

**UNIVERZITA TOMÁŠE BATI VE ZLÍNĚ
INSTITUT MEZIOBOROVÝCH STUDÍ BRNO**

**SOCIÁLNĚ PEDAGOGICKÉ OVLIVŇOVÁNÍ
PACIENTŮ**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Vypracovala:

Klára Chrápavá, DiS.

Vedoucí bakalářské práce:

Doc. PhDr. František Vízdal, CSc.

BRNO 2006

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma „Sociálně pedagogické ovlivňování pacientů“ zpracovala samostatně a použila jsem pouze literaturu uvedenou v seznamu literatury, který je v práci uveden.

.....
Klára Chrápavá, DiS.

Poděkování

Děkuji panu Doc. PhDr. Vízdalovi, CSc. za odborné vedení práce a velmi cenné připomínky k problematice.

Dále děkuji PhDr. Lorenzovi za akademickou, metodickou a technickou pomoc.

Brno, 27. 3. 2006

.....

Klára Chrápavá, DiS.

OBSAH

Úvod.....	5
Cíl práce.....	7
1. Vybrané problémy práce s pacientem z pohledu sociální pedagogiky.....	8
1.1 Komunikace.....	8
1.2 Sociální percepce.....	10
1.3 Bolest.....	13
1.4 Potřeby.....	16
2. Člověk v roli pacienta.....	18
2.1 Nemoc.....	18
2.2 Jak se stáváme pacienty.....	19
2.3 Boj s nemocí.....	20
2.4 Pacient ve zdravotnickém zařízení.....	23
2.5 Náročná životní situace.....	27
3. Osobnost a role zdravotníka.....	32
3.1 Profese zdravotníka.....	32
3.2 Sebevýchova zdravotníka.....	35
3.3 Problémy pomáhajících profesí.....	37
4. Sociálně pedagogické ovlivňování pacientů.....	39
4.1 Vztah zdravotník – pacient.....	39
4.2 Komunikace zdravotník – pacient.....	42
4.3 Konkrétní sociálně pedagogické situace pro působení zdravotníka.....	45
Závěr.....	51
Resumé.....	53
Anotace.....	54
Použitá literatura.....	55
Seznam příloh.....	58

ÚVOD

„U člověka vlastně nikdy neonemocní primárně jen duše, duch nebo tělo; vždy ochoří celá „bio – psycho – sociální jednotka člověk“, i když se přitom do popředí dostanou jednotlivé aspekty.“¹ Tento citát odráží trend moderní medicíny, pro nějž je příznačný přístup k člověku v komplexním smyslu. Nazývá se celostní neboli holistická medicína.

Zdraví patří k největším hodnotám v životě člověka a svůj význam má i v celospolečenském měřítku. Zasahuje do všech dimenzí ontologického bytí, a proto přicházející nemoc vyvolává řadu otázek a dle člověkem předpokládané závažnosti může i významně naznačovat nejistotu budoucnosti.

Zajištění kvalitní zdravotnické péče odráží ekonomickou i společenskou úroveň daného státu. Tato oblast by měla patřit mezi jeho priority, stejně jako vzdělání a výchova občanů. Investice do těchto oblastí se sice zhodnocuje v dlouhodobém měřítku, jejich zanedbání má však rozsáhlé následky. V kvalitě ošetrovatelské péče patří Česká republika mezi světovou špičku.

Téma práce pro mě znamenalo velkou výzvu. Během studia na Vyšší zdravotnické škole jsem byla hospitalizovaná ve třech nemocnicích. Měla jsem možnost konfrontovat poznatky studia, kde nám byl zdůrazňován holistický přístup k pacientům a reálnou skutečnost hospitalizace. Byl to důležitý moment, který ovlivnil zaujetí mého vlastního postoje k roli zdravotní sestry.

V několika prvních měsících práce v nemocnici se samozřejmě můj přístup k práci musel sloučit se životem v realitě, neboť vysoké emocionální nasazení v práci mě značně psychicky vyčerpávalo. Vnímat člověka jako individualitu pro

¹ DANZER, Gerhard. *Psychosomatika*. 1.vyd., Praha: Portál, 2001. ISBN: 80-7178-456-7. Str.13

mě ale zůstalo prioritou. Od této skutečnosti jsem se vždy nejvíce vzdálila při vyčerpání z práce nebo při osobních problémech.

Během práce v nemocnici jsem potkala rozličné typy osobností, které pracují v profesi zdravotníka. Mnozí se pro mě stali vzorem v jednání s pacientem. Vnitřní konflikt jsem cítila, když zdravotník jednal s pacientem nadřazeně a jako by to nebyl člověk. Často je těžké do takové situace zasáhnout.

V současné době pracuji jako zdravotní sestra v Úrazové nemocnici v Brně, na Traumatologické jednotce intenzivní péče. Dlouhodobě se zajímám o psychologii, jejíž poznatky jsou při práci v nemocnici dle mého mínění stejně důležité, jako znalost medicíny. Proto se v rámci ukončení bakalářského studia sociální pedagogiky chci věnovat tématům pedagogické praxe ve své závěrečné práci.

Práce je členěna do čtyř kapitol. V první jsou vybrané kapitoly z psychologie, které se týkají dané sociálně pedagogické problematiky práce. Ve druhé kapitole popisují osobnost člověka v roli pacienta, ve třetí kapitole v roli zdravotníka. Čtvrtá kapitola se zabývá sociálně pedagogickými problémy, se kterými se ve zdravotnickém zařízení setkáváme.

CÍL PRÁCE

Mezi cíle této bakalářské práce patří:

- ukázat sociálně pedagogické prostředky, které je nutné v pomáhající profesi znát a vnímat, aby byla zajištěna dostatečná efektivita léčení a kvalita pacientova prožívání nemoci. Také označit situace, ve kterých je třeba na pacienta pedagogicky působit, aby se lépe mohl vlastními silami podílet na zlepšení svého zdravotního stavu.
- popsat psychiku člověka v roli pacienta, jeho prožívání nemoci.

1. VYBRANÉ PROBLÉMY PRÁCE S PACIENTEM Z POHLEDU SOCIÁLNÍ PEDAGOGIKY

Člověk je bytost, která má složku biologickou, psychologickou a sociální a je třeba ji vnímat v celé této rovině.

Předmětem této kapitoly jsou oddíly z obecné psychologie, kterými poznáváme lidské prožívání, jež ovlivňují naše jednání a pravidla komunikace mezi lidmi. Pomocí znalosti těchto jevů, můžeme kvalitně sociálně pedagogicky působit na své okolí.

Práce je rozdělena do dvou pomyslných oddílů. Komunikace a sociální percepce jsou dle mého názoru ústřední veličiny v sociální interakci. Bolest a potřeby patří mezi převažující faktory, jež zasahují a ovlivňují člověka ve stavu nemoci.

1.1 KOMUNIKACE

„Komunikace posiluje nebo tlumí emoce a formuje postoje. Dokáže popudit, provokovat, iniciovat – i uchlácholit a zbrzdit druhého v jeho odhodlání. Dokáže přesvědčit o pravdě i věrohodně šířit lež.“²

Smyslem komunikace je dorozumět se. Komunikování je vzájemné předávání informací, myšlenek. Děje se prostřednictvím slov, gest, mimiky a chování. Není to záležitost jen specificky lidská, probíhá u všech živých tvorů.

Komunikaci můžeme rozdělit do několika druhů. V případě, že používáme slova, jde o *komunikaci verbální*. Tu, často neuvědomovaně provází *komunikace neverbální*, která

² VYBÍRAL, Zbyněk. *Psychologie lidské komunikace*. 1. vyd., Praha: Portál, 2000. ISBN: 80-7178-291-2. Str. 11

probíhá i sama o sobě. Neverbálními prostředky sdělujeme převážně city, postoje (dojetí, strach, sympatie, odhodlání, atd.). Zdůrazňujeme jimi to, co říkáme slovy. Člověk si mnohdy nevědomky všímá souladu verbálních a neverbálních projevů. „Člověk má pětkrát vyšší tendenci věřit spíše neverbálním signálům než slovům.“... „Neverbálním projevem můžeme ovlivnit druhého člověka více než slovy, která mu říkáme.“³ Děje se tak proto, že neverbální komunikace je vývojově starší a objevuje se v celé živočišné říši.

Prostředky neverbální komunikace:⁴

- Mimika: sdělování pomocí různých výrazů obličeje a konfigurací obličejových svalů.
- Gestika: sdělování kulturně standardizovanými pohyby, znaky a symboly.
- Pohledy očí: činnost oční partie obličeje v mezilidském styku.
- Haptika: způsoby dotýkání se druhé osoby.
- Posturika: sdělování postavením těla.
- Kinezika: interpersonální sdělení pomocí pohybů končetin, těla, krku, hlavy.
- Proxemika: tělesné přiblížení či oddálení. Člověk má svůj osobní prostor rozdělen do několika zón. Na intimní zónu, která představuje odstup do 45 centimetrů a člověk do ní pouští jen několik blízkých lidí. Osobní zóna je dána rozmezím 45 – 120 centimetrů, dle individuální potřeby člověka pro lidskou komunikaci. Zóna společenská je vymezená vzdáleností 1,2 – 3,7 metrů a uplatňuje se ve společenské komunikaci. Zóna veřejná se vyžaduje při styku s veřejností. Při nesouladu mezi

³ VYBÍRAL, Zbyněk. *Psychologie lidské komunikace*. 1. vyd., Praha: Portál, 2000. ISBN: 80-7178-291-2. Str. 79, 80-81

⁴ Podle: KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Já a ty o zdravých vztazích mezi lidmi*. 2. vyd., Praha: Avicenum, 1986.

komunikanty v osobní potřebě vzdálenosti, dochází k neustálé změně mezi dotyčnými a nazýváme ji proxemický tanec.

- Paralingvistické znaky: aspekty řeči, které se nevážou přímo na slovo. Modulace řeči, důrazy, pomlky, přeříkávání se, rychlost a plynulost řeči.

- Úprava zevnějšku⁵

„Každý – anebo přesněji téměř každý - komunikační akt se skládá ze šesti složek: sdělujeme v něm obsah, vyjadřujeme svůj postoj k tomuto obsahu (např. jakou závažnost mu přiřkládáme), vyjadřujeme svůj postoj (vztah) ke komunikačnímu partnerovi, signalizujeme své emoce, „prozrazujeme“ další atributy sebe sama (např. že jsme pohotoví nebo pomalí) a nakonec sdělujeme svou představu o pokračování komunikace. Každá komunikační výměna utváří (byť jen krátkodobý) vztah mezi komunikujícími.“⁶

1.2 SOCIÁLNÍ PERCEPCE

Sociální percepce je důležitou složkou v sociální interakci. Je to vzájemné vytváření si obrazu o druhém člověku a aplikace tohoto schématu v následující komunikaci. Reakce druhého člověka již vytvořené schéma buď upevňuje nebo koriguje.

Sociální percepce vychází z kategorizace osob a potřeby člověka vytvořit si obraz o druhém subjektu, o jeho povaze, úmyslech, atd. Jsou však popsány faktory, které mohou způsobit chybné vnímání a hodnocení daného subjektu. Pracovníci pomáhajících profesí by si jich měli být vědomi, aby tyto jevy negativně nezasahovaly do jejich práce.

⁵ Podle: KOHOUTEK, Rudolf. *Sociální psychologie*. Brno: Institut mezioborových studií, 2004.

⁶ VYBÍRAL, Zbyněk. *Psychologie lidské komunikace*. 1. vyd., Praha: Portál, 2000. ISBN: 80-7178-291-2. Str. 34

Problémy způsobující chyby v posuzování lidí:⁷

- Haló efekt: nastává, jestliže nás jedna nápadná vlastnost člověka nebo věci ovlivní natolik, že v jejím světle hodnotíme zobecněně jeho ostatní vlastnosti.
- Efekt svatozáře: nositelé titulů, vysokých pracovních postů, bývají hodnoceni lépe než ostatní lidé.
- Kukaččí vejce: tak se nazývá nekonformní člověk, který projevuje své odlišné názory ve skupině konformních lidí.
- Chyba prostředí – figura a pozadí: pokud pozorujeme či posuzujeme člověka, záleží na souvislostech. Náš názor může chybně ovlivnit situace či společnost osob, v níž se posuzovaný nachází.
- Efekt setrvačnosti: chyba v hodnocení, která vyplývá z minulých zkušeností s tímto člověkem.
- Chyba časového sledu: tendence hodnotit obdobně ta hlediska, která jsou umístěna za sebou nebo blízko sebe.
- Favorizace & deprecionalizace: tendence k vědomému či nevědomému nadhodnocování nebo podhodnocování osob.
- Golemovský efekt: podhodnocování ostatních a nadhodnocování sebe sama v situacích, které nám zvyšují sebedůvěru.
- Pygmalion efekt: sebenaplnující se očekávání. Naplní se proto, že jsme je předpověděli a potom jednali tak, jako by to byla skutečnost.
- Osobní úroveň hodnotící stupnice: tendence hodnotit jednotlivce v průměru buď kladněji nebo záporněji.
- Rozpětí hodnotící stupnice: individuální tendence k zařazování jednotlivců do jednoduchých nebo složitějších škál.
- Sériový efekt: při větším množství hledisek hodnocení či posuzovaných osob, dochází ke snížení rozlišovací schopnosti a

⁷ Podle: KOHOUTEK, Rudolf. *Sociální psychologie*. Brno: Institut mezioborových studií, 2004.

nadměrnému používání průměrných hodnot. Abychom se tomuto jevu vyhnuli, je třeba mít na paměti normální, Gaussovo rozložení jevů.⁸

- Logická chyba – soukromá teorie osobnosti: mylné zobecnění naší zkušenosti s výskytem určitých vlastností nebo znaků u jedné osoby. (Předpoklad, že pokud má někdo vlastnost x, má i vlastnost y.)
- Chyba ze submisivity: submisivní člověk snadno sugestibilně podléhá cizím, zejména autoritativně vysloveným názorům, požadavkům a rozhodnutím, a to bez autonomního vnitřního zhodnocení.
- Vliv prvního a posledního dojmu⁹: první a poslední dojem mají větší význam při utváření si obrazu o druhém člověku než dojmy, respektive informace, které dostaneme mezi nimi.
- Percepční stereotypy a předsudky: všichni zaujímáme nějaké zafixované postoje vůči určitým sociálním skupinám. Tyto postoje se pak automaticky přenášejí na každého jejich člena. Jde o předpojatost a názorovou strnulost. Bez kriticky zhodnoceného úsudku se můžeme dopustit velice závažných chyb při posuzování druhého člověka.

⁸ Gaussovo rozložení jevů: podprůměrné a nadprůměrné hodnoty jsou méně časté než průměrné hodnoty posuzované oblasti. Za předpokladu, že posuzované osoby jsou členy náhodné skupiny osob, pak by mělo být procentuální zastoupení osob následující (ve smyslu podprůměr – průměr – nadprůměr): 4% 7% 12% 17% 20% 17% 12% 7% 4%. Podle: VÍZDAL, František. *Techniky poznávání osobnosti*. Brno: Institut mezioborových studií, 2005.

⁹ Ibit.

1.3 BOLEST

Bývá často silným a nepříjemným druhem zážitku. Má mnoho různých podob, různé trvání a pochází z různě lokalizovaných zdrojů. Rozlišujeme dva druhy bolesti a sice bolest *fázickou* a *tonickou*¹⁰. Fázickou bolest cítíme bezprostředně po zranění, je ostrá a krátkodobá, neboť její intenzita rychle vzroste a opět rychle klesne. Tonickou bolest vnímáme později po zranění, není příliš intenzivní, ale má delší trvání. Intenzita bolesti se může stupňovat až k nesnesitelnému stavu, který vyžaduje tlumení lékařskými prostředky, tzv. analgetiky. Některé druhy bolesti mohou být ztišeny jen lékařským chirurgickým zákrokem. Další metodou terapie bolesti je např. akupunktura.

Silné bolesti jsou doprovázeny vnitřním neklidem, chaotickými pohybovými reakcemi, sténáním, křikem, pláčem, apatií, někdy až úplnou ztrátou zájmu o své okolí a dalšími příznaky.

Pocity bolesti jsou vyvolávány stimulací receptorů pro bolestivé podněty, tzv. nociceptorů¹¹. Ty jsou uloženy v kůži na povrchu těla, v tkáních vnitřních orgánů a svalů. Jsou to volná nervová zakončení, uložená na konci dendritů a určitých smyslových orgánů. Reagují na nadměrně silné a nepřiměřené fyzikální a chemické podněty, poškozující danou tkáň. V různých oblastech těla je hustota nociceptorů různá. Podstata reakce nociceptorů je biochemická. Převádí podnět z místa vzniklé bolesti do mozku a organismus vyloučí k danému místu substanci beta-endorfin, která částečně tlumí bolestivé pocity.

¹⁰ Podle: ATKINSON, Richard, ATKINSONOVÁ, Rita, SMITH, Edward, et al. *Psychologie*. 1. vyd., Praha: Victoria Publishing, a.s., 1995. ISBN 80-85605-35-X.

¹¹ Podle: NAKONEČNÝ, Milan. *Encyklopedie obecné psychologie*. 2. rozšířené vyd., Praha: Academia, 1997. ISBN: 80-200-0625-7.

Bolest má ohlas v celém organismu. Při jejím pocítění dochází ke zvýšení krevního tlaku, hladiny glukózy v krvi a k dalším změnám směřujícím k aktivaci organismu.

Biologickou funkcí bolesti je signalizace poškození organismu, spojená s vrozenou obrannou pohybovou reakcí, která má za cíl okamžité přerušení kontaktu s působícím škodlivým předmětem.

Při bolesti se zajímáme o lokalizaci, charakterizujeme její intenzitu a kvalitu (bolest pálivá, bodavá, řezavá, atd.). Bolesti svalů, kloubů, zubů, hlavy, žaludku, při popálení, a jiné, anebo související s různými chorobami mají svou specifitu. Pojem práh bolesti označuje nejnižší intenzitu podnětu, kdy si jedinec bolest uvědomuje.

Rozdíly mezi lidmi ve vnímání bolesti a reakcích na ni jsou velice individuální a odvislé rovněž i od etnika a kultury, v níž jedinec vyrůstá. Základní postoj k bolesti, reakci na ni a její zvládnání si utváříme již v dětství. Tolerance k bolesti souvisí s emočním laděním člověka, s významem, který jí člověk přikládá, s očekáváním, které s jejím pocítěním vzniká a s dřívější zkušeností s tímto počítkem.

Při terapii bolesti ve zdravotnickém zařízení používáme tzv. škálu měření bolesti. „Existují způsoby chování, které jsou obtížně přístupné přímému psychologickému posuzování nebo vůbec jakémukoliv pozorování. V takových případech se nabízí možnost přimět zkoumanou osobu, aby na škále („rating scale“) posoudila sama sebe...“¹² Pro dospělé pacienty používáme nejčastěji numerickou stupnici na níž pacient označí intenzitu své bolesti dle daných kritérií číslem. V určeném časovém odstupu po podání analgetik zaznamenáme jejich účinek.

Do života člověka může zasáhnout i bolest psychická – duševní. Je to prožívání různých životních útrap a těžkostí.

¹² KERN, Hans, MEHLOVÁ, Christine, NOHL, Hellfried, et al. *Přehled psychologie*. 1. vyd., Praha: Portál, 1999. ISBN 80-7178-240-8. Str. 219-220

Postihuje i fyzicky zdravé jedince, může však být stejně silná a nesnesitelná, jako bolest fyzická. Také na tuto bolest se používá farmakoterapie. Jako jeden z dlouhodobě negativně působících činitelů se může odrazit v podobě somatického onemocnění nebo vést k dezorganizaci chování postiženého jedince.

Bolest dále rozdělujeme na *akutní* a *chronickou*.

- Akutní bolest:

Vzniká na základě mechanického dráždění či nemoci. Při zvýšené intenzitě představuje pro jedince silnou zátěž. Organismus na ni reaguje změnou fyziologických pochodů, jako je již výše uvedené zvýšení krevního tlaku, zvýšením hladiny glukózy v krvi, dále prohloubením dýchání, zvýšením svalového napětí.

Bolest je symptomem (příznakem), takže ji léčíme kauzálně. Abychom snížili intenzitu bolesti můžeme použít mimo analgetik i psychologické prostředky, kterými navodíme u nemocného svalové uvolnění. Nejjednodušší technikou je odvedení pozornosti, projevy empatie, rozhovor s nemocným.

- Chronická bolest:

Je příznačná tím, že její příčina není známa nebo je její příčina neodstranitelná. Výraznější fyziologická reakce se neobjevuje, ale postižený prožívá bezmocnost, mnohdy nastoupí deprese, poruchy spánku, snižuje se sexuální pud, dochází také k omezení sociálních kontaktů a uzavírání se do sebe.

Chronickou bolest lze nejlépe ovlivnit terapeutickými prostředky, často se objeví skrytý psychický problém. Dále se používají relaxační techniky, imaginativní techniky či kognitivně – behaviorální postupy, které jsou založeny na předpokladu, že u duševně zdravých lidí myšlení a postoje podstatným způsobem ovlivňují jejich prožívání a chování. Cílem této techniky je odstranit pocit bezmocnosti a u klienta vytvořit důvěru v sebe sama, posílit jeho sebevědomí.

1.4 POTŘEBY

Autorů, jež se věnovali klasifikaci lidských potřeb je celá řada, uvedu třídění podle nejznámějšího představitele amerického psychologa Abrahama Maslowa. Vypracoval širokou teorii motivačního systému osobnosti, kterou nazývá hierarchická teorie potřeb. Ta vychází z jeho bohatých klinických zkušeností, které interpretoval v rámci introspektivně humanistického přístupu. Teorii předchází šestnáct tezí o motivaci. V první z nich se říká, že jedinec je integrovaný a organizovaný celek, což znamená, že každá potřeba je vždy výrazem celého jedince. Potřeby a s nimi korelující motivy jednání rozdělil na nedostatkové (deficitní) a růstové (rozvojové). Nedostatkové se hlásí tehdy, jestliže organismus postrádá něco, co je podmínkou k přežití a životu (např. potrava, ale i sebeúcta a nutnost někam sociálně a psychicky patřit). Jsou-li tyto potřeby postačujícím způsobem uspokojené, člověku se hlásí potřeby růstové a kvalitativně vyšší (tvořivost, vztah ke kráse, pravdě atp.).

Maslow sestrojil tzv. pyramidu potřeb, kde základnu tvoří tzv. *bazální potřeby* (fyziologické a potřeba určité kvality prostředí – teplo, kyslík, potrava, tekutiny atd.). Následující potřeby, které shrnuje pod název *bezpečí a jistota*. Do vyšší oblasti spadají *potřeby sociální* – sounáležitost a láska. Další místo patří *potřebám uznání* (dosáhnout úspěch, získat souhlas). Páté místo zauímají *kognitivní potřeby* (vědět, rozumět a zkoumat). Výše jsou *estetické potřeby* a vrchol jeho pyramidy tvoří *potřeby seberealizace* (nalézt sebenaplnění a realizovat se).

Aby byly naplněny potřeby z vyššího stupně této pomyslné hierarchie, předpokládá se dostatečné uspokojení potřeb vývojově nižších (ležících níže). Také je nutné říci, že ne každý člověk dosáhne naplnění všech potřeb, tedy i pomyslné špičky pyramidy. Někdy dochází i k přeskočení jednotlivých stupňů,

pak se jedná o kompenzaci či to, co psychologové nazývají náhradním uspokojením. Světoznámým příkladem je svědectví z knih V. E. Frankla, kterého ani koncentrační tábor nezlomil, aby přestal hledat nejvyšší smysl života.

2. ČLOVĚK V ROLI PACIENTA

2.1 NEMOC

Nemoc je „...porucha harmonie biologicko – somatických potřeb [...] reakce organismu na infekci, traumatizaci psychickou, akutní či vleklou, na poruchu rovnováhy uvnitř organismu či mezi organismem a prostředím.“¹³

„Hranice mezi zdravím a nemocí nemusí být vždy jednoznačně stanovitelná – někdy mohou chybět jakékoli objektivně zjištělé příznaky nemoci, avšak člověk se přesto necítí zdravý, některé nemoci naopak mohou existovat, i když člověk subjektivně nepocítuje žádné příznaky. Kromě toho inkubační doba řady zvláště infekčních nemocí navozuje podmínky chorobného stavu, přestože objektivní ani subjektivní příznaky nemoci dosud nevyvstaly.“¹⁴ Pojem nemoc má široký obsah, proto pro pochopení jejích hlavních dimenzí se používá ekvivalentů užívaných v anglosaské terminologii: „disease“ označuje fyzický prožitek nemoci, jehož dlouhodobým či trvalým důsledkem může být poškození, oslabení či újma („impairment“). „Illness“ zahrnuje psychický prožitek nemoci („stonání“) a jako dlouhodobý či trvalý stav může figurovat v podobě určité nezpůsobilosti nebo vady („disability“). Rovněž další anglické slovo „sickness“ znamená chorobu či nemoc a jeho eventuální dlouhodobé či trvalé sociální důsledky vyjadřuje pojem „handicap“.

¹³ HARTL, Pavel, HARTLOVÁ, Helena. *Psychologický slovník*. 1. vyd., Praha: Portál, 2002. ISBN: 80-7178-303-X. Str. 345

¹⁴ VÝROST, Jozef, SLAMĚNÍK, Ivan, et al. *Aplikovaná sociální psychologie II*. 1. vyd., Praha: Grada, 2001. ISBN: 80-247-0042-5. Str. 21

Fáze nemoci:¹⁵

- Šok: se objevuje u mnoha pacientů, jež sdělená diagnóza překvapila. Projevuje se jako psychické ustrnutí na jedné straně a zděšené chování na straně druhé. Obě formy se mohou v čase střídat. Z psychologického hlediska jde o mentální odpoutávání se od reality.
- Usebrání: přichází po fázi šoku. V tomto období dochází k návratu do reality, avšak ve změněné psychické formě, kdy pacient pociťuje obavy, strach, zármutek, pocity bezmoci. Myšlení a emoce jsou výrazně negativní.
- Stažení ze hry: dochází ke změně pohledu na danou situaci a k přemítání nad dalším postupem.
- Tvorba programu k řešení krize: udržení celkové rovnováhy je hlavním cílem člověka jako bio – psycho – sociální jednotky. Nemoc je narušením této rovnováhy, to je třeba odstranit a stav vyrovnat.

2.2 JAK SE STÁVÁME PACIENTY

Objevující se příznaky nemoci ohlašují možnou změnu životního rytmu daného člověka.

Než se nemocný rozhodne jít k lékaři, vytváří se v jeho psychice subjektivní představa vlastního zdravotního stavu, která mu pomáhá zorientovat se v dané situaci. Pacient se snaží určit nemoc, která ho zasáhla, představuje si příčiny změny zdravotního stavu, časovou dimenzi trvání nemoci, její následky a léčitelnost. Několik autorů vytvořilo model rozhodování, zda jít či nejít k lékaři. Uvedme „Zolův model pěti momentů, které uvádějí v činnost chování při narušení zdraví“.¹⁶

¹⁵ Podle: KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie nemoci*. 1. vyd., Praha: Grada Publishing, 2002. ISBN 80-247-0179-0.

¹⁶ *Ibit.*

1. Do jaké míry je daný člověk znepokojen až poděšen příznakem, který se u něho objevil.
2. Jaké povahy a kvality je tento příznak.
3. Do jaké míry tento příznak ohrožuje vzájemný vztah daného člověka s druhými lidmi, zvláště s lidmi mu nejbližšími (s tzv. primární skupinou lidí) – např. v rodině, v zaměstnání, ve skupině přátel atp.
4. Do jaké míry překáží objevení zdravotního problému uskutečnění zamýšlené činnosti – např. dovolené, prázdninového výletu, dokončení vědecké práce atp.
5. Jaké sociální sankce stojí v pozadí dané situace – např. zda zaměstnavatel vyhrožuje danému pracovníkovi propuštěním, nebude-li se léčit, zda manželka odmítá s manželem žít, když se nebude léčit atp.

Nechť vůči návštěvě lékaře podmiňují i další faktory jako jsou předcházející zkušenosti, osobnost nemocného či nižší socioekonomická vrstva. Lidé z této vrstvy méně často sami vyhledávají lékaře.¹⁷

To jsou faktory, které zasahují do psychiky člověka stíženého nemocí a dle individuálního prožívání se podílejí na tom, zda člověk k lékaři půjde či ne a v jakém časovém horizontu.

2.3 BOJ S NEMOCÍ

Každý člověk má vytvořenou tzv. *kognitivní reprezentaci nemoci*. Je to myšlenkový obraz o nemoci, který je v obecném povědomí v dané kulturní oblasti. Tento obraz si vytváříme již od dětství. Samozřejmě jinou představu má člověk, který se již s danou nemocí setkal a jiný ten, který s ní do styku dosud

¹⁷ Podle: FELDMANN, Harald. *Kompendium lékařské psychologie*. Praha: Victoria Publishing, [asi 1994]. ISBN: 80-85605-67-8.

nepřišel. Podle myšlenkové představy o nemoci se řídí i pacientovo pochopení daného příznaku, jeho vztah k nemoci a jeho chování.¹⁸

Při vlastním řešení situace nemoci se v posledních letech uplatňují tzv. *kognitivní modely zvládnání nemoci*¹⁹ pacientem. Kladou důraz na myšlenkovou stránku lidské psychiky. Na pacienta pohlíží jako na řešitele problému, který směřuje k navození „normálního“ stavu zdraví. Tento proces je rozdělen do tří fází. V první probíhá interpretace situace. Pacient shromažďuje informace podle vlastních kognitivních schémat a podle kognitivních schémat jiných lidí. Poté identifikuje svou nemoc a udělá si představu o dalších dimenzích své situace. Druhá fáze zahrnuje vlastní proces boje s nemocí. Ten je závislý na individualitě člověka a odehrává se v aktivní či pasivní rovině. Aktivní rovina znamená, že člověk vyhledá lékaře či volí alternativní způsoby řešení nemoci. Jinými slovy vypracuje si vlastní představu o vhodném postupu, což je mu zdrojem motivace. Zaujetí pasivní - únikové strategie je stažením se do ústraní a „ignorováním“ nemoci. V určitých případech je třeba tento postoj vnímat jako že pacient „...sbírá duševní síly k následujícímu náporu.“²⁰ Třetí fáze obsahuje vyhodnocení účinnosti použitých prostředků.

V této souvislosti popíšeme způsoby zaujetí postoje pacienta k nemoci:

- Realistický: situaci nemoci akceptuje
- Heroický: hrdinský, překonává se
- Bagatelizující: nemá náhled na situaci, zlehčuje ji, nepřipouští si její vážnost

¹⁸ Podle: KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie nemoci*. 1. vyd., Praha: Grada Publishing, 2002. ISBN 80-247-0179-0.

¹⁹ Ibit.

²⁰ Ibit. Str. 33

- Repudiační: popření, zapuzení nemoci, její neléčení, nevědomá forma disimulace
- Hypochondrický: vyhledávání nemoci, zveličování příznaků
- Nozofobní: strach z nemoci, střídání lékařů, přehnaná hygiena
- Nozofilní: láska k nemoci
- Účelový: nemoc slouží jinému účelu

Posledním bodem v boji člověka s nemocí je znovunalezení normálního stavu. Pro tento stav byla vypracována *teorie kognitivní adaptace*,²¹ která rozlišuje tři aspekty. Prvním je hledání smysluplnosti v tom, co se s člověkem děje, poznání příčin toho co se stalo, což je podstatné pro vyrovnání se se změněnou situací a ujasnění si pohledu do budoucna. Mnohým lidem tak náhle vyvstane problém hledání smyslu života, což jim může pomoci „...k prohloubení sebepojetí a k jeho změnám ve směru vyšší osobní zralosti.“²² Dalším objevujícím se faktorem je sebeovládnutí, což znamená, že člověk získá pocit osobní možnosti řídit danou situaci. Při zvládnutí těchto komponent je třeba, aby okolí i zdravotníci posilovali pacientovo kladné sebehodnocení, což je zásadní determinanta dobrého psychického stavu.

²¹ Podle: KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie nemoci*. 1. vyd., Praha: Grada Publishing, 2002. ISBN 80-247-0179-0.

²² Ibit. Str. 40

2.4 PACIENT VE ZDRAVOTNICKÉM ZAŘÍZENÍ

Zpočátku zaměříme pozornost k pacientům, kteří jsou v *ambulantním léčení*. Tímto způsobem léčby nedochází k tak významnému omezení životního stylu člověka jako v lůžkovém zařízení, i když léčení chronické nemoci²³ s sebou jistou zátěž nese. Při návštěvě ambulantního lékaře je pacient víceméně sám odpovědný za svou léčbu. Mimo individuálních zvláštností člověka, které ovlivňují dodržování léčby (míra osobní odpovědnosti za sebe sama), zasahují do léčení jiné faktory, které mohou pozitivně nebo negativně ovlivnit pacienta k dodržování léčebných pokynů daných lékařem.²⁴

Kladně na pacienta působí, když:

- je přesvědčen, že to, co mu lékař doporučuje, skutečně pomůže.
- pokud se lékař nechová nadřazeně a umí vést s pacientem přátelský dialog, v němž je pacient chápán jako partner.
- lékař by měl být ochoten pacientovi naslouchat, měl by mít dobré komunikační vlastnosti a kladný emocionální vztah k pacientovi.
- ze strany pacienta pozitivně působí sociální opora okolí.
- když svou nemoc chápe jako vážnou a má k lékaři kladný postoj.

²³ Chronická nemoc: „Ch. onemocnění probíhají méně prudce než akutní, jejich příznaky jsou však přítomny více méně trvale – někdy mohou být sotva patrné (remise), jindy se naopak prudce zhoršují (exacerbace). [...] některá onemocnění mají ch. ráz od samého počátku [...] jiná se stávají chronickými po opakovaných nebo neléčených akutních nemocech...“ Definice podle: VOKURKA, Martin, HUGO, Jan, et al. *Velký lékařský slovník*. 4. aktualizované vyd., Praha: Maxdorf, 2004. ISBN: 80-7345-037-2. Str. 380

²⁴ Podle: KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie nemoci*. 1. vyd., Praha: Grada Publishing, 2002. ISBN 80-247-0179-0.

Mezi negativní vlivy, které působí na nedodržování pokynů lékaře patří:

-dlouhé hledání lékařské péče, dlouhá čekací doba, dlouhé léčení (z pohledu pacienta).

-komplikované léčení, příliš mnoho léků, nepříjemná chuť léku, harmonogram braní léku v disharmonii s pacientovým členěním dne.

-pokud pacient nevidí zlepšení nebo se jeho stav zhoršuje.

-dalšími aspekty jsou kulturní a etnické prostředí, kde se nepovažuje za moc důležité poslouchat rady lékaře.

-pokud pacient vidí, že příznaky již odezněly a nemá motivaci k pokračování v léčbě.

- když rady lékaře znamenají velkou změnu životního stylu či nechápe, jaký mají předepsané léky vztah k jeho onemocnění.

Výše uvedené momenty nám ukazují, jak zásadní roli hraje pozitivní vztah lékař – pacient. Vystává také důležitá role oboustranné kvalitní komunikace a v duchu holistického pojetí komplexní vnímání pacienta. Lékař má být ochoten vyslechnout pacienta, podat mu dostatek informací a ověřit si, zda tyto informace správně pochopil. Pokud je nastolen kvalitní a rovnocenný vztah lékaře se zdravotní sestrou, který vnímá i pacient, mám za to, že zdravotní sestra může převzít roli prostředníka mezi lékařem a pacientem.

Do *nemocnice* přichází velice málo klientů z vlastního rozhodnutí. Křivohlavý uvádí, že až 98% pacientů je do nemocnice odesláno praktickým lékařem a pouze 2% nemocných lidí přichází do nemocnice přímo (např. z důvodu úrazu). Člověk přicházející k praktickému lékaři se domnívá, že jeho zdravotní stav není tak závažný a předpokládá léčení na bázi spolupráce. Po zjištění, že je třeba, aby se se svou nemocí odevzdal do péče zdravotnického zařízení se dostává do náročné

psychické situace neboť nemoc je závažnější, než se doposud domníval.²⁵

Vymětal píše, že „Pobyt v nemocnici je pro každého člověka významnou událostí. Signalizuje jednak závažnost zdravotního stavu, ale i možnosti lepší diagnostiky a terapie. Pro „zkušené“ pacienty, pokud subjektivně příliš netrpí, hraje pobyt v nemocnici nejednou i pozitivní sociální úlohu [...]. Pro staré lidi však bývá – a oprávněně – nemocnice spojována s místem, kde se umírá. Většinou však u lidí, kteří musí do nemocnice, převládají v různé míře obavy a strach, pociťují nejistotu a touží po lidské blízkosti. Bylo zjištěno, že relativně menší obavy z pobytu v nemocnici mají lidé s jasnou diagnózou, kteří zde vidí místo pomoci a útočiště, na rozdíl od těch, jejichž zdravotní obtíže jsou nejasné etiologie a diagnosticky problematické. Míra strachu též souvisí se známostí prostředí...“²⁶

Na pacienta v nemocnici působí prostředí nemocnice, celkový dojem z budovy, kvalita navigace v areálu, členění oddělení, úprava a množství lůžek na pokoji, společenská místnost, složení a celková nálada personálu, informace, služby nemocnice. Často se u lůžka pacienta střídá řada lékařů (vizita, lékař konající službu, lékař specialista), mnozí z nich se pacientovi nepředstaví, často ani nevyslechnou co má vlastně za potíže, ať už z nedostatku znalostí správné komunikace s pacientem, nebo z důvodu malé časové rezervy. Položí mu několik dotazů, někdy jen formálních, odchází a pacient už je třeba nikdy nevidí. Zde vyvstává otázka, zda by zdravotnický personál neměl absolvovat kurzy sociální komunikace s pacientem.

²⁵ Podle: KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie nemoci*. 1. vyd., Praha: Grada Publishing, 2002. ISBN 80-247-0179-0.

²⁶ VYMĚTAL, Jan. *Lékařská psychologie*. 1. vyd., Praha: Psychoanalytické nakladatelství, 1999. ISBN: 80-86123-08-1. Str. 136

Během hospitalizace se pro pacienta mnohé mění a to i v jeho psychice. Je předmětem péče mnohých lidí a ti jsou hlavními aktéry jeho života, ne on sám. Nemůže dělat, co by on sám chtěl, musí dělat co mu určí druzí a tak, jak to určí. Je nucen změnit svůj životní rytmus, svoje návyky a rituály. Dostává se do relativní sociální izolace. Málokdy rozumí tomu, co se s ním děje. Jeho emocionální stav je především v negativním ladění. Nemalý negativní vliv má také to, že v našich podmínkách má léčení spíše charakter poslouchání autorit, nežli spolupráce, což je pro člověka, který je zvyklý plně řídit svou situaci psychicky značně náročné.²⁷

Negativní stránky pacientova života v nemocnici:²⁸

- Depersonalizace: ztráta své sociální identity.
- Neosobní jednání: pro řadu lidí, lékařů i ostatních pacientů je pouze případem.
- Rozhovory: pacient byl zvyklý vést rozhovory s druhými lidmi, nyní je tím, komu se moc nenaslouchá, který je na mnohé tázán a často se k němu mluví příkazem.
- Potřeby: jsou v nemocnici uspokojovány ve velice omezeném množství oproti životu ve vlastním prostředí člověka. Jsou zaměřeny na zdravotní potřeby a na bazální potřeby. Ani spektrum bazálních potřeb však není naplněno zcela. Problém vzniká u dlouhodobě hospitalizovaných pacientů, kdy dochází k psychické deprivaci.
- Aktivita: dobrý pacient je „pasivní“ pacient. To se očekává i od toho, kdo je ve svém civilním životě zvyklý být velice aktivní.
- Bolest: člověk jako pacient prožívá mnohé bolesti. Vnímání bolesti je u každého člověka individuální a projevy bolesti by neměly být zdravotníky podceňovány.

²⁷ Podle: KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie nemoci*. 1. vyd., Praha: Grada Publishing, 2002. ISBN 80-247-0179-0.

²⁸ Ibit.

- Informovanost: klient má řadu otázek a potřebu informací. Dostává se na řadu vyšetření, o kterých často nikdy neslyšel.
- Sebekontrola: v řadě pokusů se zjistilo, že pokud člověk nemá možnost kontrolovat dění kolem své osoby, zvyšuje se jeho psychické napětí. Již samotný pobyt v nemocnici dostává mnoho pacientů do stavu distresu.²⁹

2.5 NÁROČNÉ ŽIVOTNÍ SITUACE

Člověk je v průběhu celého života nucen adaptovat se na měnící se podmínky. Během svého vývoje si osvojuje způsoby, kterými složité situace řeší a překonává, aby opět dosáhl životní rovnováhy. Zátěžové životní situace dělíme na prosté a zvýšené, které zdravý jedinec zvládá obvyklými osvojenými způsoby či aktivací psychických rezerv. Hraniční a extrémní životní situace v nichž zátěž překračuje míru přizpůsobivosti člověka mohou vyvolat poruchy chování, v krajním případě i poruchy osobnosti. Osvojené adaptační mechanismy se tehdy ukazují jako nedostatečné a vedle přiměřených reakcí se objevují i neadekvátní prvky jako vývojově nižší způsoby chování, obranné mechanismy a manévry či různé funkční poruchy.

Způsobu zvládání životních těžkostí se věnoval například Křivohlavý ve své knize Psychologie zdraví. „...definice zvládání z pera R. S. Lazaruse: „Zvládáním se rozumí proces řízení vnějších i vnitřních faktorů, které jsou člověkem ve stresu hodnoceny jako ohrožující jeho zdroje.“ V jiné definici Lazaruse

²⁹ Distres: „zvláštní forma *stresu*; na rozdíl od stresu je distres vždy vědomý a vede k pozorovatelným změnám; subjektivně je vnímán jako neschopnost vyrovnat se s kladenými nároky a s pocitem, že subjekt sám nad situací, nebo i nad sebou, ztrácí kontrolu.“ Definice podle: HARTL, Pavel, HARTLOVÁ, Helena. *Psychologický slovník*. 1. vyd., Praha: Portál, 2002. ISBN: 80-7178-303-X. Str. 117

říká: „Jádrem zvládnání je využívání snah (jak intrapsychických, tak typu určité aktivity) řídit (monitorovat, ovládnout, minimalizovat, zmenšovat, tolerovat) vnitřní či vnější požadavky, které těžce doléhají na člověka (a konflikty mezi nimi).“ Od těchto snah zvládnout těžké situace je třeba odlišit tzv. zvládací reakce (coping reactions), které jsou přirozené (vrozené). Ty probíhají obvykle bez účasti našeho vědomí (automaticky)...“³⁰

Následky extrémní zátěže bývají přechodné a normalizační situace zpravidla mizí. V některých nepříznivých případech mohou zanechat trvalé změny hlavně v emocionální oblasti. Nemoc spadá do situací, které mohou pro jedince znamenat vysokou zátěž, a tak v této souvislosti často vystupují *maladaptivní projevy nemocných*. Lidé s neadaptivními znaky tvoří v populaci značné procento, uvádí se přes čtyřicet procent. Je popsáno šestnáct možných neadaptivních reakcí.³¹

- *Agresivní chování*: obrací se vůči zdravotníkům, spolupacientům, návštěvám. Může mít podobu přenesené fyzické i psychické agrese, kdy se nemocný chová útočně proti slabším objektům, nešetrného zacházení s věcmi, zlobných nálad, autoagrese, sebeobviňování, výčitek svědomí. Krajní mezí je sebevražda.
- *Negativismus*: nejčastěji se projevuje vzdorovitým chováním. Klient dělá to, co je mu zakázáno, nebo nedoporučeno a odmítá jednat dle doporučení zdravotníků. Projevuje se i snahou upoutat na sebe pozornost. Často vzniká v důsledku silného pocitu závislosti na druhých.

³⁰ KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie zdraví*. 2. vyd., Praha: Portál, 2003. ISBN: 80-7178-774-4. Str. 69-70

³¹ Podle: JOBÁNKOVÁ, Marta, BOUCHAL, Milan, HÁJKOVÁ, Jiřina, et al. *Vybrané problémy psychologie zdravotnické činnosti*. 2. vyd., upravené, dotisk. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1992. ISBN 80-7013-127-6.

- *Únik*: projevuje se jako reálný útěk, nebo trváním na propuštění do domácího léčení před dokončením nutných léčebných procedur. Často únik vzniká jako vyhýbání se určité situaci, z níž má nemocný strach, nebo její oddalování. Projevuje se např. slovními výmluvami, únikem do žertu, denním sněním.³² Někdy má podobu přenášení odpovědnosti na jiné osoby a v případě nezdaru, také jejich obviňováním. I nemoc sama může být únikem od problémů, které vyvolávají v člověku nezvladatelné psychické napětí.
- *Egocentrismus*: projevuje se především v tom, že pacient je zaujatý svými problémy natolik, že ztrácí schopnost vidět a vnímat problémy lidí kolem sebe. U některých pacientů se objevuje touha být středem pozornosti. Pacient sám si svoje projevy nemusí plně uvědomovat.
- *Projekce*: souvisí s technikami racionalizace. Pomáhá pacientovi snižovat jeho vlastní pocit viny.
- *Identifikace*: může sehrát pozitivní úlohu, pokud se nemocný identifikuje s člověkem, který podobnou nemoc prodělal a nyní je zdravý. Může se také identifikovat s lékařem, sestrou či spolupacientem, jež u něho vyvolají sympatie a jejichž názory převezme. Negativní působení identifikace vzniká pokud pacient přijme nevhodný názor nebo se identifikuje se spolupacientem, který zemřel.
- *Mechanismy kompenzace*: pacient může pocit snížené hodnoty sebe sama kompenzovat v oblasti, která se

³² Denní snění: „...jde o spontánní proud fantazií a myšlenek v bdělém stavu, proud, který je vzdálen okamžité situaci a věci se odehrávají jinak, než tomu bývá v reálném světě snícího.“ Definice podle: HARTL, Pavel, HARTLOVÁ, Helena. *Psychologický slovník*. 1. vyd., Praha: Portál, 2002. ISBN: 80-7178-303-X. Str. 547

vznikem tohoto pocitu souvisí (hráč tenisu stížený paraplegií³³ pokračuje ve hře dál i jako vozíčkář) nebo ve zcela jiné oblasti. Mechanismy kompenzace se projevují způsobem společensky pozitivním či naopak negativním.

- *Racionalizace*: vystupuje v rozličných podobách. Racionalizace stávající situace, svého chování, vyhlídek do budoucnosti.
- *Izolace*: způsob řešení, které člověku umožňuje vyhnout se některým zátěžím, zklamáním, neúspěchům. Únikem do izolace se zakládají budoucí svízelné situace, neboť trvalá izolace je nemožná.
- *Regrese*: se projevuje rozličnými způsoby. Může se týkat způsobů chování, reorganizací hierarchie hodnot a motivů (nejzřetelněji se projevuje u dětí, kde má podobu tzv. věkového regresi – dítě se vrací k úrovni, kterou již překonalo).
- *Fixace*: se projevuje hlavně ztuhlým, nepružným, nepřizpůsobivým jednáním, které neodpovídá potřebě řešit a překonávat situace, ve kterých se nemocný nachází.
- *Rezignace*: se objevuje nejčastěji tehdy, trvá-li nemoc a její léčení již dlouho a potíže přetrvávají nebo se dokonce zhoršují. Projevuje se pasivním, lhostejným apatickým vztahem k zátěži. Často ji doprovází depresivní pocity bezmocnosti.
- *Represe*: k potlačení u nemocných dochází v důsledku popření tužeb, cílů, přání i pohnutek, které měli, a jež se staly vzhledem k nemoci nereálnými.
- *Opačné reagování*: spočívá v chování, které je protichůdné skrytým přáním a motivům.

³³ Paraplegie: „úplné ochrnutí [...] poloviny těla, obv. dolní (tj. obou dolních končetin).“ Definice podle: VOKURKA, Martin, HUGO, Jan, et al. *Velký lékařský slovník*. 4. aktualizované vyd., Praha: Maxdorf, 2004. ISBN: 80-7345-037-2. Str. 650

- *Disociace*: se projevuje například pověřčivostí, rituálními úkony, předváděním svých teoretických znalostí, atd.
- *Substituce*: projevuje se nahrazením jinou činností.

3. OSOBNOST A ROLE ZDRAVOTNÍKA

V souvislosti sociálně pedagogického působení ve zdravotnické praxi je nutné se věnovat požadavkům na osobnost v pomáhající profesi. Níže jsou uvedeny požadavky na profesi zdravotníka, možnosti sebevýchovy osobnosti a problémy, které s sebou pomáhající profese přináší.

3.1 PROFESE ZDRAVOTNÍKA

Práce zdravotnického pracovníka je náročným povoláním, které vyžaduje umění humánního a empatického přístupu k lidem „...má být ohleduplný a citlivý, chápavý a šetrný, vnímavý a přemýšlivý...“ Vykonávání profese provází řada náročných pracovních situací, proto „Vyrovnaná osobnost zdravotníka je pro nemocného souborem harmonizujících zevních podnětů, jejich vliv se podílí na jeho uzdravení. Žádoucí je vystupování klidné, přiměřeně sebevědomé, ne však povýšené, [...] Zdravotníkovi prospěje, dovede-li [...] vidět situaci očima nemocného, vcítit, vžít se do něho...“³⁴

Aby byla práce zdravotníka kvalitní a efektivní, je třeba umět přistupovat ke klientům jako k individualitám. A tuto individualitu vnímat jako osobnost v celé komplexitě bio-psycho-sociálních vztahů. Toto je základ jednání, vedoucího ke spokojenosti pacienta a následnou zpětnou vazbou také ke spokojenosti zdravotníka.

³⁴ JOBÁNKOVÁ, Marta, BOUCHAL, Milan, HÁJKOVÁ, Jiřina, et al. *Vybrané problémy psychologie zdravotnické činnosti*. 2. vyd., upravené, dotisk. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1992. ISBN 80-7013-127-6. Str. 136

Chybí-li individuální přístup k lidem, ztrácí práce v pomáhající profesi účinnost. To je často spojené s nedostatkem odborné úrovně, nedostatečnou přemýšlivostí, profesionální únavou až deformací, s nadřazeností. Tyto faktory, které mají jako vše svůj následek, snadno vedou k problémům, nezdarům, nedorozuměním, konfliktům a neshodám. Stávají se i nedostatkem v obrazu zdravotníka o vlastní pracovní činnosti, zdrojem menšího pracovního uspokojení a menší spokojenosti se sebou samým.

Důležitou složkou práce je kvalita interpersonálních vztahů na pracovišti, účinná spolupráce, která je neslučitelná s nepružným, na sebe zaměřeným, nepřemýšlivým a necitlivým jednáním s okolím.

Faktory podílející se na úspěchu práce sestry:³⁵

- Sociální vnímavost a schopnost vcítění.
- Zkušenosti.
- Realismus v pohledu na sebe i na druhé.
- Znalosti o struktuře osobnosti a vazbách, které ji ovlivňují.
- Znalost posuzovacích metod, včetně vědomí chyb a omylů, kterých se posuzovatel může dopustit.
- Znalost psychologické terminologie, která umožňuje sdělovat výsledky posouzení druhého člověka, třeba pacienta, jiné sestře nebo lékaři jednoznačně a úspornými prostředky.
- Znalost základů sociální psychologie, především vzhledem k mezilidskému kontaktu a faktorům, které jej ovlivňují (vnímání člověka člověkem, vzájemné působení v mezilidských situacích).

³⁵ Podle: JOBÁNKOVÁ, Marta, BOUCHAL, Milan, HÁJKOVÁ, Jiřina, et al. *Vybrané problémy psychologie zdravotnické činnosti*. 2. vyd., upravené, dotisk. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1992. ISBN 80-7013-127-6.

- Při poznávání pacientů schopnost spojovat poznatky medicínské s psychologickými.

Negativní faktory v práci sestry:

Zdravotnický pracovník prochází řadou svízelných situací nejen v osobním, ale i pracovním životě, kdy je podroben např. nepřiměřeným úkolům a požadavkům na něho kladeným, vznikajícím problémovým situacím, konfliktním situacím at' se spolupracovníky či s pacienty, zažívá i náročné stresové situace. Ačkoliv u zdravotníků působí profesionální výběr, vzhledem k procentuálnímu rozšíření maladaptivních projevů v populaci (přes 40%), musíme počítat s tím, že se tito lidé budou objevovat i ve zdravotnictví a v určitých situacích budou zdrojem problémů. Typy maladaptivních projevů, jsou popsány již v kapitole druhé, Člověk v roli pacienta. Sestry s neadaptivními projevy, které ve zdravotnických zařízeních potkáváme, dělíme do několika typů³⁶:

- *Sestry náladové*: v euforické, povznesené náladě mohou podceňovat zodpovědný přístup k práci, přehlížet problémy, pokyny a ošetrovatelské standardy. Mohou být zdrojem dobré nálady, ale mohou jejími projevy také své okolí obtěžovat. Tento typ sester vedeme ke kázni a zdrženlivosti. Sestry s pokleslou, depresivní náladou přenášejí na nemocné svou skepsi, proto povzbuzujeme jejich aktivitu.
- *Sestry psychastenické*: se dále dělí na úzkostlivé, které mohou své vlastní potřeby stavět nad potřeby pacientů, těžce nesou změny a nejbližší jim je zaběhnutý systém práce. Jsou spolehlivé, ale nejsou flexibilní. Jejich přednost je v tom, že jsou schopné i velmi dlouhodobé práce s nemocnými při malých či problematických výsledcích. Schizothymní typy

³⁶ Podle: JOBÁNKOVÁ, Marta, BOUCHAL, Milan, HÁJKOVÁ, Jiřina, et al. *Vybrané problémy psychologie zdravotnické činnosti*. 2. vyd., upravené, dotisk. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1992. ISBN 80-7013-127-6.

sester bývají dobrými odbornicemi, ale pro stesky, potíže a potřeby pacienta nemají pochopení. Obhajují si svůj svérázný systém práce a často mají pichlavý, zraňující humor. Sestry citově chladné, jež také patří do této kategorie, mívají pro svou necitelnost vůči pacientům snížené uplatnění.

- *Sestry podezřivé:* bývají problémem pro svou vztahovačnost, podezřívavost, stálou připravenost odhalit nekalý úmysl. Často v sobě živí pocity křivdy a zneuznání. Pro tyto vlastnosti bývají neoblíbeny u spolupracovníků i u pacientů. Stávají se ohniskem konfliktů a sporů.

- *Sestry hysterické:* rády hrají roli s magickým kouzlem osobnosti. Hledají zajímavé případy, o kterých pak mohou hovořit. V nemocném dokáží vzbudit očekávání, které pak nesplní. Nejsou vhodné pro oddělení, kde má léčba zdoluhavý charakter.

- *Sestry přecitlivělé:* mají měkkou, zranitelnou, citlivou povahu, nerady samy rozhodují a nesou zodpovědnost. Uplatní se v sektoru, kde je citlivý přístup k nemocným zvláště cenný.

- *Sestry popudlivé:* jsou problémem pro své zlostné výbuchy. Je třeba, aby pocítily, jaké nepříjemnosti si mohou svým nevhodným jednáním způsobit.

Účinným řešením je sestry s neadaptivními projevy a chováním zařadit na pracovní pozici, ve které minimalizujeme jejich negativní působení na okolí a kde mohou projevit své přednosti.

3.2 SEBEVÝCHOVA ZDRAVOTNÍKA

Na kvalitu mezilidských vztahů a sociální komunikace a to nejen v profesi pomáhajícího pracovníka, ale i v běžném životě pozitivně působí dostatečné sebepoznání. Jeho zdroji jsou odpovědi na otázky jak se vidíme my sami, jak nás vidí druzí a

jaké jsou naše výkony ve srovnání s vrstevníky. Je to schopnost uvědomit si sebe sama, vlastní meze, příčiny emocionálního stavu, své přednosti i nedostatky, zahrnuje také ochotu a schopnost vyvodit pro sebe potřebné závěry v oblasti práce na sobě a výchovy sebe sama. Zdroji sebepoznání jsou tedy reflexe a sebereflexe. Reflexe je schopnost kriticky si uvědomit vlastní pozici ve společnosti, sebereflexe je pak konfrontací našeho reálného a ideálního sebeobrazu. Při této činnosti si ujasňujeme kdo jsme, odkud a kam směřujeme, co chceme dělat a důvody našeho konání. Sebeoznání je tedy předpokladem sebevýchovy.

Sebeoznání není snadným procesem, ale v pomáhajících profesích je důležitým činitelem. Je spojeno s introspekci (sebepozorováním), což je registrace vlastního chování za určitý časový úsek, nejlépe jeden den. „Člověk by se měl naučit věnovat náležitou pozornost svým emocím, popřípadě afektům. Je-li schopen si je uvědomovat a pozorovat, může to vést k postupné eliminaci nežádoucích emočních reakcí.“³⁷

Sebevýchova se týká charakterových osobnostních rysů jedince, které zahrnují chování k sobě samému i navenek. Charakter se utváří během vývoje jedince, není geneticky podmíněný. Schopnost a aktivní snaha poznat sama sebe, udělat se dobrým člověkem, jednat čestně, a ochotně nezištně pomáhat druhým s sebou nese velmi pozitivní účinky na lidskou psychiku, odrazí se v celém životě, stejně tak, jako přístup opačný.

Dalším aspektem je vytváření sebevědomí. To se formuje již v dětství, pod vlivem mnoha vnitřních i vnějších faktorů (jakého hodnocení se dítěti dostává od osob, které jsou pro něho důležité). Je výsledkem vlastního sebehodnocení – toho, jak si sám sebe člověk váží.

³⁷ JANKOVSKÝ, Jiří. *Etika pro pomáhající profese*. 1. vyd., Brno: Triton, 2003. ISBN: 80-7254-329-6. Str. 66

Sebevědomí je psychický stav, jehož součástí je nepřítomnost nejistoty, ostychu nebo rozpaků, je doprovázený klidnou vírou v sebe a své schopnosti bez stop přeceňování se nebo podceňování se.³⁸

Vážným problémem v pomáhající profesi může být nízké sebevědomí, neboť jeho zdrojem jsou nerozhodnost, úzkostnost, pasivita, zahanbení, pocity viny, nekompetentnosti atd.

3.3 PROBLÉMY POMÁHAJÍCÍCH PROFESÍ

„...služba druhým vyžaduje od těch, kteří ji hodlají poskytovat, určité osobní dispozice, vzdělání a mnohdy i ochotu přinášet oběti.“³⁹

Člověk v pomáhající profesi musí dodržovat humánní a empatický přístup ke klientovi a etické zásady. Některá povolání mají formulovaný i etický kodex (příloha číslo jedna, etický kodex České lékařské komory a příloha číslo dvě etický kodex České asociace sester). Mnohé pomáhající profese kladou na pracovníky nepřiměřenou zátěž, bez přístupu k psychickému uvolnění (např. možnost supervizí) a ta může v kombinaci s dalším druhem vysoké zátěže (např. v osobním životě) vést až k naprostému vyčerpání či tzv. syndromu vyhoření.

Mnozí lidé nastupují do pomáhající profese s velkými ideály, očekáváním, vysokou motivací i cíli. Mezi zdroje, které se na vyhoření podílí se uvádí pocit nutkání namísto povolání, neschopnost slevit ze svého tempa, snaha udělat vše sám, přehnaná pozornost k cizím problémům, soustředěnost na detaily, nereálná očekávání, rutinní práce, nesprávný pohled na životní priority, odmítání ze strany druhých.

³⁸ Podle: VÍZDAL, František. *Techniky poznávání osobnosti*. Brno: Institut mezioborových studií, 2005.

³⁹ JANKOVSKÝ, Jiří. *Etika pro pomáhající profese*. 1. vyd., Brno: Triton, 2003. ISBN: 80-7254-329-6. Str. 157

Příčinou vyčerpání může být jakákoliv dlouhotrvající nebo vleklá zátěž a lze ji charakterizovat podle převažujících negativních pocitů v člověku. „Syndrom vyhoření se projevuje také fyzickým, emocionálním a mentálním vyčerpáním, ale vše je v zásadě důsledkem chronické zátěže spojené s dlouhodobým nasazením pro jiné lidi.“⁴⁰

Projevy vyhoření:⁴¹

- Tělesné vyčerpání: objevuje se chronická únava a celková slabost. Člověk je náchylný k nemocem, úrazům, selháním. Trpí bolestmi, poruchami spánku, poruchou stravovacích návyků.
- Emocionální vyčerpání: převládá pocit bezmoci a beznaděje. Převažuje podrážděnost, negativní ladění.
- Duševní vyčerpání: člověk má negativní postoj k sobě, okolí a zejména k práci. Je typické, že z práce se postupně vytrácí lidský rozměr. Ostatní lidi, hlavně ty, o něž má pečovat, vyhaslý člověk vidí jako příčinu svých obtíží.

Zajímavý je vztah mezi naplněním smyslu života a vyhořením. Lidé, kteří svůj život vnímají jako naplněný, uspokojivý nejsou syndromem vyhoření ohroženi tolik, jako lidé, kteří tento pocit nemají.

Prevencí těchto negativních stavů je naučit se relaxačním technikám a užívat je co nejdříve po zátěži. Člověk by měl udržovat pozitivní mezilidské vztahy v rodině i mezi přáteli. Celoživotním vzděláváním se brání upadnutí do stereotypu, pocitu bezvýchodnosti a mělo by být vedením podporováno. Pracovníkům by se mělo dostávat průběžného ocenění od nadřízených. Organizace by měla také zabezpečit podmínky pro obnovu sil svých podřízených.

⁴⁰ JANKOVSKÝ, Jiří. *Etika pro pomáhající profese*. 1. vyd., Brno: Triton, 2003. ISBN: 80-7254-329-6. Str.158

⁴¹ Podle: ibit.

4. SOCIÁLNĚ PEDAGOGICKÉ OVLIVŇOVÁNÍ PACIENTŮ

Jak již bylo řečeno, vedle somatického onemocnění, které k nám pacienta přivedlo je třeba brát v úvahu i jeho psychickou stránku (např. motivy, charakter) a sociální stránku (socioekonomickou situaci), což jsou důležité vztahové veličiny onemocnění a pacientova života v nemoci. Ovlivňují totiž pohled pacienta na nemoc, jeho dodržování léčebného režimu a z dané situace můžeme odvodit následující psychické reakce.

V této kapitole budou popsány situace, v nichž se člověk v roli pacienta ocitá a kde je kvalitní sociálně pedagogická pomoc pomáhajícího pracovníka nutným předpokladem k psychické spokojenosti nemocného a k jeho aktivnímu a kvalitnímu podílu na léčení.

Sociálně pedagogické ovlivňování pacientů chápu jako působení na nemocného člověka v komplexním slova smyslu, pomoc v oblastech jeho života, které tuto pomoc vyžadují. Níže jsou zpracovány problémy z nemocničního prostředí, které do dané tematiky spadají.

Základnu dyády zdravotník – pacient tvoří vzájemný pozitivní vztah a kvalitní komunikace. Nutným předpokladem je efektivní aktivita zdravotníka.

4.1 VZTAH ZDRAVOTNÍK - PACIENT

Vztah zdravotníka s pacientem se prolíná celým diagnosticko – léčebným procesem. Je určován vzájemným očekáváním a bývá zdrojem vzájemných komunikačních a postojových nedorozumění.

Zpočátku je nutno říci co tyto sociální role obnášejí. Role zdravotníka je formální rolí, sociálně akceptovanou,

předpokládá nezištnost a obětavost. Také dominanci, rozhodnost, aktivitu a osobní zájem. Předpokládá odborné znalosti. Pro nemocného nese fakt, že je nucen a má být ochoten se svěřit zdravotníkům do péče. Role pacienta nese pro člověka mnoho změn ve vztahu k sobě i jeho okolí. K této úloze patří podřízení a dříve i trpná pasivita, která je moderní medicínou odmítána. Dnes se pacient aktivně zapojuje do léčebného procesu a spolurozhoduje o svém léčebném procesu. (Pacient podepisuje souhlas s hospitalizací v nemocnici, souhlas s terapeutickým výkonem, s anestezií při operaci atd.)

„S rolí nemocného bývá spojen názor, že na své nemoci **nenese vinu**, stejně tak že **nemůže za své projevy**, jež jsou v přímém vztahu a důsledku s jeho onemocněním. [...] K roli pacienta dále patří, že se **chce uzdravit** a že bude ve všech směrech s lékařem **spolupracovat**.“⁴²

Pacient přichází k lékaři s očekáváním že bude uzdraven. Čeká empatii, ke svým problémům, psychickou podporu a dostatek informací. „Lékař počítá, že s ním nemocný plně spolupracuje, což je **jeden z největších omylů**, jichž se dopouští, neboť běžný pacient skutečně spolehlivě spolupracuje tehdy, jestliže se cítí být pacientem. Při subjektivním zlepšení jeho zdravotního stavu musíme pacienta neustále ke spolupráci motivovat, protože jinak přestává naše pokyny dodržovat.“⁴³ V očekávání zdravotníků se objevují fenomény jako očekávání důvěry pacientů a požadavek vedení. „Lékař od pacienta očekává, že mu sdělí pravdivě všechny vyžádané informace včetně informací důvěrného rázu [...] a že se nechá vyšetřit i v nejintimnějších oblastech. Dále má lékař tendenci považovat za samozřejmost, že nemocný strpí narušování vlastní tělesné integrity, bolestivé i zraňující manipulace, jež „statečně vydrží“,

⁴² VYMĚTAL, Jan. *Lékařská psychologie*. 1. vyd., Praha: Psychoanalytické nakladatelství, 1999. ISBN: 80-86123-08-1. Str. 80

⁴³ Ibid. Str. 80

stejně jako že se podrobí úkonům, které jsou nebo mohou být pro něho nebezpečné...“⁴⁴

Přenos a protipřenos jsou termíny, které vyjadřují vliv dětských vztahů a zkušeností k subjektivně vnímaným osobám na chování člověka v dospělosti, kdy tento model přenáší na ostatní. Pro přenos ve směru zdravotník pacient se používá termín protipřenos. Rozeznáváme tři základní typy přenosu:

- Pozitivní: projevuje se myšlením, prožíváním a chováním, kde převažuje sympatie a náklonnost.
- Negativní: v myšlení, prožívání a chování je přítomen hněv, nepřátelství, strach, podezíravost apod.
- Ambivalentní: v myšlení, prožívání a projevu člověka se současně projevují výše uvedené pozitivní i negativní kvality.

Tyto fenomény mohou vzájemný vztah dosti komplikovat a ukazuje se jako žádoucí, aby si jich byl zdravotník vědom jak u sebe, tak s možností jejich projevu u svých pacientů.

Základem terapeutického vztahu je schopnost pomáhajícího pracovníka vcítit se do druhého, navázat s ním empatický vztah a navodit pocit důvěry. Pokud se tyto požadavky podaří splnit spolu s adekvátním chováním, je vytvořena poměrně stabilní základna pro vzájemný kvalitní vztah, neboť naše jednání se odráží v reakcích druhého.

Pokud splníme bazální požadavky pro vytvoření vztahu, je třeba „...získat nemocného pro **spolupráci** na vyšetření, léčbě, rehabilitaci a preventivních akcích, předcházet konfliktům jak mezi pacienty, tak mezi personálem a nemocnými i v řadách personálu. Zlepšit psychickou **atmosféru** oddělení po stránce lidské i provozní a tím přispět k psychické rovnováze vlastní i kolektivní. To je pak vklad do prevence neurotických výkyvů a

⁴⁴ VYMĚTAL, Jan. *Lékařská psychologie*. 1. vyd., Praha: Psychoanalytické nakladatelství, 1999. ISBN: 80-86123-08-1. Str. 81

psychosomatických poruch nejen u nemocných, ale také mezi zdravotníky.⁴⁵

4.2 KOMUNIKACE ZDRAVOTNÍK - PACIENT

Komunikace ve zdravotnictví má důležitou stránku verbální, nicméně neverbálních projevů zdravotníků si pacienti velmi pozorně všímají.

Z toho důvodu kontrolujeme soulad verbálních a neverbálních projevů jak u sebe, tak u pacienta. U zprávy rozlišujeme *aspekt obsahový a vztahový*⁴⁶ a *syntaktický*. Obsah zprávy je věcná informace, vztahový aspekt nám ukazuje, v jakém vztahu je vysílající k příjemcím, co si o něm myslí a k čemu by ho chtěl podnítit. V syntaktickém aspektu sdělení sledujeme volbu a skladbu prvků zprávy.

Nedorozumění vzniká proto, že přijímající účastník rozhovoru volí, na který aspekt sdělení zareaguje, proto je v lékařství důležité sledovat, zda pacient správně interpretoval situaci. O něco důležitější je třeba správné pochopení informace sledovat v ambulantní praxi, neboť po odchodu pacienta z ordinace, již lékař nemá možnost minimálně do další návštěvy pozorovat projevy nemocného.

Rozhovor sleduje různé cíle:⁴⁷

- Probíhá v něm výměna informací o nemoci, situaci, diagnóze, terapii.

⁴⁵ JOBÁNKOVÁ, Marta, BOUCHAL, Milan, HÁJKOVÁ, Jiřina, et al. *Vybrané problémy psychologie zdravotnické činnosti*. 2. vyd., upravené, dotisk. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1992. ISBN 80-7013-127-6. Str. 118

⁴⁶ Podle: KERN, Hans, MEHLOVÁ, Christine, NOHL, Hellfried, et al. *Přehled psychologie*. 1. vyd., Praha: Portál, 1999. ISBN 80-7178-240-8.

⁴⁷ Podle: FELDMANN, Harald. *Kompendium lékařské psychologie*. Praha: Victoria Publishing, [asi 1994]. ISBN: 80-85605-67-8.

- Dochází k navázání kontaktu. Velmi důležitý je vstupní rozhovor.
- Je třeba nemocnému zprostředkovat pochopení jeho nemoci, s ohledem na jeho chápání a zachováním citlivého přístupu.
- Rozhovor by měl obsahovat i emocionální podporu nemocného

V nemocniční praxi rozdělujeme několik *druhů rozhovoru* na rozhovor diagnostický, kdy získáváme od pacienta údaje o jeho dosavadním životě (anamnéza), informativní rozhovor, rozhovor obsahující rady a doporučení a terapeutický rozhovor, jež je zaměřen na změnu chování nebo postojů a psychoterapeutický rozhovor, zaměřený na léčbu psychogenních neurotických obtíží.⁴⁸

Při rozhovoru s pacientem se proto soustředíme nejen na obsah sdělení, ale i na způsob, jakým sdělujeme, kontext situace, naše celkové chování a projev našimi činy.

V této kapitole je třeba se zmínit také o *komunikaci s pacienty s neadaptivními znaky*⁴⁹, jež jsou uvedeny v kapitole druhé, Člověk v roli pacienta. Lidé s neadaptivními znaky tvoří v populaci značné procento, setkání s nimi je ve zdravotnickém zařízení tedy nevyhnutelné. Situace, které nemoc provázejí tyto projevy ještě povzbuzují a provokují. Vznikají tak problémy, které je třeba řešit. Nemá smysl se nad těmito pacienty pohoršovat či rozčilovat, protože jsou v jednání s nimi obtížné. Tím se situace většinou ještě zkomplikuje. Tito nemocní si svou povahu nevybrali úmyslně a některé jejich projevy nejsou

⁴⁸ Podle: FELDMANN, Harald. *Kompendium lékařské psychologie*. Praha: Victoria Publishing. ISBN: 80-85605-67-8.

⁴⁹ Podle: JOBÁNKOVÁ, Marta, BOUCHAL, Milan, HÁJKOVÁ, Jiřina, et al. *Vybrané problémy psychologie zdravotnické činnosti*. 2. vyd., upravené, dotisk. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1992. ISBN 80-7013-127-6.

výsledkem špatného úmyslu. Zdravotník by měl správně rozpoznat, v čem jsou jejich povahové vlastnosti zdrojem neadaptivních reakcí. V komunikaci s těmito lidmi je účinné z jejich povahy vycházet. Není třeba je ve všem omlouvat a jejich neadaptivní projevy tak povzbuzovat. Odvodme si zásady jednání s nimi.

- *Pacienti náladoví:* vyžadují pozornost v odchylkách od vyrovnané nálady. Povznesenou, euforickou náladu je třeba vhodným způsobem tlumit. Pacienti takto naladění mají tendenci podceňovat svůj zdravotní stav a nedodržovat léčebný režim. Mohou svou nezdrženlivostí obtěžovat spolupacienty i personál. Vedeme je ke kázni a umírněnému chování. Pozor na osoby, jejichž nálady kolísají až k depresi! Pacienti s pokleslou náladou velmi potřebují a uvítají občasné přátelské a laskavé povzbuzení ze strany zdravotníků.

- *Pacienti hysteričtí:* zpočátku snášejí hospitalizaci bez problémů. Problém se objeví, když se pro ně choroba stane formou vězení, brání jejich touze po novém, po svobodě. Chtějí být středem pozornosti, rádi se prezentují jako zajímavé případy. Svým chováním mohou vzbudit ve zdravotnících nedůvěru a může dojít k přehlédnutí sdělení, které mohou být pro jejich stav opravdu závažné.

- *Pacienti přecitlivělí:* jsou snadno zranitelní a mohou reagovat depresí, únikem, rezignací, izolovaností. Neradi sami rozhodují, odpovědnost se snaží přenést na druhé. Vyžadují šetrné zacházení.

- *Pacienti popudliví:* mají tendenci reagovat afektivními výbuchy, často zlostného charakteru. Je dobré je zbytečně neprovokovat, ale také jejich chování neomlouvat. Jsou za ně plně odpovědní. Účinné je dát jim pocítit jaké důsledky jejich chování má.

Další specifikum komunikace tvoří lidé handicapovaní. Ty dělíme na osoby zdravotně postižené, blíže smyslově a fyzicky.

Zásady komunikace se smyslově postiženými jsou uvedeny v příloze číslo tři. U fyzicky postiženého pacienta probíhá komunikace zcela běžným způsobem a je třeba se toho držet a nejednat s ním, jako by byl nesvéprávný. S mentálně postiženými komunikujeme s ohledem na jejich inteligenci, ale hlavně je třeba mít na paměti, že i tento člověk vyžaduje informace o léčebném procesu, v pravdě mnohem více, než zdravě uvažující osoba. Pokud mentálně retardovaný člověk nemá dostatek informací o situaci v níž se ocitá, může reagovat silně agresivním či hysterickým způsobem.

4.3 KONKRÉTNÍ SOCIÁLNĚ PEDAGOGICKÉ SITUACE PRO PŘÍMÉ PŮSOBNÍ ZDRAVOTNÍKA

Aby bylo dodrženo kvalitní ošetřovatelské působení na pacienta, počaly teoretické výzkumy, jak postihnout péči o člověka v komplexním smyslu. Nastíním modely několika autorek, které vytvořily ošetřovatelský model práce s pacientem.

Mezi nejznámější patří Model Majory Gordonové, který vznikl ve Spojených státech amerických v osmdesátých letech, v Evropě se začal uplatňovat v létech devadesátých. Představuje systémový přístup k pacientovi a navádí ke kritickému myšlení v rámci kompetencí při získávání informací a hodnocení zdravotního stavu. Podstatou modelu je poznání stavu pacienta v době zdraví a ve stádiu nemoci a na základě tohoto rozdílu se stanoví ošetřovatelské problémy, vytvoří se ošetřovatelské diagnózy a ošetřovatelský plán. Gordonová se zaměřila na dvanáct oblastí lidského života. Je to vnímání svého zdravotního stavu a aktivity pacienta k udržení zdraví. Dále sledujeme na výživu a metabolické funkce. Zde člověk vypovídá o svých stravovacích návicích, příjmu tekutin, kvalitě a kvantitě konzumovaných potravin. Třetí oblastí je vylučování, kde

zjišťujeme např. jeho způsob a pravidelnost. Dále nás zajímá aktivita, cvičení, způsoby spánku a odpočinku. Následně zjišťujeme způsoby vnímání a poznávání, patří sem otázka zvládnání bolesti a poznáváme kvalitu kognitivních funkcí. Sedmou oblastí je sebepojetí a sebeúcta, zaměříme se na způsob neverbálních projevů, dále plnění rolí, kvalitu mezilidských vztahů, sexualitu a reprodukční schopnost, stres, zátěžové situace, jejich zvládnání a toleranci. V následující oblasti se zaměříme na poznání životních hodnot pacienta, víry, přesvědčení a jiných důležitých problémů či informací, které nám chce pacient sdělit. Tento model v sobě nese mnoho intimních otázek, pacient má právo neodpovídat.

Model Florance Nightingalové je založen na principu úpravy a ovlivňování prostředí a to v oblasti fyzikální, psychologické i sociální. Ošetrovatelský model Oremové je zaměřen na sebepéči pacienta. Paní Hendersenová ve své koncepci staví za cíl dosáhnout co nejvyššího stupně soběstačnosti u klienta. Známe ještě další modely práce s pacientem, každé středisko používá model dle své filosofie.

Většinou až po roce 2000, se začaly ošetrovatelské modely používat i v českých nemocnicích. Věřím v jejich účinnost, pomohou pacientovi překlenout hospitalizaci příjemněji neboť působí v duchu holistické péče. Ovšem musím také zmínit, že v českých nemocnicích dle mého názoru není dostatek personálu, který by pacientům mohl věnovat tolik pozornosti, kolik by bylo nutné a administrativní činnost v podobě zpracovávání ošetrovatelských plánů působí spíše jako zatěžující a negativní faktor.

Informovanost pacienta:

Zdravotnický personál by měl klientovi zajistit potřebné množství informací a aktivně tuto potřebu u pacientů vyhledávat. Pro pacienta jsou informace základním pilířem

celého procesu léčení. Při příchodu k pacientovi je třeba se představit, zjistit jak dalece je informován a zajistit doplnění informací, které pacient chápe jako chybějící či nedostatečné. V podmínkách našeho zdravotnictví se pacient dostává do styku hlavně se zdravotními sestrami. Ty, dle určených kompetencí podávají informace. Pokud má pacient deficit v oblasti týkající se informací o zdravotním stavu zajistí pacientovi konzultaci s lékařem. Ve všech případech je třeba zajistit klientovi maximální rozsah informací, které vyžaduje o průběhu léčení, diagnostických a terapeutických výkonech. Zahrnutí klienta do rozhodování o průběhu terapeutického procesu příznivě působí na jeho psychiku.

V rámci výzkumu účinku informací na psychiku pacientů, kteří měli prodělat závažný zdravotní výkon se zjistilo, že pacienty můžeme rozdělit na vyhýbavé a tzv. aktivní bojovníky. Vyhýbaví pacienti odmítali bližší informace o výkonu a ukázalo se, že násilné vnucení těchto informací na ně nemělo dobrý vliv. Klienti z druhé skupiny naopak čím více informací měli, tím lépe zvládli vážné lékařské výkony.⁵⁰

Příprava na diagnostický výkon:

Pokud pacienta čeká diagnostický výkon je třeba zjistit, zda je pacient s průběhem výkonu obeznámen, pokud není, doplnit informace s ohledem na jeho mentalitu a vzdělání. Dá se předpokládat, že má z výkonu strach, ten je třeba rozptýlit s ohledem na možné komplikace, které mohou nastat, vždy je ale nutné pacienta upokojit. Pro klienty trpící neodbouratelným strachem z výkonu je při jeho provádění vhodná metoda odvedení pozornosti.

⁵⁰ Podle: KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie nemoci*. 1. vyd., Praha: Grada Publishing, 2002. ISBN 80-247-0179-0.

Byly provedeny pokusy, které srovnávaly efektivitu podaných procesuálních a emocionálních informací pacientům před výkonem. Procesuální informace popisovaly technické detaily výkonu. Ve druhém případě byli pacienti informováni o emocích, které mohou výkon provázet. Ukázalo se, že informace týkající se emocí, s nimiž měl pacient počítat sice zpočátku vyvolaly velké vzrušení, ale měly větší pozitivní vliv na zvládnutí situace.⁵¹

Příprava na operaci:

Při přípravě na operaci je důležité klienta náležitě poučit o opatřeních, jež jsou nutné před operací dodržet (např. od půlnoci nejíst, nepít, nekouřit) doplnit informace, které si pacient žádá případně i zajistit konzultaci lékaře s pacientem, pokud dosud nebyla či má-li pacient nějaké další dotazy.

Edukace pacienta o postupu v léčebném procesu:

Znamená doplnění aktuálních informací a ověření si, zda je pacient správně pochopil. Vše dle jeho mentality a vzdělání. V této chvíli by měl být pacient poučen o preventivních opatřeních ve vztahu k nemoci.

Nácvik sebeobsluhy pacienta:

Často je kompetencí zdravotní sestry pomoci pacientovi v nácviku sebeobsluhy. Důležitým momentem je kontrola pacienta, zda pochopil edukaci správně a postupuje tak, aby se nepoškodil.

Psychologická podpora klienta:

Zdravotník by si měl všimnout, zda je klient v optimálním psychickém stavu. Pokud není, nastává čas se s pacientem zastavit a zjistit důvody, proč tomu tak není, poskytnout mu empatický rozhovor, případně zajistit návštěvu nemocničního psychologa, či psychiatra. Psychologickou podporu je třeba

⁵¹ Podle: KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie nemoci*. 1. vyd., Praha: Grada Publishing, 2002. ISBN 80-247-0179-0.

často poskytnout i blízkým osobám navštěvujícím pacienta v nemocnici. Zde je také možné zajistit konzultaci lékaře psychologa.

Trávení volného času:

Zdravotničtí pracovníci by měli dbát také o to, aby měl pacient vyplněný čas kdy odpočívá. V této chvíli je třeba zohlednit potřeby pacienta, které je možno v rámci nemocničního prostředí uspokojit.

Kvalita života:

„Kvalita života je velmi důležitou proměnnou mající vliv na průběh a výsledek léčení; přímo ovlivňuje spolupráci pacienta a podporuje (či tlumí) žádoucí stenizující osobní faktory, jež souvisejí s funkcí imunitního systému.“⁵²

Potřeby pacienta:

Zdravotnický personál by měl respektovat (samozřejmě v rámci morálních zásad a nemocničního řádu) potřeby pacienta, především bazální (potřeba spánku, klidu, tepla, čerstvého vzduchu atd.)

Sociální podpora:

Týká se jak pacienta, tak i jeho blízkých. Pro formální stránku zajišťující sociální péči o pacienty je ve zdravotnickém zařízení specializovaný pracovník. S méně závažnějšími sociálními problémy se snažíme klientovi pomoci vlastními silami. Např. zajistit kontakt s rodinou, se zaměstnavatelem atd.

Observace zdravotního stavu:

V prostředí nemocnice je samozřejmě bazálním základem kontrola zdravotního stavu pacienta a kvality vitálních funkcí. K tomu slouží monitorovací zařízení a ordinace lékaře, které má zdravotní sestra důsledně plnit.

⁵² VYMĚTAL, Jan. *Lékařská psychologie*. 1. vyd., Praha: Psychoanalytické nakladatelství, 1999. ISBN: 80-86123-08-1. Str. 138

Kontrola práce:

Týká se jak vlastní práce zdravotníka, tak i služebně mladších kolegů. Je nutná z důvodu nezměrného kvanta informací, které na pracovišti kolují a k zajištění kvalitní ošetrovatelské péče, kterou je nutné pečlivě, společnými silami budovat.

Preventivní působení:

K úkolům zdravotníka patří i osvěta obyvatel a preventivní působení v rámci celého spektra primární, sekundární i terciální prevence. Primární prevence se vztahuje k činnostem, rizikovému chování a nemocem, které člověka ohrožují. Sekundární prevence se zaměřuje na osoby přímo ohrožené a terciální prevence na osoby již postižené danou nemocí. Preventivní činnost znamená poskytnout člověku informace k dané problematice, vyslechnout jeho mínění a zapůsobit na to, aby se nepoškodil a neohrozil ostatní. Vše je třeba provádět nenásilnou, ale efektivní formou.

ZÁVĚR

Bakalářskou práci jsem se snažila koncipovat tak, aby byla shrnutá problematika nemoci a její komplexní účinek na lidskou psychiku, jejíž „nastavení“ a postoj člověka je zásadní determinantou v léčebném procesu.

Téma práce se ukázalo jako dosti široké, aby postihlo všechny aspekty vyskytující se v terapeutickém procesu.

Stanovený cíl - popsat psychiku člověka v roli pacienta, jeho prožívání nemoci, považuji vcelku za splněný, snažila jsem se postupovat v logickém směru od vzniku nemoci až po její léčení, kde se uzavírá problematika práce, sociálně pedagogické působení zdravotníků. Mimo zpracované problémy by bylo možné ještě rozpracovat problematiku zvládnání životních těžkostí.

Cíl, že práce popíše sociálně pedagogické prostředky, které je nutné v pomáhající profesi znát a vnímat, aby byla zajištěna dostatečná efektivita léčení a kvalita pacientova prožívání nemoci považuji za splněný. Uvedla jsem základy pro kvalitní sociální interakci, které se prolínají celou prací. V první kapitole byla obecně popsána komunikace a sociální interakce i s působícími negativními vlivy, druhá kapitola popisuje změny v psychice pacienta při prožívání nemoci, třetí popisuje pozitivní a negativní faktory v pomáhající profesi, navrhuje metodu sebepoznání a duševní hygieny. Čtvrtá kapitola konkrétně označuje, že je třeba nastolit efektivní vztah s pacientem a zaměřit se na vzájemnou komunikaci v léčebném procesu. Ošetřovatelské modely, které jsou pouze nastíněné v použití při ošetřovatelském procesu mohou být velkou oporou, práci jsem však psala v jiném duchu. Také si myslím, že se podařilo označit situace, ve kterých je třeba na pacienta pedagogicky působit, aby

se lépe mohl vlastními silami podílet na zlepšení svého zdravotního stavu.

Vzhledem k možnosti dalšího pokračování na dané tématice, bych pokyn pro kvalitní péči o pacienta shrnula v duchu přísloví „Chovej se k druhým tak, jak chceš, aby se oni chovali k tobě.“ Je třeba uvědomovat si člověka jako celistvou bytost, jež byla zasažena nemocí a teď s ní bojuje a umět vnímat také sebe sama jako člověka ve formální roli zdravotníka, kdy na jeho jednání jsou pacienti odkázáni.

RESUMÉ

Práce se zabývá sociálně pedagogickým působením na pacienty a jejím smyslem je shromáždění poznatků z literatury a autorčiných zkušeností tak, aby práce popsala jak dosáhnout optimální efektivity v léčebném procesu.

První kapitola popisuje obecné problémy lidské interakce a hlavní faktory ovlivňující člověka ve stavu nemoci.

Druhá kapitola popisuje jak nemoc zasahuje, působí a ovlivňuje prožívání člověka.

Ve třetí kapitole je popsána sociální role zdravotníka a faktory zasahující do jeho profese. Popisuje, jak zlepšit a udržovat zdravý vztah s lidmi v pomáhající profesi.

Čtvrtá kapitola se zaměřuje na vztah lékař – pacient, vzájemnou komunikaci a konkrétní problémy objevující se v terapeutickém procesu.

ANOTACE

Bakalářská práce je o efektivním pedagogickém působení na pacienty. Zdravotnický personál musí znát principy komunikace, musí být empatický a umět vytvořit pozitivní vztah s pacientem. Práce popisuje pacientovo prožívání nemoci.

Klíčová slova:

- Pacient
- Zdravotnický personál
- Holistický přístup
- Empatie
- Nemoc
- Zdravotnické zařízení

ANOTATION

The Bachelor work is about effective pedagogical influence of patient. The medical personnel must know principle of communication, must be emphatic and know how to create positive relationship.

Key words:

- Patient
- Medical personnel
- Holistic approach
- Emphatic
- Illness
- Health institution

POUŽITÁ LITERATURA

1. ATKINSON, Richard, ATKINSONOVÁ, Rita, SMITH, Edward, et al. *Psychologie*. 1. vyd., Praha: Victoria Publishing, a.s., 1995. ISBN 80-85605-35-X
2. DANZER, Gerhard. *Psychosomatika*. 1. vyd., Praha: Portál, 2001. ISBN: 80-7178-456-7
3. FELDMANN, Harald. *Kompendium lékařské psychologie*. Praha: Victoria Publishing, [asi 1994]. ISBN: 80-85605-67-8
4. HARTL, Pavel, HARTLOVÁ, Helena. *Psychologický slovník*. 1. vyd., Praha: Portál, 2002. ISBN: 80-7178-303-X
5. HELUS, Zdeněk. *Psychologie pro střední školy*. 2. vyd., Praha: Fortuna, 1998. ISBN: 80-7168-406-6
6. JANKOVSKÝ, Jiří. *Etika pro pomáhající profese*. 1.vyd., Brno: Triton, 2003. ISBN: 80-7254-329-6
7. JOBÁNKOVÁ, Marta, BOUCHAL, Milan, HÁJKOVÁ, Jiřina, et al. *Vybrané problémy psychologie zdravotnické činnosti*. 2. vyd., upravené, dotisk. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1992. ISBN 80-7013-127-6
8. KERN, Hans, MEHLOVÁ, Christine, NOHL, Hellfried, et al. *Přehled psychologie*. 1. vyd., Praha: Portál, 1999. ISBN 80-7178-240-8

9. KOHOUTEK, Rudolf. *Sociální psychologie*. Brno: Institut mezioborových studií, 2004.
10. KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Já a ty, o zdravých vztazích mezi lidmi*. 2. vyd., Praha: Avicenum, 1986.
11. KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie nemoci*. 1. vyd., Praha: Grada Publishing, 2002. ISBN 80-247-0179-0
12. KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie zdraví*. 2. vyd., Praha: Portál, 2003. ISBN: 80-7178-774-4
13. NAKONEČNÝ, Milan. *Encyklopedie obecné psychologie*. 2. rozšířené vyd., Praha: Academia, 1997. ISBN: 80-200-0625-7
14. RUSH, D. Myron. *Syndrom vyhoření*. 1. vyd., Praha: Návrat domů, 2003. ISBN: 80-7255-074-8
15. VÍZDAL, František. *Techniky poznávání osobnosti*. Brno: Institut mezioborových studií, 2005.
16. VOKURKA, Martin, HUGO, Jan, et al. *Velký lékařský slovník*. 4. aktualizované vyd., Praha: Maxdorf, 2004. ISBN: 80-7345-037-2
17. VYBÍRAL, Zbyněk. *Psychologie lidské komunikace*. 1. vyd., Praha: Portál, 2000. ISBN: 80-7178-291-2
18. VYMĚTAL, Jan. *Lékařská psychologie*. 1. vyd., Praha: Psychoanalytické nakladatelství, 1999. ISBN: 80-86123-08-1

19. VÝROST, Jozef, SLAMĚNÍK, Ivan, et al. *Aplikovaná sociální psychologie II*. 1. vyd., Praha: Grada, 2001. ISBN: 80-247-0042-5

SEZNAM PŘÍLOH

1. Etický kodex České lékařské komory
2. Etický kodex České asociace sester
3. Zásady komunikace se smyslově postiženými
4. Etický kodex práv pacientů

ETICKÝ KODEX ČESKÉ LÉKAŘSKÉ KOMORY*

Obecné zásady

1. Stavovskou povinností lékaře je péče o zdraví jednotlivce i celé společnosti v souladu se zásadami lidskosti, v duchu úcty ke každému lidskému životu od jeho počátku až do jeho konce a se všemi ohledy na důstojnost lidského jedince.
2. Úkolem lékaře je chránit zdraví a život, mírnit utrpení a to bez ohledu na národnost, rasu, barvu pleti, náboženské vyznání, politickou příslušnost, sociální postavení, sexuální orientaci, věk, rozumovou úroveň a pověst pacienta či osobní pocity lékaře.
3. Lékař má znát zákony a závazné předpisy platné pro výkon povolání a tyto dodržovat. S vědomím osobního rizika se nemusí cítit být jimi vázán, pokud svým obsahem nebo ve svých důsledcích narušují lékařskou etiku či ohrožují základní lidská práva.
4. Lékař je povinen být za všech okolností ve svých profesionálních rozhodnutích nezávislý a odpovědný.
- 5 Lékař uznává právo každého člověka na svobodnou volbu lékaře.

Lékař a výkon povolání

1. Lékař v rámci své odborné způsobilosti a kompetence svobodně volí a provádí ty preventivní, diagnostické a léčebné úkony, které odpovídají současnému stavu lékařské vědy a které pro nemocného považuje za nejvýhodnější. Přitom je povinen respektovat v co největší možné míře vůli nemocného (nebo jeho zákonného zástupce).

* Podle: <http://www.clk.cz/zakpred/predpis> 10.html

2. Každý lékař je povinen v případech ohrožení života a bezprostředního vážného ohrožení zdraví neodkladně poskytnout lékařskou pomoc.
3. Lékař musí plnit své povinnosti v situacích veřejného ohrožení a při katastrofách přírodní nebo jiné povahy.
4. Lékař má právo odmítnout péči o nemocného z odborných důvodů nebo je-li pracovně přetížen, nebo je-li přesvědčen, že se nevytvořil potřebný vztah důvěry mezi ním a pacientem. Je však povinen doporučit, a v případě souhlasu zajistit vhodný postup v pokračování léčby.
5. Lékař nemůže být donucen k takovému lékařskému výkonu nebo spoluúčasti na něm, který odporuje jeho svědomí.
6. Lékař nesmí předepisovat léky, na něž vzniká závislost nebo které vykazují účinky dopingového typu, k jiným než léčebným účelům.
7. Lékař u nevléčitelně nemocných a umírajících účinně tiší bolest, šetří lidskou důstojnost a mírní utrpení. Vůči neodvratitelné a bezprostředně očekávané smrti však nemá být cílem lékařova jednání prodlužovat život za každou cenu. Eutanazie a asistované suicidium nejsou přípustné.
8. U transplantací se lékař řídí příslušnými předpisy. Odběru tkání a orgánů nesmí být zneužito ke komerčním účelům.
9. Lékař je v zájmu pacienta povinen důsledně zachovávat lékařské tajemství, s výjimkou případů, kdy je této povinnosti souhlasem pacienta zbaven, nebo když je to stanoveno zákonem.
10. Lékař, který vykonává své povolání, je povinen odborně se vzdělávat.
11. Lékař je povinen při výkonu povolání vést a uchovávat řádnou dokumentaci písemnou nebo jinou formou. Ve všech případech je nutná přiměřená ochrana znemožňující změnu, zničení nebo zneužití.
12. Lékař nesmí své povolání vykonávat formou potulné praxe.

13. Lékař nesmí sám nebo po dohodě s jinými ordinovat neúčelné léčebné, diagnostické a jiné úkony ze zjištěných motivů. V rámci své pravomoci nesmí poskytovat odborně neodpovídající vyjádření, z nichž by plynuly občanům neoprávněné výhody.

14. Pokud lékař doporučuje ve své léčebné praxi léky, léčebné prostředky a zdravotní pomůcky, nesmí se řídit komerčními hledisky, ale výhradně svým svědomím a prospěchem pacienta.

15. Lékař se podle svého uvážení účastní na prezentaci a diskusi medicínských témat na veřejnosti, v tisku, v televizi, rozhlasu, musí se však vzdát individuálně cílených lékařských rad a doporučení ve svůj soukromý prospěch.

16. Lékař se musí zdržet všech nedůstojných aktivit, které přímo nebo nepřímo znamenají propagaci nebo reklamu jeho osoby a lékařské praxe a ve svých důsledcích jsou agitační činností, cílenou na rozšíření klientely. Nesmí rovněž tyto aktivity iniciovat prostřednictvím druhých osob.

17. Nový způsob léčení je možné použít u nemocného až po dostatečných biologických zkouškách, za podmínek dodržení Helsinské konvence a Norimberského kodexu, pod přísným dohledem a pouze tehdy, pokud pacienta nepoškozuje.

18. Lékař si má být vědom své občanské úlohy i vlivu na okolí.

Lékař a nemocný

1. Lékař plní vůči každému nemocnému své profesionální povinnosti. Vždy včas a důsledně zajistí náležitá léčebná opatření, která zdravotní stav nemocného vyžaduje.

2. Lékař se k nemocnému chová korektně, s pochopením a trpělivostí a nesníží se k hrubému nebo nemravnému jednání. Bere ohled na práva nemocného.

3. Lékař se má vzdát paternalitních pozic v postojích vůči nemocnému a respektovat ho jako rovnocenného partnera se všemi občanskými právy i povinnostmi, včetně zodpovědnosti za své zdraví.

4. Lékař je povinen pro nemocného srozumitelným způsobem odpovědně informovat jeho nebo jeho zákonného zástupce o charakteru onemocnění, zamýšlených diagnostických a léčebných postupech včetně rizik, o uvažované prognóze a o dalších důležitých okolnostech, které během léčení mohou nastat.

5. Zadržení informací o nepříznivé diagnóze nebo prognóze je možné individuálně v zájmu nemocného dle úvahy a svědomí lékaře. V těchto případech by měl lékař, pokud nemocný neurčil jinak, informovat rodinné příslušníky pacienta nebo osoby jemu blízké.

6. Lékař nesmí zneužít ve vztahu k nemocnému jeho důvěru a závislost jakýmkoliv způsobem.

Vztahy mezi lékaři

1. Základem vztahů mezi lékaři je vzájemně čestné, slušné a společensky korektní chování spolu s kritickou náročností, respektováním kompetence a přiznáním práva na odlišný názor.

2. Lékař v zájmu své stavovské cti i s ohledem na pověst lékařské profese nesmí podceňovat a znevažovat profesionální dovednosti, znalosti i poskytované služby jiných lékařů, natož používat ponižujících výrazů o jejich osobách, komentovat nevhodným způsobem činnost ostatních lékařů v přítomnosti nemocných a nelékařů.

3. Lékař kolegiálně spolupracuje s těmi lékaři, kteří současně nebo následně vyšetřují či léčí stejného pacienta. Předává-li z důvodných příčin nemocného jinému lékaři, musí mu odevzdat zjištěné nálezy a informovat ho o dosavadním průběhu léčby.

4. Lékař je povinen požádat dalšího nebo další lékaře o konzilium vždy, když si to vyžádají okolnosti a nemocný souhlasí. Je právem lékaře navrhnout osobu konzultanta. Závěry konziliárního vyšetření mají být dokumentovány zásadně písemnou formou a je povinností o nich informovat nemocného, se zvláštním důrazem tehdy, pokud se názory lékařů liší, a je

právem lékaře vzdát se dalšího léčení, pokud se nemocný přikloní k jinému názoru konzultanta.

5. Lékař musí svou praxi vykonávat zásadně osobně. Zastupován může být jen dočasně a to lékařem vedeným v seznamu České lékařské komory a splňujícím potřebné odborné předpoklady.

Lékař a nelékař

1. Lékař spolupracuje se zdravotními pracovníky vyškolenými v různých specializovaných činnostech. Pověří-li je diagnostickými nebo léčebnými úkoly a dalšími procedurami, musí se přesvědčit zda, jsou odborně, zkušenostmi i zodpovědností způsobilí tyto úkony vykonávat.

2. Lékaři není dovoleno vyšetřovat nebo léčit s osobou, která není lékařem a nepatří k zdravotnímu personálu. Tyto osoby nesmějí být přítomny ani jako diváci při lékařských výkonech. Výjimkou z uvedených zásad jsou osoby, které se u lékaře vzdělávají, nebo pracují v lékařských oborech a dalších osob s jejichž přítomností pacient souhlasí, pokud není lékařsky zdůvodněných námitek.

Příloha číslo 2

ETICKÝ KODEX ČESKÉ ASOCIACE SESTER*

Každý zdravotnický pracovník registrovaný v České asociaci sester vždy jedná tak, aby:

- hájil a podporoval zájmy jednotlivých pacientů a klientů;
- sloužil zájmům společnosti;
- jeho chování vzbuzovalo důvěru veřejnosti;
- prezentoval a dále zlepšoval postavení a dobrou pověst své profese.

Jako registrovaný pracovník jste osobně odpovědný za svou práci a v duchu své profesní odpovědnosti musíte:

1. jednat vždy takovým způsobem, abyste podporoval a hájil zájmy pacientů a klientů a uspokojoval jejich potřeby;
2. dbát na to, aby vaše jednání nebo opomenutí ve sféře vaší odpovědnosti nepoškodilo zájmy pacientů a klientů, nezhoršilo jejich stav nebo neohrozilo jejich bezpečnost;
3. chovat se k pacientům, klientům a jejich rodinám otevřeně a spolupracovat s nimi, podporovat jejich autonomii a respektovat jejich zapojení do plánování a poskytování péče;
4. respektovat jedinečnost a důstojnost každého pacienta a klienta, povahu jeho zdravotních problémů a reagovat na jeho potřeby péče bez ohledu na jeho etnický původ, náboženské přesvědčení, osobní vlastnosti nebo další podobný faktor;

* Podle: <http://www.cnaa.cz/chovani.php?PHPSESSID>

5. spolupracovat se zdravotnickými pracovníky i ostatními osobami, kteří se podílejí na poskytování péče, a respektovat jejich konkrétní přínos v týmové práci;

6. umět rozpoznat hranice svých znalostí a kompetencí a odmítnout všechny úkoly, které nejste schopni vykonat bezpečně a kvalifikovaně;

7. udržovat a zvyšovat své odborné znalosti a kompetence;

8. odpovědně osobě nebo příslušnému úřadu neprodleně oznámit veškeré problémy týkající se vašeho svědomí, které by mohly ovlivňovat výkon vaší profese;

9. vyhnout se zneužívání vašeho výsadního postavení ve vztahu k pacientům a klientům, k jejich majetku, bydlišti nebo pracovišti;

10. chránit všechny důvěrné informace týkající se pacientů a klientů, které získáte v průběhu výkonu svého povolání, a sdělovat je pouze:

- na základě souhlasu pacienta, klienta,
- na základě zproštění mlčenlivosti nadřízeným orgánem v tzv. důležitém státním zájmu,
- oznamovací povinnost ukládá povinnost zdravotníka oznámit trestný čin, týrání svěřené osoby nebo vraždu;

11. oznámit odpovědně osobě nebo příslušnému úřadu veškeré okolnosti, vyplývající z fyzického, psychického a sociálního prostředí, v němž péče probíhá, které by mohly ohrozit úroveň péče o pacienty a klienty;

12. oznámit odpovědně osobě nebo příslušnému úřadu veškeré

okolnosti, za nichž není možno poskytovat pacientům a klientům bezpečnou a odpovídající péči;

13. oznámit odpovědné osobě nebo příslušnému úřadu, domníváte-li se, že je v ohrožení zdraví a bezpečnost vašich kolegů, které mohou ohrozit úroveň jejich práce a péče;

14. v rámci vlastních znalostí, zkušeností a povinností pomáhat kolegům v profesi při rozvoji jejich odborných kompetencí a dalším spolupracovníkům z týmu poskytujícího péči i dobrovolníkům umožnit pracovat bezpečně tak, aby jejich činnost byla v souladu s jejich rolí

15. odmítat veškeré dary, privilegia a pohostinnost ze strany pacientů a klientů, o něž v současné době pečujete, které je možno považovat za pokus ovlivnit vás a získat vaši přednostní pozornost;

Příloha číslo 3

KOMUNIKACE SE SMYSLOVĚ POSTIŽENÝMI

Zásady komunikace s neslyšícími:

Postavte se před obličej do stejné výšky, ať je vám vidět na rty.

Dbejte na světlo a klid v místnosti.

Člověka upozorněte než začnete mluvit.

Nekřičte, mluvte pomalu a klidně.

Používejte jednoduché věty.

Kontrolujte svoji neverbální komunikaci.

Mějte trpělivost, informace opakujte.

Umožněte oddech.

Využívejte vhodných kompenzačních pomůcek.

Využijte služeb tlumočnicka do znakové řeči.

Pacienta nepovažujte za mentálně retardovaného.

Zásady komunikace s nevidomými a slabozrakými:

Představte se.

Nepohybujte se tiše, hlase příchod, odchod.

Vytvořte vhodné zvukové prostředí.

Vytvořte stabilní prostor.

Dodržujte přesnost a pořádek.

Hodně používejte popisné slovní informace.

Předem informujte o všem, co budete dělat.

Nepoužívejte slova: tady, tam.

Mluvte na pacienta ne na průvodce.

Nepovažujte nevidomého za mentálně retardovaného.

Vyvarujte se soucitu.

Příloha číslo 4

ETICKÝ KODEX PRÁV PACIENTŮ*

Pacient a jeho právo na:

- zachování mlčenlivosti o skutečnostech, které se zdravotnický pracovník dozvěděl v souvislosti s ošetřováním nebo léčbou veškeré informace o svém zdravotním stavu;
- získání potřebných informací pro zasvěcené rozhodnutí před zahájením nového diagnostického nebo terapeutického postupu; odmítnutí léčby a informace o důsledcích svého rozhodnutí;
- soukromí při ošetřování nebo léčbě;
- bezplatné preventivní vyšetření sledující zachování nebo zlepšení zdravotního stavu a aktivní přístup zdravotnického zařízení k preventivním prohlídkám;
- podílení se na kontrole poskytnuté zdravotní péče;
- nejméně jeden léčivý přípravek v každé skupině léčivých látek hrazený ze zdravotního pojištění;
- prostředek zdravotnické techniky, hrazený ze zdravotního pojištění v základním provedení nejméně ekonomicky náročném v závislosti na míře a závažnosti zdravotního postižení;
- úplný výpis z účtu a evidence své zdravotní pojišťovny;
- poskytnutí veškerých informací shromážděných ve zdravotnické dokumentaci vedené o jeho osobě a v jiných zápisech, které se vztahují k jeho zdravotnímu stavu;

*Podle: <http://forum.Czechmed.cz/nove/?q=hode/91>

- lékařskou službu první pomoci a ústavní pohotovostní službu;
- ošetření zdravotnickou záchrannou službou do 13 minut ve městě a 19 minut mimo město od přijetí tísňové výzvy s výjimkou případů hodných zvláštního zřetele;
- bezplatný výdej léků v lékárně, pokud není stanoven doplatek ze zákona;
- ohleduplný, citlivý a důstojný přístup při léčbě.

Podle Etického kodexu Centrální etické komise Ministerstva zdravotnictví ČR má pacient dále tato práva:

- právo znát jméno lékaře a dalších zdravotnických pracovníků, kteří ho ošetřují. 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;
- 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 musejí být prováděny 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;
- 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 poté, když mu bylo poskytnuto úplné zdůvodnění a informace o nezbytnosti tohoto předání a ostatních alternativách, které při tom existují. Instrukce, která má nemocného převzít do své péče, musí překlád nejprve schválit;

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