

Cílem textu je studujícím přiblížit problematiku zdravotnické psychologie a pomoci najít cestu jak získané poznatky aplikovat ve zdravotnické praxi.

Text je členěn do šestnácti kapitol. V závěru každé kapitoly najdete otázky, které vám pomohou upevnit si a ověřit získané vědomosti. Na cestu si vezměte dobrou náladou, něco dobrého a tekutiny.

Budete to potřebovat. Tedy vydejme se na cestu, kterou Vás budu provázet

RYCHLÝ NÁHLED STUDIJNÍ OPORY

Zdravotnická psychologie je aplikovanou oblastí psychologie, která se zaměřuje na oblast ošetrovatelské a terapeutické péče a dalších úkonů spojených s diagnostikou a terapií ve zdravotnictví.

Studuje psychologické předpoklady nemoci a léčebných zákroků, vztah mezi nemocným a zdravotníkem, dále mezilidské vztahy ve zdravotnictví. Speciální zdravotnická psychologie sleduje tyto psychické problémy ve speciálních zdravotnických oborech.

Pro zdravotníka je důležité, aby si uvědomil, co je u jeho pacienta jedinečné, neopakovatelné a co si vždy zaslouží jeho pozornost a tím i individuální přístup k pacientovi.

Text, který si budete postupně studovat jsem rozdělila do jednotlivých specifických kapitol. V první kapitole si vysvětlíme význam psychologie ve zdravotnictví, její uplatnění v praxi a jaký je vliv nemoci na psychiku člověka. Ve druhé kapitole si prostudujete jaké osobnostní předpoklady má mít sestra k výkonu svého povolání. O adaptačních mechanismech se dozvíte v třetí kapitole. Čtvrtá kapitola je věnována psychologické problematice nemocného jako je např. reakce nemocného na nemoc, postoj nemocného k nemoci anebo jaká je reakce nemocného na sdělení závažné diagnózy. Psychologické problematice nemoci je věnována pátá kapitola. Nemocní, kteří jsou hospitalizováni jsou ohroženi hospitalismem, této problematice je věnována šestá kapitola. Sedmá kapitola je zaměřena na vztah mezi nemocným a ošetřujícím personálem. Psychologii bolesti, strachu a úzkosti je věnována sedmá kapitola. Jaký jsou důsledky stresu na organismus jedince si prostudujete v kapitole devět. Jaký přístup zaujmout k pacientům s onkologickým onemocněním se dozvíte v desáté kapitole. Zvláštní psychologický přístup vyžadují pacienti s interním onemocněním, přístup k těmto nemocným je popsán v jedenácté kapitole. Dále si prostudujete psychologické hledisko předoperačních a pooperačních stavů, tuto kapitolu jsem rozšířila o problematiku psychologických problémů chirurgické léčby, dále je popsán psychologický přístup k pacientům v bezvědomí a problematice withholding a withdrawing. Nově je studijní text rozšířen o problematiku umírání u dětí a dospělých, zvláštností prožívání nemoci v dětském věku, významu psychologických intervencí, osobnosti psychoterapeuta, zvládání krizových situací a psychologickým otázkám v gynekologii.

1 ZÁKLADNÍ POJMY



RYCHLÝ NÁHLED KAPITOLY

Cílem předmětu zdravotnická psychologie je zaměřit se na psychický stav a prožívání nemocných v době jejich choroby. Uplatnění zdravotnické psychologie v praxi. Vysvětlíme si příčinu vzniku choroby z pohledu psychosomatického a somatopsychického.



CÍLE KAPITOLY

Po úspěšném absolvování kapitoly budete umět

- Definovat psychosomatický a somatopsychický pohled na vznik nemoci.
 - Popsat vliv nemoci na psychiku.
 - Popsat faktory ovlivňující působení nemoci na psychiku.
-



ČAS POTŘEBNÝ KE STUDIU

Celkový doporučený čas k prostudování kapitoly je čtyřicet pět minut.



KLÍČOVÁ SLOVA KAPITOLY

Psychosomatické vztahy – somatopsychické stavy – postoj – hodnoty - motivace

1.1 Význam psychologie ve zdravotnictví

Nemocný subjektivně prožívá nemoc a okolnosti, které nemoc způsobily. Má strach, je úzkostný, sociální nejistota. Tyto prožitky mění postoj nemocného a jeho chování.

Psychosomatické vztahy: prožívání somatických poruch x má vliv psychiky na tělesné funkce. Zabýváme se jak porucha ovlivňuje psychiku, ale i psychika ovlivňuje nemocné - stres, trápení ovlivní duševní zdraví.

Psychologie nepřímého působení: působení nemoci vlivem změny životního stylu (změna určité situace, která změní životní styl - soc. prostředí, soc. způsob je narušen, promítá se do soc. zralosti, ovlivňuje vývoj osobnosti).

Faktory léčebného prostředí: materiálně, provozní, působení nemocničního prostředí, vztah ZP x nemocný, **vztah mezilidský** nemocní x nemocní.

Mezilidské vztahy: vytváření vztahů v rodině nemocného, k spolupracovníkům, k druhým lidem (někdy pomůže obojí).

Psychologický přístup k nemocným: psychologie v práci ZP, psychoterapie, vztah k nemocným, sugestivní působení léčby.

1.2 Zdravotnická psychologie

Je oblast klinické psychologie přispívající svými poznatky k zefektivnění terapeutického procesu.

1.3 UPLATNĚNÍ PSYCHOLOGIE VE ZDRAVOTNICTVÍ, UPLATNĚNÍ OBECNÉ PSYCHOLOGIE V OBLASTI VĚDOMÍ

- vigilita - kolísání vztahů vědomí
 - mentální úroveň - jak přizpůsobím chování
 - empatie
 - emocionalita - umět posoudit z vnějších projevů chování
 - deprese, strach, úzkost, proč se chová **hostilně** pocit nepřátelství
 - určitá omezení - pocit frustrace- zvýší. Nárůst napětí, agrese
 - přímé projevy nemoci - známka prožívání náročné situace (neurotické prožívání, hypochondrické postoje)
 - systém hodnot - motivace k léčení, uzdravení, nacházení smyslu života, důležité u chronických a závažných onemocnění
 - problematika iatrogenie, deformace - mezilidských vztahů
 - cílené zaměření ve smyslu psychoterapie - ZS je přemýšlivá, předvídavá, tolerantní, trpělivá, vytrvalá, ukázněná, samostatná, zachovává určitý odstup
1. sleduje postoje, hodnoty, motivaci u nemocného
 2. hovoří s nemocným o skrytých problémech a pocitech
- zachovává mlčenlivost
 - péče o umírající a o rodinu

Toto vše je problematika zdravotnické psychologie.

Lékař se zaměřuje na viditelné příznaky, psychika se přehlíží, psychické prožitky mohou ovlivnit somatické příznaky. Klade se důraz na techniku, přístup k nemocným vážne.

Sestry jsou profesionálně deformovány - přetížení - náročné psychicky, ale i fyzicky. Obrní se, aby nebyla vystavována stresům. Klade se především důraz na provoz ne na psychologický přístup.

1.4 VLIV NEMOCI NA PSYCHIKU

1. přímý vliv: samotný chorobný proces působí na psychiku. Poškozuje n.b., může ovlivnit psychiku (úraz, degenerativní onem., encefalitida, LMD - u dětí, dospělé únava, nesoustředění)

Následky psychických onemocnění - změny biochem. V organismu - schizofrenie

Onemocnění neurologická, neurohumorální, fenylketonurie.

2. nepřímé ovlivnění: nemoc je obtížná svými vedl. příznaky. Vedlejší příz. - pro nemocné nepříjemné - vyčerpávají člověka

a) kožní on. - svědění, z. trigeminnu, kolika

b) Je vystaven psych. Šokům, mění se dráždivost, malabsorpční sy

c) nem. probíhající v záchvatech: DIA mell., astma, epilepsie

d) vliv přímý - nepřímý: strach, kdy přijde záchvat, provázeny negativním sociálním hodnocením. Určitá onemocnění jsou společensky nepřijatelné, odsuzovány

3. nepřímé působení změnou sociálního prostředí

Prožívání člověka je ovlivňováno sociálními faktory a zkušenostmi (nespokojenost hned vyřešit), které s sebou nemoc nese př. astmatické dítě nemůže hrát hry, jít na výlet, rodič má strach, dítě je hýčkáno, má málo vrstevníků, spolužáci staví na okraj, učitel je shovívavý nebo naopak. Postavení mezi vrstevníky se hodnotí jak rychle vyleze, baví, šikovný - nemocné dítě se nemůže zúčastnit - pocit nedostatečnosti, pocit nespravedlnosti, pocity úzkosti, častá hospitalizace - pak deprivace.

Dítě vidí různé výkony.

U dospělých mění se dosavadní hodnoty, méně přátel, hledá nové životní hodnoty.

1.5 PŮSOBENÍ NEMOCI NA PSYCHIKU JE OVLIVNĚNO

Působení nemoci na psychiku je ovlivněno následujícími faktory

1. závažnost, délka onemocnění: nemusí se skrýt se subjektivním prožíváním, jizva, psoriáza leukémie: v období remise nemusí závažně prožívat, ale špatně nese, že nesmí běhat venku, Cushingův syndrom vnímají negativně, jak vypadají.

2. akutní, chronická onemocnění: jak se adaptuje, po určité období rezignuje, obavy z progresu, může mít suicidální úmysl

3. hierarchie hodnot: amputace prostředníku - pianista x vědec, kde má více hodnot tak ztráta jedné nemusí být nesena těžce. Životní perspektiva. Huř prožívá na začátku kariéry

4. Premorbidní osobnost nemocného:

a) citové reakce - temperamentové vlastnosti. Temperament je dynamická složka člověka - rychlost, intenzita reakcí, projevování emocí

b) dispozice vrozené: flegmatik snáší jinak než choleric

melancholik: (psychastenik) nevyrovnaný v prožívání, málo odolný, neumí se vyrovnat

Charakteristické ustálené predispozice k určitému způsobu chování, zahrnuje vztahy k různým oblastem svědomitost, odpovědnost, disciplína je získaná. Důležité je jaký má vztah k sobě, k zdravotníkovi a jak uznává autoritu. Pro prožívání je důležitá temperamentová složka: Introvert: je uzavřen do sebe, kombinuje více, má větší obavy, intenzivně prožívá. Extrovert: lépe navazuje kontakt, víc se zbaví prožitku, důležité je vzdělání, informovanost.

5. Biologické vlastnosti pohlaví:

- Ženy: Obavy o zabezpečení rodiny
- Muži: nemoc zasahuje do pracovního uplatnění
- Věk: specifická skupina jsou děti, mládež - citová labilita
- Menší děti - neschopnost orientovat se v čase, prožívá absolutní nekonečno, dlouho, velká fantazie - neadekvátní představy
- Deprivace – psychický šok z izolace od matky
- U ženy - dědičná onemocnění, bude-li gravidní a dítě se narodí s vadou, bude mít pocit viny, mohou mít suicidální úmysl
- Střední věk - starost o rodinu, zabezpečení, zaměstnání
- Starší - osamělost, opuštěnost, odložení, nevrátí se, snížená adaptabilita na nemocniční prostředí - dezorientace, psychická rezignace přispívá k většímu úmrtí

Někdy se obtížně pozná z venkovního jednání co nemocný prožívá. Mnohdy neumí signalizovat, že potřebuje pomoc. Nemocný, který umí upoutat pozornost, bývá na úkor tichých nemocných.

1.6 Psychosomatické vztahy

1.6.1 DĚJ PSYCHOSOMATICKÝ

Psychické děje: prožívání mají hlavně somatický doprovod. Strach – prohloubení, zrychlení

dechu, barva kůže, změny pulzu.

Pohled na moderní dobu: konfliktní situace, které vyvolávají různé citové reakce a mají somatický doprovod. Čím více jsme neklidní, žijeme v napětí, strachu, tak je nebezpečí častého opakování a tím vzniká nebezpečí poruchy orgánu.

Na vzniku psychosomatických poruch se podílejí rozdílné rysy osobnosti, které podmiňují charakteristické afektivní reagování na nemoc.

Na vzniku psychosomatických onemocnění se podílí i dětství, ve kterém může docházet k trvalému neuspokojování základních a vyšších potřeb dítěte nebo neschopnost vyrovnat se s přetrvávajícími konflikty.

1.6.2 DĚJ SOMATOPSYCHICKÝ

Fyzické onemocnění – musím znát jak je nemocný psychicky odolný.

Duševní poruchy – znalost tělesného stavu, psychosomatických onemocněních.

Somatopsychická oblast: nedostatky v tělesné oblasti vyvolávají odezvu v psychice jedince

(bolest, hlad, svědění – nervozita, podráždění). Výrazné působení psychiky se ukázalo u řady onemocnění. K nejčastějším psychosomatickým chorobám patří hypertenze, vředová choroba duodena, bronchiální astma, ischemická choroba srdeční, některé kožní choroby.

Při projevu, recidivě, anebo zhoršení celkového stavu se i při ústupu velmi silně projevují duševní vlivy.

1.6.3 PSYCHOSOMATICKÁ ONEMOCNĚNÍ

Hlavním představitelem je strach a úzkost.

Chronický stres a napětí vyvolávají neadekvátní reakce, které se opakováním upevňují a způsobují chorobu. **Člověka nejvíce stresuje:** ohrožení společenských hodnot a osobních ztrát blízkého člověka, smysl života. Pro zdravotníka je důležité rozpoznání psychogenních činitelů.

Faktory ovlivňující vznik psychosomatických chorob:

- Opakující stresové situace
- Dědičný sklon
- Věk
- Imunologické procesy
- Předešla onemocnění
- Sociální prostředí

Léčba psychických onemocnění. Komplexní přístup je zaměřen na léčbu choroby a psycho-terapie. Zdravotník má vědět, že nemoc má často skrytou psychickou a společenskou stránku. Nemocný nemoc prožívá, hodnotí, uvádí do bližších a vzdálenějších souvislostí s osobní perspektivami svého života. Je v jiné sociální situaci než zdravý člověk.

Psychosomatická onemocnění vstupují nyní do popředí rozvojem společnosti, rozvojem civilizace a změnou životního stylu v populaci.

SHRNUTÍ KAPITOLY



Jak bylo řečeno v úvodu na onemocnění se mohou podílet faktory somatopsychické anebo psychosomatické. Úkolem zdravotníka je, aby cíleným a promyšleným rozhovorem motivoval pacienta k vhodnému chování a jednání.

KONTROLNÍ OTÁZKA



1. Premorbidní osobnost nemocného je ovlivněna:
2. Vliv nemoci na psychiku může být: a) b)
3. Hlavním představitelem psychosomatických onemocnění je:
4. Vyjmenujte šest faktorů ovlivňující vznik psychosomatických chorob

Řešení příkladu

1. a) citové reakce, b) vrozené dispozice
 2. a) přímý, b) nepřímý
 3. strach a úzkost
 4. a) opakující stresové situace, b) dědičný sklon, c) věk, d) imunologické procesy, e) předešlá onemocnění, f) sociální prostředí
-

DALŠÍ ZDROJE



KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie nemoci*. 1. vyd. Praha: Grada, 2002. ISBN 80-247-0179-0.

ZACHAROVÁ, E. *Zdravotnická psychologie*. 2. dopl. vyd. Praha: Grada, 2017. ISBN 978-80-271-0155-9.

2 OSOBNOSTNÍ PŘEDPOKLADY K VÝKONU ZDRAVOTNICKÉ PROFESE



RYCHLÝ NÁHLED KAPITOLY

Příprava na ošetrovatelské povolání je náročná. Ve zdravotnické praxi je kladen důraz nejen na odbornost, manipulaci s technickým zařízením, zároveň na dodržování žádoucích forem jednání ve vztahu k nemocným, ale i ke spolupracovníkům.



CÍLE KAPITOLY

Po úspěšném absolvování kapitoly budete umět

- Charakterizovat osobnostní předpoklady zdravotníka pro výkon zdravotnické profese.
 - Vysvětlit základní předpoklady k výkonu povolání sestry.
-



ČAS POTŘEBNÝ KE STUDIU

K prostudování kapitoly budete potřebovat cca 1 hodinu.



KLÍČOVÁ SLOVA KAPITOLY

Osobnost – charakteristika – sestra – osobní morálka – prestiž povolání – humánní vztah - empatie

2.1 Osobnostní charakteristiky sestry

U sestry se předpokládá

1. humánní vztah:

Humánní vztah spočívá v akceptování druhého jedince. Postoj zdravotníka má být profesionální tzn. ohleduplný, citlivý, chápavý, šetrný. Je to projev zralosti a vyrovnanosti zdravotníka.

Nemocného akceptujeme jako osobnost, plnohodnotného partnera. V komunikaci s pacientem nedoporučuje, aby sestra používala mnohomluvný, okázalý soucit. Působí to jako klišé, které je neúčinné na nemocného a ten toto pocítí.

2. vyrovnaná osobnost.: harmonická osobnost

Sestra, která působí jako harmonická osobnost, vytváří pozitivní atmosféru v nemocnici nebo na pracovišti, tzn., že její vystupování je klidné, rozhodné. Mnohdy se setkáváme s tím, že nemocný se obává, že sestra není profesionální.

Chování sestry nesmí být dominantní, nechová se ponížene k nemocnému. Musí se umět rozhodnout, měla by být obezřetná – umět zvážit situaci. Neměla by podléhat zkratkovým reakcím, afektům. Profese je náročná na zvládnutí trpělivosti a schopnosti ovládat se. Dále by se měla umět vžít do situace nemocného. Nemocný může být vůči sestře hostilní, může ji napadat, zatěžovat svými přáními. Sestra by měla mít schopnost vcítit se - empatie, měla by mít představu o tom jaký je svět nemocných (vcítit se do vnitřního světa). Neměla by být v roli utěšovatelky.

V rámci komunikace s nemocným je vhodné říct přímo, že ho oceňujeme. Planý soucit pacienta obtěžuje, posilujeme tak sebelitování a zvýšenou tendenci pozorovat se. Sestra se musí vyhnout povrchnímu optimismu. Pro nemocného je důležité, vyjádřit mu, že mu chceme pomoci. Dobré je udržovat pozitivní náladu - humor, který nesmí být na úkor nemocného. Humor musí být bez ironie, optimistický.

3. hodnotová orientace, motivace:

K povolání sestry je potřebné mít smysl pro povinnost, odpovědnost, dobrý vztah k lidem, splnění poslání. Pokud má sestra potřebu starat se o druhé jen ze soucitu, bude se časem potýkat s problémy a dlouho nevydrží poskytovat kvalitní ošetrovatelskou péči. Hrozí ji nebezpečí psychického zhroucení. Práce sestry by měla mít smysl racionální – povinnost a odpovědnost k práci. Můžeme se setkat i s ošetřujícími, které mají problematické rysy - hrubost, pomlouvačnost, upovídání, zlomyslnost, nekritičnost. Ve zdravotnictví se setkáváme i s nekritickou sestrou. Tato sestra dělá chyby, je nejistá, odmítá pracovní úkoly, nevěří si, je úzkostlivá.

2.2 Osobnostní předpoklady sestry

K výkonu povolání sestry jsou důležité osobnostní předpoklady (schopnosti, dovednosti, charakterové vlastnosti), které jsou k naplnění role podstatné. Důležité je profesionální pojetí své role. Osobnost zdravotníka byla ovlivněna i historickým vývojem. Kvalitu profesionálního povolání ovlivňuje sociální prostředí (vnější faktory), to je prostředí, ve kterém se sestra připravuje na budoucí povolání, kde pracuje a kde žije. Vnímání role sestry společností je ovlivněno nejen současným sociálním prostředím, podílí se na něm i historický vývoj, který poznačil obsah činnosti sestry a prestiž povolání.

Profesní morálka je zvláštním typem morálky, která určuje jak se mají chovat nositelé a vykonavatelé určité profese. Je ovlivněna filozofickým systémem, který daná společnost vyznává. Pod vlivem etických norem jsou společnostmi formulovány některé základní dokumenty, které činnost zdravotnických pracovníků pomáhají zkvalitnit. K nejdůležitějším dokumentům patří **Práva pacientů a Etický kodex sestry, Etický kodex ošetřovatelů**.

2.3 Prestiž zdravotnického povolání

O nemocné lidi pečovaly odlišné kategorie lidí, kteří tuto péči vykonávali. Např. ve 13. století bylo ošetřování nemocných spojeno s Blahoslavenou Zdislavou a Svatou Anežkou, které byly členkami královské rodiny a těšily se tak nejvyšší společenské prestiži. Z historického pohledu patřila profese sestry v devatenáctém století mezi čeled', to znamená mezi služebnictvo. Sestry tehdy pracovaly v nemocnicích za ubytování a stravu.

Jiná je prestiž profese sestry v Anglii, kde ošetřovatelství je spojeno se jménem Florence Nightingalové, která patřila do nejvyšší sociální skupiny. Řada sociologických výzkumů se zabývala prestiží jednotlivých povolání. Z výsledků vyplynulo, že v devadesátých letech dvacátého století mají své místo na 7. – 10 místě na žebříčku 70 různých profesí.

Studentky, které se dnes připravují na povolání sestry, mají mnohem příznivější situaci než v minulých letech. Jejich profese je akceptována ve společnosti a při výkonu profese mohou zažít velmi důležitý pocit seberealizace.

Kvalitu profesionálního chování ovlivňuje vzdělání sester. V současné době probíhá vzdělávání sester na vysokých školách v bakalářských a magisterských programech a dále na vyšších zdravotnických školách. Cílem vzdělávacích institucí je příprava profesionálů pro oblast zdravotnických služeb.

2.3.1 OVLIVNĚNÍ PROFESIONÁLNÍHO CHOVÁNÍ SESTRY PRACOVÍŠTĚM

Posledním faktorem, který ovlivňuje chování sestry je zdravotnické zařízení, ve kterém sestra pracuje. Pracoviště, na kterém sestra pracuje má své požadavky. Sestra pracuje se spolupracovníky, kteří mívají různá očekávání, odlišné požadavky, jiná očekávání jak svoji roli naplní. Určité očekávání má pacient a rodina, jiné lékaři a nadřízení.

Nejsilnější vliv na chování sestry mají nejbližší spolupracovníci. Sestra, která přichází na oddělení má určitou představu, jak by měla vypadat její práce. Velmi obtížná je situace, kdy se sestra dostává do pozice „být sám proti všem“. Jen velmi silné osobnosti se dovedou prosadit. Většina se přizpůsobí, aby v pracovním kolektivu obstály. U některých se mohou projevit problémy, kdy se u nich objevují nepříjemné vnější nebo vnitřní konflikty, které řada vyřeší odchodem ze zdravotnictví.

2.4 Charakterové vlastnosti sestry

Kvalitu profesionálního chování ovlivňují vnitřní faktory, které jsou vázány na subjekt, nositele dané profese. Na profesi sestry jsou kladeny zcela specifické požadavky na její osobnost, charakterové vlastnosti, psychické předpoklady, schopnosti, dovednosti.

SHRNUTÍ KAPITOLY



U sestry se předpokládá humánní vztah, vyrovnaná osobnost, hodnotová orientace a motivace. Sestra by měla mít smysl pro povinnost a odpovědnost k práci. Vnímání role sestry společností je ovlivněno nejen současným sociálním prostředím, podílí se na něm i historický vývoj, který poznamenal obsah činnosti sestry a prestiž povolání. Profesní morálka určuje jak se mají chovat lidé v dané profesi. Součástí morálky jsou Práva pacientů, Etický kodex sestry a Etický kodex ošetřovatelek.

PRO ZÁJEMCE



Zájemcům, kteří se blíže chtějí seznámit s faktory, které ovlivňují osobnostní předpoklady sestry doporučuji prostudování kapitoly „Předpoklady pro úspěšnou identifikaci s rolí sestry“. Autorů Čechová, V. (uvedenou v rubrice další zdroje).

SAMOSTATNÝ ÚKOL



Zamysleme se nyní společně:

1. Jaká je prestiž zdravotnického povolání v současné době?
2. Jaký je váš postoj k nastupujícím absolventkám?

KONTROLNÍ OTÁZKA



1. U sestry se k výkonu profese předpokládá:

- a) humánní vztah
- b) doplňte
- c) doplňte

2. Prestiž povolání sestry je ovlivněna:

- a) historickým vývojem
- b) profesní morálkou
- c) současným sociálním prostředím a historickým vývojem

3. Součástí morálky při výkonu profese sestry jsou: Práva pacientů, Etický kodex sestry a Etický kodex ošetřovatelů:

Ano - ne

Řešení příkladu

- 1. b) hodnotová orientace, motivace, c) vyrovnaná osobnost
 - 2. c)
 - 3. ano
-



DALŠÍ ZDROJE

ČECHOVÁ, V. , MELANOVÁ, A. , ROZSYPALOVÁ, M. *Speciální psychologie*. 1. vyd. Brno: IDVZP, 1995. 173 s. ISBN 80-7013-197-7.

ZACHAROVÁ, E. *Zdravotnická psychologie*. 2. dopl. vyd. Praha: Grada, 2017. ISBN 978-80-271-0155-9.

3 ADAPTAČNÍ MECHANISMY

RYCHLÝ NÁHLED KAPITOLY



K výkonu profese zdravotnického pracovníka a sestry je úspěšný předpoklad adaptace. Adaptace pro zdravotnického pracovníka je přirozená a nezbytná. Zdravotnický pracovník se musí adaptovat nejen na prostředí, ve kterém pracuje, ale i na nejrůznější náročné situace, které vznikají při ošetřování nemocných, komunikaci s rodinnými příslušníky. Součástí adaptace je i vytvoření si určitého stupně odolnosti.

CÍLE KAPITOLY



Po úspěšném absolvování kapitoly budete umět

- Definovat pojem profesionální deformace.
- Definovat pojem profesionální adaptace.
- Definovat pojem sororigenie a iatropatogenie.

KLÍČOVÁ SLOVA KAPITOLY



Čas, který budete potřebovat k prostudování této kapitoly je u každého z vás individuální. Záleží na vás kolik času budete ke studiu potřebovat.

ČAS POTŘEBNÝ KE STUDIU



Profesionální adaptace – deformace – iatropatogenie – sociální – psychická – somatická - konflikt – zdroj konfliktů – pozitivní motivace – neadaptivní chování

Zdravotnická profese je náročná po stránce psychické, tak i tělesné. Zdravotní sestra musí svou profesionalitu obhájit samostatným rozhodováním a lidským přístupem k nemocným.

Profesionální adaptace: je pro zdravotnického pracovníka přirozená a nezbytná. Sestra musí přijmout zodpovědnost za své profesionální chování v celé šíři. Zdravotník nemůže být vážným zdravotním stavem dotčen, otráven, aby nemohl uvažovat, rozhodovat se a jednat. (těžký úraz, bezvědomí). Ošetřující si musí vytvořit ve své náročné profesi určitý stupeň odolnosti a zároveň musí zůstat potřeba chápat nemocného jako trpícího člověka.

V průběhu praxe se sestra může setkat s nejrůznějšími konfliktními situacemi. Reakce sestry na konfliktní situace jsou různé:

- a) reaguje konfliktně
- b) zůstává stále vlídná

Zdroj konfliktů:

1. objektivní příčiny – málo prádla, nedostatek materiálu aj.

Zdrojem konfliktů mohou být i vlastnosti lidí, nadměrné jejich přetěžování, např. sestra pečující o mnoho nemocných.

2. zdroj konfliktů může být způsoben i samotnou sestrou např.:

- nedostatek vlastních organizačních schopností
- neschopnost řešit danou situaci
- snadná unavitelnost
- negativní ladění
- povahové vlastnosti – citový chlad, lenost, závist

Podmínka úspěchu je **pozitivní motivace**. Tehdy se stává povolání pro nás radostné, spokojené, máme dobrý pocit z vykonané práce a prospěšnosti.

3.1 Profesionální deformace

Profesionální deformace se rozvíjí pozvolna z profesionální adaptace. Povolání může deformovat lidské postoje a chování. Některé deformace jsou předmětem dobrého vtipu např. (profesor - zapomnětlivost, ironie – úřední šiml, byrokratismus). K deformaci přispívají povolání, která není snadno kontrolovat, kde na rozhodování závisí důstojnost, existence, svoboda, zdraví aj. Především jsou ohroženy profese jako jsou např. učitelé, vojáci, soudci, zdravotnický personál.

Lékař a sestra si někdy neuvědomují, že jejich chování je sledováno i ostatními pacienty, kteří se mohou cítit přístupem zdravotníků dotčeni anebo poškozeni. Takovéto chování má charakter **profesionální deformace**.

Profesionální deformace je projev a postoj, při kterém zdravotník projevuje takovou míru otrlosti při své práci, že na laika to působí jako cynismus. Není zde záměr ublížit, ale je to projev dlouhodobého neuvědomovaného návyku, na který deformovaný nebyl dlouho upozorněn.

Příklady profesionální deformace:

Personál se hlučně baví a vypráví vtipy u nemocného s bolestmi, umírající nemocný je sám na velkém pokoji.

Sestra otevře dveře do čekárny a volá do ordinace „je tady toho plná čekárna“. Sestra se s kolegyní baví o módních novinkách, vedle pacienta s bolestmi aj.

Profesionální deformace se pojí s tradicí lékaře a zároveň se sestrou jsou vnímání jako nedotknutelná autorita. Při současném pohledu na medicínu, jsme v posledních desetiletích dosáhli obrovského pokroku. Pracoviště jsou vybavena nejmodernějším technickým zařízením, je zaznamenán nepředstavitelný fantastický pokrok medicíny, např. operace srdce, ale nikdo se neptá na přijetí cizí tkáně organismu.

K profesionálnímu jednání sestry patří dát najevo nemocnému účast, ale sám trápení, bolest a utrpení nemohu prožívat. Profesionální deformace nese důsledky neproduktivního chování zdravotníka a sestry vůči nemocnému a je příčinou iatrogenního poškození nemocného.

Své chování a jednání bychom měli stále kontrolovat. Měli bychom věnovat pozornost signálům, které přicházejí od přátel mimo obor. Jsme-li upozorněni na některé zvláštnosti v našich projevech, mohou souviset s formou neadaptivního chování.

Profesionální deformace souvisí:

- S dlouhodobým negativním návykem, na který nebyl zdravotník upozorněn
- Se zvětšujícím se odstupem od nemocných na základě vlastních problémů
- S omezením kontaktu s nemocným a neřešením jejich problémů
- S emocionálním vyčerpáním zdravotníka, únava z výkonu povolání, těžkosti a problémy vlastního života
- Se stereotypním každodenním vykonáváním činností
- S neuspokojením z vykonávání vlastní práce
- S nevhodnou motivací pro práci
- Pracovní přetížení
- Nevhodný profesní vzor
- Nižší rozumová úroveň a odbornost zdravotníka

Deformace zdravotní sestry se stylizuje do nežádoucích typů:

1. rutinní typ: vysoká odbornost, vše musí, chladná, nediskutuje

2. velitelský: despotické až agresivní chování, nekompromisní - až kasárenský pořádek, vše se děje bez lidské účasti

3. herecký: snaha o udělání dojmu, ukázat se, že jsem důležitá, nepostradatelná

4. nervózní: podrážděná, nedůtklivá, permanentní únava, trpí pocitem, že nemocní dostatečně neocení její úsilí

3.2 Iatropatogenie

Iatropatogenie: jedná se o poškození anebo postižení nemocného, způsobeno vyšetřením anebo léčebným zákrokem, který má za následek poškození nemocného. Jedná se o poškození nemocného zdravotníkem. Někdy se používá termín iatrogenie. **Sororigenie:** znamená poškození nemocného sestrou.

Iatropatogenie může mít dopad i na celou osobnost pacienta. Může být dle autorů rozdělena na :

Somatická iatrogenie: poškození léky, operací, nesprávně provedeným ošetrovacím výkonem. Může být způsobena z nedbalosti, nebo nečekanou individuální reakcí nemocného. Nemocný se cítí ukřivděn, poškozen, ztrácí chuť spolupracovat.

Psychická iatrogenie: poškození nemocného zdravotnickým pracovníkem slovem, mimikou, gestem. Nemocný se cítí v tenzi, nejistotě, obavách, je vnímavější na neobratné a znepokojující výroky jako ve zdraví.

Sociální iatrogenie: znamená přenesení rozhodovací povinnosti na zdravotnického pracovníka, nemocný se nesnaží udělovat cokoli pro zabezpečení, udržení a zlepšení svého zdravotního stavu.

Zdroj iatrogenie:

a) situace: nesprávně zaměřená zdravotnická výchova, zaměřená na popis onemocnění, ale ne na prevenci

b) vlastnosti a projevy zdravotnického pracovníka: autoritativní přístup, zvýšené sebevědomí, autorita lékaře a sestry, kritizují spolupracovníky a snižují důvěru, nejistota a váhavost

c) osobnost nemocného: hlavně je úzkostlivý, citově zranitelný, vztahovačný, zvýšeně suggestibilní, sklon probírat rizika a nepříznivé okolnosti

U některých pacientů je iatropatogenie tak výrazná, že nemocný emočně zkreslí výroky zdravotníků a vybere si co potřebuje pro sebe. Většinou si vybírá to co je nejpesimističtější.

V rámci kvalitně poskytované ošetrovatelské péče je úkolem sestry věnovat pozornost emocionálnímu stavu pacienta a usilovat o produktivní kontakt s nemocným.

Důsledky iatropatogenie:

- **Neurózy:** úzkostná, fobická
- **Nozofobie:** je vtíravý strach z nemoci
- **Nozofobie hypochondrická:** převládají nepříjemné tělesné pocity bez organického nálezu, spojené s přesvědčením o vážnějším onemocnění

Nejvýznamnějším důsledkem iatropatogenie jsou suicidální úmysly.

Prevenzi iatropatogenie je důsledná informovanost a edukace nemocných, před v průběhu a po diagnostickém anebo léčebném zákroku.

Příprava na lékařský úkon

- Zdůraznit a zajistit aspekty daného zásahu
- Vhodnou informovaností zbavit strachu a úzkosti
- Zajištění spánku před vyšetřením anebo lékařským zásahem
- V případě anestézie nechat doznít působení anestetik a informovat, až se pacient probere
- Dodání klidu a odvahy: přeznačkovat bolest, př. píchne jako včela
- Neverbální projev: během výkonu úsměv, pohlazení

SHRNUTÍ KAPITOLY



Povolání sestry je velmi náročné. K výkonu povolání je předpoklad adaptace a využití adaptačních mechanismů. Působením dlouhodobého stereotypu, nevhodným pracovním prostředím, špatnou organizací práce je nebezpečí vzniku profesionální deformace. V důsledku profesionální deformace může dojít k iatropatogenii anebo sororigenii. Nejčastějšími důsledky iatropatogenie bývají neurózy. Při dlouhodobém působení těchto stavů může dojít až k sebevražedným úmyslům. Prevenci iatropatogenie a sororigenie je důsledná informovanost a edukace pacientů.

DALŠÍ ZDROJE



JOBÁNKOVÁ, M. A KOL. *Kapitoly z psychologie pro zdravotnické pracovníky*. 3. vyd. Brno: NCONZO, 2006. 225 s. ISBN 80-7013-390-2.

ZACHAROVÁ, E. *Zdravotnická psychologie*. 2. dopl. vyd. Praha: Grada, 2017. ISBN 978-80-271-0155-9.

KOLEKTIV AUTORŮ. *Základy psychologie II*. 4. vyd. Brno: IDVZP, 1985. 200 s.



SAMOSTATNÝ ÚKOL

1. Poškození nemocného zdravotníkem:

sororigenie - iatropatogenie - deformace – adaptace

2. Jedná se o poškození nemocného sestrou:

sororigenie - iatropatogenie - deformace – adaptace

3. Důsledky iatropatogenie mohou být: (vyberte tři z nabízených odpovědí)

- a) nozofobie
- b) karcinofobie
- c) neuróza
- d) nozofobie hypochondrická

4. Deformace sestry se stylizuje do nežádoucích typů:

- a) rutinní
- b)
- c)

Řešení příkladu

- 1. iatropatogenie
 - 2. sororigenie
 - 3. a, c, d,
 - 4. b) velitelský
 - c) herecký
 - d) nervózní
-

4 PSYCHOLOGICKÁ PROBLEMATIKA NEMOCNÉHO

RYCHLÝ NÁHLED KAPITOLY



Většina zdravotníků při vykonávání své profese se zaměřuje, vyhledává a hodnotí objektivní příznaky nemoci. Pro nemocného je středem zájmu jeho subjektivní prožívání. Zdravotník se musí zaměřit i na subjektivní prožívání nemoci, tyto prožitky poznat, pochopit, zvážit a hledat jejich příčiny. Podporujeme kladné stránky, které využíváme ke spolupráci a nemocného při vyšetření a léčbě. Nepodceňujeme subjektivní stránku prožívání nemoci, mnohdy můžeme získat cenné informace. Na subjektivní stránky by se měla především zaměřit i sestra, která je s nemocným více v kontaktu, která jej pozoruje přímo nebo nepřímo. S tím souvisí péče o pacientův emocionální stav.

CÍLE KAPITOLY



Po úspěšném absolvování kapitoly budete umět

- Vysvětlit prožívání nemoci nemocným a jeho reakce.
- Vyjmenovat postoj nemocného k nemoci.

KLÍČOVÁ SLOVA KAPITOLY



Reakce nemocného na nemoc – premorbidní osobnost – bagatelizující – repudiační – nozofóbní– hypochondrický – nozofilní – agravace – simulace - disimulace

ČAS POTŘEBNÝ KE STUDIU



Celkový doporučený čas k prostudování této kapitoly je zhruba jednu hodinu.

4.1 Reakce nemocného na nemoc

Zdraví je stav úplné tělesné, duševní a sociální pohody. Nemoc lze jednoduše definovat jako poruchu zdraví, která nastala akutně, nebo plynulým přechodem ze zdraví do nemoci. Onemocnění či úraz jsou pro nemocného zdrojem svízelných situací, které na něj kladou zvýšené nároky.

Nemoc může narušit a ohrozit uspokojování potřeb všech vrstev (fyziologických, psychických, sociálních).

Psychologické následky a důsledky choroby se vytváří působením vnějších vlivů (délka nemoci, bolest, následky operací) a aktualizací vnitřních procesů. Proto je reakce na nemoc různorodá.

Mezi faktory ovlivňující reakci pacienta na nemoc patří:

1. Vlastnosti osobnosti
2. Temperament
3. Úroveň inteligence
4. Zaměřenost ke společenskému okolí
5. Citové reakce
6. Interpersonální vlastnosti osobnosti (dominance, submise, egocentrismus)

Existují také skupinové vlastnosti, které ovlivňují reakci na nemoc:

Pohlaví: (u mužů se očekává statečnost)

Věk: (děti nevyzrálé, labilní, možnost inadekvátních reakcí, střední věk – obavy o rodinu, práci, staří – nedostatečná adaptabilita, změny myšlení, pokles vitality, obtížné přizpůsobení nemoci).

Sociokulturní prostředí: dané „normami“ sociálního prostředí, např. statečnost u mužů (chlapi nepláčou)

Nemocný k nemoci vždy zaujímá nějaký postoj:

1. **Přijetí nemoci:** přijímá roli nemocného, někdy však neochota ke spolupráci (pasivita).
2. **Realistický postoj:** přijetí role nemocného, smíření se svou nemocí, ochota akceptovat léčbu, dobrá adaptace a spolupráce s personálem.
3. **Odmítnutí nemoci:** nepřipouští si onemocnění, nerespektuje omezení, nespolupracuje, možnost konfliktu.
4. **Nevyrovaný postoj:** u labilních jedinců, váhá zda přijme onemocnění či nikoliv, pasivní, nespolupracuje ani neprotestuje Podle toho, jakou hodnotu pro nemocného onemocnění má, můžeme zjistit jeho postoj k nemoci.

4.1.1 POSTOJ NEMOCNÉHO K NEMOCI

Řada autorů charakterizuje postoj pacienta k nemoci podle toho, zda nemoc přináší úlevu, uspokojení anebo se ji pacient obává. Zdravotnický pracovník by měl podle toho zaujmout psychologický přístup.

1. **Normální:** (přiměřená adaptace): odpovídá skutečnému stavu nebo tomu co bylo nemocnému o nemoci sděleno. Nemocný se na nemoc přiměřeně adaptuje.
2. **Bagatelizující:** nemocný podceňuje závažnost choroby, neléčí se, nešetří se, je přehnaný optimista.
3. **Repudiační:** zapuzující, nemocný nebere nemoc na vědomí, nejde k lékaři, myšlenky na nemoc zahání. Jde o nevědomou disimulaci.
4. **Nozofilní:** je to uspokojení, že je nemocný, vnímá příjemné stránky nemoci, že nemusí např.do práce , řešit úkoly či problémy. Dítě nemusí číst, chodit do školy. Naopak dostává více pamlsků, ovoce, může se dívat na televizi, příbuzní více o ně pečují a mají větší ohledy.
5. **Nozofobní:** jedinec se nemoci přehnaně obává, myšlenky na nemoc se stále vracejí, nechává se stále vyšetřovat, střídá lékaře, je si vědom, že jeho obavy jsou přehnané, myšlenky se mu stále vracejí, nedovede se jim bránit, např. kardiofobie, karcinofobie.
6. **Hypochondrický:** domnívá se, že trpí vážnou nemocí anebo prožívá potíže lehčí choroby zaujatě. Na rozdíl od nozofobie potížím více podléhá a nebojuje s nimi.
7. **Účelový:** je vystupňování nozofilního. Může být vystupňován získáním lepšího ošetření, soucitů, větších ohledů. Dále únikem z nepříjemné situace jako je nepříjemné povolání, plnění trestu. Nebo pacient může získat i hodnoty jako je např. více volného času, důchod, dovolená.

Účelová reakce se může projevit vědomě anebo nevědomě. Probíhá i u zdravých jedinců, může se vázat na lehčí i těžší onemocnění.

Agravace: tj. přehánění příznaků. Projevuje se jako nevědomá , kdy jedinec své potíže přehání, aby získal kontakt s lidmi anebo více ohledu.

Vědomá agravace: nemocný trpí určitými obtížemi, tyto potíže začíná vědomě přehánět, za účelem získání např. pracovní neschopnosti, které využije za účelem opravy domku, úklidu apod.

Simulace: vědomé předstírání nemoci a jejich příznaků. Je méně častá než agravace. Se simulací se setkáváme většinou u primitivních jedinců, kdy se simulace většinou odhalí anebo u lidí, kteří jsou velmi rafinovaní a poučení.

Repudiace: je někdy označována za nevědomou disimulaci. Při vědomé disimulaci nemocný o svých potížích ví, zastírá je. Většinou se jedná o strach z vyšetření, léčby, poklesu příjmů, komplikace osobní nebo rodinné. Někdy to může být stud při některých onemocněních např. infekční choroby, pohlavní či psychiatrické.

4.2 Osobnostní vlastnosti nemocného

Chceme-li se zaměřit na osobnostní vlastnosti nemocného, ujasněme si nejdřív, faktory, které mohou formovat jeho osobnost a které jsou schopny vyvolat specifické projevy jednání.

Faktory ovlivňující osobnost nemocného:

1. Situačně psychologický faktor
2. Samostatný chorobný proces
3. Sekundární vlastnosti onemocnění:
 - Délka nemoci, bolestivost, následky operačních zásahů, ohrožení života, amputace, které ovlivňují:
 - Emocionální prožitky jedince
 - Hodnotová hierarchie osobnosti
 - Životní perspektivy nemocného
4. Premorbidní osobnost
5. Skupinové vlastnosti a věk
6. Další rysy v psychice nemocných

Nepříznivé rysy v psychice se mohou vzájemně ovlivňovat anebo posilovat. Nemocný se stále koncentruje na svou chorobu. Na jedné straně se s chorobou nemůže smířit, na straně druhé ztrácí psychické síly podniknout něco, čím by negativní projevy utlumil. Dostává se tak do bludného kruhu. V tomto případě je nutná nejen kvalitní léčba a ošetrovatelská péče, ale i psychická podpora.

4.2.1 REAKCE NEMOCNÉHO NA SDĚLENÍ ZÁVAŽNÉ DIAGNÓZY

Reakce nemocného na sdělení závažné choroby probíhá v několika fázích, které postupně probíhají a vracejí se.

- fáze šoku (silně převládají emoce)
- fáze popření (nemohu mít tuto nemoc)
- fáze deprese (zatrpklost, hněv.....)
- fáze odhalování (realistický postoj, ale kdybych se dožil vnoučat)
- fáze vyrovnání (realistický postoj, aktivní vyrovnání, spolupráce)

Každý člověk může nemoc vnímat jako situaci náročnou a ohrožující a proto má nárok na nejdůležitější změny v prožívání a chování. U nemocného se můžeme setkat s chováním adaptivním (přiměřeným a efektivním způsobem řeší vniklou situaci). Může dojít k maladaptivní reakci na nemoc, která se může projevit jako agrese nebo únik.

SHRNUTÍ KAPITOLY



Postoj k nemoci nemusí být jen negativní. Nemoc přináší řadu omezení, potíží, bolesti, u některých jedinců může přinést i úlevu od jiných problémů, u rodinných příslušníků přináší větší zájem o ně, větší péči a pohodlí. Reakce nemocného a jeho postoj k nemoci může být velmi rozdílný, tak jako prožívání a chování během nemoci.

DALŠÍ ZDROJE

ZACHAROVÁ, E. Zdravotnická psychologie. 2. dopl. vyd. Praha: Grada, 2017. ISBN 978-80-271-0155-9.

PRO ZÁJEMCE



V této kapitole jste se stručně seznámili s psychologickou problematikou nemocného. Pro získání úplných informací doporučuji prostudovat Psychologii nemoci od J. Křivohlavého kapitulu č. 1 Psychologická stránka průběhu nemoci.

SAMOSTATNÝ ÚKOL



1. Nemocný zaujímá k onemocnění postoj: doplňte
2. Postoj nemocného k nemoci může být: doplňte (7)
3. Nemocný trpí určitými obtížemi, tyto potíže začíná vědomě přehánět, za účelem získání určitých výhod. Doplňte o jaký postoj k nemoci se jedná
4. K jednotlivým reakcím na šok při sdělení závažné diagnózy seřad'te reakce
 1. fáze Deprese
 2. fáze Vyrovnání
 3. fáze Šoku
 4. fáze Popření
 5. fáze Odhalování

5. Repudiace znamená:

- a) nevědomou agravaci
- b) nevědomou disimulaci
- c) vědomou simulaci

Řešení příkladu

1. a) přijetí nemoci, b) realistický postoj, c) odmítnutí nemoci, d) nevyrovnaný postoj
 2. normální, bagatelizující, repudiační. nozofilní, nozofobní, hypochondrický, účelový,
 3. vědomá agravace
 4. 1) šok, 2) popření, 3) deprese, 4) odhalování, 5) vyrovnání
 5. b
-

5 PSYCHOLOGICKÁ PROBLEMATIKA NEMOCI

RYCHLÝ NÁHLED KAPITOLY



Nemoc bychom měli vnímat jako situačně psychologický faktor, který je s osobností nemocného ve vzájemném vztahu ovlivňování. Nemoc má stránku objektivní a subjektivní. Obě působí ve vzájemném vztahu. Člověk může i sám posuzovat nemoc objektivně i subjektivně současně.

Vztah mezi subjektivním nálezem a subjektivním prožíváním není přímočarý. Lidé velmi citliví prožívají i menší patologické procesy velmi výrazně. Můžeme se setkat i s neuvědomovanou agravací. Lidé, kteří mají prokázanou srdeční chorobu často své příznaky potlačují, neurotici, kteří mají zdravý srdeční sval své stesky zdůrazňují. Méně zkušená sestra může pozornost nemocným věnovat podle toho jak se domáhají pomoci a ne podle skutečné závažnosti zdravotního stavu.

CÍLE KAPITOLY



Po úspěšném absolvování kapitoly budete umět

- Definovat pojem autoplastický obraz nemoci.
- Vysvětlit podmíněnost autoplastického obrazu nemoci.

ČAS POTŘEBNÝ KE STUDIU



Celkový doporučený čas k prostudování budete potřebovat třicet minut.

KLÍČOVÁ SLOVA KAPITOLY



Autoplastický obraz nemoci – subjektivní prožívání – senzitivní – emoční – racionální – informativní – kult nemoci – podmíněnost autoplastického obrazu – ambivalentní prožívání

5.1 Autoplastický obraz nemoci

Nemocný člověk se nachází ve zvláštní situaci v důsledku vzniku svého onemocnění, působením psychologických a sociálních faktorů. Zdravotníci se většinou zajímají o objektivní

stránku nemoci a nezbyvá čas na individuální problémy pacientů. Nemoc má nejen objektivní stránku nemoci, ale i subjektivní. Subjektivní prožívání může mít stránku senzitivní, emoční – citovou, která se může projevit strachem, úzkostí, nadějí. **Volní stránka** tj. úsilí odolávání nemoci, aktivní úsilí o uzdravení. **Racionální a informativní stránka**, která se zaměřuje na znalost o nemoci, prevenci a její léčbě. Musíme mít na paměti, že každý člověk prožívá nemoc zcela odlišně, podle individuálních rysů osobnosti, podle sociální situace, ve které se nachází. K porozumění a dobrému ošetření musí poznat celého člověka s jeho bio-psycho-sociálními zvláštnostmi.

Podmíněnost autoplastického obrazu nemoci:

- 1. Ráz onemocnění:** záleží na tom, zda onemocnění vzniklo náhle z plného zdraví, anebo se jedná o chronické onemocnění. Dále záleží na tom, zda nemocný je léčen ambulantně anebo je hospitalizován. Závisí na tom, zda nemocný bude mít kosmeticky nepříjemné zásahy nebo omezení pohybu. Zda v důsledku onemocnění dojde k osobnostním změnám např. po úrazech hlavy, při psychických onemocněních. Nemocný je léčen konzervativně anebo chirurgicky.
- 2. Okolnosti nemoci:** které mohou vyvolat problémy a pocit nejistoty v rodině, na pracovišti. Záleží na prostředí nemocného, kde se nachází. Zda onemocněl doma anebo v zahraničí, kde se nachází sám, bez přátel. Významnou roli hraje, kdo chorobu zavinil. V případě, že onemocnění vzniklo cizím zaviněním např. úrazem bude nemocný projevovat menší úsilí o uzdravení, než kdyby si úraz způsobil sám, protože bude žádat odškodnění.
- 3. Premorbidní osobnost:** to je osobnost před začátkem nemoci. Prožívání nemoci je ovlivněno:
 - věkem
 - stupněm celkové citlivosti na nepříjemné podněty např. bolest, hluk
 - citová reaktivita: temperamentem. Lidé více citlivě založení více podléhají strachu, úzkosti, střídá se u nich beznaděj a optimismus.
- 4. Hierarchie hodnot:** zneužívání nemoci při egoistických postojích, potlačování potíží při vysoké pracovní odpovědnosti.
- 5. Zdravotní uvědomění:** jaká je informovanost o nemoci, překonávání potíží a orientace v problematice choroby.

Sociální postavení nemocného: znamená-li onemocnění osobní nevýhody a ekonomické ztráty, snaží se nemocný rychle uzdravit. U méně odpovědných jedinců se můžeme setkat s vědomou agravací.

5.2 Ambivalentní prožívání nemoci

Postoj k nemoci může být negativní, u některých nemocných pozitivní. Nemoc přináší řadu omezení, bolest, či jiné potíže. Kromě toho přináší i úlevu od určitých problémů, např. nemocný nemusí do práce, nemusí řešit závažné problémy, na které nestačí apod. Dítě nemusí do školy, má větší pozornost okolí, může se dívat na televizi, dostane více ovoce či pamlsků. Lidí, kteří prožili komplikované onemocnění, které bylo spojené s náročnou léčbou se stávají středem zájmu a diskuzí na téma nemoc, komplikace a léčba. Může získat až pověst hrdiny a může se vytvořit až tzv. **kult nemoci**.

Hovoříme o ambivalentním prožívání nemoci. Nemocný si na jedné straně může přát změnu, na straně druhé se mu do ni nechce, protože mu současný stav přináší pozitiva, kterých by se nerad vzdal.

Rovněž bývá komplikovaný vztah mezi zdravotníkem a nemocným, který je často složitý, plný rozporů, je kladný i záporný. Hovoříme i zde o tzv. **ambivalentním vztahu**.

SHRNUTÍ KAPITOLY



Jakékoliv onemocnění ovlivňuje psychiku negativně. Nemoc vyřaduje nemocného z obvyklého způsobu života na určitou dobu. Jedinec se musí adaptovat na novou situaci. Zdravotník by měl chápat, že každý jedinec je individualitou, má právo na reakce, ke každému nemocnému musíme přistupovat odlišně, se stejným cílem.

DALŠÍ ZDROJE



KOLEKTIV AUTORŮ. *Základy psychologie II*. 4. vyd. Brno: IDVZP, 1985. 200 s.
 MOHAPL, P. *Vybrané kapitoly z klinické psychologie I a II*. Olomouc: UP, 1990
 ZACHAROVÁ, E. *Zdravotnická psychologie*. 2. dopl. vyd. Praha: Grada, 2017. ISBN 978-80-271-0155-9.

SAMOSTATNÝ ÚKOL



1. K podmíněnému autoplastickému obrazu nemoci nepatří:

- a) ráz onemocnění
- b) okolnosti nemoci
- c) premorbidní osobnost
- d) hierarchie hodnot
- e) temperament
- f) sociální postavení nemocného

Řešení příkladu

Nepatří: e) temperament

6 PSYCHOLOGICKÁ PROBLEMATIKA HOSPITALIZACE

RYCHLÝ NÁHLED KAPITOLY



Důvodem hospitalizace může být vyšetření pacienta anebo jeho léčba. S hospitalismem se setkáváme nejčastěji u pacientů, kteří jsou dlouhodobě hospitalizováni. Hospitalismus se projevuje negativními reakcemi. Na nemoc pacient reaguje určitými reakcemi. Reakce jsou ovlivněny věkem, zkušeností, pohlavím, prostředím. Pokud se nemocnému nepodaří adaptovat se a zvládnout náročnou životní situaci, jakou je např. nemoc přiměřeným způsobem, hovoříme o maladaptaci neboli nesprávné adaptaci.

CÍLE KAPITOLY



Po úspěšném absolvování kapitoly budete umět

- Definovat jednotlivé pojmy.
- Popsat rozdíl mezi maladaptací a hospitalismem.

ČAS POTŘEBNÝ KE STUDIU



Domnívám se, že k prostudování této kapitoly budete potřebovat cca jednu hodinu.

KLÍČOVÁ SLOVA KAPITOLY



Hospitalismus – maladaptace – regrese – negativismus – identifikace - egocentrismus – identifikace – racionalizace – kompenzace – projekce – fixace – únik – disociace – izolace – represe – rezignace – nemocniční režim – herní terapeut

6.1 Reakce na svízelnou situaci

Základní tendencí organismu je přizpůsobit se zevním, novým podmínkám, které se dříve nevyskytly. Když se jedinec dostane do nového prostředí, situace, nastane u něho určitá změna, která pomáhá organismu žít v nové situaci.

Maladaptace je nesprávná adaptace. Může se projevit určitou pasivitou nemocného, strnulostí,

pocitem únavy, nezájmem a nechutí k jakékoliv činnosti. Projevy mohou být provázeny i pocitem strachu a úzkosti. Maladaptace může vzniknout jako důsledek hospitalizace, kdy na pacienta působí celá řada nepříznivých faktorů. Jedná se o silnou negativní reakci, kdy hovoříme o hospitalismu.

1. **Agrese:** projevuje se u dětí i dospělých. Může se projevit formou křiku, afekty zlosti, fyzické násilí, záchvaty vzteku, vyhrůžky gestikulací, mimikou, urážky, vyhrožování, ironie apod. Dalšími projevy mohou být mluvení, nápadný hlasitý smích, vyrušování, nápadné líčení, oblékání a účes. Mnohdy se jedná o získání pozornosti ze strany personálu anebo negativní reakce na omezení styku s okolím.

Formy agresivního chování:

- zaměřená na okolí - fyzická (hlavně u dětí - kope, škrábe), slovní (u dospělých – vyhrůžky, ironizace, znevažování zdravotníků, chladná zdvořilost)
 - autoagrese – zaměřená na sebe, trestání sebe sama, sklon k sebevraždám
 - zadržovaná agrese – agrese je potlačena, jedinec vyhrožuje, ale nečiní
 - přenesená agrese – přesunutí zloby na jiné předměty, věci, ničení, vandalismus
2. **Negativismus:** jedinec dělá pravý opak toho, co se po něm žádá, někdy chce upoutat pozornost. Setkáváme se s ním u dětí, které se brání proti omezování samostatnosti nebo proti nadměrnému, bezohlednému vnucování požadavků. U dospělého tyto projevy jsou způsobeny snahou o samostatnost a opozici za každou cenu. Někdy je to projev i bezradnosti. U dítěte okolo 3 let je to normální projev uvědomování si sebe. V dospělosti je známkou maladaptace.

Rozlišujeme:

- aktivní negativismus: člověk dělá pravý opak toho, co od něj požadujeme
 - pasivní negativismus: člověk nereaguje na pokyny
3. **Regrese:** návrat k vývojově primitivnějšímu chování než je věk nemocného. Je to typické u dětí, které v průběhu hospitalizace např. přestanou udržovat osobní hygienu, vyskytují se problémy s řečí, v chování, návycích, i když jejich vývojový stupeň tomu neodpovídá. Projevuje se i u starých nemocných.

4. Egocentrismus: častý u dětí, které chce upoutat pozornost na sebe.

5. **Identifikace:** při poruše sebehodnocení, ztotožnění se se vzorem, nebo s vlastnostmi jiných lidí. Je to pozitivní okamžik, který podněcuje člověka k činnosti, posiluje sebevědomí a může snížit i pocit méněcennosti. Ve zdravotnictví se setkáváme s identifikací u nejistých nemocných. Tito pacienti zdůrazňují své postavení, známosti s lékaři, možnosti dalších speciálních vyšetření.

6. **Racionalizace:** je to vlastně rozumově zdůvodněné vysvětlení problému, neúspěchu, chování, někdy až sebetrestání. Pomáhá odstraňovat tenzi. Snižuje napětí, pocit viny, neúspěchu tím, že si člověk přikrašluje motivaci.

7. **Kompenzace:** snaha o vyvážení neúspěchu v jedné oblasti úspěchem v oblasti další (hyperkompenzace). Využívá se ve zdravotnictví, kdy osoby s určitým handicapem kompenzují dosahováním úspěchů v jiné oblasti.

8. **Projekce:** jedinec svádí své nežádoucí chování do druhých anebo jde o přisuzování vlastních rysů, motivů, názorů, myšlenek jiným lidem. Účelem je zbavit se úzkosti.

9. **Fixace:** ustrnutí na určitém způsobu chování k jiné osobě, anebo při uspokojování určité potřeby, může jít i o zastavení vývoje jedince.

10. **Únik:** patří k velmi častým formám neadaptivního chování. Projevuje se jak u dětí tak dospělých. Jedinec tak řeší nepříjemnou situaci, v tomto případě má nemoc pro člověka pozitivní hodnotu, nemocný řeší osobní problémy, pracovní či sociální problémy nemocí.

Druhy úniku:

- Podepsání reversu
- Verbální únik – výmluvy
- Únik do nemoci
- Sebevražedné jednání
- Únik do fantazie, bdělé snění

11. **Disociace:** rozklad, rozpad signalizuje, že ve svízelných situacích může dojít k narušení jednoty osobnosti. Projevuje se nutkavým jednáním, je pověřčivý, nadměrně terorizuje.

12. **Izolace:** omezení kontaktu s okolím, vytváření „svého“ světa typické u dětí, (fyzická izolace : únik do „příjemného“ pomocí alkoholu, léků, drog a pod.).

13. **Represe:** potlačení jakéhokoliv přání či nápadu, ještě dřív než byl vysloven.

14. **Rezignace:** apatický vztah k zátěži, jedinec nespolupracuje. Setkáváme se často u starých nemocných, kteří ztratili sociální podněty.

15. **Opačné reagování:** jde o chování, které je protichůdné skrytým přáním a motivům.

6.2 Charakteristika hospitalismu



DEFINICE

Hospitalismus vzniká v důsledku hospitalizace. Jedná se o silnou reakci na hospitalizaci. Je to soubor negativních faktorů, které působí na nemocného při jeho pobytu v lůžkovém zařízení. V průběhu dlouhodobé hospitalizace je ovlivněn nejen duševní, ale i tělesný stav pacienta. Na hospitalizaci kromě dlouhodobého pobytu se podílí nečinnost. Všeobecně platí, že čím je hospitalizace delší hrozí nebezpečí vzniku hospitalismu. Ohroženi jsou především starší nemocní a děti. U dětí je to z důvodu jejich somaticko-psychické nezralosti a lability. Staří lidé se mnohem obtížněji orientují v novém prostředí.

6.2.1 HOSPITALISMUS U DĚTÍ

Nejvíce hospitalizmem jsou ohroženy děti předškolního věku, pro které je odloučení od matky téměř škodlivé. Děti do půl roku odloučením viditelně netrpí. Pro školní děti může být pobyt ve zdravotnickém zařízení za příznivých okolností příjemnou a užitečnou zkušeností.

V odborné literatuře je reakce na hospitalizaci popisována, tak že může probíhat ve **třech stadiích**.

1. Stadium protestní: dítě je neklidné, volá matku, pláče. Odmítá jiné dospělé osoby. Tato fáze trvá i několik hodin event. dnů.

2. Stadium zoufalství: dítě ztrácí, naději, že matku přivolá, oplakávají, myslí si, že jej opustila. Dítě se může uzavřít do sebe anebo je tiché a depresivní.

3. Stadium odpoutání od matky: dítě potlačuje city k matce, upoutá pozornost na sestru. K matce se chová lhostejně, nepláče po ní. Po propuštění domů se mohou objevit psychické poruchy jako je noční děs, nespavost, pomočování, úzkost, problémy ve vztahu k rodičům.

Hospitalismus se může projevit formou regrese, negativismem, stereotypními kývavými pohyby.

V případě, že dítě nemá dostatek náhradní péče ze strany personálu, může dojít k citovému vyhladovění.

Prevence hospitalismu u dětí je hospitalizace s matkou.

6.2.2 HOSPITALISMUS U DOSPĚLÝCH

U dospělých se častěji setkáváme s hospitalismem u starších chronicky nemocných, kteří jsou opakovaně a delší dobu hospitalizováni. Nejčastěji se hospitalismus projevuje netečností,

depresí, apatií, nechutenstvím, nespavostí, plačtivostí či smutkem. Prevencí je včasná adekvátní stimulace, udržení co největší soběstačnosti. Důraz se klade na spolupráci s rodinou.

6.2.3 ZÁKLADNÍ PREVENTIVNÍ OPATŘENÍ

- Zkrácení hospitalizace na nezbytně nutnou dobu
- Umožnit pravidelné návštěvy
- Humanizace nemocničního prostředí
- Úprava nemocničního režimu
- Umožnit hospitalizaci dětí s doprovodem rodičů

Ve zdravotnickém zařízení se snažíme nemocniční režim přizpůsobit běžným životním podmínkám a zajistit dostatek podnětů a činnosti pro děti a dospělé.

U dětí zajišťují aktivitu učitelé mateřské školy a na některých pracovištích se uplatňují i herní terapeuti. Dále se na aktivizaci dětí podílí sestra.

U dospělých jedinců se snažíme zajistit aktivitu četbou, poslechem rozhlasu a televize, pravidelným cvičením, je-li to možné pobytem na čerstvém vzduchu a procházkami, pracovní činností. Důraz klademe na sebeobsahu nemocných. Na zaměstnávání nemocných se podílí ergoterapeut a je vhodné zapojit s nemocným i jeho rodinu.

SHRNUTÍ KAPITOLY



Uvedené obranné mechanismy se zpravidla uplatňují při řešení svízelných životních situací. Jsou využívány i v běžném životě. Pomáhají k redukci psychického napětí, udržují duševní rovnováhu a mohou být vhodnou formou adaptace. Stanou-li se dominujícími způsoby řešení náročných situací, ukazují na nevhodné přizpůsobení osobnosti a hovoříme o neadaptivních formách. Zdravotničtí pracovníci se setkávají s jedinci, kteří mají sníženou a adaptační kapacitu a měli by umět těmto jedincům pomoci. Významnou roli zde hraje prevence.

DALŠÍ ZDROJE



JOBÁNKOVÁ, M. A KOL. *Kapitoly z psychologie pro zdravotnické pracovníky*. 3. vyd. Brno: NCONZO, 2006. 225 s. ISBN 80-7013-390-2.
ZACHAROVÁ, E. *Zdravotnická psychologie*. 2. dopl. vyd. Praha: Grada, 2017. ISBN 978-80-271-0155-9.



SAMOSTATNÝ ÚKOL

1. Maladaptace znamená: nesprávná adaptace. ano – ne
2. Hospitalismus vzniká v důsledku hospitalizace: ano ne
3. Reakce na hospitalismus může probíhat ve třech stádiích. Doplňte tato stadia.
4. K uvedeným projevům doplňte správný údaj:
 - a) návrat k vývojově primitivnějšímu chování než je věk nemocného
 - b) ustrnutí na určitém způsobu chování k jiné osobě
 - c) jedinec svádí své nežádoucí chování do druhých

Řešení příkladu

1. ano
 2. ano
 3. 1. protestní, 2. zoufalství, 3. odpoutání od matky
 4. a) regrese, b) fixace, c) projekce
-

7 VZTAHY MEZI NEMOCNÝM A OŠETŘUJÍCÍM PERSONÁLEM

RYCHLÝ NÁHLED KAPITOLY



V této kapitole se budeme zabývat především vztahy mezi zdravotnickými pracovníky a to vztahem lékařů a sester k pacientovi. Vysvětlíme si rozdíl mezi produktivním a neproduktivním chováním sester. Velmi důležitá je i komunikace s rodinnými příslušníky, která je bohužel ještě stále opomíjena. Zdravotničtí pracovníci pomáhají nemocným při navrácení jejich zdraví, bohužel i řada z nich se dostane do role nemocných. Jak komunikovat se zdravotníky, kteří jsou v roli nemocných si prostudujete v závěru kapitoly.

CÍLE KAPITOLY



Po úspěšném absolvování kapitoly budete umět

- Popsat vztah mezi zdravotníkem a nemocným.
- Popsat vztah lékaře a pacienta, vztah lékaře a sestry.
- Popsat produktivní a neproduktivní chování sestry.

ČAS POTŘEBNÝ KE STUDIU



K vzhledem k rozsáhlejšímu textu a složitosti kapitoly doporučuji dvě hodiny.

KLÍČOVÁ SLOVA KAPITOLY



Zdravotník – nemocný – rodina – vztah – rodina – zdravotník – nemocný – typy sester – neadaptivní chování sester – antitransfer – transfer – typy sester – typologie osobnosti – neadaptivní povahové projevy - produktivní chování – neproduktivní chování – racionalizace – aktivizace – optimismus – egocentrismus

7.1 Vztah mezi zdravotníkem a nemocným

Na vytváření vztahu nemocného ke zdravotníkovi se podílí celá řada okolností:

- a) **Zážitky nemocného z předchozího léčení:**
- b) **Aktuální psychický stav nemocného:** jeho bezprostřední zážitky před příchodem do zdravotnického zařízení a ve zdravotnickém zařízení (např. setkání s pracovníkem informační služby, zřízenci apod.). Zde působí mechanismus generalizace afektu. Zdravotník si může omylem vysvětlovat chování nemocného jako projev antipatií vůči sobě.
- c) **Transfer (přenos):** zdravotník připomíná nemocnému nevědomě nějakou citově významnou osobu z dětství, mládí, např. babičku a případné negativní či pozitivní citové postoje se přenášejí z minulosti nemocného na jeho přítomný vztah k sestře či lékaři.
- d) **Antitransfer (protipřenos):** týká se zážitků s jakýmkoliv citově významnými osobami z minulosti (sourozenci, kamarádi, učitelé, apod.). Poznatek o přenosu nám umožní uvědomit si význam tohoto „závaží z minulosti“ a na základě tohoto poznání regulovat případné vadné chování.

Transfer estetického stereotypu - lidé příjemného zjevu hezcí, milí, budí sympatie, důvěru než lidé nehezcí a deformovaní. Je to neoprávněný předpoklad, nejvíc deformuje člověka nemoc, stáří, která je činí bezmocným. Uvědomme si, že zdravé a dravé navenek efektivní mládí bývá někdy kruté a bezohledné. Mnohdy sestru i lékaře přitahují nemocní s příjemným chováním, hezkého vzhledu. Tito pacienti, trpí mnohdy méně než jiní nebo méně sympatičtí nemocní.

7.1.1 PRAVIDLA PRO KONTAKT S NEMOCNÝM

Co je důležité v kontaktu s nemocným:

- První dojem
- Zachování běžných společenských pravidel
- Je nutné dodržet minimum tzv. psychické ventilace – volní projevy hlavních stesků a potíží. Extrovert si ventilaci lépe vynutí než introvert – ty je třeba povzbudit
- Získání důvěry – pochopení jeho stavu, potřeb a podání účinné odborné pomoci
- Odmítáme neoprávněné požadavky – prodloužení hospitalizace, neoprávněná pracovní neschopnost

Vyvinul se nepříznivý vztah k nemocnému:

1. Hlavně při nedostatku času se nenechat vyprovokovat, chovat se zdrženlivě, trpělivě a nedat najevo antipatie.

2. Taktně vyzvědět co nemocnému na mě vadí.

3. Nevhodné je chování reagovat živelně, zlobou, na netrpělivost netrpělivostí, na deprese deprese. Roste možnost konfliktů a nedorozumění.

- Tolerantní přístup – vede k tzv. **korektivní zkušenosti** - nemocný opravuje své generalizované nepříznivé vztahy ke světu a lidem na základě lepší zkušenosti s námi.

- Nepřístupit na provokace a negativní chování – přilévání oleje do ohně, ztrácí se drahocenný čas.

7.1.2 FAKTORY OVLIVŇUJÍCÍ VZTAH MEZI ZDRAVOTNÍKEM A NEMOCNÝM

1. **Předchozí zkušenost:** zkušenost z minulosti přenáší do reality. Mohou to být zkušenosti z dětství, vztahy k rodině, sestra připomíná matku. Daná osoba nám vědomě či nevědomě někoho připomíná ve smyslu pozitivním anebo negativním. Na základě minulé zkušenosti se vytváří postoj ke zdravotníkovi ve smyslu, že k dotyčné osobě si vytváří pozitivní anebo negativní vztah.

2. **Projekce:** promítání svých vlastních zážitků na osobu a situace. Nejčastěji jde o přisuzování vlastností, které máme sami, ale nechceme je vidět na sobě (jsem lhář, ostatní jsou také).

3. Vnímáme to co potřebujeme, co je pro nás důležité, co má pro mě význam.

4. **Vztah sestry a nemocného** anebo naopak

5. **Princip prvního dojmu:** (halo efekt) zafixujeme si osobu při prvním dojmu a tak ji potom vnímáme dál. (první kontakt je důležitý) např. Sestra se nemocnému představí.

6. **Princip psychické ventilace:** nemocný se může sestře svěřit. Důležitý je kontakt sestry s nemocným. Sestra může poskytnout povzbuzení, nemocný si uvědomuje, že není sám. Vhodným rozhovorem může sestra zjistit co si nemocný o chorobě myslí. Rozhovorem může změnit jeho představy o nemoci, povzbudit jej ke spolupráci. Nemocný vnímá lékaře jako autoritu, sestra má k pacientovi blíže. Mnohdy pacient se svěří s problémy, které by lékaři neřekl.

7. Podle temperamentu:

Extroverti: lépe navazují kontakt se svým okolím, umí upoutat pozornost a přitom nemusí být po stránce psychické, ale i fyzické na tom tak špatně.

Introvert: má problém s navazováním kontaktů, jsou více uzavřeni do sebe. Problémy se zahalují uvnitř, trpí velmi často problémy úzkosti, neumí se se svými potížemi svěřit. Úkolem sestry je poznat a vystihnout nemocné, kteří jsou uzavřeni, mají deprese. Důležité je získat důvěru a umět je povzbudit. Sestra je v kontaktu s pacienty, kteří se nacházejí v tzv. **v letálním stadiu**. U těchto pacientů je důležitá fyzická přítomnost, klidný přístup, dát najevo empatii a snažit se ho získat pro spolupráci.

8. Zjistit co pacientovi na mě vadí: Většina sester jsou profesionálky. Vykonávají svou práci s láskou. Může dojít k situacím, kdy se sestra snaží sebevíc a přesto vidí, že pacient není spokojen. Zde je důležité zaujmout taktní postoj a zeptat se pacienta taktně např. „Zdá se mi pane XY, že nedělám něco dobře, tak jak by jste si přál. Jako nevhodnou komunikaci považujeme výrok „Vím pane XY, že mě nemáte rád a proto cokoliv u vás udělám se vám nelíbí“. Taktéž nereagujeme na verbální útoky nebo přílišné nároky. Snažíme se být tolerantní .

9. Tolerantní přístup vede k tzv. korektivní zkušenosti s námi. Nemocný opravuje své generalizované nepříznivé vztahy ke světu a lidem na základě lepší zkušenosti s námi.

10. Nepřístupit na provokace a negativní chování: přístupíme-li na hádku přiléváme olej do ohně.

Poznámka: (sadisté, psychopatická osobnost - akcentovaná – jednáme s odstupem, přehlízíme interpenence).

7.2 Vztah sestry a nemocného

Sestra přejímá stále náročnější profesionální úkoly, nároky na její kvalifikaci stoupají. Sestra pacientovi dává:

- Porozumění, oporu
- Pečuje o jeho emocionální stav

Sestra posuzuje nemocného na pozadí jednání s lékařem:

- Musí působit odborně
- Být taktní, trpělivá při studu
- Vyvolává bolest, úzkost
- Je zasvěcována do osobních problémů nemocného, starostí, kolísajících nálad, depresí, netrpělivostí, osobních zvláštností
- Musí mít víc porozumění, účasti, laskavosti
- Musí hlídat zda plní ordinace lékaře.

Nemocný se obrací na sestru v krizi (stresové situace)

Nemoc je sama zvláštní psychologická situace – čím víc je nemocný přesvědčován o vážnosti a nebezpečí nemoci tím je vztah k zdravotnickému pracovníkovi komplikovanější.

Vzhledem k tomu, že mohou sestry procházet různými **svízelnými situacemi**, může se stát že sestra:

- Ztrácí vůči nemocnému odstup, uchyluje se k filtru, propadá bezmocnému soucitu

PSYCHOHYGIENA ZDRAVOTNÍCKÉHO PRACOVNÍKA

- Svěřuje se nemocným s osobními problémy
- Přenáší bezhlavě a upovídaně různé informace o nemocných, zaměstnancích
- Do vztahů na oddělení vnáší konfliktní prvky
- Sestra má znát a chápat osobní problémy nemocného, ale nepouštět se neuváženě do jejich řešení

Podle postojů a postavení sester v práci a ve vztahu k nemocným rozlišujeme několik typů sester. Uvedené rozdělení je podle maďarského psychologa I. Hárdyho.

Typy sester:

1. Rutinní: přesná, věcná, někdy uniká lidská stránka věci.
2. Herecký: afektovaná, hysteroidní, snaží se udělat dojem, být důležitá.
3. Nervózní: cítí se unavená, bývá podrážděná, někdy trpí nejistotou a obavami např. záření, nákaza, některé riziko toxických návyků – tlumí, kompenzuje příznaky.
4. Mužský: robustní typ – rozhodná, energická, iniciativní, dobrá organizátorka, despotická.
5. Mateřský: milá, se sklonem k obezitě.
6. Specialistky: musí taktně vybudovat své vztahy k sestřám v provozu, neprojevoval nadřazenost, vzniká napětí.

Pacienti mohou sestru sledovat a vnímat z pohledu typologie osobnosti:

Sestra:

Cholerická, melancholická, sangvinistická a flegmatická.

Často vznikají **vztahové problémy** mezi sestrami:

- Sestry pracující na standardních odděleních
- Sestry specialistky

Sestry specialistky pracují s velmi náročnou technikou a mnohdy dávají ostatním sestřám pracujícím na jiných odděleních nadřazenost a vytvářejí napjaté vztahy.

V odborné literatuře jsou popisovány **tzv. neadaptivní povahové projevy chování sestry**. Ty jsou způsobeny různými svízelnými situacemi denního života, kdy dochází k negativním projevům nálady a chování.

Sestry náladové: je povznesená, euforická, expanzivní - přehlíží překážky, problémy. Podceňuje odpovědný přístup k práci, který vede k neukázněnosti.

Sestry psychastenické: ty se mohou vyskytovat v několika variantách. **Úzkostlivá sestra** má vlastní potřebu pořádku stavět nad skutečné potřeby pacienta. Změny nesou těžce a obhajují přednosti zaběhnutého systému práce. V práci jsou spolehlivé, těžce se jim dá něco vytknout. Selhávají v překvapivých a nečekaných situacích. Při pravidelné práci s pacientem jsou trpělivé a to i tehdy, když léčba přináší malé či velké problémy. Schizotypní sestry vystupují jako odbornice, nechápou pacienta se všemi jeho problémy. Systém práce bývá svérázný a obhajují jej jako nejlepší. Jejich humor je pichlavý a musí dávat pozor, aby nezraňovaly spolupracovníky a nemocné. Jsou schopné dlouhodobé práce s nemocným bez výkyvu zájmů. Sestry citově chladné u lůžka pacienta nenachází většinou uplatnění. Většinou se uplatnění tam, kde mohou uplatnit své odbornosti a specializaci.

Sestry podezřívavé: jsou problematické pro svou vztahovačnost, nedůvěřivost, zranitelnost. Mívají častý pocit křivdy a zneuznání. Nejsou oblíbeny u svých kolegů ani pacientů. Jsou ohniskem konfliktů a sporů. Velmi dobře rozpoznají u druhých přetvářku a předstírání.

Sestry hysterické: rády hrají roli s magickým kouzlem osobnosti. Umí strhnout, nadchnout. Velmi rády vyhledávají případy, které jsou zajímavé, mohou o nich hovořit, chlubit se jimi. V nemocném vzbuzují zpočátku pocit velkého očekávání, které však nesplní. Nejsou vhodné pro práci na odděleních, kde péče o pacienta je dlouhodobého charakteru. Velmi dobře se uplatní v ambulancích a všude tam, kde mohou nadchnout, strhnout a zaujmout.

Sestry přecitlivělé: povaha těchto sester je měkká, přecitlivělá a zranitelná. Nerady o sobě rozhodují a nesou odpovědnost. Nacházejí uplatnění u nemocných, kde je třeba obzvlášť citlivého přístupu, který nemocný ocení.

Sestry popudlivé: jsou plné zlostných výbuchů a tím jsou zdrojem problémů. Těžce se ovládají. Je vhodné jim dát pocítit jaké nepříjemnosti si mohou způsobit svým nevhodným jednáním.

Sestry a zdravotničtí pracovníci, kteří se vyznačují neadaptivními povahovými rysy jsou zdrojem problému jak pro spolupracovníky tak i pro nemocné. Počítejme s tím, že převychování, změnění jejich povahy není reálné. Vhodné je tyto pracovníky zařadit na pracoviště, kde mohou uplatnit své přednosti.

7.3 Vztah lékaře a nemocného

V psychologii je označován vztah mezi lékařem a nemocným jako vztah ambivalentní, je označován jako kladný a záporný.

Nemocný lékaři důvěřuje, ví že se o něj stará a chce mu pomoci, na straně druhé má obavy, že lékař nehovoří otevřeně s nemocným a nezasvěcuje ho do všeho. Tyto rozporuplné pocity se snaží nemocný potlačit rozumovými úvahami.

Zdravotnický pracovník by měl dodržovat zásady etického a psychologického přístupu tzn. měl by umět navodit důvěru, pochopení, naději, empatii. Vlastní léčba by měla být realizována s vlastní angažovaností lékaře.

Vztah lékaře a pacienta je ovlivněn vzájemným dobrým, osobním vztahem a účinnou výměnou informací. Informovanost, komunikace mezi zdravotnickým personálem a pacientem eliminuje konfliktní situace, zvyšuje efektivitu terapeutických zásahů a ovlivňuje příznivě průběh nemoci.

Pozitivní vztah mezi lékařem a nemocným ovlivňuje:

- Zážitky nemocného z předcházejícího léčení, tzn., zkušenosti z léčby, prostředí, interpersonální vztahy
- Aktuální psychický stav pacienta
- První dojem
- Společenská pravidla – jejich dodržování
- Psychická ventilace – umožnění stesků, potíží
- Získat důvěru – pochopit jeho aktuální zdravotní stav a potřeby, podat odbornou pomoc
- Tolerantní přístup

Nemocný vnímá lékaře jako:

Zdroj bezpečí, ale i určité hrozby: tzn. na jedné straně nemocnému pomáhá, vnímá ho jako odborníka, jeho závěry a rozhodnutí nemusí být pro nemocného populární.

Člověka, ke kterému má důvěru: ví, že mu chce lékař pomoci, na druhé straně má k lékaři i určitou nedůvěru, bojí se, že mu lékař neříká vše.

Autoritu, proti které se bouří, protože nepochopil novou sociální roli anebo nezná situaci.

Odborníka, ke kterému má úctu pro jeho odbornost, vědomosti, dovednosti, schopnosti.

Člověka, ke kterému si vytváří citovou vazbu. S přibývajícím počtem rodinných lékařů bývá propojená generační schopnost.

7.4 Vztah mezi nemocným, rodinou a zdravotníky

Nemoc ve většině případů působí na člověka negativně a zároveň ovlivňuje negativně i rodinný život. Onemocní-li člověk akutním anebo vážnějším onemocněním reagují rodinní příslušníci soucitem, smutkem a objevují se u nich obavy o osud jejich blízkého. U některých se můžeme setkat s pocitem viny, selháním, někteří mohou mít pocit zavinění nemoci například dlouhodobým zatěžováním. Onemocněním některého z členů rodiny dochází k narušení rodinné rovnováhy, především tam, kde je nemoc dlouhodobějšího charakteru anebo při hospitalizaci. Rodina si postupně vytváří novou rovnováhu a snaží se zařídit bez nemocného.

Nemocný má samozřejmě starosti a je rád, když může o tom s někým hovořit. Pro dobrou spolupráci s nemocným a zdravotnickým týmem je nezbytná dobrá spolupráce a samozřejmě dobré rodinné vztahy. K uzdravení nemocným pomáhá pocit, že rodině záleží na jeho uzdravení, že na něj s láskou čekají, že jej potřebují. Jenom tak může nemocný překonat těžkou apatii a lhostejnost k léčbě.

Sestry by měly věnovat pozornost návštěvám, které mohou působit na nemocného pozitivně anebo negativně. Dále je potřebné rodinu zapojit do léčby a vytvářet vhodné podmínky v procesu uzdravování.

Postoj rodinných příslušníků k uzdravování a ke spolupráci s rodinnými příslušníky je ovlivněn jejich momentálním psychickým stavem, osobností, aktuálním postojem k nemocnému a zkušeností s onemocněním.

7.5 Úroveň chování zdravotníků k nemocným

Na zdravotnického pracovníka jsou kladeny vysoké nároky, musí se bránit emocionální únavě, profesionální opotřebovanosti, deformaci, otrlosti, které vedou k tomu, že se zdravotník dívá zjednodušeně na pacienta a jeho problémy. Měli bychom mít na paměti, že s nemocným jednáme jako s člověkem a ne jako s případem.

Nezastupitelnou roli ve vztahu k nemocnému má sestra. Její práce by měla být spojena s pocitem prospěšnosti lidem a pozitivním hodnocením, s kterým se pojí seberealizace jedince. Sestra má mít řadu pozitivních vlastností, které ovlivňují její jednání a chování. Chování sestry vůči nemocnému má být pojímáno jako psychoterapeutický přístup, kdy hovoříme o tzv. produktivním chování. Produktivní chování spočívá v tom, že v přístupu k nemocným vycházíme z biopsycho-sociálních potřeb pacienta a tím chápeme komplexní charakter nemoci. Sestra bere v úvahu:

- Objektivní stránku nemoci
- Osobní psychickou a sociální situaci nemocného
- Osobnostní zvláštnosti nemocného
- Prožitky nemocného
- Vliv léčebného prostředí a jeho zvláštnosti
- Prognózu onemocnění
- Rozhodnutí lékaře při realizaci záměru léčby

7.5.1 PRODUKTIVNÍ CHOVÁNÍ SESTRY

V této části se zaměříme na **deset pravidel produktivního chování sestry**:

1. Uvedení nemocného do léčebného prostředí. Při přijetí nemocného do nemocnice seznámíme jej s domácím řádem, právy pacientů, organizací, provozem ošetrovací jednotky. Nemocnému se představíme a zároveň jej představíme ostatním pacientům. Napomáháme tak celkové orientaci v novém prostředí.
 - Ke každému nemocnému přistupujeme individuálně, počítáme s jeho prožitkem v léčbě, spojíme zdravotnickou erudici a psychologickou.
2. Zmírňujeme negativní emoce: strach z neznámého, odpovídáme na dotazy (úzkost, strach, beznaděj, obavy).
3. Upozorňujeme na určité zákazy, aby nemocný nebyl zaskočen, upozorňujeme i na důsledky event. postihy (zákaz kouření, zákaz návštěv).
4. Zainteresovaný osobní vztah: zájem o jeho osobu, chápeme pacienta jako dospělého partnera, dáme najevo empatii, vyjádříme sympatie.
5. Podpora, povzbuzení nemocného: nemocný musí vědět, že se může na sestru s čímkoliv obrátit (souvisí to s tím, že mu můžeme kdykoliv pomoci, že není ponechán sám sobě).
6. Aktivizace nemocného: udržet spolupráci nemocného, nemocnému má záležet na tom, jak bude spolupracovat, probíhat léčba, bojovat proti rezignaci a apatii.
7. Vzájemná komunikace: má být oboustranná, sestra nemocnému naslouchá, sděluje své postoje, dává informace, udržuje kontakt. Můžeme se setkat s racionalizací, kdy sestra pro své chování hledá vhodné, přijatelné vysvětlení (např. Řeknu něco pacientovi do očí, kdy sestra pacienta poníží a sebe vyvýší tzn. racionalizuje – zdůvodňuje si, „že to myslí s pacientem dobře“, když mu daný jev nevhodně vytkne). Dále se můžeme setkat někdy s metodou tzv. **kyselých hroznů** – omlouvám se, když nemohu něčeho dosáhnout.
8. **Vytváření ovzduší optimismu:** boj proti beznaději
 - Ocenění maličností např. pokles tělesné teploty, zvýšení pohyblivosti
 - Stanovení krátkodobých cílů: co je pro daný okamžik důležité, hledat opěrné body
 - Stanovit perspektivní cíle: orientovat nemocného k určitému cíli, který jej bude mobilizovat
 - Stanovit krátkodobé cíle: zaměřit se na určité období např. jaro a odsunout tak rezignaci
9. Trpělivost, schopnost a zájem vyslechnout: monolog nemocného: nemocný se obsedantně zabírá myšlenkami. Nemocnému nasloucháme, pokyvujeme. Snažíme se najít pozitivní věci, vyvarujeme se laciným útěchám. Zdůraznit to co je pozitivní. Převést hovor např. „řikal jste, že vás děti mají rády, říkal jste, že vaše paní je šikovná. „

10. Ocenění snahy a úsilí nemocného: pochvala pacientovy snahy o uzdravení, např. „Obdivuji jak dovedete snášet bolest nebo dovedu si představit co prožíváte.“ Nezapomínáme ocenit příbuzné v péči o jejich nemocného či postiženého.

Uvedená pravidla produktivního chování vůči nemocným jsou předpokladem k zajištění kvalitní ošetrovatelské péče a bezkonfliktních mezilidských vztahů.

7.5.2 NEPRODUKTIVNÍ CHOVÁNÍ SESTRY

V práci zdravotníků se můžeme setkat i s negativním chováním. Příčinou může být nevhodná motivace k práci, nedostatek odborných znalostí, nevhodné mezilidské vztahy, přetížení sester, nedostatek odborných znalostí, nežádoucí osobnostní rysy. Neproduktivní chování sester není záměrné, sestry si jej mnohdy neuvědomují a také nerady připouští. Některé argumentují nedostatkem času, prostoru ve své pracovní náplni, jiné jsou přesvědčeny, že je vše v pořádku a nemají potřebu více něco dělat. Hlavní jádro problému spočívá v přístupu k nemocným a lepší využívání reálných možností, které sestry mají. **Za neproduktivní chování se považuje:**

1. **Sdělování nepravdivých informací:** sestra si tak chce ulehčit nebo zjednodušit svou práci, vyvolávají tak strach nebo nerealistické očekávání.
2. **Nezájem o spolupráci, neochota o spolupráci:** např. Nemocný má zájem o spolupráci, je odmítán zdravotníkem.
3. **Projevy nepřátelství:**
4. **Negativní ocenění:** devalvace, škodolibost vůči nemocným, pomlouvání, klepy.
5. **Mentorování, komandování, stereotypní poučování:**
6. **Egocentrismus:** vymáhání vděčnosti od nemocného, podbízění se, zdůraznění vlastních zásluh.
7. **Nedostatek uznání:** snížení pacientova úsilí:
8. **Strohost, nesdílnost, uzavřenost: pacientovi nepodáváme, žádné informace.**
9. **Neproduktivní litování:** plané útěchy (vyhýbáme se – degraduje to nemocného např. „chudáčku malý, uvidíte to bude lepší“).
10. **Odmítnutí citového kontaktu:** úřední tón, odcizení se nemocnému, strohá věcnost. Může se projevit i nonverbálně – sestra nedá příležitost k oslovení.

Sestra je odpovědná za příznivý stav pacienta. Vyžaduje to od ní odborné znalosti, znalosti z oblasti psychoterapie a z řešení složitých situací.

Vzhledem k vysokým nárokům, které jsou na povolání sestry vysoké, měly by tuto profesi vykonávat osoby sociálně zralé, s orientací na druhého člověka, s určitou dávkou empatie, tolerance, schopnosti spolupráce, přizpůsobivosti a odpovědnosti, lidé s humánními a etickými kvalitami. K tomu, abychom měli takových profesionálek dostatek je potřeba sebevýchovy, osobní zralosti a dlouhodobé zkušenosti.

7.6 Vztah pacient zdravotník

Profesionální znalosti o nemocech chrání zdravotnické pracovníky před zkreseným názorem na nemoc, usnadňují léčení a prevenci. Na straně druhé znalosti o možnostech různých komplikací a nepříznivé prognóze mohou zdravotníka zneklidnit mnohem víc než laika. Řada výzkumu prokázala, že zdravotníci, i když mají dostatek informací o příznacích různých chorob, přicházejí k lékaři na vyšetření než laická veřejnost. Pravděpodobně se jedná o tzv. **repudiační poměr** k nemoci. Jedná se o obranu vůči nejistotě a obavám. Většina zdravotníků své příznaky podceňuje a většinou využívají tzv. „optimistické logiky“, kdy své příznaky přiřadí spíše k neškodnému, optimistickému onemocnění. Např. lékař-kuřák si místo začínající rakoviny diagnostikuje kuřáckou chronickou bronchitidu. S touto diagnostikou je spojena autoterapie. Většina zdravotníků je zaujata svou prací, péči o nemocné a takto poskytovaná péče odvádí pozornost zdravotníka od jeho vlastních potíží, až je sám neschopen práce, může nastat druhý extrém a to **přecenění závažnosti choroby a pesimistická prognóza**. Zdravotník si dále uvědomuje, že vážně nemocným se vždy přímá pravda neříká a uvědomuje si, že i tak to bude u něho. Hovoříme o tzv. **psychické projekci**. Stává se, že většina zdravotníků nemá takovou péči, jaká je pro jiné občany běžná. Např. zdravotník se nenechá soustavně vyšetřit, o svých potížích se letmo svěřuje svým kolegům, ti jej nezávažně diagnostikují nejčastěji ústně, často při chůzi, či na chodbě. Řada zdravotníků se léčí zpočátku povrchně anebo symptomaticky, až poté se nechají vyšetřit. Pro zdravotnického pracovníka by měly platit tyto pravidla:

1. Zajistit vyšetření a léčbu, které ukazují určitý zavedený postup. Odborné měřítko zajistit tak jako u ostatních nemocných.

2. Návrhy a poznámky pacienta chápeme jako jeho subjektivní projevy a ne jako odbornou spolupráci a pomoc. Je potřeba mít na paměti tzv. psychickou racionalizaci. Je to pacientovo zdůvodnění po stránce „rozumové a odborné“ proč nám zdůvodňuje své návrhy a přání, které jsou emočního původu. Jde o snahu určitá vyšetření oddálit anebo zažehnat na základě „odborných dokumentů“.

3. Je vhodné, když nemocného ošetřuje odborně zkušenější kolega, pro lepší navázání důvěry. Při vyšetřeních, která se dotýkají intimní sféry respektovat i subjektivní pocity pacienta. Tradice usnadňuje spíše ženě ošetření mužem než naopak.

Nemocný očekává od lékaře odbornou úroveň a pomoc při navrácení jeho zdraví. V současné době se změnil vztah mezi lékařem a nemocným. Nemocný chce spolupracovat, spolupřihodovat s lékařem při navrácení jeho zdraví. Mění se i role sestry. Sestra by měla pomáhat zdravým i nemocným jedincům v provádění činností, které pomáhají při navrácení a udržení zdraví. V komunikaci s nemocnými a zdravotnickými pracovníky posuzujeme jejich osobnost. Na základě tohoto poznání může ovlivnit celkovou úroveň poskytované péče o nemocného.



DALŠÍ ZDROJE

ZACHAROVÁ, E. Zdravotnická psychologie. 2. dopl. vyd. Praha: Grada, 2017. ISBN 978-80-271-0155-9.

KOLEKTIV AUTORŮ. *Základy psychologie II.* 4. vyd. Brno: IDVZP, 1985. 200 s.



SAMOSTATNÝ ÚKOL

1. Jakými vlastnostmi se projevují sestry úzkostlivé?
2. Jakými vlastnostmi se projevují sestry hysterické?
3. Pod pojmem transfer estetického stereotypu si představíte: lidé příjemného vzhledu, milí, sympatičtí budí větší sympatie a důvěru než lidé nehezcí a deformovaní.
ano - ne
4. Doplňte neadaptivní povahové projevy chování sestry:
 - a. sestra je problematická pro svou vztahovačnost, nedůvěřivost, zranitelnost
 - b. plná zlostných výbuchů a je zdrojem problémů
 - c. povznesená, euforická, expanzivní
5. Jak se nazývá chování sestry vůči nemocnému, které je pojímáno jako psychoterapeutický přístup:
6. Do produktivního chování nepatří:
 - a. vytváření ovzduší optimismu
 - b. tzv. kyselý hrozný
 - c. zmírnění negativních emocí
 - d. odmítnutí citového kontaktu

Řešení příkladu

1. Smysl pro pořádek, jsou spolehlivé, schopné dlouhodobě pracovat s pacientem bez výkyvů

PSYCHOHYGIENA ZDRAVOTNÍCKÉHO PRACOVNÍKA

2. Krátkodobé nadšení, schopnost zaujmout, okouzlit, strhnout
 3. Ano
-
4. a) sestra podezřívavá, b) sestra popudlivá, c) sestra náladová
 5. produktivní chování
 6. d

8 PSYCHOLOGIE BOLESTI, STRACHU A ÚZKOSTI



RYCHLÝ NÁHLED KAPITOLY

Bolest je varovný signál a má ochrannou funkci. Upozorňuje, že došlo k poškození organismu nebo poškození může nastat. Nutí jedince svým nepříjemným emočním doprovodem k odstranění příčiny bolesti. Strach má určitý obsah tzn. strach z něčeho. Úzkost je bezpředmětná, má ráz neurčitého ohrožení. Prevencí strachu je harmonická výchova, výchova zdravotní, psychologický přístup k nemocným, vhodné uspořádání nemocničního prostředí.



CÍLE KAPITOLY

Po úspěšném absolvování kapitoly budete umět

- Definovat pojem strach, úzkost, bolest.
 - Vysvětlit psychologickou problematiku bolesti.
 - Objasnit jak může strach a úzkost ovlivnit diagnosticko-terapeutický proces.
-



ČAS POTŘEBNÝ KE STUDIU

K prostudování této kapitoly budete potřebovat přibližně dvě hodiny.



KLÍČOVÁ SLOVA KAPITOLY

Úzkost – strach – bolest – komunikace – počitek – ambivalence - masochisté

8.1 Psychologická problematika bolesti

Funkce bolesti:

- a) bolest jako ochranný signál varující před poškozením
- b) bolest jako projev – signál onemocnění – intenzita bolesti nemusí být úměrná stupni ohrožení organismu, ne každé onemocnění je doprovázeno bolestí

PSYCHOHYGIENA ZDRAVOTNÍCKÉHO PRACOVNÍKA

c) bolest jako varování člověka proti škodlivým následkům, tato bolest bývá účelná, brání
např. přepínání sil

d) bolest jako nemoc - neuralgie trigeminu, fantómovy bolesti

Prožívání bolesti:

Je zcela individuální záležitostí. Bolest je obvykle vnímána negativně, vyskytují se však i výjimky:

ambivalence – nemocný bolest nevnímá

masochisté – mají z bolesti radost

Percepční práh bolesti může být ovlivněn:

- Emocionálními stavy: vítěz snáší zranění lépe
- Výchovou jedince: psychogenní složka bolesti, dcera se chová jako matka
- Tradicí: iniciační obřady (pěstují individuální odolnost vůči bolesti)

Prožitek bolesti:

- Závisí na momentální, životní komplexní situaci, např. u starších lidí je intenzivnější prožitek bolesti
- Je dobré odpoutat pozornost od bolesti druhým člověkem
- Pocit vítězství snižuje prožitek bolesti
- Nezralost psychiky (infantilismus, neurotik), zvyšuje prožívání bolesti
- Výjimečné životní situace snižují práh bolesti (válka, vážně nemocné dítě)
- Neznalost původu bolesti zvyšuje bolest

Počitek bolesti má 3 základní složky (vnímání)

Senzorická (diskriminační): určuje oblast, odkud bolest vychází

Motivačně afektivní: citový doprovod, to co vnímáme ve svém těle

Vědomě hodnotící: záleží na tom, jaké máme informaci o bolesti, zkušenosti, člověk se snaží bolest zracionalizovat, záleží zde také na prahu bolesti a může ovlivnit senzorickou i afektivně motivační složku nemoci.

psychologicky: působit na city (při převaze b)

působit na rozum (při převaze c)

Prožívání bolesti je ovlivněno podle šíření dráždění v mozku:

Je – li drážděno jedno ohnisko, může ovlivnit celou mozkovou kůru a svým způsobem ovlivňuje celou psychiku člověka.

Pojem záporné indukce: člověk má tendenci způsobit si někde jinde větší bolest, aby se původní bolest zdála mu menší (např. dlouhodobé bolesti kloubů).

- Ženy snáší bolest lépe než muži
- Dospělí snáší bolest lépe než děti

Bolest:

- Ochromuje psychiku
- Potlačuje duševní procesy
- Vyplňuje celé myšlení
- Dominují emoce jako je strach a úzkost

8.2 Projev bolesti

a) Somatické:

- úlek
- křik a naříkání
- pohybová reakce (chycení končetiny, břicha)

b) fyzické: kde je velký pláč, nebývají velké vegetativní změny

c) psychické: zblednutí, studený pot, rozšíření zorniček, zrychlení pulsu

Cave! Tam kde je velký psychický projev, nebývá tak velký fyzický projev bolesti.

8.3 Definice bolesti



DEFINICE BOLESTI

Dle WHO a Mezinárodní asociace pro studium a léčbu bolesti má bolest signální a informační význam, trvá-li dlouho, je na překážku a sužuje. Definice je obtížně aplikovaná u dětí, mentálně postižených, pacienti s demencí, v kómatu aj. Multidimenzionální , biopsychosociální, výsledek interakce mezi fyziologickými, emočními, motivačními a kognitivními procesy. Příznak mnoha onemocnění. Vyjádřena slovně je jedna, rozvinutím hovoru je specifikována. Bolest standardně zahrnuje intenzitu, kvalitu, (průběh u stejné dg. je rozdílný). Bolest ovlivňují psychologické a

sociální aspekty, individuální zkušenost, senzitivita k bolestivým podnětům, kvalita mezilidských vztahů, sociální vazby, hospitalizace, odloučení od rodiny, finanční situace, emocionální instabilita. Místo bolesti v osobní hierarchii hodnot, stres, emoční poruchy a poruchy osobnosti. Vnímání bolesti je vnímáno vlastním „Já“ (minulostí, přítomností a budoucností). Sebepojetí vyvíjí se na základě zkušenosti. Sebepojetí má vliv u úrazů, handicapu, chronických obtíží. Postoj společnosti – izolace handicapovaných. Vývoj já „jáství“- vztah k sobě samému, být sám sebou. Já si uvědomujeme pomocí introspekce – Já nositel citu, vůle, kontinuity minulosti, přítomností, budoucnosti. S vývojem Já souvisí charakterové rysy, chování vůči sobě samému a druhým. Charakter je ovlivněn geneticky, formován socializací, ovlivněn vůlí. Podněty, schopnost pozitivního citového přeladění (funkční rodina, příroda, sport), nápodoba. Vlastní touha-touha po určité vlastnosti (chová se jako by ji měl).

Dělení bolesti

Akutní: varující

Chronická: 50% populace, déle jak 3 měsíce

Rekurentní: přechod mezi akutní a chronickou bolestí: mění se v čase, ustupuje, vrací se, objevuje se nepravidelně. Nemocný prožívá strach, úzkost, dlouhodobý emocionální stres, omezení aktivity a zájmů, obavy z další ataky bolesti, závislost na analgetických, bezmocný.

Akutní bolest

Funkce varovného signálu, odpovídá typu a průběhu akutního onemocnění.

Dominuje nocicepce: přítomnost tří kvalitativních aspektů bolesti (senzorické, afektivní, hodnotící, větší váhu mají senzorické.

Intenzita bolesti rychle stoupá, na základě terapie rychle klesá, je pozitivní očekávání, že bolest je zvládnutelná.

Chronická bolest

Biopsychosociální pohled na bolest:

Somatická: (tupá, pálivá, bodavá, nespavost, ztráta libida, únava, nesoustředění).

Emoční: (úzkost, strach, vztek, smutek, beznaděj).

Kognitivní: představy o vzniku, udržování hodnocení léčby, vina vlastní, druhých.

Behaviorální: bolesti, vyhýbání se aktivit, polehávání, úlevové polohy, grimasy, hledá sociální oporu, nadužívání léků, vynucuje sociální dávky.

8.4 Chování nemocného s chronickou bolestí

Bolest na více místech. Omezení aktivity, iracionální hodnocení bolesti, negativní sebepojetí, pohled na budoucnost, beznaděj, bezmoc. Polehávání, snížení aktivity - ztráta sociálních kontaktů, izolace, osamělost, neschopnost sebezpečí, zlost, deprese, nízké sebehodnocení. Ztráta motivace. Tzv. dobré dny cítí dobře, zvýšená námaha vede k bolesti.

Biopsychosociální faktory

Věk, jedinec, pohlaví, nemoc, dg., léčba, psychosociální faktory: aktuální psychický stav, předchozí zkušenost, hospitalizace, rodinné zázemí, finance aj.

8.4.1 ZMĚNY

Somatické

- Změna sociální pozice: ztráta pracovní role, uspokojení a prestiže
- Mění se role v rodině, závislost na péči
- Rodina: nemoc připomíná vlastní zranitelnost, bezmoc, pocit viny
- Nemocný může být za bolest odměňován nebo chování je odmítáno

Psychické změny

- Změna sebepojetí, sebehodnocení a sebeúcty
- Deprese, úzkost, nekritičnost
- Projevují se u pacientů, jejichž bolestivé chování je odmítáno.
- **Důležitou roli sehrává představa o:**
- Ohrožení vlastní budoucnosti.
- Mění se sebepojetí, zhoršuje se sebeúcta a sebehodnocení (psychické změny).
- Každý nemocný přemýšlí o vlastní budoucnosti.

Sociální faktory

- Změna sociální pozice (zaměstnání, rodina,)
- Úzkostní rodiče, partneři a jiní členové rodiny ovlivňují vnímání bolesti
- Sociálně ekonomické podmínky, vzdělání: manuálně pracující a nižší vzdělání náchylnější na bolest a invalidizaci
- Somatické a psychosociální faktory se prolínají
- Chronická bolest je provázená **úzkostí**

8.4.2 BIOPSYCHOSOCIÁLNÍ POJETÍ U CHRONICKÉ NEMOCI

- Nocicepce: mechanické poškození vedoucí k bolesti

- Bolest vede k utrpení (negativní emoční reakce: deprese, úzkost, strach).
- Utrpení: vyúsťuje v bolestivé chování.
- U chron. bolesti se řeší otázka, zda je bolest somatická anebo psychogenní.
- 1. chron. bolest může být ovlivňována kognitivními a emočními faktory.
- 2. poškození sociální a psychické v důsledku bolestivé zkušenosti je stejně zatěžující jako poškození somatické.

Psychologické faktory

- Zážitek z bolesti může být ovlivněn Eysenckovou teorií: extraverte-introverte a neurotičnost – stabilita.
- Úzkostná osobnost může vést k tenzním bolestem, hysterické rysy osobnosti, hypochondrie.
- Posoudit premorbidní osobnost (lepší pochopení bolestivého chování).

Behaviorální faktory

- Bolestivé chování je rozdílné (akutní, chronická forma)
- Chronická b.: snížení fyzické aktivity, polehávání (zpočátku mírní bolest).
- Udržování bolestivého chování: ovlivňují podmínky v práci, doma u lékaře
- Pacient utěšován, věnuje se mu pozornost ze strany rodiny a přátel, lékaře má odlišnou motivaci k léčbě než nemocný jehož bolestivé chování je odmítáno.
- Bolestivé chování je ovlivněno:
- Kulturně, sociálně, sociální normy (věk, pohlaví, etnický původ) považuje za normální.
- Měření bolesti:
- Video, deník (intenzita b., tenze, aktivity, pozice těla, užívání léků).
- Myšlenky směřující přetěžování – snižování aktivity a emoce.

Kognitivní faktory

- Jak pacient zvládne bolest ovlivňuje jeho chování, kognici tj. postoje, představy a názory.
- Důležité je porozumět a pochopit význam bolesti pro zdraví.
- Představy o zvládnání b. jsou ovlivněny kulturně, osobní dispozice, kognitivní zvládací strategie očekávání.
- Pacient vnímá sám sebe jako méně výkonného, náchylnost k frustracím. Pochybuje o vlastní zvládací strategii, bojí se vykonávat denní a jiné aktivity, mají vyšší úroveň stresu, úzkosti, intenzity b., zabývají se somatickými symptomy (př. cvičení).

Sociální faktory

- Mění se sociální pozice: ztráta profesionální role, uspokojení a prestiže
- Mění se role: závislý na ostatních
- Vnímání bolesti ovlivňují úzkostní rodiče, partner, zkušenosti s bolestí v dětství, časté hospitalizace, izolace, změny v sociálním zařazení.

- Sociálně-ekonomické podmínky: rodina a pacient, nižší vzdělání.
- Manuálně pracující fyzická práce-náchylnost ke vzniku chronické bolesti, invalidizace
- Negativní úspěšnost léčby ovlivňují: nezaměstnnost, kompenzační dávky, invalidní důchod, dlouhodobě neléčena chron.bolest.
- U chronické bolesti se somatické a sociální faktory vzájemně prolínají.
- Psychosociální faktor ovlivňuje vznik a modulaci chronické bolesti, může být jejím důsledkem.

8.4.3 PSYCHOSOCIÁLNÍ INTERVENCE U CHRONICKÉ BOLESTI

- Podpůrná psychoterapie
- Dynamická psychoterapie
- Manželská a rodinná psychoterapie
- Skupinová terapie

Kognitivně behaviorální přístup

Techniky

- Kognitivní restrukturalizace: pacient má sklon k negativním myšlenkám, iracionální myšlení, negativní sebepojetí, negativní pohled na svět a budoucnost (beznaděj, smutek, bludný kruh zhoršování příznaků).
- Vysvětlit negativní myšlení. Musí pochopit vztah mezi myšlenkami a emocemi.

Zvládání bolesti stresu

- Edukace, sebeinstruktáž, relaxace, stupňování aktivity, expozice, řešení problémů.
- Vysvětlit dg., příčiny, diagnostika, léčba, vztah mezi stresem, tenzí a bolestí.

Adaptivní pozitivní instruktáž

- Zvládání bolesti a stresu adaptivními myšlenkami
- Př. Já se s tím vyrovnám
- To zvládneš
- Myslím na něco příjemnějšího než na bolest
- Zvládání správným dýcháním a relaxací
- Po zvládnutí: zvládl jsem to, jsem pašák

Relaxace a imaginace

- Pravidelná relaxace snižuje stres, tenzi a bolest, odvracení pozornosti od bolesti, zlepšení spánku.

Zvyšování aktivity

- Předem připravené diáře, kde se zapisují aktivity,
- Nálada, jaká aktivita potěší.
- Plánování činnosti na další den, postupné zařazování činnosti, které netěší.
- Následuje plánování rehabilitace

Strukturované řešení problémů

- Problémy partnerské, pracovní, finanční, neschopnost uspořádat čas, které se objevily před rozvojem bolesti se mohou podílet na jejím rozvoji.
- Popis problému-zvolení problému-zhodnocení jednotlivých řešení
- Cíl zlepšení celkové hladiny úzkosti

8.5 Léčba bolesti

Tlumení bolesti na úrovni nervových drah vedení bolesti:

a) Místní znecitlivění – při diagnostických zákrocích a malých chirurgických výkonech např. při léčbě bolesti zad, bolest trigeminu

b) Přerušování prvního neuronu dráhy bolesti anestézií svodnou nebo epidurální

c) Stereotaktické (prostorově přesně cílené) zákroky na talamických jádrech

d) K zákrokům v oblasti korové se počítá prefrontální lobotomie (přetěti drah vedoucí do kůry) a odsátí mozkové kůry příslušných sensorických oblastí

e) Centrálně působící analgetika

f) Psychologicky

a/ tradiční techniky: hypnóza a relaxační techniky

b/ techniky k zvládnutí akutních bolestí

- Stísnění bolestivých podnětů z jiných analyzátorů (silná hudba, bílý šum)

- Informovat pacienta o bolesti - přiměřeně vzhledem k osobnosti a situaci

- Použití placeba

- Biologická zpětná vazba (biofeedback), např. u migrén informace o napětí svalstva čela pomocí nízkých a vysokých tónů

- Techniky kognitivní kontroly nebo strategie, např. zaměření pozornosti na okolí, nebo na vlastní myšlenky (přemýšlí), somatizování = představa, že některé okruhy jsou znecitlivěny, imaginace pomocí snění vyvolávání příjemných představ, bolest jako vítaná skutečnost, bolesti dát jiný smysl a hodnocení.

c/ techniky k zvládnutí chronických bolestivých stavů:

- Nutno vždy počítat s naučeným chováním pacienta a analyzovat, jak se pacient při bolesti chová, často se u těchto nemocných vyskytuje postoj rezignace a osobní bezmocnosti.

- Vypracování terapeutického programu jehož součástí je úsilí o zvýšení mobility, což vede ke zvýšení tolerance k bolesti.

8.6 Úzkost



DEFINICE

Strach a úzkost jsou emočně zabarvené prožitky, které vyrůstají z pocitu ohrožení. Jedná se o jednu z obranných forem organismu, kdy v pozadí stojí pud sebezáchovy.

Vyplývá ze skrytých vnitřních rozporů, lze nesnadno určit její zdroje. Je nepříjemný prožitek a stav na rozdíl od strachu si neuvědomujeme její bezprostřední příčinu, tedy určitý předmět či situaci, které ji vyvolávají. Je reakcí na tušení a neznámé nebezpečí. Bývá většinou nepříjemnější než strach, neboť očekávání něčeho nepříjemného a neznámého je horší než událost sama.

Úzkost v nemocnici: je bezpředmětná a má ráz neurčitého ohrožení. Úzkost může být i primárním příznakem například u anginy pectoris, akutního infarktu anebo plicní embolie. Častá bývá i při duševních poruchách. Je ovlivněna typem osobnosti (úzkostlivé osoby). Čím větší je úzkost, tím větší nebezpečí jedinec vnímá a reaguje tak větším strachem.

8.7 Somatické a psychické projevy úzkosti

K neznámějším příznakům úzkosti patří:

- Rozčílení a podráždění
- Ustaraný a ustrašený výraz
- Rychlá, překotná, zajímavá řeč
- Roztržitost, tendence k zapomínání
- Nervozita, pocení
- Útlum, strnulost

8.8 Strach

V mnoha případech mají strach a úzkost hlubší příčinu, než je samotná nemoc

1. Nemoc aktualizuje vnitřní rozpory nemocného např. Neschopnost snášet zátěž, dřívější negativní vlivy (strach z lékaře, z odborného výkonu).

2. U dětských a primitivních pacientů může úzkost nabýt panické reakce – zkratkovité jednání (útěk z nemocnice, útok na zdravotníka, suicidální pokusy).
3. Projev fobie
4. Hypochondrie - tyto lidé psychicky velmi trpí.
5. Strach a úzkost se rozvíjejí v somatické oblasti, ale i na neurotickém poli. Zdravotník stále opakuje, že se nemusí pacient ničeho obávat, je nutné mít na paměti, že nelze tyto výroky neustále opakovat. Při silných projevech úzkosti musíme brát v úvahu celou premorbidní osobnost.

8.9 Význam strachu

Kladný význam:

- Varuje před nebezpečím, vyplývajícím z nemoci a zhoršení zdravotního stavu.
- Podněcuje k vyhledávání pomoci.
- Zabraňuje chování jež by nemoc mohla vyvolat (pohlavní nemoc, kouření, alkoholismus, úrazy).

Záporný význam:

- Zatížení organismu druhotnými vegetativními reakcemi (zvýšení tlaku, poruchy zažívání, pocení).
- Strach k vyhledání pomoci – strach z nepříjemných zákroků.

Znesnadnění diagnostiky a léčby:

- Tachykardie – ruší kardiologické a cévní vyšetření, zvýšený svalový tonus vede k ztížení palpaci břicha.

Můžeme se setkat s nadměrným strachem, který je označován jako panický strach. Ten vede ke škodlivým reakcím, ukvapenému neúčelnému jednání. Mnohdy jedinec udělá takové věci, za které se později stydí. Strach vede k mobilizaci organismu, především ke zvýšení tlaku, pocení, poruchám zažívání.

8.9.1 PŘEDMĚT STRACHU

- Bolest
- Ztráta životních možností
- Odloučení od svých nejbližších
- Vzhled

- Nutnost změny způsobu života (vyřazení z dosavadního způsobu života a ze společnosti, obavy ze ztráty vážnosti a života v ústraní)
- Strach ze smrti a umírání
- Strach z léčby (diagnostika, nevhodná atmosféra čekárny, ambulance)
- Strach ze symptomů: příměsí v moči, stolici, kožní změny, hybnost aj.
- Nepříznivá zpráva lékaře, pozitivní výsledek – i tehdy, když nic na sobě nepocítujeme

8.9.2 ZDROJ STRACHU

- Vrozená přecitlivělost na prudší a silnější zevní podněty
- Úzkostlivá hyperprotektivní výchova
- Přehnané zdůrazňování zdravotních rizik (neprochladni, neporaň se, neutop se)
- Vyprávění strašidelných historek (před spaním, nevhodné filmy),strašení lékařem – diagnostikou, léčbou, injekcemi, hospitalizací
- Popisování a vyprávění příhod z diagnostiky a léčby, hospitalizace
- Sdělování nepříjemných zážitků a zkušeností se zdravotníky a léčbou

8.9.3 PREVENCE STRACHU

- Celková harmonická výchova i výchova zdravotní
- Psychologický přístup k nemocným
- Vhodné uspořádání zdravotnického prostředí

8.10 Komunikace s pacientem s projevy strachu a úzkosti

Jednání s pacientem:

1. Základem je psychologická péče: rozptýlení strachu a úzkosti, osobní přítomnost zdravotníka – vlídnost, trpělivost, klid, jednání, kterým získám důvěru pacienta.
2. Rozhovor: dát najevo pochopení, nepohrdáme, nepovyšujeme se, dáme prostor, aby pacient o svém strachu hovořil, tím se uvolní a dochází k úlevě. Úzkost mnohdy pramení z nevědomosti a nedostatečné informovanosti jak o diagnostických tak léčebných procedurách.
3. Správná informovanost vede k redukci strachu a úzkosti. V případě poskytování informací je potřebné vědět, které informace v rámci svých kompetencí poskytne sestra a které lékař.

4. Vhodné zaměstnání redukuje strach: skutečnost je taková, že přes veškerou snahu pacient svoji mysl neodpoutá a obrací svoji mysl stále k potížím. Aktivita jako je vysílání televize, rozhlasu, četba knih pacient moc nevnímá. S velkými problémy se setkáváme u ležících nemocných. Naprostá nečinnost a zákaz pohybu, duševní a fyziologický stav zhoršují.
5. Významnou roli hraje i tzv. psychologie čekárny. Vhodné je objednání pacienta, volba pořadového čísla, zápis do pořadníku, vybavení a vzhled interiéru.
6. Pacienti, kteří patří do rizikové skupiny velmi úzkostných a bázlivých pacientů jednáme se zvýšenou trpělivostí. Jednáme profesionálně, nedáváme najevo nechuť, netrpělivost, rozladění, které v nás projevy strachu zhoršují.

Úzkost strach ovlivňují emoční projevy i celkový průběh onemocnění a zhoršují prožívání bolesti. Doprovázejí po celý život člověka. Mění se jejich forma, intenzita, záleží na okolnostech a věku. Dispozice ke strachu jsou vrozené a dědičné (obsedantní neurózy). Strach a úzkost, které nejsou přiměřené a funkční – se stávají problémem a důvodem terapeutické intervence.

SHRNUTÍ KAPITOLY



Bolest je nepříjemný emoční a smyslový počitek. Bolest je akutní a chronická a má informativní charakter. Tolerance k bolesti je u každého jedince individuální. Úzkost a strach ovlivňují emoční projevy jedince, celkový průběh choroby a zhoršují prožívání bolesti.

DALŠÍ ZDROJE



ZACHAROVÁ, E. Zdravotnická psychologie. 2. dopl. vyd. Praha: Grada, 2017. ISBN 978-80-271-0155-9.

KOLEKTIV AUTORŮ. Základy psychologie II. 4. vyd. Brno: IDVZP, 1985. 200 s.

MOHAPL, P. Vybrané kapitoly z klinické psychologie I a II.. Olomouc: UP, 1990.

SAMOSTATNÝ ÚKOL



1. Napište čím může být ovlivněn percepční práh bolesti.
2. Záporná indukce znamená: člověk má tendenci způsobit si někde jinde větší bolest, aby se mu původní bolest zdála menší. ano – ne
3. Vyberte správnou odpověď
 - a. Strach a úzkost jsou emočně zabarvené prožitky.

- b. Strach a úzkost jsou emočně zabarvené prožitky, které vyrůstají z pocitu ohrožení.
 - c. Strach a úzkost jsou emočně zabarvené prožitky, které vyrůstají z pocitu náhlého ohrožení
4. Strach vede : vyberte správnou odpověď
- a. ke stresu
 - b. k mobilizaci organismu
 - c. k hypochondrii
5. Jaké techniky z psychologického hlediska můžete použít k tlumení bolesti

Řešení příkladu

- 1. emocionální stav, výchova jedince, tradicí
 - 2. ano
 - 3. b
 - 4. b
 - 5. a) tradiční techniky, b) techniky k zvládnání akutních bolestí c) techniky k zvládnání chronických bolestivých stavů
-

9 PSYCHICKÝ STRES, SYNDROM VYHOŘENÍ A CIVILIZAČNÍ CHOROBY

RYCHLÝ NÁHLED KAPITOLY



Následující kapitola se věnuje problematice stresu, který dovede výrazně narušit křehkou psychosomatickou rovnováhu, z čehož pak mohou vyplynout četné duševní a tělesné obtíže. Za nejvýznamnějšího badatele v oblasti stresu je americký fyziolog Hans Selye. Studoval na pražské německé univerzitě.

CÍLE KAPITOLY



Po úspěšném absolvování kapitoly budete umět

- Definovat rozdíl mezi stresem a syndromem vyhoření.
 - Popsat příznaky stresu a syndromu vyhoření.
-

ČAS POTŘEBNÝ KE STUDIU



Jak bylo již uvedeno v předcházejících kapitolách, záleží na vás kolik času budete potřebovat k prostudování kapitoly. Je to kapitola velmi důležitá. Nespěchejte a vydejme se na cestu se šálkem dobrého čaje anebo kávy.

KLÍČOVÁ SLOVA KAPITOLY



Stres – distres – eustres – syndrom vyhoření – adaptační mechanismy – fáze stresu – projevy stresu – autoregulační mechanismy – koncepce chování typ A – typ B – paleta stresorů – prevence

9.1 Definice stresu



DEFINICE

Slovo stres pochází z angličtiny (stress) a znamená zátěž. Ve většině odborných publikací se používá slovo „stres“ ve smyslu „stresové reakce“, tedy ve smyslu odpovědi organismu na podnět (Gregor, 1988, str. 13). Honzák (1955, str. 39), chápe pojem stres, jako reakci organismu na nadměrnou zátěž. Má zásadní význam pro přežití jedince a je proto také bohatě energeticky zajištěna. Americký fyziolog Hans Selye, je považován za nejvýznamnějšího badatele v oblasti stresu, protože jako první začátkem 30. let, zvolil tento termín pro označení nespecifické obranné reakce organismu.

V technickém smyslu slova je slovo „stres“ blízké svým významem „presu“ – lisu, znamená „působit tlakem na daný předmět“, podobně jako působí lis, jenže ze všech stran najednou. V přeneseném smyslu slova – v oblasti věd o člověku – výroku „ býti ve stresu“, můžeme rozumět jako „býti vystaven nejružnějším tlakům“, a proto „ býti v tísní“ (Křivohlavý, 1994, str. 7).

Celá řada autorů se snažila o co nejpřesnější vyjádření (definování stresu). Např. Seley definuje stres jako výsledek interakce mezi určitou silou působící na člověka a schopností organismu odolat tomuto tlaku. Miller uvádí, že stres je extrémní a neobvyklá situace, jejíž hrozba vyvolává významnou změnu chování. Křivohlavý (1994, str. 10), je shrnuje takto: Stresem se obvykle rozumí vnitřní stav člověka, který je buď přímo něčím ohrožován, nebo takové ohrožení očekává a přitom se domnívá, že jeho obrana proti nepříznivým vlivům není dostatečně silná.

9.2 Osobnostní předpoklady pro vznik somatického onemocnění

Osobnostní předpoklady pro vznik somatického onemocnění

Je možno položit otázku proč u jednoho člověka vzniknou neurotické potíže, zatímco u jiného psychosomatické potíže?

Teorie Dunbarové

Došla k závěru, že příčiny (specifický konflikt), které se uvádějí pro vznik psychosomatického onemocnění, sice existují, ale nelze jimi vysvětlit všechna psychosomatická onemocnění. Nachází souvislosti. Mezi osobnostními rysy a následným onemocněním, nemluví jen o jedné příčině = respektuje hledisko etiologické multikauzality.

Teorie Alexandra

Předpokládal existenci specifického výchozího psychogenního konfliktu k určité psychosomatické chorobě.

- potlačovaný instinkt agresivity – má vztah ke kardiovaskulárnímu aparátu

- potlačovaný instinkt po ochraně a osobní závislosti – vede k onemocnění gastrointestinálním
- potlačení instinktu být milován – onemocnění respiratorního traktu

Dle přípravy vegetativního aparátu rozdělil psychosomatická onemocnění na:

1. **Příprava „k boji“:** onemocnění vznikající z hyperiritace sympatického nervstva, což vede k hypertenzi, angině pectoris, migréně, revmatoidní artritidě. Jedná se o nekompenzovanou agresivitu.
2. **Příprava k útěku:** dochází k hyperiritaci parasympatického nervstva, je nebezpečí vzniku žaludečních vředů, kolitidy, bronchiálního astmatu. Hlavní příčinou ovšem zůstává infantilní závislost a potřeba lásky. Alexandrova teorie předpokládá, že se člověk rodí s vegetativně méněcenným orgánem.

9.3 Projevy stresu

- Poruchy spánku, podrážděnost, oslabení pozornosti a schopnosti soustředit se, divné sny
- Problémy s pamětí – hl. zapamatování jmen
- Roste nezáměr o práci, snaha izolovat se od lidí, pocit hrozné samoty
- Klesá pohotovost a rychlost reakcí
- Písemný projev – přepisování, zvyšuje se počet chyb, písmo je méně čitelné
- Z hlediska rétoriky – časté přeríkávání, hůř si vybavuje, silnější téma
- Skvrny na čele, tik
- Extravagantní oblečení
- Snížená, zvýšená chuť k jídlu
- Pocit neskutečnosti
- Ztuhlý člověk

9.4 Fáze stresu

Stres má dvě fáze:

a) Primární:

- Narušení blaha, slasti
- Ztráta, poškození orgánu, nemoc blízké osoby, ztráta práce, očekávání, ohrožení

b) Sekundární: spočívá ve zhodnocení dalšího života, budoucnosti

- Odpověď na otázky co budu dělat, jak to zvládnou, jakou zvolím strategii

1. Navodit změnu ve vztahu já a okolí - změna, aby se člověk cítil dobře, našel si nové zájmy, přátele, udělám změnu v partnerských vztazích, být aktivní k osobě i k okolí.
2. Snaha o autoregulaci - znamená zmírnit stresový prožitek, aby se nenarušila adaptace k okolí.

9.5 Autoregulační mechanismy

Autoregulační mechanismy jsou vlastně obranné mechanismy.

Přiměřená kompenzace – volba takových mechanismů, které nenarušují vztah k okolí ani k osobě

racionalizace: ospravedlnění vlastního chování rozumovými důvody, týká se hlavně chování, které bylo v rozporu s mým přesvědčením

projekce: promítání vlastních nedostatků (přání), na jiné osoby, např. i jiní lidé chybují, mnoho manželství se rozvádí apod.

únik: u dětí útek od problému, u dospělých snížení aspirace (nebudu dělat to, alespoň udělám něco jiného), lež = únik od problému

egocentrismus: zvyšování sebevědomí pomocí aktivit, které upoutávají pozornost, nebo vyžadují zvýšenou pozornost okolí, typické pro hysterické osoby

humor: zlehčování situace a jejího významu, důležité je vnitřní ztotožnění s jinými lidmi, tendence používat humor, kdy se to nehodí (jaloví lidé)

Biologický pohled

Stres vyvolává všeobecný adaptační syndrom, který se projevuje specifickou humorální reakcí.

- V hypofýze dochází k vyplavení hypofyzárních hormonů
- V dřeni nadledvinek dochází k vyplavení katecholaminů (noradrenalinu a adrenalinu)
- Aktivuje se i štítná žláza

Fyziologická komplexní odezva: nastává v organismu tachykardie, zvýšení srdečního výdeje, hyperglykémie, kontrakce sleziny, mydriáza, husí kůže.

Fáze adaptačního syndromu:

Poplachová reakce: v této fázi dochází k aktivaci sympatoadrenálního systému a vyplavení katecholaminů, hypersekreci ACTH a glukokortikoidů

Fáze rezistence: dochází k hypersekreci ACTH, člověk si začíná zvykat. Tato fáze vzniká při opakovaném nebo trvalém působení stresu. Je to největší reakce na zátěž.

Fáze vyčerpání: odolnost vůči stresu výrazně klesá, může dojít k orgánovým změnám. Subjektivně: jedinec pociťuje úzkost, zvýšení psychické i fyzické tenze, zvýšení dráždivosti, pokles sexuálních prožitků.

Stres je v menších dávkách dobrý. Stimuluje organismus k vyššímu výkonu.

Léčba stresu znamená činnost, boj proti stresu !!!

Poruchy adaptačních reakcí se vytváří od útlého dětství, jak dalece byl jedinec vystaven stresovým situacím.

Formy stresu:

- Eustres: stres z příjemného zážitku (výhra, radostná událost)
- Distres: stres z nepříjemných zážitků
- Intermittentní stres: střídá se období klidu a stresové situace (tato forma stresu je nejškodlivější)

Reakce na fázi vyčerpání:

- a) Akutní odezva: nebezpečí vzniku akutního infarktu
- b) Chronická odezva: nebezpečí vzniku žaludečního vředu
- c) Střídavá odezva: dlouhodobé působení střídání období klidu se stresem je nejškodlivější

Problematika stresu – reakce organismu na zátěž. Teorie stresu dle Selyho je dodnes uznávána.

Stres je zátěž, nebo nadměrná námaha.

Psychologický pohled

Je nutné rozlišit stresovou situaci, je to životní situace, která způsobí zátěž (stresor)

- Jsou to činnosti spojené s rizikem, zkouška nebo hodnocení, konflikty převážně sociální, ale i konflikty uvnitř vlastní osoby, fyzikální vlivy.

Hodnocení stresové situace: je velmi individuální, závisí na zhodnocení člověka v konkrétní situaci.

9.6 Paleta stresorů

Distres přináší řadu negativních důsledků jak pro naše zdraví, tak i pro běžnou činnost.

- Vztah charakteristik práce (zaměstnání) a stresu
- Přetížení množstvím práce
- Časový stres
- Neúměrně velká odpovědnost
- Nevyjasnění pravomocí
- Vysilující snaha o kariéru
- Kontakt s lidmi
- Nezaměstnanost
- Hluk
- Spánek
- Vztahy mezi lidmi
- Nesvoboda a pocit bezmoci
- Dlouhodobá napětí
- Omezený prostor



PRO ZÁJEMCE

Doporučuji prostudování palety stresorů v knize od J. Krivohlavého Psychologie zdraví v kapitole 12 Stres.

9.7 Prevence stresu

1. Cestou z práce končíme jednu obtížnou denní periodu.
2. Odložte doma hodinky a nenechte se tlačit časem.
3. Rodinné problémy neřešte mezi dveřmi a na lačno (hypoglykémie zvyšuje dráždivost a agresivitu).
4. Rezervujte si denně 30. min. pro sebe (relaxace, cvičení, udělat pro sebe něco pěkného).
5. Nepřepínejte své síly a možnosti (co lze udělat dnes, je možné obvykle i zítra).
6. Vyhýbejte se nudným a zbytečným povinnostem, z nichž nemáte radost (večírky, akce, návštěvy...).
7. Vyhýbejte se zbytečným konvencím a jednejte asertivně.
8. Naučte se přijímat pravidelně potravu, jezte co nejvíc ovoce a zeleniny, vitamín C , dostatek pitné vody, sledujte svou váhu.
9. Naučte se přijímat a uvolňovat emoce (kulturní zážitek).
10. Naučte se relaxovat, abyste uvolnili kumulované napětí.

9.8 Techniky k zvládnání stresu

A. **Psychologická cesta terapie:** snaha o řešení problému z pohledu druhého člověka

B. **Psychosomatická cesta:**

1. Přímé ovlivnění stresu
2. Relaxace: nácvik správného dýchání – břišní typ dýchání
3. Protistresové dechové cvičení
4. Pravidelné cvičení
5. Autogenní trénink
6. Meditace

9.9 Biobehaviorální teorie nemoci

Biobehaviorální teorie vzniku onemocnění se pokouší specifikovat určitý způsob chování člověka a jeho vztah k onemocnění. Tato teorie spojuje způsob chování, životní styl, stres a nemoc.

Friedman a Rosenman od roku 1950 zjišťovali vztah mezi určitým typem chování a náchylností jedinců k onemocnění koronárních tepen. Autoři diskutují dva základní behaviorální typy: typ A a typ B.

9.9.1 KONCEPCE CHOVÁNÍ PODLE TYPU OSOBNOSTI

Chování typu A

Chování typu A je chování člověka typ moderní doby, tento typ inklinuje ke vzniku ischemické choroby srdeční.

Jedná se o člověka statného, fyzicky i tělesně, ctižádostivého, se silným pracovním zaujetím, věk okolo 50 let.

Základní faktory

Netrpělivost a spěch, zvýšená dráždivost.

Usilovné plnění pracovních povinností.

Nesmlouvavé usilování o něco.

Konkrétní charakterové vlastnosti

- Nikdy se nevzdává, neutíká od problému
- Neláme jej neúspěch, nepřipouští si neúspěch

- Chtějí ovládat a kontrolovat situaci za každou cenu
- Jsou pořádní, plánují dopředu
- Působí dojmem vysokého sebevědomí
- Při zátěži dávají přednost tomu, aby pracovali sami
- Nelze je snadno vyrušit od prováděného výkonu
- Potlačují příznaky únavy, neobjevuje se u nich únik od nemoci, častá disimulace
- Svalová tenze, rychlý a emfatický tok řeči a emocionální reakce (iritace, hněv, hostilita)

Pro typ CHTA má velký vliv prostředí ve kterém žijí, než genetické dispozice. Mají větší sklon ke stresu se všemi somatickými projevy.

1. Lidé, kteří nemají uvedené vlastnosti typu A, se řadí k chování typu B
2. Nejsou náchylní k akutnímu infarktu
3. Jejich chování je relaxovanější, klidné, spokojené, neuspěchané
4. Mají sice rádi úspěch, ale ne za každou cenu
5. Neradi pracují pod časovým nátlakem
6. Mají sklon k depresivním náladám
7. Úspěch je nedeptá jsou méně ambiciózní, draví, orientují se méně na vlastní sebeprosazení

Cílem této studie bylo, aby zdravotníci, kteří přicházejí s nemocnými do styku, vzali v úvahu vliv chování na vznik srdečních onemocnění, a aby lidé s chováním typu A byli informováni a snažili se změnit své chování na typ B a předcházeli tak vzniku srdečních chorob.

Na vzniku stresu se mohou podílet činnosti spojené s rizikem, zkouška, hodnocení. Konflikty především sociální, konflikty uvnitř vlastní osoby, fyzikální vlivy.

Osobnost typu C

Pro popis osobnosti typu C bylo pozorování nemocných na onkologických oddělení. Podle Křivohlavého mají tito lidé určité stálé osobnostní charakteristiky. Často dobře vycházejí s druhými lidmi, nemají vysoké nároky a jsou trpěliví. Málokdy se dostávají do konfliktních situací, vyhýbají se konfliktům. Jejich charakteristickým rysem je potlačování negativních pocitů, především zlosti a agresivity. Trpí pocity bezmoci, beznaděje, jsou konformní a přehnaně ochotní. Tyto charakteristiky, vyhýbání se stresorům a jejich popírání potlačování emocí vede k oslabení odolnosti organismu vůči karcinogenním vlivům.

Osobnost typu D

Pacientů se srdečním s pesimistickým "Type D" osobnost může být zvýšené riziko budoucích kardiovaskulárních problémů. Nový typ.

Američtí vědci analyzovali data z více než 6000 pacientů, v 49 studiích, které vypadaly na spojení mezi srdcem a psychické zdraví a typ D osobnost, která se vyznačuje tím, negativní emoce, pesimismu a sociální inhibice.

Analýza ukázala, že srdce u pacientů s Typ D osobnosti měl trojnásobně zvýšené riziko pro budoucí kardiovaskulárních potíží, jako je onemocnění periferních tepen, angioplastika nebo s CABG, srdeční selhání, transplantace srdce, srdeční infarkt nebo smrt.

Vyšší úroveň úzkosti, podráždění a depresivní nálady napříč situacemi a časem, aniž by sdíleli tyto emoce s ostatními, protože mají strach z nesouhlasu.

Typ D osobnost předpovídá (nemoc a smrt), u těchto pacientů, nezávisle na tradičních zdravotních rizikových faktorech."

D osobnost má tří-násobné zvýšení dlouhodobého rizika psychických stavů - deprese, úzkost nebo špatné duševní zdraví.

Náchylnost k prožívání negativních emocí, strach a obavy, které nedávají najevo. Většinou se cítí pod tlakem, v napětí, jsou plaší, drží se v ústraní, vyhýbají se velkému množství kontaktů. Potvrzení KVS.

9.10 Syndrom vyhoření – Burnout

DEFINICE



Definice: syndrom vyhoření je psychologický syndrom emočního vyčerpání, citové stažení (odosobnění) a ztráta důvěry v osobní výkonnost, který se může objevit u osob, jejichž profesí je práce s lidmi.

První zmínky o syndromu vyhoření byly publikovány v USA 1974 – 1975 (H.J. Freudenberger).

9.10.1 PŘÍČINA

1. Individuální faktory

- Zvyšující se nároky na sebe
- Neschopnost požádat druhé o pomoc
- Souhrnná zátěž i v soukromí
- Stres
- Konfliktní napětí aj.

2. Pracovní a organizační faktory

- Nátlak sociální role
- Nedostatek autonomie
- Absence sociální podpory
- Monotónní rutina aj.
- Akutní pracoviště – vysoké znalosti špičkové medicíny
- Specifické stresující faktory
- Práce ve směnách
- Přesčasy
- Akutní příjmy
- Těžké stavy nemocných
- Časté umírání

9.10.2 FÁZE SYNDROMU VYHOŘENÍ

Akutní i chronická (průběh trvá i několik let)

1. **Nadšení:** sestra přichází do zaměstnání s určitými ideály, jak bude pomáhat nemocným, s plným nasazením a přesvědčením, že bude poskytovat kvalitní ošetrovatelskou péči. Je ochotna pracovat nad rámec svých pracovních povinností.
2. **Stagnace:** očekávané nadšení a motivace časem otupí, sestra slevuje ze svých ideálů, začíná ji unavovat požadavky nemocných. Vyhýbá se kontaktů s nemocným a přesouvá viny za problémy na pacienty.
3. **Frustrace:** sestra začíná prožívat zklamání a deziluzi ze své profese.
4. **Apatie:** sestra dělá jen nejnutnější práci, vyhýbá se komunikaci s nemocným, s ostatními pracovníky, vyhýbá se dalšímu vzdělání.
5. **Vyhoření:** sestra se vyhýbá profesním požadavkům.

9.10.3 PROJEVY SYNDROMU VYHOŘENÍ

1. Psychické symptomy

- Ztráta schopnosti radovat se, těšit se, pro něco se nadchnout, pokles pracovního nasazení, ztráta schopnosti empatie a pocit zodpovědnosti.
- Nechuť a lhostejnost ve vztahu k práci, instituci, společnosti a životu vůbec
- Pochybnosti o sobě, negativní postoj k sobě samému

- Emocionální problémy – podrážděnost, agresivita, nervozita, netrpělivost
- Únava vyčerpání, pití, abusus drog, chybění zájmů až po vývoj těžké deprese a jiných psychických poruch

2. Tělesné symptomy

- Porucha spánku
- Porucha chuti k jídlu, zvýšená náchylnost k nemoci
- Psychosomatické obtíže

Prevence

- Seznámení zdravotníků s pojmy syndrom vyhoření a stres a jak jim předcházet na pracovišti – zkvalitnění komunikace, organizace práce
- Zkvalitnění organizace práce
- Zlepšení pracovních podmínek, vztahů, hodnocení
- Vzájemná podpora pracovního týmu, výměna názorů, zkušeností
- Spravedlivé finanční ohodnocení
- Rozpis služeb

!!! ohrožen je i pacient

9.10.4 PREVENCE SYNDROMU VYHOŘENÍ

1. Ovládejte své myšlenky, pocity a chování.
2. Když si začnete s něčím dělat starosti, přinuťte se uvažovat o užitečných věcech a buďte rozhodní.
3. Pokud vás něco znervózní, zhluboka dýchejte a vědomě se uvolněte.
4. Na svou vzniklou situaci se podívejte očima jiného člověka, abyste pochopili, jak jste se do stresu dostal
5. Soustřeďte se na to, čeho si na druhých nejvíce vážíte a pochvalte je za to. Nelichote jim, ale vyjádřete pochvalu, kterou si zaslouží.
6. Naučte se rozpoznávat a přemáhat negativní, zhoubné uvažování.
7. Naučte se říkat ne, když nemáte dost síly a váš časový plán nedovoluje dost síly a váš časový plán vám nedovoluje přijmout další práci.
8. Každý den se zabývejte nějakým tělesným cvičením.
9. Jedněte s druhými s úctou, snažte se je podnítit k tomu, aby projevovali své nejlepší povahové rysy.
10. Udržujte si smysl pro humor a optimistického ducha.
11. Své pracovní problémy nechávejte na pracovišti.

12. Co máte udělat hned neodkládejte na zítřek.

9.10.5 MOŽNÉ TERAPEUTICKÉ POSTUPY

- Počáteční fáze - kratší přestávky v práci – kratší dovolená
- Změna oddělení
- Přejít do jednosměnného provozu
- Zkrácení pracovní doby
- Zdravá životospráva
- Sport – procházky, jízda na kole, tanec, cvičení
- Naučit se odpočívat, když jsme unaveni (naučit se poslouchat potřebám svého těla)
- Mít dobré přátele a nejen spolupracovníky
- Dobré mezilidské vztahy, sociální podpora
- Mít své hobby – dělat něco jen pro své potěšení
- Dál se učit a vzdělávat
- Nebát se změn, brát změny jako výzvy
- Jednat jako aktivní činitel a ne jako oběť události
- Stanovit si dosažitelné cíle
- Schopnost projevit emoce a humor
- Zdravotník by si měl uvědomovat hranice samoléčení a vyhledat odbornou pomoc, když potřebuje



PRŮVODCE TEXTEM

Trápí vás syndrom vyhoření?

1. Když si v neděli odpoledne vzpomenu na to, že zítra zase musím do práce, nestojím už za nic.
2. Kdybych měla možnost odejít do důchodu (předčasného, invalidního), udělám to hned zítra.
3. Nesnáším už spolupracovníky, ty jejich stále stejné řeči jsou k nevydržení.
4. To jak mne dráždí spolupracovníci, není nic proti tomu, jak mne dokážou vyvést z míry pacienti a jejich příbuzní.
5. Práce s lidmi mě už ubíjí, vysáváme síly.

PSYCHOHYGIENA ZDRAVOTNÍCKÉHO PRACOVNÍKA

6. Za poslední 3 měsíce jsem odmítla účast na vzdělávacích kurzech, seminářích konferencích aj.
7. Svou práci zvládám „levou rukou“ myslím, že mne už nic nemůže překvapit.
8. své práci se těžko dozvím ještě něco nového.
9. Na konci pracovního dne bývám unavena tak, jako bych těžce fyzicky pracovala.
10. Mám pocit, že už jen málo věcí, ze kterých se dokážu opravdu radovat.

Odpovězte ANO - NE

9.10.6 PREVENTIVNÍ OPATŘENÍ NA PRACOVIŠTI

1. Skupinový systém péče, kdy sestra má na starosti nejvýše dva pacienty.
2. Limitování doby, po kterou je sestra určena k práci na JIP, jinak v její práci začne dominovat necitlivá rutina.
3. Přirozeným zájmem vedoucích pracovníků všech stupňů o personál, o jeho problémy a požadavky.
4. Dostatek volna pro relaxaci sester. Zkrácení směn.
5. Na vysoce exponovaných JIP a ARO by rozhodně neměl chybět psycholog nebo psychoterapeut k zvládnutí psychické zátěže personálu.

9.11 PSYCHOHYGIENA ZDRAVOTNÍCKÉHO PRACOVNÍKA

Dlouhodobé působení pracovního stresu má za následek zhoršující se pracovní výkonnost a může mít vliv i na bezpečnost na pracovišti a přispívat ke zdravotním problémům.

Mezi vybrané zdravotní potíže a onemocnění spojené s vlivem stresu, které lze bolesti hlavy, zad, nadměrné pocení, vysoký krevní tlak, infarkt, mozkovou mrtvici, alergii, cukrovku, poruchy příjmu potravy, nadváhu, obezitu nebo nechutenství, zažívací potíže, nadýmání, zácpu, průjem, žaludeční vředy.

Obecně též je větší náchylnost k infekčním nemocem a celkové oslabení imunitního systému. Zdraví je nepochybně jednou z největších hodnot lidského života. Jedním z aspektů lidského zdraví je duševní zdraví. O duševní zdraví pečuje psychohygienu, která se vymezuje různými způsoby.

Za základní kritéria duševního zdraví považujeme tyto aspekty:

- Realistické pojetí sebe sama, sebeakceptaci, seberealizaci.
- Vnitřní integraci založenou na jednotném pojetí světa a sebe sama, i svého místa na světě (smyslu života).

- Relativní nezávislost na vnějším prostředí a jeho zvládnání.

Záhladní chyby kterých se v souvislosti se stresem dopouštíme

- Neposloucháme tělo. Tělo vysílá varovné signály, které ignorujeme.
- Neodpočíváme, „nestiháme“, nemáme čas na přátele a koníčky, podceňujeme relaxaci;
- Nekomunikujeme, nesdělujeme (naznačujeme, očekáváme), nejsme asertivní, jsme ve stresu důsledkem interpersonálních konfliktů s blízkými lidmi.

Cílem je proto prevence těchto jevů. Zaměřují se především na prevenci z pohledu pracovníka samotného.

V zásadě lze možnosti prevence shrnout opět do tří základních oblastí:

- Dodržovat zásady psychohygieny – sebepoznání, vyjadřování emocí, pozitivní myšlení, spánek a relaxace, životospráva a přirozený pohyb, asertivita v komunikaci a time-management.
- Svě práci přemýšlet v pozitivním kontextu, chodit rád do práce, hledat dobré stránky a motivy, setkávat se s lidmi na stejných nebo podobných pozicích, měnit pracovní stereotypy. Neobklopovat se lidmi, kteří ubírají energii, a nesnažit se měnit lidi kolem sebe.
- Dodržovat jistou vyváženost mezi: prací, svým seberozvojem (záliby, vzdělávání, příjemné aktivity), rodinným životem a přáteli.

Z pohledu zaměstnavatele lze hlavní opatření sloužící k prevenci a omezení stresu na pracovišti:

- Lepší vymezení náplně pracovních míst, požadavků, pravomocí, zodpovědnosti.
- Posílení oboustranné komunikace se zaměstnanci a zlepšení jejich informovanosti, prevence konfliktů anebo jejich včasné a objektivní řešení.
- Úprava pracovního prostředí (nevhodného prostorového uspořádání, nepříznivého osvětlení, hluku), které může znemožňovat dostatečnou koncentraci na práci, zdokonalení výběru a rozmístování zaměstnanců s cílem snížení výskytu osobních konfliktů, nespokojené seberealizace, neprofesionality a nedostatečné spolupráce.
- Změny ve vedení lidí, především častější, ale i lépe poskytované hodnocení, možnost zaměstnanců podílet se na rozhodování a řešení pracovních problémů.
- Úprava režimu pracovní doby umožňujícího lepší rovnováhu mezi pracovním a mimo-pracovním životem, např. Zvýšit důraz na pravidelný výběr dovolené.
- Tréninky manažerů a dalších zaměstnanců zaměřené na podporu efektivní komunikace, plánování a hodnocení pracovního výkonu, produktivního řešení konfliktů, management času a využívání pracovní doby.

9.12 TYPY PSYCHOHYGIENY

Sebepoznání

Jde o nesnadný a víceméně celoživotní proces, který je základem sebevýchovy a seberozvoje. Začneme-li na sobě pracovat sebepoznáním, jedině tak jsme schopni reálně vnímat svoje nedostatky a rezervy, být otevřenější zkušenostem. Potvrzuje se i souvislost mezi sebepoznáním a poznáváním druhých.

Způsoby sebepoznání

1. Introspekci – sledování svých vnitřních pocitů, pohroužení se do sebe, sebepozorování.
2. Pravidelnou registraci a úvahu – ve smyslu pravidelného např. večerního hodnocení svých aktivit, příčin jednání, průběhu i následků. Dle Kříže [6] tato sebereflexe vede k posilování sebevědomí i svých kvalit v souvislosti s vlastními omezeními a limity, které můžeme akceptovat i překračovat.
3. Deník – ve smyslu písemné verbalizace pocitů, postojů, může jít o věcnou analýzu, nebo zásobník nápadů, registrace prožitků. Nikdy není pozdě začít psát.
4. Poznávání sebe sama prostřednictvím jiných lidí – důležitým zdrojem informací jsou postřehy a poznatky, které se o sobě záměrně či nezáměrně dozvídáme ze sdělení druhých. Jedna z cest je i říkat si o zpětnou vazbu i o kritiku.
5. SWOT analýzu – metoda známá manažerům, patří obecně mezi metody tvůrčí práce. Jde o vytyčení silných a slabých stránek, svých nadějí a obav, reálných či nereálných.

Autoregulace emocí

Vyjadřování emocí je jednou ze zásadních potíží při komunikaci. Důvodů může být několik. Potlačování pocitů od dětství, vliv výchovy - např. rodiče příliš emoce nedávali najevo, vrozené vlastnosti temperamentu, obava z odhalení vlastní zranitelnosti, slabín, vytváření obran proti zklamání. Při potlačování pocitů dochází k zatajování dechu. Tělo má menší přísun kyslíku a vzápětí reaguje zrychleným dýcháním, to pak vede k napětí ve svalech.

Možnosti zvládnání emocí

- Vztek a agresivita – fyzická aktivita (sport, namáhavá tělesná práce, bouchnutí do stolu, křik do zdi), vypsání negativních pocitů na papír.
- Špatná nálada – autosugesce příjemné nálady, kontakt s pozitivními lidmi, udělat si radost.
- Strach a tréma – relativizace (když nejde o život), verbalizace pocitů, posilování sebevědomí, princip expozice (vystavování se náročným situacím), přivykání na základě cvičení, dobrá příprava na výkon.
- Překonávání silných afektů – odvedení pozornosti jinam, „rozchodit“ a „rozdýchat“, napočítat do 10, odejít a zůstat chvíli sám, představit si protějšek v nějaké „veselé situaci“, napít se pomalu vody, nic neřešit hned, kromě záchrany života nic nerozhodovat.

Spánek

Spánek je přirozený psychosomatický stav, provázený poklesem a útlumem psychické i fyzické aktivity, dochází k oddělení aktivity mozku od vnější reality, probíhají v něm různé druhy mentálních aktivit, především snění. Nejde o plynulý stav, ale různá stádia.

- Dodržovat správný a pravidelný rytmus spánek – bdění, dodržovat spánkovou hygienu vůbec (pravidelná doba, stejná postel, chladná teplota, nepřejídat se, ne alkohol, ne prášky na spaní...).
- Znat svou výkonnostní křivku – ranní typ (skřivan) X večerní typ (sova), ranní ptáčata mají nejvíce energie ráno a po 17 hodině nastává útlum, tudíž by si měla nejobtížnější práci dávat na dopoledne. Noční ptáci zakoušejí největší příliv energie odpoledne nebo večer. Tyto zásady souvisí i s time managementem, znalost a využívání výkonnostní křivky šetří čas i energii.
- Nepodceňovat psychologický význam snu – snění je dle Černouška pokládáno za významného duševně-hygienického činitele, který napomáhá k udržení optimální duševní rovnováhy. Dle Freuda jsou sny královskou cestou do nevědomí, projevují se zde nesplněná přání sexuální či agresivní povahy, která jsou zahalena v symbolech. Jung viděl ve snech základní poselství z nevědomí, které nechceme vědomě přijmout, nebo mohou mít kompenzační funkci. Teorií je řada, např. opakující se sny mohou předcházet onemocnění. Snění přispívá k řešení problémů, ve spánku dochází k třídění, přemísťování a ukládání informací do paměti. Důležité je si uvědomit, že informace ve snu má význam a může vést k sebepoznání.



SHRnutí KAPITOLY

Schopnost zvládat stres je považována za jednu z nejvýraznějších známek duševního zdraví. Nemoc je způsobena souhrou mnoha faktorů. Je pravděpodobné, že stres je jedním z nich. Stres může působit na negativní změnu zdravotního stavu buď přímo či nepřímo. Burnout je výsledkem selhání při hledání smyslu života. Může být buď mimořádně bolestivým a tíživým zážitkem, nebo se dá překonat, pokud se s ním moudře zachází. Může být prvním krokem ke zlepšení podvědomí o tom, kým jsme a obohatit naše podvědomí o to, co je být člověkem. Lidé, kteří zvládli syndrom vyhoření, pokračují dál lepším a plnějším životem. Významné místo zaujímá duševní hygiena.



DALŠÍ ZDROJE

KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie nemoci*. 1. vyd. Praha: Grada, 2002. ISBN 80-247-0179-0.

KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie zdraví*. 2. vyd. Praha: Portál, 2003. 278 s. ISBN 80-7178-774-4.

MASOPUST, J., TVRDÁ, V., LIBIGEROVÁ, E. Syndrom profesionálního vyhoření. *Ošetřovatelství*. 1999, 1, s. 15–24.

MOHAPL, P. *Vybrané kapitoly z klinické psychologie I a II*. Olomouc: UP, 1990.

VYMĚTAL, J. *Lékařská psychologie*. 3. aktual. vyd. Praha: Grada, 2011. ISBN 80-7178-740-X.

VYMĚTAL, J. *Lékařská psychologie*. 3. aktual. vyd. Praha: Grada, 2011. ISBN 80-7178-740-X.

ŘEŠENÁ ÚLOHA



Trápí Vás syndrom vyhoření?

Možné odpovědi ANO – NE. Za každou kladnou odpověď jeden bod.

0–2 body: syndrom vyhoření vám nehrozí

3–5 bodů: potřebujete více pozitivní podpory okolí, ale i více osobních zájmů a činností mimo práci, vedoucích k uvolnění a snížení stresu (sport, koníčky, přátelé). Možné ohrožení syndromem vyhoření

6–8 bodů: pokud změna životního stylu nepomůže, uvažujte o změně v zaměstnání (přeřazení na jinou práci, jiné oddělení, jiný časový rytmus apod.). Možná přítomnost syndromu vyhoření.

9–10 bodů: vyhledejte co nejdříve odbornou pomoc

SAMOSTATNÝ ÚKOL



1. Doplňte správné odpovědi:

- a) stres z příjemného zážitku
- b) střídá se období klidu a stresové prevence
- c) stres z nepříjemných zážitků

2. K jednotlivým fázím adaptačního syndromu dopište pořadí v jakém probíhají:

Fáze rezistence fáze vyčerpání poplachová reakce

3. Biobehaviorální teorie vzniku onemocnění se pokouší specifikovat určitý způsob chování člověka a jeho vztah k onemocnění: ano - ne

4. Burnout znamená:

- a) únavový syndrom
- b) syndrom vyhoření
- c) stres

5. Syndrom vyhoření popsal:

- a) H. Selye
- b) Friedman

c) Freudenberg

6. Syndrom vyhoření se projevy symptomů: doplňte

Řešení příkladu

1. a) eustres b) intermitentní stres c) distres

2. fáze rezistence 2, fáze vyčerpání 3, poplachová reakce 1

3. ano

4. b

5. c

6. a) psychické symptomy b) tělesné symptomy



NÁMĚT NA TUTORIÁL

Vyhledejte v doporučené literatuře paletu stresorů, které jsou příčinou distresu.

10 PSYCHOLOGICKÝ PŘÍSTUP K NEMOCNÝM S ONKOLOGICKÝM ONEMOCNĚNÍM

RYCHLÝ NÁHLED KAPITOLY



Zatím je nejasné, zda psychologické faktory mají vliv na vznik a rozvoj rakoviny. Pohled na teorii vzniku rakoviny je mezi psychology rozdílný. Evansová: onkologický pacient je takový, který veškerou svou psychologickou energii vložil do interpersonálního, či věcného vztahu (k rodině, k práci), jestliže se tento vztah nějak zhatil (úmrtí, ztráta práce), člověk tuto situaci nezvládl, rezignoval – po určité době došlo ke vzniku onkologického onemocnění. Shann: čtyřstupňový model:

1. V raném mládí frustrace, sociální deprivace dítěte.
2. V adolescenci navázání intenzivního vztahu k osobě nebo k práci.
3. Vztah se hroutí, šok, zoufalství.
4. Zoufalství přetrvává, život ztratil cenu a do 2 let se objevuje nádor.

Bahnsón: osobnost se sklónkem k onkologickému onemocnění, potlačuje úzkost, hostilitu a konflikty.

Dlouhodobá a terminální onemocnění:

Nejčastěji jde o pacienty po akutním infarktu, s poruchami srdečního rytmu, selhávání činnosti ledvin, paraplegiky a nemocné s poruchou hybnosti, hemofiliky, často se zde řadí i nemocní s onkologickým onemocněním.

Důvody problematického života:

1. Jsou dlouhodobě ohroženi možností smrti.
2. Musí se smířit s tím, že již nebudou úplně zdraví a budou žít s defektem.
3. Jejich další život je omezen samou nemocí a léčebnými zásahy, jsou závislí na zdravotnickém personálu.

CÍLE KAPITOLY



Po úspěšném absolvování kapitoly budete umět

- Definovat rozdíl mezi onkologickým a terminálním dlouhodobým onemocněním.
- Definovat pojmy thanatologie, euthanasie.



ČAS POTŘEBNÝ KE STUDIU

K prostudování této kapitoly budete potřebovat jednu hodinu.



KLÍČOVÁ SLOVA KAPITOLY

Adaptace – terminální onemocnění – izolace – agrese – deprese – akceptace - thanatologie

10.1 Pojetí smrti v ontogenezi

Představa dětí o smrti souvisí s jejich věkem, úrovní mentálních schopností (inteligencí) a zkušenostmi, které se s mrtví získaly (např. úmrtí blízkého příbuzného, domácí zvíře). Konceptualizace smrti je ovlivněna rodiči, souvisí se sociokulturní úrovní rodiny (vzdělání, hodnotová orientace). Vlastní smrt v představách dospělých je charakterizována:

- a) Nevratností
- b) Univerzálností
- c) Zástava životních funkcí

10.1.1 VÝVOJ POJETÍ SMRTI U DĚTÍ AŽ DO DOSPĚLOSTI

1. **Děti ve věku do tří let:** nerozlišují mezi živým a mrtvým. Děti v tomto období vyžadují přítomnost dospělé osoby, na které je dítě zvyklé. Dítě často projevuje separační úzkost.
2. **Děti ve věku od tří do šesti let:** počínají rozlišovat mezi živým a mrtvým. Mrtvé je spojeno s nehybností a spánkem. Pro toto období je charakteristické setkání se smrtí v pohádkách a vyprávěních. Neberou je osobně, protože se jich to netýká, považují se za nesmrtelné. Děti mívají nesoulad mezi verbálním projevem a pojmovým chápáním (vím, babička zemřela, proč mi nepřišla dát dobrou noc). Smrt zvířat vnímají jako nehybnost. Magické myšlení, představa o proměně jedné skutečnosti ve druhou. Dítě je těsně vázáno na rodiče, separační úzkost.
3. **Děti ve věku od šesti do deseti let:** postupně a nerovnoměrné chápání smrti jako něco nevratného, konečného, nevyhnutelného. U menších dětí bývá přejímána představa smrti z pohádek a vyprávění (smrťka, kostra). Jejich vztah ke smrti je distancovaný, neosobní. Děti chápou souvislost zástavy životně důležitých funkcí a konce. Důležitá je osobní zkušenost se smrtí (úmrtí blízkého příbuzného).
U dětí vážně nemocných se nedostavuje strach ze smrti. Je to dáno absencí abstraktního myšlení, vývojem vlastní identity.

- 4. Od počátku dospívání do dospělosti:** pojem smrti se vytváří postupně a diferencovaně. Strach ze smrti se dostavuje jak dítě a mladý člověk „vnitřně“ osamostatňuje a vnímá sebe jako autonomní individualitu. S nástupem abstraktního myšlení si člověk vytváří představu a pojem smrti postupně až do dospělé podoby se třemi charakteristikami (univerzálnost, nevratnost, konečnost). Představy smrti jsou různorodé, je to dáno úrovní prožívání a fantazie.
- 5. Dospělí lidé:** mívají smrt spojenou s neznámem, nebytím, prázdnotou, nicotou, úzkostí nebo klidem a pokojem. Časté jsou i představy a myšlenky o dalším pokračování existence (reinkarnace, splývání s univerzem).

Strach ze smrti

Strach ze smrti je běžným fenoménem. Člověk se stává osamělý a v situaci ohrožení smrtí, se dostavuje úzkost, strach z neznámého, stěží nachází oporu sám v sobě. Lidé žijící málo obdařený život, je představa smrti zcela nepatřičná. Taktéž strach ze smrti je dán i jejím tabuizováním. „Odmalička“ bychom se na ni měli připravovat (Vymětal, 2003).

Se smrtí je spojený strach ze smrti blízkých lidí. Často bývá přítomná obava a v představě i smutek ze ztráty někoho, na kom nám záleží. Pro pozůstalé, kde je těsná vazba, může pro pozůstalé život ztrácet smysl. Strach ze smrti nejbližších je spojen s vlastní bezmocností, nejistotou, obavami z toho, že budeme svědky utrpení, kterému nebudeme moci zabránit. Strach ze smrti je lidským a nevyhne se ani zdravotníkům. Je zdrojem psychické zátěže.

10.2 Adaptace nemocného na terminální onemocnění

- 1. Období šoku:** vzniká při zjištění nemoci. Nemocný si klade otázku, proč se to stalo právě jemu, toto stadium trvá několik dní.
- 2. Popření a stažení se do izolace:** tato fáze bývá významná u nemocných, kteří nemají subjektivní potíže, myslí si, že jde o omyl, který se nakonec vysvětlí. Toto stadium trvá asi 14 dní.
- 3. Období zloby, hněvu či agrese:** je hostilním projevem, nemocný závidí zdraví rodinným příslušníkům nebo zdravotníkům, prožívání životní krize, pocit nespravedlnosti a křivdy.
- 4. Období smlouvání:**
 - Na racionální úrovni: začíná vést komunikaci, která je smlouváním o čas, ptá se, zda má šanci dožít se významných událostí v rodině.
 - Na iracionální úrovni: hledá domnělou vinu, jíž se dopustil a slibuje si, že kdy ji odčiní, dojde v jeho nemoci k zásadnímu obratu. Časté je vyhledávání léčitelů, rady, obrat na víru a sektářství.

5. **Deprese:** přetrvávání racionálních potíží provinění, ty jsou postupně nahrazovány uvědomováním ze ztráty všech životních hodnot. Člověk nesmí zůstat sám a opuštěn.
6. **Akceptace skutečnosti:** nemocný dospěl k poznání právního stavu věci a smířil se s ním.

typy afektivního ladění: důstojný klid, rezignace nebo zoufalství, určitá aktivita v uspořádání svých záležitostí.

Všechna období vyrovnání se s nevyléčitelnou nemocí jsou doprovázena pacientovou nadějí na zlepšení stavu. Pokud se tato naděje vytratí, znamená to, že v blízké době nastane smrt.

Je třeba předpokládat individuálnost průběhu v závislosti na povaze onemocnění i osobních vlastnostech nemocného.

Mnohem často se fáze zloby, hněvu, deprese i smlouvání opakují a prolínají.

Adaptace na terminální onemocnění dle Křivohlavého:

Stadia psychické krize těžce nemocného pacienta:

1. Výkřik
2. Popření
3. Intruze
4. Vyrovnání
5. Smíření

10.3 Umírání a smrt

S možností resuscitovat člověka vznikají studie o výpovědi lidí, kteří překročili práh smrti. První ucelenou studii uskutečnil švýcarský alpinista Heim koncem devatenáctého století, který sbíral zážitky těchto lidí:

1. Uvědomění si situace, anticipace vlastní smrti.
2. Prožitek jakoby panoramatického přehlednutí dosavadního života
3. Mír, vize nadpozemské krásy se zvuky.

Dále se touto problematikou zabýval Noyese z r. 1971 z jeho studie vyplývá:

1. Rezistence – situace je doprovázena úsilím zachovat si život, akceptace smrti.
2. Rozštěpení osobnosti – jedinec jakoby vystupoval z vlastního těla, nahléd na vlastní život.
3. Transcedence – pocit sounáležitosti se světem. K nejznámějším patří studie Moodyho z r. 1975. Své výsledky publikuje v knize **Život po smrti**, ve které shrnul:

- Obtížnost až nemožnost popsání zážitků
- Zaslechnutí výroků konstatující smrt
- Pocit míru, klidu, blaha
- Vnímání různých zvuků
- Cesta tunelem
- Opouštění vlastního těla
- Setkávání se s dříve zesnulými
- Fenomén světla
- Panoramatické vidění vlastního dosavadního života
- Hranice nebo předěl – brána, plot, hranice
- Návrat – spojen s pocitem stezku
- Vliv zážitků na vlastní další život – zájem o filozofii, přemýšlení
- Nový náhled na smrt – mizí strach ze smrti

10.4 Zásady psychologické intervence u nezvratně nemocných

Je důležité, aby se moderní **thanatologie** věnovala i nadále pozornost těmto psychickým stavům, protože může mít pozitivní význam v psychologické přípravě nemocného na smrt. Mnoho laiků se domnívá, že smrt musí být spojena s utrpením.

Zásady psychologické intervence u nezvratně nemocných:

- Stále častěji dochází k úmrtí v nemocnici – institucionilizace smrti. Řada výzkumů ukazuje, že mnohem silnější než strach ze smrti je strach z bolesti a strach ze situace, že člověk zůstane sám a opuštěný, odkázaný na pomoc druhých lidí.
- Klíčovou otázkou je, zda má být pacient informován o blízkosti své vlastní smrti – tabuizování smrti.
- Je zcela na lékaři, nakolik sdělí pravdu a jakým způsobem.
- Informování nemocného by mělo být ku jeho prospěchu, aby se nemocní mohli stát aktivními spolupracovníky.
- Informace by však neměla být vnucována, pokud ji pacient odmítá přijmout.
- Podání informací musí být přísně individualizováno, přihlíží se k osobnosti nemocného, k povaze jeho onemocnění.
- Pravda musí být podávána „po kapkách“.
- Zdravotnický pracovník má lhát co nejméně.
- Důležité je nemocnému ponechat naději.

Podle Křivohlavého co je při psychologické pomoci nezvratně nemocným a umírajícím nejdůležitější .

- a) **Naděje:** poukázat na hodnotu, jakou má nemocný pro svoje blízké. Naděje může být reálná i u prokázaných zhoubných nádorů.
- b) **Laskavý doprovod:** nenechat pacienta osamocené a tlumit práh jeho bolesti. Vrtochy pacienta je potřeba tolerovat. Dát najevo svou lidskou účast mimikou. Laskavost a soucit musí mít své meze.
- c) **Posilování adaptačních schopností:** doporučení nemocnému, aby si udělal plán, co chce ještě stihnout.

10.5 Hlavní stadia procesu umírání

Hodně pozornosti bylo v minulém století a nyní věnováno procesu a dynamice poslední fáze života. V této oblasti nejznámější práce E. Kúbler – Rosové „O smrti a umírání“ z roku 1969. V této knize se snažila autorka vytipovat celkem pět hlavních stadií tohoto procesu.

1. stadium: popření faktu a stažení se do izolace
2. stadium: zloba
3. stadium: smlouvání
4. stadium: skleslost (u pacientů starších 9 let)
5. stadium: přijetí skutečnosti

Povědomí o tom, ve kterém stadiu se nachází pacient, s kterým chceme komunikovat, je podstatně důležitým faktem pro pochopení jeho psychického stavu, jeho zájmů, postojů, obav a nadějí.

10.6 Zásady vedení rozhovoru s nemocnými v poslední fázi života

Většina lidí nebere skutečně vážně smrtelnost.

Většina nemocných si v určité fázi nemoci přeje o těchto otázkách hovořit. Buďte citliví k očím pacienta, které hledají pomoc a udělejte si čas, buďte trpěliví a pozorně naslouchejte. Jsou pacienti, kteří vyžadují raději přítomnost než rozhovor.

K pacientovi přistupujeme pozvolně. Do osobního kontaktu vstupujeme nenásilně, záměrně stále stupňujeme míru osobního sblížení. Přistupujeme s úctou a respektem. Používá-li zdravotník v komunikaci s pacientem odmítavá gesta, úšklebky, mávnutí ruky, štítlivé odtažení, výraz obličeje s pohrdavým pohledem, ruce v bok, ironie v hlase, skákání pacientovi do řeči,

používání odborné terminologie – jedná se o devalvační projev. Společně se radujeme s pacientem, necháme pacienta vykřičet, vyplakat. Můžeme se k pacientovi přidat.

Při sdělování čisté pravdy postupujeme individuálně. Pokud pacientovi nic neřekneme, mnohé vyposlechne z toho, co se děje v okolí. Vypozoruje mnohé z verbálních projevů, z chování zdravotnických pracovníků, příbuzných a známých. Pozor na falešné předstírání, kterým dáváme najevo, že „to nic není“. Pacient velmi brzy vycítí naši neupřímnost a dochází k zhoršení jeho emocionálního stavu. Je vhodné naznačit, že zdravotní stav je vážný. Jestliže nemocný uslyší slovo vážný dochází k šoku. Vyslovením slova vážný, by nikdy nemělo znamenat beznadějný. Pokud člověk žije naděje trvá, pomáhá burcovat sílu podporující život, které je zapotřebí v boji s nemocí. Kromě toho lidem v terminálním stadiu tlumočíme klid. Uklidňovat může ten, který je sám klidný. Vnitřní klid zdravotník se projevuje neuspěchaností, rozhodností, jasnou slovní formulací toho, co se má udělat s klidně pronesenými slovy.

V terminálním stadiu nemoci je nejdůležitější:

- a) Naděje
- b) Laskavý doprovod
- c) Posilování adaptační schopnosti

10.7 Hlavní zdroje strachu pro zdravotníka

Vlastní smrtelnost a smrtelnost našich blízkých: s tímto faktem je potřeba se vyrovnat, umírající pacient nám tuto skutečnost připomene.

Pocit selhání ve spojení s bezmocností: lékaři vnímají tuto situaci, neuvědomují si vlastní nedostatečnost, která vyvolává pocit viny. Dojem „už se nedá nic dělat“ nepřináší úlevu. Strach ze smrti bývá vědomý a neuvědomovaný.

Vědomý strach ze smrti je člověku zřejmý. Lékaři se lépe starají o pacienty. Pravdivé uvědomění smrti se dostává pod naši rozumovou kontrolu.

Neuvědomovaný strach jde o všeobecnou úzkost, s kterou se vyrovnává pomocí psychologických obraných mechanismů.

Postoje zdravotníků ve vztahu k umírajícím

Minimalizování a vyhýbání se kontaktu: u pacientů dochází k sociální smrti dříve než biologické. Jde o přirozenou, spontánní a obrannou reakci.

Objektivizace: s umírajícím se zachází jako s věcí. Péče o psychiku člověka je opomenuta.

Únik do nadměrné činnosti-hyperaktivity: zajišťuje se celá řada věcí, i když je zřejmé, že je to marné. Pro zdravotníka je důležité, aby reflektoval svou vlastní konečnost.

Péče o vážně nemocné v domácím prostředí

Je realizovatelná pokud se blízké osoby o pacienta chtějí, umějí a mohou postarat. Potřebují v mnohém pomoci, potřebují odbornou pomoc a podporu, v péči se musí mnohému naučit, průběžně musí být motivováni.

Péče o vážně nemocné v hospici

Zajišťují pacientům a jejich blízkým důstojnou a hluboce lidskou poslední fázi života tím, že jsou ve vlídném a vstřícném prostředí, kde jsou naplňovány jejich psychologické, tělesné, sociální a duchovní potřeby.

10.8 PSYCHOLOGICKÁ PÉČE O UMÍRAJÍCÍ A BLÍZKÉ OSOBY JEJICH ŽIVOTA

Základem je dobrá ošetrovatelská péče a udržování pokud možno nejvyšší kvality života, zajištění fyzické pohody (tlumení a odstranění bolesti aj.). Současně se uskutečňuje psychologická péče o umírající a blízké osoby, ať pacient umírá v domácím prostředí nebo v nemocnici. Péče o umírající má svá specifika v jednotlivých vývojových stádiích.

Psychologická péče o umírající děti

Situace je zatěžující a obtížná. Smrt přichází příliš brzy, život odchází dřív než se stačil rozvinout. Dětská nevinnost, odkázání na péči druhé osoby, která jakoby byla odpovědná za předčasný odchod.

Nejmladší děti a děti mladšího školního věku nemají pojem o smrti, celou situaci vnímají jako obavy z odloučení od rodiny a zvláště matky (separační úzkost). U větších dětí lze zachytit obavu z bolesti.

Zásady psychologické péče

Zajistit přítomnost minimálně jednoho rodiče

Ptá-li se dítě na konec života, je důležitá forma jak s ním mluvíme. Hovoříme o smrti klidně, vyrovnaně, že jde o něco co je samozřejmé, týká se všech. Dítě musí vědět, že ho nebude nic bolet, že ho neopustíme.

10.9 Psychologická péče o rodiče umírajících dětí

- Vidí osobní zájem a kvalitní práci zdravotního personálu
- Vysvětlit rodičům situaci, příčiny a další okolnosti
- Nechat rodičům průchod jejich negativních emocí
- Umožnit rodičům rozloučit se s dítětem

- Při hospitalizaci umožnit ošetřování dítě rodiči
- Rodiče musí vědět, že pro dítě udělali sami maximum
- Zajistit dostatečný odpočinek doprovodu dítěte

10.10 Psychologická péče o umírající dospívajících

Je dána specifika tohoto období. Pro toto období je charakteristické, že dospívající chápe smrt s různou intenzitou a hloubkou, jako něco reálně existujícího, definitivního, nezvratného a univerzálního co se jej v daném okamžiku týká osobně (Vymětal, 2011).

Zásady péče

- Zajistit přítomnost rodičů, umožnit kdykoliv návštěvy
- Podle zdravotního stavu zajistit pozitivní podněty (poslech hudby, četbu aj.), snažit se vyhovět přáním
- Otevřeně komunikovat a odpovídat na dotazy
- Podporovat kontakty s vrstevníky
- Na přání zprostředkovat návštěvy duchovního, který se zabývá umírající mládeží

Psychologická péče o rodiče

Platí stejná pravidla jako u dětí. V případě nedorozumění mezi rodiči a dítětem, je žádoucí usmíření.

10.11 Psychologická péče o umírající dospělé

I u dospělých je důležitá otázka věku, intelektu a zkušenosti umírajícího. Zaskočení bývají mladí lidé a středního věku. Trápí se nezaopatřenými dětmi, nedokončenou, důležitou práci. U starších lidí je konec života přirozený. Smrti se neobávají lidé, že uzavírají svůj život jako naplněný, s dobrými meziosobními vztahy, především u dětí a vnoučat. Jako vysvobození ji mohou brát lidé, kteří delší dobu trpí fyzicky. Klidnému umírání brání pocit osamělosti, opuštěnosti, boj o život, kdy na smrt není připraven, neakceptuje ji a nerozloučil se s příbuznými (Vymětal, 2011).

Psychologická péče o pozůstalé

Pozůstalí by se měli postupně vyrovnat s úmrtím blízkého člověka a na prvním místě jde o rodinnou záležitost. Psychologická intervence je nutná v případě výskytu zdravotních obtíží nebo abnormálního chování.

Náhlé a nečekané úmrtí, reakce rodiny:

- Šok
- Pokus popřít skutečnost, posléze její připuštění a přijetí

- Truchlení a oplakávání
- Vyrovnání a smíření se ztrátou “vykročení dopředu“

Očekávané úmrtí, reakce rodiny

Členové rodiny se mohli na odchod blízkého člověka připravit. Obtíže vznikají v důsledku celkové psychické a fyzické vyčerpanosti. V případě poskytování delší péče může nastat dekompenzace somatického stavu. V případě dlouhodobého utrpení bývá smrt prožívána jako úleva a vysvobození. Mohou nastat pocity viny, zda skutečně poskytli kvalitní péči. U pozůstalých se můžeme setkat s protražovanou depresí a larvovanou (somatizovanou) depresí, která souvisí s reakcí na úmrtí, v případě, že nebylo doprovázeno truchlením a oplakáváním. Důležité je aktivně naslouchat, empatický a chápavý postoj. Vymětal (2003) uvádí, že v praxi se můžeme setkat s osočováním příbuzných, že úmrtí blízkého člověka zavinili, něco opomenuli anebo nedostatečně pečovali.

Odchodem manžela nebo manželky trpí staří lidé. Špatně se na novou situaci adaptují. Ne-najdou-li nový smysl života, umírají po ztrátě partnera do dvou let. Starým lidem věnujeme pozornost. U vdovců zajistit jídlo, pití, teplo, čisto a společnost.



SAMOSTATNÝ ÚKOL Č. 1

Vyhledejte v odborné literatuře zásady doprovázení umírajícího.

Vyhledejte v odborné literatuře zásady psychologické péče o blízké osoby.



SHRNUTÍ KAPITOLY

V současné době nejsou známy psychologické faktory, které se podílejí na vzniku rakoviny. Je nutné zaměřit se na především na psychologický přístup k pacientům.



DALŠÍ ZDROJE

KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie nemoci*. 1. vyd. Praha: Grada, 2002. ISBN 80-247-0179-0.

MOHAPL, P. *Vybrané kapitoly z klinické psychologie I a II.* Olomouc: UP, 1990.

RAUDENSKÁ, J. a JAVŮRKOVÁ, A. *Lékařská psychologie ve zdravotnictví*. Praha: Grada, 2011.

VYMĚTAL, J. *Lékařská psychologie*. 3. aktual. vyd. Praha: Grada, 2011. ISBN 80-7178-740-X.

VYMĚTAL, J. *Lékařská psychologie*. 3. aktual. vyd. Praha: Grada, 2011. ISBN 80-7178-740-X.

SAMOSTATNÝ ÚKOL Č. 2



1. Vysvětlete pojmy: thanatologie
2. E. Kübler-Rosová se zabývala:
 - a) problematikou stresu
 - b) prožitky lidí, kteří byli ve stadiu klinické smrti
 - c) vypracovala pět stadií umírání
3. K uvedeným stadiím dopište pořadí (1-5):

Stadium zloby, stadium smlouvání, stadium popření faktu a stažení se do izolace, stadium skleslosti, stadium přijetí skutečnosti

Řešení příkladu

1. thanatologie: nauka o umírání
 2. c
 3. Stadium zloby 2 , stadium smlouvání 3 , stadium popření faktu a stažení se do izolace 1, stadium skleslosti 4 , stadium přijetí skutečnosti 5
-

11 PSYCHOLOGICKÝ PŘÍSTUP K NEMOCNÝM S INTERNÍM ONEMOCNĚNÍM



RYCHLÝ NÁHLED KAPITOLY

Vliv nemoci na psychiku člověka je zřejmý při mnohých onemocněních v interní medicíně. Největší pozornost z pohledu spojení s psychickými činiteli vyvolávají nejčastější diagnostikované choroby, jsou kardiovaskulární onemocnění, především akutní infarkt myokardu. Vědecké výzkumy prokázaly psychogenní podmíněnost onemocnění u ischemické choroby, žaludečních a duodenálních vředů, astma bronchiale aj.



CÍLE KAPITOLY

Po úspěšném absolvování kapitoly budete umět

- Definovat rozdíl psychosomatické příčiny interních onemocnění.
 - Definovat biobehaviorální pohled na vznik onemocnění akutní infarktu, vředové choroby žaludku, astma bronchiale.
 - Vysvětlit rozdíly v přístupu k nemocným podle druhu onemocnění.
 - Vysvětlit v čem spočívá psychologický přístup v péči o dialyzované pacienty.
-



ČAS POTŘEBNÝ KE STUDIU

Celkový doporučený čas k prostudování této kapitoly je tři hodiny.



KLÍČOVÁ SLOVA KAPITOLY

Biobehaviorální – akutní infarkt – vředová choroba – astma bronchiale – hypertenze – koncepce chování typu A – typu B – úzkost – deprese - strach – psychické obranné mechanismy – hypochondrický - dialýza – transplantace - adaptace

11.1 Ischemická choroba srdeční

Ischemie: nekróza části srdeční svaloviny.

Projevuje se: bolestí za hrudní kostí, pocity nevolností, nauzeou, sekundární ztrátou vědomí, v noci má pocity úzkosti a neurčitého strachu.

Rizikové faktory = osobnostní předpoklady

Zdravotní: 1. hypertenze

2. hladina cholesterolu

3. nikotinismus

Psychické: 4. větší konzumace alkoholu

5. vysoká hmotnost

6. malá tělesná aktivita

7. antikoncepční preparáty u žen

8. psychologické a sociální vlivy: stres, negativní citové projevy,

9. psychologické vlivy bývají vyvolávající

Osobnostní předpoklady pro onemocnění akutního infarktu

Koncepce chování typu A a D charakteristika je uvedena v kapitole stres.

Pro CHTA má velký vliv prostředí, ve kterém žije, než genetické dispozice. Má větší sklon ke stresu se všemi somatickými projevy.

Tato typologie byla dost kritizována, protože mnoho rysů typu CHTA je pro normální život důležité. Jsou charakteristické pro vysoce civilizovanou společnost, kde zaujetí pro práci je velkou předností.

11.2 Hypertenze

O hypertenzi hovoříme je-li krevní tlak vyšší od 160/95, u nás má zvýšený TK, nyní až 50 % obyvatel. Z medicínského pohledu dělíme hypertenzi na:

a) **primární hypertenze:** příčina nebývá zjištěna

b) **sekundární hypertenze:** symptomatická, následek jiného onemocnění, např. gestóza

Primární hypertenze

Je patrně multikauzálně podmíněna

Příčiny:

- Dědičnost, temperamentní a konstituční předpoklady
- Vlivy vnitřního prostředí - výživa, humorální vlivy v pubertě, jaký byl průběh
- Klimakteria, nebo těhotenství
- Vlivy zevního prostředí - fyzikální: ekologie a psychické: stres a afekt

Příznaky:

a) objektivní

Svalová vlákna a cévy jsou nahrazována vazivem, klesá pružnost cév, hlavně periferních (ledviny, mozek, oční pozadí)

Zvýšené ukládání cholesterolu

Tepny jsou dráždivější a jsou náchylné k spastickým reakcím

b) subjektivní

- Bolest hlavy
- Bušení ve spánkách
- Svíravá bolest za prsní kostí

Psychologické vlivy:

1. Je – li agresivita, nebo nepřátelské jednání potlačováno.
2. Jedinci se musí rozhodovat pod tlakem a z toho pramení úzkost.
3. Určité rysy osobnosti mají sklon k perfekcionismu (přehnaná čistota, systematickosti), potřeba lásky.
4. Pracovní přetížení (volba práce na kterou nestačí).
5. Zatěžující životní situace.

Terapie:

- Člověk by měl odreagovat agresivní sklony hlavně fyzickou aktivitou, vyhýbat se termínové práci
- Autoregulačně setřít zvýšenou zodpovědnost = rozbor dosavadního způsobu života (může provádět i sestra)
- Změnit škodlivé návyky (postupně, ne najednou)
- Neslaná dieta

11.3 Vředová onemocnění

Vředový defekt na sliznici trávicího traktu vzniká nadměrným působením pepsinu a HCL.

Příčiny:

emoční zátěž – prvořadý je dlouhodobý stres, prvním projevem jsou funkční změny gastrální neuróza (nechutenství, pocit těžkého žaludku, pálení žáhy, bolest žaludku), teprve pak nastupují organické změny.

Osobnostní profil: člověka se sklonem ke gastrálním onemocněním: gastrální typ člověka

1. Konflikt mezi být závislý a nebýt závislý – touží být milováni, chtějí být závislí, ale tato touha nemá odezvu, nebo naopak tuto touhu potlačují hrdostí, samostatným a nezávislým postojem k životu.
2. Jsou velice závislí na druhé osobě, tato touha není uspokojena, trpí nedostatkem péče.
3. Sklon k hypochondrii a hysterii.
4. Bývají submisivní(podrobiví) – komplex méněcennosti, únikové tendence.
5. Genetické dispozice – tito lidé mají sklon k hypertenzi, ale mají pomalejší srdeční činnost, a nehrozí u nich infarkt myokardu.

11.4 Astma bronchiale

Pravidelné či nepravidelné záchvaty dušnosti způsobené spasmem bronchů, sliznice je oteklá a překrvená, zvýšená sekrece hlenu - typická pro dětský věk.

Příčiny:

- Alergické – nepřiměřená imunologická reakce organismu
- Nealergické – psychické vlivy

Příčiny u dětí:

psychické

- Dostavují se po citovém vzrušení, dítě si umí i astma bronchiale vyvolat, snaží se na sebe upozornit
- Únik do nemoci
- Problémy s adaptací na prostředí
- Pocity méněcennosti, kompenzace snahou vyniknout

Kompenzační hypotéza (koncipována v 60 letech)

1. Kompenzace psychických i somatických odlišností:

Obranný mechanismus proti přetížení, citovému nátlaku

2. Výraz potlačení závislosti na matce:

Astmatický záchvat v podstatě supluje pláč, který je potlačen a dítě si tak uvolňuje emocionální tenzi. Astma bronchiale vyvolává u matky větší péči o dítě. Ve světě učili děti plavat a měli úspěch.

3. Výsledek vztahu matka + dítě:

Výchova matky je příliš náročná, klade dětem vysoké cíle, k výkonu dětí bývají nekritické, dítě nestačí požadavkům a uchyluje se k astma bronchiale.

4. Přecitlivělost na špínu a nečistotu:

Nesnáší různé pachy, ale jsou přecitlivělí i na „nečisté vztahy“ mezi lidmi. Astma bronchiale je u nich chápán jako forma protestu proti vnějšímu světu (nebo proti sobě samému). Pokud se astma bronchiale vyskytlo v dětském věku a nebyla potvrzena alergická příčina, zpravidla v dospělosti mizí.

Psychologičtí činitelé mají významnou souvislost s respiračními chorobami, které vyvolávají změny osobnosti nemocného člověka.

11.5 Uplatnění psychologie ve vnitřním lékařství

Existuje souvislost mezi přetrváváním silných nebo dlouhodobých negativních emocionálních podnětů a konfliktů a vznikem chorob. Nejčastěji je to dlouhodobé působení strachu, úzkosti, napětí, deprese, které mohou komplikovat průběh nemoci i léčby.

V interním lékařství se setkáváme s chronickými pacienty, kterým schází sebedůvěra, pocit užitečnosti, klesá motivace k léčbě, schází tendence k aktivní spolupráci při rehabilitaci v rekonvalescenci.

Dlouhodobá konzervativní léčba vyžaduje trpělivost nejen ze strany nemocného, ale i ze strany zdravotníků. V průběhu léčby dodáváme sebedůvěru, učíme je žít s chorobou, postupně připravujeme na změněné životní podmínky, posilujeme důvěru v účinnost léčby.

11.6 Psychologická problematika nemocných s akutním infarktem myokardu

Akutním infarktem myokardu jsou postiženi především muži. Hlavním projevem onemocnění je bolest, která se nazývá stenokardie. Z psychologických projevů se setkáváme s dušností, neklidem, které vedou k úzkosti a strachu ze smrti. Většina pacientů volá pozdě zdravotnickou pomoc. Pravděpodobným důvodem je popření příznaků s cílem redukovat úzkost a strach ze smrti. Jedná se o emocionální odezvu na pocíťované obtíže. Při příjezdu na koronární jednotku se setkáváme s výraznou úzkostí, která je způsobená bolestí, dušností, strachem ze smrti, celkovou tělesnou slabostí a vynucenou pasivitou. Na koronární jednotce během prvního dne hospitalizace díky léčbě mizí tzv. **psychické obranné mechanismy typu popření** (neadekvátní, nepřiměřené chování nemocných jsou např. euforičtí, erotizují vztah k sestře). Po třech až čtyřech dnech se začnou projevovat obavy a depresivní nálada, která souvisí s budoucností. Nemocný začíná:

- Přemýšlet o budoucnosti
- Přemýšlí o délce života
- Má starost o pracovní uplatnění
- Obavy ze sexuální potence
- Obavy z intimního života
- Je pesimistický

Jedná se o reakce na reálný stav a ohrožení sebepojetí. Intenzivní deprese se projevuje třetí až čtvrtý den hospitalizace, poté se depresivní stavy sníží a ke zvýšení dochází v domácím prostředí po propuštění. Poměrně málo se setkáváme s reakcí pacienta, který se na sebe hněvá a klade si otázku proč „právě já“.

11.7 Období rehabilitace

V tomto období se setkáváme s horší spoluprací, uplatňují se psychické obrané mechanismy – popření současného stavu a vede to k tomu, že nemocný nedodržuje režimová opatření. Dále se můžeme setkat v menším zastoupení i s hypochondrickými pacienty a úzkostně depresivními. Tito pacienti mají problém s přiměřenou aktivizací.

Pro nemocné po infarktu je charakteristické:

- Typická úzkost
- Strach ze smrti
- Popření
- Depresivní prožívání
- A opět popření

Druhá méně častá alternativa:

- Hypochondrický – úzkostně – depresivní nemocný.

Uvedené stavy a procesy se střídají. Průběh závisí i na vnějších okolnostech (vliv přátel, příbuzných).

11.7.1 ZÁSADY PŘI PŘEKLADU NEMOCNÉHO Z KORONÁRNÍ JEDNOTKY

V praxi se setkáváme s nemocnými, kteří masivně popírají svůj zdravotní stav a to především tehdy, jsou-li svědky úmrtí spolupacienta na pokoji. Tito jedinci propadnou panice, která přechází ve stav bezmocnosti a strachu z vlastní smrti.

V případě překlady nemocného z koronární jednotky na oddělení se můžeme setkat s reakcí pacienta v podobě subdeprese a obav, že nebudou mít již tak kvalitní péči jako na akutním pracovišti. Je důležité každého pacienta před překladem vhodně vedeným rozhovorem na tuto okolnost připravit. Dále je vhodné, když nemocného zpočátku na oddělení navštíví ošetřující personál z koronární jednotky.

Psychický obranný mechanismus představuje pokus o popření či redukci strachu a úzkosti před smrtí, jímž se nemocný vyrovnává s ohrožující náročnou životní situací, má stránku pozitivní i negativní. Negativní stránka se objevuje v přednemocniční péči, kdy nemocný volá lékaře pozdě a asi padesát procent pacientů umírá v prvních dvou hodinách po vzniku infarktu. V akutní fázi na koronární jednotce ulehčuje mechanismus popření snášet svůj stav. Potom nemocného opět ohrožuje, protože nemocný nemoc nezpracuje a infarkt je komplikující onemocnění s recidivou a zamezuje tak racionálnímu přístupu k rehabilitaci a léčení. Komplikuje se tak postoj k nemoci, které je onemocněním na celý život.

11.7.2 PSYCHOLOGICKÉ VEDENÍ NEMOCNÝCH

Podmínkou je vytvořit dobré pracovní společenství s cílem dosáhnout pacientovu důvěru a zároveň se stáváme pro něj autoritou, kdy nás nemocný tzv. „bere v úvahu“ a my představujeme pro něj bezpečí a jistotu.

V akutní fázi:

- Hovoříme a objasníme stav nemocného a jeho pocity.
- Umožníme ventilovat negativní pocity a prožitky.
- Při kvalitativní poruše vědomí a stavech zmatenosti situaci vysvětlíme spolupacientům.
- Při návratu vědomí pomůžeme získat orientaci (klidně, vlídnými, jednoduchými větami sdělíme co se stalo a uklidníme jej, že je vše v pořádku).

V další fázi:

- Vysvětlíme význam rehabilitace, režimových opatření, změnu životního stylu.
- Nutné je zaměřit se a vysvětlit postoj nemocného a hodnotové orientace.
- Spolupráce s rodinou, kdy nemocným se stává celá rodina
- Vhodné je začlenit nemocné po infarktu do svépomocných patientských skupin, kde mohou rozvíjet a upevňovat „zdraví sloužící návyky!“

11.8 Psychologie nemocného na dialýze

Cílem dialyzační léčby je úspěšně dialyzovaný pacient, který nemá komplikace, cítí se v psychické pohodě a je schopen vést svůj „nový život“ jako před onemocněním anebo se k němu přiblížit. Ani v dnešní době neumíme říci jak dlouho život s umělou ledvinou potrvá. Mortalita

dialyzovaného pacienta je 5-10x vyšší ve srovnání s normální populací. Aby se zlepšil osud nemocných v dialyzačním programu, docílíme toho tak, že je nemocný včas zařazen do dialyzačního programu. Nutná je i včasná dispenzarizace nemocných s renální insuficiencí v nefrologických poradnách.

Věková struktura nemocných na dialýze byla dřív do 55 let. Nyní je věk pacientů vyšší a to proto, že se zvýšil počet satelitních středisek a může se tak dialyzovat více nemocných.

11.9 Fáze, kterými prochází nemocní po zahájení dialýzy

1. **Fáze překvapení:** (dle Lenyho – líbánky) nemocný si uvědomí, že životně důležitý orgán je nahrazen. Po přechodném období euforie se může objevit deprese. V této fázi nejvíc nemocného ovlivní jak je podrží rodina a kvalita edukace v nefrologické poradně.
2. **Fáze rozčarování a psychické dekompenzace:** dialýze je nenáviděna, přinesla ochranu, diktuje a omezuje nemocného prostorově a časově a je zdrojem dalších subjektivních potíží.
3. **Fáze dlouhodobé adaptace:** nejdelší, poslední, nemocný usiluje o akceptaci spoutaného života.

Jednotlivé fáze se opakují, objevují se při závažných komplikacích, při neúspěšné transplantaci a v životní krizi. Rozhodující vliv má sestra, která může ovlivnit pacienta pozitivně či negativně. Sestra nahrazuje nemocnému předcházející ztracené vztahy. Nemocný si uvědomuje, že sestra mu umožňuje přežít, na straně druhé vyžaduje od nemocného poslušnost, dodržování režimových opatření (dieta, omezení pitného režimu, vyšetření a docházka na pravidelnou dialýzu). Sestra nutí nemocného do polohy zdravého, ale i nemocného. Podle toho je reakce pacienta. Nemocný reaguje tím, že je hodný, smířený anebo konfliktní, nesmířený.

11.10 Vliv dialýzy na prožívání nemocného

Většina nemocných se bojí dialýzy z důvodů:

- Noví nemocní mají strach před našitím arteriovenózní fistule (bojí se bolesti a neznámého).
- Prvotní dojem na dialýze není příjemný.
- Vidí nemocné, některé i v devastovaném stavu – šedá, popelavá kůže, unavení pacienti.
- Většina nemocných se upne k transplantaci, ale ne k dialýze, většinou podceňují význam dialýzy.

Bohužel řada nemocných potlačuje rizika transplantace, pro něj má transplantace význam, že nemusí docházet na dialýzu. Po transplantaci je zvýšeno riziko výskytu maligních a infekčních onemocnění. Řada z nich se domnívá, že transplantovaná ledvina je „nekonečná“, bohužel

funkce graftu (transplantovaná ledvina) je 5-10 let. V případě neúspěšné transplantace se setkáváme s depresivními stavy u transplantovaných.

Aby byla dialýza co nejefektivnější měla by být zahájena včas. Optimální by bylo pro pacienta, kdyby docházel na dialýzu každý den na kratší dobu. Každodenní dialýza je pro organismus fyziologická. Bohužel pacienti si přejí chodit na dialýzu co nejméně a strávit na dialýze co nejkratší dobu.

11.11 Práce sestry na dialýze

Sestry, které pracují na dialýze jsou po dobu několika let v častém kontaktu s nemocnými. Práce, kterou vykonávají je náročná nejen po stránce psychické, ale i fyzické. Na sestru jsou kladeny vysoké nároky z **oblasti**:

- Vzdělávání – náročné technické vybavení, manipulace se složitými přístroji.
- Vysoká odpovědnost.
- Chybí emoce, které provází pocit z uzdravení.
- Prolomují bariéry sociální distance – po několika letech dialýzy nemocní sestry neakceptují, neposlouchají.

Pro dobrou prognózu nemocných je potřebné, aby byli nemocní zařazeni do dialyzačního programu včas a aby se snížilo procento nemocných, kteří přicházejí k dialýze tzv. „z ulice.“ Jedná se o pacienty, kteří onemocněli náhle, anebo choroba probíhá bezpříznakově nebo je lékařem nepoznána.

V oblasti poskytování informací nešetříme slovem, informace podáváme opakovaně po celou dobu terapie.

11.12 Psychosociální problematika dialyzovaných

- Chronické selhání ledvin a dialyzační léčba, představují pro pacienta náročnou životní situaci, s trvalým stresem. Zvládání stresových situací stojí pacienta hodně sil.
- Maladaptivní jednání, které se projevuje např. zlostnými výbuchy, depresí, agresivitou, špatnou spoluprací. Důvodem tohoto chování je nezvládání stresových situací.
- Chronické onemocnění mívají častokrát střídavý charakter. Jsou i chronické onemocnění, která jsou vážná. K nim řadíme např. kardiovaskulární choroby, různé druhy rakoviny, selhání ledvin aj. S chronickým onemocněním se musí jedinec vyrovnat a onemocnění jej může dostat do stresu.
- V průběhu choroby dochází ke změnám fyzickým např. zhoršení pohybu, tak psychickým. Jde o kognitivní problémy a negativní emocionální zážitky
- Nemocný často na své onemocnění myslí.

- Dialýza ovlivňuje veškeré oblasti lidského života. Onemocnění ovlivňuje pacienta po stránce fyzické, psychické, ale také i sociální.
- Pacient s chronickým onemocněním, nezůstává sociálně izolován, často přichází do kontaktu se zdravotnickými pracovníky, žije v manželství, má vlastní rodinu, má kontakty se spolupracovníky a s dalšími lidmi v období volna.
- Uvedené sociální vazby jsou chronickým onemocněním ovlivněny.

11.12.1 STRES U DIALYZOVANÝCH

- Stresujícími faktory s chronickým onemocněním ledvin a s jinými chorobami jsou:
nejistá budoucnost, strach ze smrti, úprava zevnějšku, bolest aj..
- Stresující faktory specifické pro dialyzační léčbu:
léčba, závislost na přístrojích a středisku, personálu, omezení příjmu tekutin, žízeň, sucho v ústech, úbytek energie, svědění kůže, snížení diurézy, poruchy spánku, časová náročnost léčby, dietní opatření, ztráta tělesných funkcí (močení, sexuální aktivita, zvýšená agresivita, neustálá hrozba smrti aj.).
- Významným stresorem je zhoršení zdravotního stavu a přidání dalšího dialyzačního dne.
- U většiny pacientů dochází k výkyvům ve zdravotním stavu.
- Hůř se plánují společné aktivity. Nejbližší příbuzní nikdy neví, zda se jejich příbuzný vrátí z dialýzy v pořádku, anebo nastanou komplikace a nemocný zůstane hospitalizován v nemocnici.
- Mnozí z nich prožívají stres, nejistotu, obavy a úzkost, které se projevují i při jakémkoliv změně zdravotního stavu jejich příbuzného.
- Dalšími projevy mohou být strach, beznaděj a zoufalství. Někteří si představují možný konec života, obávají se ztráty nejbližšího.
- Po stabilizaci zdravotního stavu pocítují úlevu na přechodnou dobu, dokud nedojde k dalším komplikacím.
- Příbuzní mohou vnímat stres z nárůstu agresivity příbuzného, změnou jeho chování, z nedostatečné komunikace, snížením ekonomických příjmů, omezení společenského života apod.

11.12.2 PSYCHOSOCIÁLNÍ PROBLEMATIKA DIALYZOVANÝCH SENIORŮ

- Starší nemocné trápí nejistá budoucnost, časté hospitalizace, ztuhlost kloubů a doprava do dialyzačního centra.
- Pacienti starších padesáti let jsou stresory fyziologické povahy, únava, svědění kůže, napojování, křeče, nevolnost, zvracení.
- Prožívání dialyzovaných pacientů je ovlivněno věkem.
- Mladí lidé zařazení do dialyzačního programu vnímají dialýzu jako omezující, ochuzující.
- Většina z nich stojí na prahu pracovní kariéry, mají představy o svém životě, chtějí cestovat, realizovat své představy a plány, založit rodinu.
- Senioři nejsou schopni vykonávat běžně domácí činnosti např. práce v domě, zahradničení, kutilství, vytrvalostní sporty apod. Jak již bylo zmíněno, dochází k poklesu sexuální aktivity a ke křečím.
- Pro ženy je stresující změna zevnějšku, každá žena se chce líbit nejen sama sobě, ale i svému okolí, omezení je i ve způsobu oblékání, ztuhlostí kloubů, nevolností a zvracením, dopravou do dialyzačního centra
- Dialýzu vnímají, že jim „vše vzala“ je omezující a stresující. Nejlépe se adaptují lidé středního věku. Většina z nich dosáhla pracovní kariéry, založili rodinu, mnozí jsou i ekonomicky zabezpečeni. Mají méně konfliktů, prožívají život intenzivněji a pokojněji.
- Pro seniory jde o novou, bolestivou proceduru s řadou omezení, komplikacemi, které v průběhu dialýzy vznikají. Mnozí z nich si kladou otázku, kdy „to skončí“, „nemá to cenu.“
- Vnímání stresu na dialýze je ovlivněno i pohlavím. Muže stresuje omezení v zaměstnání, většina z nich odchází do invalidního důchodu.



SHRNUTÍ KAPITOLY

V současné době přibývá pacientů s akutním infarktem. Příčinou jsou především nesprávný životní styl, nedostatek fyzické aktivity, obezita, novým rizikovým faktorem je i deprese. Na řadě vzniku civilizačních onemocnění se podílí psychosomatický stav. Zdravotník by měl znát spouštěcí mechanismy onemocnění, měl by umět odhadnout osobnost a charakterové vlastnosti a na základě tohoto by měl v rámci edukace, svých kompetencí pacientovi poradit.

DALŠÍ ZDROJE



HALUZÍKOVÁ, J., BŘEGOVÁ, B. a kol. Ošetrovatelství v nefrologii. Praha: Grada, 2019. ISBN 978-80-247-5329-4.

KŘIVOHLAVÝ, J. Psychologie nemoci. 1. vyd. Praha: Grada, 2002. ISBN 80-247-0179-0.

MOHAPL, P. Vybrané kapitoly z klinické psychologie I a II. Olomouc: UP, 1990.

SCHŮCK, O. A KOL. Nefrologie pro sestry. 1. vyd. Brno: IDVPZ, 1994. 213 s. ISBN 57-855-9.

VYMĚTAL, J. Lékařská psychologie. 3. aktual. vyd. Praha: Grada, 2011. ISBN 80-7178-740-X.

NEZAPOMEŇTE NA ODPOČINEK



Prostudovali jste si náročnou kapitolu a nyní si na chvíli odpočíte. Pokuste se použít některou z relaxačních technik, kterou jsme si uvedly v kapitole stres.

SAMOSTATNÝ ÚKOL



1. Podle biobehaviorální teorie nemoci mají sklon k ischemické chorobě srdeční lidé podle koncepcí chování typ A nebo typ B ?
2. Nemocný po AIM má čtvrtý den obavy a depresivní rozladu z: doplňte šest obav
3. V první fázi akutního infarktu z psychologického pohledu se zaměříme: doplňte čtyři oblasti
4. Nemocný po zahájení dialýzy prochází fázemi. Doplňte je
5. Vysvětlete výraz „pacient z ulice“

Řešení příkladu

1. typ A

2. a) přemýšlí o budoucnosti, b) přemýšlí o délce života, c) má starost o pracovní

uplatnění, d) obavy ze sexuální potence, e) obavy z intimního života, f) je pesimistický

3. a) hovoříme a objasníme stav nemocného a jeho pocity, b) umožníme ventilovat negativní pocity a prožitky, c) při kvalitativní poruše vědomí a stavech zmatenosti, vysvětlíme situaci spolupacientům, d) při návratu vědomí pomůžeme klidně, vlídně sdělit co se stalo a uklidníme

4. 1. fáze překvapení, 2. fáze rozčarování a psychické dekompenzace, 3. fáze dlouhodobá adaptace

5. Je to pacient, u kterého došlo k náhlému selhání ledvin a je zařazen do dialyzačního programu akutně.

12 PSYCHOLOGICKÉ OTÁZKY V GYNEKOLOGII

RYCHLÝ NÁHLED KAPITOLY



Je známo, že téměř polovina žen prodělává několik dní před termínem menstruace výrazné zhoršení duševního stavu. Ženy středního věku, které se dostanou do období postmenopauzy, prochází mnoha změnami, nejenom fyzickými, ale také psychickými. Může se u nich objevit psychická labilita, pocity úzkosti, vyčerpání, podrážděnost, pocity, že zůstaly samy. Tyto ženy mají strach ze svého stárnutí a bojí se, že nejsou dostatečně atraktivní.

CÍLE KAPITOLY



Po úspěšném absolvování kapitoly budete umět

- Definovat psychosomatický a somatpsychický pohled na vznik onemocnění v gynekologii.
- Popsat faktory ovlivňující působení nemoci na psychiku v průběhu života ženy.

Psychosomatická onemocnění v gynekologii: dysmenorea, premenstruační tenze, klimakterium a hysterektomie.

12.1 Premenstruační tenze

Příznaky:

- a) Psychické: projevují se náladovostí, zvýšenou dráždivostí, pocitem duševního napětí, agresivitou, menší koncentrační schopností, únavou, nespavostí, depresivitou a bolestí hlavy.
- b) Vegetativní:
 - Gastrointestinální trakt - nauzea, zvracení, zácpa, průjem, nechutenství
 - Kardiovaskulární trakt - návaly horka, palpatce, dušnost, akrocyanóza
- c) Metabolické – týkají se hospodaření s vodou, dochází k retenci vody, vznik edémů, zvýšení hmotnosti až o 2 kg, napětí a zvětšení prsů, alergické příznaky.

Dysmenorea

Je vystupňovaná bolest v podbřišku při menstruaci doprovázena celkovými příznaky. Příčina není často známa.

Primární dysmenorhea (bez patologického organického nálezu) začíná s menarché, má kolikovitý ráz trvající 2-3 minuty, trvající 1-2 dny, výjimečně 3 dny. Bolesti se projeví začátkem menstruace. K ostatním příznakům řadíme nauzeu, zvracení, průjem, bolesti hlavy, závrať, únavu, letargie. Vyskytuje se asi u 20% žen, ubývá s věkem a mizí po sňatku anebo prvním porodu.

U premenstruační tenze a dysmenorey se za význačný etiologický faktor považuje zvýšená neuropsychická labilita. Na častý výskyt dysmenorey poukazují fakta, která říkají, že se projevují u dívek psychosociálně nevyzrálých, které se učí vzorcům menstruačního chování svých matek.

Amenorea

Zástava menstruace, objeví se často po velkém stresu nebo po silném negativním zážitku (kasárenský způsob života, hospitalizace, válečné období, vězeňské, po znásilnění). Může se projevit i u žen po velkém zhubnutí.

Pseudogravidita

Zástava menstruace – psychogenní záležitost, falešné těhotenství. Vyskytuje se u hysterických žen, se silným přáním otěhotnět anebo z obavy před otěhotněním.

Klimakterium

Je označováno období mezi plodností a seniemi, které je provázeno menopauzou. Pro toto období je charakteristický tzv. syndrom zavírajících se dveří, je to období ztotožnění se s ženskou rolí.

Příznaky:

- a) Srdečně cévní: návaly horka s rudnutím, zvýšení TK, palpitace, sklon k poruchám periferního prokrvení, pocení, migrény
- b) Neuropsychické: nervozita, podrážděnost, úzkost, porucha spánku, zapomnětlivost
- c) Celkové příznaky: obezita, poruchy minerálního metabolismu, obstipace, snížení či zvýšení chuti k jídlu, snadná únava

Klimakterický syndrom nebývá problémem u žen, které se hodně angažovaly k osobní kariéře a mají široký okruh zájmů. Často se vyskytuje u žen, které vsadily kartu na své ženství, neklamný projev stáří, děti odcházejí z domu, odchod do důchodu aj.

Klimakterický syndrom je dobře zvládnutelný psychologicky, protože je zpravidla budován na předsudcích a mystériích.

Hysterektomie

Málo žen reaguje po hysterektomii depresí, sexuálními poruchami. Psychická dekompenzace se projevuje u žen, které před operací měly neurotické a psychopatické rysy. Pověry a předsudky o funkci dělohy – symbol ženskosti, význam pro dosažení orgasmu.

SHRNUTÍ KAPITOLY

Za vašimi gynekologickými problémy se možná skrývají nesrovnalosti s partnerem nebo potlačené emoce. Každou nemocí nám tělo něco sděluje – téměř „polopatě“ nám říká, kde je jádro problému.



DALŠÍ ZDROJE

MOHAPL, P. *Vybrané kapitoly z klinické psychologie I a II.* Olomouc: UP, 1990.



13 PSYCHOLOGICKÝ PŘÍSTUP K NEMOCNÝM S CHIRURGICKÝM ONEMOCNĚNÍM



RYCHLÝ NÁHLED KAPITOLY

V rámci předoperační přípravy je nejdůležitější psychoprofylaktická příprava, které věnujeme maximální pozornost. Příprava by měla probíhat v rámci dlouhodobé, krátkodobé a bezprostřední přípravy před operací. Kvalitní informovaností eliminujeme stres u pacientů.



CÍLE KAPITOLY

Po úspěšném absolvování kapitoly budete umět

- Definovat důvody strachu před operací.
- Zmírnit obavy, strach a úzkost.



ČAS POTŘEBNÝ KE STUDIU

Celkový doporučený čas k prostudování je jedna hodina.



KLÍČOVÁ SLOVA KAPITOLY

Psychologická příprava – předoperační – pooperační stav – senzitivita – represori - strach

13.1 Psychologické hledisko předoperačních a pooperačních stavů

Chirurgická léčba patří k významným pramenům úzkosti a strachu. Asi 3/4 lidí udává střední až vysokou hladinu úzkosti. Strach a úzkost zpravidla jsou neúměrné druhu operace. Intenzita strachu a úzkosti před operací ovlivňují pooperační rekonvalescenci. Nejlépe se přizpůsobují nemocní se středním stupněm úzkosti, který je přímo žádoucí, protože mobilizuje v nemocném vnitřní obranné mechanismy pro psychologické i biologické vyrovnání se se stresovou situací, tito nemocní jsou také ukázněni a dobře spolupracují s personálem.

Proč mají nemocní strach z operace?

- **Strach z celkové anestézie:** probudí-li se, co bude cítit, nemám pod kontrolou své racionální jednání
- **Strach ze smrti:** lidé mají řadu pseudoinformací
- **Strach z prostředí:** infuze, injekce, přístroje

- **Strach z komplikací**
- **Strach z onkologických nemocí**
- **Strach z pooperačního stavu:** převazy, močení na lůžku

Úzkost a strach před operací můžeme snížit informovaností o celém zákroku, která se provádí ústní formou, v některých zařízeních i písemnou.

Nutné je přihlídnout k tomu, jaké množství a jakých informací si nemocný skutečně žádá. Nebylo by proto na místě represorům vnučovat informace, jež nechťejí, nebo na druhé straně nabízet zbytečně podrobné informace senzitivizérům, kteří se po nich pídí.

Represoři se vyhýbají konfliktům, popírají a potlačují možnou hrozbu.

Senzitivizéři přeceňují vznik možné hrozby a konfliktu.

Nezbytná je informovanost i u dětských pacientů, která musí být realistická a vzbuzovat důvěru.

Způsob podání informací může ovlivnit v pozitivním nebo negativním směru další důvěru lékaře pacientem.

13.2 Psychologické problémy chirurgické léčby

Chirurgický způsob léčby a nutná hospitalizace představují pro pacienta výraznou změnu životních podmínek, které v mnohých případech nastupují náhle a neočekávaně. Nemocný je zasažen tělesně, psychicky a sociálně, je vyřazen z různých sociálních rolí. V jednotlivých obdobích perioperační péče se mohou u nemocných vyskytovat tělesné, psychické a sociální problémy. Psychologická problematika je velmi složitá a zároveň rozmanitá vzhledem k specifitě jednotlivých chirurgických oborů, délka pobytu v nemocnici, rozvoj jednodenní chirurgie apod.

Psychická pohoda a vyrovnanost pozitivně ovlivňují průběh a úspěšnost léčby. Obavy, zvýšené prožívání strachu, úzkost, nejistota mohou zkomplikovat úspěšnost léčby anebo oddálit operační řešení.

Perioperační péče je společný název pro poskytování ošetrovatelské péče v předoperačním, intraoperačním a pooperačním období.

13.2.1 PŘEDOPERAČNÍ OBDOBÍ

K častým psychickým problémům řadíme strach a úzkost. Jde o strach ze samotného chirurgického výkonu, obavy o život, obavy z možných komplikací.

Prožívání obav a nejistot může být v případě úrazů, které jsou ovlivněny jejich dramatickostí. Nemocná často prožívají obavy související s prognózou úrazu, s vynucenými změnami životního stylu.

Prožívání bolesti v případě akutních situací má bolest signální funkci.

Nedostatek vědomostí a poskytované péči může vést k prožívání zvýšeného strachu a úzkosti. Častější výskyt může být registrován u akutních stavů, kdy se ošetřující zaměří především na neodkladné operační řešení (bezprostřední tělesná a medikamentózní předoperační příprava).

Anticipační smutek vyskytuje se u nemocných, kteří podstupují výkon související s očekávanými anatomickými a fyziologickými funkcemi těla. Bývá přítomen u nemocných s poraněním způsobujícími trvalé následky.

Pocit méněcennosti je typický pro pacienty podstupující plastické operace. pocit méněcennosti může vést k tomu, že nemocný se uzavírá před svým okolím, může se objevit sebepoškozování, případně suicidální tendence.

Pocit viny v subjektivním prožívání je ovlivněn mírou zavinění úrazu. Při hromadných neštěstích dominuje pocit viny za ztráty na lidských životech. Do popředí se dostávají myšlenky spojené s vyšetřováním, soudním jednáním apod. obdobné pocity jsou u nemocných, kteří nedodrží léčebný režim a projevy hněv mohou být zaměřeny na vlastní osobu.

Narušení osobní identity, která je spojena s vnímáním vlastního těla.

13.2.2 INTRAOPERAČNÍ OBDOBÍ

výskyt psychických problémů v tomto období je podmíněný typem anestezie. Operace v epidurální, lokální anestezii aj. jsou nemocní při vědomí a citlivě reagují na dění v prostředí operačního sálu.

Strach a úzkost: obavy z málo účinné anestezie, poškození míchy.

Narušení osobní identity: nemocný si uvědomuje nutnost určitých kroků, citlivě vnímá narušení intimity, studu a osobní nezainteresovanost ze strany zdravotnických pracovníků. Umístění nemocného v předsáli může být spojeno s působením negativních faktorů, které intenzitu strachu a obav zvyšují.

Závislost na okolí. Může být nemocným vnímána negativně, může vést ke stavu bezmoci. Nemocný se neustále omlouvá, snaží se být samostatný při přesunu na operační sál.

13.2.3 POOPERAČNÍ OBDOBÍ

V bezprostředním pooperačním období se u nemocných nejčastěji setkáváme s:

- Dezorientací
- Akutní zmateností

- Euforickým jednáním v podobě žoviálního chování, vtipkování, zvýšené sebevědomí.
- Prožíváním zvýšeného strachu, projevující se úzkostí, strnulostí, nadměrnou vnímavostí.

NÁMĚT NA TUTORIÁL



Zamyslete se s jakými nejčastějšími problémy se můžeme u nemocného v pooperačním období setkat.



SHRNUTÍ KAPITOLY

Psychologická příprava je součástí přípravy medikamentózní a fyzické před operací. S psychologickou přípravou začínáme v rámci dlouhodobé, krátkodobé a bezprostřední přípravy. Kvalitní informovaností a edukací eliminujeme riziko stresu u pacientů v předoperační přípravě.

DALŠÍ ZDROJE



MOHAPL, P. Vybrané kapitoly z klinické psychologie I a II. Olomouc: UP, 1990

KŘIVOHLAVÝ, J. Psychologie nemoci. 1. vyd. Praha: Grada, 2002. 198 s. ISBN 80-247-0179-0.

MORAVICSOVÁ, E. Psychologické problémy chirurgické léčby. *Sestra*, roč.8, č. 5-6. s. 20-21. ISSN 1335-9444.

VYMĚTAL, J. *Lékařská psychologie*. 3. aktual. vyd. Praha: Grada, 2011. ISBN 80-7178-740-X.

SAMOSTATNÝ ÚKOL



1. Nemocní, kteří se vyhýbají konfliktům, popírají a potlačují možnou hrozbu se označují jako:
2. Nemocní, kteří přeceňují možnou hrozbu a konflikt se označují jako:
3. Napište šest oblastí strachu u nemocných před operací:

Řešení příkladu

1. represoři
2. senziteři

14 PSYCHOLOGICKÝ PŘÍSTUP K NEMOCNÝM V BEZVĚDOMÍ



RYCHLÝ NÁHLED KAPITOLY

Z psychologického hlediska je nesmírně důležité uvědomit si, že roli sestry, lékaře si tito lidé zvolili sami jako profesi. Nemocný, příbuzní a přátelé svou roli přijímají z nutnosti. V rámci komplexní ošetrovatelské péče je nutné poskytnout nemocnému nejen dokonalé technické vybavení, kvalitní ošetrovatelskou péči, ale i psychickou podporu.



CÍLE KAPITOLY

Po úspěšném absolvování kapitoly budete umět

- Definovat problémy v rámci komunikace v resuscitační péči.
 - Popsat techniky komunikace v akutní péči.
-



ČAS POTŘEBNÝ KE STUDIU

Celkový doporučený čas k prostudování je hodina minut.



KLÍČOVÁ SLOVA KAPITOLY

Bezvědomí – akutní – resuscitační – péče – komunikace – sestra – pacient – rodina – zadržaná smrt – kategorizace léčby – withholding – withdrawing- terminálního weaning - do-not-resuscitate

14.1 Pohled na nemocného v resuscitační péči

1. Nemocný se pohybuje na rozhraní života a smrti.
2. Nemocný má kvalitativní nebo kvantitativní poruchu vědomí.
3. Je traumatizován událostí, kvůli které je hospitalizován na oddělení.

4. Působí na něj celá řada negativních faktorů:
 - Stálé osvětlení po dobu 24 hod. , ani jednu noc neprožívá v úplné tmě a klidu
 - Stálá teplota ovzduší
 - Je podřízen dominantnímu postavení zdravotníků
 - Je obklopen přístroji, o kterých nic neví
 - Přístroje vydávají stále monotónní zvuk
 - Slyší alarmy a pískot přístrojů
 - Je závislý na přístroji – selhání základních životních funkcí
 - Provádějí se bolestivé, traumatické zákroky
 - Mnohdy jsou zákroky provedeny tak rychle, že nelze poučit nemocného
 - Nemocný z objektivních důvodů minimálně může zasáhnout do toho co se s ním děje, nerozumí, mylně si vykládá některé činnosti zdravotníků
 - Je vyčerpán po stránce psychické, fyzické a s tím souvisí výrazná citlivost co se děje kolem něj, ale i v něm neustále narušována jeho osobní zóna, bez možnosti obrany
5. Zdravotníci se mylně domnívají, že při kvantitativní poruše vědomí nemocný nevnímá své okolí a že je maximálně schopen reagovat na nejbanálnější podněty a psychickému stavu není potřeba věnovat pozornost.
6. Ztráta soukromí, nedostatek smysluplných podnětů, které vedou k tomu, že se stahuje sám do sebe a vypadává ze zorného pole, pohled na přístroj dává více informací než kontakt s nemocným.
7. Rodina je traumatizována zdravotním stavem, potřebuje pomoci sama sobě, na druhé straně má být oporou nemocnému.
8. Zdravotníci: jsou neustále konfrontováni s fenoménem smrti, často se objevuje pocit bezmoci především při ošetřování nemocných s infaustní prognózou.

14.1.1 SPOLUPRÁCE S RODINOU

1. Před prvním kontaktem s nemocným vysvětlíme stručně léčbu pacienta (v rámci kompetencí sestry).
2. Doprovodíme příbuzné na pokoj a ponecháme v klidu a o samotě (pro mnohé příbuzné je to fáze šoku, kdy vidí svého příbuzného z jiného pohledu než, když byl zdrav).
3. Vysvětlíme základní technické vybavení a jejich funkci a význam pro pacienta.
4. **Vysvětlíme nutnost kontaktu s nemocným:**
 - Např. chytit za ruku, nebo položit ruku na čelo, hladit

- Doporučíme donést kazety s mluveným slovem nahrávky rodiny, dětí nebo písničkami, které měl rád, relaxační kazety
- Doporučíme na pacient mluvit
- Seznámíme s bazální stimulací a domluvíme se na dalším postupu

14.2 Problémy nemocných v resuscitační péči

- Obavy a otázky, které nemocný neumí nebo nemůže dostatečně a srozumitelně položit.
- Nemocný v bezvědomí není asi schopen ani vlastní motivace, chybí mu základní zdroj lidské motivace- vnitřní potřeba.

Úkoly sestry:

- Plnit primární potřeby
- Plnit potřeby sekundární

14.2.1 ZADRŽENÁ SMRT

Úspěch v lékařské profesi je měřen schopností vyléčit pacienty z nemoci anebo zranění. Technické zařízení, které nám mají pomáhat se u některých nemocných staví proti již nezvratitelnému konci, kdy nemocný umírá. Naše nadšení nad technickým pokrokem střídá vztek na dokonalost přístrojů, které někdy i odsunují pouze moment smrti a prodlužují utrpení pacienta.

Práce sester a lékařů je rozdílná. Lékař je převážně v kontaktu s nemocí pacienta, sestra je více v kontaktu s nemocným a žije s ním jeho přítomnost, lékař jeho budoucnost.

14.2.2 KOMUNIKACE S PACIENTEM V BEZVĚDOMÍ

U nemocných v bezvědomí nebo s vážnou poruchou vědomí je to zpočátku jednostranná komunikace ať verbální, nonverbální a to ze strany zdravotnického personálu.

Použití komunikace v praxi:

- S verbální komunikací začínáme ihned při příjmu
- Nonverbální komunikace – technika doteku, podržení ruky nemocného ve své dlani,
- Podržení ruky na čele
- Podržení ruky na hrudníku

Postup komunikace s nemocným při návratu vědomí (méně, více kvalitní)

- Pomoc při orientaci v čase
- Opakovaně a zřetelně vysvětlovat co se mu stalo, kde leží
- Vysvětlit nutná opatření, především ta, o kterých se domníváme, že nemocného omezují (zajištění dýchacích cest, napojení na umělou plicní ventilaci, zajištění žilních linek aj.).
- Počáteční komunikace s pacientem má být jasná, nezatěžující (krátká, jednoduše řečená – používáme holé věty)
- Oslovujeme jménem, titulem
- Stát v zorném poli pacienta – aby věděl komu hlas patří
- Toaleta očí – odstranění zbytků mastí
- Opakované představování

14.2.3 KOMUNIKACE S PACIENTEM NABÝVAJÍCÍM VĚDOMÍ

- Nemocný má zajištěné dýchací cesty, je napojen na umělou plicní ventilaci
- Výběr vhodné techniky komunikace, co nejméně zatěžující

14.3 Kategorizace léčby

Kategorizace léčby neboli diferenciací rozsahu péče na základě aktuálního stavu a prognózy pacienta, je neoddelitelnou součástí léčebného plánu v rozvinutých zemích. Kategorizace terapie by neměla být odvozena pouze podle dostupných možností daného zařízení, ale převážně podle prognózy pacienta na přežití či nepřežití a očekávané kvality života (Ševčík, 2003). Jedná se o postup, kterým se vymezí, zda pacient dostane plnou terapii nebo zda léčba bude omezená (Kuře, 2018).

Kategorizace léčby nepřináší jen redukci léčby, ale také může být léčba rozšířena, nejčastěji na paliativní péči. Při kategorizaci léčby nedochází pouze k odebrání léčebného postupu, ale také umožnění zavedení nového postupu, který předtím použit nebyl. Pravidelné přezkoumání stanovených léčebných postupů, terapeutických strategií a léčebných cílů je součástí kategorizace terapie (Kuře, 2018). Největší význam na kategorizaci terapie má kvalifikované, objektivní posouzení aktuálního zdravotního stavu dle klinických a laboratorních výsledků a poté stanovení prognózy (Ptáček, 2012). Neexistuje rozdíl mezi nerozšiřováním a vysazením terapie dle etického, medicínského a právního pohledu. Je potřeba nezaměňovat nerozšiřování a vysazení terapie za eutanazii, jelikož lékaři nezabijí pacienta, ale nechávají ho přirozeně umřít. Pacient tak podléhá své nemoci (Komárová, 2015).

14.4 Plná terapie

Zdravotnický tým u plné terapie usiluje o využití všech možných dostupných prostředků a snaží se dosáhnout co nejlepších výsledků. Plná léčba je první možností po přijetí pacienta do zdravotnického zařízení. Rozsah této léčby je takový, že očekáváme pro pacienta dlouhodobě hodnotnou kvalitu života. Při této léčbě zcela využíváme všechny možnosti, které jsou v danou dobu k dispozici na daném pracovišti, abychom co nejpozitivněji ovlivnili prognózu, ale i diagnostiku a další terapii. Způsob této terapie odkazuje na současný pohled odborné veřejnosti, dané standardy a postupy. Pokud dojde k selhání vitálních orgánů, musí se ihned zahájit kardiopulmonální resuscitace. Při plné léčbě postupujeme dle platných standardů. Zaměřuje se na stanovení správné diagnózy, postup lege artis a dosažitelnou terapii (Veverková, 2019).

14.4.1 WITHHOLDING THERAPY-NEROZŠÍŘOVÁNÍ TERAPIE

Lékaři na jednotkách intenzivní péče pravidelně hodnotí zdravotní stav pacienta, vývoj nemoci a předpokládanou prognózu onemocnění. Pokud dospějí k závěru, že další intervence nesměřují ke změně předpokládaného výsledku, tak dále terapii nerozšiřují. V daném okamžiku je stávající léčba pokládána za nejvyšší možnou. V tomto případě, kdyby došlo v následující době k oběhové zástavě, nebude započata kardiopulmonální resuscitace (Sláma, 2011).

Nepřijetí pacienta na intenzivní pracoviště je také nerozšiřování terapie. Na intenzivní pracoviště nesmíme přijímat pacienty málo nemocné, kteří by měli být přijati na standardní oddělení, a na druhou stranu ani ne příliš hodně, terminálně nemocné, kterým bohužel nedokáže pomoci ani intenzivní medicína. Pro takto nemocné pacienty je nejlepší přijetí do kvalitní paliativní a ošetrovatelské péče (Ševčík, 2012).

14.4.2 WITHDRAWING THERAPY – VYSAZENÍ TERAPIE

Pokud dospějeme k závěru, že nynější léčba není pro pacienta vhodná, tak ji vysazujeme. Tímto je myšleno vysazení postupů, které jsou zbytečné, zatěžující a nepřinášejí žádný pozitivní výsledek např. vysazení léčby antibiotiky, orgánové podpory. V žádném případě tím není myšleno vysazení veškeré terapie. Zdůrazňované jsou postupy zlepšující komfort, zajišťující kvalitní analgezii, zabraňující pocitu dušnosti a zvyšující psychickou pohodu (Ševčík, 2012).

14.5 Terminální weaning

V nedávné době se změnil pohled na umělou plicní ventilaci v posledním stadiu choroby. Provedení terminálního weaningu probíhá prostřednictvím postupného redukování inspirační frakce kyslíku a zmenšování objemu minutové ventilace. Tyto úkony navozují hypoxii a hyperkapnii (Sláma, 2011).

Vyskytuje se různost v rychlosti terminálního odpojení, někdy až několik dnů a jindy zas minut. Někteří lékaři upřednostňují rychlý terminální weaning. O rychlosti terminálního odpojení bývají časté debaty mezi lékaři i etiky.

Někdy se provádí terminální extubace, což je odstranění umělého zajištění dýchacích cest. Terminální extubace je prováděna za podávání sedativ a analgetik. Dávkování těchto léků je velice podstatné, neboť opiáty a benzodiazepiny při terminální extubaci mohou vést naopak k prodlouženému umírání. V praxi se můžeme setkat s třemi typy terminálního odpojení. V prvním případě dochází jen k redukci ventilační podpory a pacient je ponechán zaintubovaný. Ve druhém případě zůstává pacient také zaintubovaný, ale je odpojen od ventilátoru. V posledním případě je pacient odpojený od ventilátoru a následně extubovaný.

Vedou se diskuze, který z postupů terminálního redukování je pro pacienta přijatelnější. Zda redukování ventilační podpory, nebo zrušení umělého zajištění dýchacích cest. Kathy Faber-Langendoenová provedla výzkum, kde 33 % lékařů upřednostňovalo terminální weaning, 13 % lékařů měli větší sympatie k extubaci a zbytek seskupení obojího. Zajímavé zjištění bylo, že anesteziologové a chirurgové preferovali terminální weaning, naopak internisté a pediatři upřednostnili extubaci. Na první pohled se může zdát, že terminální extubace je drastickou metodou hraničící s neposkytnutím léčby, ale naopak je přirozenější než postupné redukování ventilační podpory. Terminální extubace je pro pacienty naopak komfortnější a méně stresující.

V USA se provádí ukončování umělé plicní ventilace (dále jen „UPV“) nejčastěji. V roce 1997 byly uveřejněny údaje, které odhalily, že 90 % exitů na jednotkách intenzivní péče (dále jen „JIP“) předchází snížení terapie. K úmrtí u dětí na JIP dochází nejčastěji v důsledku respiračního selhání, kdy v 70 % byla ukončena umělá plicní ventilace. Uplatnění terminálního weaningu bude v naší zemi o něco nižší. Bohužel přesná data nejsou známa, lze odhadovat, že převážné části exitů na JIP předchází snížení medicínských postupů. Na klinice anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny (dále jen „KARIM“) Lékařské fakulty Univerzity Karlovy v Hradci Králové proběhl výzkum v období 1999 – 2001, kdy byla ukončena UPV u 46 pacientů v terminálním stadiu onemocnění. Výsledkem výzkumu bylo, že u poloviny pacientů se postupně snižovala ventilace

a u druhé poloviny došlo k přímému odpojení od ventilátoru. Korektně provedený terminální weaning a terminální extubace jsou postup lege artis (Kuře, 2018).

14.6 Do not resuscitate

Problematika neresuscitovat – Do-Not-Resuscitate (DNR) a nezahajovat resuscitaci – Do-Not-Attempt Resuscitation (dále jen „DNAR“) má těsnou souvislost s marnou léčbou. Zpočátku pravidla DNR a DNAR představovala při náhlé zástavě srdeční a oběhu instrukci k nezahájení resuscitace, jelikož si to pacient předtím přál. Zdravotnický a ošetrovatelský personál přání pacienta jednoznačně dodržoval. Časem se pravidlo DNR rozšířilo i na pacienty, kteří již nebyli schopni dát souhlas s DNR a dříve tak neučinili a měli stanovenou

nepříznivou prognózu (např. byli v kómatu). Lékař musí udělat rozhodnutí o DNR ad hoc, tj. při náhlé srdeční zástavě. V intenzivní péči se s tímto pravidlem DNR setkáváme nejvíce při přechodu ze stávající léčby na léčbu paliativní (Bartůněk, 2016).



SHRNUTÍ KAPITOLY

Komunikace s pacientem v bezvědomí je náročná, mnohdy na akutních pracovištích opomíjená. Záleží na citlivém přístupu sestry, zdravotnického personálu a příbuzných.



DALŠÍ ZDROJE

BARTŮŇEK, P. et al. *Vybrané kapitoly z intenzivní péče*. Praha: Grada, 2016. 752 s. ISBN 978-80-247-4343-1.

CVEKOVÁ, L. – HALUZÍKOVÁ, J. Komunikace s pacientem v bezvědomí. *Diagnóza v ošetrovatelství*, 2, č. 4, 2006, s. 179-180. ISSN 1801-1349.

KUŘE, J. et al. *Kapitoly z lékařské etiky*. 2. upr. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2012.

PTÁČEK, R., BARTŮŇEK P. *Etické problémy medicíny na prahu 21. století*. Praha: Grada, 2014. 520 s. ISBN 978-80-247-5471-0.

PTÁČEK, R., BARTŮŇEK P. *Eutanazie - pro a proti*. Praha: Grada, 2012. 256 s. ISBN 978-80-247-4659-3.

SLÁMA, O. et al. *Paliativní medicína pro praxi*. Praha: Galén, 2011. 363 s. ISBN 9788072628490.

SLÁMOVÁ, H. Komunikace s nemocným a rodinou na resuscitačním oddělení. In *Novinky v anesteziologii, intenzivní medicíně a léčbě bolesti 2001*. Praha: Galén. 2001, s. 278-279.

ŠEVČÍK, P. *Etické problémy rozhodování o způsobu léčby v prostředí intenzivní medicíny*. *Postgraduální medicína*. 2012, roč. 14, č. 5, s. 532-536. ISSN 1212-4184.

VEVERKOVÁ, E. et al. *Ošetrovatelské postupy pro zdravotnické záchranáře 2*. Praha: Grada, 2019. 192 s. ISBN 978-80-271-2099-4.

VYHLÍDALOVÁ, R. Zahájení dialogu pacient, sestra a rodina pacienta v resuscitační péči. In: *VI. Dny intenzivní medicíny*. Kroměříž 199, s. 109-111.



SAMOSTATNÝ ÚKOL

1. Vysvětlete pojem zadržaná smrt:
2. Vyjmenujte negativní faktory, které působí na nemocného v bezvědomí:

Řešení příkladu

Technické zařízení, které pomáhá se u některých nemocných staví proti již nezvratitelnému konci, kdy nemocný umírá. Technický pokrokem odsunuje moment smrti a prodlužují utrpení pacienta.

2. Stálé osvětlení po dobu 24 hod.

- a) Ani jednu noc neprožívá v úplné tmě a klidu.
 - b) Stálá teplota ovzduší.
 - c) Je neustále narušována jeho osobní zóna, bez možnosti obrany.
 - d) Je podřízen dominantnímu postavení zdravotníků.
 - e) Je obklopen přístroji, o kterých nic neví.
 - f) Přístroje vydávají stále monotónní zvuk.
 - g) Slyší alarmy a pískot přístrojů.
 - h) Je závislý na přístroji – selhání základních životních funkcí.
 - i) Provádějí se bolestivé, traumatické zákroky.
 - j) Mnohdy jsou zákroky provedeny tak rychle, že nelze poučit nemocného.
 - k) Nemocný z objektivních důvodů minimálně může zasáhnout do toho co se s ním děje, nerozumí, mylně si vykládá některé činnosti zdravotníků.
 - l) Je vyčerpán po stránce psychické, fyzické a s tím souvisí výrazná citlivost co se děje kolem něj, ale i v něm.
-

15 FORMY A PROSTŘEDKY PSYCHOTERAPIE



RYCHLÝ NÁHLED KAPITOLY

Psychoterapie je především léčbou sekundární prevence a profylaxí – primární prevence. Uskutečňuje se psychologickými prostředky. Jde o zvláštní druh psychologické intervence působící na duševní život, chování člověka.



CÍLE KAPITOLY

Po úspěšném absolvování kapitoly budete umět

- Vysvětlit význam psychoterapie
 - Definovat cíle psychoterapie
 - Popsat základní druhy psychoterapie
-



ČAS POTŘEBNÝ KE STUDIU

K prostudování kapitoly budete potřebovat dvě hodiny.



KLÍČOVÁ SLOVA KAPITOLY

Psychoterapie – psychoterapeutické prostředky – psychoterapeutický rozhovor – osobnost terapeuta – intervence - krize

Léčba psychoterapii probíhá ambulantně a při plné či částečné hospitalizace. Jeden z druhů částečné hospitalizace je denní stacionář.

15.1 PSYCHOTERAPIE

Psychoterapie je samostatným oborem, jedná se o vědní disciplínu, která má svoji teoretickou i aplikační stránku. Psychoterapie se prolíná napříč různými obory a oblastmi lidské činnosti (medicína, psychologie, poradenství), proto je označována za interdisciplinární resp. transdisciplinární obor. Zasahuje do různých oblastí medicíny a psychologie.

Psychoterapii lze popsat jako zvláštní psychologickou péči poskytovanou lidem, kteří jsou vnitřně destabilizováni nebo jim destabilizace hrozí (vlivem konfliktů, problémů v životě, krize životních hodnot, psychotraumatizace dříve nebo nyní ad.). Psychoterapie působí psychologickými prostředky (slovo, mimika, mlčení, emotivita a emoční vztahy, učení, manipulace prostředím aj.) na poruchy psychogenní povahy (poruchy mohou mít projevy psychické a/nebo somatické). Psychoterapie má velice široké uplatnění v životě moderního člověka (Raudenská, 2011).

Předmětem oboru psychoterapie je duševní život člověka, jeho chování a projevy, které však nelze považovat za optimální, a se souhlasem klienta se je snaží společně měnit. Změna je navozována prostřednictvím vědomě užitých metod, tzn. ověřených postupů, které jsou psychologické (komunikační a vztahové) povahy. Používá se u pacientů v psychiatrii (neurózy, psychózy), mírní pacientovo utrpení způsobené somatickým onemocněním, mírní negativní prožívání (úzkost, deprese), zlepšuje adaptaci na změny související s nemocí. Zvláštní problematiku tvoří oblast umírání, prevence burn-out syndromu u zdravotníků.

Cíle psychoterapie

- Odstranit neb zmírnit duševní poruchy (např. Úzkostné, fobické, depresivní).
- Odstranit nebo zmírnit tělesné poruchy s psychogenní složkou (např. Vertebro-genní).
- Harmonizovat osobnost jedince, vést k pocitům sebeuplatnění a vyrovnanosti, směřovat jedince k naplňování životního smyslu.
- Změnit chování (např. Abstinence, obsese).
- Dokázat zvládat obtížné životní situace (např. Osvojení konstruktivního přístupu k problémům v životě, řešení krizových situací).
- Změnit prožívání (např. Změna náhledu na vzniklé situace a lepší přizpůsobení se těmto situacím).

Základní druhy psychoterapie

1. Symptomatická zaměřuje se na příznak anebo na příčinu
2. Direktivní, přímo ovlivňuje myšlení, postoje, chování a příkazy, rady, cvičení, sugesce. Neditivní, kdy terapeut vytváří příjemnou atmosféru pro sebeexploraci anebo projekci.
3. Podpůrná, která poskytuje porozumění, podporu a pomoc osobnosti takové jaká je a nemění ji. Rekonstrukční usiluje o změnu osobnosti.
4. Náhledová podporuje objasnění a porozumění. Akční podporuje přímé zvládnutí problémů a nácvik dovedností.
5. Individuální, skupinová nebo hromadná.

Psychoterapeut může spolupracovat se svépomocnými skupinami např. závislí na alkoholu, alergici, pacienti se stomií aj. Pracovat je možno i s přirozenou skupinou rodinou.

Terapeutická komunita vytváří terapeutický tým, který pracuje s klienty, kteří se podílejí na léčbě (psychiatrické léčebny, somatická oddělení, LDN) (Raudenská, 2011).

Využití psychoterapie

Psychoterapie má své místo při prevenci (zvládání náročných životních situací; psychoterapeutické poradenství; krizová intervence), léčbě a rehabilitaci poruch zdraví. Psychoterapie je úspěšně indikována v případech, kde se na vzniku poruchy podílejí psychogenní činitelé (Vymětal, 2010, s. 9).

15.1.1 FORMY PSYCHOTERAPIE

Formy psychoterapie jsou jejich základní uspořádání a jsou celkem tři.

- Psychoterapie individuální
- Psychoterapie prostřednictvím skupiny
- Psychoterapie v rámci léčebného společenství

INDIVIDUÁLNÍ PSYCHOTERAPIE NEBOLI DYADICKÁ

Tento typ psychoterapie se odehrává mezi dvěma subjekty a to jsou terapeut a pacient. Používá se nejčastěji a mezi pacientem a terapeutem vzniká intenzivní vztah.

PSYCHOTERAPIE PROSTŘEDNICTVÍM SKUPINY

Psychoterapie prostřednictvím skupiny se odehrává v uměle vytvořené skupině nebo ve skupině přirozené, jejíž součástí je pacient i mimo situaci terapie (např. rodina). Rodina je pro člověka nejvíce přirozenou skupinou, proto se při takové terapii pracuje s rodinou jako celkem. Do tohoto druhu terapie zapadá i partnerská nebo manželská terapie.

Uměle vytvořená skupina se skládá z deseti až patnácti členů, kteří by se neměli znát. V případě, že by se znali, hrozilo by zde riziko neupřímnosti a komunikační selekce. Pacienti většinou sedí v kruhu, kdy každý vidí na každého a psychoterapeutické sezení vede jeden muž a jedna žena. Při skládbě skupiny se snažíme, aby pacienti měli podobné životní zkušenosti (Vymětal, 2003).

PSYCHOTERAPIE V RÁMCI LÉČEBNÉHO SPOLEČENSTVÍ

S psychoterapií v rámci léčebného společenství se setkáváme v psychiatrických a psychosomatických léčebných zařízeních. Pobytem v léčebném zařízení je psychoterapeutické působení na pacienta celou dobou pobytu. Pacient a personál tvoří společenství, probíhá socioterapie, terapie prací, kulturní programy aj.

Délka trvání psychoterapie krátkodobá (3 měsíce), střednědobá (3-6 měsíců) a dlouhodobá (déle než 6 měsíců).

15.1.2 PSYCHOTERAPEUTICKÉ PROSTŘEDKY

Psychoterapeutické prostředky chápeme jako konkrétní způsoby a postupy, jimiž dosahujeme stanovených cílů. Těchto prostředků je mnoho a dělíme je na verbální a neverbální.

PSYCHOTERAPEUTICKÝ ROZHOVOR

Psychoterapeutický rozhovor je základním prostředkem léčby. Léčba ovlivňuje pacienta nebo skupinou řečovou aktivitou, její interakcí a někdy i změnou postoje. Rozhovor používáme u dětí, dospívajících a dospělých. Přibližně od prepuberty je tato terapie nejdůležitější, kdy se pacient může „vypovídat“ a získat jiný úhel pohledu.

RELAXAČNÍ A PSYCHOFYZIOLOGICKÉ POSTUPY

Tyto postupy ovlivňují vegetativní aktivaci, uvolňuje svalové a psychické napětí. Relaxaci navozujeme autogenním tréninkem, progresivním svalovým uvolněním, meditací a biologickou zpětnou vazbou.

ZAOSTŘOVÁNÍ (FOCUSING)

Je to koncentrativní a imaginativní cvičení vycházející z tělesnosti člověka a bývá o něm pojednáváno v souvislosti s teorií tělesně zakotveného prožívání (Vymětal, 2003). Terapie probíhá ve stavu lehké relaxace.

EXPOZIČNÍ TERAPIE

Pacient je naváděn, aby se vystavoval situacím, které v něm vyvolávají nepřiměřený strach a obavy. Vystavuje se jim nepřímo a to ve svých představách nebo přímo při expozici.

SUGESTIVNÍ POSTUPY A HYPNÓZA

Sugestivní postupy a hypnóza patří mezi nejstarší postupy. Již ve 20. století se tímto zabýval Sigmund Freud. Touto metodou obcházíme vědomí pacienta, ovlivnění se děje ve stavu jeho změněného vědomí.

PSYCHODRAMA

Psychodrama se používá jako metoda hlavní ale i jako pomocná. Pacient hraje scénu „jako v divadle“ a díky tomuto si může své chování uvědomit nebo ho změnit, odreagovat se a porozumět svým problémům.

15.2 Osobnost psychoterapeuta

- Pacient, který přichází za psychologem, psychoterapeutem, se dostal do nepříjemné problémové situace, kterou z různých důvodů nezvládá. Něco chce, ale nedostává se mu toho. Rád by to či ono, jenže... V mysli se vynořují přání: Chci už konečně žít. Chci se zbavit dotěrných myšlenek. Chci, aby mě měl rád. Chci vědět, že jsi na mě pyšná. Chci, aby ses vrátil – jsem tak sama. Chci dětství, které jsem nikdy nezažil. Chci být zdravá – chci být zase

mladá. Chci se zbavit svého strachu. Chci, aby měl můj život smysl. Chci něco znamenat, být důležitý, aby si mě lidé pamatovali...

- Psychoterapeutický rozhovor je velmi zvláštním a náročným setkáním. V jeho průběhu se má vytvořit vztah mezi pacientem a terapeutem. Z hlediska budoucí léčby je to nejdůležitější moment, jenž zahrnuje vznik důvěry, probuzení motivace k uzdravení, očekávání pomoci, v neposlední řadě přesvědčení o kompetenci terapeuta, jeho schopnosti empatie a lidské akceptace.
- Tyto faktory jsou v psychoterapii nejvýznamnější a různé studie ukázaly, že mají největší podíl na efektu léčby.
- Osobnost terapeuta je důležitá i v medicíně, v psychoterapii je však její duchovní rozměr naprosto nepostradatelný. Psychoterapeut by měl být osobou, která má co rozdávat.
- Rozhovor se dále zaměřuje na výklad aktuální poruchy. Ten zahrnuje pochopení osobních problémů, vyvstalých symptomů, nejlépe i jejich funkce a smyslu v životě pacienta. Klient má být se svými potížemi znovu konfrontován, je veden k jejich realistickému vidění a je načrtnuta možnost jejich úspěšného léčení.
- Náročnost psychoterapeutického rozhovoru je dále dána tím, že v jeho rámci dochází k emočnímu uvolnění pacienta – k ventilování traumat, odreagování citově náročných prožitků (tzv. abreakce) a jejich katarzi, tj. očištění od negativních energií, případně přeznámkování na pozitivnější významy.
- V neposlední řadě je terapeutické sezení příležitostí k získávání nových zkušeností a osvojení si nových vzorců chování, které jsou pro pacienta žádoucí. Jde o to, naučit se novému chování a/nebo – což je náročnější – odnaučit se to staré, dysfunkční

15.3 ČTYŘI ZÁKLADNÍ SKUPINY DĚJŮ A POSTUPŮ, KTERÝMI PSYCHOTERAPIE NAVOZUJE ŽÁDOUCÍ ZMĚNY

- Celková situace terapie musí být jasně strukturovaná a důvěryhodná. Především jde o serióznost a stálost prostředí – vymezení situace, prostoru a času léčby. Prostředí pomáhá navodit vhodnou atmosféru, struktura a načasování pomáhají lépe se na rozhovor připravit.
- Osobnost terapeuta má vykazovat ve zvýšené míře vlastnosti a chování, jež odpovídají rogersovskému pojetí psychoterapie (akceptace, empatie, autenticita). C. Rogers byl velkým novátorem psychologické léčby a položil hlavní důraz na zmíněné momenty: bezpodmínečné přijetí pacienta jako neopakovatelné osobnosti,

vcítění se do jeho životní situace a opravdovost terapeuta, jenž se má chovat přirozeně a reagovat jako člověk, nikoli jako autoritativní odborník.

- Dále je nutné, aby terapeut skutečně věřil tomu, co dělá, a stál za tím.
- Klient si má terapeuta vážit a považovat jej za přirozenou autoritu, které důvěřuje. Je pozitivně vyladěn a očekává zlepšení, získává porozumění, přehled a kontrolu nad svým jednáním. To vše posiluje motivaci klienta ke změně a možnost sebeexplorace.
- Ve vztahu mezi terapeutem a klientem je obecně žádoucí, aby k sobě cítili náklonnost, vzájemně respektovali své role a brali terapii vážně. Dochází k rovnoměrnému subjektivnímu přibližování obou účastníků dyády. Setkáme se i s tak odvážným tvrzením, že každý psychoterapeut nemůže efektivně léčit každého pacienta jakoukoli metodou
- Psychologický rozhovor tvoří rámec psychoterapie. Může mít různá zaměření a bývá doplňován mnoha dalšími technikami. Současná psychoterapie je velmi rozvětveným a různorodým oborem, jenž v sobě integruje všechny myslitelné přístupy. Klinický psycholog či psychoterapeut může významně doplnit a v neposlední řadě podpořit snahu lékaře o komplexní přístup k pacientovi nejen na psychiatrii či neurologii, ale také na sexuologii, onkologii, interně, vč. ARO a kardiologie, v porodnictví, endokrinologii, gerontologii, ba dokonce i v revmatologii, dermatologii či v oblasti chirurgie nebo rehabilitace (viz Baštecký, Šavlík, Šimek et al., 1993). Síť zdravotnických zařízení s nimi počítá a jejich užitečnost ocenil ne jeden pacient a lékař. Neboť slovo skutečně léčí.

15.4 Psychologická první pomoc a intervence v krizi

- a) Krizová intervence je práce s klientem, jenž se nachází v nepříznivé situaci, a má za cíl zpřehlednit klientovo prožívání tak, aby usměrnil jeho chování a navedl ho k překonání situace vlastními silami.
- b) Stabilizace stavu zasaženého člověka mimořádnou událostí by měla být primárním prvkem pomoci, hned po zajištění základních životních funkcí (např. resuscitace). Pomoci, která má za úkol člověka uvést do klidu, se říká psychologická první pomoc. Funguje na bázi naplnění základních lidských potřeb (např. voda, jídlo, teplo, odpočinek), zajištění klidného místa (např. kontejner nouzového přežití) a nakonec přísunu informací o tom, co se stalo a momentálně děje a dít bude.
- c) První pomoc je často přirovnávaná k chování matky, která tiší své dítě. Konejší ho nejen slovy, tónem hlasu, ale i objetím, poskytuje mu teplo a vysvětlení, co se odehrálo.

- d) Do této pomoci patří i okamžitá reakce na základní psychosociální potřeby (potřeby přežití, informace, kontakt s bližními). Nejdůležitější je zde okolí zasaženého poskytující mu podporu, potravu, přístřeší, společnost.
- e) Psychologická první pomoc patří do poskytování první pomoci v tomto pořadí:
- Technická první pomoc (vyproštění z auta),
 - Zdravotnická první pomoc, kam patří i protišoková opatření neboli 5T tzn. ticho, teplo, tišení bolesti, žádné tekutiny (jen navlhčit rty), šetrný transport,
 - Psychologická první pomoc, kde jde hlavně o komunikaci, přístřeší, dostat člověka do bezpečí, postarat se o jeho základní tělesné potřeby, poskytnout mu informace a kontakt s blízkými.

15.5 KRIZOVÁ INTERVENCE

- Krizovou intervenci lze rozdělit na dva základní pilíře. Jedná se o krizovou intervenci formální a neformální. Další dělení představuje forma pomoci presenční, distanční a telefonická (popřípadě internetová).
- Neformální krizová intervence – tato krizová intervence probíhá většinou v kruhu rodinném, ale i mezi přáteli, mohou pomoci také sousedé, spolužáci či spolupracovníci, také členové zájmových skupin, kam dotyčný chodí anebo nakonec úplně obyčejný člověk na ulici. Lidé si ani neuvědomují, že se jedná o krizovou intervenci. Pokud intervence nepomohla, dostává se na řadu formální neboli institucionalizovaná krizová intervence.
- Formální krizová intervence – tato pomoc by měla být zprostředkována rychle a nezprostředkovaně. Pomoc lze dále členit na krizovou intervenci telefonickou, tváří v tvář v klidu, pokud klient přijde a tváří v tvář, pokud musí jít krizový intervent zachránit daného občana (Vymětal, 2011).



SHRNUTÍ KAPITOLY

Psychoterapie probíhá formou individuální anebo skupinovou. Cílem léčby je navodit žádoucí změny v osobnosti, v projevu nemocného.



DALŠÍ ZDROJE

KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie zdraví*. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-774-4.
KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie nemoci*. Praha: Grada, 2002. ISBN 80-247-0179-0.

ŠPATENKOVÁ, N. a kol. *Krize a krizová intervence*. Praha: Grada, 2017. ISBN 978-80-247-5327-0.

VYMĚTAL, J. *Lékařská psychologie*. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-740-X.

VYMĚTAL, J. *Lékařská psychologie*. 3. aktual. vyd. Praha: Grada, 2011. ISBN 80-7178-740-X.

16 PSYCHOLOGIE NEMOCNÉHO DÍTĚTE



RYCHLÝ NÁHLED KAPITOLY

Psychika dítěte se liší od dospělého člověka a v průběhu vývoje se mění. Čím je dítě mladší tím více se liší od dospělých. Všechny funkce rozvíjejícího se organismu spolu souvisí, ovlivňují se a vše je doprovázeno citovými prožitky. Dítě citově lpí na svých přáních, tužbách, hluboce prožívá jejich naplnění. Nemoc zasahuje do uspokojování jejich potřeb.



CÍLE KAPITOLY

Po úspěšném absolvování kapitoly budete umět

- Popsat představy o těle a nemoci u jednotlivých dětských kategorií
- Vysvětlit spolupráci s rodinou dítěte
- Popsat přípravu dítěte k hospitalizaci a diagnostice



ČAS POTŘEBNÝ KE STUDIU

K prostudování kapitoly budete potřebovat dvě hodiny.



KLÍČOVÁ SLOVA KAPITOLY

Hospitalizace- nemoc – intenzivní péče - diagnostika

16.1 Prožitek těla a nemoci u dětí

U dětí bývá chronické onemocnění vymezováno jako závažná organická nebo funkční změna v organismu s dlouhodobým nebo dlouhodobě předpokládaným průběhem. Dítě prožívá svou nemoc jako stav vlastního organismu a prožívá stav vlastního organismu, ale i vnější svět, se kterým je v interakci. Při hodnocení celkového stavu nemocného dítěte je důležité: druh, závažnost onemocnění, prostředí ve kterém žije, kvalita výchovy, chronické onemocnění, věk, rozumová a citová zralost, poučení o nemoci, subjektivní hodnocení situace dítětem.

Subjektivní stránku nemoci nelze oddělit od reakce na nemoc a chování v nemoci. Dítě interpretuje svět kolem sebe i v sobě, prožívá ho a zaujímá vůči němu postoj. Postoj k nemoci je dispozice, její vnitřní součástí je složka citová, kognitivní a chování (behaviorální). V každém postoji nemusí být vyjádřeny stejnou intenzitou (Raudenská, Javůrková, 2011). U dětí je potřeba zjistit jak dítě nemoc prožívá, jaký má vztah k sobě, jak si myslí, že je vnímáno okolím, rodinou, vrstevníky, školou, jak hodnotí perspektivy onemocnění (emocionální stránky) postoj k nemoci. Kognitivní stránka jaká je jeho úroveň představ o lidském těle. Důležité je vědět, do jaké míry se odráží nemoc v identitě a za jak závažnou ji dítě považuje (jaké má s nemocí zkušenosti), jak bylo poučeno o nemoci, co pro něj znamenají nemoc a zdraví, jaké jsou představy o jeho těle.

16.2 Představa o těle a nemoci u dětí

Obraz já je přítomen v prožívání a jeho základem je představa vlastní osoby, těla i laického ekvivalentu místa osobnosti ve světě. Představy o těle se u dětí zpřesňují s věkem, správná představa o lidském těle začíná utvářet okolo deseti let. Nejmladší děti věří, že uvnitř těla je jídlo. Kognitivní vývoj ovlivňuje zralý rozvoj představ o lidském těle a nemoci: systematizuje se do tří období:

1. Předoperační vývojové stadium: funkce těla jsou chápány globálně, děti nerozlišují mezi vnějším a vnitřním
2. Konkrétně operační stadium: děti začínají struktury v těle diferencovat
3. Stadium formálně logických operací jsou děti schopné funkce těla vysvětlit a utřídit pomocí orgánových systémů. Chápu mnohočetnost vzniku nemoci (infekce, imunita, životní styl). Mladší děti vysvětlují nemoc fyziologicky, jako afunkčnost některých orgánů a vnitřních procesů, starší psychofyziologicky s vlivem prožívání na tělesné funkce. Pochopení chronické nemoci je ovlivněno věkem.

Děti ve věku od čtyř do deseti let chápou význam a důsledky akutní nemoci a úrazů než chronického onemocnění. Rozdíly v představách o těle u nemocných dětí se mohou projevat jako důsledek porušeného schématu i jako důsledek negativního prožívání nemoci. Děti, které byly spojené s nemocí, úrazem nebo operací. Nemocné děti častěji kreslí obrázky částí těla a orgánů, které byly spojeny s nemocí, úrazem nebo po operaci. Děti tělesně postižené kreslí porušené části těla. Děti, které se nenaučily používat končetiny normálním způsobem, kreslí často stromy bez větví. U chronicky nemocných dětí mají větší vliv na utváření představ o vlastním těle tzn. na já, emoce spojené s průběhem nemoci. V důsledku chronicity je průkazná regrese v chápání nemoci nebo její idealizace (Raudenská, Javůrková, 2011).

16.3 Spolupráce s rodinou

Rodina hraje v roli dítěte klíčovou roli, zdravotníci by měli s rodinou úzce spolupracovat. Pomoc je důležitá především tehdy, očekáváme-li dlouhodobé komplikace nebo trvalé postižení.

Zásady pomoci rodině s handicapem aby se rodiči vyrovnali s faktem závažné nemoci nebo postižení, mají mít možnost realitu poznat. Příčiny, mechanismus nemoci adekvátně přizpůsobíme vnímavosti a vzdělání rodičů (Fendrychová, 2005).

Získat spolupráci širší rodiny postoj širší rodiny může pozitivně ovlivnit celou atmosféru, kvalitu péče a prožívání nemoci. Může navodit pocit uklidnění a pozitivnímu vyrovnání rodičů se situací. (Fendrychová, 2005). Naopak mohou působit kontraproduktivně, kdy mohou provokovat a posilovat neúčinné postoje (hledání viníka).

V péči o nemocné dítě je třeba postupovat účelně čas, energie, odhodlání a dobrá vůle jsou vzácné hodnoty. Neplýtváme těmito hodnotami, v oblastech kde není naděje na úspěch. Soustředíme se tam, kde je největší reálna naděje dítěti pomoci (Fendrychová, 2005).

Nemůžeme dítěti zajistit plné zdraví, můžeme mu pomáhat k šťastnému dětství vychovatelé nemocného dítěte mají být obětaví, nemohou sebe obětovat tak, že by mu nemohli nijak prospět. Dítě je potřebuje zdravé, spokojené, odolné, radostné. Jsem si vědoma toho, jak je tento požadavek obtížný. Je potřeba jej mít na paměti, snáze se potom splní (Fendrychová, 2005).

Hrdinství doporučuje se dát rodičům nemocných dětí najevo, že jsme si vědomi hodnoty jejich výchovné a pečovatelské práce. Jedno z hrdinství je něco mimořádného vykonat, vydržet, zvládnout, překonat překážky, obstát ve zvláštním úkolu. Tito lidé jsou příkladem ostatním, zasluhují vysoké společenské ocenění (Fendrychová, 2005).

16.4 Příprava na hospitalizaci

V případě plánované hospitalizace informuje rodiče, tak aby dítě bylo k hospitalizaci připraveno. Lékař informuje o důvodech hospitalizace, příčině onemocnění, postup léčby, . Měl by rodiče uklidnit, dodat jim důvěru. Rodiče jsou za přípravu odpovědni. Postoj rodičů, ovlivňuje i chování dítěte. K rodičům úzkostným, v přistupujeme klidně, vysvětlení je autoritativní a přesvědčující. Rodiče s racionálním přístupem vyžadují spíše důkladné vysvětlení i s technickými podrobnostmi.

Nemenší pozornost věnujeme samotnému dítěti rodiče mnohdy chtějí ušetřit nepříjemných překvapení a stavů úzkosti. Platí zásada, že dítě nepodvádíme, protože potom vzniká u dítěte strach, celá řada komplikací. Dítěti vše vysvětlíme přiměřeně věku. U dětí školního věku vysvětlujeme důvody hospitalizace důkladněji, rozumově, ochotně a odpovídáme na jejich dotazy. V množství informací se řídíme tzv. zlatou cestou. V případě dalších dotazů odpovíme tak, abychom dítě uspokojili. Dále platí zásada, že informace nevnučujeme. U mladších dětí vysvětlujeme důvod hospitalizace klidně a srozumitelně. Ve vysvětlení se zaměřujeme na příjemné okolnosti, lákavé (brzké uzdravení, pozná nové lidi, maminka bude mít radost aj.). U batolat a kojenců není tato příprava možná, je zde nebezpečí náhlé separace.

V nemocnici by mělo být dovoleno, aby rodiče s dítětem byli i na oddělení, dostali prostor s dítětem se rozloučit se. Dítě by si mělo vzít do nemocnice oblíbenou hračku, rodiči při rozloučení by mu měli dát nějaký milý osobní dárek. Dítě má v novém prostředí reálnou připomínku domova.

Po odchodu rodičů se může objevit u dítěte citová krize, dítě si naplno uvědomuje svou situaci. U předškolních dětí a menších se může objevit pocit, že odloučení od rodičů a předání do cizího prostředí je trestem za nějaké jejich provinění. Je potřeba tohoto pocitu dítě zbavit. Vysvětlíme podstatu onemocnění, důvod hospitalizace, že jej rodiče mají rádi.

Při náhlém onemocnění anebo úrazu není prostor pro velkou komunikaci. Dítě a rodiče je potřeba uklidnit, poskytneme informace o tom co bude následovat. Z našeho jednání by mělo vyplynout, že dítě je v bezpečí.

16.4.1 POBYT DÍTĚTE NA JIP

- Z psychologického hlediska by měl pobyt dítěte v nemocnici zajištěn tak, aby jeho centrální nervový systém nebyl ztěžován nad míru. Ošetřující tým by měl respektovat:
- Zajistit, aby dítě mělo dostatek spánku organizovat léčebné a ošetrovatelské úkony tak, aby spánek nebyl narušen, nebyl „kouskovan“, neposouvaly jej do nezvyklé doby. Zajistit, aby se děti nerušily pláčem nebo křikem.
- Vyloučit nedůležité úkony, omezit na nejnižší míru takové, které přinášejí dítěti nepříjemné zážitky tzn. výtěry, injekce, odběry krve aj.
- Vyloučit nebo alespoň na nejmenší míru omezit hluk zařízení (dveře, výtahy) mají být nehlučná. Personál a ostatní pracovníci nemocnice se chovají nehlučně a jsou ohleduplní. Křičí-li dítě, vždy hledáme jeho příčinu a snažíme se ji odstranit (Fendrychová, 2005).
- Zvláštní pozornost věnujeme výzdobě nemocničních pokojů. Stěny by měly přitahovat pozornost dítěte, ale neměla by je vzrušovat. Oddělení má působit čistě a útulně.
- Nemocniční pokoj má zajistit intimitu u dětí. Děti předškolního věku by měly mít svůj noční stolek se svými věcmi, pokoj by měl být uspořádán tak, aby děti na sebe viděly, mohly spolu komunikovat a vytvářet společenství.
- Děti z domova mohou přicházet s řadou utvrzených návyků, které nelze náhle měnit např. nenutíme dítě k jídlu, ke kterému má odpor, násilně neodnaučíme dítě od dudlíku.
- Umožníme dítěti tvořivou činnost, ve hře se dítě uvolní, odreaguje od nahromaděného napětí a potlačených přání.
- Zabránit pocitům viny pramenícím z vědomí, že nezachovává dobře léčebné postupy. Dítěti neukládáme příliš hodně pokynů a povinností, nechceme, aby si zapamatovalo příliš hodně. Na dítě dohlížíme, nežádáme, aby dávalo čestné slovo, účinnější je chránit jej před pokušením.

- Zabránit nadměrným pocitům strachu, děti se mohou bát bolesti, nepříjemného zacházení, tyto informace mohou mít z domova, od kamarádů. Předškolní děti se mohou bát nadpřirozeného (mrtvých, strašidel, tmy, stínů aj.). Děti se mohou svěřit i jiným dětem a zde je riziko, že strach se bude množit a nakazí další děti. Jedním z preventivních opatření je nechat dítě nakreslit z čeho má strach a poté si promluvit. Pozornost věnujeme dětem zamlklým, uzavřeným, zneklidněným s příchodem večera a těch, které se bojí zhasnutí. Toto dítě uklidníme, počkáme až usne.

16.4.2 DALŠÍ MOŽNOSTI ZKVALITNĚNÍ POBYTU V NEMOCNICI

V současné době se klade důraz na to jak eliminovat zátěž léčby a hospitalizace např. přednost ambulantní léčby před hospitalizací, neomezené návštěvy na dětských odděleních, hospitalizace s rodičem aj.). do péče o dítě mohou být zapojeni další členové týmu např. psycholog, psychoterapeut, rodičovské skupiny, kněz, duchovní pastor, léčitel, herní specialista, dobrovolníci, zdravotní klaun.

16.5 Příprava dítěte k vyšetření a zákrokům

Před zákrokem

Děti předškolního věku většinou čekáním na zákrok netrpí, zabaví se jako obvykle. Naopak starší děti jsou zaměřeny do budoucna a mohou delším čekáním trpět. U dětí se snažíme zkrátit dobu čekání na zákrok a tím redukovat prožitky strachu a úzkosti. Můžeme i redukovat úzkost strach odvedením pozornosti. Přípravné fáze se rozdělí tak, aby na sebe navazovaly a časové pauzy mezi výkony byly co nejmenší. Zajistíme přítomnost sestry. Důležitý je postoj sestry, kdy se neptáme zda se bojí, chováme se tak, že předpokládáme, že se nebojí. Bojí-li se dítě nerozlítostňujeme, ujistíme, že rodiče na něj myslí.

Dítěti nedáváme příliš velké ideály, spíše připomeneme, že zkouška, kterou podstupuje bude pro něj zajímavá, budeme mít zkušenosti, jaké třeba nemají ani dospělí, oplatí se být statečný a zdatný. Toto se osvědčuje u dětí starších 9 let (Fendrychová, 2005).

V případě velkého zákroku, svěřuje dítě na operačním sále sestře, s kterou má nejlepší kontakt. V případě spolupracujících rodičů (vyrovnaných) kteří dodají dítěti odvalu, lze je přizvat ke spolupráci.

Narkóza (anestézie)

Dítě by mělo mít správnou představu o narkóze a jejím účelům. Děti do 3let nerozumí dané situaci a nebrání se usnout. Starší děti se usnutí za nezvyklých okolností brání. V případě „usnutí násilím“ tj. usíná proti své vůli, dostává se u nich pocit tísně a úzkosti, který může přetrvávat do pooperačního období. Děti tak dostávají představu o smrti a toto může být doprovázeno i psychickými otřesy.

Vysvětlíme, že dítě usne přirozeně jako doma, bude to po určitou dobu, vysvětlíme, že je to důležité, aby jej nic nebolelo.

Dítě má být připraveno jak se probudí z narkózy. Toto probuzení není čilé a svěží, svůj stav pociťuje jako velmi nepříjemný a může trpět i bolestí. Upozorníme, že po probuzení ještě chvíli bude trvat než se uzdraví, pak se bude uzdravovat rychle.

Pooperační psychické následky

U mladších dětí se setkáváme s častějšími a závažnějšími následky. Dítě nechápe podstatu zákroku, subjektivně se cítí v nepříjemném stavu, s bolestmi. Tyto děti mohou být po návratu z nemocnice dlouhodobě zlostné, vzpurné, neposlušné, zároveň se chtějí ujistit, že jejich vychovatelé jim nadále věnují svou lásku a pozornost. Děti mohou být apatické, chovají se odtažitě k rodičům, odmítají jejich pokusy o kontakt. Ke komplikacím řadíme i úzkost, noční děsy, pomočování, bojí se tmy, chtějí spát s rodičem, nechtějí se vzdálit od matky.

V případě těchto neurotických komplikací je nepotlačujeme. Dítě musí dostat prostor, aby se osvobodilo, uvolnilo. Svě místo má tvořivá hra, kdy dítě své „nepřítelství“ vybije ve hře s hračkami, malováním, modelováním. Dítě musí dostat prostor volního slovního projevu a sdílení svých zážitků. V případě, že dítě se stydí za svůj strach vedeme šetrný rozhovor a pomůžeme volnímu projevu. Aby se dítě k traumatickým zážitkům opakovaně nevracelo, musíme jej zaměstnávat.

Zvláštní pozornost věnujeme dětem apatickým, bez zájmu o okolí. Dovolí-li to zdravotní stav, je vhodné začít se školní přípravou.

Psychické komplikace by se měly zvládnout během dvou týdnů. Jinak je vhodná konzultace s psychologem nebo dětským psychiatrem.

NÁMĚT NA TUTORIÁL



Vyhledejte v doporučené literatuře, jaká je funkce dalších členů týmu (psycholog aj.) v péči o dětského pacienta.

SHRNUTÍ KAPITOLY



Představy o těle se u dětí zpřesňují věkem. Abychom komplexně porozuměli nemocnému v dospělém a dětském věku jsou důležité znalosti z oblasti nejen medicíny, psychologie, filozofie, sociologie aj.



DALŠÍ ZDROJE

FENDRYCHOVÁ, J., KLIMOVIČ, M. a kol. Péče o kriticky nemocné dítě. Brno: NCONZO, 2005. ISBN 80-7013-427-5.

RAUDENSKÁ, J. a JAVŮRKOVÁ, A. Lékařská psychologie ve zdravotnictví. Praha: Grada, 2011.



SHRNUTÍ STUDIJNÍ OPORY

V této studijní opoře jsme se vysvětlili příčinou vzniku onemocnění a pohled na vznik choroby z pohledu psychosomatického a somatopsychického. Mezi oběma je úzký vztah. Objasnili jsme si podstatu reakce pacienta na nemoc, vztah zdravotníků a pacientů. Důležitý je kontakt s rodinou. Byla vysvětlena základní problematiku vzniku stresu, pohled na biobehaviorální přístup k nemoci. Nastínilí jsme si jak přistupovat k pacientovi v bezvědomí. Současná medicína se specializovala podle různých systémů a orgánů. Tato specializace vede ke ztrátě komplexního pohledu na nemocného. Specialista se zaměřuje na léčbu orgánu, na kterou má specializaci. Pokud onemocní člověk více chorobami, většinou navštěvuje více specialistů, chybí nám však jednotící článek. Nemocný může mít pocit odcizení a cítí se ztracen v síti specializovaných služeb. Pacient má spoustu nezodpovězených otázek ohledně své choroby a z toho má další psychické problémy jako je pocit nemohoucnosti, deprese, úzkosti a strachu. Velká část pacientů trpí psychosomatickými onemocněními. Při vyšetření jsou jejich nálezy negativní, subjektivně pociťuje velké utrpení.

Neměli bychom zapomínat na to, že četné somatické nemoci se projevují narušením psychického stavu. Psychosomatické propojení těla a duše nám nabízí cestu, jak o své pouti přemýšlet a jak se dostat ze slepých uliček našich onemocnění. Někdy nelze navrátit úplnou či fyzickou schopnost. Lze podporovat jedince k tomu, aby to co nám zbylo, bylo skutečně využitě. Tělo a psychika jsou spojené nádoby, jedna bez druhé nemůžou vytvořit život a zdraví. Propojením těchto rovin můžeme žít plnohodnotný život, i přes různá omezení, se kterými se můžeme v průběhu života setkat a musíme se s nimi vyrovnat.



NEZAPOMEŇTE NA ODPOČINEK

Gratuluji jste na konci! Zvládli jste to! Prostudovali jste si text a zároveň jste si ověřili, jaké znalosti jste získali ze zdravotnické psychologie. Věřím, že jste si zopakovali anebo získali nové informace, které vám pomohou při komunikaci a ošetřování nemocných, při spolupráci s dalšími členy zdravotnického týmu a s příbuznými.

LITERATURA

- BARTŮŇEK, P. et al. *Vybrané kapitoly z intenzivní péče*. Praha: Grada, 2016. 752 s. ISBN 978-80-247-4343-1.
- CVEKOVÁ, L. – HALUZÍKOVÁ, J. Komunikace s pacientem v bezvědomí. *Diagnóza v ošetrovatelství*, 2, č. 4, 2006, s. 179-180. ISSN 1801-1349.
- ČECHOVÁ, V., MELANOVÁ, A., ROZSYPALOVÁ, M. *Speciální psychologie*. 1. vyd. Brno: IDVZP, 1995. 173 s. ISBN 80-7013-197-7.
- FENDRYCHOVÁ, J., KLIMOVIČ, M. a kol. *Péče o kriticky nemocné dítě*. Brno: NCONZO, 2005. ISBN 80-7013-427-5.
- HALUZÍKOVÁ, J., BŘEGOVÁ, B. a kol. *Ošetrovatelství v nefrologii*. Praha: Grada, 2019. ISBN 978-80-247-5329-4.
- JOBÁNKOVÁ, M. A KOL. *Kapitoly z psychologie pro zdravotnické pracovníky*. 3. vyd. Brno: NCONZO, 2006. 225 s. ISBN 80-7013-390-2.
- KOLEKTIV AUTORŮ. *Základy psychologie II*. 4. vyd. Brno: IDVZP, 1985. 200 s.
- KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie nemoci*. 1. vyd. Praha: Grada, 2002. ISBN 80-247-0179-0.
- KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie zdraví*. 2. vyd. Praha: Portál, 2003. 278 s. ISBN 80-7178-774-4.
- KUŘE, J. et al. *Kapitoly z lékařské etiky*. 2. upr. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2012. 114s. ISBN 978-80-210-5951-1.
- MASOPUST, J., TVRDÁ, V., LIBIGEROVÁ, E. *Syndrom profesionálního vyhoření*. *Ošetrovatelství*. 1999, 1, s. 15-24.
- MOHAPL, P. *Vybrané kapitoly z klinické psychologie I a II*. Olomouc: UP, 1990.
- MORAVICSOVÁ, E. Psychologické problémy chirurgické léčby. *Sestra*, roč.8, č. 5-6. s. 20-21. ISSN 1335-9444.
- PTÁČEK, R., BARTŮŇEK P. *Eutanazie - pro a proti*. Praha: Grada, 2012. 256 s. ISBN 978-80-247-4659-3.
- PTÁČEK, R., BARTŮŇEK P. *Etické problémy medicíny na prahu 21. století*. Praha: Grada, 2014. 520 s. ISBN 978-80-247-5471-0.
- RAUDENSKÁ, J. a JAVŮRKOVÁ, A. *Lékařská psychologie ve zdravotnictví*. Praha: Grada, 2011.
- SCHŮCK, O. A KOL. *Nefrologie pro sestry*. 1. vyd. Brno: IDVPZ, 1994. 213 s. ISBN 57-855-9.
- SLÁMA, O. et al. *Paliativní medicína pro praxi*. Praha: Galén, 2011. 363 s. ISBN 9788072628490.
- SLÁMOVÁ, H. Komunikace s nemocným a rodinou na resuscitačním oddělení. In *Novinky v anesteziologii, intenzivní medicíně a léčbě bolesti* 2001. Praha: Galén. 2001, s. 278-279.

ŠEVČÍK, P. *Etické problémy rozhodování o způsobu léčby v prostředí intenzivní medicíny*. Postgraduální medicína. 2012, roč. 14, č. 5, s. 532-536. ISSN 1212-4184.

ŠPATENKOVÁ, N. a kol. *Krize a krizová intervence*. Praha: Grada, 2017. ISBN 978-80-247-5327-0.

VEVERKOVÁ, E. et al. *Ošetrovatelské postupy pro zdravotnické záchranáře 2*. Praha: Grada, 2019. 192 s. ISBN 978-80-271-2099-4.

VYHLÍDALOVÁ, R. Zahájení dialogu pacient, sestra a rodina pacienta v resuscitační péči. In:

VYMĚTAL, J. *Lékařská psychologie*. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-740-X.























VYMĚTAL, J. *Lékařská psychologie*. 3. aktual. vyd. Praha: Grada, 2011. ISBN 80-7178-740-X.

ZACHAROVÁ, E. *Zdravotnická psychologie*. 2. dopl. vyd. Praha: Grada, 2017. ISBN 978-80-271-0155-9.

SHRNUTÍ STUDIJNÍ OPORY

Stručné shrnutí či rekapitulace celého studijního textu, včetně doporučení studentům ke studiu, literatuře ... Závěrečné slovo autora.

PŘEHLED DOSTUPNÝCH IKON

	Čas potřebný ke studiu		Cíle kapitoly
	Klíčová slova		Nezapomeňte na odpočinek
	Průvodce studiem		Průvodce textem
	Rychlý náhled		Shrnutí
	Tutoriály		Definice
	K zapamatování		Případová studie
	Řešená úloha		Věta
	Kontrolní otázka		Korespondenční úkol
	Odpovědi		Otázky
	Samostatný úkol		Další zdroje
	Pro zájemce		Úkol k zamyšlení

Pozn. Tuto část dokumentu nedoporučujeme upravovat, aby byla zachována správná funkčnost vložených maker. Tento poslední oddíl může být zamknut v MS Word 2010 prostřednictvím menu Revize/Omezit úpravy.

Takto je rovněž omezena možnost měnit například styly v dokumentu. Pro jejich úpravu nebo přidávání či odebrání je opět nutné omezení úprav zrušit. Zámek není chráněn heslem.

Název: **Psychologie ve zdravotnictví**

Autor: **PhDr. Jana Haluzíková, PhD.**

Vydavatel: Slezská univerzita v Opavě
Fakulta veřejných politik v Opavě

Určeno: studentům SU FVP Opava

Počet stran: 148

Tato publikace neprošla jazykovou úpravou.