UNIVERZITA KARLOVA
1. lékařská fakulta

| | |
|---|---|
| Číslo výzvy: | 02_16_015 |
| Název projektu: | Zvýšení kvality vzdělávání na UK a jeho relevance pro potřeby trhu práce |
| Číslo projektu: | CZ.02.2.69/0.0/0.0/16_015/0002362 |
| Příjemce: | Univerzita Karlova |
| Řídící orgán: | Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy |

# Humanitní vědy I

*Studijní texty*

**pro studijní programy Všeobecná sestra a Intenzivní péče**

Dílo „Humanitní vědy I“ autora 1 LF UK je vydáno pod licencí Creative Commons BY-SA 4.0.

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

MINISTERSTVO ŠKOLSTVÍ, MLÁDEŽE A TĚLOVÝCHOVY

**Humanitní vědy I**

Editorský kolektiv:

Mgr. Jana Heczková, Ph.D.

Mgr. Miluše Kulhavá

Autorský kolektiv:

PhDr. Šárka Dynáková, Ph.D.

Mgr. Miluše Kulhavá

Mgr. Veronika Kulířová

Lenka Korfelová

Recenze:

Mgr. Pavla Kordulová

Ústav teorie a praxe ošetřovatelství

1. lékařská fakulta

Univerzita Karlova

Rok vydání: 2020

ISBN: 978-80-270-7782-3

# Obsah


**1. Základní proměnné osobnosti člověka ..... 6**

1.1. Osobnost ..... 6

1.1.1. Základní proměnné osobnosti ..... 7

1.1.2. Vlastnosti osobnosti ..... 8

1.2. Diagnostika osobnosti ..... 15

1.2.1. Pozorování ..... 15

1.2.2. Rozhovor ..... 17

1.3. Chyby v percepci a přijetí ..... 20

**2. Náročné životní situace ..... 24**

2.1. Úvod do problematiky ..... 25

2.1.1. Oblasti výskytu náročných situací ..... 25

2.1.2. Reakce člověka na náročnou situaci ..... 27

2.2. Nemoc jako náročná životní situace ..... 30

2.2.1. Sdělování nepříznivé informace lékařem ..... 31

2.2.2. Boj pacienta s nemocí ..... 32

2.3. Typy maladaptivních reakcí a chování ..... 33

**3. Formování postojů ke stáří, nevyléčitelné chorobě a smrti ..... 37**

3.1. Úvod do problematiky ..... 37

3.2. Formování postojů ..... 37

3.2.1. Formování postojů ke stáří ..... 38

3.2.2. Formování postojů k nevyléčitelné chorobě ..... 39

**4. Psychologická problematika přenosu, protipřenosu, sorrorigenie a iatrogenie ..... 47**

4.1. Problematika přenosu a protipřenosu ..... 47

4.1.1. Přenos ..... 47

4.1.2. Protipřenos ..... 49

4.2. Psychologická problematika sorrorigenie a iatrogenie ..... 49

**5. Syndrom vyhoření ..... 56**

5.1. Vymezení pojmu ..... 56

5.2. Příznaky a projevy syndromu vyhoření ..... 57

5.3. Fáze syndromu vyhoření ..... 59

5.4. Rizikové faktory ..... 61

5.5. Diagnostika ..... 62

5.6. Léčebná opatření ..... 64

5.7. Prevence ..... 65

**6. Problematika komunikace s handicapovaným pacientem ..... 72**

6.1. Terminologie ..... 72

6.2. Poruchy sluchu ..... 76

6.3. Poruchy zraku ..... 77

6.4. Vady řeči ..... 78

6.5. Tělesné znevýhodnění ..... 79

6.6. Mentální znevýhodnění ..... 79

**7. Psychologická problematika ženského lékařství ..... 83**

7.1. Úvod do problematiky ..... 83

7.2. Těhotenství z psychologického hlediska ..... 84

7.2.1. Pojetí psychologie těhotenství ..... 84

7.2.2. Období těhotenství ..... 86

7.3. Porod z psychologického hlediska ..... 90

7.4. Šestinedělí z psychologického hlediska ..... 92

7.5. Psychologická problematika umělého ukonční těhotenství a spontánního abortu ..... 94

7.6. Psychologická problematika gynekologického onemocnění ..... 96

**8. Vstup do zaměstnání jako náročná životní situace ..... 102**

8.1. Nástup do zaměstnání ..... 102

8.2. Adaptační proces ..... 102

8.2.1. Cíl adaptačního procesu ..... 103

8.2.2. Průběh adaptačního procesu ..... 103

8.3. Mentorování ..... 104

8.4. Supervize ..... 105

## Seznam tabulek

# 1. Základní proměnné osobnosti člověka

*PhDr. Šárka Dynáková, Ph.D.*

*Lenka Korfelová*

**Obsah kapitoly**

- Osobnost
- Diagnostika osobnosti
- Chyby v percepci a přijetí (zvláštnosti meziosobnostního vnímání)

Každý člověk je jedinečný, a to po své fyzické i psychické stránce. Každý s časem „roste“ tedy vyvíjí se. Měnil se v průběhu staletí a mění se i ze dne na den. Každého jedince ovlivňuje prostředí, životní styl, výchova a podmínky, ve kterých se nalézá.

## 1.1. Osobnost

Osobnost je pouze slovem. Podle toho, v jaké souvislosti se na něj zaměříme, v jaké souvislosti ho zmíníme, takový význam získá. Definic osobnosti je možné najít mnoho.

- V běžném životě je pro nás „osobnost“ někdo významný, pozoruhodný, a to hlavně v pozitivním smyslu.
- V psychologii je „osobnost“ chápána jako osobitost či jedinečnost. Jedinci se od sebe navzájem liší individuálními rozdíly. Takovou osobností je každý člověk. V psychologii je možné rozdělit osobnost, tedy celek, na jednotlivé složky zkoumání. Každá složka osobnosti má svou funkci. Složky osobnosti se navzájem ovlivňují (Říčan, 2010).

**Psychické jevy**

Popis a výklad psychických jevů je základem psychologie. Jedná se o vnímání vjemů, představy, vzpomínky, city, myšlenky, volní prožitky (Říčan, 2013).

Psychologie se zabývá strukturou, dynamikou, vývojem a patologiemi osobnosti. Vnímáním, představami, pamětí, myšlením, cítěním, vůlí, pozorností, vědomím a uvědomováním si sebe sama.

### 1.1.1. Základní proměnné osobnosti

Jedná se o determinanty osobnosti neboli faktory, které osobnost ovlivňují. Formování osobnosti probíhá celý život.

**Biologické faktory**

- Dědičnost – přenos informací a vlastností mezi generacemi. Nositelem dědičnosti je gen. Osobní předpoklady – vlohy.
- Nervová soustava – vrozené i získané změny – defektnost, intoxikace, stáří, …
- Aktuální zdravotní stav.
- Stimulace smyslových orgánů – od příjemných až po velmi nepříjemné pocity.

**Vnější faktory**

- Interpersonální vztahy – vliv situací na psychické jevy zkoumá „sociální psychologie“.
- Sociokulturní prostředí – vliv společnosti, kultury, rodiny, v níž se jedinec pohybuje. Převzaté vzorce chování, role.
- Výchova dítěte rodiči – rodina je přítomna ve všech kulturách. Seznamuje dítě s normami chování, s myšlením, zvyklostmi, tradicemi i zákony. Kombinují se v ní faktory: láska a neláska, odměna a trest, kontrola a nedostatek kontroly.
- Vztah dítě a matka – zacházení s dítětem od nejútlejšího věku. Míra tolerance vůči projevům dítěte a jeho schopnostem. Je doprovázena mírou a způsoby trestání (Nakonečný, 1997).

**Autoregulace**

Sami si vybíráme, které faktory na sebe necháme působit. Sami směřujeme naši osobnost např. vzděláním, zaměstnáním, volbou osob, se kterými vytváříme vztahy.

### 1.1.2. Vlastnosti osobnosti

Vlastnosti osobnosti chápeme jako projevy člověka. Jedná se o jeho charakteristické chování, prožívání, naladění, stálost. Jsou závislé například na pohlaví či věku. I přes dynamický vývoj osobnosti zůstávají některé vlastnosti trvale zachovány. Tyto vlastnosti jsou buď vrozené, nebo získané. Vrozené mají svou dědičnou složku osobnosti, která je dána vyšší nervovou soustavou a tělesnými zvláštnostmi. Získané vlastnosti se u člověka vyvíjí na základě interakcí s prostředím, výchovou či sebevýchovou.

Jedná se o (Kelnarová, Matějková, 2014):

- Temperament

  projevuje se např. v prožívání a chování jedince. Určuje dynamiku osobnosti,
- Vlohy

  biologické zvláštnosti, na základě, kterých se mohou rozvíjet schopnosti jedince,
- Fyzický vzhled,
- Rozdíly mezi pohlavími,
- Schopnosti,
- Zájmy,
- Charakter

  hodnotová orientace osobnosti.

#### 1.1.2.1. Temperament

Celkové citové ladění osobnosti. Nálada. Způsob volní a citové reaktivity. Temperament bychom mohli přirovnat k barvitosti. Je dán širokou škálou možností prožívat a projevovat se. Souvisí s emocemi osobnosti. Je jednou z relativně trvalých vlastností. Dá se předpokládat, že temperament, který se projeví v dětství, zůstane takový i nadále (Říčan, 2010).

Teorie 4 základních tělních tekutin, krve, žluči, černé žluči a hlenu (z řeckého sanguis, cholé, melan cholé a flegma). Nejznámější a nejstarší teorie temperamentu od Hippokrata (460 - 377 př. n. l.), později Galena (2. stol. př. n. l.) Dle převládající tekutiny vznikly 4 skupiny temperamentu.

- **Sangvinik**

  člověk aktivní, rychlý, veselý, společenský, optimistický, snadno se nadchne a rychle změní nepříliš hluboké citové naladění.
- **Cholerik**

  dráždivý, výbušný, snadno a rychle se rozhněvá, hněv však nemá dlouhého trvání, těžko se ovládá.
- **Melancholik**

  pomalý, přecitlivělý, city u něj vznikají pomalu, ale jsou trvalejšího rázu. Pro svůj výkon potřebuje více motivace.
- **Flegmatik**

  klidný až lhostejný. Nepodléhá náladám.

**Jungova teorie osobnosti**

Curyšský lékař Carl Gustav Jung (1875-1962) rozdělil osobnost na dva typy, které jsou snadno rozpoznatelné a jsou významné pro sociální chování. Z této teorie vychází mnoho jiných:

- **Extravert**

  je vstřícná, otevřená bytost, rychle a snadno navazující kontakty, bez obtíží se pouští do riskantních situací. Svou energii zaměřuje na objekt.
- **Introvert**

  je osobnost váhavá, do sebe uzavřená, defenzivní. Obává se vnějších objektů. Pozoruje. Svou energii zaměřuje na subjekt (Kern, 1999).

**Eysenckova teorie extraverze a introverze, neuroticismus**

Za základní rysy osobnosti považuje rovněž extraverzi a introverzi, ale zdůrazňoval biologickou složku jedice.

- **Extravert**

  člověk družný, společenský, který kolem sebe potřebuje mít dostatek lidí a přátel. Má rád vzrušení, nové příležitosti a risk. Je impulsivní, pohotový, bezstarostný, veselý a je plný optimismu. Snadno ztrácí náladu a trpělivost. Má sklony k agresivitě.

- **Introvert**

  je proti tomu tichý, rezervovaný, trpělivý a spolehlivý. Má rád řád a vše pod kontrolou. Raději se uzavírá do sebe a tráví čas s knihou spíše než ve společnosti. Klade důraz na dodržování pravidel a norem.

Neuroticizmus je vlastnost odvozená od člověka, který trpí duševní poruchou zvanou neuróza, jedná se o dimenzi emocionality. Eysenck tím rozšířil Jungovu teorii o vliv nervové soustavy.

- **Labilita**

  Člověk, označený jako labilní (instabilní) nebo neurotický, je neklidný, úzkostný. Snadno se podráždí, chybí mu sebedůvěra. Může trpět pocity méněcennosti, poruchami spánku. Dělá si zbytečné starosti.
- **Stabilita**

  Je protipólem lability. Je vyrovnaný, spolehlivý, uvolněný, bezstarostný a umí se ovládat.

**Kretschmerova typologie podle tělesné stavby**

Ve své práci německý psychiatr konstatoval existující souvislost mezi tělesnou stavbou a typem osobnosti a sklonem k některým onemocněním.

- **Pyknický typ**

  zakulacený, zavalitý, urostlý typ. Častěji sklon k veselému srdečnému chování.
- **Astenický typ**

  útlý až vyzáblý typ se sklony k obavám a úzkostnému chování.
- **Atletický typ**

  ideální postava, typ netrpící závažnými chorobami.

Existuje celá řada dalších typologií osobností.

### 1.1.2.2. Vlohy

Vlohy neboli dispozice jsou dány vrozenými genetickými zvláštnostmi jedince. Každá vloha je jistým biologickým předpokladem pro rozvoj schopností. Mohou být pozitivní i negativní např. sportovní zdatnost, cit pro hudbu, manuální zručnost, ale i hluchota.

Jak Kern (1999) uvádí ve své knize: „Vlohy jsou dané, prostředí je ale proměnlivé a je možné ho ovlivňovat interakcemi."

Helus (2011) jasně vyjadřuje, že se tato vrozená schopnost neboli vloha nemusí aktualizovat. Vloha je ovlivněna také usilovností každého jedince.

### 1.1.2.3. Schopnosti

Mluvíme-li o schopnosti jedince, tak mluvíme o výkonu, kterého je jedinec schopen pro úspěšné zvládnutí úkolu. Schopnost je podložena vrozenými vlohami. Rozvíjí se na základě zkušeností, interakcí. Jedná se např. o rychlost, přesnost, kvalitu a podobně (Helus, 2011).

- **Nadání**
  schopnosti umožňující výborný výkon,
- **Talent**
  vlohy potencované schopnostmi – interakcemi, cvičením,
- **Genialita**
  mimořádně rozvinutý talent.

Inteligence je schopnost učit se, zvládat nové situace, adaptovat se, analyzovat své myšlení. Překonávat a kompenzovat vlastní nedostatky. Inteligence není tedy jen vrozená dispozice, ale můžeme ji rozvíjet (Helus, 2011).

Pohled na to, co je inteligence se opět postupně vyvíjel a měnil. Vzniklo mnoho teorií a druhů pojetí inteligence.

**Teorie primárních mentálních schopností dle Thurnstona**

Skládá se ze 7 faktorů:

- **Verbální porozumění**
  obecná informovanost, rychlost pochopení sdělení,

- **Slovní / verbální plynulost**

  pohotově nalézt vhodná slova,
- **Usuzování**

  logické uvažování,
- **Prostorová představivost**

  vnímání prostorových vztahů, vizualizace,
- **Numerické uvažování**

  řešení matematických úkolů, zacházení se symboly,
- **Paměť**

  vybavování,
- **Vjemová bystrost**

  rychlost rozpoznávání drobných rozdílů mezi dvěma obrazci (Helus, 2011).

**Koncepce rozmanitých inteligencí dle Gardnera:**

- **Jazyková**

  schopnost rozumět řeči, mluvit, číst a psát, bohatost slovní zásoby - např. spisovatelé.
- **Logicko-matematická**

  chápání vztahů, kombinační schopnosti - např. filosofové a matematici.
- **Prostorová**

  orientace v prostoru, vizualizace, grafy, schémata, mapy - např. architekti, navigátoři.
- **Muzikální**

  vnímání, skládání i interpretace hudby - např. dirigenti, skladatelé, interpreti.
- **Tělesně-pohybová**

  schopnost užívat své tělo, nadání pro pohyb - např. sportovci, tanečníci, chirurgové.
- **Interpersonální**

  vysoká úroveň porozumění druhým, schopnost vyjednávat, např. učitelé, politici, psychoterapeuti.
- **Intrapersonální**

  schopnost rozvíjet a ovládat vlastní pocity a prožitky (sebepoznání), plánování, nezávislost, vyhraněnost názorů.

- **Přírodovědná**

  zahrnuje vztah k přírodě, ekologické cítění (Říčan, 2013).

Jako další typy inteligence bychom mohli zmínit inteligenci:

- **Praktická**

  znalosti, které nelze naučit ve škole. Rychlá orientace, rozhodování v každodenním životě.
- **Sociální**

  základní komunikační dovednosti – vnímání, vyjadřování a přiměřenost projevu.
- **Emoční**

  rozumové zpracování emocí – rozpoznání, vyjadřování, přiměřenost reakcí (Říčan, 2013).

### 1.1.2.4. Zájmy a charakter

**Zájmy**

O zájmu mluvíme v souvislosti s aktivním úsilím jedince zabývat se nějakou činností či předmětem z vlastní vůle. Přinášejí jedinci kromě získaných vědomostí a zručností také uspokojení či třeba odpočinek. Během života se může cíl zájmu změnit (Kelnarová, Matějková, 2014).

**Charakter**

Charakterizuje jedince svou neopakovatelností. Jedná se o mravní stránku osobnosti. Projevuje se jednáním, chováním, postojem, samotným způsobem myšlení jedince.

Charakterové vlastnosti si jedinec osvojuje v průběhu socializace. Jsou to požadavky společnosti, které jedinec přijme za své.

- **Cílevědomost**

  má jasně daný cíl, kterého chce dosáhnout.
- **Zásadovost**

  opírá se o morální zásady jedince, drží se svých zásad.

- **Vytrvalost**

  při dosahování vytyčeného cíle a překonávání překážek. V krajních mezích se také jedná o houževnatost či tvrdohlavost.
- **Rozhodnost**

  na základě rozumové úvahy se umí rychle rozhodnout, konat.
- **Samostatnost**

  rozhodování se na základě vlastních zkušeností. Zodpovídá si za rozhodnutí sám.
- **Iniciativnost**

  je sám aktivní.
- **Sebeovládání**

  ovládá své jednání a své projevy, a to i během komunikace.
- **Kreativita**

  nachází svá nová řešení problémů (Kelnarová, Matějková, 2014).

**Pětifaktorový model osobnosti – Big Five**

Americký psycholog Goldberg vytvořil na základě slov, která vyjadřují lidské vlastnosti, hypotézu. Strukturu osobnosti rozdělil pomocí faktorů a jejich protikladů do pěti dimenzí (Kelnarová, Matějková, 2014).

- **Extroverze / životnost**

  snadné navazování sociálních vztahů, výřečnost, energie a hovornost oproti plachosti, mlčenlivosti, klidu.
- **Snášenlivost x Agresivita – vztahy k druhým**

  laskavost, trpělivot, skromnost a ochotu oproti necitlivosti, panovačnosti, nepřátelství.
- **Svědomitost**

  vztah k práci – píle, pečlivost, cílevědomost oproti lenosti, chaotičnosti, nízkému nasazení.
- **Emocionální stabilita**

  vyrovnanost, odolnost, jistota oproti neklidu, úzkosti a vznětlivosti.

- **Intelekt**

  zvídavost, chytrost, úsudek, nekonvenčnost oproti omezenosti, nevzdělanosti, ale i neochotě měnit rituály. Někdy též popisováno jako “otevřenost pro zkušenost - kreativita, otevřenost pro svět”.

Tento model je prakticky využíván v diagnostice vlastností osobnosti v klinické psychologii, ale i třeba při výběru povolání (Blatný, 2010).

## 1.2. Diagnostika osobnosti

Pomocí metody rozhovoru a pozorování se snažíme poznat psychické procesy, stavy a vlastnosti osobnosti. Pochopit jeho chování a jednání. U pacienta nám tyto metody umožňují zjistit způsob a intenzitu prožívání nemoci. Jeho případné reakce ke zdravotníkům (Kelnarová, Matějková, 2014).

### 1.2.1. Pozorování

Pozorování je druh smyslového vnímání. Jde o jednu ze základních metod získávání informací. Dle viditelného usuzujeme na vnitřní stav člověka. První dojem může být ovlivněn akutním stavem nemocného a jeho neadekvátní reakcí, ale i samotným pozorovatelem. Úkolem je poznání pacienta – osobnost, sociální prostředí, motivace, hodnoty, z tohoto budou vyplývat reakce na potřeby pacienta, čímž se následně může ovlivnit i jeho postoj k nemoci (Zacharová, 2017).

**Způsob pozorování / cíl**

- Krátkodobé / čekárna, vyšetření.
- Dlouhodobé / hospitalizovaní, lázně.
- Přirozené / volné / běžná situace.
- Navozené / řízené / zorganizované, např. návštěva rodiny.
- Náhodné / nápadný podnět např. vizita.
- Soustavné / plán – sesterská dokumentace – realizace procesů ošetřovatelské péče.
- Celkové / pozorovány jsou všechny faktory u pacienta – bio-psycho-sociální potřeby / kolektiv pacientů na pokoji.

- Částečné / pozorována je jedna oblast např. strach.
- Individuální / pozorována je jedna osoba např. nemocný.
- Skupinové / např. pozorování provádí tým na oddělení nebo je pozorována celá skupina.
- Interakční / vztahy ve skupině nebo mezi skupinami např. tým na oddělení.
- Zvláštní životní situace / pozorujeme konkrétní rysy osobnosti např. rozhodnost, zodpovědnost.

**Metody pozorování / logika cíle**

- Kauzální metoda / příčiny, souvislosti, vztahy.
- Genetická metoda / vývoj jevu.
- Klinická metoda / celková diagnóza na základě symptomů a znaků.

**Plán pozorování**

- Úkol a cíl / proč?
- Objekt, předmět / co, kde?
- Způsob / jak?
- Kategorie / kam zařadit?
- Způsob registrace / jak zaznamenat?
- Vymezení role pozorovatele / jak se chovat?

**Fáze pozorování**

- Vytýčení úkolu / co, jak a za jakým účelem.
- Vlastní zjišťování / včetně záznamu.
- Analýza zkoumaného / vztah mezi jednotlivými položkami.
- Výklad jevu / závěr.

**Předpoklad úspěšného pozorování:**

- Plán pozorování / cíl, ošetřovatelský proces.
- Objektivnost / ovlivněno pozorovatelem.
- Pravdivost / ovlivněno pozorovatelem.
- Seznámení s dokumentací o zkoumané osobě / stanovení cíle.

- Podmínky pozorování / pokus o srovnatelné až stejné podmínky pozorování.
- Nenápadnost.
- Správnost závěrů.

**Základní ukazatele**

- Řeč / hlasitost, pomlky, zabarvení, obsah, rychlost.
- Mimika / výraz obličeje, emoce.
- Pantomimika / držení těla, pohyby, gestikulace.
- Proxemika / vzdálenost mezi lidmi.
- Haptika / podání ruky, pohlazení.
- Posturologie / držení těla, postavení rukou.
- Pohledy.
- Zacházení s věcmi.
- Jednání s lidmi.
- Vztah k sobě.
- Celkové chování.

Vše se odvíjí ve dvou rovinách pozorování, a to jak ze strany zdravotníka k nemocnému, tak ze strany pacienta, který nás zdravotníky vnímá, sleduje a posuzuje naše chování (Zacharová, 2017).

### 1.2.2. Rozhovor

Rozhovor je další ze základních metod, kterou lze získat o jedinci potřebné informace. Jde o verbální kontakt, při kterém dochází k navázání vzájemné důvěry a vede k porozumění chování a motivací jedince (Kelnarová, Matějková, 2014).

Požadavky:

- Individuální přístup.
- Úcta k pacientovi.
- Pozitivní vztah / vliv na pacienta.
- Empatie /umění přiměřeně vyjádřit pochopení situaci pacienta.

**Sestra má umět:**

- Aktivně naslouchat.
- Povzbudit.
- Reagovat přiměřeně.
- Zeptat se na pocity pacienta.
- Navodit uvolněnou atmosféru rozhovoru.
- Zvolit přiměřené tempo rozhovoru.
- Sladit neverbální a verbální projev.
- Kontrolovat, zda pacient rozumí.
- Udržovat přiměřený oční kontakt.
- Komunikovat jasně a srozumitelně.
- Respektovat přání pacienta.
- Respektovat soukromí pacienta.
- Nekritizovat veřejně.

**Hlavní cíle:**

- Získat informace / postoj, názor, životní styl.
- Doplnit informace v dokumentaci, anamnézu, subjektivní příznaky, problémy.
- Poučit a uklidnit pacienta.
- Sociální kontakt, bezpečí.
- Vlastnosti pacienta / typ, temperament.
- Sociální situace, emoční vazby.
- Spolupráce na léčení.

**Fáze rozhovoru:**

- **Přípravná / s kým, proč, co, jak, kdy**
  - Pozdrav, oslovení, představení.
  - Prostředí, oblečení a úprava zdravotníka.
  - Jazyk.
- **Zahájení rozhovoru**
  - Navázání kontaktu, naznačení tématu.

- **Průběh**
  - Neovlivňovat pacienta.
  - Domluva o průběžném záznamu, jeli to třeba.
  - Otázky /dle typu rozhovoru/.
  - Naslouchání / aktivní, pasivní.
  - Dát prostor pro rozmýšlení odpovědi, mlčení, pomlky.
- **Ukončení**
  - Zopakování.
  - Ověřit si pochopení.
  - Poděkování.
  - Domluvit si případné příští setkání.
- **Záznam rozhovoru**

**Typy rozhovoru**

- **Motivační**

  motivace ke změně návyků či ke spolupráci.
- **Ventilační**

  uvolnění vzniklého napětí.
- **Hodnotící**

  hodnocení dosažených dovedností.
- **Pervazivní**

  přesvědčení o potřebnosti výkonu.
- **Diagnostický**

  získávání informací, analýza.
- **Terapeutický**

  snaha ovlivnit, poučit.
- **Informační**

  získávání či předávání informací, informovaný souhlas, edukace (Zacharová, 2017).

**Druhy rozhovoru**

- **Strukturovaný**

  Předem vypracované otázky. Jejich formulace a pořadí. Není zde prostor pro improvizaci. Přirovnali bychom ho k dotazníku.

- **Nestrukturovaný**

  Plynulá konverzace na dané téma. Otázky nejsou předem jasně definovány. Musí být jasné, co je cílem rozhovoru. Nejvíce se podobá běžnému rozhovoru.

- **Polostrukturovaný**

  Předem daný menší okruh otázek, tedy jádro rozhovoru. Je možné využít i doplňující otázky pro přesné porozumění odpovědi dotazovaného. Zde hraje velkou roli i prostředí a délka rozhovoru (Kutnohorská, 2009).

## 1.3. Chyby v percepci a přijetí

Hovoříme-li o percepci, máme na mysli vytváření dojmu na základě takzvaných předinformací. Tyto předinformace ovlivňují vznik a vývoj vztahu mezi lidmi. Například navozený první dojem ovlivňuje přístup a jednání s daným člověkem (Helus, 2011).

Objektivní poznávání osobnosti může být zkresleno prvním dojmem, aniž bychom si to uvědomovali. Hovoříme o:

- **Autoprojekci**

  Na základě svých vlastností posuzujeme ostatní. Často jim připisujeme zápornější či lepší vlastnosti. Ostatní jsou horší či lepší než my.

- **Efektu primárnosti**

  První informace ovlivní všechny následující. Je-li první dojem dobrý, pak očekáváme, že i ty další budou dobré.

- **Haló efektu**

  Podobně je tomu i zde. Je-li všeobecný dojem o člověku dobrý, tak máme tendenci člověka hodnotit kladně. Halóefekt může být i negativní.

- **Soukromé teorii osobnosti**

  Je-li například člověk pracovitý, automaticky předpokládáme, že bude pečlivý, zodpovědný, aniž bychom se o tom přesvědčili.

- **Charakteru interakce**

  Všímá-li si pozorovatel pouze těch vlastností, které jsou pro něj významné.

- **Efektu shovívavosti**

  Nechceme-li u jedince vidět špatné vlastnosti.

- **Figuře a pozadí**

  Hodnotíme-li jedince podle jeho přátel a blízkých, a ne podle vlastností daného jedince.

- **Psychickém stavu pozorovatele**

  Dobrá nebo špatná nálada, únava, nedostatek času, to vše může ovlivnit objektivní posouzení jednice (Kelnarová, Matějková, 2014).

- **Popularita**

  Slavné jméno v nás budí důvěru, hraje zde roli vědomí autority, úcty a obdivu k dané osobě (Kulka, 2008).

- **Rozdíly pohlaví**

  Vnímání určení mužů a žen v souvislosti se sociokulturním prostředím; náboženství, tradice, zvyklosti, výchova (Helus, 2015).

Říčan (2013) uvádí: „První dojem je důležitý i tehdy, když neodpovídá skutečnosti. Když si to uvědomíme, je pro nás snadnější korigovat předsudky, které vůči lidem máme“ (Říčan, 2013).

**Kontrolní otázky**

Co je to temperament?

Jaké znáte typy inteligence podle autora Gardnera?

Uveďte metody diagnostiky osobnosti.

Jaké znáte fáze pozorování?

Vyjmenujte typy rozhovoru používané ve zdravotnictví.

Kterých chyb se může člověk dopustit při percepci druhé osoby?

**Použitá a doporučená literatura**

BLATNÝ, M. *Psychologie osobnosti: hlavní témata, současné přístupy*. Praha: Grada. 2010. ISBN 978-80-247-3434-7.

HELUS, Z. *Úvod do psychologie: učebnice pro střední školy a bakalářská studia na VŠ*. Praha: Grada, Psyché. 2011. ISBN 978-80-247-3037-0.

HELUS, Z. *Sociální psychologie pro pedagogy*. 2., přepracované a doplněné vydání ed. Praha: Grada, Pedagogika. 2015. ISBN 9788024746746.

KELNAROVÁ, J., MATĚJKOVÁ, E. *Psychologie: pro studenty zdravotnických oborů, 2. díl*. Praha: Grada. 2014. ISBN 978-80-247-3600-6.

KERN, H. *Přehled psychologie*. Praha: Portál. 1999. ISBN 80-7178-240-8.

KULKA, J. *Psychologie umění*. 2. přepr. a dopl. vydání ed. Praha: Grada, Psyché. 2008. ISBN 978-80-247-2329-7.

KUTNOHORSKÁ, J. *Výzkum v ošetřovatelství*. Praha: Grada. 2009. ISBN 9788024727134.

NAKONEČNÝ, M. *Psychologie osobnosti*. 2.vyd. ed. Praha: Academia. 1997. ISBN 80-200-0628-1.

ŘÍČAN, P. *Psychologie osobnosti: obor v pohybu*. 6., rev. a dopl. vyd. ed. Praha: Grada Publishing. 2010. ISBN 978-80-247-3133-9.

ŘÍČAN, P. *Psychologie*. 4.vyd. ed. Praha: Portál. 2013. ISBN 978-80-262-0532-6.

ZACHAROVÁ, E. *Zdravotnická psychologie: teorie a praktická cvičení*. 2. aktualizované a doplněné vydání ed. Praha: Grada Publishin. 2017. ISBN 9788027101559.

# 2. Náročné životní situace

*PhDr. Šárka Dynáková, Ph.D.*

**Obsah kapitoly**

- Oblasti výskytu náročných situací
- Reakce člověka na náročnou situaci
  - Frustarace
  - Deprivace
- Nemoc jako náročná životní situace
- Typy maladaptivních reakcí a chování

Každý člověk je v průběhu života dříve či později nucen čelit překážkám a zdánlivě neřešitelným situacím. Záleží na jeho osobnosti, zkušenostech a také sociální vyzrálosti, do jaké míry bude schopen se náročné situaci postavit. V odolávání nepříznivým podmínkám máme celou řadu protektivních faktorů, které nám pomáhají přečkat a překlenout obtížné období.

Často se v této souvislosti užívá termínu hardiness (tj. pevnost, nezdolnost, houževnatost), tedy schopnost vyrovnat se s náročnou životní situací přiměřeným způsobem, bez užití maladaptivních strategií (Křivohlavý, 2003). Důležitá je míra duševní flexibility jedince, význam, jaký sám dané situaci přikládá, schopnost využít všechny pozitivní stránky zátěže a také to, jestli člověka takové situace obecně spíš paralyzují, nebo aktivizují (Vágnerová, 2004). Náročné životní situace však nejsou zcela nežádoucím jevem. Jsou normální součástí života a pomáhají nám formovat naši osobnost. Nebezpečí spočívá v jejich kumulaci v určitém časovém úseku.

## 2.1. Úvod do problematiky

Náročné životní situace jsou situace, které na jedince kladou vysoké nároky jak tělesné, tak psychické, jež mohou vést k vážným životním problémům. Tyto problémy se mohou projevovat různými poruchami chování a neurotickými poruchami, jsou to psychosomatické jevy (Nakonečný, 2015).

Náročné životní situace jsou takové, které pro člověka představují významný zdroj stresu. Nejčastěji jsou spojeny s nějakou formou negativně vnímané změny (prostředí, sociální role), ztráty (blízkého člověka, materiálního zajištění, emocionální jistoty), nebo ohrožení (zdraví, života). Náročná situace vyvolává nejistotu budoucího vývoje a člověk je nucen mobilizovat široké spektrum sil, aby se s tímto stavem vyrovnal a vrátil se do stavu homeostázy.

### 2.1.1. Oblasti výskytu náročných situací

**Rodina**

Rodina je pro jedince obzvlášť důležité sociální prostředí, zejména v dětském věku, kdy se vytváří jeho sebepojetí, kdy přijímá hodnotový systém, učí se akceptovat modely chování, své postavení ve společenské hierarchii atd. Podněty získané v rodině představují primární zkušenost, na základě, které se později učíme zpracovávat všechny ostatní podněty a situace. I v pozdějším věku jsou role v rámci rodiny (a vzorce chování v ní uplatňované) velmi důležité, disharmonické vztahy v rodině jsou zdrojem problémů i v mezilidských vztazích mimo ni (Vágnerová, 2004).

Velmi náročnou životní situací je pak zejména ztráta člena rodiny, ať už v důsledku rozpadu manželství, nebo dokonce úmrtí. Dále to může být zásadní změna role (např. při úrazu a následném handicapu člena rodiny, kdy jsou ostatní členové obvykle nuceni přijmout roli pečovatele). Závažnou situací může být i týrání některého ze členů rodiny.

**Práce**

V pracovním kolektivu se vyskytuje jiný typ autorit a vztahů než v rodině. Je to prostředí, kde plníme profesní roli, mající určitou sociální prestiž a kladoucí určité požadavky a

očekávání. Záleží na kvalitě vztahů a subjektivní interpretaci míry zátěže, která může pozitivně stimulovat, ale také být silným zdrojem stresu (Vágnerová, 2004).

Dvě nejdůležitější zátěže v tomto případě představuje změna a ztráta zaměstnání. Při změně prostředí je člověk nucen znovu vydobýt svoji pozici v novém kolektivu, znovu dokazovat svoje kvality.

Riziko ztráty zaměstnání je podmíněno mnoha faktory (věk, pohlaví, vzdělání, zdravotní stav, příslušnost k určité sociální skupině). Znevýhodněni jsou například chronicky nemocní, příslušníci minorit, mladí lidé bez pracovních zkušeností, lidé v předdůchodovém věku a ženy. Pro ženy-potenciální matky nepředstavuje ztráta zaměstnání tak velkou sociální stigmatizaci jako pro muže-živitele a „hlavu rodiny“. Mladé ženy tak mohou reagovat na nezaměstnanost těhotenstvím, což je ve společnosti chápáno jako přijatelná (nebo dokonce žádoucí) alternativa (Vágnerová, 2004).

Obecně má však práce pro člověka a jeho seberealizaci velký význam, už jen proto, že je zdrojem peněz umožňujících spotřebu, která je zase demonstrací sociální úrovně, a tedy potvrzuje náš sociální status (Vágnerová, 2004).

**Společnost**

V průběhu života vstupujeme, ať už úmyslně nebo mimoděk, do různorodých sociálních skupin. Dodržujeme jejich pravidla a jsme jejich členy. I zde je mnoho situací, které představují pro jedince stres. Za zmínku určitě stojí vydobytí si statutu mezi vrstevníky, vyloučení jako následek stigmatizace (například po páchání trestné činnosti a pobytu ve vězení), nebo úplná vynucená změna sociokulturního prostředí v případě migrace jednotlivce nebo celé skupiny. Ta je náročná jak pro imigranty, tak pro místní komunitu.

Zásadním problémem, který brání snahám o integraci imigrantů, je stereotypizace a s tím související tendence ke generalizaci. Setkání s neznámým prvkem je zdrojem strachu a komunikační bariéra a odlišné sociokulturní regulativy nijak neusnadňují tuto náročnou životní situaci. Je důležité analyzovat, co bylo motivem k emigraci. Člověk, který opustil svoji zemi, často trpí ztrátou kontinuity života, přišel o kontakty s rodinou, která zůstala doma, může trpět posttraumatickou stresovou poruchou (pokud je např. válečný uprchlík) a poté se musí emocionálně adaptovat, orientovat se na nové prostředí, ztotožnit se s jeho pravidly a respektovat normy majority, které musí nejdřív pochopit (Vágnerová, 2004).

### 2.1.2. Reakce člověka na náročnou situaci

**Frustrace**

Frustrace je psychický stav vyvolaný překážkou, která brání uspokojení určité potřeby nebo vyřešení problému, které se individuálně mohou lišit. To, co frustruje jednoho jedince, v žádném případě nemusí frustrovat někoho jiného. Pokud není překážka překonána, dostaví se reakce na frustraci jako důsledek vnitřního vyvážení neúspěchu (Nakonečný, 2015).

- **Druhy frustrujících situací:**
  - **Vnější**
    - fyzikální
      (peníze, balvan na cestě).
    - sociální
      (domácí vězení, jiná osoba…).
  - **Vnitřní**
    vlastnosti osobnosti (strach, stydlivost, lenost…).
  - **Malé**
    drobné, téměř každodenní: pocit hladu, žízně.
  - **Velké**
    významné, životní frustrace: nedostatek lásky, omezování svobody.
  - **Existenciální**
    ztráta smyslu života, rezignace, pocit zbytečnosti.
- **Frustrační tolerance**

  Představuje míru odolnosti jedince na frustraci. Ač je dvěma lidem stejná situace skutečně nepříjemná, ten s vyšší mírou frustrační tolerance ji snáší nepochybně lépe. Čím častěji čelíme frustraci, tím se frustrační tolerance zvyšuje. Postupně začneme rozdělovat věci na podstatné (velké), na nichž nám skutečně záleží a na nepodstatné (malé), kvůli nimž nemá smysl se rozčilovat. Frustraci lépe snáší dospělí než děti nebo starší osoby. Frustrující situace se také mnohem lépe překonává, pokud se v tomto stavu ocitne více osob v okolí příslušného jedince. Ten pak nemá pocit, že je na vše sám.

**Obranné frustrační mechanismy**

Jsou to reakce na frustraci, kterými obvykle člověk řeší frustrační situace. Jsou následující (Nakonečný, 2015):

- **Racionalizace**

  rozumové zdůvodňování a ospravedlňování neúspěchu dodatečně vymyšlenými důvody.
- **Substituence**

  nedosažitelný cíl je nahrazen jiným cílem, který je jedinec schopen zvládnout; ten však obvykle má menší hodnotu.
- **Kompenzace**

  nalezení náhradního cíle.
- **Fantazie**

  útěk do bdělého snění, cíle dosáhne ve své mysli.
- **Záminková reakce**

  přílišné zabývání se svými problémy.
- **Projekce**

  přesouvání viny či neúspěchu na něco nebo někoho jiného.
- **Regrese**

  frustrovaný člověk reaguje nepřiměřeně svému věku a společenskému postavení, je to únik k vývojově nižšímu, primitivnějšímu, méně zralému a infantilnímu způsobu chování, které již jedinec dříve překonal.
- **Konverze**

  dlouho trvající frustrace, která přerůstá v psychosomatické poruchy.

**Deprivace**

Deprivace je psychický stav, který vzniká, když není dlouhodobě uspokojována základní potřeba nad úroveň existenčního minima, nebo není dosaženo vytyčených cílů (Nakonečný, 2015).

- **Druhy deprivace**
  - **Biologická, biofyzická**

    nastává při nedostatku výživy, pití, jídla, sexu, vody, tepla, ale i kyslíku či spánku.

- **Sociální**

  nastává při nedostatku sociálních kontaktů nebo když dlouhodobě existují vážné problémy v mezilidských vztazích.

- **Psychická**

  je charakteristická neuspokojením psychických potřeb.

  - **Citová**

    je patrně nejčastější a vzniká při nedostatku citové odezvy.

  - **Senzorická, smyslová**

    se objevuje při nedostatku smyslových podnětů.

  - **Kognitivní**

    je podmíněna nedostatkem informací, nových poznatků.

  - **Konativní**

    nastává při nedostatku činnosti (např. při dlouhodobém pobytu v nemocnici).

  - **Motorická**

    při ochrnutí, nebo upoutání na lůžku.

  - **Existenční**

    vzniká při nenaplněné potřebě existenční jistoty (např. ve válce se dostaví pocit otupění (Nakonečný, 2015).

**Stres**

Stres je stav, který je odezvou na nadměrné zatížení psychiky. Stres vyvolávají situace, kterým se jedinec nemůže vyhnout, a s ním spojené silně motivované chování jedince např.: hluk na pracovišti, nespokojené manželství. Pro tyto psychofyzické stavy máme rozdělení, podle toho, v jaké situaci se jedinec ocitne:

- **Eustres**

  psychická nebo fyzická zátěž, která je pro jedince příjemná či alespoň akceptovatelná (porod, sportovní výkon).

- **Distres**

  psychická nebo fyzická zátěž, která jedinci není příjemná (Nakonečný, 2015).

- **Stresory**

  Jsou to příčiny, podněty, okolnosti vyvolávající stresovou reakci. Tyto podněty přicházejí z okolního prostředí, které mohou být:

  - **Fyzické**

    dlouhotrvající hluk, chlad, nadměrné teplo.

  - **Sociální**

    závažné životní události (např. úmrtí blízkých, rozvod) (Nakonečný, 2015).

## 2.2. Nemoc jako náročná životní situace

Při plném zdraví většinou zvládáme fyzické či psychické zatížení snadno, ale v nemoci je to zpravidla velice těžké. Potom je nemoc vnímána jako náročná životní situace. Nemoc klientovi snižuje kvalitu života, zvlášť když se jedná o chronická či onkologická onemocnění, nebo stavy po závažných chirurgických výkonech (Ederová, 2016).

**Postoj klienta k nemoci**

- **Normální, běžný, realistický**

  odpovídá stavu nemoci.

- **Heroický**

  potlačuje příznaky nemoci (bolest), aby splnil jiné pro něj důležité cíle (např.matky při péči o děti).

- **Bagatelizující**

  podceňují onemocnění, nezajímají se o léčbu.

- **Popírající**

  odmítá nemoc jako skutečnost.

- **Nosofobní**

  nemocný má přehnaný strach z nemoci (např. Thanaofobie) .

- **Hypochondrický**

  nemocný je přesvědčen o nejhorší možné diagnóze, prožívá subjektivně bolesti a obtíže, i když tyto nejsou objektivně zjistitelné.

- **Nosofilní**

  nemocný si v nemoci užívá odpočinku a péče, nemoc si spojuje s příjemným prožitkem.
- **Účelový**

  využívá nemoc ke svému prospěchu, aby získal soucit, ohled, důchod, pracovní neschopnost (Bouchal, 1981).

### 2.2.1. Sdělování nepříznivé informace lékařem

Nepříjemná zpráva je informace o nežádoucí skutečnost, jež provází zklamání. Nikdo není rád nositelem špatných zpráv, a to obzvláště, když se jedná o závažná onemocnění nebo úmrtí. Při takových sděleních dochází k emočním reakcím, traumatizaci, zhoršení zdravotního stavu a v extrémních případech může dojít k sebevraždě. Jsou to informace, s kterými se jedinec velice špatně vyrovnává (Vymětal, 2003).

**Zásady sdělování nepříznivých informaci**

- Vezmeme klienta na klidné, nikým nerušené místo a vyhradíme si dostatek času.
- Předem se na sdělení připravíme a promyslíme si, co a jak chceme klientovi říct. Bereme v potaz stav, inteligenci a vzdělání klienta. Snažíme se odhadnout reakci.
- Informace sděluje ten, kdo klienta a příbuzné dobře zná a má jejich důvěru.
- Sdělení musí být srozumitelné a přesné.
- Necháváme klientovi prostor pro dotazy (Vymětal, 2003).

**Bezprostřední reakce po sdělení**

- Klient informaci rozumí a emočně ji přijímá,

  sdělením je zasažen, je smutný, zoufalý a bezradný.
- Klient informaci rozumově přijímá, ale emočně nepřijímá,

  sdělení akceptuje, ale bez emocí, jako by se ho to netýkalo.
- Klient informaci rozumově a emočně nepřijímá,

  o sdělení si myslí, že je to omyl, chová se neadekvátně (směje se).
- Klient informaci rozumově nepřijímá, ale emočně přijímá,

  sdělením je zasažen, ale zpochybňuje ho (Vymětal, 2003).

**Klienti s onkologickým onemocněním**

Léčba onkologických onemocnění je soustředěna na chirurgické výkony, ozařování a farmakoterapii. Velkou roli zde hrají psychické faktory. V praxi se prokázalo, že klienti, kteří s diagnózou rakoviny bojovali, přežili déle. Také se ukázalo, že klienti s dobrou sociální oporou (dobré rodinné vztahy) přežívají déle. Pacient se při tomto onemocnění musí vyrovnat s mnoha vedlejšími projevy léčby (vypadávání vlasů, zvracení atd.). I když u klienta dojde k vyléčení či remisi, může se nemoc objevit znovu (recidiva), toho se klienti nejvíce obávají. Proto je důležité docházet pravidelně do onkologických poraden v rámci dispenzární péče (Křivohlavý, 2002).

**Chronicky nemocní klienti**

U chronických onemocnění si jedinec nemusí uvědomovat, že je nemocný. Nemoc mnohdy přichází pozvolna. Nemocní se mnohdy domnívají, že jde akutní stav, který v dohledné době přejde. Po psychické stránce se ukázalo, že když se klient dozví o chronickém onemocnění, začne více vnímat jeho příznaky a začne nemoci přisuzovat veškeré problémy svého zdravotního stavu. Pokud má klient více chronických onemocnění, jeho problémy se zpravidla nesčítají, ale násobí. Nemoc má také dopad na psychiku klienta, což se projevuje hlavně tak, že začne na svoji osobu pohlížet jinak. Pohlíží na sebe jako na méně cennou osobu, odcizuje se svému okolí i sobě samému. Tato změna vnímání může vést až k tzv. strategickému přebudování vlastní osobnosti (Křivohlavý, 2002).

### 2.2.2. Boj pacienta s nemocí

Psychický stav klienta také ovlivňuje průběh onemocnění a léčby. Od klienta se očekává, že bude proti nemoci bojovat a nepoddá se jí. Očekává se, že bude dělat vše pro to, aby zlepšil svůj zdravotní stav a popřípadě se vyléčil. Skutečnost však může být odlišná, neboť chování lidí může být v reakci na nemoc velmi rozdílné (Křivohlavý, 2002).

**Etapy procesu boje s nemocí**

- **Šok**

  Dochází k němu u mnoha klientů, kteří se dozvídají negativní informace o jejich zdravotním stavu. Z psychologického hlediska jde o odpoutání se od reality daného problému.

- **Odcizení (prožívání uvnitř)**

  Po krátkém období šoku přichází návrat do reality, ale zároveň klient prožívá velice negativní emoce (strach, žal).

- **Stažení se (popření)**

  Klient v této fázi úmyslně popírá realitu a tím si ulehčuje situaci, která nastala objevením vážné nemoci. Tento stav dává klientovi možnost plánovat další postup léčení.

- **Tvorba programu k řešení krize**

  Tato etapa je o zvládání žalu a zármutku. Cílem je dosažení a udržení psychické rovnováhy. Nemoc je chápána jako její narušení.

- **Vyrovnání**

  V této fázi klient svůj stav přijme a začne opět aktivně spolupracovat (Křivohlavý, 2002).

## 2.3. Typy maladaptivních reakcí a chování

**Maladaptace**

Maladaptace je nepřizpůsobení nebo špatné přizpůsobení, bývá příčinou zevních i vnitřních konfliktů. Znamená to, že jedinec není schopen se přizpůsobit určitým normám, zvyklostem, názorům a chování společnosti (Bouchal, Konečný, 1979).

**Typy maladaptivních reakcí**

Křivohlavý (2002) a Vágnerová (2004) uvádějí jako nejčastější tyto typy:

- **Potlačení a vytěsnění**

  Nežádoucí skutečnost pacient pomocí „vnitřní cenzury“ odsune z vědomí, nebo ji záměrně silou vůle potlačí.

- **Popření**

  Pacient hraje „mrtvého brouka“, traumatickou skutečnost neakceptuje, popřípadě se chová, jako by byl stále zdravý.
- **Racionalizace**

  Zdánlivě logické přehodnocení situace, hledání intelektuálního vysvětlení iracionálního chování.
- **Regrese**

  Únik na vývojově nižší úroveň, spojený s odmítnutím samostatnosti a přijetím role „malého dítěte.“
- **Agrese**

  Útočné jednání, záměrné poškozování či omezování někoho (nebo něčeho). Obecný sklon k nepřátelskému útočnému jednání se nazývá agresivita.
- **Projekce**

  Promítání vlastních obav a záměrů do jednání okolí (“podle sebe soudím tebe”).
- **Introjekce**

  Promítání problémů a chyb ostatních lidí u sebe.
- **Identifikace**

  Pacient se ztotožní se stavem jiného, podobně nemocného, který ale ve skutečnosti ve stejném stavu není.
- **Inverze**

  Opačné chování k očekávanému, často spojené s popíráním bolesti aj.
- **Rezignace**

  Při dlouhodobé zátěži se člověk stane pasivním a apatickým, vychází z toho, že pokud nic neočekává, nebude zklamán.

Pro sestry je důležité umět včas rozpoznat maladaptivní reakce vyskytující se při hospitalismu (tedy při syndromu, kdy se v důsledku odloučení od rodiny a dlouhého pobytu v nemocnici vyvíjí skupina negativních psychických příznaků). Podle Vytejčkové (2011) se typicky jedná např. o regresi (u dětí), stereotypní pohyby (u dětí i starších pacientů), negativismus, poživačnost, nebo uzavřenost (Vytejčková, 2011).

**Kontrolní otázky**

Vysvětlete pojem “frustrace” a uveďte druhy frustrujících situací.

Jaké znáte reakce na frustraci?

Co je to deprivace?

Jaké druhy stresu znáte?

Jaké postoje může pacient zaujmout ke své nemoci?

Jaké mohou být bezprostřední reakce člověka po sdělení nepříznivé informace?

Uveďte etapy procesu boje pacienta s nemocí.

Jaké znáte typy maladaptivních reakcí?

**Použitá a doporučená literatura**

BOUCHAL, M., KONEČNÝ, R. *Psychologie v lékařství*. 3. rozšíř. a přeprac. vyd ed. Praha: Avicenum. 1979. ISBN 08-025-79.

BOUCHAL, M. *Lékařská psychologie*. Praha: Avicenum. 1981. ISBN není uvedeno.

EDEROVÁ, H. Životní styl: Nemoc jako náročná životní situace, 15. 1 2017. Dostupné z http://eurodenik.cz/zivotni-styl/nemoc-jako-narocna-zivotni-situace.

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

KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie zdraví*. 2.vyd. ed. Praha: Portál. 2003. ISBN 97-88-073-675-684.

NAKONEČNÝ, M. *Obecná psychologie*. Praha: Triton. 2015. ISBN 978-80-7387-929-7.

VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 3., rozš. a přeprac. vyd. ed. Praha: Portál. 2004. ISBN 80-7178-802-3.

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

VYTEJČKOVÁ, R. (ed.) *Ošetřovatelské postupy v péči o nemocné I.* 1.vyd. ed. Praha: Grada. 2011. ISBN 978-80-247-3419-4.

# 3. Formování postojů ke stáří, nevyléčitelné chorobě a smrti

*PhDr. Šárka Dynáková, Ph.D.*

**Obsah kapitoly**

- Úvod do problematiky
- Formování postojů ke stáří
- Formování postojů k nevyléčitelní chorobě

## 3.1. Úvod do problematiky

Nemocný člověk, jeho osobnost by měla být respektována v celé komplexnosti, tj. s ohledem na jeho biologické, ale i psychosociální problémy a potřeby.

Sestra musí počítat s tím, že mezi jejími pacienty budou převážně staří lidé, jejichž průměrný věk se bude pravděpodobně stále zvyšovat. Měla by mít, proto sama ujasněn vztah ke stáří, i vztah ke starému člověku (jako takovému). Vytvořit si vztah ke stáří (a tím i smrti) druhého však nelze bez toho,aniž bychom si ujasnili vztah k vlastnímu stáří a vlastní smrti (Mellanová, Čechová, Rozsypalová, 2014).

Je velmi důležité, aby sestra znala formování postojů ke stáří, nevyléčitelné chorobě a smrti. Sestra, která není připravena na setkání se smrtí, je ohrožena psychickým traumatem, které ji neumožní svoji práci dále vykonávat, nebo se projeví profesionální deformací, která může vyústit necitlivým chováním k umírajícímu člověku (Mellanová, Čechová, Rozsypalová, 2014).

## 3.2. Formování postojů

Ve stáří dochází postupně k celkovému opotřebování všech tělesných systémů. Dochází ke zmenšování mozku, pokožka ztrácí svou pružnost, je vysušená. Ubývá kostní hmota, kosti jsou křehčí a oslabuje kosterní svalstvo. Změny nastávají také v imunitním systému.

Přibývají choroby, které mají vleklý průběh. Může nastat také situace, kdy senioři trpí více nemocemi, to nazýváme polymorbiditami (Kopecká, 2011).

V oblasti kongitivního vývoje dochází ke zhoršování smyslového vnímání, paměti, koncentrace pozornosti, myšlení, kreativity. Starý člověk se více vtahuje do svého vnitřního světa a prohlubuje se závislost na rodině. Důležitou roli hraje jejich identita, jejíž součástí jsou významné role, které zastávali v minulosti (Kopecká, 2011).

### 3.2.1. Formování postojů ke stáří

Adaptace ke stáří je individuální proces, nejčastěji rozlišujeme několik typů strategií, kterými staří lidé toto přizpůsobení zvládají (Kopecká, 2011):

- **Konstruktivní strategie**

  Člověk se konstruktivně vyrovnává s realitou vysokého věku, je stále aktivní a nepřestává mít radost ze života a z citových vztahů k blízkým lidem. Budoucnost přijímá vyrovnaně, akceptuje eventualitu smrti bez přehnaného zoufalství a strachu. I v tomto věku je snášenlivý, pružný, přizpůsobuje se novým okolnostem. Tuto strategii zvládají většinou lidé, kteří měli šťastné dětství, spokojené manželství i rodičovství.

- **Strategie závislosti**

  Tito lidé mají sklon k pasivitě a závislosti na druhých lidech, na které spoléhají více než na vlastní síly. Uchylují se do svého soukromí, odpovědnost přenechávají mladším.

- **Strategie obranná**

  Projevuje se přehnanou aktivitou, která má zahnat všechny starosti a myšlenky na vlastní obtíže. Tito lidé se citově nadměrně kontrolují a chovají se přesně podle zavedených zvyklostí a konvencí (ustálených společenských pravidel), někdy až s nutkavou pedantičností (úzkostlivou přesností). Mohou odmítat pomoc okolí, nebo nechtějí odejít do penze. Nemohou se smířit se stárnutím, mají strach z jakékoli závislosti a hrozící ztráty aktivního života. Z tohoto důvodu hledají ustavičně různé činnosti a odmítají jakoukoli pomoc. Na udržování sociálních kontaktů „nemají čas“ (Poláchová, 2007).

- **Strategie hostility (hostilitou označujeme nepřátelské a hněvivé jednání vůči druhým lidem)**

  Lidé s touto strategií zvládání stáří mají sklon dávat vinu za své nezdary druhým lidem či nepříznivým okolnostem. Jsou často agresivní a podezřívaví, stále si na něco stěžují.
- **Strategie sebenenávisti**

  Staří lidé obracejí agresivitu sami vůči sobě, jsou k sobě nadměrně kritičtí, svůj prožitý život vnímají jako naprosté selhání. Smrt tito lidé vnímají jako milosrdné vysvobození z neuspokojivého života.

Po výše uvedených nejčastějších strategiích je tedy zcela nezbytné, aby se v práci se seniory akceptoval a pochopil jedinečný způsob přijetí stáří (Kopecká, 2011).

### 3.2.2. Formování postojů k nevyléčitelné chorobě

S rozvojem moderní medicíny se zásadním způsobem změnil přirozený průběh onemocnění. Objevy v oblasti fyziologie a farmakologie umožnily účinnější léčbu řady onemocnění. Velmi výraznou změnu přinesl rozvoj přístrojové náhrady některých orgánů. Obrovský rozvoj intenzivní medicíny a technického vybavení nabízí možnost umělé plicní ventilace, náhradu funkce ledvin, metody podpory krevního oběhu, včetně možného dočasného mimotělního oběhu. Ještě před 50 lety byla většina onkologických onemocnění neléčitelných a vedla obvykle během krátké doby ke smrti. Dnešní léčba umožňuje průběh onemocnění ovlivnit tak, že významné části pacientů nabídne několik let života navíc. V dnešní době lze závěr života charakterizovat jako dlouhé stonání a pomalé umírání a to nejčastěji v důsledku chronických onemocnění srdce, plic, cukrovky nebo nádoru (Kuře, Petrů, 2015).

**Psychická odezva na ohrožení**

Každý člověk je neopakovatelnou osobností s jedinečnými rysy a vlastnostmi. Proto i způsob, jakými se nemocný vyrovnává s ohrožujícím sdělením, je velice odlišný (Mellanová, Čechová, Rozsypalová, 2014).

Člověk, který onemocní, si většinou od počátku subjektivně uvědomuje svůj změněný zdravotní stav. Snaží se laicky identifikovat své příznaky, zjistit příčiny onemocnění, uvažuje

o jeho délce a možnostech léčby. To vše závisí na osobnosti pacienta, míře jeho informovanosti, sklonu podléhat negativním emocionálním stavům a působením obranných mechanismů. Vliv mají i předchozí zkušenosti s příznaky nemoci, očekávání, a i to, které životní hodnoty jsou změněným zdravotním stavem ohroženy.

U pacienta může být vlivem zjištění vážného onemocnění vyvolána psychická krize, která může probíhat v určitých etapách (Mlčák, 2007).

Americká lékařka Elizabeth Kubler–Rossová byla první, kdo se zabýval procesem adaptace na život ohrožující nemoc, a popsala 5 základních fází, kterými většina nemocných prochází:

- **Šok**

  První fází je šok, v průběhu zvládání nemoci je možné tuto etapu často identifikovat a je odstartována zjištěním, že se u pacienta objevilo určité onemocnění. Pacient může reagovat výraznou emocionální odezvou a prožívat úzkost, strach, paniku, zmatek, náhlou psychickou slabost či strnulost (Mlčák, 2007). Tato fáze může být provázena bouřlivými emocemi, vztekem, pláčem (Mellanová, Čechová, Rozsypalová, 2014).

  Šok bývá charakterizován jako ustrnutí na jedné straně a zděšené chování na straně druhé, obě formy šoku se mohou v čase prostřídávat, z psychologického hlediska jde o odpoutávání se daného člověka od reality (Křivohlavý, 2002).

- **Popírání**

  Druhou fází je popírání nemoci, během níž se objevuje emocionální útlum, apatie a celkové snížení motivace pacienta, který se pokouší vytěsnit z vědomí všechno, co se vztahuje k onemocnění (Mlčák, 2007).

  Člověk se brání traumatizující skutečnosti popíráním, které je provázeno vyřčenými i nevyřčenými myšlenkami typu: to přece není možné, všichni se musí mýlit, nemohu být nemocen (Mellanová, Čechová, Rozsypalová, 2014). Pacient vědomě odchází do mentálního osamění, popíráním nemoci dochází k ulehčení duševní tíhy (Křivohlavý, 2002).

  „To bude omyl, potřebuji ještě další vyšetření.“

- **Deprese**

  Třetí fází je stadium deprese, zatrpklosti, někdy hněvu, vzteku. Nemocný si klade otázku: proč já, co je to na světě za nespravedlnost (Mellanová, Čechová, Rozsypalová, 2014).

  Mlčák (2007) uvádí, že ve třetí etapě dochází k výskytu intruzí, jimiž se označují nutkavé myšlenky vztahující se k danému onemocnění, které se vtírají do vědomí pacienta a mnohdy narušují jeho spánek. Dochází k psychickému návratu do skutečnosti, pacient má výrazné negativní emoce, nachází se u něho obavy, strach, zármutek, žal, pocit bezmoci (Křivohlavý, 2002).

  „Proč právě já?“

- **Smlouvání**

  Nastává fáze smlouvání, kdy nemocný sice přijal fakt, že jeho život skončí dříve, ale snaží se o oddálení: např. kdybych se dožil vnoučete apod. (Mellanová, Čechová, Rozsypalová, 2014). Mlčák představuje čtvrtou etapu jako etapu vyrovnávání, jež představuje sérii pokusů jedince vyrovnat se s onemocněním, které vyvolalo psychickou krizi. V této fázi jedinec zvažuje různé alternativy adaptace, některé jako možné a vhodné, jiné jako zcela nereálné. Je nejdůležitější fází, protože dochází k adaptaci. V tomto období hraje u pacienta rozhodující úlohu jeho celková schopnost vyrovnávat se s měnícími se životními podmínkami, vyrovnává se se zvládáním bolesti a úzkosti, s osobními problémy a s tím, jak si udržet sociální oporu blízkých osob. V průběhu této etapy může dojít i k maladaptaci, pro níž jsou typické dlouhodobé přetrvávající pocity bezmoci, beznaděje a deprese (Mlčák, 2007).

  „Já vím, ale ještě bych ráda dovedla dceru k maturitě a …“

- **Smíření**

  Po této fázi nastává fáze smíření, odevzdání se osudu a přijetí faktu blízké smrti bez negativních emocí. Nejde o rezignaci, ale přijímání faktu svého konce. Jedná se o aktivní smíření s ukončením života (Mellanová, Čechová, Rozsypalová, 2014). Pacient je schopen uvažovat o svém onemocnění bez výrazných negativních projevů a své onemocnění přijímá (Mlčák, 2007).

  „Buď vůle Tvá …“ (Zacharová, 2007).

Uvedené fáze se překrývají, trvají různě dlouhou dobu a mohou probíhat paralelně. Také se nemusejí vyskytovat vůbec. Důležitá je iracionální naděje, která bývá o to silnější, oč slabší je racionální naděje v obrat k lepšímu. Člověk, který ztratí naději, psychicky umírá (Zacharová, 2007).

**Zásady při práci s vážně nemocnými a umírajícími**

Nalézt správný přístup k vážně nemocnému nebo dokonce umírajícímu člověku, je velice obtížné a patří k vrcholným profesionálním dovednostem sestry nebo lékaře. Pokud nemocný informace požaduje, jeho lékař mu musí poskytnout pravdivé informace (Mellanová, Čechová, Rozsypalová, 2014).

Několik důležitých zásad, které by měly být při práci s vážně nemocnými a umírajícími respektovány (Mellanová, Čechová, Rozsypalová, 2014):

- Pravdivě informovat, pokud pacient tyto informace požaduje.
- Informace o zdravotním stavu má podávat ošetřující lékař.
- Každému nemocnému musí zůstat naděje na zlepšení nebo vyléčení, bez naděje se nelze s chorobou vyrovnat.
- Neodhadovat čas, který nemocnému zbývá.
- Nepoužívat slova, které posilují strach a úzkost (nádor, rakovina apod.).
- Nezapomínat, že prvořadou potřebou umírajících je fyzická přítomnost a přímý tělesný kontakt blízkých lidí.
- Považovat za samozřejmé, že nemocný i jeho rodina nárokují množství času k rozhovoru.
- Pomáhat rodině i po úmrtí, dopřát jim čas na truchlení.
- Umírající nejvíce potřebuje fyzickou blízkost někoho, koho má rád a pokud o to nemocný požádá, měl by mít možnost trávit čas s kýmkoliv a kdykoliv je to možné.
- Blíží-li se smrt, nastává vhodná chvíle k tomu, aby se se svými nejbližšími rozloučili, zdravotníci by měli pro tuto chvíli zajistit soukromí (Vymětal, 2003).

**Prožívání somatické nemoci v čase**

Nemoc představuje podnět, na který reaguje každý člověk různě. Při vymezování tohoto pojmu je nutné vycházet z jednoty a celistvosti organizmu a prostředí. Nemoc má aspekt biologický, psychický a společenský. V rámci komplexního pojetí je nutno chápat, že nemoc bude vnímána a prožívána zcela jinak nemocným člověkem a jinak zdravotníkem (Zacharová, 2007).

Podle autorky Kopecké (2015) nemoc představuje pro člověka zátěž, jež výrazně mění jeho chování. Různé nemoci mohou mít různá stádia průběhu, která mohou mít vliv na psychické prožívání nemoci (Kopecká, 2011; 2015):

- **Premedicínská fáze**

  u klienta se objevují první příznaky nemoci a problémů organizmu, počínající onemocnění člověk většinou řeší samoléčbou, používá alternativní metody.

- **Změna životního stereotypu**

  člověk přijímá roli nemocného spojenou s pracovní neschopností nebo hospitalizací, lidé, pro které je tato situace nová, nebo naopak častá, mohou prožívat nejistotu, obavy až paniku.

- **Aktivní adaptace**

  znamená přiměřené přizpůsobení se roli nemocného, nemoci a problémům s ní spojeným. Klient věří v uzdravení, spolupracuje se zdravotníky.

- **Psychická dekompenzace**

  vzniká nejčastěji u klientů, u kterých nedošlo k aktivní adaptaci, nesplnilo se očekávání zlepšení stavu nebo je průběh jejich nemoci vážný. Dekompenzace je tedy závislá na stavu nemocného, průběhu nemoci a osobnosti nemocného. Psychicky dekompenzovaný člověk je lítostivý, netrpělivý, popudlivý, konfliktní a nekritický. Pacient v tomto rozpoložení potřebuje odbornou pomoc.

- **Pasivní adaptace**

  jedná se o rezignaci, kdy se nemocný člověk uzavírá do sebe, smiřuje se s nepříznivým stavem, nebojuje, ztrácí smysl života. Tato situace přichází u dlouhodobých hospitalizací, vleklých nemocí, dlouhodobé imobilizace.

Důstojnost smrtelně nemocných a umírajících je často ohrožována. Problematika respektování základních lidských práv těchto lidí přesahuje dimenzi medicíny a etiky a stala se vážným politickým tématem.

Vždy, pokud je to jen trochu možné, by se měl ošetřující personál snažit o zajištění důstojného prostoru pro poslední chvíle člověka a jeho rozloučení s rodinou a přáteli. Rodina a blízcí přátelé by měli cítit, že bylo uděláno vše, aby smrt byla odvrácena, a pokud se stav stal již neslučitelným se životem, že bylo učiněno vše pro to, aby nemocný netrpěl a důstojně odešel z tohoto světa (Ptáček, Bartůněk, 2014).

**Kontrolní otázky**

Charakterizujte jednotlivé typy strategie adaptace jedince ke stáří.

Vyjmenujte a popište 5 základních fází adaptace na život ohrožující nemoc podle Elizabeth Kubler-Rossové.

Jaké jsou zásady práce sestry s vážně nemocnými a umírajícími pacienty.

**Použitá a doporučená literatura**

KOPECKÁ, I. *Psychologie 1.díl: učebnice pro obor sociální činnost*. Praha: Grada. 2011. ISBN 978-80-247-3875-8.

KOPECKÁ, I. *Psychologie 3.díl: učebnice pro obor sociální činnost*. 1. ed. Praha: Grada. 2015. ISBN 978-80-247-9880-6.

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

KUŘE, J., PETRŮ, M. *Filosofie medicíny v českých zemích*. 1. ed. Praha: Stanislav Juhaňák - Triton. 2015. ISBN cnb002770952; 978-80-7387-972-3.

MELLANOVÁ, A., ČECHOVÁ, V., ROZSYPALOVÁ, M. *Speciální psychologie*. 5. přeprac. vydání ed. Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. 2014. ISBN 978-80-7013-559-4.

MLČÁK, Z. *Psychologie zdraví a nemoci*. Ostrava: Ostravská univerzita, Filozofická fakulta. 2007. ISBN 80-7368-035-1.

POLÁCHOVÁ, E. Adaptace a příprava na stáří. Sestra [online]. cit. 2017-02-15. Dostupné z http://zdravi.euro.cz/clanek/sestra/adaptace-a-priprava-na-stari-305689.

PTÁČEK, R., BARTŮNĚK, P. (eds.) *Etické problémy medicíny na prahu 21. století*. Edice celoživotního vzdělávání ed. Praha: Grada. 2014. ISBN 978-80-247-5471-0.

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

ZACHAROVÁ, E. *Zdravotnická psychologie: teorie a praktická cvičení*. Praha: Grada. 2007. ISBN 978-80-247-2068-5.

# 4. Psychologická problematika přenosu, protipřenosu, sorrorigenie a iatrogenie

*PhDr. Šárka Dynáková, Ph.D.*

**Obsah kapitoly**

- Přenos
- Protipřenos
- Sorrorigenie
- Iatrogenie

V této kapitole se budeme zabývat problematikou přenosu a protipřenosu, jejich principem a možnými důsledky. Dále se zaměřujeme na iatrogenii a sorrorigenii jako nežádoucí součást péče ve zdravotnictví a její rozdělení dle možných způsobů poškození. Obě témata úzce souvisí, jelikož nenahlédnutá protipřenosová reakce zdravotníka může být jednou z forem psychického poškození pacienta.

## 4.1. Problematika přenosu a protipřenosu

### 4.1.1. Přenos

Podle Hansena, Warnera a Smithové spočívá fenomén přenosu v přenášení potlačených zkušeností z minulosti, které uskutečňuje jedinec tím, že své potlačené pocity přenáší na nějakou významnou postavu v přítomnosti (Kožnar, 1992).

Yalom považuje za přenos v nejširším slova smyslu veškeré iracionální složky vztahu jedné osoby k druhé (Kožnar, 1992).

Přenos je nevědomá emoční vazba, která je zpočátku zaměřená na konkrétní objekt-osobu a vztah. Může být buď pozitivní, kdy je spojen s pozitivními emocemi jako je např. obdiv, respekt anebo negativní, spojený např. s odporem. Je to neuvědomělý vtah klienta

k terapeutovi vytvořením určitého vztahu mezi nimi. Pozitivní typ přenosu může být vytvořený například tím, že má klient možnost svěřovat se se svými niternými prožitky, se svým trápením někomu, kdo trpělivě naslouchá. Svěřuje se s věcmi, které by jen tak někomu sdělit nemohl, tím klient nabývá důvěry a pocitu bezpečí vůči terapeutovi (pozitivní přenos klienta motivuje ke spolupráci). Může být, ale také doprovázeno jistými představami, přáními. To klade určité nároky na terapeuta, který je musí umět odhalit, aby nedošlo k nežádoucímu jednání. Například by mohl po zjištění, že klientka k němu chová velmi pozitivní city, stočit terapii jiným směrem, zabývat se vlastním narcistickým zpracováním své osobnosti atd. Další možnou variantou při neodhalení přenosu, kdy v případě zjištění, že klientka vůči němu cítí negativní emoce a chová se nepřátelsky, by se terapeut mohl cítit dotčený. Také by měl umět klientovi předložit tyto přenosy, analyzovat a interpretovat je s ním, čímž se docílí jejich odstranění. Analýza přenosu ukáže, že terapeut je pouze představitelem či obrazem dřívějšího objektu lásky či nenávisti atp. Klient své zážitky i vztahy na terapeuta přenáší, i když je terapeut nečinný, tím spíše, protože terapeut funguje jako nepopsaný papír, do něhož lze vložit co je přání a dosavadní zkušenosti. Přenos je žádoucí a významná složka terapie sloužící k uvědomění. Díky přenosu se v reálném životě dějí situace, kdy může pacient vnímat k současnému zdravotníkovi který jej má v péči přenesené pocity z dřívějších vztahů a zkušeností. Ty mohou být negativní či pozitivní. Zdravotník již z principu své role představuje jakousi autoritu, od které se očekává pomoc, péče, což může v klientovi evokovat staré zkušenosti s důležitými lidmi v jeho životě. Přenos znamená tedy nutkavé opakování s nutkavým přenášením zapomenuté minulosti na různé osoby a oblasti současné situace. Pro přístup zdravotníka je tedy důležité, že tyto pocity a vztahy se nepovažují za reakci na skutečnou osobu, nýbrž za opakování vztahů k osobám v pacientově minulosti. Zdravotník by měl jednat s nadhledem a být vždy nestranný, profesionální. Tím uchrání sebe i klienta. V psychoterapii terapeut využívá jevu přenosu k další terapii (Kratochvíl, (Kratochvíl, 1997).

*Příklad*

Pacient si do postavy ošetřující sestry projikuje svůj vztah s matkou, sestrou, učitelkou, partnerkou apod.

### 4.1.2. Protipřenos

Protipřenos je vztah terapeuta ke klientovi. Může vznikat v důsledku nezpracovaných dřívějších zkušeností psychoterapeuta. Příkladem může být protipřenos soupeřivého typu, kdy terapeut usiluje o soutěžení nebo soupeření s klientem. Pochází z pocitů nízkého sebevědomí nebo aktuální frustrace, kterou může analytik prožívat. Jeho motivy jsou buď vědomé či nevědomé. Při vědomých motivech se projevuje otevřeným porovnáváním s klientem a sdělením svého hodnocení, ve kterém sám dopadá vždy lépe. Jeho snahou je pokořit klienta, cítit se jako ten lepší, což má negativní vliv na samotného klienta ve smyslu snížení jeho sebevědomí či vyvolání v něm bojechtivosti. Častými důsledky této soupeřivosti jsou u klienta pokles sebedůvěry, sebevědomí a vyvolání pocitu bezmoci. Nebo motivy nevědomé, kdy opět terapeut řeší vlastní pocity nedostatečnosti, nízkého sebevědomí a s projevy zaměření se na klientovu neschopnost a jeho chyby (Vyskočilová, Praško and Novotná, 2015).

Protipřenosová reakce nemusí být vždy pouze mocenský boj s pacientem, ale může mít formu nenahlédnutého vztahu k pacietovi, kde se odráží vztah zdravotníka s vlastním dítětem, poté se může projevovat výchovnou či hyperprotektivní péčí o pacienta. Rovněž může mít formu nekontrolovaného vztahu zamilovanosti k pacientovi.

Pokud zdravotník svůj protipřenosový vztah nenahlédne a vyvine chování odpovídající tomuto vztahu, může se toto chování považovat za poškození pacienta, ať se jedná o sestru či lékaře.

## 4.2. Psychologická problematika sorrorigenie a iatrogenie

**Iatrogenie, iatropatogenie**

„Iatro“ má význam od lékaře vzniklý. Tedy význam slova iatropathogenia znamená poškození pacienta lékařem (Kutnohorská, 2007).

**Sorrorigenie**

Tento výraz vznikl analogicky k termínu iatrogenie. Jde o poškození pacienta sestrou, která jedná nepřiměřeně. Základem tohoto výrazu je latinské slovo soror = sestra, druhá část slova pochází z řeckého gennan = tvořit (Kutnohorská, 2007).

**Typy poškození:**

- **Somatické**

  Týká se tělesného poškození. Způsobené může být špatně stanovenou terapií, špatně podanými léčivy, nešetrným provedením odborných výkonů atd. (Mareš, 2002).

- **Psychické**

  Jde o poškození psychiky. Příkladem může být jednání lékaře ve smyslu rezervovanosti vůči emocionálním problémům postiženého. V důsledku toho se mohou objevit somatoformní poruchy projevující se různými tělesnými příznaky bez prokázaných organických změn. Nemocný se může cítit uraženě, nepochopený a odmítnutý. Pacient se bude snažit znovu získat věrohodnost, pokud se navazující řetězec interakcí opakuje ve smyslu vysvětlování a odmítání, nakonec může vést ke zmíněným somatomorfním poruchám. K somatizaci afektivního prožívání dochází běžně u spousty lidí. Teprve chováním zdravotníků či dalších pracovníků tzv. pomáhajících profesí se může podnítit vznik somatoformních poruch. Tento iatrogenní faktor může mít negativní důsledky pro další kontakty pacienta se zdravotníky. Pacient bude přistupovat ke zdravotníkům se skepsí a obavou, že opět nebude pochopen a brán vážně. Pacienti se somatoformními poruchami bývají v počátcích typicky v péči somatické medicíny, teprve po řadě pokusů ne zcela úspěšných diagnostických a léčebných procedur se připouští možná psychogenní příčina problémů. Snahou následující terapie je mimo jiné předcházení depresivního ladění a sociální dezintegrace (Rahn, 2000).

- **Kombinované**

  Poškození somatické i psychické, může být v různém poměru. Příkladem kombinovaného poškození je například provádění mnoha vyšetření, jež somaticky zatěžují nemocného a která nejsou nezbytná pro zjištění dalšího postupu terapie a zároveň nasazení léčby bez bližšího vysvětlení pacientovi, se současným prohlášením, že terapie stejně asi nebude účinná (Mareš, 2002).

**Poškození pacienta může být také rozděleno dle její míry a odpovědnosti pracovníka vzhledem k právním předpisům**

Za poškození může zdravotník nést plnou odpovědnost nebo naopak dojde k poškození pacienta, ale pracovník přímou odpovědnost nenese. Například v případě selhání přístrojové techniky, která doposud bez problému fungovala, použití jiné medicínské techniky, která je jako jediná v tu chvíli dostupná, byť existují třeba šetrnější metody. Nebo výskyt neočekávané reaktivity nemocného na podaný lék, která se u něho dříve nevyskytla. Většinou se jedná o situace, které nešly dopředu předvídat, a nešlo jim tedy předejít. Častěji se ovšem setkáváme se situacemi, u nichž je poškození pacienta ze strany zdravotníka naprosto zřejmé. Příkladem může být špatně podaný lék, špatné rozhodnutí, zhodnocení situace ústící v neodpovídající či opožděné jednání zdravotníka, nedbale provedený výkon, který zapříčiní pozdější komplikace, nešetrné provádění péče s nevhodnými poznámkami, nerespektování studu nemocného, provádění nadbytečných výkonů, záměna pacienta a aplikace neodpovídající léčby a mnoho dalšího (Mareš, 2002).

**Poškození dle rozsahu zasažené populace**

Týká se poškození jednotlivců či skupin. Pokud je třeba zdravotníkem opakovaně poskytováno nedostatečné edukování pacientů před náročným vyšetřením, jde tedy již o poškození celých skupin pacientů (Mareš, 2002).

Pokud dojde k poškození pacienta ve zdravotnictví, může to mít i fatální následky. Jedná se o jev, o kterém víme, ale většinou si ho všímáme spíše u těch druhých. Poškozování může být somatické a psychické (bývá častější). Pracovník ve zdravotnictví má jako cíl pomoci udržet a podporovat zdraví nemocného. Vede jej k vlastní zodpovědnosti za své zdraví. Ovšem jsou také jedinci, kteří svým jednáním působí na nemocného škodlivě. Dokonce mohou jednat tak, že výsledkem jejich jednání je způsobení smrti nemocného. Míra poškození je tedy velmi různorodá. Počty případů nejsou známy, pozornost poutají u odborné i laické veřejnosti především případy hrubého zanedbání, poškození. Přesto je třeba se této problematice věnovat, k tomu přispívá rozvoj v oblasti lékařské etiky a psychologie (Mareš, 2002).

Příčiny poškození ve vztahu jedince přicházejícího do přímého kontaktu s pacientem, patří:

- Nekompetentnost.

- Nedbalost.
- Nevhodná orientace.
- Opotřebování.
- Záměrnost.

**Příklady z praxe:**

- **Převážně somatické poškození**

  Nemocného, který byl před operací srdce, hospitalizovali na interním oddělení. Tento muž dostával po několik měsíců stále stejné množství léku v intramuskulární injekci. V odpoledních hodinách přišla sestra již s onou známou injekcí, ovšem nyní bylo v injekci výrazně větší množství tekutiny. Pacient tuto injekci odmítal s tím, že on dostává půlku dávky. Naneštěstí sestra pacienta odbyla s tím, že má před operací a ať se jí neplete do práce. Na pacientovy námitky nebrala ohledy a injekci aplikovala. Po jejím odchodu pacient upadl do bezvědomí a přestal dýchat. Spolupacient zvonil na sestru, ale nikdo nepřicházel, sám tedy zahájil resuscitaci a pacienta se mu podařilo rozdýchat (Mareš, 2002).

- **Převážně psychické poškození**

  Během velké vizity si ošetřující lékař nevšiml, že byl daný pacient přeložen na jiný pokoj. Na jeho místě již ležel nově přijatý nemocný. Lékař primáři dle dokumentace referoval, co již u nemocného proběhlo a co je ještě v plánu. Nový nemocný taktně naznačoval, že musí jít o omyl, protože takovou nemoc, o které lékař hovořil, nemá. Lékař jej odbyl s tím, že tomu nemocný přeci nemůže rozumět a pokračoval dál. Svůj přednes dokončil a pečlivě si zapsal přednostovy připomínky. Později stálo velké úsilí lékaře přesvědčit, že šlo opravdu o omyl. Nechtěl dlouho připustit, že by si výměny pacientů nevšiml (Mareš, 2002).

- **Kombinované poškození**

  Pacientka se zavedenou sondou v nose říká ošetřujícímu lékaři, že ji ta sonda opravdu nedělá dobře, zda by s tím nešlo něco udělat. Ten jí odpovídá, že to nebude snadné, ale upozorní primáře a uvidí se, zda to půjde řešit jinak. Při vizitě hlásí ošetřující lékař

primáři, že tato pacientka špatně snáší sondu. Primář bez jakékoliv snahy o pochopení či vysvětlení odpověděl, aby byl dán pacientce diazepam (Mareš, 2002).

**Kontrolní otázky**

Uveďte příklady přenosu spojeného s pozitivními a negativními emocemi mezi pacientem a sestrou.

Vysvětlete protipřenos soupeřivého typu mezi terapeutem a klientem.

Jaké znáte typy poškození pacienta lékařem a sestrou?

Uveďte příklad somatické iatrogenie a sorrorigenie.

**Použitá a doporučená literatura**

KOŽNAR, J. *Skupinová dynamika (Teorie a výzkum)*. Praha: Karolinum. 1992. ISBN 382-101-92 17/99.

KRATOCHVÍL, S. *Základy psychoterapie*. Praha: Portál. 1997. ISBN 80-7178-179-7.

KUTNOHORSKÁ, J. *Etika ošetřovatelství*. Praha:: Grada. 2007. ISBN 978-80-247-2069-2.

MAREŠ, J. (ed.) *Iatropatogenie  a sorrorigenie aneb jak lze poškozovat člověka*. 2. rozšířené a přepracované vydání ed. Praha: Vysoká škola J.A. Komenského. 2002. ISBN 80-86723-00-3.

RAHN, E. *Psychiatrie, učebnice pro studium a praxi*. Praha: Grada. 2000. ISBN 80-7169-964-0.

# 5. Syndrom vyhoření

*Mgr. Veronika Kulířová*

**Obsah kapitoly**

- Vymezení pojmu syndrom vyhoření
- Příznaky a fáze syndromu vyhoření
- Rizikové faktory pro vznik syndromu vyhoření
- Diagnostika syndromu vyhoření
- Léčba syndromu vyhoření
- Prevence syndromu vyhoření na úrovni jednotlivce a organizace

## 5.1. Vymezení pojmu

Nedílnou součástí práce zdravotníka je každodenní přímý styk s pacienty. Nejen od pacientů, ale i od jejich blízkých, jsou na zdravotníky kladeny nároky na vysokou odbornost poskytované péče a očekává se od nich velká míra empatie.

Stres, nedostatek sester a následné pracovní přetížení, práce ve směnném provozu, poměrně vysoká fluktuace zdravotních pracovníků, mnohdy nevhodné chování pacientů i jejich rodin, bolest a utrpení pacientů, setkávání se smrtí, fyzická, psychická i emocionální zátěž, mohou mít dopad na kvalitu zdravotnické péče i na zdraví a spokojenost zdravotníků (Venglářová, 2011).

Syndrom vyhoření je český ekvivalent k anglickému „burn out syndrom“ a je formálně popisován jako stav tělesného, psychického a emocionálního vyčerpaní, způsobený dlouhodobým stresem, vysokými pracovními nároky v kontrastu s nízkou pravomocí, nedostatkem sociální opory, nedostatečným respekt a uznáním nebo dlouhodobým prožíváním mimořádně náročných emocionálních situací (Zacharová, 2008). V odborné světové literatuře má syndrom vyhoření odlišnou definici, avšak ve většině pojetí se odborníci shodují v následujících bodech (Kebza, Šolcová, 2003):

- Jedná se především o psychický stav, kdy je daný jedinec emočně vyčerpán. Má však jak tělesné, tak psychické a sociální příznaky. Ze začátku se příznaky projevují v samotné psychice postiženého, navenek se projeví až později.
- Klíčovou složkou syndromu vyhoření je citové vyčerpání, pasivita, zklamání, snížená spokojenost sám se sebou, emoční, ale i celková únava.
- Vyskytuje se převážně u profesí, u kterých je podstatnou pracovní náplní přímá práce s lidmi.
- Syndrom vyhoření vzniká jako následek chronického stresu.

Výraz Burnout syndrom poprvé použil a uvedl do odborné literatury americký psycholog německého původu Herbert J. Freudenberger v roce 1974 v časopise Journal of Social Issues. Syndrom vyhoření definoval jako důsledek dlouhodobého nadměrného pracovního stresu u pracovníků profesí, které se soustředí na poskytování pomoci bližním. Syndrom má tělesné příznaky (podobné chřipkovým nebo syndromu z odnětí opioidů) a příznaky psychické, jenž ovlivňují jak pracovní výkon, tak i osobní život.

Zajímavé je určitě zmínit, že psycholog Freudenberger, jako extrémní workoholik, vycházel z vlastní zkušenosti, kdy při svém vysokém pracovním nasazení jednoho dne „padl" a ztratil chuť cokoliv dělat. Po zlepšení svého stavu se Freudenberg začal problematice syndromu vyhoření badatelsky i klinicky věnovat a pomáhat tak jiným (Honzák, 2014).

## 5.2. Příznaky a projevy syndromu vyhoření

Prvním začínajícím a varovným příznakem syndromu vyhoření může být pocit jedince, že nezvládá danou práci. Tuto práci zároveň zpochybňuje a nenachází v ní smysl. Jedinec může působit nervózně, podrážděně a nespokojeně. K prvním tělesným příznakům může obvykle patřit nespavost, bolest zad, časté infekce, kolísání váhy (přibírání nebo naopak hubnutí (Venglářová, 2011).

Příznaky syndromu vyhoření lze rozdělit do tří oblastí: psychická oblast, fyzická oblast a oblast sociálních vztahů (Ptáček, Raboch, Kebza, 2013):

- **Psychická oblast:**

  Odráží se změnou dosavadních postojů na negativní; je zde výrazný pocit vyčerpání, jak v duševní, tak emocionální oblasti. Dochází k poklesu motivace až k úplné ztrátě

motivace a také dochází k útlumu aktivity; převažuje depresivní ladění, pocit smutku, frustrace, beznaděje, negativismus, cynismus, ztráta sebeovládání (např. nekontrolovaný pláč nebo zvýšená podrážděnost), pocit prázdnoty, ztráta odvahy, ztráta zájmu o témata související s profesí, dochází k redukci činnosti a používání stereotypů a rutinních postupů. Únava je popisována expresivně (např.: „mám toho až po krk, jsem na dně, cítím se zcela vyždímaný“). Objevují se poruchy soustředění, zapomnětlivost a určité obrnění „dejte mi všichni pokoj“. Nebezpečné je zde zvýšené riziko závislostí všeho druhu.

- **Fyzická oblast:**

  Projevuje se chronickou únavou, nedostatkem energie, apatií, pocitem tělesné slabosti, svalovým napětím, častými infekcemi, změnami tělesné hmotnosti, vegetativními obtížemi (bolest u srdce, zažívací obtíže, poruchy krevního tlaku), dýchací obtíže a poruchy (nemožnost se nadechnout, lapání po dechu), poruchami spánku, bolestmi hlavy bez specifikace, náchylnost k nehodám a k úrazům.

- **Oblast sociálních vztahů (emocionální oblast):**

  V této oblasti se příznaky syndromu vyhoření projevují celkovým emocionálním útlumem, nechutí vykonávat profesi, nízkou nebo i žádnou empatií, pocitem prázdna, beznadějí a bezmocí; uzavírání se do sebe, pocit vlastní nedostatečnosti a méněcennosti, vyhýbání se kontaktům s lidmi, mající vztah k profesi, narůstání konfliktů v důsledku nezájmu, lhostejnost a apatie k okolí. Nejprve se vše projevuje na pracovišti, postupně se však může přenášet až do rodiny a blízkého okolí.

Všechny výše uvedené příznaky syndromu vyhoření mají za následek pokles výkonnosti a oslabení výkonů. Pracovní výkon jedince, který býval dříve velmi snaživý, se výrazně snižuje. Člověk, který dříve bez problému zvládal svoji práci, potřebuje mnohonásobně více času k regeneraci organismu. Víkendy a později i dovolené mu postupně k odpočinku nestačí. Často se tak může dostat do „bludného kruhu“, kdy nechce zaměstnavatele zklamat a chce podávat pracovní výkony jako dříve, ale nedokáže to, protože je skutečně vyčerpaný a prožívá proto zklamání a frustraci. Chronické potíže se mohou postupně projevit i v soukromém životě. Jedinec si přenáší pracovní problémy do svého osobního života. Doma

může být například více podrážděný nebo naopak apatický a straní se všech sociálních kontaktů (Stock, 2010).

Rizikové faktory, které vedou ke vzniku syndromu vyhoření, mohou být například: perfekcionismus, stresující myšlenkové postoje, neschopnost relaxace, nízké sebevědomí, nízká míra asertivity. V pracovní sféře mohou riziko zvýšit ještě okolnosti jako například: nadměrné množství práce, nedostatečná prestiž povolání, špatná organizace práce, absence dalšího vzdělávání, nedostatek podpory kolegů a nadřízených, nedostatečná finanční odměna, obtížní pacienti, absence kvalitní supervize (Pešek, Praško, 2016).

## 5.3. Fáze syndromu vyhoření

Za vznikem syndromu vyhoření stojí řada okolností a do pracovního života přichází postupně. Jedná se o dlouhodobý proces, který může trvat několik měsíců až let, kdy počáteční pracovní nadšení plné ideálů se začne měnit ve zklamání a ideály se „rozpadají“ (Kebza, Šolcová, 2003).

Syndrom vyhoření má několik fází vývoje. V odborné psychologii existují různé modely, které popisují tři až dvanáct fází. Tyto fáze však nelze přesně ohraničit, mohou se opakovat a mají různou délku. Nejčastěji se však popisuje model složený z pěti fází (Pešek, Praško, 2016):

1. **Nadšení (první fáze)**

   Samotnému syndromu vyhoření předchází období, kdy jedinec pracuje co nejlépe, přesto má však pocit, že dané požadavky nemůže zvládnout a také to, že jeho snaha není dostatečně ohodnocena. Tato fáze je jakési podhoubí pro následující období.

2. **Stagnace (druhá fáze)**

   V tomto období nadšení ustupuje a jedinec si uvědomuje, že skutečnost je jiná, než očekával. Snižuje pracovní nasazení a je emocionálně i fyzicky vyčerpaný.

3. **Frustrace (třetí fáze)**

   Jedinec přestává nalézat smysl svojí práce, zabývá se především jen sám sebou. Cítí se osamělý se svými problémy (sociální izolace). Jeho pozornost se zaměřuje na to, aby se vyhnul obtížné práci nebo náročným klientům. Mezi pracovníkem a pacientem se může vytvořit nepřátelství.

4. **Apatie (čtvrtá fáze)**

   Jedinec začíná být apatický a slevuje ze svých ideálů. Začínají se u něho objevovat psychosomatické problémy (bolesti hlavy, zad, kožní onemocnění); často bývá jedinec v pracovní neschopnosti či přibývají absence v práci. Velkým rizikem se může stát nadužívání léků a rozvoj závislostního chování (závislost na alkoholu, počítačových hrách nebo drogách).

5. **Vyhoření (pátá fáze)**

   Toto období je konečnou fází syndromu vyhoření a často ho doprovází depresivní stavy. Jedinec je zcela fyzicky i psychicky vyčerpán; je lhostejný k práci, které se vyhýbá. Proto někdy raději volí jiné zaměstnání nebo pracovní pozici. Ideálem by bylo, kdyby přehodnotil své postoje a životní styl a zůstal ve své profesi. V tom by mu mohla pomoc například psychoterapie.

*Tabulka 1 Myšlenky typické pro fáze syndromu vyhoření*

| Fáze | Typické myšlenky |
|---|---|
| Nadšení | Lidem je potřeba pomáhat; jdu do toho naplno; ta práce je pro mne seberealizace. |
| Stagnace | Proč se honit? Požadavků je moc a něco musí člověk ignorovat. Nějak to dopadne. |
| Frustrace | Pacienti si jen vymýšlí a zneužívají mojí dobroty. Všechno mne to tady štve a stojí to za starou grešli. |
| Apatie | Musím to v práci přežít. Nestojí to za nic, musím to do důchodu vydržet. |
| Vyhoření | Už je to tady k nevydržení a nejraději bych odsud vypadl. Ať mi všichni vlezou na záda. Vedení to tady řídí špatně a pacienti jsou šílení a již mi vše leze krkem. Měl bych se sebou něco udělat, ale nechce se mi |

Profesor Jaro Křivohlavý charakterizoval několik pocitů, které prožívá člověk, který propadá do stavu vyhoření: cítí se duševně na dně, cítí se k smrti unaven, cítí se na dně, je na konci svých sil, cítí se jako bezcenný kus papíru apod. Mezi druhými lidmi se cítí lhostejně a emocionálně chladně, druzí ho nezajímají nebo ho obtěžují a jedná-li s někým, má pocit, jakoby manipuloval s mechanickým strojem (Křivohlavý, 2012).

## 5.4. Rizikové faktory

Syndrom vyhoření postihuje především schopné, pracovité a zodpovědné lidi. Mezi nejvíce ohrožené profese patří lékaři, zdravotní sestry, psychologové, sociální pracovníci, učitelé, policisté atd. Syndromem vyhoření mohou trpět i neformální pečovatelé, tedy osoby, které dlouhodobě zajišťují v domácím prostředí péči o některého rodinného člena.

Podle výzkumných studií za vznikem syndromu vyhoření stojí rizikové faktory, které lze rozdělit do třech kategorií: osobnost, pracovní sféra a mimopracovní sféra (Pešek, Praško, 2016).

*Tabulka 2 Rizikové faktory vzniku syndromu vyhoření*

| **Rizikové faktory** | | |
|---|---|---|
| **Osobnost** | **Pracovní sféra** | **Mimopracovní sféra** |
| Workoholismus<br>Perfekcionismus<br>Anankastické rysy (nejistota, puntířkáství, nutkavost)<br>Výrazně narušené emoční potřeby v dětství<br>Stresující myšlenkové postoje<br>Nízké sebevědomí<br>Vysoká míra empatie<br>Nadměrné očekávání a nadšení při zahájení práce<br>Nadměrná potřeba soutěživosti<br>Konflikt hodnot<br>Tendence potlačovat emoce<br>Neschopnost relaxace nízká míra asertivity<br>Nadměrná potřeba zalíbit se druhým<br>Neschopnost racionálně plánovat čas | Nedostatečná společenská prestiž povolání<br>Požadavky na vysoký výkon<br>Nadměrné množství práce<br>Nízká míra samostatnosti<br>Nedostatek podpory a ocenění od kolegů a nadřízených<br>Nedostatek zážitků a úspěchů<br>Nedostatek finanční odměny<br>Špatná organizace práce<br>Nespravedlivé poměry<br>Jednotvárnost nebo nesmyslnost pracovní náplně<br>Obtížní pacienti<br>Absence kvalitní supervise<br>Bez profesní perspektivy<br>Absence dalšího vzdělávání<br>Není využita kvalifikace<br>Žádný vliv na uskutečnění změny v organizaci | Absence partnera<br>Nechápavý partner<br>Konflikt v partnerství<br>Příliš ctižádostivý partner<br>Soutěžení partnerů<br>Nedostatek hlubších přátelských vztahů<br>Nedostatek koníčků a zájmů<br>Nedostatek tělesného pohybu<br>Špatné stravování<br>Vysoké skóre těžkých životních událostí<br>Špatné existenční podmínky (bydlení, finance). |

Podle prohlášení agentury OSHA (Evropská agentura pro bezpečnost a ochranu zdraví při práci) jsou jako příčiny pracovního stresu uvedeny rizikové faktory stresu, které mohou následně podpořit vznik syndromu vyhoření (Stock, 2010):

- Nejistota pracovních poměrů, obava ze ztráty místa.
- Nejistota v důsledku změny formy pracovních smluv: více přesčasů, krácení dovolené, změna na pracovní smlouvy na dobu určitou atd.
- Dlouhá pracovní doba a narůstající intenzita práce.
- Snižování počtu pracovníků na pracovišti a přerozdělování jejich práce.
- Rostoucí emocionální náročnost práce (pacienti zvyšují své požadavky v emocionálním přístupu a pro zdravotníky se tak práce stává náročnější.
- Neslučitelnost pracovního a soukromého života.

Lidé, kteří jsou v životě spokojeni a mají svůj život založen na pevných pilířích (práce, rodina, volný čas), a vše je v jejich životech rovnoměrně rozloženo, jsou tak více odolní proti vzniku syndromu vyhoření (Pešek, Praško, 2016).

Podle Zacharové jsou syndromem vyhoření nejvíce ohroženi ti, kteří jsou nejprve pro práci velmi nadšení a ve své práci vidí smysluplnost svého života, avšak jejich nadšení postupně uhasíná. Další ohroženou skupinou jsou ti, jenž na sebe kladou velké nároky, bez ohledu na své limity a schopnosti. Rizikovou skupinou jsou také jedinci, kteří mají nízké sebevědomí, ale vysoké ideály a případné neúspěchy pak prožívají jako velké selhání. Syndromem vyhoření mohou být také postiženi ti, co neumí odpočívat a relaxovat, a tak nemohou načerpat nové síly (Zacharová, 2008).

Přesto se však každý zdravotník někdy může dostat do chronického stresu a tím postupně do syndromu vyhoření. Jak syndrom vyhoření diagnostikovat a jak se následně ze syndromu vyhoření vyléčit je popsáno v následujících kapitolách.

## 5.5. Diagnostika

Většina zdravotníků si syndrom vyhoření dlouhou dobu nepřipouští a svůj stav začne svádět na pracovní přetížení. Včasné odhalení však může pomoci jedinci začít včas symptomům čelit a zcela nevyhořet (Kebza, Šolcová, 2003).

Syndrom vyhoření není v současné době ještě obecně uznávanou lékařskou diagnózou, nicméně Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN) jej zařadila mezi doplňkové diagnózy

s používaným kódem Z 73 problémy spojené s obtížemi při vedení života; kategorie Z 73.0 vyhasnutí (vyhoření). Do této skupiny jsou řazeni pacienti se specifickou emoční únavou projevující se subdepresivním laděním a podrážděností. Postižený se obtížně soustřeďuje na pracovní činnost, pod dojmem, že se mu nic nedaří a nic nemá cenu. Problémy mohou vést ke ztrátě zájmu o povolání a k extrémních případech k závislostem i k sebevražedným pokusům (Pelcák, 2015).

Některé symptomy a prvky chování a prožívání se mohou podobat i známějším psychiatrickým onemocněním, se kterými mají shodné některé symptomy. Nejčastěji to jsou deprese. Avšak u deprese jsou negativní myšlenky týkající se nejen pracovních výkonů. Depresivní člověk se nedokáže tzv. odklonit nebo psychicky přeladit i na neprofesní myšlenky, kde lze u syndromu vyhoření očekávat zlepšení myšlení a pocitů.

Diagnostika syndromu vyhoření může vycházet z pozorování daných symptomů a zároveň ze zachycení jejich prožitků a pocitů. Lépe lze dané symptomy zachytit, pokud má člověk o charakteristice syndromu vyhoření sám určité informace. Zároveň však jsou speciální psychologické metody, které byly k odhalení symptomu vyhoření postupně vyvinuty.

Psychodiagnostické metody k diagnostice syndromu vyhoření začaly vznikat na přelomu 70. – 80. let 19. století a postupně se vyvíjely. Existuje více možných metod a testů ke stanovení: například Shirom-Melamedo Heidelberger Burnout test je ve škála SMBM), Copenhagen Burnout Inventory, Maslach Burnout Inventory (MBI) (Ptáček, Raboch, Kebza, 2013).

K diagnostice syndromu vyhoření také patří tzv. subjektivní hodnocení vlastní situace pomocí PSA (Personal Subjective Analysis) neboli také rozboru osobního vnitřního stavu (Křivohlavý, 2012).

Shiromova – Melamedova škála (SMBM) patří mezi nové, reliabilní nástroje určené pro hodnocení míry syndromu vyhoření. Obsahuje celkem 14 položek, které se hodnotí na škále 1-7. Hodnotí se jednak narůstající riziko syndromu vyhoření, tak i fyzická, psychická a emoční únava. Český překlad škály provedli prof. PhDr. Vladimír Kebza CSc. a PhDr. Iva Šolcová, PhD. Tento test má velmi dobrou psychometrickou charakteristiku i relativní jednoduchost administrace, proto je vhodný pro klinickou a poradenskou praxi. Na základě zkušeností autorů se škálou se doporučují skóry jednotlivých škál dělit počtem položek v něm obsažených, aby se výsledky jednotlivých škál daly porovnat (Ptáček, Raboch, Kebza, 2013).

## 5.6. Léčebná opatření

Pokud se člověk již dostane do některé fáze syndromu vyhoření, tedy si sám uvědomí, že není něco v jeho životě v pořádku, je potřeba, aby vyhledal pomoc a cestu z bludného kruhu, tedy k vyléčení. Podcenění situace může vést k dlouhodobým depresím a úzkostem, nízké sebedůvěře nebo i k vzniku závislosti na lécích, počítačových hrách, alkoholu či dokonce drogách.

K léčbě je potřeba většinou pomoc druhého člověka. Především v počátečních dvou fázích může výrazně pomoci sociální podpora, a to ať ze strany rodiny, přátel, či i pracovního týmu. Sociální podpora jako pomoc je podmíněna kvalitním sociálním kontaktem, mezi jejíž významné faktory patří například: naslouchání, uznání, povzbuzování, dělba práce, emocionální vzpruha, přejný prosociální postoj a nezištná pomoc (Zacharová, 2008).

Blízké okolí může jedinci pomoci, ale především musí chtít každý postižený nejprve on sám, tedy převzít odpovědnost za svůj život. Nepečovat jen o jiné, ale i sám o sebe. Ve stavu syndromu vyhoření je potřeba naučit se zhodnotit svůj momentální stav (např. životní režim, stravovací návyky, délka odpočinku) a naučit se žít v životní rovnováze (Venglářová, 2011).

Další volbou je pomoc odborného psychologa nebo psychoterapeuta, který stav syndromu vyhoření posoudí a navrhne možnosti léčby. Profesionální pomocí může být i praktický lékař, který může vhodného psychologa doporučit. Jedinec by měl nejprve pomocí terapie odstranit nejakutnější příznaky syndromu vyhoření (deprese, úzkosti) a poté hledat nový, realistický přístup k práci a k životu.

Důležité je, aby si syndromem vyhoření postižený získal určitý odstup a uvědomil si, že za jeho stavem stojí především nerovnováha energie a že každý může nejen energii vydávat, ale musí ji i někde dočerpat (Stock, 2010).

Pod vedením psychologa nebo psychoterapeuta se při léčbě syndromu vyhoření používají psychologické a psychoterapeutické postupy, které mají změnit pacientův postoj k životu a k práci. Využívají se například tyto kognitivně behaviorální přístupy (Pešek, Praško, 2016):

- **Kognitivně-behaviorální terapie**

  východiskem terapie je poznání, že jak člověk myslí, tak se cítí i chová.

- **Kognitivní restrukturalizace**

  metoda, s jejíž pomocí se může mírnit vliv myšlení, které člověka stresuje.

- **Dovednost plánování času**
- **Schematerapie**

  prohlubuje vlastní sebereflexi: zdrojem nadhledu a sebeovládání se jedinec snaží racionálně přemýšlet, plánovat a objektivně hodnotit.
- **Asertivitivní dovednosti**

  umožňují jasně vyjádřit a posadit své názory a myšlenky, bez nerušení práv ostatních lidí.
- **Supervize**

  zaměřuje se na proces poradenství nebo terapie se snahou zlepšit kompetence v pomáhajících profesích a tím zvýšit efektivitu práce.

K terapii syndromu vyhoření lze kromě behaviorálních přístupů použít i existenciální psychoterapii, která se soustřeďuje především na vnitřní svět prožitků a pacientům umožňuje vyrovnat se s otázkami podstaty lidské existence, smyslu života, svobody a odpovědnosti. Mezi tyto terapie patří například logoterapie, která má za cíl pomoc postiženému v nalezení smyslu života v objevování a naplňování hodnot (Kebza, Šolcová, 2003).

K léčbě syndromu vyhoření může pomoci dlouhodobá dovolená nebo i změna pracovní pozice či dokonce profese. I tady by však mohla pomoci vhodná psychoterapie, která pomůže jedinci se racionálně dívat na situaci, zda je změna místa tím správným řešením (Stock, 2010).

## 5.7. Prevence

Každý zdravotník by měl již ze školy vědět, že včasná prevence onemocnění je vždy lepší a také finančně méně nákladnější než následná léčba již vzniklého onemocnění. Platí to také pro syndrom vyhoření, kterému lze preventivními opatřeními předcházet, a to jak v osobní rovině, tak i zodpovědností zaměstnavatele, který by měl alespoň umožnit jejich realizaci. V prevenci syndromu vyhoření mohou pomoci následující rady (Venglářová, 2011):

- Naučit se dostatečně pečovat i sám o sebe; tedy starat se nejen o své pacienty a klienty. Práce by měla patřit do práce a je potřeba mít čas i na osobní život: rodinu, přátele, zájmy. Pro zdravotníky je potřebné, aby se udržovali v dobré tělesné kondici (zdravá životospráva, pravidelný režim, dostatek spánku, naučit se odpočívat).

- Člověk pracující v pomáhající profesi má být empatický, ale zároveň potřebuje vymezit své profesi hranice. Je potřeba si uvědomit, že každý člověk je jiný, je potřeba nesrovnávat se s jinými a neklást si příliš vysoké cíle. Naučit se sebepoznávat a sebehodnotit sám sebe. Lidová moudrost praví, že člověk se o sobě hodně doví, když projde náročnou životní zkouškou.
- Jedinec by se měl hledat vlastní motivaci k práci, hledat „skutečné“ hodnoty života a vyloučit z něj nesmyslné nepodstatné věci.
- Na každém pracovišti by měly být budovány kladné mezilidské vztahy (aktivní naslouchání, povzbuzování, emocionální pomoc v náročných situacích).

Velká část zdravotníků si dlouhou dobu nepřipouští, že trpí syndromem vyhoření a svádí svůj stav na pouhé momentální přetažení. Bez nápravy se však situace může neustále zhoršovat. Proto je v počátku potřeba zbavit se pocitů sebelítosti, snažit se změnit styl práce a naučit se říkat NE a „rozhodl jsem se“ místo „musím“, tedy asertivní způsob jednání. Důležité je posilovat přátelství a dobré profesionální vztahy. Každý by se měl snažit na svém pracovišti spoluvytvářet dobré vztahy a dobré pracovní prostředí. Vyplatí se usilovně plánovat nejen práci, ale také volný čas s dostatkem odpočinku. Ve volném čase je doporučováno raději o práci nehovořit vůbec (Ptáček, Raboch, Kebza, 2013).

Vzhledem k tomu, že riziko syndromu vyhoření u zdravotnických pracovníku je poměrně vysoké, měla by mít každá organizace zájem tomuto riziku u svých zaměstnanců předcházet a vytvářet dlouhodobé programy prevence, kterými tak vyjadřuje zájem o své zaměstnance. Ze strany zaměstnavatele riziko vzniku syndromu vyhoření zvyšují například následující faktory (Mahdalová, 2014):

- **Charakter práce a pracovní prostředí**

  např. nucené přesčasy, nutnost vykonávat několik činností najednou.
- **Administrativní rovina**

  např. ekonomické a organizační problémy, nadměrná a zbytečná administrativa, potřeba rychlé adaptace na nové postupy.
- **Sociální aspekty, týmová práce**

  např. vysoké nároky na průběžné vzdělání, stres z týmové práce.

Profese sestry je sama o sobě velmi stresující a namáhavá, a proto je nutno ze strany zaměstnávající organizace dbát, aby byla zajištěna dostatečná týmová podpora a vhodné pracovní podmínky. Pro zdravotníka by měla být zajištěna dostatečná adaptační praxe

pod dohledem zkušeného kolegy, a to především vzhledem k tomu, že náročnost profese zdravotníka je po psychické, fyzické a emocionální stránce velmi náročná a výsledky jsou vidět až za nějaký čas. Na náročnost zdravotnického povolání by měl být budoucí zdravotník teoreticky připraven již během studia (Venglářová, 2011).

Zaměstnavatel by měl svým zaměstnancům zajišťovat sociální oporu a podporovat týmovou práci. Sociální opora může být nejčastěji ve formě:

- spolupráce (vědomí, že si zaměstnanec může požádat o pomoc, spolupracovat na úkolech),
- podpora, povzbuzení (podněty k dalšímu růstu, motivace k práci, naslouchání, uznání, zpětná vazba, rovnocennost vztahu).

Jako nástroj prevence je důležitá také podpora týmové práce. Lidé pracující v dobrém týmu, mají „dobrý pocit", že někam patří a jsou ve své práci prospěšní. Významné faktory, které předchází syndromu vyhoření jsou i vytvoření vhodného pracovního prostředí, ideálních pracovních podmínek (např. dobře upravená sesterna, čas na obědovou pauzu, pomůcky ke zvedání nehybných pacientů), ale patří sem i zaměstnanecké benefity (poukazy na relaxaci, kulturní či sportovní akce) (Jeklová, Reimayerová, 2006).

Novou metodou pro budování týmu se stává teambuilding, který má za úkol budovat a podporovat týmovou spolupráci, kdy formou zážitkového vzdělávání, vlastního jednání, společného překonávání úkolů a výzev dochází ke „stmelení" kolektivu. Teambuildingové metody mohou být v různých formách (např. komunikační trénink, hraní her podněcující ke stejnému cíli, zážitkové, outdoorové akce, zvyšování soudržnosti týmu) (Venglářová, 2011).

Zodpovědnost za prevenci vyhoření je také v rukách vedoucích pracovníků, a to nejen tím, že si nadřízení svých podřízených váží a je zde otevřený oboustranný vztah. Svůj význam mají i pravidelná setkání mezi nadřízeným a podřízeným, který by měl být shrnutím realizovaných úkolů a stanovení příslušných cílů nejlépe ve formě neformálního rozhovoru (Křivohlavý, 2012).

**Supervize jako nástroj prevence**

Supervize je nástroj celoživotního učení a rozvoje, který se využívá především v pomáhajících profesích. Supervize je zaměřena na rozvoj profesionálních dovedností a pomáhá tak vytvářet „učící se prostředí". Jejím cílem je podpořit pracovní růst daného

zaměstnance, zlepšit organizaci práce i pracovní atmosféru. Poskytuje prostor pro sdělování zkušeností, uvolnění emocí a hledání nových vizí, nápadů a směrů. Supervize probíhá formou setkání mezi pracovníky (skupiny, týmy nebo jednotlivec) a supervizorem. Úkolem vyškoleného supervizora je pohled zvenčí, kdy přináší své zkušenosti a doporučení (Venglářová, 2011).

Základním cílem supervize je pomoci supervidovanému vidět svoji práci z jiného pohledu či úhlu, umožnit mu nové přístupy, podpořit ho v jeho profesionálním rozvoji a poskytnout kontrol jeho práce. Cíle a funkce supervize je možno rozdělit do tří skupin (Kalvínský, 2018):

- studijní a seberozvojové,
- pracovní,
- podpůrné, zaměřené na emoční procesy.

Specifickými metodami supervize mohou být koučink, manažerská supervize, případová supervize, balintovská skupina atd. Základním etickým principem supervize by však měl vždy na prvním místě být prospěch pacienta. Supervize by měla vycházet z dobrých úmyslů a měla by chránit autonomii a soukromí pacienta (Venglářová, 2011).

**Kontrolní otázky**

Charakterizujte jednotlivé fáze syndromu vyhoření.

Jak se nejlépe může zdravotník chránit před syndromem vyhoření?

Jak je možno syndrom vyhoření léčit?

Je jiné řešení v léčbě syndromu vyhoření než odejít ze zaměstnání?

Co je to supervize a jaká je v prevenci syndromu vyhoření její úloha?

**Použitá a doporučená literatura**

HONZÁK, R. 2014. Syndrom vyhoření – kritický pohled [Online], 18 (2), 153-156. ISSN ISSN: 1801-8750.

JEKLOVÁ, M., REIMAYEROVÁ, E. *Syndrom vyhoření*. Praha:: Vzdělávací institut ochrany dětí. 2006. ISBN 80-86991-74-1.

KALVÍNSKÝ, I. Koncepce systému supervize pro ŠPZ a ŠPP a vymezení systému supervize. Národní ústav pro vzdělávání, 02-03-2020. Dostupné z http://www.nuv.cz/file/3483/.

KEBZA, V., ŠOLCOVÁ, I. *Syndrom vyhoření*. Text upravil/a 2., r.a.d.v. Praha: Státní zdravotní ústav. 2003. ISBN 80–7071–231–7.

KŘIVOHLAVÝ, J. *Hořet, ale nevyhořet*. Text upravil/a VYDÁNÍ, p. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství. 2012. ISBN 978-80-7195-573-3.

MAHDALOVÁ, T. Syndrom vyhoření u sester pracujících v psychiatrických nemocnicích. Psychologon, 01-03-2020. Dostupné z http://www.psychologon.cz/component/content/article/14-psycholog-online/286-syndrom-vyhoreni-u.

PELCÁK, S. *Stres a syndrom vyhoření*: Gaudeaumus, Univerzita Hradec Králové. 2015. ISBN 978-80-7435-576-9.

PEŠEK, R., PRAŠKO, J. *Syndrom vyhoření*. Praha: Pasparta. 2016. ISBN 978-80-88163-00-8.

PTÁČEK, R., RABOCH, J., KEBZA, V. (eds.) *Syndrom vyhoření jako mezi oborový jev*. Praha: Grada. 2013. ISBN 978-80-247-5114-6.

STOCK, C. *Syndrom vyhoření a jak jej zvládnout*. Praha: Grada. 2010. ISBN 978-80-247-3553-5.

VENGLÁŘOVÁ, M. (ed.) *Sestry v nouzi (Syndrom vyhoření, mobbing, bossing)*. Praha: Grada. 2011. 192 s. ISBN 978-80-247-3174-2.

ZACHAROVÁ, E. 2008. Syndrom vyhoření – riziko ohrožující zdravotníky [Online]. *Interní medicína pro praxi*, 10 (1), 41-42. ISSN 1803-5256.

# 6. Problematika komunikace s handicapovaným pacientem

*Mgr. Miluše Kulhavá*

**Obsah kapitoly**

- Formy komunikace, teritorialita, komunikační bariéry
- Typy handicapů
- Poruchy sluchu
- Poruchy zraku
- Vady řeči
- Tělesné znevýhodnění
- Mentální znevýhodnění

*„Komunikace je proces, jímž lidé předávají informace, ideje, postoje a emoce jiným lidem“*

*J.W.V.Zandena*

*„Naslouchejte lidem a oni vám řeknou, kdo jsou“.*

*John King*

## 6.1. Terminologie

**Formy komunikace**

- **Verbální**

  (z latiny verbum, slovo).

  Znamená komunikaci prostřednictvím jazyka a řeči. Má formu ústní a písemnou.

- **Neverbální**

  (nonverbální, mimoslovní).

  - Mimika (pohyby tváře, úst).
  - Gestika (pohyby rukou).
  - Haptika (dotyky, podání rukou).
  - Vizika (kontakt očí, vzájemný pohled).

- Kinetika (celkový pohyb těla).
- Proxemika (vzdálenost od partnera).
- Posturologie (postoj těla, nohou, rukou).
- Teritorialita (velikost prostoru, kam pustí člověk jen toho, koho chce).

**Komunikační prostor – teritorialita**

- **Intimní prostor**

  (15 – 46 cm), jen pro vyvolené, osobní ochrana tohoto prostoru.
- **Osobní prostor**

  (46 – 120 cm), prostor pro přátelská setkání.
- **Společenský prostor**

  (120 – 360 m), prostor pro komunikaci s cizími lidmi.
- **Veřejný prostor**

  (více než 360 cm), prostor ro komunikaci s větší skupinou.

**Podíl jednotlivých složek na komunikaci**

- Verbální komunikace – 7 %.
- Neverbální komunikace – 56 %.
- Paraverbální komunikace – 37 %.

Pro zdravotnický personál, který komunikuje s dítětem se zdravotním postižení by měla být efektivní.

Efektivní komunikace má jasně stanovené cíle, navozuje stav důvěry mezi komunikujícími, umožňuje společné rozhodování zdravotnického pracovníka a pacienta a v konečném výsledku umožňuje pochopení problémů pacienta. Oproti tomu kontraproduktivní komunikace nevede k vzájemnému porozumění, velmi často při této komunikaci dochází k manipulaci a v neposlední řadě vyvolává pocity tísně a nesoulad ve sdělování a chápání.

**Komunikační bariéry**

- **Interní komunikační bariéry**

  Vyplývají ze schopností a dovedností jedince, jeho prožívání a souvisí s jeho zdravotním stavem. Interními komunikačními bariérami jsou obavy z neúspěchu, negativní emoce,

kterými je strach a zlost, nepřipravenost na komunikaci, fyzické nepohodlí, nemoc, bolest, nevhodně stanovený čas v souvislosti s jídlem, návštěvou.

- **Externí komunikační bariéry**

  Jsou dány vlivy ze zevního prostředí. Těmi je například vyrušení jinou osobou, hlučné prostředí, nevhodná teplota prostředí, kde komunikace probíhá, nevhodným osvětlením, vizuálním rozptylováním televizí či jiným podnětem, neschopností naslouchat a velmi častým předáváním velkého množství informací, kterým vznikne komunikační zahlcení.

Kromě interních a externích komunikačních bariér se mohou vyskytnout i jiné okolnosti, které jsou bariérami komunikace. Tyto bariéry tvoří především obsahová stránka komunikace a její podání.

- **Překroucení informace:**

  Vznikne nejčastěji nepozorností poslouchajícího nebo nedostatečně jasně vyjádřeným požadavkem ze strany sestry.
- **Komunikační zahlcení:**

  Pacientovi je předáno velké množství informací, které nedovede poslouchající vstřebat.
- **Nevhodná forma předávání informací s ohledem na posluchače:**

  jedná se především o předávání informací pacientům se smyslovým znevýhodněním, rozdílností věku a s chápáním na základě stupně gramotnosti.
- **Devalvace v komunikaci:**

  negativní vztah komunikujících, a to především snížením hodnoty druhého člověka.
- **Používáním vágních a bezvýznamných slov:**

  používání bezvýznamných slov vede k neschopnosti koncentrace a k nutě posluchače. Pro správnou komunikaci se mají používat informace stručné, jasné a věcné.
- **Manipulace v komunikaci:**

  používání zcela neznámých slov pro poslouchající, používání odborných výrazů, pacientovi není předáno dostatečné množství informací.

**Optimální styl komunikačního chování**

- Jasná komunikace.

- Přímá komunikace.
- Nic nezastírající komunikace.
- Komunikace vedoucí k jasnému sdělení informací.
- Otevřená komunikace – nezkreslená komunikace, komunikační partneři si v komunikaci rozumí.

**Stupně znevýhodnění**

- **Disaptibilita**

  omezení nebo nedostatek schopností vykonávat činnosti každodenního života způsoby běžnými pro zdravé jedince. K určitým činnostem potřebují pomoc jiné osoby.
- **Handicap**

  znevýhodnění, sociální následek vyplývající z choroby nebo postižení.
- **Degrese**

  snížení či zhoršení kvality života jedince.

**Typy handicapů**

- **Vrozené**
  - Ovlivňují vývoj již od narození.
  - Vývoj probíhá ve ztížených podmínkách.
  - Vada omezuje přísun podnětů nezbytných k optimálnímu vývoji.
  - Nepříznivě ovlivňují sociální kontakty.
  - Vždy je vhodnější ambulantní léčba.
  - Pokud je nutná hospitalizace a jedná se o dítě, je vhodná hospitalizace společně s matkou.
  - Po doby pobytu v nemocnici se nedoporučuje přerušit kontakt s rodinou.
  - Děti s vrozeným defektem jsou ohroženy nevhodným výchovným přístupem okolí (nevhodné chránění, nevedení k samostatnosti, velká lítost nad dítětem).
- **Získané**
  - Náhle vzniklý defekt je velmi náročnou životní situací.
  - Defekt je prožíván bolestně a s úzkostí.
  - Člověk se musí s touto změnou vyrovnat.
  - Velmi záleží na rozsahu defektu a na jeho viditelnosti.

**Handicapy**

- Poruchy sluchu.
- Poruchy zraku.
- Vady řeči.
- Tělesné znevýhodnění.
- Mentální znevýhodnění.

## 6.2. Poruchy sluchu

Sluch může být poškozen jednotlivými stupni sluchové ztráty. Může se jednat o nedoslýchavost, zbytky sluchu či o absolutní ztrátu sluchu. Tyto poruchy se mohou kompenzovat použitím naslouchacích aparátů, které posilují sluch. Na kompenzační pomůcky si děti zvykají lépe a snadněji než dospělí.

Vrozené sluchově vady v období dítěte jsou překážkou v jeho přirozeném vývoji. Málo slyšící dítě má výrazně omezeno vnímání zvukových podnětů z okolí, hůře chápe abstraktní pojmy, má zpomalený rozvoj myšlení a hůře se orientuje. Pokud se jedná o získané sluchové vady u větších dětí, výhodou je situace, kdy již děti měly vybudovanou slovní zásobu a uměly již číst a psát. Je tedy zachována komunikace písemnou formou. Děti mají zhoršenou výslovnost. Takto znevýhodněné děti mají pocit izolovanosti, který může vyústit v těžké deprese. Tyto děti jsou často nedůvěřiví.

**Zásady komunikace**

Nejprve komunikujeme s pacientem a poté s jeho doprovodem. Při komunikaci má být přítomen doprovod či tlumočník. Je důležité nejprve navázat zrakový kontakt, který je potřebný udržet po celou dobu komunikace. Na úvod komunikace se zeptáme, jaký druh komunikace preferuje pacient, zda chce mluvit, odezírat, psát nebo používat znakovou řeč. Odezírání bez pomoci sluchu není spolehlivou metodou, často při ní dochází k omylům. Schopnost odezírání je snížena při fyzické nebo psychické nepohodě. Při komunikaci se nemá zvyšovat klas a zakázáno je křičet. Předem je důležité vysvětlit, co se bude s pacientem dít a následně sdělíme jakou spolupráci od pacienta očekáváme. Důležité informace je nutné opakovat a vhodné je použít i formu písemnou. V závěru komunikace

požádáme pacienta, aby nám svými slovy sdělil, co nám rozuměl. Při neúspěšné komunikaci musíme mít na paměti, že se jedná o důsledek sluchového postižení.

Závěr: dítě se sluchovým postižením má nárok při komunikaci se zdravotníky na tlumočníka (pokud si rodiče požádají). Vždy v úvodu upozorníme pacienta, že na něj mluvíme, pacient musí vidět z důvodu odezírání na naše ústa a musíme dobře artikulovat. Musíme mluvit pomalu a stručně, využívat neverbální komunikaci. Trpělivě se snažíme porozumět řeči pacienta, neboť jeho řeč bývá nesrozumitelná. Dostatečně využíváme náhradu za mluvu, kterou je psaní, malování i využívání například jednotlivých obrázků (Ratislavová, 2008).

## 6.3. Poruchy zraku

Vadami zraku, se kterými se můžeme setkat je tupozrakost, kdy pacient využívá kompenzačních pomůcek (brýle, kontaktní čočky), slabozrakost, zbytky zraku a nevidomost. Drobné poruchy lze kompenzovat brýlemi či kontaktními čočkami, které pacienta běžně zapojí do života a člověk je téměř bez omezení.

Vrozené poruchy zraku značně ztěžují psychický rozvoj dítěte, dítě má omezenou orientaci, objevují se poruchy v rozvoji motoriky. Nedostatek zrakových podnětů může být částečně nahrazen podněty hmatovými, sluchovými či čichovými. Lze využívat Braillovo písmo. Získané poruchy vznikají nejčastěji úrazem nebo postupně v důsledku jiného onemocnění. Velmi náročnou životní situací pro člověka je náhlá ztráta zraku. Poruchy zraku vedou velmi často k jeho podezíravosti a nedůvěřivosti.

**Zásady komunikace**

Při komunikaci s dítětem v závislosti na věku dítěte nejprve komunikujeme s dítětem, poté s doprovodem. Jednáme s pacientem tak, aby se necítilo poníženo. Osoba, která jedná s pacientem vždy jako první, podáním ruky na pozdrav nahrazuje vizuální kontakt. Při ošetřování a vyšetřování je nezbytně nutné vysvětlení, co se bude dít. Dveře do místnosti by měly zůstat zcela otevřené nebo zcela zavřené. Vždy by věci pacienta pro jeho lepší orientaci měly zůstat na svém místě. Pokud je přítomen vodící pes, není vhodné na něj mlaskat, hvízdat, hladit ho, krmit nebo mluvit na něj bez vědomí majitele. Vždy je

bezpodmínečně nutné do ambulance objednávat pacienta s poruchou zraku na určitou hodinu.

pro komunikaci s pacientem s poruchou zraku je vhodné se opakovaně představit, předem pacientovi vše podrobně vysvětlit, zajistit doprovod na všechny vyšetření. Při hospitalizaci nechat pacientovi osahat vše v pokoji, kde pobývá, k ruce dát signalizační zařízení. Vždy musíme mít na paměti, že pacient znejistí, nerozumí-li dění kolem sebe. Pak hůře spolupracuje, protože je v napětí (Ratislavová, 2008).

## 6.4. Vady řeči

**Druhy vad**

Jedná se například o vadnou výslovnost některých hlásek, breptavost, koktavost, huhňavost. Tyto vady nepříznivě působí na komunikaci pacienta s okolím. Některé děti mají opožděný vývoj řeči, který se projevuje tím, že používají jen některá izolovaná slova. Pokud se taková vada u dítěte objeví, je nutné zjistit, zda dítě slyší. Mohou se objevit i specifické poruchy čtení a psaní (dyslexie). Každá odchylka v řečí je nápadná a pro pacienta může být velmi nepříjemná. Vady řeči velmi často ovlivňují i ochotu ke komunikaci, a to především v cizím prostředí a s cizími lidmi.

**Zásady komunikace**

Při komunikaci s pacientem s poruchou řeči je nutné mluvit klidně, zřetelně, bez šišlání a komolení slov. K řeči dětského pacienta nenutíme, ale povzbuzujeme jej k řeči hrou nebo obrázky. Vhodné je trpělivě opakovat jednotlivá slova. Pokud dítě špatně vyřkne slova, opakujeme tako slova se správnou výslovností. Nikdy se chybné výslovnosti nesmějeme, nezdůrazňujeme vadu, dáváme dítěti najevo, že mu rozumíme, a především podporujeme dítě v komunikaci (Ratislavová, 2008).

## 6.5. Tělesné znevýhodnění

Nebývá překážkou v komunikaci, neboť nepostihuje mluvidla. Nejvýznamnější komunikační bariérou bývá změna sebehodnocení. Přiměřená dopomoc a aktivita ze strany znevýhodněného je produktivnější než úplný servis a zajištění veškeré péče.

**Zásady komunikace**

Je vhodné nejprve komunikovat s konkrétní osobou a nekomunikovat přes doprovod. Dodržujeme konvence běžné komunikace, komunikaci se nevyhýbáme, vždy udržujeme oční kontakt. U osob na vozíčku udržujeme odpovídající horizontální úroveň očního kontaktu. Při nezbytné manipulaci s pacientem, vysvětlujeme, co konkrétně od něj potřebujeme. Dbáme na to, aby pacient měl ve svém dosahu nezbytné kompenzační pomůcky, informujeme se, co zvládne sám a v čem potřebuje pomoci. Při komunikaci jsme taktní, tolerantní a trpěliví (Ratislavová, 2008).

## 6.6. Mentální znevýhodnění

**Stupně poškození**

- **Těžká forma:**

  dítě zůstává na úrovni kojence, neumí chodit, někdy umí lézt, musí se krmit, neudržuje osobní čistotu, nemluví nebo umí jen pár slov. Potřebuje trvalou péči druhé osoby.
- **Střední forma:**

  mírný stupeň poškození. V porovnání s vrstevníky se dítě vyvíjí ve všech oblastech pomaleji. Postupně se naučí chodit, samostatně jíst, udržovat čistotu,

  oblékat se. Rozvíjí se pomalu řeč, dítě má menší slovní zásobu, řeči je někdy špatně rozumět.
- **Lehká forma:**

  vyskytuje se asi u 2,5 % populace. Děti se vyvíjejí pomaleji, ale jsou vzdělatelné na jednodušší úrovni.

**Zásady komunikace**

Nejprve je důležité zjistit míru postižení, zjistit úroveň sebeobsluhy a zjistit způsob výchovného přístupu na který je jedinec zvyklý. Při komunikaci je vhodné využívat hovorové terminologie. Chování zdravotníků musí respektovat osobnost pacienta, oslovovat jej jménem, ve vyšším věku jedincům při oslovení vykat. Vždy je nutné komunikaci přizpůsobovat schopnostem a dovednostem pacienta, používat jednoduché věty, zvolit volnější tempo řeči, poskytovat dostatečný prostor pro zpětnou vazbu a vyhýbat se projevům netrpělivosti. Při komunikaci kontrolujeme své neverbální projevy, neboť mentální znevýhodnění je velmi citlivé na nonverbální projevy (Ratislavová, 2008).

**Kontrolní otázky**

Co náleží do nonverbální komunikace?

Které složky a v jaké míře se podílejí na komunikaci?

Co řadíme mezi externí komunikační bariéry?

Jaké zásady má sestra dodržovat při komunikaci s pacienty s poruchami sluchu?

Uveďte zásady komunikace při poruchách zraku a uveďte kompenzační pomůcky.

Jaké zásady při komunikaci s pacienty jednotlivých stupňů mentálního znevýhodnění má sestra dodržovat?

**Použitá a doporučená literatura**

RATISLAVOVÁ, K. *Aplikovaná psychologie porodnictví*. 1 ed. Praha: Reklamní atelier Area. 2008. 106 s. ISBN 978-80-254-2186-4.

# 7. Psychologická problematika ženského lékařství

*Mgr. Miluše Kulhavá*

**Obsah kapitoly**

- Gynekologická onemocnění a těhotenství jako náročná životní situace
- Těhotenství z psychologického hlediska
- Porod z psychologického hlediska
- Šestinedělí z psychologického hlediska
- Psychologická problematika umělého ukončení těhotenství a spontánního abortu
- Psychologická problematika gynekologických onemocnění

## 7.1. Úvod do problematiky

Každý jedinec má ve svém životě určitý žebříček priorit. Z velké části jsou tyto priority neměnné. V určitých životních etapách se však mohou tyto priority měnit. Změna těchto priorit se může během života změnit v závislosti na zkušenostech jednice a vlivem prostředí, ve kterém se jedinec momentálně nachází. Jednou z okolností, která mění životní priority je nemoc, která je přiřazována k náročné životní situaci (Ratislavová, 2008).

Jak se jedinec vyrovnává s náročnou životní situací (nemocí), závisí na mnoha okolnostech:

- na osobnosti jedince
- na jeho výchově v dětství
- na jeho zkušenostech
- na závažnosti situace, onemocnění
- na ovlivnění základních životních potřeb
- na typu onemocnění
- na spokojenosti své současné životní situace
- na ovlivnění budoucnosti
- jakým způsobem byla jedinci sdělena diagnóza
- zda je onemocnění viditelné na první pohled

- na součinnosti s blízkým okolím
- na prognóze.

Všechny tyto situace mají vliv na to, jak prožívá žena onemocnění v oblasti gynekologie. Pokud se jedná o ženu těhotnou, případné komplikace v době tohoto těhotenství jsou ovlivněny též počtem těhotenství, počtem porozených dětí, stavem po IVF a perspektivou tohoto těhotenství. Okolnosti, které mají vliv na prožívání nemoci a komplikace v době těhotenství se mohou měnit v závislosti na osobních zkušenostech a změně stavu dané situace. V období života ženy jsou situace, které mají vliv na psychiku ženy a prožívání dané situace. Těmito situacemi je:

- těhotenství
- porod
- období šestinedělí
- umělé ukončení těhotenstvím spontánní potrat
- gynekologická onemocnění.

## 7.2. Těhotenství z psychologického hlediska

### 7.2.1. Pojetí psychologie těhotenství

Každé těhotenství má vliv na změnu psychiky ženy. U těhotných žen se velmi často objevuje benigní těhotenská encefalopatie. Jedná se o poruchu kognitivních funkcí těhotných žen, o změny psychiky způsobené těhotenstvím. Výskyt je až 50 % u těhotných. Projevuje se poruchami paměti, únavností, nespavostí, potížemi se čtením, problémy s učením, poruchami koncentrace, dezorientací. Tento stav se většinou upraví po porodu.

**První trimestr gravidity**

Žena je často zaměřena na sebe, na své tělo, pozoruje známky těhotenství. Smiřuje se s faktem, že v ní žije plod, který po porodu změní chod celé rodiny. Uvažuje o tom, čeho se bude muset vzdát. Jedná se o období nejistoty. Často žena právě z důvodu své nejistoty hledá oporu ve své matce. Často se u těhotné ženy objevují protikladné pocity, pochyby, strach z časné ztráty, rozladěnost, přecitlivělost, nejistota. Některé těhotné ženy řeší svoji

situaci, jak sdělit těhotenství své rodině. Očekávaná negativní reakce je doprovázena stresem těhotné ženy. Neprovdané ženy mohou řešit i otázku sňatku. Ženy jsou v tomto období citlivé na reakci partnera. Zdravotnický personál musí v této době dostatečně komunikovat se ženou, vyslechnout ji, akceptovat její pocity, popřípadě doporučit pomoc v oblasti psychologické či sociální.

**Druhý trimestr gravidity**

Začíná v době, kdy žena začne cítit pohyby plodu. Velmi často se protichůdné pocity, které měla žena v období prvního trimestru gravidity mění v pocity pozitivní. Žena si plně uvědomuje existenci plodu jako nezávislé bytosti, komunikuje s plodem. Pokud nemá potíže s těhotenstvím, je žena aktivní, vyhledává cvičení pro těhotné, plavání, předporodní kurzy, čte si o těhotenství a porodu v knihách. Zvyšuje se fyzická výkonnost těhotné ženy, žena má intenzivní emoční a senzorické prožitky. Objevují se sny o dítěti. Ženy s negativní zkušeností z minulého těhotenství, ženy se zdravotními problémy a ženy úzkostné se mohou zvýšeně obávat předčasného porodu a s napětím očekávat výsledky jednotlivých vyšetření. Zdravotnický personál by měl začlenit prvorodičky do skupiny těhotných z důvodu sdělování společných pocitů, obav a plánů. Zdravotnický personál by měl získat důvěru těhotné ženy.

**Třetí trimestr gravidity**

Typické pro toto období je stavění hnízda. Žena zařizuje prostředí pro dítě, výbavičku, připravuje se na porod. Pokud chybí u ženy veškerá příprava, může se jednat o vážnou psychickou poruchu. Toto období je pro ženu velmi emočně náročné. Často se objevuje únava, špatný spánek, tělesná nepohoda, organizmus ženy je zatížený fyzicky. V této fázi se těhotenství pro ženu zdá nekonečné. Žena je nemotorná, zdá se jí, že je nepřitažlivá. Na druhé straně se ale, pokud se jedná o těhotenství chtěné, těší na příchod dítěte na svět. V některých případech se žena obává porodu, má strach z bolesti, z vlastního selhání, strach z komplikací. Může mít strach i o zdraví svého dítěte. Mnohdy se obává toho, jak zvládne novou roli, péči o dítě a odpovědnost za rodičovství. V extrémních případech může mít žena strach o život a strach ze smrti.

Pozitivně působí na ženy v období těhotenství absolvování předporodní přípravy, jejímž cílem je posílení sebedůvěry ženy, víra ve vlastní schopnost porodit a postarat se o své dítě. Důležité pro období těhotenství je též rodinné zázemí, a to především podpora partnera. Pro pocit bezpečí a jistoty ženy je důležitá znalost prostředí a personálu porodnice kde bude žena rodit. Tím se sníží její případné obavy.

**Sexualita v době těhotenství**

V době těhotenství často dochází ke změnám v zájmu o sex. Spíše klesající tendence zájmu jsou na počátku těhotenství, stoupající ve druhém trimestru a klesající ve třetím trimestru gravidity. V prvním trimestru je nezájem doprovázen častou nevolností, únavou, zvýšenou citlivostí bradavek. Některé ženy prožívají sex s větším vzrušením a uspokojením, Může to být způsobeno vysokou hladinou ženských a těhotenských hormonů. Ve třetím trimestru je potřeba zvolit vyhovující polohu a něžný sex.

U bezproblémové gravidity není důvod pro zdržení se sexu, který nemá žádný negativní vliv na těhotenství. U některých žen však může v době těhotenství dojít ke vzniku sexuálních dysfunkcí (ztráta sexuálního zájmu, nepříjemné pocity při styku, nechuť či odpor k sexu). Příčiny mohou být psychologické (tělesné změny, pocit ztráty přitažlivosti pro partnera, stud, úzkost, tenze, nervozita, obavy z poškození plodu), tělesné (styk může být pro ženu nepříjemný nebo bolestivý) a vztahové (vnitřní konflikt role milenecké a rodičovské). Problémy v sexuálním soužití v období těhotenství by partneři měli řešit vždy společně. Někdy je nutná porada s odborníkem.

### 7.2.2. Období těhotenství

V době těhotenství mají vliv na jeho prožívání především psychosociální faktory, kterými jsou:

- věk ženy pod 20 let
- věk ženy nad 35 let
- zážitky neúspěchu z předešlého těhotenství
- ženy v těžké sociální či ekonomické situace
- nechtěné těhotenství

- ženy užívající drogy
- ženy s komplikacemi v době těhotenství.

**Ženy s věkem pod 20 let**

Problémem u žen této věkové kategorie je především motivace k těhotenství, velmi často se jedná o těhotenství nechtěná nebo vzniklá po náhodném vztahu. Ženy velmi často tají těhotenství před svým okolím, někdy bývají nechtěná těhotenství důvodem pro únik ze své primární rodiny. Psychika těchto nezralých žen není schopná odolat nárokům situace. Ženy uvažují nedospěle, neadekvátně vnímají realitu, nemají ustálený žebříček hodnot a často jednají impulzivně. Důležité je, že neumí rozeznat potřeby dítěte. Mohou necitlivě reagovat na své dítě a tím může vzniknout subdeprivační rys osobnosti dítěte. Mladé matky ještě často bojují se svojí identitou, přemýšlejí o smyslu života. Pokud sama mladá matka vyrůstala v nepříznivých podmínkách pro vývoj dítěte, má tendenci tuto situaci opakovat i u svého dítěte. Tím může vzniknout patologický emocionální, kognitivní i fyzický vývoj dítěte.

**Ženy s věkem nad 35 let**

Starší ženy mají většinou vyřešený vztah ke své matce. První těhotenství po 35 roce ženy bývá často doprovázeno obavami, úzkostnými stavy a strachem z ukončení těhotenství. U těchto žen se z důvodu věku provádí řada vyšetření, např. aminocentéza (odběr a vyšetření plodové vody z důvodů genetických). Ženy se obávají a mají strach nejen z výkonu, ale především z výsledků tohoto vyšetření. Oproti tomu však mají ženy tohoto věku již většinou ustálený žebříček hodnot, mají větší sebevědomí a kladou častěji větší důraz na uspokojování vlastních potřeb. Někdy však bývají nepřátelské vůči personálu.

**Neúspěch předešlého těhotenství**

Tímto neúspěchem je ukončení předešlého těhotenství spontánním potratem, ukončením těhotenství z genetické indikace, porodem mrtvého plodu nebo porodem plodu poškozeného. Ženy s touto negativní zkušeností bývají velmi často úzkostnější, jsou pod větším psychickým tlakem. Větší psychicky tlak způsobují i častější lékařské kontroly. Personál vůči těmto ženám by měl být velmi citlivý, a především opakovaně poslouchat

jejich obavy. Ženám, které porodily mrtvý plod je doporučováno opětovně otěhotnět až po procesu truchlení, které trvá nejméně několik měsíců. Doba truchlení je u žen individuálně dlouhá. Pokud žena otěhotní a není ještě po procesu truchlení po předešlém porodu, dítě nese psychické následky celý život. Pokud žena chce dát jméno po dítěti z neúspěšné gravidity, je potřeba pro tuto ženu zajistit odbornou pomoc psychologa. Většina žen má problémy s emocemi v době současné gravidity, které jsou způsobeny předešlou neúspěšnou graviditou. Některé ženy však prožívají tuto gravidity jako jedinečnou. Pro ženu je velmi důležité, aby ji personál naslouchal, měl porozumění pro její mnohdy nelogické reakce a podporoval ji.

**Ženy v těžké sociální či ekonomické situace**

Jedná se především o matky svobodné, opuštěné, sociálně izolované a ženy s nevyhovujícími sociálními či ekonomickými podmínkami. Jedná se i o ženy z konfliktního rodinného prostředí, často spojené s násilím i týráním. V těchto případech je nutná spolupráce porodní asistentky se sociální pracovnicí. Ženy velmi často trpí frustrací svých základních potřeb, chybí jim láska, sdílení, podpora. Velmi často upadají do depresivního stavu. Často rodí předčasně, bývají odmítavé vůči dítěti. U těchto žen bývá horší vývoj těhotenství, který je způsoben stresem, vlivem nedostatečné a vhodné výživy a nevhodným životním stylem. Pozitivně působí na ženy podpůrné programy a mateřská centra.

**Nechtěné těhotenství**

V případě nechtěného těhotenství je důležitý čas zjištění gravidity. Čili zda těhotenství lze ještě ukončit umělým ukončením těhotenství či zda je jedná o pozdní záchyt gravidity. Důležité pro ženu je se rozhodnout. Pokud se jedná o pozdní záchyt gravidity a není již možné umělé ukončení těhotenství či se žena rozhodne z jiného důvodu dítě ponechat, nastává u ženy stres, který vyvolává silné negativní emoce. Tyto silné negativní emoce má žena vůči sobě, dítěti, partnerovi či svým rodičům. Výzkumem, který byl proveden ve Finsku se zjistilo, že nechtěné děti mají zvýšené riziko schizofrenie a mají sníženou schopnost mít někoho rád. U žen s nechtěným těhotenstvím hrozí riziko předčasného porodu.

**Ženy užívající drogy**

Přibližně 14 % drogově závislých těhotných žen je zařazeno do více skupin s rizikovým chováním. Jedná se převážně o mladé ženy, které užívají drogy několik let, nepravidelně menstruují nebo menstruace u nich vymizela. To je důvodem, že se převážně jedná o pozdní záchyt gravidity, a to většinou kolem pátého měsíce. Ženy mají velmi často komplikace, kterými je anémie, hepatitis, eklampsie matky, spontánní aborty, abrupce placenty, nízká porodní váha dítěte, často vrozené vady a poškození CNS plodu.

**Vliv drog v době těhotenství:**

- **Alkohol**

  U dítěte fetální alkoholový syndrom (vrozené vývojové vady dítěte, nízká porodní hmotnost, později hyperaktivita dítěte, mentální retardace).

- **Tabák**

  Má vliv na předčasné porody, předčasný odtok vody plodové, objevuje se retardace růstu a hmotnosti, často se předčasně odlučuje placenta.

- **Konopí**

  Vede k nízké porodní hmotnosti plodu a k předčasným porodům.

  Amfetamin: vede ke zvýšené perinatální úmrtnosti, u dítěte se v pozdějším věku objevují poruchy chování a agresivita.

- **Heroin**

  U dítěte anémie, hepatitis, abrupce placenty u porodu, u 50 až 70 % novorozenců se objeví abstinenční příznaky po porodu.

- **Kokain**

  Užívání kokainu u těhotné ženy vede často k výskytu vrozených vývojových vad plodu, k samovolným potratům, předčasným a překotným porodům.

Ženy drogově závislé mají malou orientaci na své potřeby a potřeby dítěte, objevuje se u nich porucha vůle, mají nedostatečnou výživu, málo pečují o své zdraví, nevyužívají zdravotní péči. S ženami je těžká spolupráce. Pro plod je nebezpečné kolísání drogy v těle matky, ve vodě plodové bývá větší koncentrace drogy, než je v těle matky.

**Ženy s komplikacemi v době těhotenství**

U chtěného těhotenství způsobují komplikace stres a nejistotu. Ženy prožívají úzkost, strach o osud těhotenství. Nejnáročnější pro psychiku ženy je hrozící spontánní potrat a hrozící předčasný porod, kdy je doporučena dlouhodobá hospitalizace. Při hospitalizaci negativně na ženu působí režim nemocnice, mnohdy spolupacientky, nečinnost, deprivace. U dlouhodobě hospitalizovaných se může vlivem hospitalizace vzniknout hospitalizmus, který se projevuje regresí, pláčem, protesty, agresivitou, apatií a uzavřeností. Projevy hospitalizmu jsou individuální u každé ženy. U žen s komplikacemi spojenými s těhotenstvím velmi často vzniká pocit nejistoty a strach z budoucnosti. Obzvláště se toto vyskytuje u žen s komplikacemi v předešlých těhotenstvím a u žen s nepříznivou porodnickou anamnézou. Ženy jsou přecitlivělé, negativně snáší čekání na výsledky vyšetření. Míra negativního očekávání je závislá na osobnosti ženy, na její psychické stabilitě, na partnerovi a rodině (Ratislavová, 2008).

## 7.3. Porod z psychologického hlediska

Doba přípravy na porod trvá 9 měsíců. Porod je novou situací, je to situace složitá, neobvyklá, a to i pro ženy, které již rodily. Jak se žena vyrovná s porodem, záleží na její osobnosti, její odolnosti při zátěžových situacích, záleží na vrozených vlastnostech, životních zkušenostech, aktuální situaci a sociálních skutečnostech.

- Porod je náročnou životní situací.
- Nejčastěji vyvolává přiměřené reakce.
- V některých případech vyvolává porod nepřiměřené reakce.

Při porodu působí na ženu řada nepříznivých psychických faktorů.

**Nepříznivé psychické faktory při porodu:**

- Bolest a její vnímání.
- Strach o své zdraví, některé ženy se bojí o svůj život.
- Strach a obava, zda se narodí dítě v pořádku.
- Někdy nepřítomnost blízké osoby.
- Změna polohy rodičky.

- Fetální monitorování.
- Někdy nevlídný zdravotnický personál.

Nepříznivé psychické faktory, které působí na rodičku mají vliv na její chování během porodu.

**Chování rodičky při porodu:**

- Adaptivní a kooperativní – rodička akceptuje rození v jeho přirozenosti, s rodičkou je dobrá spolupráce.
- Bezplánovitá aktivita – bývá důsledkem úzkosti rodičky, rodička není schopna spolupráce.
- Zadržovací chování – zvýšená kontrola rodičky, žena nesprávně tlačí.
- Zlostné chování – je projevem nevědomé zlosti, rodičky sténají, jsou neochotné.
- Ztráta veškeré aktivity – nespolupráce s personálem.
- Perfekcionalistické chování – rodičky se nedokáží uvolnit ze svých problémů.

Rodičky se vyrovnávají s porodem nejčastěji 3 reakcemi, kterými je útěk, útok a volání o pomoc. Při reakcí na porod útěk se rodičky vymlouvají že nemůžou v porodnici zůstat, opouštějí porodní sál, na oddělení rizikového oddělení opouštějí oddělení, v některých případech chtějí odejít i z nemocnice.

Rodičky se většinou stáhnou do sebe, přestávají komunikovat s personálem. Velmi se bojí porodu, unikají do fantazie a představují si bezbolestný porod. Při komunikaci si nevzpomenou na termín porodu, na průběh těhotenství.

Pokud rodička reaguje na porod útokem, má tendenci se obrazně poprat s porodem a porodními bolestmi. U rodičky, která reaguje na porod tzv. voláním o pomoc, rodička zdůrazňuje sílu svých bolestí, velmi často upozorňuje na svůj stav, hlasitě naříkají, často přivolávají personál. Vyžadují neustálou přítomnost personálu i partnera.

Prožívání porodu je samozřejmě individuální záležitostí. Produktivní chování personálu k ženě při porodu se vyznačuje vysokou mírou empatie, respektu a tolerance k přáním a projevům rodičky. Většina žen u porodu oceňuje přítomnost blízké osoby, kterou je nejčastěji partner rodičky. Některé rodičky preferují u svého porodu přítomnost duly, která nemá zdravotnické vzdělání a nezasahuje do kompetencí zdravotnickému personálu, její úlohou je vytvořit klidnou a příjemnou atmosféru pro rodičku, usnadnit, zpříjemnit a ulehčit

ženě prožívání porodu. Poskytuje emoční, psychickou, fyzickou a morální podporu ženě při porodu.

Během porodu se mohu vyskytnout určité situace, které znamenají pro rodičku větší psychickou zátěž. Větší zátěží je předčasný porod, kdy je očekáván porod nezralého novorozence, narození novorozence s vrozenou vývojovou vadou, a především porod mrtvého plodu. K perinatálnímu úmrtí dochází v naprosté většině případů náhle, bez předešlého upozornění a těhotná žena se na něj nemůže připravit. Žena je v první fázi po sdělení diagnózy v šoku, zděšení, paniky a bezradnosti. Někdy odmítá diagnózu, což svědčí o obranném psychickém mechanizmu popření. V první chvíli je žena emočně otupělá, vše se zdá neskutečné. První fáze šoku trvá několik hodin až dva týdny. Rodiče mohou pociťovat úzkost i zlost. Zlost a hledání viníka jako reakce na ztrátu je přirozená. Většinou je rodička plná hněvu, mnohdy i na zdravotnický personál, který může vinit z určitého pochybení, dochází k izolaci ženy, nikomu nedůvěřuje a snaží se z nemocnice odejít co nejdříve. Je nutné, aby oba rodiče po porodu mrtvého plodu prošli procesem truchlení. Průběh proces truchlení závisí na osobnosti rodičů a na jejich životních zkušenostech (Ratislavová, 2008).

## 7.4. Šestinedělí z psychologického hlediska

Charakteristickým rysem období šestinedělí jsou deprese. Jedná se o období, které je velice rizikové pro vzplanutí psychiatrických onemocnění. Ženy jsou vystaveny v tomto období vysoké zátěži, která pramení z hormonálních změn probíhajících v organizmu ženy po porodu, z fyzických změn a z problematiky adaptace na navou roli matky. Náhlá změna hladiny hormonů, ke které dochází o porodu, je považována za jednu ze základních příčin psychických změn na počátku šestinedělí. Než si rodička zvykne na trvalou zátěž v péči o novorozence, může prožívat stavy své neschopnosti. Tyto stavy se násobí fyzickou vyčerpaností, nedostatkem spánku a hormonálními změnami.

**Poporodní blues**

Objevuje se 3 až 6 den po porodu, a to asi u 50 až 80 % žen. Jedná se o krátkodobou depresi, pro kterou je charakteristický pláč, někdy smutek, pocit snížené sebeúcty, osamělost,

nespavost, úzkost, špatná koncentrace, zmatenost, únava, bolesti hlavy, bušení srdce a v některých případech i zlost na partnera. Trvá několik minut až 2 hodiny a objevuje se několikrát v průběhu dne. Velmi často vzniká pláč snadno, a to i po nepatrných a nepřiměřených podnětech. Poporodní blues většinou vymizí během prvních 2 týdnů po porodu.

**Poporodní neurotická deprese**

Podobá se prohloubenému a prodlouženému poporodnímu blues. Vzniká kdykoliv po porodu i po ukončení šestinedělí. Většinou vzniká po propuštění do domácího prostředí, neboť přechod z nemocnice do domácího prostředí vyvolá stresovou situaci. Žena se cítí zranitelná a vyčerpaná. Příznaky jsou pocity úzkosti, napětí, bezmoci, bezcennosti, pesimismus, viny a frustrace a neschopnost postarat se o dítě. Příčiny jsou hormonální a psychogenní. Nedělka v této době potřebuje především emoční a fyzickou podporu ze strany rodiny.

**Poporodní psychózy**

Jedná se o endogenní deprese (patologický smutek), bludy, stav zmatenosti, dezorientace, bezradnosti, chaotičnosti v určitých situacích, mánie. Psychózy dobře reagují na léčbu, v dalších těhotenstvích často recidivují.

K nepříznivým psychickým faktorům v době těhotenství řadíme:

- Porod jiného pohlaví než si rodička či partner přáli.
- Porod nezralého novorozence.
- Porod novorozence s vrozenou vývojovou vadou.
- Neshody s partnerem.
- Jiný otec dítěte, než je stálý partner.
- Neuspokojivé sociální poměry.
- Strach, že se žena nebude umět postarat o dítě.

**Psychologická problematika laktace v šestinedělí**

- Poruchami laktace je nadměrná tvorba mléka, retence mléka či nedostatečná tvorba mléka.

- Žena nechce kojit z důvodu zachování pevnosti prsů.
- Doporučované pití mléka.
- úprava stravovacích návyků.
- Mastitis puerperalis (zánět prsu) a léčba s tím spojená.
- Zástava laktace u případného onemocnění.
- Zástava laktace po porodu mrtvého plodu.
- U nechtěných dětí – nechuť kojit.

Pokud se v době po porodu vyskytnou i problémy s kojením, má poporodní období více negativní dopad na psychiku šestinedělky (Ratislavová, 2008).

## 7.5. Psychologická problematika umělého ukonční těhotenství a spontánního abortu

Dle platného Zákona č.68/1957 Sb. – Interrupční zákon, kde se uvádí, že interrupce ke možná nejen ze zdravotních důvodů, ale i z důvodů „zvláštního zřetele hodných“ a to za žádost ženy do konce 3. měsíce gravidity. V roce 1986 byly v tehdejším Československu zrušeny interrupční komise a od tohoto roku jsou interrupce zakotveny v právním řádu a jsou individuálním rozhodnutím každé ženy. Výzkumy, které se uskutečnily v roce 1993, vyvrátily mýtus existence postinterrupčního traumatického syndromu a potvrdly fakt, že umělé ukončení těhotenství nezpůsobuje víc psychologických problémů než samo nechtěné těhotenství.

V dnešní době jsou uváděny rozdíly v psychologických reakcích žen, které souvisí s legálním a ilegálním ukončením těhotenství, s indikací zdravotní či provedení umělého ukončení těhotenství na vlastní žádost ženy, s postojem okolní společnosti k umělému ukončení těhotenství, s osobnostními rysy ženy, jejím věkem, stavem a stabilitou partnerského vztahu. Pro ženu je nejobtížnější vlastní rozhodnutí k zákroku. Důležité je, aby se žena rozhodla sama a bez nátlaku. Pokud má žena malou nebo žádnou podporu ze svého okolí, pak bývají emoce po prodělaném umělém ukončení těhotenství negativní. Pokud je rozhodnutí pro ženu velmi obtížné, mohou se u ženy objevit potíže psychické i somatické. Velmi často vyvolá umělé ukončení těhotenství negativní pocity, kterými je deprese, lítost, pocity viny, pocit hanby, strach a pocity ztráty. Nejsilnější negativní pocity vyvolává umělé

ukončení těhotenství ze zdravotních důvodů a z psychologické indikace. Přesto se asi u 77 % žen po výkonu objevuje pocit úlevy.

Horší dopad na psychiku ženy má období před provedením výkonu než po jeho provedení.

**Umělé ukončení těhotenství z genetických důvodů**

K zákroku dochází po odhalení poškození plodu po screeningu. Informace rodičům o poškození plodu podává lékař. Pro rodiče nastává velmi obtížné období rozhodování. Pro ženu znamená umělé ukončení těhotenství z genetických důvodů emoční ztrátu chtěného dítěte. Velmi důležitá je v této situaci komunikace lékaře a porodní asistentky s rodiči. Pokud se žena rozhodne ponechat těhotenství a donosit poškozený plod, je nutné její rozhodnutí personálem respektovat.

Vhodné je zprostředkovat ženě potřebnou pomoc a podporu. Pokud žena v období těhotenství potratí, plod odumře intrauterinně nebo předčasně porodí mrtvý plod, má žena daleko menší pocit viny a celou situaci snáší lépe, než pokud má podstoupit umělé ukončení těhotenství z genetických důvodů. Většina žen se ale rozhodne při těžkém genetickém poškození k umělému ukončení těhotenství, žena prožívá toto období často s pocity těžké ztráty. Pocity truchlení přetrvávají u většiny žen déle než jeden rok. Ženy mají často pocit viny, studu a vlastního selhání. Velmi důležitý je profesionální přístup personálu. Zvláštní pozornost je potřeba věnovat mladým (nezralým) ženám, ženám osamělým, ženám bez emoční podpory a ženám psychicky zranitelnějším.

**Psychologická problematika spontánního potratu**

Velmi často je doprovázen spontánní abort pocity lítosti, viny, pocity ztráty části sebe sama, ocity prázdna, zklamání a obavami z dalšího těhotenství. Hrozící abort je doprovázen pocity úzkosti a obavami o těhotenství. Probíhající abort vyvolává pocit bezmoci, potřebu obvinit někoho z okolí ženy. Žena získává informace a chce pochopit, proč k potratu došlo, tím chce získat kontrolu a předejít opakováním nastalé situace. Pokud se příčina nezjistí, a to bývá poměrně často, začne žena obviňovat samu sebe. První reakcí na potrat je šok, potom se objeví neklid, pocity viny, hněv a pocity nespravedlnosti. Často se objevuje závist vůči ženám, které porodily. U partnerů žen je deprese kratší a méně intenzivní. Velmi často partneři žen považují jejich reakce za nepřiměřené. U některých párů se objevuje

partnerský nesoulad. Velmi obtížně reagují ženy, u kterých se jednalo o těhotenství chtěné a plánované. Při opakovaných abortech se objevují u žen velké úzkosti, emoční labilita, silné pocity viny a neschopnost řešit problémy. Zena si po opakovaných abortech vyčítá neschopnost donosit dítě, má obavu o partnerský vztah, objevují se pocity viny vůči rodině. Často se objevují deprese. V extrémních případech se může rozvinout chronický stav deprese, ztráta sebeúcty, porucha tělesného obrazu, nespavost a pokles libida (Ratislavová, 2008).

## 7.6. Psychologická problematika gynekologického onemocnění

Každé onemocnění působí na psychiku ženy nepříznivě.

**Nemoc:**

- Omezuje ženu v běžných zvyklostech.
- Snižuje výkon v povolání.
- Narušuje nebo mění mezilidské vztahy.
- Nemoc vyžaduje určitou míru adaptace k nové situaci.
- Nemocná se vyrovnává s nepříznivými nebo bolestnými projevy nemoci.
- Adaptace nemocné na nemoc závisí na vyspělosti osobnosti před onemocněním.

V době nemoci dochází ke změnám v životních prioritách. Změna priorit závisí na typu onemocnění, na osobnosti nemocné ženy, na výchově realizované v jejím dětství. Na perspektivě stavu na celkové životní situaci na blízkém okolí ženy (Ratislavová, 2008).

- **Reakce na nemoc:**
  - **Strach**

    při dlouhodobém působení může způsobit vegetativní reakce (poruchy zažívání, zvýšený TK).
  - **Úzkost**

    má ráz určitého ohrožení, bojí se, ale neví čeho.
  - **Pocit méněcennosti**

    nemocná srovnává své životní vyhlídky se situací, která byla před onemocněním.
  - **Sugestibilita**

zvýšená vnímavost přijímat nekriticky informace, je způsobena závislým postavením nemocné a její nejistotou.

- **Vztahovačnost**

  pacientka prožívá svoji nemoc a problémy jako jedinečné, soustřeďuje se na sebe a své problémy.

- **Přecitlivělost**

  vzniká oslabením nemocí, jako následek strachu.

- **Adaptační potíže**

  v důsledku nového, neznámého, nejistého prostředí.

- **Změny v sociální oblasti**

  při narušených rodinných buď pozitivně působí spolehlivé zázemí v rodině nebo negativně při narušených rodinných vztazích.

- **Psychická regrese**

  déletrvající nemoci může způsobit pokles úrovně osobnosti na nižší stupeň, dochází k omezení zájmu o okolí, bývá způsobena omezením sociálních, rodinných a pracovních kontaktů.

- **Pozitivní zpětná vazba**

  nepříznivé rysy psychiky nemocné se mohou vzájemně posilovat. Úzkost ochromuje aktivitu, nemocná se stává pasivní, regreduje – systém pozitivních zpětných vazeb.

**Žena během sdělení diagnózy zaujímá určitý postoj k nemoci.**

- **Normální postoj nemoci**

  Odpovídá skutečnému stavu závažnosti onemocnění, přiměřená adaptace na nemoc.

- **Bagatelizující postoj**

  Podceňování závažnosti nemoci, neléčí se, nešetří se, nedodržuje navrhovaná opatření.

- **Repudiační postoj**

  Zapuzení nemoc, nebere nemoc na vědomí, nejde k lékaři, potlačuje myšlenku na nemoc.

- **Dysimulační postoj**

  Záměrné zkreslení potíží nemocným, neinformuje lékaře správně, popírá potíže.

- **Nozofóbní postoj**

Nepřiměřená obava z nemoci, nechává se opakovaně vyšetřovat, střídá lékaře, obává se nevyléčitelných nemocí.

- **Hypochondrický postoj**

  Domnívá se, že trpí vážnou nemocí, podléhá svým potížím.

- **Nozofilní postoj**

  Bývá spojen s uspokojením a příjemnými stránkami nemoci.

- **Účelový postoj**

  Vystupňovaný nozofilní stav, chce získat soucit, ohled a únik z nepříjemných situací.

**Prožívání nemoci prochází určitými fázemi.**

- **Premedicínská fáze**

  Objevují se první neurčité příznaky a pocity nejistoty, zda je nutno nemoc léčit. Když se nemocná svěří, známí a příbuzní jí dávají rady.

- **Náhlá změna životního stereotypu**

  Při uznání PN nebo hospitalizace, nemocná není připravena na svoji nemoc, projevy zvýšené nejistoty a obavy.

- **Aktivní adaptace**

  Přizpůsobení na nemoc a její důsledky, je spojeno s nadějí na uzdravení, nemocná spolupracuje při vyšetřeních a léčbě.

- **Psychická dekompenzace**

  Když aktivní adaptace nenastala, závisí na vážnosti a průběhu nemoci, na osobnosti nemocné, na její psychické odolnosti a trpělivosti. Nemocná se stává popudlivá, lítostivá, netrpělivá a někdy nespravedlivá vůči personálu. Hlavním nebezpečím této fáze je konflikt mezi zdravotníkem a nemocnou.

- **Pasivní adaptace (rezignace)**

  Nemocná se smiřuje s nepříznivým stavem, uzavírá s do sebe, přestává s nemocí zápolit, je netečná nebo negativisticky mrzutá.

**Fáze reakce na závažnou diagnózu**

- **Emoční rozrušení**

  Zoufalství, beznaděj, skleslost.

- **Popření situace**

  Nemocná přesvědčuje sebe a okolí, že ona nemůže být tak nemocná, že je diagnóza mylná.

- **Přizpůsobení nové situaci**

  Začíná pomalu a realisticky přijímat fakt, že je nemocná, podrobuje se léčení, spolupracuje.

**Kontrolní otázky**

Co může pozitivně a negativně ovlivnit psychiku ženy v jednotlivých trimestrech gravidity?

Jak ovlivní neúspěch předešlého těhotenství psychiku těhotné ženy?

Uveďte faktory, které negativně ovlivňující rodičku při porodu.

Jak se projevuje poporodní blues, poporodní neuropatické deprese a poporodní psychóza?

Jaký vliv má umělé ukončení těhotenství z genetických důvodů na psychiku ženy?

Jaký postoj může mít žena ke gynekologickému onemocnění?

**Použitá a doporučená literatura**

RATISLAVOVÁ, K. *Aplikovaná psychologie porodnictví*. 1 ed. Praha: Reklamní atelier Area. 2008. 106 s. ISBN 978-80-254-2186-4.

# 8. Vstup do zaměstnání jako náročná životní situace

*Mgr. Miluše Kulhavá*

**Obsah kapitoly**

- Nástup do zaměstnání
- Adaptační proces
- Mentorování
- Supervize

## 8.1. Nástup do zaměstnání

Na konci období adolescence je důležitým sociálním mezníkem ukončení profesní přípravy a nástup do zaměstnání. Adolescent vymění roli studenta za roli profesní s určitou sociální pozicí. Každý adolescent prožívá nástup do zaměstnání různě. Brzy zjistí, že v zaměstnání platí jiná pravidla a jsou klady jiné nároky než ve škole. Ne všichni pracovníci jsou k sobě tak solidární jako spolužáci ve škole.

Adolescent, protože přichází jako nový člen kolektivu, by měl akceptovat a podřídit se normám skupiny do které vstupuje. Většinou jsou začátečníci značně kritičtí, odmítají nadřízenost starších a zkušenějších spolupracovníků, což vede často ke konfliktům. Mezi pozitiva pro adolescenta nástupu do zaměstnání patří nezávislost a částečná ekonomická soběstačnost. Mezi negativa může patřit nízký sociální status začínajícího pracovníka a rozpor v očekávání, stereotyp denního programu pracujícího dne, ranní vstávání, délka pracovní doby a nedostatek volného času (Vágnerová, 2012).

## 8.2. Adaptační proces

V roce 2009 vznikl metodický pokyn, který byl vytvořen jako návod a doporučený postup pro všechna zdravotnická zařízení v České republice. Tím je zaručen jednotný postup i rovné podmínky pro nově nastupující zdravotnické pracovníky a absolventy při vstupu do nového

pracovního prostředí. Metodický pokyn se týká i nelékařských zdravotnických pracovníků, kteří nastupují po přerušení na výkon povolání nebo přešli na pracoviště jiného charakteru. Jednotlivá zdravotnická zařízení si na základě tohoto metodického pokynu vytvořily vlastní standardní postup (MZ ČR, 2009).

### 8.2.1. Cíl adaptačního procesu

Adaptační proces má usnadnit nově nastupujícímu začlenění do nového kolektivu a zapracování se v novém pracovním prostředí. Seznamuje s novou prací, organizací práce, pomáhá v utváření vztahu se spolupracovníky, nadřízenými i ev. podřízenými. Cílem je zhodnotit, prohloubit či rozšířit znalosti pracovníků na úrovni teoretické i praktické (MZ ČR, 2009).

### 8.2.2. Průběh adaptačního procesu

Důležitým faktorem pro zdárný průběh adaptačního procesu je spolupráce mezi školitelem a školenou sestrou. Jejich vztah by měl být vzájemně otevřený, kolegiální a měl by být nasměrovaný na dosažení cíle.

Po nástupu nového zaměstnance zaměstnavatel stanoví plán adaptačního procesu. Na jeho stanovení se podílí vedoucí pracovník, školící sestra a sestra školená. Po schválení adaptačního procesu sestaví vedoucí pracovník náplň a časový plán. Ze začátku by školená sestra měla sloužit se sestrou školící. Postupně se školená sestra osamostatňuje a přebírá část práce a pacientů o které začíná pečovat sama. Vedoucí pracovník společně se školící sestrou průběžně hodnotí práci školené sestry, a to buď formou hodnotícího pohovoru nebo písemně. Toto hodnocení probíhá většinou jednou týdně, nejméně však jednou za 14 dní. Vedoucí pracovník také rozhoduje o zadání písemné práce (Špirudová, 2015).

**Délka adaptaníčho procesu**

Délka adaptačního procesu u nových zaměstnanců je od 3 do 12 měsíců od nástupu. Pokud zaměstnanec přechází z jiného pracoviště ve stejném oboru nebo přerušil své povolání na dobu delší než dva roky, je délka adaptačního procesu od 2 do 6 měsíců od nástupu.

Stanovená délka adaptačního procesu vždy záleží na znalostech a dovednostech konkrétního jedince (MZ ČR, 2009).

**Ukončení adaptačního procesu**

Adaptační proces se ukončuje závěrečným pohovorem za přítomnosti vedoucího pracovníka, školící sestry a sestry školené. Pokud bylo součástí adaptačního procesu vypracování závěrečné práce, školená sestra provede její obhajobu. O ukončení adaptačního procesu je proveden vedoucím pracovníkem zápis do dokumentace a seznámí se závěrečným hodnocením školenou sestru. Hodnocení adaptačního procesu je předáno zaměstnanci a na personální oddělení. Po úspěšném ukončení adaptačního procesu je novému zaměstnanci vedoucím pracovníkem vypracována nová pracovní náplň a pracovník dostane nové platové zařazení (Špirudová, 2015).

## 8.3. Mentorování

Mentorování dle slovníku cizích slov představuje vedení, poučování, podporu. V ošetřovatelství představuje proces, při kterém školená a zkušená sestra podporuje, pomáhá a předává zkušenosti méně zkušené sestře. Mentor je důvěrník, ochránce, učitel, který pomáhá překonávat překážky. V ošetřovatelství se objevila první zmínka o mentorství v roce 1980 na mezinárodní konferenci ve Vancouveru. Na této konferenci byl naznačen směr mentorství v ošetřovatelství (Špirudová, 2015).

První kurzy mentorství v České republice byly realizovány v roce 2003 na Ústavu teori a praxe ošetřovatsltví LF UP v Olomouci. Dle naší platné legislativy mentorství zahrnuje vedení studentů na ošetřovatelské praxi, v rámci adaptačního procesu představuje práci s novými zaměstnanci, vedení členů kurzů u specializačního vzdělávání. Mentor je řízen katedrou ošetřovatelství na vysokých školách nebo pověřeným odborným pedagogem z vyšší zdravotnické školy. Mentor odborné praxe organizuje a řídí praxi studentů, přiděluje studentům pacienty, provádí kontrolu studentů a ověřuje si jejich znalosti. Studenty motivuje a hodnotí. Eviduje docházku studentů, vypracovává závěrečné písemné hodnocení. Vše zaznamenává do záznamníku odborné praxe. V České republice jsou budoucí mentoři připravováni v rámci certifikovaného kurzu „Mentor klinické praxe

v ošetřovatelství a porodní asistenci“. Certifikovaný kurz je ralizován v rozsahu 100 vyučovacích hodi, z nichž 40 hodin je teoretických a 60 hodin praktických (Špirudová, 2015).

## 8.4. Supervize

Supervize je proces spojený s pracovní pozicí, jehož účastníkem je tým, skupina pracovníků nebo sám jedinec. Využívá se především v profesích orientovaných na práci s lidmi. Supervizor pomáhá porozumět pocitům, hledá řešení odborných problémů, stav situace vyhodnocuje. Během supervize sdělují zdravotníci své zážitky ze své praxe, problémy s vedením pracoviště, problémy v kolektivu. Supervizor poskytuje pohled zvenčí, předává své zkušenosti, povzbuzuje zúčastnělé, doporučuje řešení. Nejedná se však o kontrolu či dohled nad kvalitou práce. Zabývá se problémy pracovního rázu, neřeší soukromý život, není psychoterapií. Supervizi realizuje supervizor, který je vyškoleným odborníkem, většinou psycholog, speciální pedagog, učitel nebo sociální pracovník. Supervizor nepřebírá funkci za vedoucího pracovníka, není nadřízený účastníkům supervize (Venglářová, 2013).

**Formy supervise**

1) Individuální supervize: u řadových sester není obvyklá, ale objevuje se u sester manažerek. Nejedná se však o psychoterapii.
2) Skupinová supervize: u skupiny stejné profese. Cílem je získání nových poznatků a profesní rozvoj.
3) Týmová supervize: jedná se o nejčastější formu supervize. Především u pracovního ošetřovatelského týmu. Supervize je zaměřená na zlepšení efektivity práce a komunikace v týmu (Venglářová, 2013).

**Frekvence supervise**

1) Pravidelná supervize: je nejúčinnější. Probíhá pravidelně např. v rozmezí šesti až osmi týdnů.
2) Příležitostná supervize: využívá se k řešení konkrétního problému. Je vhodné ji zopakovat ohledně zjištěných změn za několik měsíců po první supervizi.
3) Krizová supervize: využívá se v případech mimořádné události v řízení. Po delší době je vhodné udělat opakovanou supervizi.

Supervizi většinou sjednává zdravotnické zařízení na žádost pracovníků. Písemně si předem domluví podmínky a čas realizace. Smlouva, která se uzavírá mezi pracovištěm a supervizorem se většinou uzavírá na jeden rok. Doba smlouvy může bý modifikována v závislosti na oblasti pomoci (Venglářová, 2013).

**Kontrolní otázky**

Co je cílem adaptačního procesu?

V jakém roce vyšel v platnost v naší republice Metodický pokyn pro adaptační proces pro zdravotnická zařízení?

Uveďte, v jakém časovém rozsahu bývá realizovám adaptační proces.

V jakém roce a kým byl poprvé pořádán kurz mentorství?

Jaká forma supervize je nejvhodnější pro sestry manažerky?

**Použitá a doporučená literatura**

MZ ČR. Metodický pokyn k realizaci a ukončení adaptačního procesu pro nelékařské zdravotnické pracovníky. In *Věstník MZ ČR 6/2009*, 2009, s. 40-42. Dostupné z http://www.mzcr.cz/Legislativa/dokumenty/vestnik-c_3628_1779_11.html.

ŠPIRUDOVÁ, L. *Doprovázení v ošetřovatelství II: doprovázení sester sestrami, mentorování, adaptační proces, supervize*. 1. vydání ed. 2015. 144 stran s. ISBN 978-80-247-5711-7.

VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie: dětství a dospívání*. 2. ed. Praha: Karolinum. 2012. 531 s. s. ISBN 978-80-246-2153-1.

VENGLÁŘOVÁ, M. *Supervize v ošetřovatelské praxi*. 1. vyd. ed. Praha: Grada. 2013. 100 s. s. ISBN 978-80-247-4082-9.

**Seznam tabulek**

Tabulka 1 Myšlenky typické pro fáze syndromu vyhoření ..... 60
Tabulka 2 Rizikové faktory vzniku syndromu vyhoření ..... 61