

**Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Teologická fakulta
Katedra psychologie**

Diplomová práce

Psychologická intervence ve zdravotnické péči

Vedoucí práce: Ing. PhDr. Marie Lhotová, PhD.

Autor práce: Bc. Marcela Jirásková

Studijní obor: Etika v sociální práci

Ročník: 2.

2010

Prohlašuji, že svoji diplomovou práci jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury. Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění, souhlasím se zveřejněním své diplomové práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách.

31. března 2010

Bc. Marcela Jirásková

Děkuji vedoucí diplomové práce Ing. PhDr. Marie Lhotové, PhD. za cenné rady, podnětné připomínky a metodické vedení práce. Dále bych za příkladnou spolupráci ráda poděkovala řadě pracovníků z praxe, zvl. v jihlavské nemocnici a Fakultní nemocnici Brno a mnoha dalším, kteří mi věnovali svůj čas a přispěli svými zkušenostmi do praktické části této diplomové práce. Závěrem chci poděkovat PhDr. Zdeňku Svobodovi za jazykové korektury práce a celé své rodině za trpělivost.

OBSAH

ÚVOD	6
STRUKTURA PRÁCE	10
1 ZÁKLADNÍ POJMY	15
1.1 PSYCHOLOGICKÁ INTERVENCE	15
1.2 ZDRAVÍ A NEMOC	15
1.3 SOCIÁLNÍ PRÁCE	19
1.4 ZDRAVOTNICKÁ PÉČE	21
1.5 PSYCHOLOGICKÁ PÉČE	21
1.5.1 <i>Klinická psychologie</i>	23
1.6 SHRNUTÍ	27
2 KOMUNIKACE A KOMUNIKAČNÍ TECHNIKY	28
2.1 VERBÁLNÍ KOMUNIKACE	29
2.2 NEVERBÁLNÍ KOMUNIKACE	30
2.2.1 <i>Narušená komunikační schopnost</i>	32
2.3 KOMUNIKACE PEČUJÍCÍCH S NEMOCNÝM	32
2.4 KOMUNIKACE V ZÁTĚŽOVÝCH STAVECH A SITUACÍCH	34
2.4.1 <i>Klasifikace vybraných životních událostí</i>	35
2.4.2 <i>Chronická nemoc</i>	37
2.4.3 <i>Handicap</i>	38
2.4.4 <i>Deprese jako reakce na onemocnění</i>	39
2.4.5 <i>Onkologická onemocnění</i>	40
2.4.6 <i>Tělesné postižení</i>	41
2.4.7 <i>Dětská onemocnění</i>	42
2.5 PRETERAPIE, VALIDACE, BAZÁLNÍ STIMULACE,	42
2.5.1 <i>Preterapie</i>	43
2.5.2 <i>Validace</i>	44
2.5.3 <i>Bazální stimulace</i>	44
2.6 SHRNUTÍ	46
3 EXISTENCIÁLNÍ OTÁZKY ŽIVOTA	47
3.1 EMOCE	49
3.2 BOLEST	49
3.3 SMRT	51
3.4 STRACH A ÚZKOST	52

3.5	SHRNUÍ	53
4	DUCHOVNÍ A PASTORAČNÍ PÉČE, ETICKÁ DILEMATA	54
4.1	DUCHOVNÍ A PASTORAČNÍ PÉČE	54
4.2	DUCHOVNÍ A PASTORAČNÍ PÉČE VE SVĚTĚ	56
4.3	TĚŽKOSTI A VÝHODY PŘI ZAŘAZENÍ KAPLANA DO TÝMU	57
4.4	ETICKÁ DILEMATA	58
4.5	SHRNUÍ	59
5	PROFESIONALITA VE ZDRAVOTNICKÉ PÉČI	60
5.1	MOC	61
5.2	SOCIÁLNÍ ROLE	63
5.2.1	<i>Role psychologa a psychoterapeuta</i>	64
5.2.2	<i>Role zdravotnického pracovníka</i>	65
5.2.3	<i>Role rodinného příslušníka</i>	66
5.3	IATROGENNÍ POŠKOZENÍ JAKO ODEZVA NA ZDRAVOTNICKOU INTERVENCI	69
5.4	PSYCHOSOMATICKÁ MEDICÍNA	70
5.5	SHRNUÍ	73
6	HODNOCENÍ DOTAZNÍKŮ, ANKET, ROZHOVORŮ	74
6.1	CÍLE A PŘEDPOKLADY PRŮZKUMU	74
6.2	ANKETA	75
6.3	DOTAZNÍKY	77
6.4	SHRNUÍ	86
7	ZÁVĚR	88
8	SEZNAM POUŽITÝCH INFORMAČNÍCH ZDROJŮ	93
8.1	MONOGRAFIE	93
8.2	ODBORNÉ ČLÁNKY V PERIODIKÁCH	96
8.3	ELEKTRONICKÉ DOKUMENTY	96
8.4	PRÁVNÍ PŘEDPISY	98
9	PŘÍLOHY	99
10	ABSTRAKT	119

Úvod

Východiskem, ke kterému se v průběhu této diplomové práce budeme ve všech kapitolách vracet je otázka: *„Nabízí současná lékařská a ošetrovatelská praxe dostatečnou psychologickou a duchovní intervenci, která nemocným, klientům a jejich blízkým ulehčí prožívání obtížného životního období, vzniklého jako následek úrazu nebo propuknutí choroby?“*

Proč je tato otázka důležitá?

Pomáhající povolání jsou nejrůznější profese, ve kterých je vyjádřen bezprostřední vztah k druhým lidem. Jsou specifická tím, že více než prací za účelem výdělků jsou poslání. Právě proto, že smysl pomáhajících povolání je směřován k uspokojení biologických, psychických, sociálních a duchovních potřeb druhé osoby, nelze je vykonávat bez vzájemného vztahu s etickými pravidly.

Zdravotníci často řeší dvě východiska vztahu s okolním světem. Jeden pohled směřuje k vlastní osobě, druhý k okolnímu světu a jeho kultuře. Často se ptají zda a jak má vypadat dokonalá péče o nemocné. Problematika úzce souvisí s postojem ke vzdělání, vědě a technice.

Zdraví není jenom nepřítomnost nemoci a nemoc není jen samostatná porucha, kterou provází nepříjemné symptomy. I když člověk trpí těžkým onemocněním, strádá komplikacemi s nově vzniklým handicapem anebo je přímo přítomný a zúčastněný bolestné situace, která provází jeho blízké, i přesto může žít plnohodnotným a spokojeným životem.

Konec dvacátého století přinesl pokrok téměř ve všech oblastech života. Došlo k masivnímu rozvoji mikrotechnologií a automatizace, vývoji ve farmakologickém průmyslu, přišly nové poznatky do filozofických věd, dosáhlo se rozvoje plurality názorů. V tomto smyslu se objevily, resp. vrátily otázky související s primárním etickým rozměrem lidské existence.

Lidé jsou sociálními bytostmi, které žijí ve vztazích se svými bližními a v nejrůznějších situacích štěstí i beznaděje vyhledávají společnost druhých osob. V sociální integraci má rozhodující poslání uvědomění si vlastní autonomie - schopnosti sebezpěče, kontroly nad sebou samým, nad svým rozhodnutím - a snižování vlivu nedostatečnosti člověka.

Téměř čtvrt století jsem pracovala ve zdravotnictví jako zdravotní sestra. Pracovala jsem jako sestra ve směnném provozu u lůžka pacienta, ambulantní sestra, jako směnná sestra na jednotce intenzivní péče a vrchní sestra špičkového klinického pracoviště fakultní nemocnice. Mám zkušenosti obvodní a geriatrické sestry v ordinaci praktického lékaře.

Veškerá profesní zkušenost zásadně působila na životní etapy mého vlastního osobnostního i profesního vývoje.

Skutečné poznatky obohacené praktickými zkušenostmi mě přivedly k myšlence, že v lékařské a ošetrovatelské péči o nemocné stále převažuje starost o somatické potřeby pacientů a klientů nad psychickými a duchovními požadavky.

Lékaři, zdravotní sestry, sociální pracovníci a mnoho dalších, kteří vykonávají takzvaná pomáhající povolání se denně setkávají s radostí, štěstím, pochopením nebo naopak s bolestmi, beznadějí, smrtí a mnoha dalšími fenomény, které doprovází období prožívání nemocí, úrazů a ztrát.

Co pacienti a klienti potřebují? Pocit jistoty a bezpečí, pomoc a podporu, nalézat duchovní pomoc a útěchu. Touží mít kolem sebe milující a milované osoby nejen z řad blízkých rodinných příslušníků, ale i mezi profesionálními zdravotníky. Nemocný člověk potřebuje cítit, že ho jeho okolí chápe, naslouchá a přeje si svému okolí rozumět a důvěřovat. Chce slyšet perspektivy do budoucna a nechce obtěžovat. Touží zachovat si svou důstojnost. Kladné pocity a důvěra umožňují klidněji se podívat „pravdě do očí“ a rozumově zhodnotit vzniklou situaci.

Spokojený pacient je cílem lékařské péče stejně, jako co možná nejlepší kvalita života nemocných, handicapovaných a nejbližších členů jejich rodin pro pracovníky v sociálních službách.

Umění zvládnání osobních i profesionálních vztahů mezi pacienty, klienty, jejich nejbližšími a ošetřujícími profesionály je schopnost, díky níž je možné naučit se předcházet emocionálním zátěžím s negativním, oboustranným působením.

Psychologická intervence má v komplexní péči o nemocné důležité postavení. Její význam je soustředěn především na osobnostní charakteristiky klientů, na jejich sociální podporu a psychoterapii. Informace, které správnou psychologickou intervencí zdravotnický personál získává, slouží k poznávání pacientů s jejich potřebami a poskytuje vodítko ke zkvalitnění lékařské a ošetrovatelské péče.

Aktuální situace v systému léčebné a ošetrovatelské praxe orientované na psychologickou a etickou složku osobnosti v pohledu na nemocné a jejich blízké je neradostná. Vnímání nemocného a jeho blízkých často postrádá základní etickou orientaci na lidskou bytost jako na fyzický, duševní i duchovní celek, žijící v určité charakteristické sociální skupině. Oblast psychologické péče o nemocné a současně členů jejich rodin se nalézají na okraji zájmů klinické medicíny.

Ze zkušeností vím, že dobrý vztah mezi lékaři, zdravotními sestrami, rehabilitačními a sociálními pracovníky spolu s klienty a jejich nejbližšími významně zvyšuje kvalitu života nemocných i jejich rodinných příslušníků¹.

Rodinní příslušníci a blízcí pacientů ve chvíli, kdy se rozhodnou přijmout povinnosti související s ošetrováním člena rodiny, nahrazují v ošetrovatelské péči veřejné instituce a přijímají spoluodpovědnost za ošetrovatelskou činnost. Proto jim má být z řad profesionálních institucí poskytována maximální a trvalá podpora a pomoc².

¹ Pozn.: Kvalita života je vyjádření pocitu životního „štěstí“; k nejobecnějším znakům patří soběstačnost při obsluze vlastní osoby a pohyblivost; *psychologicky* jako míra seberealizace a duševní harmonie čili míra životní spokojenosti a nespokojenosti; *lékařsky* na jaké úrovni a s jakým omezením žijí lidé s chronickými chorobami čili hledisko omezení jejich svobody; individuálně kvalitu života zvyšují především ve stáří plánované tělesné a duševní činnosti, aktivní životní styl. Srov. In: HARTL, P., HARTLOVÁ, H. *Psychologický slovník*...str. 284.

² Pozn. Respitní-úlevová péče je podpora v možnosti odpočinku a úlevy pro pečující osoby. Jde o formy osobní asistence, denního stacionáře, přechodného umístění v domově seniorů nebo krátkodobé hospitalizace. Srov. In.: MATOUŠEK, O., *Sociální práce v praxi*...str. 168-169.

Prozatím je podíl praktické psychologické intervence směřován primárně na významná a exponovaná klinická pracoviště, případně do oborů, které zaznamenaly zřejmý technologický pokrok. Lze předpokládat, že díky zájmu o prosazování pozitivních společenských cílů, bytí k odpovědnosti a individuální autonomii neustrnou psycho-etické souvislosti existence života na současné úrovni, ale budou se nadále prohlubovat.

Profese lékaře a zdravotní sestry jsou souborem vědomostních a morálních hodnot každého jedince. V současnosti jsou v souvislosti s technickými a vědeckými možnostmi zdravotníci v obtížné situaci. Poznatky a všeobecné znalosti o zdraví a nemocech se zvyšují a současně se zvyšují nároky na vzdělanost všech účastníků lékařských i nelékařských povolání.

Pokládám tedy výzkumnou otázku: ***„Nabízí současná lékařská a ošetrovatelská praxe dostatečnou psychologickou a duchovní intervenci, která nemocným, klientům a jejich blízkým ulehčí prožívání obtížného životního období, vzniklého jako následek úrazu nebo propuknutí choroby?“***

Struktura práce

Současná lékařská diagnostická i terapeutická péče převážně využívá technických prostředků, osvědčených vyšetřovacích a léčebných metod a méně komunikačních technik k budování důvěryhodného vztahu mezi oběma stranami.

Systematické vytváření kvalitního vztahu s nemocným, budování hodnověrné atmosféry a vzájemné spolupráce mezi zdravotníky, pacienty a blízkými rodinnými příslušníky běžně prioritou nebývají. V dobré víře, že pomáhají, se lékaři a sestry v ošetřování a léčení soustředí hlavně na somatický přístup k pacientovi a ostatní složky osobnosti - duševní, sociální a spirituální - ponechávají volnému vývoji, v lepším případě jiným odborníkům. Otázkou ale je, zda ti „jiní“ odborníci jsou pacientům vždy nablízku.

Cílem empirické části této diplomové práce bude teoretické zpracování vědeckých poznatků a přehled důležitých, tématicky zaměřených okruhů se vztahem k základní myšlence práce. Stanoviska budu čerpat především z odborné literatury.

Psychologicko-psychotherapeutické intervenční metody vedou ke koncepci člověka jako důstojného a autonomního jedince. Naleznu a objasním hodnoty, které má pacient či klient vnímat, aby byl splněn cíl prožití dobrého a kvalitního života, byť ochuzeného o plné somatické nebo duševní zdraví.

❖ **První kapitola** práce se bude zaměřovat na výklad základních terminologických pojmů a praktický význam oborů, které budou v textu zmiňovány - psychologická intervence, zdraví a nemoc, sociální práce, zdravotnická a psychologická péče.

Moderní lékařská věda má zásluhu na prodloužení průměrného lidského věku, zvýšení úspěšnosti přežití nemocných s vážnými akutními a traumatickými poruchami. Medicína se stala rozsáhlým vědeckotechnickým oborem, kde se vytrácí

člověk jako osobnost. Do značné míry jde o uzavřený systém, s řadou lékařských odborností dále rozdělených na jednotlivé orgány a funkce.

Do chvíle než lékař vysloví diagnózu, vyšetří nemocného několik specialistů, u kterých absolvuje sérii více či méně příjemných a důstojných vyšetření. V souvislosti se specifickým zaměřením řady lékařských odborností se vytrácí terapeutická kontinuita.

Moderní způsoby terapie v minulosti nevléčitelných poruch zdraví dokážou být úspěšné nejen u akutních a chronických chorob, ale také při ošetřování těžkých úrazů.

Okolnosti vážící se k utrpení, bezmoci a strachu řeší hodně lidí bez pomoci, což v systému, kde chybí přímá a okamžitá možnost pohovořit si s klinickým psychologem či duchovním je obvyklé. Ve vypjatých a náročných obdobích by měla být psychologická intervence běžně a rychle dostupnou pomocí, která postiženým ulehčí adaptaci na nové životní podmínky. Toto prázdné místo nahrazuje alespoň částečně sociální práce, pro jejíž dimenzi jako vědní disciplínu jsou nejbližším oborem zdravotnictví, psychologie, právo a pedagogika. Cílem lékařské péče, práce s nemocnými a handicapovanými v sociálních službách a s nejbližšími členy rodiny pacientů a klientů je snaha o dosažení co možná nejlepší kvality života těchto sociálních skupin.

❖ **Druhá kapitola** je rozsáhlá svým obsahem i významem. Soustředím se v ní na významové aspekty řady komunikačních technik, nastíním různé možnosti a bariéry, ke kterým v komunikačních mechanismech dochází, a se kterými je nutné při práci s klientem pracovat.

Pro nemocné a klienty je důležitý čas, způsob a množství předávaných informací spolu s osobnostními profily účastníků komunikačního procesu. Nemalý podíl na přijetí důležité zprávy má forma interpretace sdělované zprávy a prostředí, ve kterém k této aktivitě dochází.

Rozhovor často probíhá v limitovaném čase, ne vždy dostatečném pro zohlednění individuálních potřeb jedince. Díky spěchu a nevhodným komunikačním technikám se může klient, jako osoba cítit ignorován.

Individualita člověka na sebe upozorňuje také způsobem přijetí sdělované důležité informace. Někteří lidé jsou tiší a nenápadní, jiní projevují své emoce hlasitě.

Příprava v komunikačních technikách zdravotníků není a nebyla ve výuce prioritou a ani způsob jak sdělovat informace o zdravotním stavu nemocného není jednotný (viz příloha č. VIII). Někteří lékaři prosazují názor, že je lepší počkat než se nemocný sám zeptá a potom, jen po malých dílech, podávat částečné zprávy a prognózy. Se sdělením diagnózy otálí podobně, jako o potřebě nevyhnutelných příprav na změny, které jsou v životě nemocného a jeho blízkých přepokládány.

Na druhou stranu existují lékaři rázní, kteří všechny informace sdělí přímo a na rovinu, bez ohledu na závažnost zprávy. Jakou formou?

Obecně se dá říci, že pravdu je potřeba sdělit téměř ve všech případech. Výjimku mohou tvořit malé děti nebo jedinci silně labilní. Tady velmi záleží na úrovni komunikačních schopností lékaře.

❖ **Třetí kapitola** bude věnována objasnění existenciálních otázek života člověka - emocím, bolesti, smrti, strachu, úzkosti - který se setkal s nemocí, těžkým úrazem, závěrečným obdobím života nemocného a jeho blízkých.

Každý člověk má své jedinečné sociální, duchovní, materiální a biologické potřeby. Lékařská podpora pacientů a jejich blízkých při experimentech s různými alternativními způsoby terapie u homeopatů a léčitelů má blahodárný vliv na jejich psychiku. Tyto aktivity však mají probíhat za vědomí lékaře a nemají zcela nahrazovat odbornou lékařskou péči. Základem úspěchů u alternativní léčby je komunikační nadání léčitelů, které častokrát u klasických lékařů postrádáme.

Znalost diagnózy³ a prognózy⁴, schopnost pojmenovat emoce, vyslovit obavy z důsledků závažné nemoci i terapeutických zákroků, většinou ulehčí nemocnému i jeho blízkým přijetí choroby a má-li k dispozici ještě dostatek času, pomůže mu k odpovědnějšímu uspořádání osobních záležitostí.

Platí obecné pravidlo, že čím více a čím déle změny emocionálního, ekonomického nebo sociálního tlaku ovlivňují kvalitu života jedince tím vyšší je pravděpodobnost vzniku stresové poruchy a následného krizového stavu, tzv. náročné životní situace. Pro všechny zúčastněné je prvořadým úkolem naučit se žít s omezením, které s sebou nemoc nese, překonat strach, neklid, fyzickou i emocionální bolest a také hledat a objevovat smysl života, utrpení, porozumění nemoci.

❖ Duchovní a pastorační péče a etická dilemata jsou obsahem **čtvrté kapitoly**. Ve většině klinických zdravotnických zařízení se starost o pacientův duševní stav dosud omezuje na konziliární vyšetření lékařem - psychiatrem. (Vynechávám pochopitelně psychoterapeutickou léčbu v psychiatrických léčebnách). Jako příčina se jeví neinformovanost. Většinou jsou lidé, kteří mají ordinováno psychiatrické konzilium pokládáni za duševně nemocné. Nepomýšlí se na psychickou insuficienci.

Nemoc zasahuje člověka vždy jako celek. Onemocnění či úraz vyvolává změny funkcí organismu, narušuje psychické a somatické složky osobnosti. Mnoho nemocných působí navenek klidně a vyrovnaně ovšem náhlé uzavření se do sebe, omezení sociálních kontaktů, ztráta chuti do života, zvýšená citlivost, neurotické reakce, depresivní chování, to jsou jen některé ze symptomů, které by měly blízké okolí nemocného a zdravotníky upozornit na hrozící nebezpečí vzniku duševní krize kde může pomáhat „pouhé“ vlídné slovo.

³ Pozn. Diagnóza je určení choroby nebo jejích následků, vrozených a získaných poruch a vad nebo rozlišení jedné choroby od jiné. Srov. In.: HARTL, P., HARTLOVÁ, H. *Psychologický slovník*...str. 111.

⁴ Pozn. Prognózou se rozumí předpověď, vyhlídka do budoucna, odhad budoucího vývoje. Prognóze je věnována stále větší pozornost i ve zdravotnické a sociální politice. Srov. In.: HARTL, P., HARTLOVÁ, H. *Psychologický slovník*...str. 455.

❖ **V páté kapitole** se budu věnovat profesionalitě, významu sociálních rolí a mezilidským vztahům, nebezpečí iatrogenního poškození a psychosomatickým potížím. V dané oblasti je důležitý vliv všech účastníků, tedy zaměstnanců nemocničních, rezidenčních a ambulantních zdravotnických zařízení všech stupňů a úrovní ve vztahu k pacientům, klientům a jejich blízkým rodinným příslušníkům. Všechny skupiny se navzájem úmyslně i nevědomky formují a ovlivňují, přičemž převahu ve vztazích má působení ze strany zdravotnického a ošetrovatelského personálu. Málokdy je tomu naopak.

Jednání s chronicky nemocnými pacienty, s pacienty ohroženými na životě nebo těmi, kteří jsou postiženi vážným defektem tělesné integrity přináší oboustranně, jak nemocným tak ošetřujícím, nepříjemné pocity úzkosti a beznaděje. Zvládání vztahů mezi pacienty, klienty, jejich nejbližšími a pečovateli je uměním. Schopností, díky níž lze předcházet psychickým, sociálním a duševním zátěžím s negativním, oboustranným působením.

Praktická část práce bude analyzovat stávající poměr k psychickým a duchovním potřebám nemocných a klientů ve všech profesních kategoriích, které se přímo podílí na ošetrovatelské a léčebné péči.

Pro účely této diplomové práce byla, v namátkově vybraných zdravotnických zařízeních, uskutečněna dotazníková akce a široké veřejnosti položena anketní otázka.

❖ **V šesté kapitole** výsledky obou výzkumných metod zhodnotím. Pro názornost a přehlednost výsledků jsem vypracovala osm grafů.

Na základě vyhodnocení dotazníků a ankety ověřím hypotézu, že: *„psychologickou intervencí v léčebné a ošetrovatelské péči by řada vedoucích pracovníků a členů terapeutických týmů uvítala, ale zapojení psychologa či duchovního do pracovních kolektivů by zvýšilo ekonomické náklady na personální výdaje nad únosnou míru organizace.“*

❖ **Závěr** své diplomové práce věnuji odpovědi na položenou výzkumnou otázku.

1 ZÁKLADNÍ POJMY

1.1 *Psychologická intervence*

Psychologickou intervencí rozumíme cílený a předem důkladně promyšlený zásah, obvykle zaměřený na zmírnění tíživé osobní situace sledované osoby. Jedná se o odborný postup nebo techniku, která směřuje k přerušení, zamezení nebo úpravě právě probíhajícího nepříznivého duševního procesu.

V krizových situacích je psychologická intervence psychoterapeutickou pomocí, zaměřenou na náhle vzniklé akutní potíže postiženého a na přerušení probíhajících, špatně přizpůsobených vzorců chování.

Krátkodobým cílem intervenčního zákroku je charakteristika náročného stavu, zeslabení intenzity potíží a zklidnění jedince. Dlouhodobým cílem intervenčního zákroku je funkční obnovení psychického stavu nemocného nebo postiženého na úroveň před započítím krizového stavu.

Význam psychologické intervence nacházíme i v oblasti edukace, při hledání vhodných orientací v přístupu k učení novým technikám při zvládnání fyzicky náročných situací, např. po traumatických změnách⁵.

1.2 *Zdraví a nemoc*

Zdraví a nemoc jsou životní procesy. Zdraví je jednou ze základních hodnot našeho života a je předpokladem šťastného bytí jedince.

⁵ Srov. In HARTL, P., HARTLOVÁ, H., *Psychologický slovník*...str. 239.

Erich Fromm⁶ se o zdraví vyjádřil jako o nejcennější z lidských hodnot. Řekl: „Málokteré pojmy jsou tak často tematikou lidských myšlenek a rozhovorů, obav i nadějí jako zdraví a nemoc a máloco dovede vzbudit takový zájem jako senzační zprávy o neobvyklých chorobách a náhlých úmrtích. Je to pochopitelné a souvisí to s vysokou, ne-li nejvyšší hodnotou, která bývá přisuzována zdraví a dlouhověkosti a určitým destruktivním tendencím ukrytým hluboce v lidském podvědomí⁷.“

Podle starších koncepcí se za zdraví považuje potenciál schopností organismu vyrovnat se, přizpůsobit se, snést a vyvážit měnící se nároky vnějšího prostředí. Ve druhé polovině 20. století vznikla celá řada pokusů o definici zdraví spolu s pokusy o celostní chápání lidského zdraví⁸.

Uceleným pohledem na zdraví definovala tento pojem Světová zdravotnická organizace (WHO) v roce 1948: „Zdraví je stav úplné fyzické, duševní a sociální pohody, nikoli pouze nepřítomnost nemoci nebo zdravotního postižení.“

Definice Otawské charty podpory zdraví z roku 1986 má širší koncepci a zní takto: „K dosažení stavu úplné fyzické, duševní a sociální pohody musí být jednotlivci nebo skupina lidí schopni stanovit a realizovat své cíle, uspokojit své potřeby, změnit své prostředí nebo se s ním vyrovnat. Zdraví je tedy nahlíženo jako zdroj každodenního života, a nikoli jako životní cíl. Zdraví je pozitivní pojem zdůrazňující sociální a osobní zdroje právě tak jako fyzické schopnosti.“

⁶ Pozn. Erich Fromm (23. března 1900 Frankfurt nad Mohanem, Německo – 18. března 1980 Locarno, Švýcarsko) byl německý a americký psycholog a humanistický filosof a sociolog. Představitel neofreudismu a západního marxismu. Pokoušel se spojit myšlenky těchto dvou směrů do jednoho systému, takže se jeho teorie soustředila především na sociokulturní vlivy působící na člověka. Fromm je také jedním ze zakladatelů neopsychoanalýzy, konkrétně kulturní psychoanalýzy, která psychoanalýzu interpretovala spíše sociálně a kulturně než biologicky. WIKIPEDIE *Otevřená encyklopedie*, Erich Fromm, Wikimedia project Creative commons [online]. Poslední aktualizace 15.11.2009 [cit.2010-02-07].Dostupné na WWW:

<http://cs.wikipedia.org/wiki/Erich_Fromm>

⁷ Pozn. FROM, E., *Historie pojetí zdraví a nemoci. Péče o zdraví. Definice zdraví*, NINIVEWEBSITE [online]. Poslední aktualizace 26.3.2009 [cit. 2010-01-03] Dostupné na WWW: <<http://ninivemail.blogspot.com/2009/03/historie-pojeti-zdravi-nemoci-pece-o.html>>

⁸ Pozn. FROM, E., *Historie pojetí zdraví a nemoci. Péče o zdraví. Definice zdraví*, NINIVEWEBSITE [online]. Poslední aktualizace 26.3.2009 [cit. 2010-01-03] Dostupné na WWW: <<http://ninivemail.blogspot.com/2009/03/historie-pojeti-zdravi-nemoci-pece-o.html>>

Text definice zdraví podle Davida Seedhouse (1995) je předložen jako: „*Optimální stav zdraví určité osoby závisí na stavu souboru podmínek, které jí umožňují žít a pracovat tak, aby byly splněny její realisticky zvolené a biologické možnosti (potenciály)*⁹.

Neschopnost organismu vyrovnat se s okolním prostředím vyvolává nemoc, která není věcí sama o sobě, nýbrž procesem - sledem na sebe navazujících epizod¹⁰. Akutní nebo chronickou nemoc lze obecně chápat jako narušení určitých funkcí organismu, které nepříznivě ovlivňují kvalitu života nemocného¹¹. Chronické onemocnění či postižení znamená jedincovo trvalé fyzické a sociální znevýhodnění.

Jakékoliv onemocnění, závažné nebo banální, je pro každého jedince jinak náročnou životní zkouškou, která různým způsobem ovlivňuje psychiku nemocného a jeho blízkých. Způsob a hloubka přijetí choroby závisí na jedincově vrozené a získané vulnerabilitě¹².

Nemoc nemění jenom aktuální prožitky a reakce člověka, ale i některé jeho vlastnosti. Řada tělesných potíží může být v závislosti na psychickém stavu nemocného udržována či zhoršována, zatímco psychická pohoda pomáhá ke zlepšování, zmírňování nebo vymizení somatických potíží jedinců.

Vágnerová hovoří o tom, že: „...*mezi tělesnou a psychickou složkou osobnosti existuje reciproční vztah*¹³.

⁹ KŘIVOHLAVÝ, J., *Psychologie zdraví...* str. 39.

¹⁰ Srov. NOVOSAD, L., NOVOSADOVÁ, M., *Ucelená rehabilitace lidí se zdravotním, zejména somatickým postižením...* str. 5.

¹¹ Srov. Kvalita života je výraz, který v nejširším významu označuje soubor podmínek a náplní klientova života, které pro něj představují nejvýznamnější hodnoty (zdraví, materiální podmínky existence včetně životního prostředí, denní aktivity, mezilidské vztahy aj.). Ani kvalita života nemůže být posuzována nezávisle na subjektu, kterého se týká. MATOUŠEK, O., *Sociální práce v praxi...* str. 16.

¹² Pozn. Vulnerabilita, nebo-li zvýšená citlivost, jejíž úroveň zvyšují chatrné sociální dovednosti, chudoba, ekonomická závislost, chybění blízkých přátel; nejčastěji jako předpoklad náchylnosti k určitým onemocněním.

Srov. In HARTL, P., HARTLOVÁ, H., *Psychologický slovník...* str. 677-678.

¹³ VÁGNEROVÁ, M., *Psychopatologie pro pomáhající profese...* str. 75.

Akutní somatická nemoc působí nemocným emocionální tíseň a stres. Chronické choroby navíc vedou k řadě negativních emocionálních reakcí u postižených i jejich nejbližších. Pacienti a klienti trpící chronickou chorobou se učí žít s obtížemi, které nemoci doprovázejí.

Janáčková a Weiss říkají, že: „...ti lékaři, kteří se empaticky podílejí na zvládnání těžkostí doprovázejících chorobné stavy, jsou lépe připraveni na duševní pomoc pacientům při jejich případných emocionálních náladách, které se u nich mohou v pravidelných intervalech s různou intenzitou dostavovat¹⁴.“

Moderním, rozvíjejícím se pohledem na nemoc či handicap jedince se začalo zabývat zvolna vznikající lékařské odvětví, které chápe vztah zdraví a jedinečnosti člověka jako jednotu biologického, ekologického, psychologického a sociálního systému. Mluvíme o holistické medicíně¹⁵.

Teorie holistické medicíny dospěla k výkladu, že zdraví je výsledkem vzájemného působení organismu, osobnosti člověka, životního prostředí, dědičných dispozic jedince a jeho životního stylu a pracovních podmínek. Holistický pohled na lidskou bytost tedy vymezuje fyziologickou, psychickou, sociální i spirituální dimenzi lidského zdraví a nemoci¹⁶.

¹⁴ JANÁČKOVÁ,L., WEISS.P., *Komunikace ve zdravotnické péči...* str. 76.

¹⁵ Pozn. Holistická medicína je svým principem preventivní a léčebná medicína, která zdůrazňuje nutnost pohledu na celého člověka. Jde o pohled na jeho tělo, duši, emoce a prostředí, v němž se člověk pohybuje. ILGNER, M., *Holistická medicína*, © obsah a design těchto stránek MUDr.Miroslav Ilgner [online]. Poslední aktualizace 18.8.2006 [cit. 2009-10-19]. Dostupné na WWW: <<http://www.volny.cz/homeopatie/index.htm>>

Dále také pozn. Holismus (z řeckého *to holon*, celek) je filosofický názor nebo směr, který zdůrazňuje, že všechny vlastnosti nějakého systému nelze určit nebo vysvětlit pouze zkoumáním jeho částí. Naopak celek podstatně ovlivňuje i fungování nebo podobu svých částí. Tuto zásadu vyslovil poprvé Aristotelés v *Metafysice*: "Celek je víc než souhrn jeho částí." WIKIPEDIE *Otevřená encyklopedie*, Holismus, Wikimedia project Creativ commons [online]. Poslední aktualizace 7.2.2010 [cit. 2009-10-19]. Dostupné na WWW: <<http://cs.wikipedia.org/wiki/Holismus>>

¹⁶ Srov.: NOVOSAD. L., NOVOSADOVÁ.M., *Ucelená rehabilitace lidí se zdravotním, zejména somatickým, postižením...* str. 4-5.

1.3 Sociální práce

Sociální práce jako obor je vykonávána v návaznosti na další profese, přičemž jejím nejbližším okruhem jsou v západních zemích zdravotníci, psychologové, právníci, policisté, pedagogové, představitelé státní správy a samosprávy¹⁷.

Sociální práce je vykonávána na základě zákona č.108/2006 Sb., o sociálních službách ve znění pozdějších předpisů (viz příloha č. IV). Samotná sociální práce je vykonávána na základě vyhlášky č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách.

Sociální práce má své etické zásady a kodexy. Základním kodexem, který se vztahuje k výkonu sociální práce je „Etický kodex sociálních pracovníků České republiky“ (viz. příloha č. II), vydaný Společností sociálních pracovníků ČR, ze dne 1.1.2005.

Sociální práce se v průběhu 20. století stala společenskovední disciplínou i oblastí praktické činnosti, jejímž cílem je odhalování, vysvětlování, zmírňování a řešení sociálních problémů člověka a společnosti. Prvořadým úkolem sociální práce je pomáhat jednotlivcům a sociálním systémům zlepšovat jejich *sociální fungování* a měnit sociální podmínky tak, aby chránily tyto jednotlivce a systémy před problémy¹⁸.

Pro sociální fungování existují tři vzory:

❖ *sociální práce jako terapeutická intervence* – cíleně pomáhá jednotlivcům, skupinám i komunitám zabezpečit jejich psychosociální pohodu; důraz je kladen na komunikaci a budování vztahu;

❖ *sociální práce jako úsilí o reformu společenského prostředí* - důraz je kladen na posilování jednotlivců a skupin ke zvýšení podílu na změnách společnosti;

¹⁷ MATOUŠEK, O., *Metody a řízení sociální práce...* str.12.

¹⁸ Srov. MATOUŠEK, O., *Základy sociální práce...* str. 10.

❖ *sociální práce jako sociálně-právní poradenství* - důraz je kladen na poskytování informací, kvalifikované poradenství, zpřístupňování zdrojů a mediace¹⁹.

Cílem sociální práce s klientem v ambulancích, nemocnicích nebo obdobných zdravotnických zařízeních s rezidenčními službami je podpora člověka při řešení jeho tíživé situace a zabránění zhoršování zdravotního stavu i vzniku sekundárních handicapů za pomoci odborného poradenství nebo zprostředkováním sociálních služeb²⁰.

¹⁹ Srov. MATOUŠEK, O., *Základy sociální práce...*str. 187 – 188.

²⁰ Srov.: NOVOSAD, L., NOVOSADOVÁ, M., *Ucelená rehabilitace lidí se zdravotním, zejména somatickým, postižením...*str. 25.

1.4 Zdravotnická péče

Zdravotnická péče je souborem činností společnosti, zahrnující opatření, která vedou k zamezení vzniku chorob, k diagnostice a terapii onemocnění a ke snížení jejich následků na život občanů²¹.

Výkon zdravotní péče a zdravotních služeb se řídí zákonem č.20/1966 Sb., (viz příloha č.III) o péči o zdraví lidu, ve znění pozdějších předpisů.

Systémy poskytování zdravotní péče jsou komplexní a zdravotní služby a zdravotní péče je občanům garantována Listinou základních práv a svobod²² v různých typech lůžkových a ambulantních zařízeních. Výkon zdravotnického povolání je ošetřen dvěma zákony a jeho prováděcími vyhláškami.

První je zákon č. 95/2004 Sb., o lékařských povoláních, ve znění pozdějších předpisů a druhým je zákon č. 96/2004 Sb., o nelékařských povoláních, ve znění pozdějších předpisů.

1.5 Psychologická péče

Psychologie jako vědní obor zkoumá duševní funkce - vnímání, myšlení, cítění, strukturu „psychického aparátu“ člověka a zabývá se měřením různých vlastností osobnosti, např. inteligence, dominance, apod.²³

Úkolem psychologa je dovolit klientům projevit emoce, které u nich vznikají, pacientům umožnit vyřknout svá přání, strach a obavy, které je trápí a bojí se o nich mluvit nebo je dosud neumí pojmenovat.

²¹ Srov. NOVOSAD, L., NOVOSADOVÁ, M., *Ucelená rehabilitace lidí se zdravotním, zejména somatickým, postižením...* str. 25.

²² Článek 31 Listiny základních práv a svobod – „ Každý má právo na ochranu zdraví. Občané mají na základě veřejného pojištění právo na bezplatnou zdravotní péči a na zdravotní pomůcky za podmínek, které stanoví zákon. “

²³ Srov. ŘÍČAN,P., *Cesta životem...* str. 15.

V práci psychologa je podstatné, aby nebylo opomenuto dôležitosti pacientova vnímání a chápání a byl k dispozici vždy, kdy ho nemocný potřebuje. Pacient má právo určit téma rozhovoru, během něhož má nárok vyjádřit svoje emoce a pocity. Smí okolí odmítat nebo naopak toužit po lidské blízkosti.

Možnost využití psychologické péče a psychologického poradenství v době hospitalizace nemocných na lůžku nebo využití psychologických služeb v návaznosti na ambulantní léčbu nemocného v současnosti neodpovídá poptávce. Působení psychologů je v dnešní době zabezpečeno na klinických pracovištích významných medicínských oborů, mezi které náleží zejména onkologická pracoviště a rehabilitační zařízení.

Přesto, že psychologická terapie pacientů je přínosem, je předčasné říkat s konečnou platností, že psychologická léčba prodlužuje život. Podle studie americké vlády, není odpověď na otázku zda psychologické metody ovlivňují nástup a progresi onemocnění stoprocentně potvrzena²⁴.

Aktivita psychologa v nemocnicích a v rezidenčních zařízeních (mimo rehabilitační ústavy, rovněž léčebny dlouhodobě nemocných, doléčovací lůžková zařízení, hospice apod.), je možné rozdělit do tří hlavních oblastí:

❖ *práce s pacientem* - kde je důležité navázání vztahu důvěry a prostoru pro emoční podporu nemocného tak, aby mohl spontánně hovořit o svých pocitech, myšlenkách, obavách, pokládat složité otázky a projevit své nejistoty. Úkolem psychologa by měla být pomoc při adaptaci na stávající a v mnohém nově vzniklou a neznámou situaci a prostředí. Základem práce s pacientem je individuální rozhovor, ale některé typy zařízení využívají skupinové terapie nebo terapie za přítomnosti rodinných příslušníků;

²⁴ Srov. FELDMAN, Robert, S., *Understanding psychology...*str. 521.

❖ *rodina* - je nejbližší sociální skupina pro každého jedince, ať pacienta nebo klienta. Psychická podpora nejbližších příbuzných je možnost, jak nově vzniklou situaci v rodině prodiskutovat, řešit a sdělit si vzájemně svá přání a obavy, vyslechnout si rady směřující k hlubšímu vztahu s nemocným. Psycholog může být v této fázi psychologické intervence také prostředníkem vznikající komunikace ošetřujících s klientem;

❖ *ošetřující personál* - může využít přítomnosti psychologa v instituci k řešení sporů a nedorozumění v komunikaci s konkrétním pacientem i ve vzájemném vztahu členů ošetrovatelského týmu. Nezastupitelnou roli hraje při pedagogickém vedení a obohacování pohledu personálu na pacienta společný cíl - úspěšná a efektivní péče, přispívající dle možností jako prevence syndromu vyhoření²⁵.

1.5.1 Klinická psychologie

Psychologie má řadu oborů a specializací. Obvykle se psychologické vědy dělí do tří základních kategorií:

- ❖ *základní psychologické obory;*
- ❖ *speciální psychologické obory;*
- ❖ *aplikované psychologické obory.*

Klinická psychologie je samostatným vědním oborem, jehož předmětem je zkoumání duševního života člověka. Je jednou z nejstarších a nejrozvinutějších oblastí aplikované psychologie. Poznatky klinické psychologie jsou používány ve všech formách prevence, diagnostiky, terapie a rehabilitace. Využití znalostí klinické psychologie nacházíme zejména ve zdravotnictví a sociální práci²⁶.

²⁵ Srov. JUŘIČKOVÁ, J., *Psychologická péče*, Česká onkologická společnost, Linkos pro pacienty a jejich blízké [online]. Poslední aktualizace 30.4.2009 [cit. 2010-01-22] Dostupné na WWW: <http://www.linkos.cz/pacienti/psycho_c4.php>

²⁶ Srov. ŠVINGALOVÁ, D., *Kapitoly z psychologie. 1.díl...*str. 25-27.

Teorie klinické psychologie obsahují principy duševního zdraví a traumat, krize, poruch, psychosomatických i tělesných onemocnění, ovlivňujících duševní život člověka. Interpretace poznatků klinické psychologie má význam v prevenci, psychodiagnostice a psychoterapii duševních poruch a nemocí.

V souvislostech s poruchami a nemocemi sleduje klinická psychologie také vlivy biologických, sociálních, kulturních, civilizačních, historických, politických a duchovních poměrů klientů.

Vývoj člověka je chápán ve vnějších, vnitřních a v biosociálních projevech a sledován v bio-psycho-sociálních souvislostech, ve vztahu ke zdraví a nemoci. *Vnějšími projevy duševního života* rozumíme chování, jednání, komunikaci, interakci jedince. *Vnitřní projevy duševního života* člověka poukazují na jeho prožívání, vědomí, nevědomí, sebepojetí, hodnoty atd. *Biosociální projevy duševního života* představují vztah jedince ke společnosti a jeho vztahovost ve vlastní sociální vrstvě.

Důležitým a významným aspektem psychologické diagnostiky je zaměření nejen na poruchy, choroby a nežádoucí odchylky, ale i na pozitivní vlastnosti a charakteristiky vyšetřovaného jedince v jeho osobnostním vývoji v sociálních celcích.

Nejčastěji využívanými diagnostickými metodami klinického psychologa je pozorování a rozhovor a metody zaměřené na jedince, rodinu nebo psychoterapeutickou skupinu. Ve své práci využívá objektivní diagnostické materiály, standardizované testy a dotazníky.

Psychoterapie ²⁷

Psychoterapie je životní, pomalu postupující proces pro pacienta i terapeuta. Provádí se individuálně nebo ve skupině a indikuje jí klinický psycholog, psychiatr nebo jiný odborník s předepsanou psychoterapeutickou kvalifikací.

Psychoterapie není poradenství. Je prováděna u jedinců, kteří mají problémy v kontaktu s okolím, s navazováním vztahů a socializací.

Psychoterapie se zabývá vnitřními obtížemi, jež oslabují pacientovu schopnost vyrovnávat se s úkoly a tlaky přítomnými v jeho životě. Lze ji definovat jako situaci, kdy dva lidé na sebe působí a snaží se dospět k vzájemnému porozumění a pochopení s tím, že konkrétním cílem je, aby toto působení bylo ku prospěchu tomu, který je momentálně v tísní²⁸.

Sama psychoterapie je procesem, v němž pacient rozvíjí své duševní nástroje, které mu umožňují, aby svůj život vnímal realističtěji, méně zkraslený a méně obtížený desinterpretacemi a potlačenými emocemi. Tohoto cíle je dosahováno současně a postupně probíhajícími procesy:

- ❖ *nasloucháním* (probouzí pocit, že ho někdo vnímá a poslouchá);
- ❖ *přeformulováním sděleného* (pomáhá vyjasnit a uvolnit základní problémy, které pacientovi komplikují život);
- ❖ *předkládáním alternativ* (může pomoci dojít do stádia, kdy bude schopen samostatného jednání a osvobodí se od úzkostí).

Významnou složkou psychoterapie je práce s rodinou, jejíž terapeutický efekt spočívá v podpoře, sdílení obdobných problémů a získávání užitečných informací a zkušeností. Cílem psychoterapie je, aby klient, za pomoci behaviorálních metod, došel ke změně postoje k vlastním potížím²⁹.

²⁷ Pozn. Psychoterapie je léčení duševních chorob a hraničních stavů psychologickými prostředky, tj. slovem, gestem, mimikou, mlčením, případně úpravou prostředí; je jedním z účinných způsobů psychické pomoci, plánované, promyšlené a prováděné odborníky; Srov. In HARTL, P., HARTLOVÁ, H., *Psychologický slovník*...str. 488.

²⁸ BRUCHOVÁ, H., *Základy psychoterapie*...str. 8.

²⁹ Srov. BRUCHOVÁ, H., *Základy psychoterapie*...str. 7-11.

Socioterapie³⁰

Socioterapie je tzv. psychologickou rehabilitací, a tak jako psychoterapii jí indikuje klinický psycholog, psychiatr nebo jiný odborník s předepsanou psychoterapeutickou kvalifikací. *Socioterapií se rozumí cílené působení klinického psychologa ve zdravotnických zařízeních, zařízeních sociální péče nebo v přirozeném sociálním prostředí klienta*³¹.

Psychologická péče podporuje aktivní přístup k vlastní existenci jedince a pobízí ho k vyšší duševní i pohybové aktivitě, pomáhá při řešení psychosociálních

problémů, při socializaci³² a resocializaci nemocných a klientů ve společnosti³³. Socioterapie se používá k sociální integraci handicapovaných klientů po dlouhodobé chorobě a při návratu do běžného rodinného a společenského života, zvláště pokud si nemoc vyžádala trvalé následky. Uplatnění najde i v případě, že došlo k nevyhnutelné změně zaměstnání nebo rekvalifikaci klienta.

V socioterapii se využívá různých způsobů rukodělných či výtvarných činností a technik, jejichž účelem je zamezení sociální izolace pacientů, smysluplné využití času, obnovení manuálních schopností jedince, vzájemná podpora mezi nemocnými i obyčejné odreagování se od těžkostí, se kterými jsou klienti a pacienti konfrontováni.

Pro nemocné je vědomí potřebnosti určitým terapeutickým zákrokem a uvědomění si kontinuity s terapeutem, dává klientovi určitou míru síly a moci³⁴.

³⁰ Pozn. Socioterapie je léčení nemocných se snahou začlenit je opět do společnosti anebo sociální pomoc lidem společensky nepřizpůsobivým, propuštěným z výkonu trestu, z azylových zařízení. Srov. In HARTL, P., HARTLOVÁ, H., *Psychologický slovník*...str. 550.

³¹ Srov. VÁGNEROVÁ, M., *Psychopatologie pro pomáhající profese*... str.113-115.

³² Pozn. Socializace je postupné začleňování člověka do společnosti prostřednictvím nápodoby a identifikace zprvu v nukleární rodině, později v celospolečenských vztazích. Součástí socializace je přijetí etických a právních norem dané společnosti. In: HARTL, P., HARTLOVÁ, H. *Psychologický slovník*...str. 548-549.

³³ Pozn. Resocializace opětovná socializace u člověka propuštěného z dlouhodobé péče ústavní, vězeňské, nemocniční. In: HARTL, P., HARTLOVÁ, H. *Psychologický slovník*...str. 507.

³⁴Srov. JUŘIČKOVÁ, J., *Psychologická péče*, Česká onkologická společnost, Linkos pro pacienty a jejich blízké [online]. Poslední aktualizace 30.4.2009 [cit. 2010-01-22] Dostupné na WWW: <http://www.linkos.cz/pacienti/psycho_c4.php>

1.6 Shrnutí

V pomáhajících profesích jde zpravidla o profesionální týmovou spolupráci interdisciplinárního charakteru, jehož základním posláním je prosociální jednání. Klinický psycholog má být součástí zdravotní péče pacientů psychicky nebo somaticky nemocných a kompletního procesu léčebné rehabilitace. Vykonává a podílí se na pedagogicko-psychologickém ovlivňování pacientů, případně jiných uživatelů. Proces psychologické intervence směřuje k náhledu a pochopení situace a schopnosti samostatného rozhodování.

2 KOMUNIKACE A KOMUNIKAČNÍ TECHNIKY

Člověk se liší od ostatních živočichů tím, že je schopen dorozumívat se a přenášet myšlenky pomocí řeči, mimiky, gestikulace a pohybů.

Řeč je dovednost člověka v používání slovních a mimoslovních výrazových prostředků. Její základní funkcí je komunikace, která umožňuje sociální kontakt a výměnu informací³⁵.

Komunikace jako prostředek dorozumívání mezi lidmi je zároveň podmínkou existence sociálního systému a pomocí při začleňování jedince do společnosti. Její ztráta nebo omezení může vztahy v sociální skupině ohrozit.

Při komplexní péči o nemocné patří dobrá komunikace mezi priority. V praxi rozlišujeme tři druhy komunikace a tři komunikační formy.

Druhy komunikace:

- ❖ *sociální komunikace* - běžný rozhovor a kontakt s nemocným nebo klientem;
- ❖ *specifická komunikace* - při sdělování faktů, edukaci, motivaci k další léčbě. Důležitý význam má je zpětná vazba;
- ❖ *terapeutická komunikace* - kdy pacient přijímá závažné a nepříjemné informace, se kterými se těžko vyrovnává³⁶.

Formy komunikace:

- ❖ *verbální* – základem mluvené řeči nejsou jenom slova, ale i věty. Seřazená slova dávají smysluplný, přesný a úplný význam;
- ❖ *neverbální* – tímto druhem komunikace sdělujeme 60 – 80% informací, provází jí mimika, gesta, oční kontakt;
- ❖ *činem* – činy hovoří srozumitelně, mnohdy nejsou potřebná slova.

³⁵ Srov. NOVOSAD, L., NOVOSADOVÁ, M., *Ucelená rehabilitace lidí se zdravotním, zejména somatickým, postižením*....str. 10.

³⁶ Srov. KELNAROVÁ, J., MATĚJKOVÁ, E., *Psychologie a komunikace pro zdravotnické asistenty*...str.11-16.

Kladné a negativní zážitky pacientů a klientů zdravotnických a sociálních zařízení se převážně koncentrují do percepce komunikačních dovedností zdravotnického personálu. Ve stavu akutního onemocnění a ve chvílích, kdy jsou klienti pohlceni úzkostí a strachem bývá pro nemocné skličující, když zdravotníci na všech úrovních a pozicích mlčí nebo hovoří tak, že jim klient nerozumí.

Prožíváním vlastní úzkosti, umocňované konfrontací se strachem a bolestí i ostatních pacientů, může mít klient právem pocit jakéhosi vyřazení ze systému zdravotní péče³⁷.

Nelze nekomunikovat. Každé chování v interakční situaci má význam oznámení a je nemožné se chovat nijak. V interakci mezi jedinci, přenášejícími informace, přicházejí v úvahu všechny formy chování, a to nezávisle na tom, zda je uvědomované nebo neuvědomované, volní nebo mimovolní, úmyslné nebo neúmyslné. Je jen zdánlivým dojemem, že nemluvící člověk nekomunikuje³⁸.“

2.1 Verbální komunikace

Verbální složka komunikace přenáší zejména informace. Základním prvkem verbální komunikace je rozhovor, kdy prostřednictvím slov přesvědčujeme, oznamujeme, povzbuzujeme nebo motivujeme.

Cílem rozhovoru je získání a předání informací. Pro někoho je komunikace obtížná a nepříjemná, o některých tématech nechce hovořit ze studu, neznalosti tématu, z obavy.

Úspěch verbální komunikace spočívá ve zvládnutí jejího projevu. V rychlosti řeči, její intonaci a síle hlasu, výběru slov. Každá situace je odlišná od druhé a ani komunikující nejsou stejní. Proto mluvený projev vyžaduje pokaždé jinou metodu, volbu slov a místo, kde bude rozhovor probíhat.

³⁷ Srov. JANÍČEK, J., *Když úzkost bolí...* str. 111.

³⁸ LECHTA, V., *Základní vymezení oboru logopedie...* In: ŠKODOVÁ, E., JEDLIČKA, I. a kol., *Klinická logopedie...* str. 17-18.

Důležitým signálem o kvalitě komunikace je rovnocennost partnerů, které docílíme jasným a srozumitelným vyjadřováním, stručným a pochopitelným vyjádřením sdělení podstaty tématu³⁹.

2.2 Neverbální komunikace

Pro úvod této kapitoly si dovoluji vypůjčit moudrá slova prof. MUDr. Josefa Kouteckého, DrSc., zakladatele české dětské onkologie, přednosty Kliniky dětské onkologie 2. LF UK a FNM, děkana 2. FL UK, který v jednom rozhlasovém pořadu řekl: „...*slovo a dotyk je v medicíně víc, než ozařování nejmodernější technikou...*“

Neverbální komunikace zprostředkovává mezilidské postoje a někdy je používána jako náhrada verbálních sdělení⁴⁰. Neosobní prostředí na klinikách, v nemocnicích a v ústavech je nezdělané podpořené absencí lidského kontaktu, který nahrazují ne vždy správně volené různobarevné směrovky či piktogramy nebo docházkové automaty.

Z pohledu smyslově handicapovaných klientů (příkl. nevidomých nebo slabozrakých) přicházejících do nemocnic, zdravotnických ambulancí a sociálních institucí tyto komunikační metody lidský kontakt v neznámém prostředí nenahradí. Situace se sice pozvolna zlepšuje, vstup do zařízení je v moderních institucích realizován účelovými recepčními, v některých zařízeních se úspěšně zavádí dobrovolnický program⁴¹. Jedná se o aktivity, jejichž realizace je závislá na

³⁹ Srov. KELNAROVÁ, J., MATĚJKOVÁ, E., *Psychologie a komunikace pro zdravotnické asistenty...* str.16-17.

⁴⁰ Pozn. Albert Mehrabian zjistil, že verbální složka komunikace, tvoří přibližně 7% obsahu sdělení, vokální složka, která se skládá z tónu hlasu, jeho modulace a dalších příbuzných zvuků tvoří 38% obsahu sdělení a zbývajících 55% obsahu sdělení je zprostředkováno neverbálními signály. Profesor Birdwhistell došel k podobnému závěru jako Mehrabian, a to, že verbální složka přímé komunikace zaujímá 35% a více než 65% komunikace se odehrává v neverbální rovině. Srov. In. PEASE, A., *Řeč těla. Jak porozumět druhým ...* str. 9-124.

⁴¹ Pozn. Dobrovolnická práce je vykonávána na základě zákona 198/2002 Sb. o dobrovolnické službě. V něm jsou rozlišeny organizace vysílající dobrovolníky a organizace přijímající dobrovolníky. Vysílající organizace musejí mít akreditaci Ministerstva vnitra ČR.

In.: MATOUŠEK, O. a kol., *Metody a řízení sociální práce...* str. 63.

vzdělanosti a aktivitách managementu a zdaleka ještě nejsou samozřejmostí.

Neverbální komunikace vyjadřuje pocity, nálady, používá gesta, mimiku a pohyby těla. Řeč těla, jak je někdy nazývána neverbální komunikace, je záležitostí instinktu.

Neverbální komunikační projevy jsou společným světovým dorozumívacím jazykem, kterým je sdělováno přibližně 60 – 80% informací.

Téma neverbální komunikace se začalo studovat až v šedesátých letech dvacátého století. Doplnuje verbální, alternativní a augmentativní komunikační systémy⁴² a omezuje, ale také způsobuje komunikační šumy, které vyjadřují rozpory mezi obsahem a formou sdělení⁴³.

Komunikace prostřednictvím řeči těla se odehrává mezi lidmi od pradávna a většina základních gest mezilidské komunikace je na celém světě obdobná. Její význam je nejvíce registrován právě v momentech, kdy je jedinec úzkostný, ve stresu, má strach nebo už se u něj rozvíjí deprese. V takových okamžicích je člověk citlivější a vnímavější, a tak jeho schopnost porozumět neverbálním signálům druhého člověka a srovnat je s verbálním vyjádřením zesiluje.

Neverbální komunikací sdělujeme emoce, zájem o sblížení, vyjadřujeme interpersonální postoje, řídíme vzájemnost společenského styku. Člověk v řeči těla nejčastěji používá:

- ❖ *mimiku* – výraz obličeje;
- ❖ *proxemiku* – přiblížení a oddálení v proxemických zónách (intimní, osobní, sociální a veřejná);
- ❖ *haptiku* – doteky (na ruku, ramenech, podání ruky);
- ❖ *posturologii* – držení těla, polohové konfigurace⁴⁴.

⁴² Pozn. Augmentativní komunikační systém podporuje již existující komunikační schopnosti a dovednosti, které jsou pro dorozumívání nedostatečné. Alternativní komunikační systém je využíván jako náhrada mluvené řeči. Srov. KELNAROVÁ, J., MATĚJKOVÁ, E., *Psychologie a komunikace pro zdravotnické asistenty*...str. 53.

⁴³ Pozn. NOVOSAD, L., NOVOSADOVÁ, M., *Ucelená rehabilitace lidí se zdravotním, zejména somatickým, postižením*....str. 10.

⁴⁴ Srov. KELNAROVÁ, J., MATĚJKOVÁ, E., *Psychologie a komunikace pro zdravotnické asistenty*...str. 19.

2.2.1 Narušená komunikační schopnost

Mluvená řeč je definovaná jako biologická vlastnost člověka. Je unikátním, permanentně se vyvíjejícím systémem, jehož pomocí jsou informace přenášeny do sluchového ústrojí. Ke správnému vývoji mluvené řeči potřebujeme:

- ❖ *nepoškozenou centrální nervovou soustavu;*
- ❖ *normální intelekt;*
- ❖ *normální sluch;*
- ❖ *vrozenou míru nadání pro jazyk;*
- ❖ *adekvátní sociální prostředí.*

Vývoj řeči není možné oddělit od ostatních schopností člověka. Rozvoj řeči je přímo závislý na vhodném rodinném prostředí s dostatečnou řečovou stimulací⁴⁵.

Sociálně i emocionálně významným fenoménem pro nemocné i pečující je ztráta komunikačních dovedností jedince, např. jako důsledek cévní mozkové příhody, umělé plicní ventilace, úplné či částečné imobility po úrazech páteře, psychických onemocněních, apod.⁴⁶

2.3 Komunikace pečujících s nemocným

Základními předpoklady pro zdárnou práci zdravotníků s klientem a nemocným jsou opravdovost, vřelost a empatie. Za základní komunikační dovednosti jsou považovány:

- ❖ *fyzická přítomnost;*
- ❖ *naslouchání;*
- ❖ *empatie;*
- ❖ *analýza prožitků.*

⁴⁵ Srov. ŠKODOVÁ, E., JEDLIČKA, I. a kol., *Klinická logopedie*...str. 89-104.

⁴⁶ Srov. VÁGNEROVÁ, M., *Psychopatologie pro pomáhající profese*...str. 79-91.

Pomáhající povolání vyžaduje po lékařích, zdravotních sestrách, ošetřovateli i sociálních pracovnících umění naslouchat, empatii a ochotu pomáhat. Ve styku s nemocnými zaujímají tito pracovníci určitou míru vážnosti, úctu a pokoru.

Empatie je součástí emoční inteligence⁴⁷, schopnosti vcítit se do dojmů a jednání druhé osoby. Cílem empatického chování je chápání klientova světa za pomoci fyzické přítomnosti, naslouchání a pozorování⁴⁸.

Vztah mezi lékařem a pacientem je dán oboustranným očekáváním a tím, do jaké míry jsou tato očekávání oběma stranami naplňována. Vztah mezi pacientem a lékařem je budován na osobnostní charakteristice každého účastníka. Obě strany očekávají splnění svých požadavků a přání, což se může projevit i negativně na jejich budoucím vztahu⁴⁹.

V mezilidském dorozumívání rozeznáváme šest způsobů komunikace:

- ❖ *lékařský;*
- ❖ *sociologický;*
- ❖ *antropologický;*
- ❖ *přístup transakční analýzy;*
- ❖ *balintův přístup;*
- ❖ *sociálněpsychologický přístup.*

Lékařský postoj ke komunikaci s nemocnými se primárně zabývá řešením, přiblížením a edukací ve vztahu k chorobám a diagnózám.

Sociologie, antropologie a transakční analýza pracují s rolemi, které ve společenském kontextu hrají lékař, pacient a jeho rodinní příslušníci.

⁴⁷ Pozn. Emoční inteligence je míra radostného prožívání života i míra, se kterou jedinec zvládá každodenní problémy, osobní moudrost. Pojem vznikl v 70. letech 20.století v rámci hnutí humanistické psychologie a s potřebou vyjádřit kromě inteligence psychické i míru dalších vlastností souvisejících s úspěšností. Srov. In HARTL, P., HARTLOVÁ, H., *Psychologický slovník*...str. 234.

⁴⁸ Srov. MATOUŠEK, O., *Metody a řízení sociální práce*...str. 51-55.

⁴⁹ Pozn. VYMĚTAL, J., *Lékařská psychologie*. In JANÁČKOVÁ,L., WEISS.P., *Komunikace ve zdravotnické péči*...str. 65.

Pojetí, s nímž přišel Balint, zdůrazňuje dynamiku komunikace a pocity lékaře ve vztahu k pacientovi. Psychologové se zabývají především vzájemným chováním lékaře a pacienta, případně jeho rodinných příslušníků a přátel⁵⁰.

2.4 Komunikace v zátěžových stavech a situacích

K dočasnému nebo částečnému narušení psychické rovnováhy může dojít působením různých zátěží. Působení zátěže se u jedince projeví změnou prožívání, uvažování i chování a je možné je rozdělit z pohledu závažnosti a vlivu na vývoj potřebných kompetencí, případně celé osobnosti. Jednotlivé zátěžové situace mohou mít pro vznik a rozvoj psychických poruch různý význam. Z hlediska jejich vzniku i možných následků lze rozlišit základní druhy zátěží.

Frustrace a konflikt jsou zátěže patřící k denním mrzutostem a pro zdravého jedince nepředstavují podstatný faktor. Stres je závažnější projev. Dochází k němu následkem přetížení organismu vnímaného jako nadměrná zátěž.

Trauma, krize a deprivace mají pro vývoj osobnosti negativní vliv a vedou k určitému narušení až poškození psychického stavu jedince⁵¹.

Každý člověk má určitou vrozenou a získanou míru odolnosti proti zátěžovým situacím. Křivohlavý říká: „...*Celý proces zvládnání těžkostí je někdy označován termínem 'čelení stresu', 'moderování stresu' nebo 'stres management', tj. řízení toho dění, kterým by se měl nepříjemný a nepříznivý stav stresu změnit*“⁵².

Při zvládnání stresu hrají roli některé osobnostní charakteristiky. Buď tím, že pomáhají stresovou situaci zvládat, nebo naopak člověka uvádějí do těžší situace. Mluvíme o odolnosti proti zátěži popisovanou termínem *hardiness* (pevnost, tvrdost) a *resilience* (houževnatost, nezdolnost). „*Zvládnáním se rozumí proces*

⁵⁰ Srov. JANÁČKOVÁ, L., WEISS, P., *Komunikace ve zdravotnické péči...*, str. 63.

⁵¹ Srov. VÁGNEROVÁ, M., *Psychopatologie pro pomáhající profese...* str. 48-54.

⁵² KŘIVOHLAVÝ, J., *Psychologie zdraví...* str. 69.

řízení vnějších i vnitřních faktorů, které jsou člověkem ve stresu hodnoceny jako ohrožující jeho zdroje“⁵³.

Činitelé, které člověku pomáhají nepříznivé situace zvládat souhrnně označujeme jako protektivní faktory. Komplex protektivních faktorů pomáhá jedinci vyrovnat se s náročnými životními situacemi za pomoci dostupné sociální opory profesionálů, rodinných příslušníků, partnera a širší sociální sítě⁵⁴.

2.4.1 Klasifikace vybraných životních událostí⁵⁵

Holmes, Rahe v 60. letech 20. století provedli klasifikaci životních událostí, které se mohou stát spouštěčem krize.

Ke každé takové události přiřadili určitý počet bodů a dlouhodobým výzkumem prokázali, že překročí-li součet bodů v jednom roce hodnotu 250, je pravděpodobné, že to bude mít negativní následky v mnoha oblastech (např. úmrtí partnera/partnerky 100, rozvod 73, úraz, onemocnění 53, sňatek 50, těhotenství 40, změna bydliště 20, vánoce 12).

Podle působení zátěžových faktorů na jedince, vytvořil René Thom teorii vnějších a vnitřních spouštěčů krize⁵⁶. Podle Thoma pokládáme za **vnější spouštěče krize**:

❖ *ztrátu objektu* – úmrtí nebo ztráta blízké osoby, rozchod, ztráta zaměstnání, bytu, zdraví → vnímáno jako ohrožení;

❖ *volbu* - tím, že si zvolíme nějakou cestu, hodnotu, s sebou nese vzdání se jiné možnosti → může způsobit zátěž;

❖ *změnu v životě* - vnímáme ji jako vybočení z normálu, vyvolává pocit nejistoty a nepohodlí → platí i v případě pozitivní změny.

⁵³ KŘIVOHLAVÝ, J., *Psychologie zdraví*...str. 69.

⁵⁴ Srov. VÁGNEROVÁ, M., *Psychopatologie pro pomáhající profese*... str.48-55.

⁵⁵ THOM, R., *Příčiny krize, Krizová intervence, 2005-2009* eStránky.cz , [online]. Vloženo 14.3.2007 [cit. 2009-11-06]. Dostupné na WWW:

<<http://www.zdenhan.estranky.cz/clanky/priciny-krize/priciny-krize/>>

⁵⁶ Pozn. VYMĚTAL, J., *Duševní krize a psychoterapie*. 1995, In.MATOUŠEK, O., *Metody a řízení sociální práce*...str. 121.

Za vnitřní spouštěče krize Thom uvádí:

❖ *nutnost adaptace subjektu* na vlastní vývoj a změny - spouštěčem může být neschopnost vyhovět požadavkům vývoje;

❖ *kroky a strategie*, které problém neřeší, ale umožní překlenutí situace - dlouhodobě však nemůžou obstát a mohou se stát zdrojem potencionálních krizí v budoucnosti.

Nemoc, těžký úraz, náhlá změna prostředí jsou faktory, které mají neblahý vliv na psychiku jedince. Jednání a komunikace s jedincem prožívajícím psychický diskomfort, úzkost a stres vyžadují vysokou profesionalitu a ohleduplnost. Pro lékaře, zdravotní sestry a sociální pracovníky jde o složité a emocionálně vypjaté situace, kdy je na místě poptávka po odborné pomoci psychologa.

Každá choroba zasáhne do funkce organismu a vyvolá určitou citovou odezvu, která má jednak fyziologický základ a je i sekundární reakcí na problémy, které s sebou nemoc přináší. Čím víc nemoc narušuje hodnoty člověka, tím víc dochází ke zhoršení kvality života⁵⁷.

Nemoc vyvolává u všech zúčastněných strach a úzkost. Jedná se o emoční reakce na psychickou nepohodu, jež většina chorob způsobuje a vnímání ohrožení života způsobeného vlastním onemocněním. Úzkost a strach vyjadřují negativní očekávání nemocného a ovlivňují jeho vnímání a zvládání chorobných příznaků.

⁵⁷ Pozn.: Kvalita života je vyjádření pocitu životního „štěstí“; k nejobecnějším znakům patří soběstačnost při obsluze vlastní osoby a pohyblivost; *psychologicky* jako míra seberealizace a duševní harmonie čili míra životní spokojenosti a nespokojenosti; *lékařsky* na jaké úrovni a s jakým omezením žijí lidé s chronickými chorobami čili hledisko omezení jejich svobody; individuálně kvalitu života zvyšují především ve stáří plánované tělesné a duševní činnosti, aktivní životní styl. In: Srov. HARTL, P., HARTLOVÁ, H., *Psychologický slovník*...str. 284.

Dlouhodobý stav úzkosti a strachu u nemocných podporuje výskyt deprese, které mají různý charakter. V těžších případech je nutné počítat s rizikem suicidálních tendencí⁵⁸.

2.4.2 Chronická nemoc

Vysoké procento současné populace střední generace trpí chronickými nemocemi. *Chronická choroba představuje definitivní ztrátu zdraví, na kterou postižený jedinec reaguje smutkem a truchlením. Truchlení je způsob zpracování ztráty s níž se člověk musí vyrovnat, aby ji mohl přijmout*⁵⁹.

Proces nelze urychlit ani potlačovat. Jeho prožitím nemocný přijímá svou novou identitu či nové, omezené možnosti. Další život plánuje už v souvislosti s realitou, obecnými perspektivami průběhu onemocnění a rekonvalescencí.

Přítomností chronické nemoci se člověku mění základní psychické potřeby a hodnoty a jeho hlavní potřebou se stává zdraví. Prioritou nemocného člověka je zachování si potřebné sebeúcty a vyrovnání se s tím, že již nikdy nebude mít k životu stejné podmínky jako v minulosti. Nemocný vyhledává nové poznatky a zkušenosti a ve vzniklé situaci se chce orientovat. Zvyšuje se u něj potřeba citové jistoty a bezpečí, sociálního kontaktu a seberealizace⁶⁰.

⁵⁸ Pozn. Suicidální chování – potlačení pudu sebezáchovy. Sebevraždu lze definovat jako násilné jednání charakteristické úmyslem dobrovolně zničit vlastní život, jako autoagresivní projev.

In VÁGNEROVÁ, M., *Psychopatologie pro pomáhající profese*...str. 487-489.

Sebevražda je úmyslné usmrcení sama sebe různě motivované. Obvykle je to afektogenní reakce na tíživou situaci (stres), která se jedinci zdá bezvýhodná a bezperspektivní (ztráta smyslu života)...U nevléčitelně nemocných a trpících osob, u osob těžce existenčně a jinak postižených, bez dalších perspektiv se objevuje tzv. „bilanční s“ jako úniková reakce... V pokusu u sebevraždu se může vedle objektivního selhání uplatnit více či méně vědomá či nevědomá tendence „volání o pomoc“ osoby nacházející se v nějaké obtížné životní situaci. In: KAPR, J., LINHART, J., FIŠEROVÁ, V., *Sociální deviace, sociologie nemoci a medicíny. Sociologické pojmosloví*,

⁵⁹ VÁGNEROVÁ, M., *Psychopatologie pro pomáhající profese*...str. 79.

⁶⁰ Srov. VÁGNEROVÁ, M., *Psychopatologie pro pomáhající profese*...str. 80-84.

2.4.3 Handicap

Handicap, nebo-li znevýhodnění, je psychosociální kategorií, která označuje míru zatížení jedince danou nejen biologicky⁶¹. Handicap je třeba posuzovat nejenom jako biologickou odchylku, ale i jako určitý druh sociální deviace. Závažné onemocnění nebo úraz mění sociální pozici pacienta i jeho sociální role. *Představuje znevýhodnění, dané určitým omezením nebo postižením a mírou jeho subjektivního zvládnutí a sociální pozicí jedince v období nemoci nebo jako její následek.*

Dva jedinci se stejným postižením se mohou cítit rozdílně handicapováni i v důsledku toho, že každý má psychologicky jinou úroveň adaptability⁶².

Handicapem se tedy rozumí znevýhodnění jedince, které zamezuje nebo omezuje výkon jeho běžné sociální role. Jedná se o sociokulturně ovlivnitelný důsledek přímo neovlivnitelného poškození nebo postižení.

Základní sociální skupinou, která umožňuje dostupnou a zvládnutelnou sociální integraci, emoční zázemí a podporu je rodina postiženého jedince. Pro rodinu i pro klienta s handicapem je důležitá dostupná psychologická intervence, a to kdykoliv jako součást respitní péče.

Míra v níž je postižený jedinec handicapován, je dána tím, nakolik mu společnost vytvoří podmínky pro překonání důsledků postižení.

⁶¹ Srov. VÁGNEROVÁ, M., *Psychopatologie pro pomáhající profese...* str.161.

⁶² Srov. HARTL, P., HARTLOVÁ, H., *Psychologický slovník...*str. 186.

2.4.4 Deprese jako reakce na onemocnění

Deprese jsou mezinárodní klasifikací chorob vedeny jako afektivní poruchy⁶³.

Depresi charakterizuje *chorobná nálada, která neodpovídá reálné životní situaci nemocného a narušuje jeho uvažování, jednání i somatické funkce*⁶⁴.

Deprese buď souvisí s onemocněním, potom hovoříme o symptomatické depresi, nebo je reakcí na subjektivně prožívanou zátěž na podkladu celkových změn, které na jedince působí.

Vznik deprese jako reakce na onemocnění umocňuje osamělost. Pro zúčastněné se rodina stává na dlouhou dobu jedinou možností sociálního kontaktu.

Zejména u mírnějších forem depresí je vhodná psychoterapie. U komplikovanějších případů jsou indikovány farmakologické přípravky, nejvíce antidepresiva z řady psychofarmak. Jsou to chemické látky, které ovlivňují psychickou činnost člověka a jejich využití v lékařské praxi usnadňuje léčbu pacientů, mj. s příznaky deprese.

Léčba antidepresiv však nemůže nahradit odbornou psychologickou péčí a spoluprací s rodinami, blízkými i s pacienty navzájem. Při léčbě deprese by se měla primárně využívat psychoterapie a jiné behaviorální⁶⁵ metody působení na duševní stav jedince.

⁶³ Pozn. Mezinárodní klasifikace nemocí a souvisejících zdravotních problémů, v češtině označovaná zkratkou MKN, v originále International Classification of Diseases and Related Health Problems, zkratka ICD, je publikace, která kodifikuje systém označování a klasifikace lidských onemocnění, poruch, zdravotních problémů a dalších příznaků, situací či okolností. WIKIPEDIE *Otevřená encyklopedie*, Mezinárodní klasifikace nemocí, Wikimedia project Creativ commons [online]. Poslední aktualizace 9.3.2010 [cit. 2009-03-15] Dostupné na WWW:

<http://cs.wikipedia.org/wiki/Mezin%C3%A1rodn%C3%AD_klasifikace_nemoc%C3%AD>

⁶⁴ VÁGNEROVÁ, M., *Psychopatologie pro pomáhající profese*...str. 369.

⁶⁵ Pozn. Behaviorální se týká chování. Přístupuje k lidské existenci na základě pozorovatelného, objektivně zkoumaného chování a vykládá chování zejména jako reakce na podněty; Srov. In HARTL, P., HARTLOVÁ, H., *Psychologický slovník*...str. 71.

V depresi člověk dochází k závěru, že život je těžkým břemenem. Trpělivé objasňování situace, vysvětlování, že v depresi člověk není schopen rozpoznat následky svého jednání, to vše by mělo patřit k produktivním rozhovorům nemocného s lékařem.

Pozitivní efekt v přijímání těžké, chronické nemoci nebo znevýhodnění mají svépomocné skupiny lidí se stejným onemocněním, resp. skupiny rodinných příslušníků, které představují určité sociální zázemí a poskytují dlouhodobou podporu a porozumění⁶⁶. V návaznosti na spolupráci s rodinami jsou budovány doplňkové sociální služby zacílené k respitní péči.

2.4.5 Onkologická onemocnění

Jedinec, ocitající se v těžkém životním období, jakým je zdolávání onkologické choroby, prochází různými psychickými změnami a krizemi. Často ještě před stanovením diagnózy přicházejí obavy a pochybnosti. Pochopení psychického rozpoložení pacienta, jeho celkového zdravotního stavu, vlídná a vhodná slova, klidná přímá řeč bývají často nejlepším lékem první volby na vzniklý zmatek v pacientově duši.

Počet nádorových onemocnění se zvyšuje vlivem stavu životního prostředí, způsobem životního stylu, psychickou zátěží, stresovým faktorem, vyšší úspěšností léčby nově vznikajících vyšetřovacích a diagnostických metod. Rizikové faktory se zatím nepodařilo omezit. Rakovina a umírání ve středním věku, bohužel, dnes patří k životu⁶⁷.

Průvodními příznaky nádorových onemocnění obecně jsou zažívací potíže, bolesti, krvácení, kašel, dušnost. Strach z utrpení, bolesti a smrti je většinou argumentem proč lidé zanedbávají preventivní prohlídky. Nemocní by měli být systematicky informováni o zvyšující se léčitelnosti onkologických chorob při včasné diagnostice.

⁶⁶ Srov. VÁGNEROVÁ, M., *Psychopatologie pro pomáhající profese...*str. 114.

⁶⁷ Srov. HRUBÁ, M., FORETOVÁ, L., VORLÍČKOVÁ, H., *Role sestry v prevenci a včasné diagnostice nádorových onemocnění...*str. 5.

Téměř žádné nemoci se lidé neobávají více než rakoviny. Většina lidí si myslí, že u rakoviny přetrvávají bolesti a oznámení diagnózy spojují s hrozbou smrti. Výsledky výzkumů naznačují, že míra přežití záleží na přijetí osudu pacientem anebo zda se v něm objeví bojovný duch a odmítnutí přijetí definitivního konce života. Jednoduše řečeno, pozitivním postojem roste pravděpodobnost delšího přežití nemocného člověka⁶⁸.

Pacienti očekávají rady a pomoc, poučení a povzbuzení. Úkolem zdravotníků je, aby pomocí běžné komunikace dokázali rozpoznat strach od specifických příznaků ještě latentního onemocnění⁶⁹.

2.4.6 Tělesné postižení

Tělesné postižení se projevuje viditelnou deformací nebo nápadností pohybových projevů a představuje sociální znevýhodnění jedince. Vzniká jako důsledek genetické odchylky od vývoje nebo následkem chorob a úrazů.

Pohybové postižení omezuje jedince v množství podnětů a zkušeností. Sociální izolace má vliv na nezávislost a chování tělesně postiženého. Socializace tělesně postiženého je ovlivněna výchovou a rodinným prostředím jedince. Tělesné postižení je spojeno s mnoha omezeními, která mohou pro jedince představovat dlouhodobý stres.

Tělesné postižení se dělí na *pohybový defekt*, tj. funkční handicap a *tělesnou deformaci*, tj. estetický handicap⁷⁰. Existuje hierarchie devalvace, která se mění se závažností a typem postižení. Na vrcholu této hierarchie jsou lidé s deformací obličeje nebo nápadným znetvořením těla.

Handicap v oblasti tělesného vzhledu silně působí na celkové sebehodnocení postiženého člověka a obvykle má negativní sociální význam, větší, než je sociální vliv funkčního handicapu⁷¹.

⁶⁸ Srov. FELDMAN, Robert, S., *Understanding psycholog...* str. 510-516.

⁶⁹ Srov. HRUBÁ, M., FORETOVÁ, L., VORLÍČKOVÁ, H., *Role sestry v prevenci a včasné diagnostice nádorových onemocnění...* str. 55.

⁷⁰ Srov. VÁGNEROVÁ, M., *Psychopatologie pro pomáhající profese...* str. 251.

⁷¹ Srov. MURPHY, R., *Umlčené tělo*, Praha : Slon 2001, In VÁGNEROVÁ, M., *Psychopatologie pro pomáhající profese...* str. 251-253.

Člověk, který prožije a zvládne úraz, se na základě psychologické intervence a následné psychoterapie stává citlivějším a vnímavějším, získává nadhled, a proto se může stát celkově tolerantnější⁷².

Absence psychologické intervence podmiňuje odmítnutí nově vzniklé situace a může způsobit negativní změny chování, které postiženému komplikují sociální vztahy (např. vztahovačnost, bezmoc). Nežádoucí chování bývá obrannou reakcí na odmítání a podceňování.

2.4.7 Dětská onemocnění

„Děti reagují na somatické choroby jinak než dospělí. Jejich prožívání nemoci je více vázáno na aktuální pocity než na představu důsledků v budoucím životě“⁷³.

Nemoc dítěti přináší nepříjemné prožitky a může negativně ovlivnit jeho další fyzický a duševní vývoj. Psychické potřeby nemocného dítěte jsou podobné jako potřeby u dospělých. I děti se chtějí orientovat v situaci, touží po citové jistotě a bezpečí, seberealizaci.

Chronicky nemocné dítě získává jiné sociální zkušenosti. Opakované hospitalizace odlučují dítě od rodiny a kamarádů. Děti si budují přátelství mezi podobně postiženými.

I pro rodiče je nemoc dítěte těžkou životní zkouškou a jejich prožitky se mění v závislosti na průběhu choroby dítěte.

2.5 Preterapie, validace, bazální stimulace,

Je obecnou zkušeností, že lékaři, zdravotní sestry, pečovatelky, sociální pracovníci věnují daleko méně pozornosti lidem, kteří nekomunikují nebo komunikují jen s obtížemi. Pokud si vzájemně nevytvoří intenzivnější vztah, mluví s nimi o poznání méně, méně reagují na jejich neverbální projevy, pokládají málo otázek, nesnaží se naslouchat.

⁷² Srov. VÁGNEROVÁ, M., *Psychopatologie pro pomáhající profese...* str. 251-253.

⁷³ VÁGNEROVÁ, M., *Psychopatologie pro pomáhající profese...* str. 94.

Poskytovat pomoc lidem, u kterých neznáme jejich vnitřní svět a porozumět jejich potřebám, je velice komplikované. Neuspokojená potřeba při navazování kontaktu s okolím, neschopnost informovat o svých přáních a obavách ruší duševní pohodu jedince, jeho zdravotní stav i sociální podmínky jeho života.

2.5.1 Preterapie

Preterapie umožňuje navázat kontakt a budovat vztah s lidmi, kteří obtížně komunikují nebo nemohou komunikovat vůbec. Patří k metodám, které vycházejí z tradic humanistické psychologie. Jejím autorem je přímý žák C. Rogerse, profesor G. Prouty⁷⁴.

Preterapie vychází z předpokladu, že člověk, který si může uvědomovat svůj vnitřní svět, následně může lépe zvládat stres a uchovat si vlastní autonomii⁷⁵ a kontrolu nad sebou samým.

Je to metoda, která nabízí prosté „bytí s člověkem“, a proto ji lze použít při jakékoliv ošetrovatelské metodě. „Je založena na principu zrcadlení a napomáhá pacientům navázat kontakt s realitou, se sebou samými i s ostatními.

Preterapii lze použít u lidí, kteří jsou často označováni jako "klienti nevhodní pro psychoterapii". Jsou to především lidé s těžkým psychotickým onemocněním, s autismem, s těžkou mentální retardací nebo demencí“⁷⁶.

Klientům mohou techniky preterapie pomoci znovuobjevit slovo, kterým své pocity, potřeby a přání vyjádří. Pečující nachází navíc možnost, jak pomocí preterapeutických technik vyjádřit, že vnitřnímu stavu člověka rozumí, i když běžné komunikační prostředky selhávají. Pracovníci jsou trénováni v trpělivosti a snaze navazovat kontakty s klienty a posilovat vztahy s rodinou.

⁷⁴ MATOUŠEK, O., *Sociální práce v praxi...* str.186.

⁷⁵ Pozn. Autonomie je svébytnost, nezávislost, funkční samostatnost. Vývojově se úsilí o autonomii projevuje tzv.obdobím vzdoru v batolecím věku, kdy si dítě uvědomuje svébytnost své osoby a v adolescenci, kdy se jedinec snaží zbavit závislosti na primární rodině, získat sebedůvěru, nezávislost a možnost rozhodovat o vlastním životě. Autonomií osobnosti se rozumí rozsah, ve kterém je člověk sám sebou a může svobodně volit svoji činnost, její místo, čas i druh, případně zvolit nečinnost. Srov. In HARTL, P., HARTLOVÁ, H., *Psychologický slovník...*str. 65.

⁷⁶ Srov. PROUTY, G., *Preterapie*, 2005-2010 www.portal.cz, e-shop Portál [online]. [cit. 2010-01-22] Dostupné na WWW: <<http://obchod.portal.cz/produkt/preterapie/>>

2.5.2 Validace

Validační přístup popsala jako první americká sociální pracovníce Naomi Faillová. Validační přístup k nemocným vychází z humanistické psychologie a opírá se o toleranci, vcítění a empatické naslouchání. Respektuje potřebu vyrovnat se s životem, bilancovat, ospravedlnit a uzavřít svou minulost.

Aplikací prvků validačních⁷⁷ postupů, jako je zrcadlení, kladení otázek, blízkost nebo dotek, může pomáhající pracovník, díky svým dovednostem v technikách preterapie, podporovat nemocné ve vyjadřování svých aktuálních prožitků.

Validační technika používá jednoduché otázky (Kdo? Co? Kde?...), navození pocitů důvěry a blízkosti, reminiscence, popisování vlastních pocitů. Pomáhá klientům pojmenovávat to, co s ním ošetřující dělají, i to, jak on sám zákroky cítí a jak na ně pocitově reaguje. Tato metoda terapie je úspěšná zvláště u lidí, trpících strachem, úzkostí a depresemi⁷⁸.

Validace vede k oslabování neklidného a útočného chování, obviňování a nařikání, obnovuje pocit rovnováhy a klidu, snižuje stres, úzkost, deprese.

2.5.3 Bazální stimulace

„Bazální stimulace není metoda nebo technika, ale koncept, který je otevřený dalšímu vývoji, změnám a také spolupráci s jinými koncepty. Užívá tréninkových programů a různých technik, kterými podporuje rozvoj schopností vnímání, komunikace a lokomoce.

Ošetřující, kteří s konceptem pracují, strukturují ošetrovatelskou péči tak, aby byly maximálně zohledněny návyky klienta a podporovány jeho schopnosti. Jedná se o vysoce kvalifikovaný pokus přizpůsobit ošetrovatelskou péči životní situaci klienta a poskytnout mu odpovídající stimuly.

⁷⁷ Srov. MATOUŠEK, O., *Sociální práce v praxi...* str. 185-186.

⁷⁸ Srov. MATOUŠEK, O., *Sociální práce v praxi...* str. 186-187.

Péče není náročná, vyžaduje pouze proškolený personál a spolupráci všech členů týmu. V žádném případě nevyžaduje pro zařízení žádné finanční zatížení a použití nadstandardních pomůcek či přístrojů a ani není náročná na čas, protože koncept se integruje do základní ošetrovatelské péče⁷⁹.

Bazální stimulace přináší možnost dotyku a sdílení vzájemné energie. Doteky znamenají pro lidi radost, něhu, pocit sounáležitosti, uvolňují napětí.

Bazální stimulace je vědecký koncept, který vychází z poznatků anatomie, fyziologie, neurologie, psychologie, pedagogiky a ošetrovatelství. Použití bazální stimulace podporuje vnímání, komunikaci a pohybové schopnosti člověka. Koncepte technik bazální stimulace má vytvořené postupy vedoucí k nervovému dráždění a vnímání tělesnosti pomocí somatické a vestibulární stimulace. U klientů s nezvratnými změnami jejich tělesného a duševního stavu výrazně podporuje kvalitu jejich života⁸⁰.

Správná ošetrovatelská péče podporuje komunikační a pohybové schopnosti klienta nebo pacienta. Bazální stimulace je jedním z předpokladů úsilí o zachování individuality klienta za pomoci integrace jeho příbuzných do ošetrovatelského procesu. Techniky bazální stimulace jsou úspěšně integrovány do ošetrovatelské péče v intenzivní medicíně, neonatologii, následné péči a také do ošetrovatelské praxe v domovech pro seniory, ústavech sociální péče, hospicích a v domácí péči.

⁷⁹ FRIEDLOVÁ, K., Dynamika ošetrovatelství-Bazální stimulace...str.30.

⁸⁰ FRIEDLOVÁ, K., *Co je bazální stimulace*, © INSTITUT Bazální stimulace s.r.o. 2004-2010 | design © WEBaction [online] [cit.2009-10-12].Dostupné na WWW: <http://www.bazalna-stimulacia.sk/bazalni_stimulace.php>

2.6 Shrnutí

Komunikace je aktivitou, se kterou přicházíme i odcházíme ze světa. Pomocí komunikace projevujeme své emoce, přání a názory. Je základem vztahu mezi lidmi. Sdělování zprávy o zdravotním stavu je mimořádně závažné téma, a to nejen vzhledem k působení na dosavadní život pacienta, ale také proto, že vytváří individuální komunikační situace. Povinnost sdělit špatnou zprávu je pro zdravotníka psychicky zátěžová situace, protože zpravidla neví, jak ji pacient přijme. Základní taktikou by mělo být dodržování pravidel, která mohou zmírnit dopad zprávy. Mnoho konfliktů a nedorozumění ve zdravotnictví a sociálních službách vzniká právě z chybné či nedostatečně vedené komunikace. Vnímání rozdílů mezi lékařskou a ošetrovatelskou péčí v různých zařízeních spočívá hlavně v přístupu ke klientům. Odlišnost je patrná v komunikačních dovednostech zdravotníků, a to především ve stylu jejich jednání.

3 EXISTENCIÁLNÍ OTÁZKY ŽIVOTA

Od konce 19. století, došlo v medicíně k nebyvalému rozvoji. Rozšiřují se technické možnosti ve vývoji zobrazovacích metod. Ve farmakologické léčbě jsou k dispozici antibiotika, antituberkulóza, cytostatika a řada syntetických léků, nahrazujících funkce životně důležitých orgánů. Lze proto říci, že se možnosti úspěšného léčení chorob od počátku dvacátého století permanentně zvyšují. *Navzdory všem úspěchům však nemocní lidé stále strádají a pokládají si totožné otázky jako lidé v minulosti.*

Objasněním problematických fází života člověka, se zabývá existenciální psychologie, jejímž základem je fenomenologická filozofie.

Existenciální psychologie zkoumá člověka v jedinečnosti jeho konkrétního života a klade důraz na mezní životní situace. Na pocity viny, tíhu volby, úzkost, utrpení, bolest, smrt⁸¹.

Teorie existenciální analýzy se snaží ukázat, že charakter lidského života leží na úkolech. Smyslem existenciální analýzy je dosažení autonomie duchovní existence.

Čas, který je potřeba ke zpracování informace a přijetí nemoci jako faktu je pro každého různě dlouhý a různě obtížný. Po prvotním šoku a obranném popírání nastalé události působí nepříjemná realita jako zdroj bezmoci, utrpení a beznaděje. Martin Seligman⁸² pojmenoval tento stav myslí jako „*naučenou bezmocnost*.“

⁸¹ Srov. HARTL, P., HARTLOVÁ, H., *Psychologický slovník*...str. 479.

⁸² Pozn. Martin E. P. Seligman vytvořil roku 1975, na základě sledování pokusů se zvířaty, pojem „*Naučená bezmocnost*“ (*learned helplessness*). Následující experimenty s lidmi tuto teorii potvrdily. Jde o „očekávání, že důsledek je nezávislý na vlastní volní reakci, což a) snižuje motivaci chtít tuto sekvenci kontrolovat, b) proniká ve schopnosti naučit se, že vlastní reakce důsledně skutečně kontrolují.“ Jedná se tedy o jakési neadekvátní zhodnocení dosavadních opakujících se zkušeností, které vedou k pocitu a názoru, že člověk nemá kontrolu nad výsledky svého jednání, a to dokonce ani v situaci, kdyby tato kontrola byla možná. Pokud výjimečně při svých pokusech dosáhne příznivého výsledku, a je momentálně úspěšný, selhává tento člověk nadále tím, že nedovede úspěšnou zvládací strategii zopakovat a naučit se ji používat. Srov. WIKIPEDIE *Otevřená encyklopedie*, Naučená bezmocnost, Wikimedia project Creative commons [online]. Poslední aktualizace 30.1.2010 [cit. 2010-02-19]. Dostupné na WWW: <http://cs.wikipedia.org/wiki/Nau%C4%8Den%C3%A1_bezmocnost>

Pocit individuální bezmocnosti pramení z nevyhnutelnosti a nevratnosti situace a z přesvědčení, že život je mimo dosah vůle a kontroly. Zobecněním pocitu bezmocnosti dochází u jedince k osobnostní rezignaci a rozvoji příznaků deprese.

Franklova teorie⁸³ je postavena na tom, že každá životní situace skrývá určité východisko významné pro existenciální terapii zmíněných stavů.

Člověk tedy má možnost volby. *Vzdát se osudu* nebo *aktivně zasáhnout* do stávajícího problému. Volbou první alternativy nechává jedinec působit mechanismus bezmocnosti, až se přiblíží nouzový stav tragické likvidace vlastní existence⁸⁴.

Obranným mechanismem směřujícím k vyrovnání se s vzniklou situací je emocionální izolace, v níž si člověk zakáže prožívání jakýchkoliv emocí. Potom zůstává nedotčený a klidný před jakýmkoliv pozitivními i negativními zkušenostmi. Problém s obrannými mechanismy je, ale ten, že se člověk nezabývá skutečností, ale pouze se před problémy skrývá a neřeší je.

Lidé používají i jiné, přímé a potenciálně pozitivnější prostředky ke zvládnání stresu. K příkladům zaměřeným na zvládnání emocí patří takové strategie, které se týkají pasivního přijímání náklonnosti od druhých lidí anebo vidění pozitivních stránek problému. V kontrastu stojí zaměření na pokus změnit stresující situaci nebo zdroj stresu - problematika zaměřená na strategii přivádějící ke změnám v chování nebo vývoji plánu se stresem⁸⁵.

Cílem existenciální analýzy je dovést člověka k vědomí vlastní zodpovědnosti a tuto teorii spojuje se ctností smyslu pro odpovědnost⁸⁶.

⁸³ Pozn. Viktor E. Frankl (26. března 1905, Vídeň - 2. září 1997, Vídeň) byl rakouský neurolog a psychiatr, zakladatel existenciální analýzy a logoterapie. Vystudoval medicínu na Vídeňské univerzitě. Po skončení studií pracoval jako psychiatr ve Vídni. Zabýval se mimo jiné problémem sebevražd školní mládeže při vydávání vysvědčení. Viktor Frankl vystihl lidskost člověka, jeho logoterapie vidí v člověku bytost hledající smysl a reaguje na volání po smyslu, které dnes nezaslechnuto zanikne. Jsou tři možnosti jak dát životu smysl: čin, který si vytyčíme; dílo, které vytvoříme; zážitek, setkání a láska. Ale také v beznadějně situaci (např. neoperativní karcinom), vůči níž stojí bez pomoci, vidí za jistých okolností smysl. WIKIPEDIE *Otevřená encyklopedie*, Viktor E. Frankl, Wikimedia project Creativ commons [online]. Poslední aktualizace 19.1.2010 [cit. 2010-01-22] Dostupné na WWW: <http://cs.wikipedia.org/wiki/Viktor_Frankl>

⁸⁴ Srov. CAKIRPALOGLU, P., *Psychologie hodnot...* str. 233.

⁸⁵ Srov. FELDMAN, Robert, S., *Understanding psychology...* str. 510-516.

⁸⁶ Srov. FRANKL, V., E., *Psychoterapie a náboženství...* str. 9-12.

Jediné, co truchlícímu člověku zbývá např. při ztrátě milované osoby, při těžkém onemocnění nebo ztrátě svobody, je vytvoření vlastního osobního postoje k nastalé situaci.

3.1 Emoce

Emoce⁸⁷ je složka sociálního chování lidí s individuální dispozicí k určitému způsobu emoční reakce. Slouží k adaptaci na významné změny fyzického a sociálního prostředí a jako základ rychlého subjektivního hodnocení situace. Emoce lze diferencovat podle intenzity, délky trvání nebo kvality emočního prožitku.

„Emoce jsou výrazem našeho subjektivního vztahu ke světu i k sobě samému. Slouží jako prostředek aktuální orientace a s tím související regulace chování. Vyjadřují, zda je pro nás něco příjemné či nepříjemné, eventuálně vyvolávají určité reakce a aktivizují naše jednání, anebo je naopak tlumí“⁸⁸.

V pomáhajících profesích je potřeba s emocemi počítat, protože jsou pro klienty skutečnou, ovšem subjektivní realitou. Pacienti pociťují určitou míru nejistoty z neznámých nepříjemných změn a potíží. Emocionální stav jedince lze odhalit z hlasových a mimických projevů. Komunikace je jednou z hlavních funkcí vyjadřování emocí⁸⁹.

3.2 Bolest

Bolest⁹⁰ je pravděpodobně nejčastěji se vyskytujícím klinickým symptomem mnoha fyzických i psychických onemocnění. Jde o komplexní

⁸⁷ Pozn. Emoce je širší pojem než cit, zastřešující subjektivní zážitky libosti a nelibosti provázené fyziologickými změnami, motorickými projevy (gestikulace, mimika), stavy menší či větší pohotovosti a zaměřenosti (láska, strach nenávisť aj.); lze u nich zjišťovat směr přibližování či vzdalování, intenzitu a čas trvání. Srov. In. HARTL, P., HARTLOVÁ, H., *Psychologický slovník*...str. 138.

⁸⁸ VÁGNEROVÁ, M., *Psychopatologie pro pomáhající profese*... str. 67.

⁸⁹ Srov. HEWSTONE, M., STROEBE, W., *Sociální psychologie*...str. 184-235.

⁹⁰ Bolest je nepříjemný až nesnesitelný smyslový vjem a citový zážitek subjektivní povahy. Vyvolává ji vnější vliv nebo chorobný stav stimulací specializovaných receptorů s volnými zakončeními v kůži a dalších tkáních. Srov. In. HARTL, P., HARTLOVÁ, H., *Psychologický slovník*...str. 79.

fenomén zahrnující jak percepce, tak interpretaci prožitků ve spojitosti se změnou chování. Význam slova „*bolest*“ má mnoho synonym - žal, strádání, zármutek, starost, rána.

Nesetkáváme se s „*bolestí*“ jako objektem a věcí, ale s jedincem, člověkem, který bolestí trpí a okolnímu světu tuto skutečnost sděluje buď slovně anebo ji vyjadřuje neverbálně svým projevem a chováním.

Dlouhodobou bolestí pacienta trpí i jeho okolí, přičemž péče o nemocného má nezpochybnitelnou psychickou součást. Léčba pacientů s chronickou bolestí je náročná, dlouhodobá a nejistá.

„Bolest je to co říká pacient, a existuje, když to pacient tvrdí“. Tato definice chápe bolest jako fyziologický i emocionální fenomén. Bolest je komplexním nepříjemným zážitkem pro klienta a současně i komplexem informací pro rozhodování lékaře a sestry⁹¹.

Problematika fyzických bolestí je v současnosti zpravidla řešena podáváním analgetik. Analgetická terapie má zabezpečit zmírnění bolesti na snesitelnou míru. Fyzická bolest může mít charakter bolesti akutní nebo chronické. Akutní fyzickou bolestí trpí nemocný v poúrazových a pooperačních stavech, při náhlých příhodách břišních ve vnitřním lékařství i chirurgii, při degenerativních onemocněních pohybového aparátu. Dlouhodobá prudká akutní bolest nenápadně přechází v bolest chronickou. O chronické bolesti hovoříme v případě, že její projevy trvají tři měsíce a déle. Obvykle je bolest nemocného klienta řešena podáváním preparátů na odstranění jejích symptomů.

Na skutečnosti, že bolest, lépe řečeno bolestivé chování, existuje a přechází z akutního stadia do stadia chronického, se může podílet řada faktorů - špatná léčebná taktika, nedostatek informací o základní nemoci a v neposlední řadě zanedbání včasné psychologické péče o nemocného.

Klinická medicína a ošetrovatelská péče se bolesti duševního nebo emocionálního charakteru zpravidla věnuje jen okrajově.

⁹¹ Srov. HACHOVÁ, A., Komunikace s pacientem trpícím bolestí...str. 46-47.

3.3 Smrt

Problematikou finality života se zabývá thanatologie, což je nauka odpovídající na otázky týkající se umírání a smrti. Otázkám smrti se lidstvo věnuje od nepaměti a vztah ke smrti se generačně liší a mění. Je chápána jako poslední a přirozená etapa života.

O smrti se příliš nemluví, přestala být součástí života a stala se mezníkem, který život problematizuje. Člověk je živá bytost, která svou smrt, za obvyklých podmínek dokáže předvídat a na základě vědomí smrti touží nalézt odpovědi po smyslu lidského života. Uvědomění si blížícího se konce života je individuální událostí⁹².

Ještě v posledních desetiletích dvacátého století byl život jedince definován srdeční akcí. Znamením smrti byl nehmatný tep, resp. vymizelá srdeční akce.

Na základě zavedení moderních technologií do medicíny, lze vrátit do života lidi, kteří prožili svou klinickou smrt, tj. jejich srdeční a dechová frekvence se na několik minut zastavila⁹³. V současnosti formuluje medicína nové definice života a smrti. *Smrt člověka přichází vymizením všech mozkových funkcí*. Obvykle je konstatována po vyšetření mozkové činnosti elektroencefalografem⁹⁴.

Smrt blízkého patří k nejtěžším ztrátám, které člověka mohou postihnout. Znamená výrazný zásah do sebepojetí pozůstalého, do jeho identity a integrity. Pro truchlícího člověka ztrácí jeho život smysl. Známkou úspěšné psychologické intervence v péči o nemocného anebo trpícího je okamžik, kdy je sám schopen sdělit, jak chápe a vnímá realitu a dokáže dát najevo své emoce⁹⁵.

⁹² Srov. JANKOVSKÝ, J., *Etika pro pomáhající profese...* str. 139-141.

⁹³ Klinická smrt je zástava srdeční činnosti a dechu. Později z nedostatku kyslíku, po několika minutách, přichází zástava činnosti mozku. Srov. In: HARTL, P., HARTLOVÁ, H. *Psychologický slovník...* str. 546.

⁹⁴ Pozn. Elektroencefalograf – EEG je přístroj vynalezený německým fyziologem H. Bergerem (1929); slouží k zachycení a dg. Elektrické aktivity mozku; EEG je metoda měření elektrických potenciálů mozku Srov. In. HARTL, P., HARTLOVÁ, H., *Psychologický slovník...* str. 137.

⁹⁵ Srov. ŠPATENKOVÁ, N., *Krizová intervence pro praxi...* str. 69.

Smrtí končí čas chtění a jednání. Prožitý život v sobě nese provedené rozhodnutí a to, co z něho pro skutek a dílo vyplývá. Vědomí smrti v životě věřícího člověka není zdrojem beznadějně úzkosti, nýbrž přesvědčené a pravdami víry zdůvodněné naděje na dosažení plnosti života v budoucnosti, po které člověk celou svou přirozeností touží a k níž během svého života směřuje.

Taková je pastorece smrti: nikoliv pasivní, nýbrž vyzývající k plné účasti. Vyžaduje vnitřní přerod člověka. Toto teologické pojetí lidské smrti je základem duchovního vedení – terapie a prevence sociálně patologických jevů a procesů, souvisejících nejen s vlastní smrtí, ale také se stárnutím a umíráním člověka⁹⁶.

3.4 Strach a úzkost

„Úzkost a strach vyjadřují negativní očekávání nemocného, jeho blízkého či klienta a ovlivňují jeho vnímání a zvládání všech chorobných příznaků“⁹⁷.

Úzkost a strach jsou komplexní psychické procesy, spojené s vegetativním vyjádřením a s určitou mírou kognitivních reakcí. Vyvolávají pocit ohrožení jako reakci na diskomfort⁹⁸ daný chorobou a vědomí rizika vlastního ohrožení.

Úzkost a strach provází podobné emocionální pocity a projevy, často se vyskytují společně a je nesnadné je rozlišit. Stimulují obranné reakce, které mohou směřovat k aktivnímu vyrovnání s problémem nebo k úniku z nebezpečné situace.

Rozdíl mezi úzkostí a strachem:

❖ *úzkost je nepříjemný citový stav, v němž převažují pocity napětí a obav neurčitého obsahu. Nemocný jedinec si předmět obavy neuvědomuje nebo ho nezná;*

❖ *strach lze chápat jako konkretizaci úzkosti, prožitek obavy z něčeho určitého. V případě strachu je příčina sdělitelná.*

⁹⁶ Srov. BAHOUNEK, J., *Pastorální teologie*...str. 108-111.

⁹⁷ Srov. VÁGNEROVÁ, M., *Psychopatologie pro pomáhající profese*...str. 79.

⁹⁸ Pozn. Diskomfort je nepohodlí, ale i neklid, nepokoj, starost, vyvedení z míry. Srov. In: HARTL, P., HARTLOVÁ, H. *Psychologický slovník*...str. 115.

Silnější a trvalejší pocity úzkosti a strachu mohou vnímáním a chováním ovlivňovat fyziologické procesy jedince. Úzkostná nálada postiženého jedince předurčuje, že své tělesné příznaky nesprávně pochopí a bude je považovat za signál určité choroby⁹⁹.

3.5 Shrnutí

U strachu, bolesti a úzkosti, při setkání se smrtí prožívají nemocní, klienti i rodinní příslušníci silný emocionální tlak. Velmi však záleží na tom, jak nemocný a jeho blízcí nemoc nebo získané těžké trauma zpracují. Nemoc mnohokrát souvisí s naučenými životními postoji, chováním a jednáním. Prvním úspěchem při zvládnání existenciálních otázek je změna pohledu na život. Přijetí odpovědnosti, hledání souvislostí se životními postoji, autonomní chování a jednání. Čím blíže jsme vlastnímu „já“ a čím víc a intenzivněji jednáme ve shodě se sebou samým, tím blíže jsme na cestě poznání příčin úzkosti¹⁰⁰. Pokud jedinec dostatečně disponuje vůlí, může za účinné pomoci klinického psychologa emocionálně zvládnout i velmi vážnou chorobu.

⁹⁹ Srov. VÁGNEROVÁ, M., Úvod do vývojové psychopatologie IV. Poruchy adaptace....str. 4-10.

¹⁰⁰ Srov. JANÍČEK, J., Když úzkost bolí... str. 129-134.

4 DUCHOVNÍ A PASTORAČNÍ PÉČE, ETICKÁ DILEMATA

4.1 Duchovní a pastorační péče

Základním a nezbytným tématem rozhovorů v posledních fázích života je smíření s uplynulým životem, s bližními, s Bohem. Při usmiřování se má pomáhat, usmíření se světem a Bohem nelze vynucovat.

Pro nemocné, klienty sociálních institucí a jejich nejbližší je velkým přínosem i prostý rozhovor, v němž mu partner neřekne nic důležitého, ale tím, že naslouchá, umožňuje nemocnému emoční zpracování jeho vlastního tématu.

Z pohledu psychologie formuje osobnost jedince integrita psychických funkcí, dynamický soubor a jednota psychických vlastností a procesů, díky kterým je člověk celistvou, integrální a jedinečnou bytostí, schopnou objektivního pohledu na sebe a pochopení okolního světa.

Pastorální psychologie je hranicí mezi křesťanskou pastoračí a klinickou psychologií, spojuje nábožencko-psychologické poznatky s teologickou reflexí¹⁰¹.

Vztah mezi náboženstvím a duševním zdravím náleží do oboru psychologie náboženství. V minulosti diagnostikovali a léčili duševní nemoci kněží, mniši, báby kořenářky, dnes jsou to psychoterapeuti, ergoterapeuti, církevní pracovníci a pomáhající laikové-dobrovolníci ve zdravotnických a sociálních zařízeních. Pro duševní zdraví nelze stanovit hranici. Na vztah člověka k nemoci a handicapu zásadně působí kulturní, společenské a subjektivní faktory¹⁰².

Účelnou formou terapie u osob v duševní nouzi je modlitba, rozjímání, četba bible a rozhřešení. Jedná se o pastorační péči, která v českých zemích došla za poslední dvě desetiletí nepopiratelného rozvoje.

¹⁰¹ Srov.: JANKOVSKÝ, J., *Etika pro pomáhající profese...* str. 52 -55.

¹⁰² Srov. HOLM, NILS G., *Úvod do psychologie náboženství...*,str. 130-133.

Pastorace a duchovní péče v armádě a ve vězeňství zaznamenala značný pokrok, ale v oblasti zdravotnictví a sociální práce má zatím osoba, provádějící pastorační péči, nejasné obsahového zařazení. Obvyklým a obecně užívaným termínem pro duchovního pracovníka ve zdravotnictví je „*asistent*“ nebo „*kaplan*“. V původním povědomí pastorační péče nepatřili kaplani k ošetřujícímu personálu. Jejich služba bývala soukromou věcí mezi knězem/pastorem a pacientem nebo jeho blízkým. Tento fenomén se koncem 20. století začal měnit k lepšímu. Pozdější trend pak významně ovlivnily práce dr. Kübler-Rossové a dr. Saundersové (viz především koncept „total pain“ a multidisciplinární tým v hospicu sv. Kryštofa)¹⁰³.

V posledních letech se výzkum zaměřil na roli křesťanské víry v situacích, kdy jsou lidé nuceni zvládat stres. V současnosti je náboženská (křesťanská) víra chápána jako relativně samostatný faktor, jehož vliv se nedá jednoduše vysvětlit.

Vliv víry se ubírá po kognitivní linii. Jedinec vidí svět v širších a hlubších souvislostech, očekává pozitivní vyřešení krizové situace, nalézá smysluplnost v utrpení, spoléhá na vyšší moc v boji s těžkostmi.

Jsou tři cesty, kterými se ubírá náboženská víra při zvládání utrpení:

- ❖ *odevzdání se* – vyšší moci;
- ❖ *sebeřícení* – využití svobody, která je člověku dána;
- ❖ *spolupráce* – člověka s Bohem při řešení problému¹⁰⁴.

Víra je prvořadě osobním rozhodnutím pro určité zaměření života a je osobním přijetím nějakého konkrétního cíle.

Vztah mezi vírou a životní spokojeností je úzký a nemůže ho nahradit finanční zajištění ani dosažení určitého stupně ve společenské hierarchii. Kvalitu vlastního života hodnotí věřící, dospělá populace, jako vysokou. Strategie

¹⁰³ Srov. HOLM, NILS G., *Úvod do psychologie náboženství...*, str. 130-133.

¹⁰⁴ Srov. KŘIVOHLAVÝ, J., *Psychologie zdraví...* str. 91.

využívající kladných forem víry úzce souvisejí s mírou sociální opory, postojem k akceptaci těžkostí a s vyrovnaností pacientů a jejich blízkých s těžkým zdravotním stavem¹⁰⁵.

4.2 Duchovní a pastorační péče ve světě¹⁰⁶

Ve Standardech Evropské sítě je uvedeno, že: „Kaplanské služba je poskytována v rámci multidisciplinárního týmu“. Mezi řadou vyjmenovaných aktivit v tomto dokumentu je pak znovu připomenuto, že kaplani mají sloužit jako členové multidisciplinárního zdravotnického týmu.

Dá se říci, že ve světě s „nepřerušenu“ křesťanskou tradicí stál nemocniční kaplan po celá desetiletí, resp. staletí tradičně na okraji v tom smyslu, že prováděl svou službu aniž by o ní mluvil či ji referoval ostatním profesionálům.

Koncem 20. století byly zveřejněny závěry některých studií, které poukazují na důležitost duchovní dimenze člověka v období nemoci a problematikou se začaly zabývat lékařské fakulty.

Současné zařazování kaplana do týmu vychází z potřeb jak akutní medicíny tak paliativní péče, která je mimo jiné definována jako „interdisciplinární a multiprofesní činnost, jež obvykle zahrnuje práci lékaře, zdravotní sestry a dalších zdravotnických pracovníků, kteří mají nezbytnou kvalifikaci k řešení fyzických, psychologických a duchovních potřeb pacienta a rodiny.“

Kaplani jsou tedy ve světě jak členy týmů JIP, ARO atp., tak i členy týmů v rámci paliativní medicíny.

¹⁰⁵ Srov. KŘIVOHLAVÝ, J., *Psychologie zdraví...* str. 157-162.

¹⁰⁶ OPATRŇÁ, M., *Klinická a pastorační péče a její poskytovatel*, Freestyle 2006 phpRSlayout [online]. Vydáno 13.10.2006 [cit.2010-01-21].Dostupné na WWW: <<http://ckpp.wz.cz/view.php?cisloclanku=2006100002>>

4.3 Těžkosti a výhody při zařazení kaplana do týmu¹⁰⁷

Možné těžkosti při zařazení kaplana do týmu v ČR:

Je třeba vyjít ze zkušeností se zařazováním psychologů do týmu. Trvalo řadu let, než byli kliničtí psychologové akceptováni a v některých týmech doposud chybějí (nejen z finančních důvodů). Tato akceptace záleží na lidských i profesních kvalitách, na schopnosti komunikace mezi členy týmu a také na uznání nezbytnosti práce psychologa, resp. duchovního. Paliativní péče obsahuje psychologické a duchovní aspekty péče o pacienta. Vysoká úroveň péče o fyzickou stránku je samozřejmě zásadní, avšak sama o sobě nestačí. Nesmíme redukovat lidskou bytost na pouhou biologickou jednotku.

Bez předchozí edukace personál může jen obtížně akceptovat "cizí element". Duchovní život člověka je velmi intimní záležitostí. Kaplan nemůže (a v některých situacích ani nesmí - viz např. "zpovědní tajemství" v rámci svátosti smíření i v rámci nesvátoštného rozhovoru) komunikovat - sdělovat týmu vyslechnuté problémy. Životní příběhy pacientů jsou "posvátné", nedotknutelné, diskrétní atp. To samo o sobě může vyvolávat mezi členy týmu určitou tenzi. Kaplan však může o spirituálních potřebách a existenciálních problémech jednotlivých pacientů mluvit na obecné rovině, případně tak, jak mu pacient dovolí.

Výhody zařazení kaplana do týmu:

Je-li pacienty kaplan vnímán jako člen týmu, tedy v horizontu ostatních pomáhajících profesí - snadněji si získává důvěru nemocných, která je pro jeho práci nezbytná. Je k dispozici všem pacientům a opakovaně může navazovat na předchozí rozhovory a rozvíjet je, může zohledňovat momentální stav pacienta.... Pacient má samozřejmě právo kaplana odmítnout.

¹⁰⁷ OPATRŇÁ, M., *Klinická a pastorační péče a její poskytovatel*, Freestyle 2006 phpRSlayout [online]. Vydáno 13.10.2006 [cit.2010-01-21].Dostupné na WWW: <<http://ckpp.wz.cz/view.php?cisloclanku=2006100002>>

Kaplan je nápomocen v komunikaci pacient/personál/rodina v nejrůznějších variacích vztahů. Kaplan hraje důležitou roli v období po sdělení závažné diagnózy; v období krizí v průběhu léčby a rozvoje nemoci; v závěru života pacienta i v období smutku pozůstalých.

Účastní se rozhodovacích procesů – přerušeni či ukončení léčby atp., bývá členem etických komisí. Trvalá přítomnost na oddělení nevyvolává trauma, že kaplan přichází jen tehdy, blíží-li se konec života.

Přítomnost kaplana odkazuje na duchovní dimenzi člověka i na existenciální a duchovní rozměr utrpení, nemoci a smrti.

4.4 Etická dilemata

Mravní kvality lékařova i pacientova rozhodování a jednání je nutno posuzovat podle toho, do jaké míry usnadňují anebo naopak brání uskutečnění léčebných cílů. Jde o vztah asymetrický mezi zranitelným nemocným a lékařem, kterému je nemocný svěřen, a který mu důvěřuje.

Rozhodování lékaře proto musí být jednoznačně podřízeno jasným morálním lékařským zásadám. Zvýšená nabídka odborných zdravotnických služeb vytváří v řadách klientů intenzivnější poptávku. Kontrola samotným nemocným není běžně realizovatelná, protože nemocným a klientům chybí dostatečné kompetence, které by vedly k objektivnímu úsudku.

Řada problémů ve zdravotnictví se střetává s etickými a ekonomickými jevy, které je potřeba řešit filosofickým a politickým pohledem. Úplatkářství, přednostní ošetření, lepší technické vybavení, to jsou otázky směřující k riziku nespravedlnosti a výlučnosti.

Nejbližším a okamžitým cílem je správné a mravně dobré rozhodnutí o postupu u jednotlivého pacienta. Osobnost člověka se projevuje především v rozhodování, v hodnotové orientaci, v zacílení a zakotvení života. Osobnost je

výrazem lidské svobody a jedinečnosti, činící člověka dimenzionálním. Klade důraz na respektování morální a duchovní orientace, tedy na vlastní podstatu člověka.

Před otázkou „*Co máme činit?*“ stojíme v každém okamžiku. Každá nová situace ji klade znovu a v životě na ni musíme opakovaně odpovídat, aniž bychom se tomu mohli vyhnout a aniž by nás nějaká moc mohla této nezbytnosti zbavit.

Individuální postoj k prožívané skutečnosti je obsažen v etické otázce „*Co je hodnotné?*“ Člověk stále hodnotí svět okolní i svůj vlastní a takto realizuje svou lidskost v plném slova smyslu. Morální povaha člověka je vždy souhrnem jeho autonomních etických principů, které se přirozeně projeví snahou, účastnit se, vnímat, být otevřený ke všemu smysluplnému a hodnotnému.

Při etickém rozhodování člověk zvažuje co je hodnotné. Samotné hodnocení a volba hodnoty bývají regulovány vnitřními mechanismy prospěšného chování nebo mravní povinnosti. Obě etické otázky tvoří celek¹⁰⁸.

4.5 Shrnutí

Konec 20. století přiblížil důležitost duchovní dimenze člověka v období nemoci zveřejněním závěrů některých lékařských studií, které se začaly touto problematikou zabývat¹⁰⁹. V těžkých životních chvílích by měl mít každý pomáhající pracovník, lékař, sestra, sociální pracovník, schopnost se empaticky, tzv. přiblížit k nemocnému, hovořit s ním o jeho vlastních pocitech. Cítuji: „Pacient má právo žádat soukromí a služby přiměřené možnostem ústavu, jakož i možnost denně se stýkat se členy své rodiny či s přáteli. Omezení takového způsobu (tzv.kontinuálních návštěv)může být provedeno pouze ze závažných důvodů¹¹⁰.“ Mezi služby, na které má nemocný nezadatelné právo je také duchovní a pastorační péče. Duchovní a pastorační pomoc však není vymahatelnou službou, a proto není ani standardní zdravotnickou službou.

¹⁰⁸ Srov. CAKIRPALOGLU, P., *Psychologie hodnot...*40-41.

¹⁰⁹ Srov. Křivohlavý J., *Víra a zdraví...*str. 55-66.

¹¹⁰ Práva pacientů, odstavec 2. Centrální etická komise Ministerstva zdravotnictví České republiky

5 PROFESIONALITA VE ZDRAVOTNICKÉ PÉČI

Pomáhající povolání mají zvláštní nároky. Jejich prvořadým úkolem je pomoc potřebným. Jsou to povolání, která mají svou odbornost; *lékaři, zdravotní sestry, pedagogové, sociální pracovníci, pečovatelé, psychologové, duchovní a řada dalších*. Při výkonu těchto povolání hraje významnou roli lidský vztah jako prvek mezi pomáhajícím profesionálem a klientem.

Pomáhající pracovník se často setkává s lidmi v nouzi, s lidmi v závislém postavení, a to zpravidla nedobrovolně. Složitě podmínky klientů přispívají k jejich vyšší vnímavosti než za obvyklých okolností.

Nemocní a jejich blízcí pečlivě sledují komunikační signály a citlivě odhadují lékařovu odbornost, ochotu, slušnost, upřímný zájem o nemocného jako vnímavou bytost. Vcítění ošetřujících je snadno rozpoznatelné při běžných verbálních i neverbálních projevech pečovatele¹¹¹.

Léčebná a ošetrovatelská péče by měla komplexně pokrývat potřeby biologické, sociální, spirituální a potřeby psychologické, které se spirituálními nelze zaměňovat. Nevěřícímu člověku bude pomoc psychoterapeuta bližší, věřící snáze vyslechne duchovního.

Nemocnice a zdravotnická zařízení patří mezi místa s rizikem hlavně pro hospitalizované malé děti, těžce nemocné a staré lidi. Ale nebezpečí hrozí každému, kdo se neočekávaně ocitne v roli nemocného, zraněného nebo pečujícího o svého blízkého.

Každá hospitalizace je spojena s rizikem náhlého zhoršení zdravotního i psychického stavu nemocného nebo úmrtím. Vliv na tuto skutečnost má nejen omezení pohybu, změna jídelníčku, ale především vyloučení ze známého prostředí, odloučení od známých osob, nejistota, která před pacientem stojí a obavy o svůj život a budoucnost.

¹¹¹ Srov. KOPŘIVA, K., *Lidský vztah jako součást profese...* str. 13-14.

Proto, aby tato změna nezasáhla duševní kondici nemocného do takové míry, že by ovlivnila průběh léčebného procesu, měl by být v ošetrovatelském týmu připraven psycholog, případně duchovní, který by nemocného uklidnil a povzbudil.

Do své profese jsou zdravotničtí pracovníci silně zaangažováni a smyslem jejich práce je přání uspokojit potřeby druhého člověka. V pomáhajících profesích je však obtížné definovat žádoucí výsledky a kritéria úspěšnosti pracovníka. Vyžadují odpovědnost za klienty a nedávají možnost její plné kontroly.

Není snadné určit, kdy pomáhající nemá osobní anebo pracovní problémy. Proto nejen systematické vzdělávání, ale i stálá supervize¹¹² za přítomnosti pracovníka s psychologickou a psychoterapeutickou zkušeností, by měla být jedním z prvořadých úkolů v prevenci syndromu vyhoření a syndromu pomáhajících¹¹³.

5.1 Moc

Manifestace moci je při pomáhání velmi významná. Pomáhající pracovník se stává silný už tím, že může pomoci, pomáhá nebo pomoc slibuje. Mocenský potenciál zdravotníka je vymezen zákonnými předpisy, organizačními řády i nepsanými zvyky a normami. Ve vztahu ke klientovi je možné pociťovat sílu na základě autority, která je vyjádřením odborného vzdělání a zkušenostmi pracovníka¹¹⁴.

¹¹² Pozn. Supervize je součástí odborné přípravy na určité povolání, posiluje duševní zdraví a zvyšuje odbornost a zlepšuje komunikaci v kolektivu. Srov. In: HARTL, P., HARTLOVÁ, D. *Psychologický slovník*...str. 576.

¹¹³ Pozn. Syndrom pomáhajících je specifická narcistická porucha, jejímž prostřednictvím řeší pracovník v pomáhající profesi své rané trauma odmítnutého dítěte. Srov. In: MATOUŠEK, O. a kol., *Metody a řízení sociální práce*...str.59.

¹¹⁴ Srov. KOPŘIVA, K., *Lidský vztah jako součást profese*...str. 40-41.

Lékaři byli už v historických dobách respektováni. Je proto na místě otázka, zda moc lékaře, moc medicíny, nemá mnohem spíše co do činění s psychologickou mocí než s mocí založenou na vědeckých znalostech jednotlivců¹¹⁵.

Účelem pomáhání je orientace na dosahování autonomie klientů. Každý projev moci má svůj protipól v prožívání klientů a celé pomáhání se tak vzdaluje nebo přibližuje svému účelu. Ve vztahu lékaře a nemocného platí, že nemocní většinou udělají to, co jim lékař doporučí, a to i spontánně, bez dotazování.

Čím vyšší rozhodovací pravomoc lékař má, tím komplikovanější podmínky má k tomu, aby se stal partnerem v emočních a vztahových aspektech problémů nemocných. Zpravidla platí, že pouhé vyjádření zájmu o dojmy a problémy nemocných uspokojuje tělesné, duševní, sociální i duchovní potřeby nemocného¹¹⁶.

Zdraví lidé mohou vést samostatný život, důstojně a ve slušných poměrech. Jestliže však zdravý člověk onemocní, všechno se rázem změní. Stane se pacientem, muž se promění v malé dítě. Kdysi důstojný zdravý člověk je nyní nemocný, je ovládán strachem, trýzněn bolestmi a ohrožován smrtí. Dochází ke svébytné formě regrese. Pacient již není pánem svého těla, ale jeho obětí. Duše jako by se s nemocí začala měnit¹¹⁷.

Moc je důležitou složkou vztahu mezi ošetřujícím a klientem. Je důležité, aby si lékař nebo jiný pracovník své postavení uvědomoval. Měl by používat nedirektivního přístupu v kontaktu s nemocným a klientem. Ten je sice účinnější, ale časově náročnější, ovšem rozhodování pod tlakem není svobodným rozhodováním a může vést k depresi nemocného¹¹⁸.

Situace v nemocnicích bývá často taková, že na jedné straně se nachází regredující, úzkostný pacient a na druhé straně je silný, hrdý, distancovaný a možná ještě do jisté míry zdvořilý lékař¹¹⁹.

¹¹⁵ Srov. GUGGENBÜHL-CRAIG, A., *Nebezpečí moci v pomáhajících profesích...* str.62-63.

¹¹⁶ Srov.KOPŘIVA, K., *Lidský vztah jako součást profese...* str. 40-41.

¹¹⁷ GUGGENBÜHL-CRAIG, A., *Nebezpečí moci v pomáhajících profesích...* str. 63.

¹¹⁸ Srov.KOPŘIVA, K., *Lidský vztah jako součást profese...* str. 40-41.

¹¹⁹ GUGGENBÜHL-CRAIG, A., *Nebezpečí moci v pomáhajících profesích...* str. 63.

5.2 Sociální role

„Pro porozumění životu je důležitý pojem „role“. Ve společenském životě na sebe bereme úlohy, které nám předepisují, jak se máme chovat k druhým lidem. Hrajeme svoje role a druzí hrají zase své¹²⁰.“

Protože svou roli vždy hrajeme ve vztahu k jiné osobě, jsou sociální role vždy reciproční. Setkají-li se lidé ve stejném postavení, odráží jejich chování jejich skutečnou osobnost. Role, které hrajeme jako součást každodenního společenského života, se postupně internalizují a stávají se součástí osobnosti. Porozumění rolím ostatních lidí vede k usměrnění vlastního chování a pochopení smyslu svých zkušeností¹²¹.

Člověk zastává v životě tolik rolí, ke kolika sociálním skupinám náleží. Protože každý jedinec prožívá okolnosti vnějšího světa odlišně, není vhodné, aby pracovníci pomáhajících profesí měli tendenci klienta hodnotit. Porozumět druhému můžeme až v okamžiku, když dokážeme chápat sami sebe ve společnosti druhých lidí. Takové porozumění vede k poznání, že člověk je neopakovatelnou bytostí, individualitou a okolí je povinno vidět ho jako jedinečného.

Vnější svět je pro všechny lidi společný a současně rozdílný. Nečekané i obvyklé životní situace vytváří specifické představy a proto je naší povinností respektovat představy druhých a snažit se pochopit také jejich vnitřní pocity¹²².

Sociální role je chování vhodné a žádoucí pro jedince v určitém postavení. Mluvíme o předpokládaném způsobu chování v určité sociální situaci, pro kterou je dána konkrétní společenská norma. Existují role nezávislé a přijaté, s nimiž se jedinec ztotožňuje. Sociální role člověka se skládá z vnějších znaků (účes, oblečení, gesta) a vnitřních znaků (přesvědčení, cítění, pohnutky)¹²³.

¹²⁰ HAYES, N., *Základy sociální psychologie*...str.10.

¹²¹ Srov. HAYES, N., *Základy sociální psychologie*...str.10-14.

¹²² Srov. KOPŘIVA, K., *Lidský vztah jako součást profese*..., str. 29-32.

¹²³ Srov. HARTL, P., HARTLOVÁ, H. *Psychologický slovník*...str. 512-513.

5.2.1 Role psychologa a psychoterapeuta

Role psychologa v oblasti zdravotnické péče přichází v okamžiku, kdy si nemocní začnou pokládat otázky o své budoucnosti a objevují se u nich první známky úzkosti a strachu z budoucnosti.

Psycholog usnadňuje klientům a jejich nejbližším spontánně projevit svoje pocity, dovoluje „vymluvit se“, „vyplakat“, otevřeně projevit své obavy. V depresi se jeví všechno černé. Člověk má pocit tísně a bezmoci.

Především trpělivé objasňování nastalé situace, vysvětlování, že je oslabeno rozpoznávání reality a následků jednání, nezbytnost určitého časového prostoru k učinění soudů, to vše by mělo patřit k rozhovorům, které jsou s nemocným i jeho blízkými vedeny.

Spolu s ošetřujícím personálem je psycholog nebo psychoterapeut součástí týmu ošetrovatelské a léčebné péče a má ve své kompetenci prevenci a řešení případných interpersonálních problémů a prvních známek syndromu vyhoření u pečujících za pomoci supervizní činnosti¹²⁴.

Psychologická péče o nemocné by se měla odehrávat při každodenních běžných pracovních činnostech na chodbách, na pracovně sester nebo jinde v ústraní. Psycholog v ošetrovatelském a léčebném týmu je vnímavý k možným konfliktům a rozvíjí a povzbuzuje k všeobecným pozitivním emocím.

Pro nemocné i zdravotníky by měl být psycholog zdrojem energie a síly, kterou má poskytovat všem kdo, ji potřebují.

¹²⁴ Pozn. Supervize může pracovat s reálnými situacemi rozhovoru pracovníka s klientem, a to buď za přítomnosti supervizora při rozhovoru nebo za použití audio- či videonahrávky sezení. Může také používat modelové situace přehrávané v supervizní skupině (hraní rolí), příp. pracovat jen s písemným záznamem rozhovoru pořizovaným supervidovaným pracovníkem. Ve vzájemné spolupráci mezi supervizorem a supervidovaným jde o společné hledání řešení v atmosféře důvěry, o rozvíjení sebereflexy vedoucí k pochopení dosud neuvědomovaných souvislostí, vztahů, pocitů a jejich odrazu v pracovní činnosti. Srov. MATOUŠEK, O. a kol., *Metody a řízení sociální práce...*str.349.

5.2.2 Role zdravotnického pracovníka

Slovo má velkou moc, je schopno uzdravovat stejně jako ubližovat. Pacient touží rozmlouvat se svým lékařem nebo sestrou, svěřovat své starosti, žádat o pomoc, radu, ochranu. Chce všemu, co se týká jeho těla i duše, rozumět.

Pacient si přeje sdílet bolest, radost, strach, pochybnosti a cítit se jako jedinečná a neopakovatelná bytost. Chce být respektovanou individualitou.

Vstřícný lékař ve svém pacientovi vidí a ctí partnera a naopak pacient očekává lékařovy odborné znalosti. Vzdělání, empatie a vstřícnost má být průvodní charakteristikou zdravotnického pracovníka.

Zdravotníci musí dobře zvládat komunikační techniky aby uměli navázat atmosféru důvěry a měli by být vybaveni schopnostmi zvládat psychickou zátěž.

Zdravotní sestra se stává mezičlánkem spojujícím požadavky lékaře a přání nemocného. Lékař je pro nemocné nejvýznamnější osobou, sestra mu bývá tím nejbližším¹²⁵.

Vytváření vztahu mezi nemocným a lékařem má být zacíleno na smysl celé medicíny. Dlouhodobým cílem lékařské péče je zdraví a krátkodobějším cílem léčba a péče, která tlumí potíže.

Ke splnění obou cílů je potřebná identifikace s rolí ošetřujícího – pečujícího. Znamená to přijmout normy, hodnoty, motivy, postoje, zákony, etické kodexy a znát práva a povinnosti, která patří k povolání zdravotníka¹²⁶.

Hippokratova přísaha i definice zdraví podle WHO hovoří o tom, že lékař je povinen posuzovat pacientův stav komplexně, tedy v rovině somatické, psychické, sociální a v dnešním vnímání osobnosti i v rovině spirituální.

¹²⁵ Srov. KELNAROVÁ, J., MATĚJKOVÁ, E., *Psychologie a komunikace pro zdravotnické asistenty*...str. 111-113.

¹²⁶ Srov. KELNAROVÁ, J., MATĚJKOVÁ, E., *Psychologie a komunikace pro zdravotnické asistenty*...str. 24.

Vztah mezi lékařem a pacientem je budován na důvěře, partnerství a požadavku na otevřenou a objektivní komunikaci. Srozumitelná a sdílná komunikace a péče o pacientovu psychiku i pohled na jeho sociální vazby a osobní život je předpokladem úspěšné léčby. Proto má být pro lékaře součástí léčby i nejbližší rodina a blízcí příbuzní pacienta¹²⁷.

5.2.3 Role rodinného příslušníka

Pro všechny zúčastněné je velkým štěstím, mohou-li společně sdílet svá trápení a vzájemně se podporovat. V současnosti se v souvislosti s nemocí člena rodiny hovoří o „*nemocné rodině*“.

K nejčastějším změnám, ke kterým v rodině v souvislosti s onemocněním dochází, je změna sociálních rolí mezi členy rodiny, přerozdělování úloh a rolí, které plnili dříve, objevují se finanční problémy, zvýšený stres a strach před budoucností.

Pacientovi blízcí, jeho rodina a přátelé, mají být zdravotníky a sociálními pracovníky vnímáni jako součást ošetrovatelského procesu, protože, aby léčebné postupy a doporučení byla účinná, musí se stát součástí rodinných pravidel.

Spolupráce s blízkými nemocného má v ošetrovatelské práci dbát na hranice kompetentnosti a současně, je-li to do budoucna potřeba, má být spolupráce při jednoduchých ošetrovatelských úkonech chápána jako edukační proces. Při vzájemném porozumění dochází v rodinném prostředí k vytváření optimálních podmínek pro uzdravení pacienta či klienta¹²⁸.

Trvalá péče o blízkého v domácím prostředí poskytuje nemocnému a rovněž i pečujícímu, přes veškeré svízele, duševní uspokojení. Obvykle se jedná o péči dlouhodobou, bez pozitivní prognózy nebo péči o terminálně nemocné. I když je to obtížný požadavek, měl by mít pečující vyřešený vztah k utrpení a na fakt konečnosti života být připraven. Ošetrování a péče o nemocné vyžaduje individuální přístupy.

¹²⁷ Srov. KOPŘIVA, K., *Lidský vztah jako součást profese...* str. 26-29.

¹²⁸ Srov. KELNAROVÁ, J., MATEJKOVÁ, E., *Psychologie a komunikace pro zdravotnické asistenty...* str. 112-113.

Psychologická a duchovní péče a pomoc je pro blízké rodinné přátele a příbuzné pacientů důležitá. I oni prožívají emocionální bolesti a uvědomují si svou bezmocnost vůči onemocnění svého blízkého. Potřebují podpořit a obejmout, povzbudit a vědět, že vše, co pro svého blízkého udělají, je správné¹²⁹.

Neměli by však zapomínat a vzdávat se svých osobních a společenských potřeb a aktivit. V rámci psychohygieny mají využívat všech prostředků, které dodávají fyzickou i duševní sílu k další péči a pomoci svému bližnímu.

Autonomie seniora z pohledu rodinné péče

Prostřednictvím kontaktů s dětmi a jejich rodinami jsou saturovány základní psychické a sociální potřeby seniorů. Dojde-li na úvahy o zajištění osobní péče projevují se nejasnosti, vstupující do vyjednávání obou generací. Nutnost volby mezi zatížením rodiny před vstupem do instituce je obtížným vývojovým úkolem. Dospělé děti mívají se zabezpečením svého rodiče problém. Úsilí starších lidí o zachování osobní autonomie je působivé. Je vyjadřováno odmítáním pomoci *‘dokud ještě mohou’*, někteří se snaží stáří vzdorovat a potvrzovat si tak svou kompetenci. Oboustranně akceptovaným řešením je pomáhat tzv. *‘na požádání’* a respektovat autonomní rozhodování rodičů.

Dilema *‘rodina nebo instituce’* ztrácí na intenzitě nebo zcela mizí s faktickou totální nesoběstačností. Rodina se stává pilířem a centrem života nesoběstačných seniorů. Čím víc ubývá fyzických a psychických sil, tím intenzivněji senioři vnímají zájem o zabezpečení svých základních potřeb. Rodina se stává zárukou bezpečí a zachování soukromí, které formální instituce poskytnout nemohou. Samostatné rozhodování a kontrola, tj. autonomie, už není životním tématem¹³⁰.

¹²⁹ Srov. KELNAROVÁ, J., MATĚJKOVÁ, E., *Psychologie a komunikace pro zdravotnické asistenty...* str. 111-113.

¹³⁰ Srov. SÝKOROVÁ, D., *Autonomie ve stáří. Kapitoly z gerontologie...* str. 189-210.

Dítě z pohledu rodinné péče

Nemocné děti bývají úzkostné, nejisté a obávají se dalších potíží. V dětském věku jsou emoční reakce na nemoc primární.

V dětství je prožívání nemoci závislé na kvalitě života s důrazem na aktuální problémy a omezení. Zvládání nemoci závisí na rozumovém hodnocení situace a splnění psychických potřeb dítěte.

Základní psychické požadavky nemocného dítěte jsou :

- ❖ *potřeba se v situaci orientovat;*
- ❖ *citová jistota a bezpečí;*
- ❖ *potřeba seberealizace;*
- ❖ *potřeba otevřené budoucnosti.*

Strach a úzkost se mohou přenášet z rodičů na děti a naopak i přesto, že se rodiče snaží své pocity nedávat najevo. Rodiče dítěti nemoc zprostředkovávají určitým způsobem, v němž se odráží jejich emoční stav. Intenzita emocí má však odpovídat závažnosti onemocnění.

Nemoc přináší nové zkušenosti spojované s nepříjemnými zážitky a omezením standardních zkušeností. Pod vlivem nemoci se mění také postoj rodičů k dítěti, a to jak ve smyslu hyperprotektivity a nadměrné tolerance nebo naopak odmítáním a zanedbáváním. V tomto smyslu může nemoc významným způsobem ovlivnit budoucí somatický i psychický vývoj jedince¹³¹.

¹³¹ Srov. VÁGNEROVÁ, M., *Psychopatologie pro pomáhající profese...* str.94-106.

5.3 *Iatrogenní poškození jako odezva na zdravotnickou intervenci*¹³²

I pro odborníky je termín *iatrogenní poškození* pacientů a klientů doposud nepříliš známým výrazem. Nedokážou posoudit, jak je tato problematika významná a do jaké míry ovlivňuje další život nemocných a klientů.

Povinností lékaře je hledání příčin nemocí a určení správné diagnózy. Avšak každá vyšetřovací metoda nemusí být vhodně a účinně použita k diagnostice, vyšetření či léčebnému zákroku konkrétního pacienta.

Zavedení nových technologií do medicínské praxe nedomyšlí jejich negativní efekty, které mají tendenci narušovat emocionální vyrovnanost klienta.

V souvislosti s negativními důsledky léčebných, diagnostických a ošetrovatelských postupů hovoříme o iatrogenním poškození nemocných.

Původcem iatrogenního poškození pacienta může být nedbalost, záměna léků, nozokomiální infekce¹³³, neodborné zacházení, ale mnohem nenápadnějším činitelem je poškozování pacientů tím, že s nimi lékař nebo zdravotní sestra neodborně vedou dialog, chovají se bez ohledu na jejich důstojnost, apod.

V současnosti je považováno za velkou odvahu lékaře schopnost ukončit léčbu nemoci a vyšetřovací procesy v okamžiku, kdy je sám plně přesvědčen o tom, že léčba a vyšetřování přináší pacientovi či klientovi více strádání, bolesti a traumat než klidu a odpočinku.

¹³² Pozn.: Iatrogenie je stav vyvolaný lékařem nebo lékařským postupem nebo nevhodným chováním zdravotnického personálu. Srov. In.: HARTL, P., HARTLOVÁ, H. *Psychologický slovník*...str. 221.

¹³³ Pozn. Nemocniční nákaza, odborně nozokomiální, je přenosné infekční onemocnění vnějšího nebo vnitřního původu, které vzniklo v souvislosti s pobytem osob ve zdravotnickém zařízení. Za nemocniční nákazu je považována i nákaza, která se s ohledem na svoji inkubační dobu projeví až po propuštění pacienta ze zdravotnického zařízení nebo po jeho přeložení do jiného zdravotnického zařízení. WIKIPEDIE *Otevřená encyklopedie*, Nemocniční nákaza, Wikimedia project Creative commons [online]. Poslední aktualizace 28.10.2009 [cit. 2009-11-10] Dostupné na WWW: <http://cs.wikipedia.org/wiki/Nemocni%C4%8Dn%C3%AD_n%C3%A1kaza>

V tomto ohledu je problematická otázka podávání chemoterapeutických preparátů u prokazatelně rezistentních nádorových bujení, ožívování jedince po dlouhodobém přerušení přívodu kyslíku, při fatálních traumatech, transfuze krevních derivátů nemocným v terminálním stádiu života a řada dalších praktik, které naplňují předepsané standardní lékařské postupy, cílené k určení jasné diagnózy. Primární význam moci osoby lékaře převyšuje nad důstojností pacienta. V mnohém se neztotožňuje s etickými principy lékařského povolání.

Lidé pracující v pomáhajících povoláních jsou v mnoha ohledech neteční a 'slepí' k souvislostem, které naopak velmi citlivě vnímají klienti. Snížení citlivosti a vnímavosti k nemocnému člověku způsobuje nechtěné a nežádoucí psychické poškození klientů a pacientů během probíhající ošetrovatelské péče.

Snižování rizika psychického iatrogenního poškození je dlouhodobou záležitostí a jeho úspěšnost spočívá na vývoji vzdělanosti, komunikačních a osobnostních postojích nejen lékařů, sester, sociálních pracovníků, ale také pacientů a celé široké veřejnosti.

Pravděpodobnost poškození klientů, vyplývající z obecné lidské omylnosti, je trvalá, ale újmy se dají překonat lepší informovaností a vzdělaností vykonavatelů lékařských i nelékařských povolání v součinnosti s oborem psychologie a klinické psychologie.

5.4 Psychosomatická medicína

Zátěžové situace působí na vývoj řady psychických poruch, které se projevují změnami v prožívání, uvažování i chování klientů.

Prvním oborem, který studoval soustavně problémy a role psychologických faktorů ve zdraví a nemoci, byla psychosomatická medicína. Ta je definovaná jako vědní obor, který vznikl z poznání, že fyzické (tělesné) nemoci mají své emocionální a psychické složky (komponenty), a že psychologické a somatické faktory jsou spolu v interakci tam, kde vznikají nemoci¹³⁴.

¹³⁴ KŘIVOHLAVÝ, J., *Psychologie zdraví*... str.22.

Vztah mezi psychickou a somatickou složkou osobnosti je velmi těsný. Za normálních okolností fungují psychosomatické a somatopsychické vztahy nepozorovaně, ale určité okolnosti vyvolávají patologickou změnu osobnosti. *K odkrytí tělesných potíží přispívají i drobné psychické zátěže a naopak somatické onemocnění může ovlivnit změněná psychika jedince*¹³⁵.

Psychogenním faktorem mohou být vyvolány, posilovány nebo udržovány jakékoliv příznaky poruchy tělesného zdraví.

Za okolností, kdy se u jedince objeví symptomy nemoci, jejíž příznaky nejsou pro určitou chorobu charakteristické, měl by lékař začít pomýšlet o psychosomatických onemocněních, resp. o psychosomatických obtížích¹³⁶.

Člověk disponuje pohnutkami a představami, které významně ovlivňují jeho konkrétní jednání a prožívání. Pohnutky a představy jsou součástí vnitřního světa jedince, kterých si však on sám není vědom. Psychosomatické obtíže jsou proto v psychoterapii klasifikovány jako stavy nevědomí¹³⁷.

Psychosomatické poradenství kliničtí lékaři v praxi zatím dostatečně neoceňují. Výkonnostně a ekonomicky zaměřené zdravotnictví snižuje základní informovanost o oboru a mnoho pacientů nabídku psychosomatického poradenství odmítá. Navrženou metodu psychologické péče obvykle ignorují a své rozhodnutí odůvodňují neodborností lékaře, který takový léčebný plán navrhl.

Vědomí, že ještě i v současnosti mohou být klienti psychologů a psychiatrů společensky vyčleněni - stigmatizováni¹³⁸, uvádí řadu postižených do bezradnosti. Bezradnost a úzkost může manifestovat verbální agresivita, v krajním případě násilné a impulsivní jednání.

¹³⁵ Srov. VÁGNEROVÁ, M., *Psychopatologie pro pomáhající profese...* str.106.

¹³⁶ Srov. VÁGNEROVÁ, M., *Psychopatologie pro pomáhající profese...* str.111.

¹³⁷ Srov. KOPŘIVA, K., *Lidský vztah jako součást profese...* str. 34.

¹³⁸ Pozn. Stigmatizace je sociologický pojem. Jde o zvl. případ soc.předsudků vůči určitým osobám, jimž jsou pak díky tomuto připisovány různé negativní vlastnosti. V širším smyslu, který se většinou používá v sociologii, znamená s. apriorní negativní hodnocení, vystupující buď jako atribuce nebo etiketizace čili labelling. Srov. In: KAPR, J., LINHART, J., FIŠEROVÁ, V., *Sociální deviace, sociologie nemoci a medicíny. Sociologické pojmosloví...* str. 83.

Psychické faktory ovlivňují průběh jakéhokoli onemocnění a každá somatická choroba působí odlišně na psychiku nemocného, na jeho prožívání, uvažování, chování. Celkovému obrazu psychosomatické nemoci dominuje změna chování postiženého. Indikátorem je ztráta vitality a smyslu pro vnímání radosti. Nemocný je podrážděný, unavený, zesláblý, stává se depresivním a reálně pocítuje fyzickou nemoc. V těžkých případech psychosomatických nemocí je smyslem úzkostného chování jedince snaha přimět okolí, aby vzalo na vědomí, že trpí. Hovoříme o charakteristických projevech maladaptace¹³⁹.

Volba terapeutické metody u psychosomaticky nemocných záleží na typu a charakteru osobnosti nemocného i na nemoci samotné. Vzhledem k mechanismu vzniku psychosomatických potíží je účelné využití různých relaxačních technik, včetně hypnózy. Používá se skupinová a individuální psychoterapie, rodinná psychoterapie je zaměřena na úpravu rodinných vztahů a komunikaci. U těžších případů je vhodné a účelné použít v počátcích léčby a po nezbytně nutnou dobu farmakologických prostředků.

Charakteristickými nemocemi s psychosomatickým původem jsou tak zvané civilizační nemoci. Jsou to chronické choroby, jejichž vznik a rozvoj je podmíněn nebo výrazně ovlivněn způsobem života, stresem, technikou, kulturou, znečištěním životního prostředí apod. Typickými jsou onemocnění srdce a cév, astmatické a alergické reakce, zažívací potíže, migrény, diabetes mellitus (cukrovka).

¹³⁹ Pozn.: Maladaptace nebo-li nepřizpůsobivost; selhávání organismu vytvářet si během ontogeneze účinné interakce s prostředím; vzniká zpravidla na podkladě deprivace v raném vývoji nebo vlivem narušeného sociálního okolí dítěte; projevuje se poruchami chování různého stupně. Srov. HARTL, P., HARTLOVÁ, H., *Psychologický slovník*...str. 299.

5.5 Shrnutí

Práce s lidmi svádí k používání moci. Ve zdravotnických a ústavních službách jsou obvyklou realitou nerovné vztahy mezi poskytovateli služeb a jejich uživateli. Při jejich hodnocení převládá vliv zdravotnického personálu nad klientem. Je diskutabilní, jak je vztah pacient – lékař rovnocenný a plnohodnotný. Zohledníme-li profesionalitu a vzdělanost, není o čem pochybovat. Z pohledu psychologického je mnohokrát zřejmá nadřazenost lékaře a členů ošetrovatelského týmu. Chybí respekt pečujících k osobním potřebám a přáním nemocných a v péči převažuje automatizace a stereotypnost odborných činností. Mnoho lidí si přání pomáhat druhým vysvětluje jako touhu po moci. Lékař a sestra jsou osobami, které nabízí pomoc slabým, proto pomáhající profese vyžaduje zralého člověka.

6 HODNOCENÍ DOTAZNÍKŮ, ANKET, ROZHovorŮ

Z použitelných výzkumných metod rozhovoru, dotazníku, testu nebo pozorování jsem upřednostnila varianty oslovení výzkumného vzorku pomocí sestaveného dotazníku a anketní otázky. Obě vznikly pouze pro účely této diplomové práce.

Písemně zaznamenaná data lze analyzovat statistickými metodami, jsou trvanlivějšího charakteru a je možné je použít i při příštích výzkumných činnostech. Rovněž rychlost sběru dat pomocí dotazníku a anketní otázky příznivě ovlivnila volbu způsobu oslovení respondentů.

Abych posoudila, aktuální teoretické znalosti a praktické schopnosti pečujících při uspokojení duševních potřeb nemocných a klientů zdravotnické péče, rozeslala jsem v období měsíců květen až červenec 2009 náhodně vybraným zástupcům zdravotnických zařízení, prostřednictvím e-mailové pošty, dotazníky, vytvořené pro členy managementu nemocnic a zástupce pečujících všech věkových kategorií s různým stupněm vzdělání.

V období října a listopadu 2009 proběhla anketní část výzkumu.

6.1 Cíle a předpoklady průzkumu

Výzkumné metody byly rozděleny do dvou skupin. První byla realizována formou dotazníků. Jejím cílem bylo zmapování míry orientace zdravotníků v oblasti psychologické péče, znalostí a významu využití v léčebné a ošetrovatelské péči.

Záměrem bylo zjistit jaký (a zda vůbec) zdravotníci a ostatní, kteří zabezpečují přímou péči o nemocné a klienty, přikládají psychologickým službám význam a zda se aktivně zajímají o duševní potřeby a zdraví pacientů a klientů hospitalizovaných nebo teprve přicházejících do zdravotnických zařízení.

Otázky dotazníků směřovaly i na srozumitelnost tématu „*psychologická intervence*“, na míru ochoty ke studiu, samostudiu a k aktivnímu vyhledávání aktuálních informací, které se týkají zmíněného tématu.

Pro druhou výzkumnou metodu byla užitá forma anketní otázky. Náhodným respondentům rozdílného věku a pohlaví byla položena otázka: „*Byl jste Vy nebo Váš blízký někdy tak nemocný, že jste se o svůj nebo jeho život bál?*“

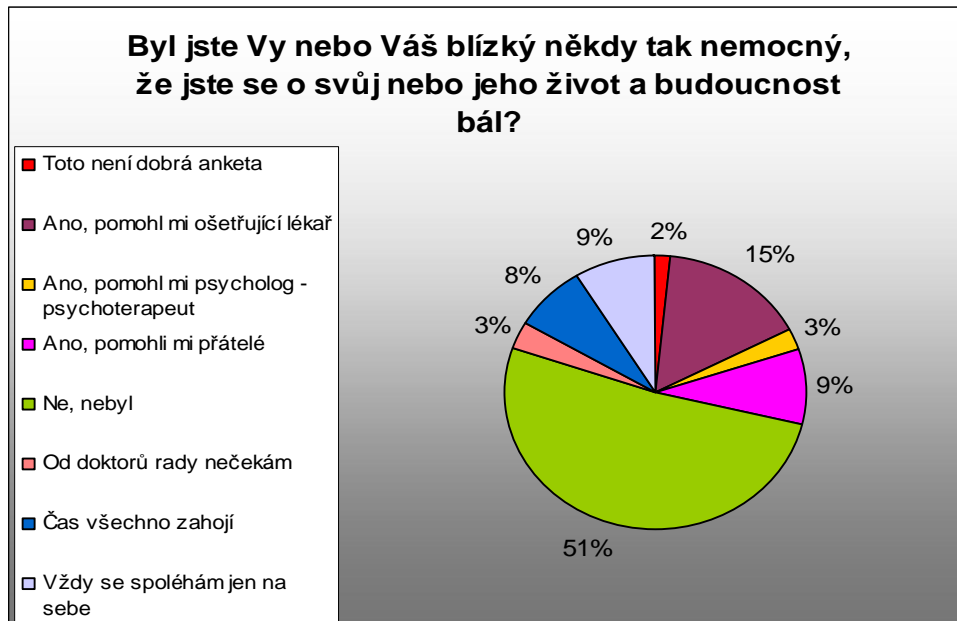
Hypotézou průzkumu mezi vedoucími pracovníky v nemocnicích a zdravotníky podílejícími se na přímé péči o klienty byla domněnka, že: „*psychologickou intervencí v nemocnicích, ambulantních zařízeních nebo jiných rezidenčních zařízeních zdravotnického nebo sociálního charakteru by řada vedoucích pracovníků a členů ošetrovatelské péče uvítala, ale zapojení psychologa či psychoterapeuta do ošetrovatelského týmu by zvýšilo ekonomické náklady na personální výdaje nad únosnou míru organizace.*“

6.2 Anketa

Technika anketní otázky byla zvolena jako rychlá výzkumná metoda pro sběr dat mezi širokou populací. Anketa byla uskutečněna v období říjen – listopad 2009.

Celkem jsme oslovili 265 osob různého věku a pohlaví z nichž přibližně polovina se odmítla k anketě vyjádřit, toto téma respondenty nezajímalo nebo neměli s problematikou zkušenosti. Realizace ankety probíhala na veřejných prostranstvích v hlavním městě Praze.

Na věk respondenti nebyly dotazováni, neboť zadaná anketní otázka není určena konkrétní věkové kategorii. Názory dotazovaných lze považovat za validní, protože výběr dotázaných byl proveden systematicky a věkové skupiny oslovených byly vcelku vyrovnané. Kompletní zpracování anketních odpovědí je vidět na grafickém znázornění na obrázku č. 1.



Obrázek č. 1

Kromě 53% respondentů zastoupených v odpovědích *ne, nebyl a nezajímá mě to* je nejpočetněji zastoupena odpověď č. 2 (15%). Ošetřující lékař byl u dotázaných hlavní osobou, která, z pohledu nemocného, uskutečnila cílenou a účinnou psychologickou intervenci.

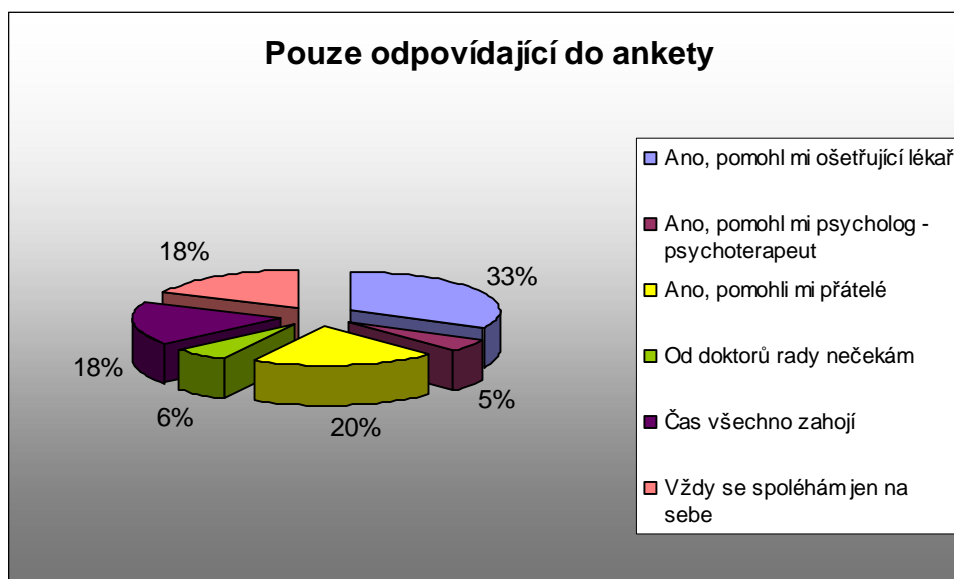
Z vyhodnocených dat dále vyplývá, že naopak nejmenší důvěra (3%) v účinnou pomoc při těžkém onemocnění nebo úrazu jedince nebo jeho blízkého je přikládána právě psychologovi.

V odpovědích č. 4 a č. 8 byl výsledek respondentů s 9% vyrovnán.

Znamená to, že se svým trápením nebo obavami se respondenti svěřili svým přátelům anebo si je ponechali pro sebe. Přátelství je silný vztah, který je budován na důvěře a z nezištných důvodů. Často mezi přáteli probíhá mnohem intenzivnější vztah než mezi rodinnými příslušníky.

9% respondentů se spoléhá na to, že si těžkou situaci vyřeší sami. Lze jen očekávat, že nedostatečné zpracování emocionálně náročné situace nebude v budoucnu příčinou rozvoje neurotických a úzkostných poruch.

Pro přehlednost a srozumitelnost výsledků ankety jsem použila ještě jeden obrázek, na němž jsou upravena data, která se vztahovala na dotázané, kteří se ankety nezúčastnili.



Obrázek č. 2

6.3 Dotazníky

Při volbě způsobu oslovení respondentů jsem zvolila jako prioritu rychlost sběru dat pomocí dotazníku. Dotazníková akce pro účely diplomové práce proběhla v měsících květnu až červenci 2009. Dotazníkové odpovědi byly zpět doručeny v celkovém počtu 243. Část byla odeslána zpět e-mailovou poštou na základě instrukcí, které byly v zadání a část byla doručena v papírové podobě po vyžádání poštovní adresy.

Pro účely této diplomové práce byly vytvořeny dva dotazníky, které jsem distribuovala elektronickou poštou i s průvodním dopisem, ve němž jsem krátce sumarizovala a vysvětlila účel dotazníku a požádala o spolupráci (viz příloha č. V).

Formu vyplnění dotazníku a vrácení zpět pomocí e-mailové pošty jsem zhodnotila jako časově nejméně náročnou a ekonomicky úspornou. K rozhodnutí přispělo vědomí poměrně vysoké počítačové gramotnosti v široké populaci.

Při oslovení respondentů jsem si stanovila záměr, že se k dané problematice bude moci vyjádřit co možná nejvíce kategorií zdravotnických pracovníků. Proto vznikly dva obdobné dotazníky nepatrně se lišící v předložených otázkách. Jeden byl se šesti otázkami určen pro management nemocnic a zdravotníkům, podílejícím se na přímé péči o nemocné byl určen dotazník s deseti otázkami.

Tento způsob oslovení respondentů sice není příliš obvyklý, ale pro účely diplomové práce byl postačující a vcelku se osvědčil.

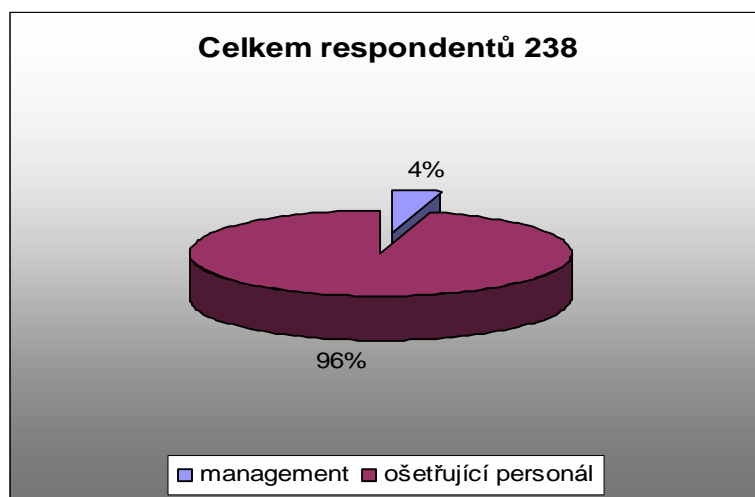
K redistribuci dotazníků došlo na základě oslovení náměstků ošetrovatelské péče, případně ředitelů zařízení, na jejichž zvážení bylo udělení souhlasu k účasti zaměstnanců na jednotlivých jednotkách zdravotnického zařízení. Tento způsob mně jednak pomohl eliminovat povinný souhlas s provedením dotazníkového šetření, který je, dle mých zkušeností, dán rozhodnutím ředitele většiny zařízení a jednak byla zachována naprostá anonymita zúčastněných respondentů.

Návratnost dotazníků byla překvapivě vysoká. Celkový počet vrácených a zpracovaných dotazníků byl 243. Pět zodpovězených dotazníků jsem vyřadila pro nečitelnost (jiný operační systém – jiný formát).

Dotazníkové akce se v první fázi – vedení nemocnic, zúčastnilo deset zdravotnických zařízení ze třiceti dvou oslovených.

Tento poměr (oslovení ku zúčastněným) mě zprvu dosti překvapil, nicméně po úvahách jsem nabyla přesvědčení, že i nízký počet aktivních respondentů je jistou výpovědní hodnotou ve vztahu k problematice psychologické intervence a jejím smyslu ve zdravotnické péči o pacienty a klienty. Několik vedoucích pracovníků se omluvilo a za příčinu odmítnutí označili nedostatek času. Většina však ani nezareagovala.

Základní poměr ve struktuře skupina respondentů je graficky ilustrován na obrázku č. 3.



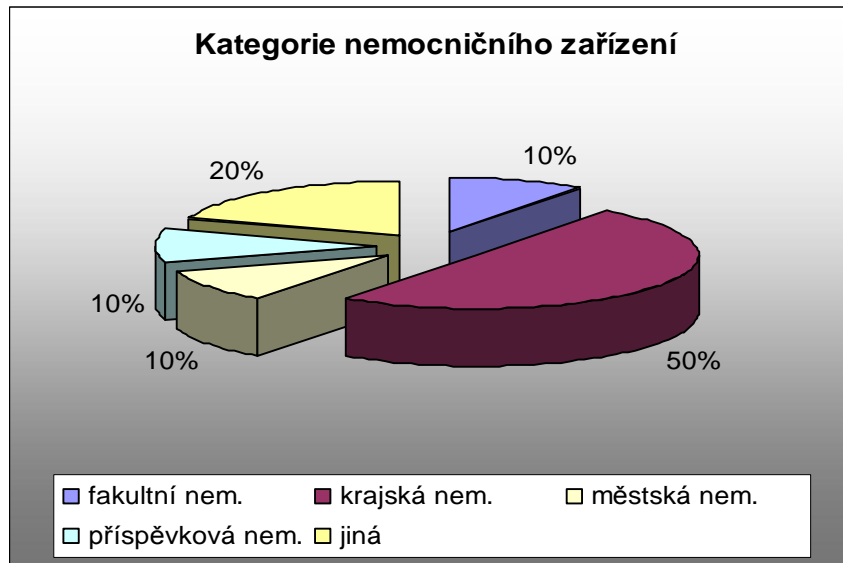
Obrázek č.3

Celkový počet respondentů za obě základní oslovené skupiny byl 238. Toto množství považuji za reprezentativní vzorek, použitelný pro hodnocení dotazníkové akce v této diplomové práci.

Kategorie nemocničního zařízení

Pro management nemocnic byl vypracován dotazník se šesti otázkami. (viz příloha č. VI). Rozložení zúčastněných institucí podle zřizovatele přehledně znázorňuje obrázek č. 4.

Nejpočetněji jsou zastoupeny krajské nemocnice, v nichž má psycholog a duchovní své místo a je využíván pro potřeby všech oddělení nebo na přání pacienta či klienta.



Obrázek č. 4

Jedna z krajských nemocnic cítí stávající podmínky jako nevyhovující a aktivně zřizuje dobrovolnický program.

V odpovědi, která zastupuje příspěvkovou organizaci je vyjádřen pocíťovaný nedostatek těchto služeb. Zástupce instituce vyjádřil přání o zveřejnění tohoto problému u zřizovatele. Tomuto přání patrně nebude možné vyhovět.

Zástupkyně „jiné“ kategorie (akciová společnost) se vyjádřila záporně k otázkám spojeným s tímto tématem. V nemocnici mají pouze sociálního pracovníka a problematiku s rozšiřováním ošetrovatelských a lékařských služeb neřešili a do budoucnosti řešit nechtějí.

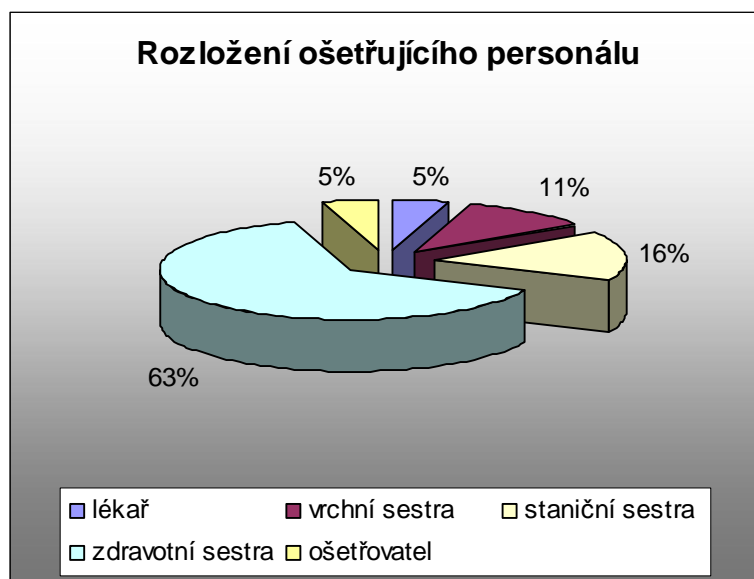
Odpovědi respondentů z kategorie managementu jsem vyhodnotila jako odpovídající hypotéze: *„psychologickou intervencí ve zdravotnické léčebné a ošetrovatelské péči by řada vedoucích pracovníků a členů ošetrovatelských týmů uvítala, ale zapojení psychologa či psychoterapeuta do pracovních kolektivů by zvýšilo ekonomické náklady na personální výdaje nad únosnou míru organizace.“*

Výsledky odpovědí zdravotníků zapojených do přímé ošetrovatelské péče

Pro zaměstnance, kteří se podílejí na přímé ošetrovatelské péči, byl vypracován dotazník s deseti otázkami (viz příloha č. VII).

Dotazníky vyplnilo celkem 228 zaměstnanců, kteří se přímo podílejí na péči o nemocné. Pokud dotazovaný chtěl, měl možnost sdělit konkrétní pracoviště. Díky otevřenosti jednotlivců jsem vyhodnotila, že účastníky dotazníkové akce byli zdravotníci jak z chirurgických, tak z interních oborů a charakter odpovědí u těchto dvou skupin se výrazně nelišil.

Zástupci obou základních zdravotnických oborů, *chirurgie a interního lékařství*, shodně vyjádřili nespokojenost se stávající situací, ve které se problematika související s péčí o psychický stav pacientů i jejich blízkých rodinných příslušníků aktuálně nachází.



Obrázek č. 5

Na obrázku č. 5 je v procentech vidět přehled respondentů podle kategorií zdravotnických pracovníků, kteří odpovídali na otázky v dotazníku.

Podle předpokladu se zúčastnilo dotazníkové akce nejvíce zdravotních sester. Celkem jich odpovědělo 145, což činí 63% z celkového počtu.

Hned po zdravotních sestřích byly staniční sestry v počtu 36 respondentů, což je 16% z celkového počtu a 25 vrchních sester, zatupujících 11% odpovídajících. Lékaři a pomocný personál se zúčastnil shodně po 11 dotazovaný, což je pouhých 5% z celkového množství, kteří se odpovědí aktivně zúčastnili.

Odpovědi na otázky č. 2 až 5 v dotazníku pro ošetřující nevykazovaly nápadné odchylky. Téměř všichni respondenti se zajímají a uvažují o obsahu a využití volného času nemocných a klientů, o způsobu jejich odreagování od zmírnění jejich složité situace. Ve dvou případech tomu tak nebylo, odpovědi zněly ve smyslu: „*mám svých starostí dost*“

Odpovědi na otázku číslo šest: „*jak a kde sdělují lékaři nemocným a jejich blízkým podrobnosti o zdravotním stavu a prognóze, popřípadě jiná závažná sdělení*“ se také ve většině případů shodovaly, ale již bylo znát, že dochází k viditelným rozdílům mezi vlastním názorem a skutečnou realitou, často ovlivněnou jak povahovými vlastnostmi jednotlivých lékařů, tak prostorovými a dispozičními možnostmi jednotlivých oddělení.

Často zazněla odpověď: „*kde se dá*“ nebo „*všude*“ a „*při vizitě*“, ale převažovaly odpovědi ve smyslu: „*závažná sdělení většinou o samotě; na vyšetřovně; stranou...*“

Došla jsem k závěru, že největší procento nesouhlasných anebo negativních odpovědí bylo zvoleno pro odpověď k otázkám sedm až deset. Tyto dotazníkové otázky úzce souvisely s etickými principy ošetřovatelské péče:

❖ *ot. č.7 - pokládáte průběh vizit a ošetření v souladu s etickými pravidly a s právy pacientů?*

❖ *ot. č.8 - myslíte si, že Vaše schopnosti a vědomosti z oblasti duševní podpory nemocným jsou dostatečné?*

❖ *ot. č.9 - znáte termín „náročná životní situace“? Pokud ano, popište krátce, vlastními slovy, jeho význam;*

❖ *ot. č.10 - považujete příbuzné a blízké za jeden celek s pacientem, za součást jeho života?*

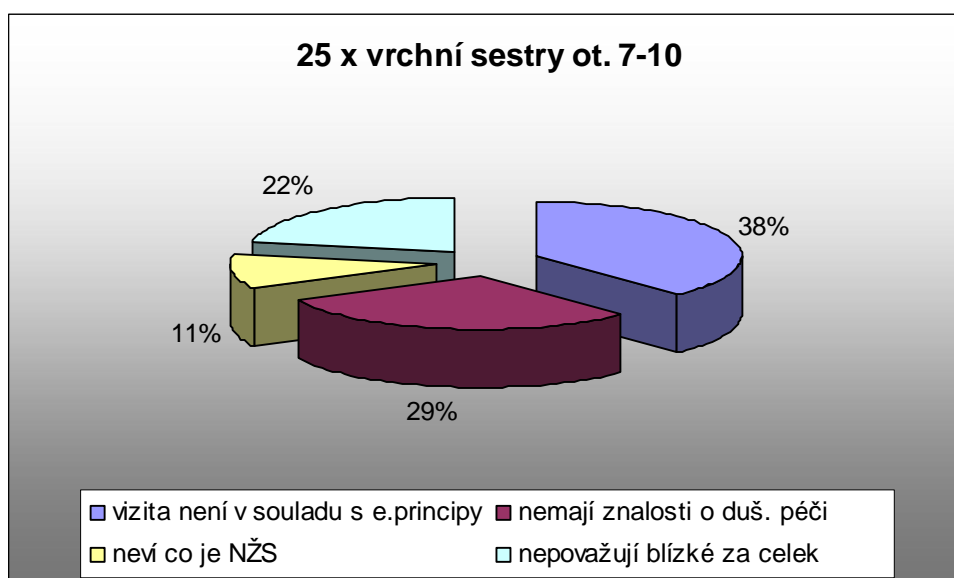
V souboru se našly v mnohém shodné odpovědi, ale převážně v nich byla znát nespokojenost s momentální situací, která na odděleních panuje.

Ot. č.8 - myslíte si, že Vaše schopnosti a vědomosti z oblasti duševní podpory nemocným jsou dostatečné?

V odpovědích na tuto otázku je výsledek poněkud nejednoznačný. Přibližně v polovině případů nebyly odpovědi konkrétní. Respondenti, mimo jednoznačně záporných odpovědí, také konstatovali: „*nejsem si jist; potřebuji se učit; nevím*“.

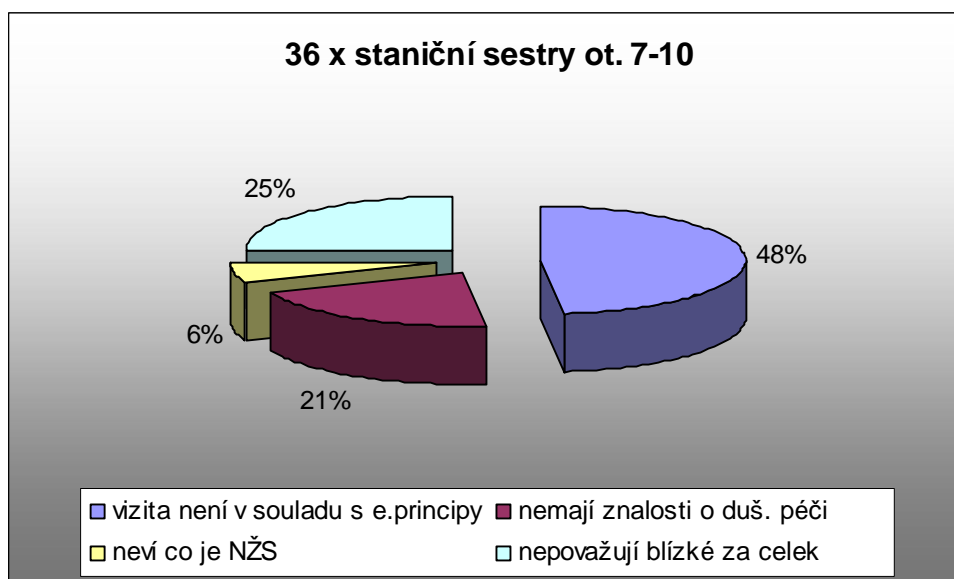
Na základě odpovědí nelékařů podle skupin vrchní sestry (obrázek č.6), staniční sestry (obrázek č.7) a zdravotní sestry (obrázek č.8) jsem ke zmíněným otázkám sedm až deset pro názornost vytvořila přehledné grafické schéma.

Odpovědi na otázky č.7 až č.10 (*ot. č.7 - pokládáte průběh vizit a ošetření v souladu s etickými pravidly a s právy pacientů?; ot. č.8 - myslíte si, že Vaše schopnosti a vědomosti z oblasti duševní podpory nemocným jsou dostatečné?; ot. č.9 - znáte termín „náročná životní situace“? Pokud ano, popište krátce, vlastními slovy, jeho význam; ot. č.10 - považujete příbuzné a blízké za jeden celek s pacientem, za součást jeho života?*) vyjádřené 25 vrchními sestrami jsou vidět na obrázku číslo 6.



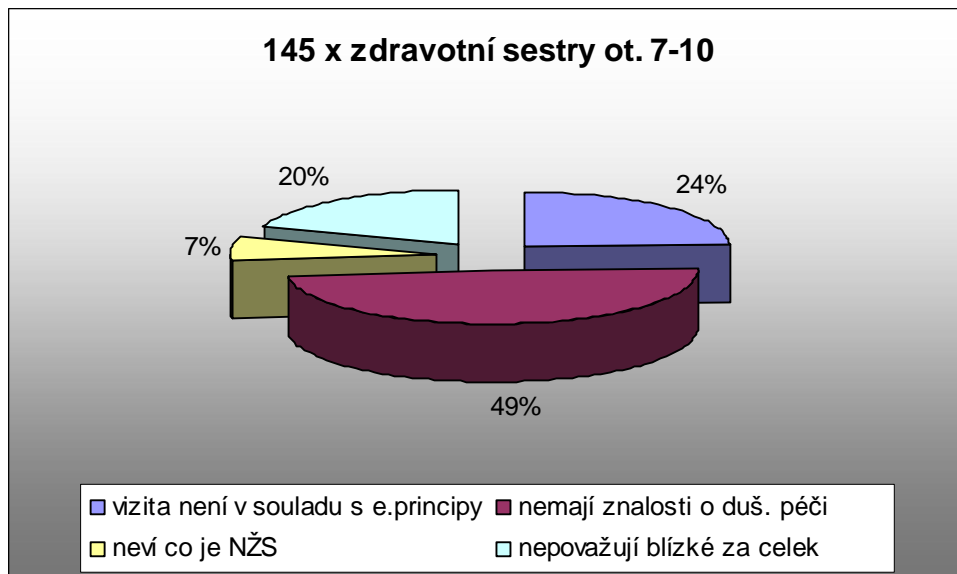
Obrázek č. 6

Odpovědi na otázky č.6 až č.7 (ot. č.7 - pokládáte průběh vizit a ošetření v souladu s etickými pravidly a s právy pacientů?; ot. č.8 - myslíte si, že Vaše schopnosti a vědomosti z oblasti duševní podpory nemocným jsou dostatečné?; ot. č.9 - znáte termín „náročná životní situace“? Pokud ano, popište krátce, vlastními slovy, jeho význam; ot. č.10 - považujete příbuzné a blízké za jeden celek s pacientem, za součást jeho života?) podané 36 staničnickými sestrami.



Obrázek č. 7

Odpovědi na otázky č.6 až č.7 (ot. č.7 - pokládáte průběh vizit a ošetření v souladu s etickými pravidly a s právy pacientů?; ot. č.8 - myslíte si, že Vaše schopnosti a vědomosti z oblasti duševní podpory nemocným jsou dostatečné?; ot. č.9 - znáte termín „náročná životní situace“? Pokud ano, popište krátce, vlastními slovy, jeho význam; ot. č.10 - považujete příbuzné a blízké za jeden celek s pacientem, za součást jeho života?) vyjádřené 145 zdravotními sestrami na obrázku č. 8 na následující straně.



Obrázek č. 8

Kategorie lékařů a ošetřovatelů byla shodně zastoupena jen malým počtem respondentů, v procentuálním vyjádření je to pět procent z celkového počtu, což v absolutních číslech znamená 11 respondentů. Jejich výsledky lze zhodnotit jako nevybočující z očekávaného průměru odpovědí.

Hodně významný byl pro mě počet záporných odpovědí lékařů na otázku č .10 - *považujete příbuzné a blízké za jeden celek s pacientem, za součást jeho života?* Z jedenácti odpovědí platilo devětkrát „ne“ a dvakrát nejasná odpověď „málokdy; pacient je samostatná osobnost“.

6.4 Shrnutí

Výsledky ankety i dotazníkových odpovědí potvrdily hypotézu, že v oslovených zdravotnických zařízeních není v ošetrovatelské a léčebné péči v dostatečné míře zohledněn duševní stav pacientů a jejich nejbližších. Pozitivně lze hodnotit, velká část dotázaných cítí ve svých znalostech a zkušenostech vědomostní nedostatky. Od respondentů, zvláště od sester, spontánně přicházely návrhy, kde velká část respondentů projevila zájem o pravidelné rozšiřování znalostí ve speciálních kurzech a na školeních. Věřím, že by se takto jejich vědomosti a informovanost v oboru rozšířily.

Významnou překážkou bránící příznivému prožitku vlastního uspokojení z práce a z práce všech členů ošetrovatelského personálu je častokrát zmíněný nedostatek času na komunikaci s nemocnými a klienty v kontextu důsledného dohledu plnění administrativních úkonů spojených s ošetrovatelskou prací. Na základě odpovědí tohoto typu je možné se domnívat, že zdravotníci mají tendenci vkládat časový prostor na komunikaci do volných chvil mezi terapeutickými výkony prováděnými pacientům v rámci hospitalizace. Na otázku položenou v úvodu práce: **„Existuje v lékařské a ošetrovatelské praxi psychologická intervence, která nemocným, klientům a jejich blízkým ulehčí prožívání obtížného životního období, vzniklého jako následek úrazu nebo odhalení choroby?“** docházím k závěrečnému definitivnímu zápornému vyhodnocení.

Psychologická intervence, která by působila na nemocné, klienty i jejich blízké rodinné příslušníky je v současné době v medicíně celkově na velmi nízké úrovni. Potěšující je, že většina zúčastněných tuto absenci pociťuje. Zúčastněnými míním jak ošetrovatelské a pečovatelské týmy pracovníků, tak i laickou veřejnost.

Hodnocení výsledků úspěchů a nezdaru členů pomáhajících profesí je založeno na percepci kompletních komunikačních zdatností v běžných i vyostřených pracovních situacích. Výsledky ankety vypovídají o tom, že jen malé procento jedinců, kteří vážně onemocní nebo jsou blízko nemocnému, je ochotné navštívit ordinaci odborného lékaře - psychologa nebo psychoterapeuta. Svou obavu a nejistotu se raději snaží řešit sami nebo je svěřují laikům - známým a přátelům. V některých případech jsou i ošetřující lékaři chápáni jako spojující článek mezi psychickou vyrovnaností a závažným onemocněním.

Jak ovšem vyšlo najevo z dotazníkové akce, lékaři sami nejsou přesvědčeni o svých schopnostech a znalostech v oboru. Bohužel ani o tom, že součástí jejich povolání by měla být duševní a duchovní podpora všech jedinců, kteří se ocitají v těžkých chvílích s nezodpovězenými otázkami, které pokládají v souvislosti s jejich další existencí.

7 ZÁVĚR

Dočetli jste diplomovou práci, jejíž hlavní a základní myšlenkou bylo pozastavit se v naší hektické době a soustředit svou mysl na psycho-etické souvislosti života lidí, kteří sami vážně onemocněli, utrpěli devastující úraz anebo jsou blízkými těchto nemocných.

K úspěšnému zvládnutí choroby je potřeba využít všech podpůrných metod, které vedou ke znovunabytí sebekontroly nemocných a ke smíření se svým údělem. Psychologická intervence ve zdravotnické péči je tedy souborem zásahů, které nemocným pomáhají řešit nebo jen pojmenovat otázky, které úzce souvisí se smyslem života a další existence.

Velká část chronických nemocí s sebou přináší řadu vedlejších nežádoucích symptomů. Psychologická intervence se může stát aktivní podpůrnou a doplňkovou metodou pro nemocné, kteří se musejí vyrovnávat s nejistotou, jež obvykle onemocnění provází, s problémem izolace od společnosti, např. v případě porušení mobility a s pocitem stigmatizace a provinění – vedlejšími znaky nepřijetí nemoci.

Vzhledem k rostoucí průměrné délce života se výskyt těžkých onemocnění a naděje na přežití pacientů s vážnými, život ohrožujícími stavy (např.: těžká traumata mozku, úrazy páteře, degenerativní onemocnění na základě organického poškození CNS) zvyšuje. Počet přeživších lidí roste úměrně technickým a farmaceutickým možnostem současné lékařské vědy.

Klasická medicína se převážně zaměřuje na somatickou a biologickou stránku nemocí a nebere v úvahu psychické a sociální fenomény a faktory, které jsou v přímé interakci s prožívaným onemocněním.

Jeden z významných rozměrů sociální práce je práce s klientem v širokých souvislostech jeho života. Když slyšíme o dobrém lékaři, šikovné sestře, výborné „sociálce“ víme, že v první řadě jsou hodnoceny jejich profesní schopnosti a znalosti, charakterové vlastnosti a hlavně komunikační zdatnost.

Jaro Křivohlavý¹⁴⁰ ve své přednášce na Psychologických dnech v Olomouci, v roce 2007 říká, že slova *důvěra a víra* si jsou svým významem blízka a mají i podobný pozitivní vliv na zdravotní stav lidí. Je obvyklé, že ti lidé, kteří svému lékaři a jeho terapii věří, se prokazatelně uzdravují lépe a rychleji. Důvěra pacienta k lékaři se projevuje právě v pacientově snaze lékaře poslouchat a jednat podle jeho doporučení¹⁴¹.

Konec dvacátého století přinesl řadu studií, které dokazují příznivý vliv psychosociálních opatření na průběh onemocnění a chorobných stavů.

V psychologické intervenci jde o to, aby byly srozumitelně a v souladu se zásadami etického chování předány informace, poznatky a techniky léčby, které budou muset být provedeny. Celá terapie je zaměřována na individualitu člověka, případně na skupinové terapie s využitím psychosociální podpory a zpětné vazby. Cílem takových postupů je snižování pocitů osamělosti, deprese a vedení pacienta k odpovědnosti za svůj další život.

Farmakologická léčba nepříznivých duševních stavů je nejrychlejší, nejsnadnější a nejdostupnější, v neposlední řadě moderní. Ovšem cílenou individuální psychoterapií a socioterapií lze dojít ke shodným výsledkům. Problematiku zesiluje také související otázka s existenční nejistotou nebo ztrátou zaměstnání. Tyto nesnáze se dají vynahradiť podporou rodiny a přátel. Proto je součástí zvyšování kvality života jedince také psychologická intervence pro blízké pacientů.

¹⁴⁰ Pozn. Prof. PhDr. Jaro Křivohlavý CSc. (* 19. března 1925 Třebenice) je český psycholog a spisovatel. Zabývá se psychologíí zdraví, experimentální psychologíí, logoterapií a problematikou manželského života. V posledních letech napsal několik knih o odpouštění a o jeho pozitivním vlivu na lidské zdraví. WIKIPEDIE *Otevřená encyklopedie*, Jaro Křivohlavý, Wikimedia project Creative Commons [online]. Poslední aktualizace 11.2.2010 [cit.2010-02-07]. Dostupné na WWW: <http://cs.wikipedia.org/wiki/Jaro_K%C5%99ivohlav%C3%BD>

¹⁴¹ KŘIVOHLAVÝ, J., *Víra a zdraví*, [online]. Vloženo 16.3.2009 [cit. 2010-02-07]. Dostupné na WWW: <<http://jaro.krivohlavy.cz/node/98>>

Informace nezbytné pro svou diplomovou práci jsem čerpala převážně z odborné literatury, částečně z internetových zdrojů a odborných článků v periodikách. Jako doplňkové empirické aktivity jsem zvolila formu dotazníku a anketní otázku pro náhodně vybrané respondenty.

Cílem práce bylo stanovit odpověď na otázku: „*Nabízí současná lékařská a ošetrovatelská praxe dostatečnou psychologickou a duchovní intervenci, která nemocným, klientům a jejich blízkým ulehčí prožívání obtížného životního období, vzniklého jako následek úrazu nebo propuknutí choroby?*“

Na základě zjištěných dat je možné se odpovědně přiklonit k závěru, že současná lékařská a ošetrovatelská praxe dostatečnou psychologickou a duchovní intervenci, která nemocným, klientům a jejich blízkým ulehčí prožívání obtížného životního období, vzniklého jako následek úrazu nebo propuknutí choroby nenabízí.

Zdravotníci mívají problém, přijmout své klienty jako autonomní osobnosti, kterým může hrozit bolest, úzkost nebo smrt, a to v přímé souvislosti s chorobou, úrazem, trvalým handicapem či poruchou mobility.

V profesionálním vztahu ke klientům jsou registrovány dva extrémní přístupy k nemocným; *terapeutický nihilismus*¹⁴² anebo *terapeutická posedlost*, která se orientuje k škodlivému alibismu.

Informovaný pacient je pro lékaře prokazatelně lepším partnerem jak v oblasti prevence tak při klinickém rozhodování. Obecně lze ovšem říci, že pro duševní, sociální a spirituální péči o dlouhodobě nemocné a handicapované pacienty nepanují v České republice příznivé podmínky.

Z dotazníkových odpovědí vyplynulo, že spokojený ošetrovatelský tým je jednou z cest ke spokojenému pacientovi.

¹⁴² Pozn. Nihilismus - odmítavý nebo negativní vztah k hodnotám. KOLEKTIV AUTORŮ, *Slovník cizích slov...* str. 235.

Také přesvědčení pacienta o kvalitě zdravotnického zařízení ovlivňuje jeho postoj ke konkrétnímu zdravotnímu zařízení a v neposlední řadě i jeho rozhodnutí v situacích, kdy má možnost si vybírat komu se svěří do péče. Naopak nedostatek důvěry v kvalitu péče může zhoršit zdravotní stav pacienta¹⁴³.

Vyhodnocení dotazníkových odpovědí a anketní otázky dokládá, že vzdělanost a zkušenost zdravotníků v psychoterapeutické péči je nedostatečná. Postoj k psychologické intervenci ve zdravotnické péči dokladuje i poměr oslovených a zúčastněných respondentů, v souvislosti s položením anketní otázky a distribucí dotazníků.

Tento handicap by mohl být úspěšně zredukován vhodnou psychologickou edukací přímo na oddělení. Psycholog, který by byl součástí ošetřovatelského týmu by měl možnost poznat nejen pacienty, reálně by mohl supervidovat zdravotníky a současně by mohl objektivně posoudit fyzické a duševní předpoklady členů rodiny pro případ, že nastane potřeba nepřetržité domácí péče o nemocného.

Cílem kompletní péče o všechny, kteří jsou součástí zdravotnického systému je kvalitně prožít život. Kvalita života je těžce definovatelný pojem, související s duchovní vyspělostí jedinců a nabízející nezcizitelné osobní vlastnictví. Chronicky nemocným se kvalitativně mění potřeby a do popředí zájmu vstupují tradiční křesťanské hodnoty a ctnosti.

Této práci nepřísluší rezolutní závěry. Můj názor je čistě subjektivní, podložený vlastními zkušenostmi. Shledávám, že společnost jako celek je oslněna materiálními hodnotami a osobními potřebami. Formální hodnota věcí převyšuje jejich smysl.

Ve větší části společnosti chybí pokora a cena důstojně vedeného života. Problém obrody je složitý a řešení není jednosměrné. Po společnosti se požaduje znovu objevit hloubku duchovního potenciálu, lidskou individualitu a svobodu před spontánností a zakrýváním osobních trampot či radostí.

¹⁴³ Srov. KŘIVOHLAVÝ, J., *Víra a zdraví*, [online]. Vloženo 16.3.2009 [cit. 2010-02-07]. Dostupné na WWW: <<http://jaro.krivohlavy.cz/node/98>>

Čím hlouběji jsem se věnovala studiu odborné literatury související s tématem diplomové práce, nabývala jsem dojmu, že se ztrácím v problematice, jejíž hranice nejsou pevné a jejíž úspěch souvisí s kompletním morálním vývojem společnosti.

Soustředěný odborný materiál k problematice psychologické intervence jsem našla jen obtížně. Většina odborných výzkumů, blízkých tématu se věnuje problematice paliativní péče a oblasti eutanázie (viz. příloha č. VIII a příloha č. IX). Ani zahraniční literatura se tomuto tématu v přehledné koncepci dostatečně nevěnuje.

Naše téma se lišilo tím, že mělo uchopit problematiku umění využití psychologických technik u chronicky nemocných nebo handicapovaných lidí všech věkových kategorií, dosud vzdálených terminální etapě života.

Luxus mít v ošetrovatelském týmu psychologa nebo psychoterapeuta si každá zdravotnická či sociální instituce dovolit nemůže a tak odpovědnost v dané problematice leží na ošetřujícím lékaři a nelékařském personálu.

Standardní teoretická příprava lékařů i nelékařů zatím stále zůstává jako okrajová disciplína. Jak bylo zjištěno, hodně profesionálních zdravotníků fakticky ani nezná pravidla krizového zásahu.

Byla bych ráda, kdyby se tato práce stala námětem ke kompletnímu hlubokému studiu problematiky.

Hlavním cílem a záměrem práce bylo ucelené nahlédnutí do problematiky. Na základě shromážděných pramenů přiblížit etický rozměr chybějící ve stereotypch a standardech současné medicínské praxe v kontrastu s moderními nároky na chápání osobitosti člověka .

Tato koncepce však nezbytně vyžaduje podíl celé společnosti.

8 SEZNAM POUŽITÝCH INFORMAČNÍCH ZDROJŮ

8.1 Monografie

- 1) BAHOUNEK, J., *Pastorální teologie*, vyd. 1., Olomouc : Matice cyrilometodějská, r. 1991, 194 s. bez ISBN
- 2) BRUCHOVÁ, H., *Základy psychoterapie*, vyd. 1., Praha : Triton, r. 1997, 125 s. ISBN 80-85875-45-4
- 3) CAKIRPALOGLU, P., *Psychologie hodnot*, vyd. 2., doplněné a přepracované, Olomouc : Univerzita Palackého v Olomouci, r. 2009, 376 s. ISBN 978-80-244-2295-4
- 4) FELDMAN, Robert, S., *Understanding psychology*, vyd.5., McGraw-Hill College, r. 1999, 774 s. ISBN 0-07-289146-7
- 5) FRANKL, V., E., *Psychologie a náboženství. Hledání nejvyššího smyslu*, vyd. 8., Brno : Cesta, r. 2007, 89 s. ISBN 80-7295-088-6
- 6) GROGAN, S., *Body Image*, vyd. 1., Praha : Grada, r. 2000, 186 s. ISBN 80-7169-907-1
- 7) GUGGENBÜHL-CRAIG, A., *Nebezpečí moci v pomáhajících profesích*, vyd.1., Praha : Portál, r. 2007, 120 s. ISBN 978-80-7367-302-4
- 8) HAYES, N., *Základy sociální psychologie*, vyd.3., Praha : Portál, r. 2003, 165 s. ISBN 80-7178-763-9
- 9) HAYES, N., *Aplikovaná psychologie*, vyd.1., Praha : Portál, r. 2003, 213 s. ISBN 80-7178-807-4
- 10) HEWSTONE, M., STROEBE, W., *Sociální psychologie*, vyd. 1., Praha : Portál, r. 2006, 776 s. ISBN 80-7367-092-5
- 11) HARTL, P., HARTLOVÁ, H., *Psychologický slovník*, vyd.1., Praha : Portál, r. 2000, 776 s. ISBN 80-7178-303-X
- 12) HOLM, NILS G., *Úvod do psychologie náboženství*, vyd. 1., Praha : Portál, r.1998, 160 s. ISBN 80-7178-217-3

- 13) HRUBÁ, M., FORETOVÁ, L., VORLÍČKOVÁ, H., *Role sestry v prevenci a včasné diagnostice nádorových onemocnění*, vyd. 1., Brno : Masarykův onkologický ústav, r. 2001, 79 s. ISBN 80-238-7618-X
- 14) JANÁČKOVÁ, L., WEISS, P., *Komunikace ve zdravotnické péči*, vyd. 1., Praha : Portál, r. 2008, 136 s. ISBN 974-80-7367-477-9
- 15) JANÍČEK, J., *Když úzkost bolí*, vyd. 1., Praha : Portál, r. 2008, 208 s. ISBN 978-80-7367-366-6 (brož.)
- 16) JANKOVSKÝ, J., *Etika pro pomáhající profese*, vyd. 1., Praha : Triton, r. 2003, 223 s. ISBN 80-7254-329-6
- 17) KAPR, J., LINHART, J., FIŠEROVÁ, V., *Sociální deviace, sociologie nemoci a medicíny. Sociologické pojmosloví*, vyd. 2., Praha : Slon, r. 1997, 116 s. ISBN 80-85850-03-6
- 18) KELNAROVÁ, J., MATĚJKOVÁ, E., *Psychologie a komunikace pro zdravotnické asistenty*, vyd. 1., Praha : Grada, r. 2009, 136 s. ISBN 978-80-247-2831-5
- 19) KOLEKTIV AUTORŮ, *Slovník cizích slov*, vyd. 1., Praha : Levné knihy KMa, r. 2006, 366 s. ISBN 80-7309-347-2
- 20) KOPŘIVA, K., *Lidský vztah jako součást profese*, vyd. 3., Praha : Portál, r. 1999, 147 s. ISBN 80-7178-318-8
- 21) KŘIVOHLAVÝ, J., *Psychologie moudrého a dobrého života*, vyd. 1., Praha : Grada, r. 2009, 144 s. ISBN 978-80-247-2362-4
- 22) KŘIVOHLAVÝ, J., *Psychologie zdraví*, vyd. 3., Praha : Portál, r. 2009, 280 s. ISBN 978-80-7367-568-4
- 23) MATOUŠEK, O. a kol., *Metody a řízení sociální práce*, vyd. 1., Praha : Portál, r. 2003, 384 s., ISBN 80-7178-548-2
- 24) MATOUŠEK, O., *Základy sociální práce*, vyd. 1., Praha : Portál, r. 2001, 312 s. ISBN 80-7178-473-7
- 25) MATOUŠEK, O., *Sociální práce v praxi*, vyd. 1., Praha : Portál, r. 2005, 352 s. ISBN 80-7367-002-X
- 26) MUNZAROVÁ, M., *Proč ne eutanazii, aneb, Být, či nebýt?*, vyd. 2., Praha : Karmelitánské nakladatelství, r. 2008, 87 s., ISBN 978-80-7195-304-3

- 27) NOVOSAD, L., NOVOSADOVÁ, M., *Ucelená rehabilitace lidí se zdravotním, zejména somatickým, postižením*, vyd.1., Liberec : Technická univerzita v Liberci, r. 2000, 58 s. ISBN 808-7083-383-1
- 28) PEASE, A., *Řeč těla. Jak porozumět druhým z jejich gest, mimiky a postojů těla*, vyd. 1., Praha : Portál, r. 2001, 144 s. ISBN 80-7178-582-2
- 29) ŘÍČAN, P., *Cesta životem. Vývojová psychologie*, vyd. 2., Praha : Portál, r. 2006, 390 s. ISBN 80-7367-124-7
- 30) SCHMIDBAUER, W., *Syndrom pomocníka. Podněty pro duševní hygienu v pomáhajících profesích*, vyd.1., Praha : Portál, r. 2008, 240 s. ISBN 978-80-7367-369-7 (brož.)
- 31) SÝKOROVÁ, D., *Autonomie ve stáří. Kapitoly z gerontologie*, vyd. 1., Praha : Slon, r. 2007, 284 s. ISBN 978-80-86429-62-5
- 32) ŠKODOVÁ, E., JEDLIČKA, I., *Klinická logopedie*, vyd.1., Praha : Portál, r. 2003, 616 s. ISBN 80-7178-546-6
- 33) ŠPATENKOVÁ, N., *Krizová intervence pro praxi*, vyd. 1., Praha : Grada, r. 2004, 200 s. ISBN 80-247-0586-9
- 34) ŠVINGALOVÁ, D., *Kapitoly z psychologie. 1.díl*, vyd. 2. upravené, Liberec : Technická univerzita v Liberci, r. 2005, 92 s. ISBN 80-7083-960-0
- 35) VÁGNEROVÁ, M., *Psychopatologie pro pomáhající profese*, vyd.2., Praha : Portál, r. 2004, 872 s. ISBN 80-7178-802-3
- 36) VÁGNEROVÁ, M., *Úvod do vývojové psychopatologie IV.Poruchy adaptace*, vyd. 1., Liberec : Technická univerzita v Liberci, r. 2003, 72 s. ISBN 80-7083-766-7

8.2 Odborné články v periodikách

- 1) SLOVÁČEK, L., Paliativní léčba vybraných obtíží v onkologii. *Florence*, 2009, roč. 5, č. 1, str. 24-26, ISSN 1801-464X
- 2) FRIEDLOVÁ, K., Dynamika ošetrovatelství-Bazální stimulace. *Sestra*, 2005, roč. 15, č. 11, str. 30, ISSN 1210-04
- 3) HACHOVÁ, A., Komunikace s pacientem trpícím bolestí. *Florence*, 2006, roč. 2, č. 9, str. 46-47, ISSN 1801-464X

8.3 Elektronické dokumenty

- 1) Cesta domů, Open society fund Praha, *Umírání a paliativní péče v ČR (situace, reflexe, vyhlídky)* [online] 2004. [cit. 2010-03-20] Dostupné na WWW: <<http://hospice.cz/hospice1/data/umirani.pdf>>
- 2) FROM, E., *Historie pojetí zdraví a nemoci. Péče o zdraví. Definice zdraví*, NINIVEWEBSITE [online]. Poslední aktualizace 26.3.2009 [cit. 2010-01-03] Dostupné na WWW: <<http://ninivemail.blogspot.com/2009/03/historie-pojeti-zdravi-nemoci-pece-o.html>>
- 3) FRIEDLOVÁ, K., *Co je bazální stimulace*, © INSTITUT Bazální stimulace s.r.o. 2004-2010 | design © WEBaction [online] [cit.2009-10-12].Dostupné na WWW: <http://www.bazalna-stimulacia.sk/bazalni_stimulace.php>
- 4) ILGNER, M., *Holistická medicína*, © obsah a design těchto stránek MUDr.Miroslav Ilgner [online]. Poslední aktualizace 18.8.2006 [cit. 2009-10-19]. Dostupné naWWW: <<http://www.volny.cz/homeopatie/index.htm>>
- 5) HOZOVÁ, H., *Pokud má člověk vůli, může zvládnout i velmi vážnou chorobu* , on-line magazín deníku Právo & Seznam.cz © Copyright Borgis a.s. 2003 - 2010. [online]. Vloženo 25.11.2009 [cit. 2009-12- 17]. Dostupné na WWW: <<http://www.novinky.cz/zena/zdravi/185148-pokud-ma-clovek-vuli-muze-zvladnout-i-velmi-vaznou-chorobu.html>>
- 6) JUŘIČKOVÁ, J., *Psychologická péče*, Česká onkologická společnost, Linkos pro pacienty a jejich blízké [online]. Poslední aktualizace 30.4.2009 [cit. 2010-01-22] Dostupné na WWW: <http://www.linkos.cz/pacienti/psycho_c4.php>

- 7) KŘIVOHLAVÝ, J., *Víra a zdraví*, [online]. Vloženo 16.3.2009 [cit. 2010-02-07]. Dostupné na WWW: <<http://jaro.krivohlavy.cz/node/98>>
- 8) Odbor 22, Centrální etická komise MZČR, *Etický kodex "Práva pacientů"* [online]. Poslední aktualizace: 27.4.2005 [cit. 2009-11-10] Dostupné na WWW: <<http://www.mpsv.cz/cs/840>>
- 9) OPATRŇÁ, M., *Klinická a pastorační péče a její poskytovatel*, Freestyle 2006 phpRSLayout [online]. Vydáno 13.10.2006 [cit.2010-01-21]. Dostupné na WWW: <<http://ckpp.wz.cz/view.php?cislocianku=2006100002>>
- 10) PROUTY, G., *Preterapie*, 2005-2010 www.portal.cz, e-shop Portál [online]. [cit. 2010-01-22] Dostupné na WWW: <<http://obchod.portal.cz/produkt/preterapie/>>
- 11) Sociální revue. Sociální práce a společenské otázky. *Etický kodex sociálních pracovníků České republiky*, [online]. ISSN 1801-6790. © MMIV – MMV [cit. 2010-03-10]. Dostupné na WWW: <<http://socialnirevue.cz/item/eticky-kodex-socialnich-pracovniku-ceske-republiky>>
- 12) THOM, R., *Příčiny krize, Krizová intervence*, 2005-2009 eStránky.cz , [online]. Vloženo 14.3.2007 [cit. 2009-11-06]. Dostupné na WWW: <<http://www.zdenhan.estranky.cz/clanky/priciny-krize/priciny-krize/>>
- 13) VYMĚTAL, J., *Psychoterapie, socioterapie a farmakoterapie*, z rukopisu knihy Úvod do psychoterapie, Praha, Portál, 2003, uveřejněno s laskavým souhlasem nakladatele [online], [cit. 2009-11-01] Dostupné na WWW: <<http://www.volny.cz/uhsel/elearning/3ZSpsychosocf.doc>>
- 14) WIKIPEDIE *Otevřená encyklopedie*, Nemocniční nákaza, Wikimedia project Creativ commons [online]. Poslední aktualizace 28.10.2009 [cit. 2009-11-10] Dostupné na WWW: <http://cs.wikipedia.org/wiki/Nemocni%C4%8Dn%C3%AD_n%C3%A1kaza>
- 15) WIKIPEDIE *Otevřená encyklopedie*, Mezinárodní klasifikace nemocí, Wikimedia project Creativ commons [online]. Poslední aktualizace 9.3.2010 [cit. 2009-03-15] Dostupné na WWW: <http://cs.wikipedia.org/wiki/Mezin%C3%A1rodn%C3%AD_klasifikace_nemoc%C3%AD>
- 16) WIKIPEDIE *Otevřená encyklopedie*, Erich Fromm, Wikimedia project Creativ commons [online]. Poslední aktualizace 15.11.2009 [cit.2010-02-07]. Dostupné na WWW: <http://cs.wikipedia.org/wiki/Erich_Fromm>

- 17) WIKIPEDIE *Otevřená encyklopedie*, Viktor E. Frankl, Wikimedia project Creativ commons [online]. Poslední aktualizace 19.1.2010 [cit. 2010-01-22] Dostupné na WWW: <http://cs.wikipedia.org/wiki/Viktor_Frankl>
- 18) WIKIPEDIE *Otevřená encyklopedie*, Naučená bezmocnost, Wikimedia project Creativ commons [online]. Poslední aktualizace 30.1.2010 [cit. 2010-02-19]. Dostupné na WWW: <http://cs.wikipedia.org/wiki/Nau%C4%8Den%C3%A1_bezmocnost>
- 19) WIKIPEDIE *Otevřená encyklopedie*, Jaro Křivohlavý, Wikimedia project Creativ commons [online]. Poslední aktualizace 11.2.2010 [cit.2010-02-07].Dostupné na WWW: <http://cs.wikipedia.org/wiki/Jaro_K%C5%99ivohlav%C3%BD>
- 20) WIKIPEDIE *Otevřená encyklopedie*, Holismus, Wikimedia project Creativ commons [online]. Poslední aktualizace 7.2.2010 [cit. 2009-10-19]. Dostupné na WWW: <<http://cs.wikipedia.org/wiki/Holismus>>

8.4 Právní předpisy

- 1) Zákon č. 20/1966 Sb., o péči a o zdraví lidu
- 2) Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách
- 3) Zákon č. 95/2004 Sb., o lékařských povoláních
- 4) Zákon 94/2004 Sb., o nelékařských povoláních
- 5) Zákon 198/2002 Sb., o dobrovolnické službě
- 6) Vyhláška č. 505/2006 Sb., k zákonu o sociálních službách
- 7) Listina základních práv a svobod, ústavní zákon 2/1993 Sb.

9 PŘÍLOHY

I.	Práva pacientů ČR.....	99
II.	Etický kodex sociálních pracovníků České republiky.....	101
III.	Zákon č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu.....	104
IV.	Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách.....	106
V.	Úvodní dopis.....	107
VI.	Dotazník pro management nemocnice.....	108
VII.	Dotazník pro ošetřovatelský tým.....	109
VIII.	Vzdělávání lékařů a zdravotnického personálu.....	110
IX.	Tabulka hodnocení péče.....	113
X.	Vzor vyplněného dotazníku.....	114

I Práva pacientů ČR

1. Pacient má právo na ohleduplnou odbornou zdravotnickou péči prováděnou s porozuměním kvalifikovanými pracovníky.
2. Pacient má právo znát jméno lékaře a dalších zdravotnických pracovníků, kteří ho ošetřují. Má právo žádat soukromí a služby přiměřené možnostem ústavu, jakož i možnost denně se stýkat se členy své rodiny či s přáteli. Omezení takového způsobu (tzv. kontinuálních) návštěv může být provedeno pouze ze závažných důvodů.
3. Pacient má právo získat od svého lékaře údaje potřebné k tomu, aby mohl před zahájením každého dalšího nového diagnostického či terapeutického postupu zasvěceně rozhodnout, zda s ním souhlasí. Vyjma případů akutního ohrožení má být náležitě informován o případných rizicích, která jsou s uvedeným postupem spojena. Pokud existuje i více alternativních postupů nebo pokud pacient vyžaduje informace o léčebných alternativách, má na seznámení s nimi právo. Má rovněž právo znát jména osob, které se na nich účastní.
4. Pacient má v rozsahu, který povoluje zákon, právo odmítnout léčbu a má být současně informován o zdravotních důsledcích svého rozhodnutí.
5. V průběhu ambulantního i nemocničního vyšetření, ošetření a léčby má nemocný právo na to, aby byly v souvislosti s programem léčby brány maximální ohledy na jeho soukromí a stud. Rozbory jeho případu, konzultace a léčba jsou věcí důvěrnou a musí být provedena diskrétně. Přítomnost osob, které nejsou na léčbě přímo zúčastněny, musí odsouhlasit nemocný, a to i ve fakultních zařízeních, pokud si tyto osoby nemocný sám nevybral.
6. Pacient má právo očekávat, že veškeré zprávy a záznamy týkající se jeho léčby jsou považovány za důvěrné. Ochrana informací o nemocném musí být zajištěna i v případech počítačového zpracování.
7. Pacient má právo očekávat, že nemocnice musí podle svých možností přiměřeným způsobem vyhovět pacientovým žádostem o poskytování péče v míře odpovídající povaze onemocnění. Je-li to nutné, může být pacient předán jinému léčebnému ústavu, případně tam převezen po té, když mu bylo poskytnuto úplné zdůvodnění a informace o nezbytnosti tohoto předání a ostatních alternativách, které při tom existují. Instituce, která má nemocného převzít do své péče, musí překlad nejprve schválit.
8. Pacient má právo očekávat, že jeho léčba bude vedena s přiměřenou kontinuitou. Má právo vědět předem, jací lékaři, v jakých ordinačních hodinách a na jakém místě jsou mu k dispozici. Po propuštění má právo očekávat, že nemocnice určí postup, jímž bude jeho lékař pokračovat v informacích o tom, jaká bude jeho další péče.
9. Pacient má právo na podrobné a jemu srozumitelné vysvětlení v případě, že se lékař rozhodl k nestandardnímu postupu či experimentu. Písemný

vědomý souhlas nemocného je podmínkou k zahájení neterapeutického i terapeutického výzkumu. Pacient může kdykoliv, a to bez uvedení důvodu, z experimentu odstoupit, když byl poučen o případných zdravotních důsledcích takového rozhodnutí.

10. Nemocný v závěru života má právo na citlivou péči všech zdravotníků, kteří musí respektovat jeho přání, pokud tato nejsou v rozporu s platnými zákony.
11. Pacient má právo a povinnost znát a řídit se platným řádem zdravotnické instituce, kde se léčí (tzv. nemocniční řád). Pacient má právo kontrolovat svůj účet a vyžadovat odůvodnění jeho položek bez ohledu na to, kým je účet placen.

Zdroj:

Odbor 22, Centrální etická komise MZČR, *Etický kodex "Práva pacientů"* [online]. Poslední aktualizace: 27.4.2005 [cit. 2009-11-10] Dostupné na WWW: <<http://www.mpsv.cz/cs/840>>

II Etický kodex sociálních pracovníků České republiky

Sociální práce je založena na hodnotách demokracie a lidských práv. Sociální pracovníci proto dbají na dodržování lidských práv u skupin i jednotlivců, tak jak jsou vyjádřeny v Chartě lidských práv Spojených národů a v Úmluvě o právech dítěte.

Etické zásady

Sociální práce je založena na hodnotách demokracie a lidských práv. Sociální pracovníci proto dbají na dodržování lidských práv u skupin i jednotlivců, tak jak jsou vyjádřeny v Chartě lidských práv Spojených národů a v Úmluvě o právech dítěte.

Sociální pracovník respektuje jedinečnost každého člověka bez ohledu na jeho původ, etnickou příslušnost, rasu, či barvu pleti, mateřský jazyk, věk, zdravotní stav, sexuální orientaci, ekonomickou situaci, náboženské a politické přesvědčení a bez ohledu na to, jak se podílí na životě celé společnosti.

Sociální pracovník respektuje právo každého jedince na seberealizaci v míře, aby současně nedocházelo k omezení takového práva druhých osob.

Sociální pracovník pomáhá jednotlivcům, skupinám, komunitám a dobrovolným společenským organizacím svými znalostmi, dovednostmi a zkušenostmi při jejich rozvoji a při řešení konfliktů jednotlivců se společností a jejich následků.

Sociální pracovník musí dávat přednost své profesionální odpovědnosti před svými soukromými zájmy. Služby, které poskytuje, musí být na nejvyšší odborné úrovni.

Pravidla etického chování sociálního pracovníka

Ve vztahu ke klientovi

Sociální pracovník vede své klienty k vědomí odpovědnosti sám za sebe. Sociální pracovník jedná tak, aby chránil důstojnost a lidská práva svých klientů.

Sociální pracovník pomáhá se stejným úsilím a bez jakékoliv formy diskriminace všem klientům. Při žádné formě diskriminace nespolupracuje a nezúčastní se jí.

Chrání klientovo právo na soukromí a důvěrnost jeho sdělení. Data a informace požaduje s ohledem na potřebnost při zajištění služeb, které mají být klientovi poskytnuty. žádnou informaci o klientovi neposkytne bez jeho souhlasu.

Výjimkou jsou osoby s omezenou způsobilostí k právním úkonům nebo jestliže jsou ohroženy další osoby. V případech správního řízení umožňuje účastníkům tohoto řízení nahlížet do spisů.

Sociální pracovník dbá, aby klienti obdrželi všechny služby a dávky sociálního zabezpečení na které mají nárok, a to nejen od instituce, ve které je zaměstnán, ale i ostatních příslušných zdrojů. Poučí klienty o povinnostech, které vyplývají z takto poskytnutých služeb a dávek. Pomáhá řešit i jiné záležitosti a problémy klienta týkající se jiné složky jeho života.

Sociální pracovník hledá možnosti jak zapojit klienty do procesu řešení jejich problémů.

Ve vztahu ke svému zaměstnavateli

Sociální pracovník odpovědně plní své povinnosti vyplývající ze závazku ke svému zaměstnavateli.

V zaměstnavatelské organizaci vytváří takové podmínky, které umožní sociálním pracovníkům v ní zaměstnaným přijmout a uplatňovat závazky, vyplývající z tohoto kodexu.

Snaží se ovlivňovat sociální politiku, pracovní postupy a jejich praktické uplatňování ve své zaměstnavatelské organizaci s ohledem na co nejvyšší úroveň služeb poskytovaných klientům.

Ve vztahu ke svým kolegům

Sociální pracovník respektuje znalosti a zkušenosti svých kolegů a ostatních odborných pracovníků. Vykonává a rozšiřuje spolupráci s nimi a tím zvyšuje kvalitu poskytované sociální služby.

Respektuje rozdíly v názorech a praktické činnosti kolegů, ostatních odborných a dobrovolných pracovníků.

Kritické připomínky k nim vyjadřuje na vhodném místě a vhodným způsobem.

Ve vztahu ke svému povolání a odbornosti

Sociální pracovník dbá na udržení a zvyšování prestiže svého povolání. Neustále se snaží o udržení a zvýšení odborné úrovně sociální práce a uplatňování nových přístupů a metod.

Brání tomu, aby odbornou sociální práci prováděl nekvalifikovaný pracovník bez patřičného vzdělání.

Je zodpovědný za své soustavné celoživotní vzdělávání a výcvik, což je základ pro udržení stanovené úrovně odborné práce a schopnosti řešit etické problémy a dilema.

Pro svůj odborný růst využívá znalosti a dovednosti svých kolegů a jiných odborníků, naopak své znalosti a dovednosti rozšiřuje v celé oblasti sociální práce.

Ve vztahu ke společnosti

Sociální pracovník má právo i povinnost upozorňovat širokou veřejnost a příslušné orgány na způsoby, kterými společnost, vláda nebo přispívají k obtížím a utrpení lidí a nesnaží se o jejich ukončení.

Zasazuje se o zlepšení sociálních podmínek a sociální spravedlnosti tím, že podněcuje změny v zákonech, politice státu i v politice mezinárodní.

Upozorňuje na možnost spravedlivějšího rozdělení společenských zdrojů a potřebu zajistit přístup k těmto zdrojům těm, kteří to potřebují.

Působí na rozšíření možnosti a příležitosti ke zlepšení kvality života pro všechny lidi, a to se zvláštním zřetelem ke znevýhodněným a postiženým jedincům a skupinám.

Sociální pracovník působí na zlepšení podmínek, které zvyšují vážnost a úctu ke kulturám, které vytvořilo lidstvo.

Platnost kodexu od 1. 1. 1995.

Zdroj:

Sociální revue. Sociální práce a společenské otázky. *Etický kodex sociálních pracovníků České republiky* [online]. ISSN 1801-6790. © MMIV – MMV [cit. 2010-03-10] Dostupné na WWW: <<http://socialnirevue.cz/item/eticky-kodex-socialnich-pracovniku-ceske-republiky>>

III Zákon č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu

Hlava první: Zdravotní péče

Oddíl 1: Poskytování zdravotní péče

§ 11

❖ Zdravotní péči poskytují zdravotnická zařízení státu, obcí, fyzických a právnických osob v souladu se současnými dostupnými poznatky lékařské vědy. Podmínky poskytování zdravotní péče ve zdravotnických zařízeních stanoví zvláštní zákony. Zdravotní či poskytují dále zařízení sociálních služeb s pobytovými službami, jde-li o ošetrovatelskou a rehabilitační zdravotní péči o pojištěnce v nich umístěné, a to za podmínek a v rozsahu stanoveném ve zvláštním právním předpisu 1a).

Informovaný souhlas

§ 23 Poučení a souhlas nemocného

❖ Zdravotnický pracovník způsobilý k výkonu příslušného zdravotnického povolání informuje pacienta, popřípadě další osoby v souladu s § 67b odst. 12 písm. d), o účelu a povaze poskytované zdravotní péče a každého vyšetřovacího nebo léčebného výkonu, jakož i o jeho důsledcích, alternativách a rizicích. Jestliže to zdravotní stav nebo povaha onemocnění pacienta vyžadují, je zdravotnický pracovník uvedený ve větě první oprávněn sdělit osobám blízkým pacientovi a členům jeho domácnosti, kteří nejsou osobami blízkými, též informace, které jsou pro ně nezbytné k zajištění péče o tohoto pacienta nebo pro ochranu jejich zdraví. V případě, kdy pacient vyslovil podle § 67b odst. 12 písm. zákaz poskytování informací, lze informace podle věty druhé sdělovat pouze se souhlasem pacienta.

❖ Vyšetřovací a léčebné výkony se provádějí se souhlasem nemocného, nebo lze-li tento souhlas předpokládat. Odmítá-li nemocný přes náležité vysvětlení potřebnou péči, vyžádá si ošetřující lékař o tom písemné prohlášení (revers).

❖ Je-li neodkladné provedení vyšetřovacího nebo léčebného výkonu nezbytné k záchraně života nebo zdraví dítěte anebo osoby zbavené způsobilosti k právním úkonům a odpírají-li rodiče nebo opatrovník souhlas, je ošetřující lékař oprávněn rozhodnout o provedení výkonu. Toto ustanovení se týká dětí, které nemohou vzhledem k své rozumové vyspělosti posoudit nezbytnost takového výkonu.

❖ Bez souhlasu nemocného je možné provádět vyšetřovací a léčebné výkony, a je-li to podle povahy onemocnění třeba, převzít nemocného i do ústavní péče jde-li o nemoci stanovené zvláštním předpisem, u nichž lze uložit povinné léčení, jestliže osoba jevící známky duševní choroby nebo intoxikace ohrožuje sebe nebo své okolí, anebo není-li možné vzhledem ke zdravotnímu stavu nemocného vyžádat si jeho souhlas a jde o neodkladné výkony nutné k záchraně života či zdraví.

Oddíl 1: Soustava zdravotnických zařízení

§31

- ❖ Úkoly zdravotnictví obstarávají zdravotnická zařízení a další zdravotnické organizace uspořádané do soustavy zdravotnických zařízení.
- ❖ Soustavu zdravotnických zařízení tvoří zdravotnická zařízení státu, obcí, fyzických a právnických osob.

§32

- ❖ Zdravotnické služby obstarávají zdravotnická zařízení.
- ❖ Součástí soustavy zdravotnických zařízení jsou
 - a) zařízení pro výchovu a výuku a pro další vzdělávání zdravotnických pracovníků,
 - b) organizace pro zdravotnickou výrobu, pro zásobování léčivy a prostředky zdravotnické techniky a pro jejich kontrolu,
 - c) vědeckovýzkumná a vývojová pracoviště na úseku zdravotnictví.

❖

§33

Zařízení a organizace zdravotnické soustavy zřízené Ministerstvem zdravotnictví, kraji v samostatné působnosti nebo obcemi jsou řízeny svými zřizovateli.

IV Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách

§1 Předmět úpravy

❖ Tento zákon upravuje podmínky poskytování pomoci a podpory fyzickým osobám v nepříznivé sociální situaci (dále jen "osoba") prostřednictvím sociálních služeb a příspěvku na péči, podmínky pro vydání oprávnění k poskytování sociálních služeb, výkon veřejné správy v oblasti sociálních služeb, inspekci poskytování sociálních služeb a předpoklady pro výkon činnosti v sociálních službách.

❖ Tento zákon dále upravuje **předpoklady pro výkon povolání sociálního pracovníka**, pokud vykonává činnost v sociálních službách nebo podle zvláštních právních předpisů při pomoci v hmotné nouzi, v sociálně-právní ochraně dětí, ve školách a školských zařízeních, ve zdravotnických zařízeních, ve věznicích, v zařízeních pro zajištění cizinců a v azylových zařízeních.

§2 Základní zásady

❖ Každá osoba má nárok na **bezplatné poskytnutí základního sociálního poradenství** (§ 37 odst. 2) o možnostech řešení nepříznivé sociální situace nebo jejího předcházení.

❖ Rozsah a forma pomoci a podpory poskytnuté prostřednictvím sociálních služeb **musí zachovávat lidskou důstojnost osob**. Pomoc musí vycházet z individuálně určených potřeb osob, musí působit na osoby aktivně, podporovat rozvoj jejich samostatnosti, motivovat je k takovým činnostem, které nevedou k dlouhodobému setrvávání nebo prohlubování nepříznivé sociální situace, a posilovat jejich sociální začleňování. Sociální služby musí být poskytovány v zájmu osob a v náležitě kvalitě takovými způsoby, aby bylo vždy důsledně zajištěno dodržování lidských práv a základních svobod osob.

V Úvodní dopis

Dobrý den,
ráda bych Vás požádala o laskavou spolupráci při tvorbě diplomové práce, jejíž téma je „Psychologická intervence ve zdravotnických zařízeních“.

Cílem vznikající diplomové práce by mělo být objektivní zmapování situace v oblasti psychologických a psychoterapeutických služeb ve zdravotnických zařízeních a nemocnicích a současně ověření hypotézy, že psychologická péče by byla vítaným prostředkem k usnadnění ošetrovatelské péče.

Každá nemoc, nejen prognosticky závažná, může způsobit psychickou nepohodu nemocného, tak důležitou pro úspěšné zvládnutí léčby. Pro pacienta a jeho blízké může jakékoliv, i banální onemocnění, znamenat významný psychický stres a někdy může mít rysy náročné životní situace.

Jsem studentkou magisterského studia oboru Etika v sociální práci při Teologické fakultě Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích. Vaše případná vstřícnost a čas, který mně spoluprací na vyplnění několika otázek v dotazníku věnujete, eventuálně přispějete poznámkou k tématu, možná zlepší psychický stav nejednoho nemocného, jeho nejbližších, kterých podíl na úspěšné léčbě není zanedbatelný a pomůže i v resipitní péči o pečující.

V příloze tohoto e-mailu je krátký otazníček pro konkrétní kategorii zdravotnických pracovníků (o jehož rozeslání Vás tímto žádám), který prosím, zašlete po vyplnění zpět na e-mail adresu: **jirma@centrum.**

VI Dotazník pro management nemocnice

U otázek, prosím, ponechte platnou odpověď,
případně dopište jinou variantu odpovědi.

O jaký typ zdravotnického zařízení, nemocnice se jedná
fakultní, krajská, městská, soukromá, jiná

využívá Vaše zdravotnické zařízení / nemocnice akreditaci
ano ne

je podpurná péče ve Vaší nemocnici zajištěna některým odborníkem –
*psycholog, psychiatr, sociální pedagog
duchovní, sociální pracovník, animátor*

v současnosti je součástí ošetrovatelského týmu oddělení
*dětského, onkologického, interního, gynekologického,
chirurgického, infekčního, traumatologického, ortopedického, jiného*

kdyby záleželo pouze na Vašem rozhodnutí, bez vlivu okolních fenoménů,
poskytl/a byste pacientům a jejich blízkým speciální duševní péči vždy jako
součást ošetrovatelské péče?

ano ne nepřemýšlel/a jsem o tom

přemýšlel/a jste v minulosti o aktivní náplni volného času nemocných
ano ne nepřemýšlel/a jsem o tom

přemýšlel/a jste v minulosti o tom, zda způsob, místo a formy sdělování
otázek o zdravotním stavu a s ním souvisejících důvěrnostech sociálního
charakteru vyhovuje současným etickým normám a potřebám?

ano ne

Prostor pro možnost vyjádřit se k tématu či konkrétní otázce

Vaše sdělení v žádném případě nepronikne na veřejnost, bude pouze součástí
výstupu diplomové práce.

Za veškerý čas, který jste věnoval/a a za vstřícnost, kterou jste projevil/a k dané
problematice, Vám mnohokrát děkuji.

Bc. Marcela Jirásková,
jirma@centrum.cz

VII Dotazník pro ošetrovatelský tým

na jakém oddělení a v jaké pozici pracujete

co považujete v náplni své práce za nejdůležitější

jaké je Vaše stanovisko k otázce: „...jak tráví nemocní svůj volný čas?“

jak vnímáte ochotu a nadání lékařů nebo sester věnovat se a odpovídat na dotazy pacientů

jak pojmáte schopnosti a možnosti lékařů, zdravotních sester a ošetrovatelů v oblasti komunikace s nemocným a jejich blízkými příbuznými

jak a kde sdělují lékaři nemocným nebo jejich blízkým podrobnosti o zdrav. stavu a prognóze, případně jiná závažná sdělení

pokládáte průběh vizit a ošetření v souladu s etickými pravidly a s právy pacientů

myslíte si, že Vaše schopnosti a vědomosti z oblasti duševní podpory nemocným jsou dostatečné?

znáte termín „náročná životní situace“? Pokud ano, popište krátce, vlastními slovy, jeho význam

považujete příbuzné a blízké za jeden celek s pacientem, za součást jeho života?

Prostor pro možnost vyjádřit se k tématu či konkrétní otázce, rozvést odpověď, a pod.

Vaše sdělení v žádném případě nepronikne na veřejnost, bude pouze součástí výstupu diplomové práce.

Za veškerý čas, který jste věnoval/a a za vstřícnost, kterou jste projevil/a k dané problematice, Vám mnohokrát děkuji.

Bc. Marcela Jirásková,
jirma@centrum.cz

VIII Vzdělávání lékařů a zdravotnického personálu

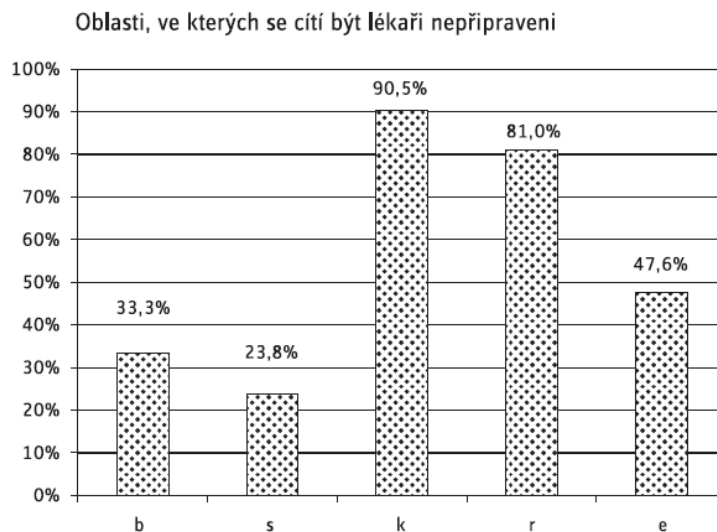
3.1 Vzdělávání lékařů a zdravotnického personálu

Při posuzování, zda je v rámci profesní přípravy určitému tématu věnována dostatečná pozornost, je možno zvolit několik úhlů pohledu. Je možné analyzovat studijní plán, seznam přednášek či osnovy a hledat, jak dalece je dané téma zastoupené. Předpokladem je, že jsme schopni koncipovat, které znalosti a dovednosti mají být studentům předány. Informace, že se dané téma nachází v osnovách, by samozřejmě ještě vyžadovalo doplnění o tom, v jakém rozsahu a jakou formou je téma vyučováno. Toto jsou však již informace, které se z informačních systémů škol většinou nedozvídáme. Druhou možností jak hodnotit adekvátnost odborné přípravy v určité oblasti je přímé dotazování absolventů po určité době praxe. Zjistíme, „jak je škola připravila“ na řešení určitého typu problémů, které v praxi potkávají. Úskalí metody spočívá v tom, že není hodnocena pouze škola, kterou zdravotník absolvoval, ale převážně jeho sebedůvěra a pocit kompetence v určité oblasti. Tyto pocity mohou mnohem více souviset s celkovým sebevědomím než s faktickými znalostmi a dovednostmi. Přesnější informaci o tom, zda je příprava v určité oblasti dostatečná, by poskytlo prověření znalostí a dovedností formou testu, popř. návrhu řešení „typových“ klinických situací. I zde by bylo ovšem třeba předem definovat, jaké znalosti a dovednosti v daném oboru považujeme za „nepodkročitelné“ minimum. Nejpresnějším ukazatelem, zda jsou zdravotníci na určitou činnost dostatečně připraveni, je hodnocení kvality této činnosti. Všechna tato obecná tvrzení platí i pro vzdělávání v paliativní medicíně.

Výzkumná část našeho projektu studovala z různých stran otázku péče o nevléčitelně nemocné a umírající v ČR. Výsledky výzkumné části, která se věnuje vzdělávání, jsou prezentovány v kapitolách 2.4 a 2.5. Na jejich základě lze vyslovit hypotézu, že vzdělání zdravotníků v ČR v oblasti paliativní medicíny není dostatečné. Pro toto tvrzení lze uvést následující argumenty:

- ▶ Péče o nevléčitelně nemocné a umírající nemá dobrou kvalitu. Podle výsledků průzkumu provedeného agenturou STEM se **pouze 7% respondentů domnívá, že bolest je u terminálně nemocných léčena skutečně dobře, a 67% z těch, kteří na danou otázku měli názor, se domnívá, že není věnována dostatečná pozornost psychosociálnímu strádání nemocných a jejich rodinám** (viz výsledky průzkumu veřejného mínění v kap. 2.2).
- ▶ **Sami zdravotníci vidí úroveň kvality péče o umírající ještě kritičtěji** a přiznávají, že péče o nevléčitelně nemocné trpí závažnými nedostatky. Příčinou tohoto stavu přitom podle nich je jednak nedokonalá systémová, legislativní a ekonomická podpora této péče, jednak však také nízká úroveň **znalostí a dovedností zdravotníků** a dalších pečujících profesí při zvládnutí těchto situací (viz výsledky focus group v kap. 2.4).
- ▶ **V průzkumu mezi českými onkology uvedla většina dotázaných, že se cítí nedostatečně připraveni řešit některé praktické aspekty léčby nádorové bolesti** např. řešení nežádoucích účinků opioidů atd. (Sláma, Beránek, 2003).
- ▶ V dotazníkovém průzkumu uvedli všichni lékaři (n=21) před 1. atestací z vnitřního lékařství, že **poznatky a dovednosti v péči o terminálně nemocné a umírající získané během studia na lékařských fakultách jsou nedostačující**. Následující graf č. 38 ukazuje oblasti, ve kterých se mladí lékaři cítili nejméně odborně připraveni.

Graf č. 38: Oblasti, ve kterých se lékaři cítí být nepřipraveni



Legenda: **b** = zvládnání bolesti, **s** = tlumení ostatních symptomů (dušnost, nevolnost, deprese, zmatenost, úzkost apod.), **k** = komunikace s nevyléčitelně nemocným a jeho rodinou, **r** = medicínské, etické a právní aspekty rozhodování a konci života, **e** = péče o vlastní emoce. Procenta vyjadřují podíl respondentů, kteří uvedli odbornou přípravu na LF v dané oblasti jako nedostatečnou.

Lze namítnout, že zdravotníci, kteří dnes o nemocné pečují, ve své většině studovali před 10 a více lety a že osnovy zdravotních škol i lékařských fakult od té doby doznaly podstatných změn.

Při pohledu na osnovy a studijní plány se zdá, že ošetrovatelské obory (zdravotní školy, VOŠ a studijní programy ošetrovatelství na lékařských fakultách – kap. 2.5) mají skutečně většinu důležitých aspektů paliativní péče do osnov začleněnu. Bližší pohled do studijních programů oboru všeobecné lékařství je v tomto ohledu mnohem problematictější. Přitom **jsou to v českém zdravotnictví právě lékaři, kteří zcela zásadním způsobem určují konkrétní průběh a organizaci péče.** Jejich často nekvalifikovaná rozhodnutí vytvářejí rámec, ve kterém sebevíc motivované a kvalifikované sestry nemohou některé věci příliš ovlivnit. **Otázku vzdělání lékařů v paliativní péči proto považujeme za kritický bod dalšího rozvoje paliativní péče v ČR.**

Příprava lékařů k poskytování kvalitní péče o terminálně nemocné předpokládá získání určitého množství poznatků, praktických dovedností a hodnotových postojů. Poznátky lze jistě z velké části zprostředkovat formou přednášek či samostudiem. Dovednosti lze získat pouze praktickým nácvikem. Postoje si budoucí lékaři formují především pod vlivem svých starších kolegů – školitelů.

V zahraničí je v současné době živě diskutována otázka, jaká je nejpřiměřenější **forma výuky paliativní medicíny.** Na jedné straně je patrná tendence vnímat paliativní medicínu jako novou lékařskou specializaci, tedy samostatný obor, který si zaslouží samostatný předmět, který je vedle dalších lékařských oborů vyučován formou přednášek a stáží nejlépe na specializovaném oddělení paliativní péče. Odpůrci tohoto přístupu argumentují, že paliativní medicína představuje spíše než samostatný obor určitý přístup, který je svou nejvládnější povahou interdisciplinární. Péče o pacienty v pokročilých a terminálních stádiích různých chorob má prý svá specifika (např. pokročilé neurologické choroby, pokročilé srdeční selhání) a ta jsou nejlépe schopni zajistit specialisté příslušných oborů (např. neurologové, kardiologové). Z tohoto pohledu pak paliativní péče není samostatnou lékařskou specializací, ale zkrátka „dobrou klinickou praxí v situaci pokročilého onemocnění“, kterou by měl zajišťovat vždy příslušný specialista. Tato diskuse zdaleka nemá pouze akademický význam. Z odpovědi na otázku, jaký statut má paliativní medicína, také částečně vyplývá, zda je účelné zařa-

zovat do pregraduální přípravy zvláštní předmět paliativní medicína, či zda spíše rozpracovat jednotlivá paliativní témata v rámci jiných předmětů. Výše popsané možnosti jistě nestojí jako vzájemně se vylučující alternativy. Jsme přesvědčeni, že otázka výuky péče o nevléčitelně nemocné a umírající na lékařských fakultách a její zařazení do kurikula má některá významná specifika.

Moderní medicína je orientovaná na odhalení příčiny nemocí a na jejich kauzální léčbu. Dosažením tohoto cíle je motivován veškerý lékařský výzkum, celý „ethos“ soudobé medicíny. Směrem ke kauzální léčbě je také orientována většina výuky na lékařských fakultách. **S umíráním a péčí o umírající má moderní lékařská věda velký problém.** Řada lékařů specialistů považuje svou roli specialisty v situaci, kdy onemocnění jejich pacienta již nemohou kauzálně ovlivnit, za ukončenou a pacienta předává k symptomatické léčbě praktickému lékaři. Studenti medicíny na lékařských fakultách jsou při svých stážích často svědky tohoto „ukončování aktivní léčby“ a překlada pacienta do nezajištěného domácího prostředí nebo LDN. Jejich postoje jsou tak během studia formovány deklarovaným kurikulem, jehož součástí jsou i zásady paliativní péče, ale současně určitým „skrytým kurikulem“, tedy vzorci chování, komunikace a rozhodování, které při stážích vidí u svých školitelů a snad ještě více po nástupu do praxe. Právě v oblasti péče o nevléčitelně nemocné a umírající je nejednou součástí tohoto skrytého kurikula přesvědčení, že u umírajících pacientů „již nic nejde dělat, není pro doktora co řešit, vše zvládnou sestry“.

Nové podněty do diskuse o statutu paliativní medicíny přináší nedávné schválení samostatného specializačního oboru „Paliativní medicína a léčba bolesti“. **Profiluje se zde samostatný obor, který však bude muset v první fázi opatrně vymezit předmět a metody své činnosti a rovněž obhájit, co přináší nového.** Ustavují se organizační struktury postgraduálního vzdělávání (Subkatedra paliativní medicíny a Subkatedra léčby bolesti IPVZ Praha) a pracuje se na podrobném popisu specializační přípravy v oboru. Za klíčové důležité považujeme, aby zmíněná školící pracoviště (subkatedry IPVZ) současně s vytvářením podmínek pro novou specializaci od začátku pracovala ve spolupráci s ostatními katedrami IPVZ na **začlenění základů paliativní medicíny do specializačních příprav všech klinických oborů.**

ZÁVĚR

Nezbytnou součástí vzdělávání lékařů v oblasti paliativní medicíny je systematické pre- a postgraduální vzdělávání a výcvik v základech kvalitní komunikace lékaře s pacientem. Na naléhavou potřebu systémového řešení poukázal výzkum v rámci projektu takřka ve všech svých oblastech (kap. 2.2, 2.3, 2.4, 2.5, 2.7).

Domníváme se, že v současné době by bylo účelné na lékařských fakultách nadále **pokračovat ve vyučování různých aspektů paliativní péče v rámci příslušných oborů.**

Za přínosný bychom z důvodů popsaných výše považovali **zavedení povinného předmětu „paliativní medicína“**, který by se snažil o určitou syntézu a komplexní pohled na nevléčitelně nemocného a jeho rodinu.

Jsme přesvědčeni, že by bylo účelné v každé fakultní nemocnici **založit specializované oddělení paliativní péče** (lůžkové, ambulantní a konziliární), na kterém by mohli studenti v určité „koncentrované“ podobě vidět nejčastější problémy spojené s onemocněním, které ohrožuje život. Mohli by také prakticky zakoušet přínosy interdisciplinární spolupráce a každodenní týmové práce.

Do postgraduální přípravy v jednotlivých oborech (atestační příprava) by bylo třeba začlenit témata týkající se **paliativní péče se zaměřením na konkrétní daný obor.** Znalost těchto témat by se měla stát součástí požadovanou při atestační zkoušce.

Očekávaný rozvoj samostatného oboru s sebou pravděpodobně přinese rozvoj specializovaných zařízení paliativní péče (lůžkových, domácích i ambulantních). To by mělo vést k postupnému zlepšení „standardní“ paliativní péče poskytované na ostatních odděleních.

Zdroj: Cesta domů, Open society fund Praha, *Umírání a paliativní péče v ČR (situace, reflexe, vyhlídky)* str. 82-84. [online] 2004. [cit. 2010-03-20] Dostupné na WWW: <http://hospice.cz/hospice1/data/umirani.pdf>

IX Tabulka hodnocení péče

Tabulka č. 13: Bolestem a dalším formám tělesného utrpení nevléčitelně nemocných a umírajících věnují podle Vašeho názoru zdravotníci v naší zemi pozornost

Bolest je tlumena	%	agregovaná %
dostatečně	10,2%	47,1%
spíše dostatečně	36,9%	
spíše nedostatečně	33,1%	41,4%
nedostatečně	8,3%	
nepřemýšlel/a jsme nad tím	11,5%	

Tabulka č. 14: Pokud jde o obavy a psychické strádání nevléčitelně nemocných a umírajících, je mu podle Vašeho názoru věnována pozornost

Obavy ošetřeny	%	agregovaná %
dostatečně	2,5%	22,3%
spíše dostatečně	19,7%	
spíše nedostatečně	47,8%	68,8%
nedostatečně	21,0%	
nepřemýšlel/a jsme nad tím	8,3%	
neodpovědělo	0,6%	

Tabulka č. 15: Jak si myslíte, že lékaři informují nevléčitelně nemocné o jejich zdravotním stavu?

Zdravotníci informují	%	agregovaná %
dobře	1,3%	40,8%
spíše dobře	39,5%	
spíše špatně	34,4%	44,6%
špatně	10,2%	
nepřemýšlel/a jsme nad tím	14,6%	

Tabulka č. 16: Jaká je podle Vašeho názoru věnována pozornost rodině a blízkým umírajícího pacienta?

Pozornost rodině	%	agregovaná %
dostatečná	3,8%	20,4%
spíše dostatečná	16,6%	
spíše nedostatečná	43,3%	72,0%
nedostatečná	28,7%	
nepřemýšlel/a jsme nad tím	7,6%	

Tabulka č. 17: Jak jsou podle Vašeho mínění v našem zdravotnictví respektována přání nevléčitelně nemocných, umírajících a jejich rodin?

Přání respektována	%	agregovaná %
dostatečně	6,4%	32,5%
spíše dostatečně	26,1%	
spíše nedostatečně	39,5%	58,0%
nedostatečně	18,5%	
nepřemýšlel/a jsme nad tím	8,9%	
neodpovědělo	0,6%	

Zdroj:

Cesta domů, Open society fund Praha, *Umírání a paliativní péče v ČR (situace, reflexe, vyhlídky)* str. 32. [online] 2004. [cit. 2010-03-20] Dostupné na WWW:

<<http://hospice.cz/hospice1/data/umirani.pdf>>

X . Vzor vyplněného dotazníku

Příklad č.1

na jakém oddělení a v jaké pozici pracujete

Na interním jako zdravotní sestra u lůžka.

co považujete v náplni své práce za nejdůležitější

Kontakt s pacientem, získat ho ke spolupráci (včetně jeho nejbližších) a samozřejmě kvalitní ošetrovatelská péče.

uvažoval/a jste v minulosti o tom, jak tráví nemocní svůj volný čas

Pokud jde o čas mezi terapeutickými výkony, myslím že spousta pacientů by uvítala nějaké aktivizační programy, případnou ergoterapii, která je poskytována poze na PL. na našem oddělení postrádám i rehabilitační sestru, která by byla pro potřeby našich pacientů , natož pracovník, který by dbal i o jakousi "psychickou" rehabilitaci a psych. pohodu pacienta. Jako sestra nemám dostačující prostor k tomu, abych toto mohla našim pacientům poskytnout já sama a někdy je na oddělení takový zmatek (spousta příjmů, vyšetření, terap. výkonů a posléze zase propuštění a stím vším spousta "papírování"), že díky tomu jen u daného pacienta provedu nezbytné úkony, ale čas na vyslechnutí pacienta mám jen minimální. Spousta pacientů tuto situaci popisuje jako, že sestry vidí jen z "rychlíku" a to mě skutečně mrzí.

uvažoval/a jste v minulosti o ochotě a nadání lékařů odpovídat na dotazy pacientů

Ano a musím přiznat, že ne každý lékař a ne každá sestra jsou dostatečně trpěliví, aby tuto nedílnou součást léčby zvládli. Souvisí to samozřejmě už s tím, co jsem uvedla výše (naše neustálá práce v napětí a stresu), ale i tak ne každý má k tomuto nadání.

uvažoval/a jste v minulosti o schopnostech a možnostech zdravotních sester v komunikaci s nemocným a jejich blízkými příbuznými

Opět podobná odpověď - ano, ne každý na to "má"...

jak a kde sdělují lékaři nemocným a jejich blízkým podrobnosti o zdrav. stavu a prognóze, případně jiná závažná sdělení

Tak toto je u nás další problém, který se mi nelíbí, je to totiž na chodbě za dveřmi vyšetřovny. Myslím si, že by to mělo probíhat uvnitř vyšetřovny, ideální by byla zvlášť k tomuto účelu určená místnost a ta nám schází.

pokládáte průběh vizit a ošetření v souladu s etickými pravidly a s právy pacientů

Snad ano, toto máme snad správně ošetřené.

myslíte si, že Vaše vědomosti v oblasti duševní podpory nemocným jsou dostatečné?

Tak to je další kámen úrazu, určitě se v tomto směru snažíme a pacienta dostatečně edukujeme a poučujeme, co se týká té duševní podpory, tam už si tak jistá nejsem, ale je to samozřejmě individuální.

znáte termín „náročná životní situace“? Pokud ano, popište krátce, vlastními slovy, jeho význam

Určitě se týká nás všech a je to doba ve které žijeme. Stres, nemoci, skloubit chod rodiny s pracovním programem, starost o práci, krize, státní politika a vše, co s tím souvisí...Pokud se to týká jednotlivce, tak je to určitě jeho životní úroveň, kvalita života....

považujete příbuzné a blízké za jeden celek s pacientem

Samozřejmě a většinou kontakt s rodinou ovlivní mé jednání s pacientem, zese je to individuální.

Prostor pro možnost vyjádřit se k tématu či konkrétní otázce

Já jsem Vám odpověděla ke každé otázce zvlášť. Doufám, že se to dojde v té formě jak jsem to napsala.

Vaše sdělení v žádném případě nepronikne na veřejnost, bude pouze součástí výstupu diplomové práce.

Za veškerý čas, který jste věnoval/a a za vstřícnost, kterou jste projevil/a k dané problematice, Vám mnohokrát děkuji.

Bc. Marcela Jirásková,
jirma@centrum.cz

Příklad č.2

na jakém oddělení a v jaké pozici pracujete – *vrchní sestra na infekčním oddělení*

co považujete v náplni své práce za nejdůležitější . *Zorganizovat vše tak, aby pacient byl s naší péčí maximálně spokojen, jak po stránce odborné tak „ lidské“ (empatický přístup, ochota naslouchat..) i materiální (vybavení odd.).*

uvažoval/a jste v minulosti o tom, jak tráví nemocní svůj volný čas *Na našem uzavřeném odd. mají omezené možnosti – četba, TV, radio, počítač, kdo má dovoleno vycházky v areálu nem, kontakt s příbuznými ve vyhrazené místnosti , ostatní přes okno pomocí komunikátoru.*

uvažoval/a jste v minulosti o ochotě a nadání lékařů odpovídat na dotazy pacientů *Lékaři mají občas problém s tím, že byli naučeni, pac. nepotřebuje nic vysvětlit, stačí co řekne a doporučí lékař. Situace se mění výrazně k lepšímu, alespoň co já můžu posoudit z praxe na infekčním odd. Na našem odd. máme lékařky ženy, a ty jsou obecně komunikativnější než muži. Co bych jim doporučila víc trpělivosti, jak s pacientem tak s jejich rodinnými příslušníky.*

uvažoval/a jste v minulosti o schopnostech a možnostech zdravotních sester v komunikaci s nemocným a jejich blízkými příbuznými *Zde bych plynule navázala na otázku č.4. Trpělivost platí i pro nás setry i další zdravot. pracovníky. Myslím, že máme stále co zlepšovat. Vím, máme málo času, musíme stihnout t spoustu věcí, ale občas stačí pacienta vyslechnout při vykonávání. denních činn. jako umývání, stlaní atd.*

jak a kde sdělují lékaři nemocným a jejich blízkým podrobnosti o zdrav. stavu a prognóze, případně jiná závažná sdělení. –

Pro informování příbuzných máme přímo místnost k tomu určenou. S informováním nem. je občas problém u pacientů, kteří nejsou sami na pokoji. Závažné sdělení říkáme vždy pacientovi v soukromí. Buď jak je spolupacient na vyšetření nebo si pozveme pac. na vyšetřovnu nebo spolupacienta pošleme, po domluvě, na chodbu.

pokládáte průběh vizit a ošetření v souladu s etickými pravidly a s právy pacientů *Totéž se snažíme i při vizitách. Aspoň se zeptáme jestli pac. při vyšetř. nevdí spolupacient, popř. ho pošleme na chodbu, máme možnost použít i paraván. Při převazech můžeme zvolit i jinou místnost. Je zde problém, když pacienty máme v izolačním režimu, takže nemůžou opustit pokoj. Myslím si, že moc etické to vždy není, ale někdy je těžké skloubit etiku s hygienicko – epidem. řádem.*

myslíte si, že Vaše vědomosti v oblasti duševní podpory nemocným jsou dostatečné? *Nikdy žádné vědomosti nejsou dostatečné.*

znáte termín „náročná životní situace“? Pokud ano, popište krátce, vlastními slovy, jeho význam .

Nyní nebo v nejbližší době se změní fungování, chod, rytmus mne samotné a rodiny. Pokud zůstaneme ve zdravotnictví tak např. smrt, sdělení vážné nemoci, chronické nemoci, úraz poutající dlouhodobě na lůžko. Jsou to situace kdy neřešíme „jen“ zdraví, ale také ekonomické, sociální aspekty, které z toho vyplývají.

považujete příbuzné a blízké za jeden celek s pacientem. *Ano. Musím si, ale upřímně přiznat, že to není vždy lehké.*

Prostor pro možnost vyjádřit se k tématu či konkrétní otázce

Vaše sdělení v žádném případě nepronikne na veřejnost, bude pouze součástí výstupu diplomové práce.

Za veškerý čas, který jste věnoval/a a za vstřícnost, kterou jste projevil/a k dané problematice, Vám mnohokrát děkuji.

Bc. Marcela Jirásková,
jirma@centrum.cz

10 ABSTRAKT

JIRÁSKOVÁ, M., *Psychologická intervence ve zdravotnické péči*. České Budějovice 2010. Diplomová práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Teologická fakulta. Katedra psychologie. Vedoucí práce M. Lhotová.

Klíčová slova: psychologická intervence; zdraví; nemoc; sociální role; komunikace; strach; úzkost; trápení; duchovní péče;

V práci se jako stěžejní téma objevuje potřeba, možnosti a dostupnost psychologické péče a psychologického poradenství ve složitém životním období jedince i jeho blízkých v souvislosti s onemocněním a jeho případnými následky. Starost o pacientův duševní stav se ve většině zdravotnických zařízení omezuje na konziliární vyšetření lékařem – psychiatrem, avšak každá nemoc, nejen prognosticky závažná, může ovlivňovat psychickou pohodu jedince a jeho blízkých. Psychická vyrovnanost je pro samotné úspěšné zvládnutí léčby, v návaznosti na nové či změněné sociální podmínky, významná. Není-li postižená osoba vybavena určitým stupněm odolnosti proti zvládnutí stresu, je pravděpodobné, že pro pacienta a jeho blízké bude mít jakékoliv onemocnění znaky náročné životní situace.

Psychologická péče o nemocné a jejich nejbližší rodinné příslušníky, spolupráce s ošetřujícím lékařem a personálem, včetně rehabilitačního a sociálního pracovníka a komunikační schopnosti zúčastněných zvyšují významným způsobem kvalitu života samotných nemocných i jejich rodinných příslušníků.

ABSTRACT

JIRÁSKOVÁ, M.

Psychological intervention in medical care

Key words: psychological intervention; health; disease; social role; communication; fear; anxiety; anguish; cure;

Diploma thesis deals with the psychological care and psychological guidance and their potentialities and availability for people or their close ones, who need help in period of diseases or disease effects. There is only psychiatrist-consultation care of psychic condition of patients in most of medical centres, but all diseases affect the psychic condition, even for patient's close ones. Good psychic condition linked up with changed social condition is very important for successful cure. If the patients have low stress tolerance there is a risk, that every disease causes the hard life situation.

Psychological care and cooperation with the doctor, medical staff, rehabilitation and social workers also as the communication competence can highly increase the quality of life of patients and their relatives.