

Univerzita Karlova v Praze
Fakulta filozofická
Katedra psychologie

DIPLOMOVÁ PRÁCE

Jana Věříšová

SOCIÁLNÍ OPORA V NEMOCI

Srovnání subjektivního pohledu “nepsychiatrického” a
“psychiatrického” pacienta na svou sociální oporu v
nemoci

Social Support In an Illness

The comparison of the subjective view of the “non-psychiatric” and
“psychiatric” patient at his social support in an illness

Vedoucí diplomové práce : prof. PhDr. Jaro Křivohlavý, CSc

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně a že jsem uvedla všechny použité prameny a literaturu.

Obsah:

Úvod	6
I. Teoretická část	7
1. Nemoc a zdraví jako fenomén	7
1. 1. Vymezení pojmu zdraví a nemoc	7
1. 2. Faktory podílející se na vzniku nemoci	10
1. 3. Faktory udržující v nemoci	11
2. Psychosomatika, somatické onemocnění, psychiatrické onemocnění	12
2. 1. Psychosomatika	12
2. 2. Somatické onemocnění	19
2. 3. Duševní nemoc	20
3. Pacient	22
3. 1. Pacient v ordinaci lékaře	22
3. 2. Pacient somatický a psychiatrický	25
3. 3. Nepsychiatrický pacient	26
3. 4. Psychiatrický pacient	28
3. 5. Chronicky nemocný pacient	31
3. 6. Pacient a hospitalizace	36
3. 7. Pacient a invalidita	38
4. Bolest	40
4. 1. Vymezení pojmu bolest	40
4. 2. Akutní bolest	43
4. 3. Nádorová bolest	44
4. 4. Chronická bolest	45

4. 5. Fantomová bolest	47
4. 6. Psychogenní bolest	47
5. Stres a stresové vlivy	48
5. 1. Pojem stres a teorie stresu	48
5. 2. Vliv stresu na nemoc a zdraví	51
5. 3. Teorie životních událostí	56
6. Kvalita života nemocného	58
6. 1. Proměny života nemocného	58
6. 2. Způsob vyrovnávání se s nemocí	59
6. 3. Prožívání nemoci a změny sebepojetí pacienta.....	62
7. Sociální opora v nemoci	64
7. 1. Pojem sociální opora	64
7. 2. Teorie sociální opory	67
7. 3. Nežádoucí sociální opora a "sociální negativita"	69
7. 4. Vliv sociální opory na zdraví a nemoc	70
7. 4. 1. Sociální opora a nemoc	70
7. 4. 2. Vhodná a nevhodná sociální opora v nemoci.	71
7. 4. 3. Poskytovatelé sociální opory v nemoci	72
7. 4. 3. 1. Rodina	72
7. 4. 3. 2. Přátelé	76
7. 4. 3. 3. Lékař a ošetřující personál	78
7. 4. 3. 4. Zaměstnavatel a kolegové na pracovišti	81
7. 4. 3. 5. Kněz a víra	83
7. 4. 3. 6. Léčitelé	85
7. 4. 3. 7. Svépomocné skupiny a sdružení pacientů i jejich blízkých.....	86
7. 4. 3. 8. Osobní asistent a asistenční služba.....	87

7. 5.	Získávání a pěstování sociální opory	88
7. 6.	" Co mi pomáhá "	89
8.	Nástin možností a mezí psychoterapie při vyrovnání se s nemocí	92

II. VÝZKUMNÁ ČÁST

1.	Cíl výzkumu	96
2.	Stanovení výzkumných hypotéz	96
3.	Charakteristika výzkumného vzorku	97
4.	Charakteristika výzkumných metod	102
5.	Průběh a výsledky výzkumu	104
	5. 1. Průběh výzkumu	104
	5. 2. Výsledky výzkumu	107
	5. 2. 1. Výsledky kvantitativního výzkumu ...	107
	5. 2. 2. Výsledky kvalitativního výzkumu	127
6.	Diskuse	139
	Závěr	147
	Resumé	148
	Přehled tabulek	151
	Přílohy	152
	Použitá literatura	153

Úvod

Nemoc a její vliv na člověka je tématem prastarým. Bývala spojována s trestem, s porušením daných společenských tabu, s prokletím, proti ní se hledala a stále hledají různá ochranná opatření, způsoby prevence i léčby. I když i o ní je v této práci je pojednáno, pozornost je soustředěna především na její prožívání pacientem a hlavně na místo sociální opory v nemoci, na roli, jakou zastává, na její podobu a potřebu ze strany pacienta.

Nejde přitom o práci, která si klade za cíl vyčerpávajícím způsobem postihnout a pomocí dat získaných od velkého souboru respondentů vyčíslit velikost vhodné a pozitivně působící sociální opory v nemoci, ale o zachycení subjektivního pohledu nemocného člověka na vhodnost, užitečnost a potřebnost pomoci a pochopení jeho potřeb ze strany blízkých lidí i širšího sociálního okolí.

Za účelem lepšího a výstižnějšího zachycení sociální opory potřebné ke zvládnutí nemoci a potíží s ní spojených je v rámci experimentální části této práce vytvořen soubor respondentů, který je rozdělen na dvě skupiny pracovně nazvané psychiatrickí a nepsychiatrickí pacienti. Zjištěné skutečnosti v jednotlivých skupinách a jejich vzájemné porovnání se pokoušejí nalézt odpověď na otázku, je-li v potřebách pacientů těchto dvou skupin nějaký rozdíl, nebo naopak čím jsou si podobné, a blíže tak specifikovat jejich nároky vůči sociálnímu okolí.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1. Nemoc a zdraví jako fenomén

“ Zdravý člověk, jemuž nic nechybí, se vyskytuje jenom v učebnicích anatomie. V životní praxi je takový jedinec neznámý.”

T. Dethlefsen, R. Dahlke

1. 1. Vymezení pojmu zdraví a nemoc

V ústave Světové zdravotnické organizace je od roku 1948 obsažena velice široce vymezená definice zdraví: ”Zdraví je stav úplné tělesné, duševní a sociální pohody (well-being) a ne pouze nepřítomnost nemoci nebo vady (infirmity) “ (Bártlová,S., 2005, s. 21). Podle S. Komárka tento pojem označuje “subjektivní pocit celistvosti, harmonie a chuti do života” (Komárek, S., 2005, s. 263). Kromě biologických aspektů jsou i zde zmiňovány i aspekty psychické a sociální, přičemž jsou jeho všechny tři složky stejně důležité. Jde o vymezení stavu subjektivně vnímané pohody těla i ducha, stavu, který je dynamický, měnlivý a který by měl člověk vědomě udržovat v rovnováze. V tom mu pomáhá přizpůsobivost jedince, jeho schopnost vyrovnávat se se zátěží, schopnost adaptace na nové podmínky života. Míra přizpůsobivosti je vrozenou dispozicí, ale také naučeným způsobem zvládnání zátěže. Aby bylo možné zachovat rovnováhu organismu, je potřebné naplňovat všechny skutečné biologické, psychické a sociální

potřeby a organismus nepřetěžovat neúměrnou zátěží. Nepříznivé psychosociální jevy jsou pro organismus stejně škodlivé jako negativní vlivy biologické, ztráta pocitu bezpečí, jistoty, ztráta sociálního postavení, ztráta životního smyslu může vyvolat vážné zdravotní problémy stejně tak jako nedostatek látek potřebných pro bezproblémovou existenci organismu člověka (Honzák, R., 1989).

Nemoc je rovněž pojímána jako mnohafaktorový jev s bio-psycho-sociálním základem. Vzájemná interakce vnějších faktorů s lidským organismem a způsobem života člověka může přispět ke vzniku a rozvoji některé z chorob. Nemoc představuje nedobrovolné zastavení v čase, omezení možností, omezení svobody člověka, zpochybnění jistoty vlastní existence i jistoty dosud uznávaných hodnot. Žádá si přehodnocení, bilanci svého dosavadního způsobu života. Lze ji pojmout jako výzvu, která člověka na jedné straně ochuzuje, na straně druhé se život nemocného člověka může obohatit. Nedochozí k tomu však automaticky, ale vlastním úsilím pacienta, který vzniklou situaci pojme jako výzvu, vykompenzuje nedostatky a ztráty s nemocí spojené a najde (mnohdy poprvé v životě) smysl své existence.

Biologickým faktorům nemoci byla a je stále věnována velká pozornost. Byly vypracovány programy prevence nemocí, plánované očkování proti infekčním chorobám, stále se zdokonalují vyšetřovací i zobrazovací metody, farmakologická léčba, nové terapeutické postupy. Zkoumají se poruchy orgánů, tkání, buněk, s nimiž v moderní historii započal pruský patologický anatom Rudolf Virchow (1821-1902) (Baštecká, B. a kol., 2003).

Psychickým faktorům je v posledních desetiletích věnována také podstatně větší pozornost ve srovnání s polovinou minulého století.

Sociální faktory jsou v současné době stále jakousi “popelkou”. Ví se o nich, ale není jim zdaleka věnována taková pozornost, jakou by si zasloužily.

K zohlednění vlivu všech těchto oblastí ve vztahu ke zdraví a k nemoci člověka v běžné praxi příliš nedochází. Přitom ovšem jejich vzájemný vliv a jejich provázanost jsou od sebe oddělitelné jen uměle v rámci výzkumného teoretického modelu. V praxi to možné není. Člověk je neustále vystavován vlivu všech tří současně s různou dynamikou.

Obecně stále více ubývá etiologicky jednoznačných onemocnění s dobře poznatelnými faktory biologickými, chemickými a fyzikálními. A naopak roste počet nemocí, jejichž etiologie je nejasná, multifaktoriální, a u nichž pravděpodobně hrají podstatnou roli psychické a sociální faktory. O řadě z nich hovoříme jako o civilizačních chorobách. Jejich poznávání a působení jejich vlivu na zdraví/nemoc člověka se kromě jiného věnuje i poměrně mladý obor sociálního lékařství. Důležitá je i psychosomatická a behaviorální medicína - v našich poměrech zatím ještě mladá a ne zcela zaběhnutá -, lékařská psychologie a psychologie zdraví (nemoci) a jejich provázanost s klinickou psychologií. (Baštecká, B. a kol., 2003).

V současné době je věnována pozornost negativním vlivům životních podmínek a způsobu životního stylu v naší civilizované kultuře. Hovoří se o znečištěném životním prostředí a v jeho důsledku o nebezpečných změnách klimatu, o nadměrném příjmu potravy nevhodného složení a nedostatečném pohybu, o zneužívání návykových látek a vzniku závislosti (alkohol, nikotin, drogy). Za významnou příčinu vzniku řady onemocnění je považována neschopnost zvládnout životní zátěž, vyrovnat se s ní přijatelným způsobem, který by člověka nepoškozoval. Všudypřítomný stres, spěch, snaha o podávání co nejvyšších výkonů především v chronické podobě svého trvání a současně při nedostatečném odpočinku se podílejí na vzniku nemoci a na udržování chorobného stavu - například u ischemické choroby srdeční, hypertenze, alergických onemocnění, obezity, diabetu, některých onkologických onemocnění, chorob pohybového aparátu, psychických poruch a

dalších. Právě životní styl člověka stojí v popředí snahy předcházet vzniku rozličných nemocí, poznat a co možná nejlépe eliminovat jejich spouštěče. Mnohému rizikovému chování lze totiž s úspěchem zabránit, a to už na úrovni jednotlivce. Tento způsob “léčby” nevyžaduje žádné moderní přístrojové vybavení či drahou medikaci a ve svém důsledku je mnohem účinnější, podaří-li se ho aplikovat včas. Samozřejmě nelze zapomínat i na další podstatné faktory ovlivňující nemocnost člověka (genetické dispozice, kvalita životního prostředí, zdravotnický systém péče), nicméně při zdravém životním stylu lze jejich vliv zmírnit a zmenšit riziko ničivých následků choroby.

Sociální vztahy jsou pro člověka jako bytost společenskou nezastupitelné a hrají v jeho životě podstatnou roli. Řada studií vztahujících se ke kontrole zdraví vykazuje spojitost mezi nemocí a její sociální podmíněností. U pacientů se ukázala jednoznačná souvislost mezi jejich zvýšenou úmrtností na různé choroby a nízkou kvalitou i kvantitou sociálních vztahů. A naopak uspokojivé vztahy a sociální vazby mají pozitivní vliv na ochranu zdraví (Bártlová, S., 2005).

1. 2. Faktory podílející se na vzniku nemoci

Hledání a označování příčin vzniku nemocí a následných způsobů řešení poruch zdraví, k nimž v této souvislosti dochází, podle V. Chvály obrazně připomíná technicky důmyslné permanentní vysoušení chalupy, do níž nerušeně teče děravou střechou (Komárek, S., 2005).

Podle všech v minulosti i v současnosti uplatňovaných představ přicházejí původci chorob zvenčí v podobě různorodých virových či bakteriálních infekcí, škodlivého vlivu dalších mikroorganismů, jedovatých látek. Na zdravotním stavu člověka

se negativně podepisuje nadměrné požívání alkoholu, drog, kouření, nadměrný či naopak nedostačující příjem potravy, nedostatek vhodné pohybové aktivity, rizikový sex. Na vznik nemoci má vliv chronické přetěžování a stres, neuspokojivé mezilidské vztahy. Nelze opomíjet ani úrazy. Z vnitřních faktorů se uvádějí genetické dispozice a stav vnitřní nerovnováhy organismu. Pro propuknutí každé nemoci musí být kromě nutného "spouštěče" v podobě výše uvedených faktorů připraven vhodný terén, tedy prostor, podmínky v těle, díky nimž se může nemoc zrealizovat.

Při pátrání po všech laboratorních hodnotách, které jsou k dispozici díky biochemii, při studiu nálezů získaných pomocí velmi dokonalé zobrazovací lékařské techniky, při zkoumání vhodnosti aplikace moderních preparátů rozličných farmaceutických firem, zkrátka při hledání cesty k opětovnému nastolení zdraví či alespoň k co neoptimálnější stabilizaci daného zdravotního stavu se zapomíná na jednu zcela zásadní věc : na životní příběh člověka, který je zcela jedinečný a obtížně rozškatulkovatelný. Právě on může být klíčem k alespoň částečnému rozřešení tajenky zvané příčiny nemoci a její způsob léčby (Trapková, L., Chvála, V., 2004).

1. 3. Faktory udržující člověka v nemoci

Podle psychoanalytické teorie se zisk z nemoci dělí na primární a sekundární. Primární zisk - tzv. paranosický, je spojen se získáním ochrany proti uvědomění si vnitřního nevyřešeného konfliktu, který je pro jedince nějakým způsobem ohrožující. Jde o jeden z řady běžně uplatňovaných obranných mechanismů. Únik do nemoci je vlastně řešením jeho životní situace. Sekundární zisk z nemoci - epinosický zisk -je jednou z podob odporu popsaného Freudem. Symptom je zahrnut do Já, to

znamená, že přináší pacientovu Já uspokojení. Je faktorem, který člověka v nemoci udržuje (Thöma, H., Kächele, H., 1993).

Tímto způsobem může být řešen například vleklý manželský či partnerský konflikt, potíže v zaměstnání, nemoc se může stát únikem z obtížné životní situace. Je totiž jedním z mála společensky přijatelných způsobů, jak se regulárně alespoň na chvíli zříci odpovědnosti (Livingston, G., 2006). Zároveň si tak pacient říká o péči, pozornost i lásku, kterou potřebuje a které má od svých blízkých nedostatek. Jako by si o ně jiným způsobem nedokázal nebo nemohl říct. E. Syřišťová ve své práci výstižně popisuje příklad úniku před světem, jeho nepochopením do světa schizofrenie samozřejmě u osobnosti predisponované. " Kde chybí možnost naplnění a sebeuskutečnění v lidských vztazích, hrozí jedinci psychologické znehodnocení a zničení" (Syřišťová, E., 2005, s. 32).

Lidský vztah, opora, zázemí, i ty se mohou stát faktory, kterými je člověk v nemoci udržován.

2. Psychosomatika, somatické onemocnění, psychiatrické onemocnění

2. 1. Psychosomatika

Psychosomatika není záležitostí jen minulého století, jak by se dnes mohlo vzhledem k její rostoucí popularitě zdát, ale její kořeny lze nalézt až v antice. Už ze slov Platónových – “chceš-li zhojit tělo, musíš předně léčit duši” - je zřejmé, jaká důležitost byla přikládána vlivu psychického stavu a pohody na nemoc a její léčení. Přitom nejde o podceňování tělesné stránky nemoci,

nejde o podceňování somatických symptomů, ale o zdůraznění podílu psychické stránky na existenci nemoci a potíží. I řada úsloví, která se dnes v jazyce zcela běžně používají, aniž by se jejich uživatel snažil dopátrat jejich původního významu, vypovídá o dávném povědomí existence souvislostí mezi stavem těla a duše. Běžně se říká : “to mi bere dech”, “má srdce v kalhotách”, “obrací se mu žaludek” a podobně (Morschitzky, H., Sator, S., 2007).

Renesance psychosomatické medicíny se váže ke jménu Sigmunda Freuda a k psychoanalýze. Na povrch začaly znovu vyplouvat souvislosti mezi stavem duše a vývojem psychických poruch.

Za specificky psychosomatické byly původně považovány následující nemoci : peptický vřed, asthma bronchiale, hypertonie, revmatická artritida, migréna, colitis ulcerosa a neurodermitis. Tato přísná Alexandrova “klasifikace psychosomatických nemocí” vycházela z teorie důsledků nezpracovaných konfliktů, které nevědomě ovlivňují fungování těla, hovoří jeho řečí. Například potřeba závislosti a opory se může dostat do konfliktu s potřebou samostatnosti a nezávislosti. V důsledku napětí, které vzniká z tohoto rozporu, a v důsledku neuspokojení potřeb se vyvíjí chronická porucha vegetativní regulace. Z nevyjádřené a blokové agrese, jíž se nedostane potřebného uvolnění, může vzniknout hypertonie (Danzer, G., 2001).

Ani u jiných jednostranně zaměřených psychosomatických teorií se nepotvrdila jejich platnost. Zastánci těchto teorií se u svých pacientů snažili dopátrat příčiny, které do schématu nemoci předtím sami vložili.

Opominuta zůstala skutečnost vlivu psychosociálních faktorů. Rovněž nelze vyčlenit jeden vnitřní konflikt, který je pak původcem určité choroby. Cesta k nemoci bývá obvykle multifaktoriální, prolínají se biologické, psychické, sociální i duchovní roviny osobnosti a jejího způsobu života.

S celostním chápáním nemoci přišel v 70. letech 20. století George Engel, americký lékař a psychoanalytik. Vzal v úvahu všechny biologické, psychologické a sociální aspekty, které vedly ke vzniku onemocnění a které mohly i dále udržovat člověka v nemoci. Podstata tohoto pohledu na nemoc se skrývá v následujícím tvrzení : každý člověk, který je vystaven extrémní zátěži (psychické či psychosociální), může tělesně onemocnět. U různých lidí však vlivem této zátěže může propuknout různé onemocnění. Neexistuje jednoznačné předurčení druhu nemoci v souvislosti s typem zátěže, záleží na adaptačních mechanismech člověka, na jeho odolnosti vůči zátěži, na způsobu zvládnání stresu i na momentálních životních podmínkách .V tomto smyslu nejde o medicínský obor, ale o celkový přístup k pacientovi a jeho nemoci.

V současné medicíně lze vystopovat v podstatě čtyři přístupy k psychosomatice :

- 1) oblast zaměřenosti na příčiny onemocnění, kdy se pozornost soustředí na symptomatiku a hledá její vazby k psychickému stavu člověka a jeho sociálním podmínkám;
- 2) oblast zaměřenosti na zpracování nemocí, na způsob zvládnání sociálně i psychicky obtížných situací;
- 3) oblast zaměřenosti na chorobné chování;
- 4) zaměřenost na průvodní a následná psychická onemocnění, kdy nemocný je zatěžován psychickými i psychosociálními důsledky své choroby a potřebuje si osvojit strategie jejich zvládnání (Morschitzky, H., Sator, S., 2007).

K základním léčebným postupům patří psychoanalyticky orientovaná psychosomatika (v duchu Freudových pokračovatelů) a behaviorální medicína.

Podstatou psychoanalytické psychosomatiky je hledání nevědomých vnitřních konfliktů člověka, které jsou potlačené a nezpracované, které se promítají do těla a navenek se projevují prostřednictvím tělesných symptomů. Jejich znovuobjevením, zvědoměním a následným zpracováním pak může dojít

k vymizení tělesné symptomatiky.

Behaviorální medicína je mladším oborem, její počátky se datují do 70. let 20. století. Spojuje v sobě medicínský pohled na zdraví a nemoc s pohledem psychosociálním. Věnuje pozornost chování pacientů, jeho souvislostí se zdravotním stavem člověka, a to jak v rovině terapeutické (léčebné, rehabilitační), tak i v rovině prevence.

Rozlišují se následující skupiny psychosomatických chorob : poruchy celkového tělesného schématu, funkční poruchy, psychosomatické poruchy v užším slova smyslu, somatopsychické choroby.

Poruchy celkového tělesného schématu představují různé tělesné symptomy neorganického původu. Jejich příčina je psychická či psychosociální. Nejde o funkční ani somatickou poruchu. Nejčastěji se projeví jako bolest hlavy nebo žaludeční obtíže. Přitom nejde o nemoc a ani člověk sám u sebe tento stav jako nemoc nevnímá. Nicméně při dlouhodobém trvání těchto potíží může dojít ke změně jejich charakteru na funkční nebo somatoformní poruchu. Pacient zůstává i nadále tělesně zdrav, nicméně sám sebe už prožívá jako nemocného.

Funkční poruchy jsou primárně neorganické, ale už jsou považovány za nemoc. Jde o poškození tělesných funkcí často na podkladě psychického prožívání člověka. Nejčastěji se projevují poruchou vegetativního nervového systému a pacient je pociťuje například jako bušení srdce, dýchací obtíže, zažívací potíže, nadměrné pocení. V důsledku poruchy nervového systému může docházet i k poruchám pohybovým, zrakovým, sluchovým či řečovým. Příčinou těchto poruch může být i nadužívání alkoholu, léků, nadměrný stres. Pro pociťované tělesné potíže není dostatečný organický podklad, nebo může i zcela chybět, nicméně člověk s potížemi tohoto druhu se prožívá jako nemocný.

K funkčním poruchám patří poruchy somatoformní a disociativní. Somatoformní poruchy jsou tělesná poškození

vegetativních funkcí bez chorobných tkáňových změn. Příčinou jejich vzniku jsou často potíže v oblasti psychické i psychosociální. I když lékařská vyšetření vyloučí přítomnost choroby, vnímají lidé s těmito potížemi sami sebe jako nemocné. Mezi subjektivními tělovými pocity a objektivním lékařským nálezem může být velký rozdíl. Buď se pro potíže pacienta nenajde vůbec žádný organický podklad, nebo je organický nález jen nevýznamného charakteru a neodpovídá subjektivním potížím pacienta, jejich velikosti, tíživosti, rozličnosti příznaků. Toto je časté například u bolestí zad. Pacienti s tímto druhem potíží bývají častými návštěvníky ordinací praktických lékařů a internistů, zatímco do péče psychiatrů se dostávají méně často. Dožadují se řady odborných vyšetření, která by konečně vysvětlila jejich potíže. Skutečnou příčinou jejich trápení však bývají predispozice (tělesné, osobnostní) v kombinaci se zvýšenou zátěží (tělesnou, psychickou, sociální) a udržující dispozice (přetrvávání zátěže, reakce pacientova okolí). Vlivem součinnosti těchto faktorů může dojít ke chronifikaci potíží. Pacient se tak dostává do bludného kruhu: své potíže vnímá zesíleně, je vůči svému tělu nadměru vnímavý a jakoukoliv odchylku od normy okamžitě vyhodnocuje jako chorobný stav. Začne se chovat jako skutečný pacient, snaží se šetřit, chová se vyhýbavě vůči některým situacím, žádá si pozornost a péči svého okolí, je stále více vnímavý ke svým tělesným pocitům. Tím se kruh uzavírá. Nespolečnost jednotlivých odborníků, kteří se podílejí na lékařských vyšetřeních, nekomunikace, nedostatečné terapeutické působení a nedostatečná spolupráce s psychiatry a psychology se výrazně podílejí na udržování pacienta v nemoci. Často je přítomná depresivní, úzkostná symptomatika či porucha osobnosti. Velmi častý je chybějící náhled na možné souvislosti mezi prožitou či prožívanou obtížnou životní situací a mezi tělesnými obtížemi. O prodělaném trápení hovoří člověk se somatoformní poruchou bez velkých emocí, víceméně jen konstatuje, co zažil, zatímco tělesné symptomy jsou zřetelně

v popředí jeho zájmu. Jinému člověku, který poslouchá pacientovy stesky, se souvislosti mezi psychosociální zátěží a tělesnou poruchou jeví jako jasné, postižený většinou tuto souvislost nevidí, a je-li na ni upozorněn, tvrdošíjně ji odmítá.

Podle statistických údajů Německa se na návštěvnosti u praktických lékařů podílejí somatoformní pacienti až 35 % a na obleženosti ve všeobecných nemocnicích až 30 % (Morschitzky, H., Sator, S., 2007).

Disociativní poruchy jsou typické částečnou či úplnou dezintegrací bezprostředního vnímání, vzpomínek (např. psychogenní porucha paměti), poruchou kontroly pohybů (např. psychogenní porucha chůze), vědomí vlastní integrity. Dochází k rozštěpení psychických a tělesných funkcí, a to v důsledku silného traumatizujícího zážitku, vážného vztahového problému, neřešitelného konfliktu. Freud hovořil v této souvislosti o tzv. konverzi, tj. o proměně neřešitelného tíživého problému a emocí s ním spojených v tělesný symptom. Jde o disociativní poruchy pohybu, disociativní křečové záchvaty a disociativní poruchy senzibility a vnímání. Podoba symptomů těchto poruch přitom odpovídá pacientově představě o chorobě, nikoliv symptomům, např. neurologickým. Objektivní nález z lékařských vyšetření je opět v rozporu s pacientovým subjektivně prožívaným a pociťovaným stavem (Smolík, P., 1996).

Psychosomatické poruchy v užším smyslu představují tělesné choroby s prokazatelnou poruchou tělesných orgánů a jejich funkcí, na jejichž vzniku, průběhu a zhoršování se podílejí psychické a psychosociální faktory. Jde např. o asthma bronchiale, vředovou chorobu, ekzém, dermatitis. Obvykle je pacient zařazen k diagnóze “somatické” a při větších psychických potížích i k diagnóze “psychiatrické”. Přičemž většina pacientů si není ochotna přiznat psychické potíže a drží se striktně jen diagnózy somatické. Vzájemnou souvislost odmítá vidět. V opačném případě se lze setkat i s nemocnými, kteří se drží jen psychického vysvětlení svého stavu a kteří mají tendenci

zanedbávat orgánovou léčbu. Těch je ovšem nesrovnatelně méně.

K somatopsychickým onemocněním patří primárně somatická onemocnění, v jejichž důsledku dochází ke vzniku psychických a psychosociálních potíží. Především onemocnění s chronickým průběhem, onemocnění progresivní se špatnou prognózou představují pro nemocného i pro jeho okolí obrovskou zátěž. V tomto kontextu lze v podstatě každé tělesné onemocnění posuzovat i z hlediska psychosomatického. Patří sem např. onkologické choroby, koronární srdeční choroby, onemocnění štítné žlázy, diabetes mellitus, autoimunitní onemocnění, AIDS, chorobná ledvinová insuficience (s dialýzou), epilepsie, poškození meziobratlových plotének, poranění hlavy, poškození a nemoci mozku, chronické bolestivé stavy. Je nutné brát v úvahu psychickou i sociální zátěž, která je primární chorobou způsobená, změněné životní podmínky, omezení vyplývající z diagnózy a s tímto náležitě pracovat. Na léčbě by se měl podílet tým odborníků, ne pouze lékař - specialista, do jehož odbornosti primární onemocnění náleží. Právě u těchto nemocí je zdůrazňován význam psychosociálních faktorů v souvislosti se zdravotním stavem pacienta, s vývojem nemoci.

Z psychosomatického hlediska bývá nemoc považována za symbolickou promluvu těla prostřednictvím tělesných symptomů, vyjádřením vnitřní disharmonie. Nemusí ovšem nutně jít už o rozvinutou nemoc. Ta se v tuto chvíli může nacházet teprve v tzv. prodromálním stádiu a nemusí být rozpoznatelná a diagnostikovatelná. Somatizaci jako takovou nelze však spojovat pouze s nemocí, její projevy nohou nabývat i podob čistě nemedicínských. Může se například jednat o nepříjemný tělesný pach úzkostného člověka či nepříjemný mimický výraz a projev člověka paranoidního (Růžička, J., 2005).

Ve své ordinaci se podle M. Kašparů může lékař setkat s lidmi, kteří se necítí dobře, ale své pocity nedokáží vyjádřit

slovy. Trpí zvláštním pocitem prázdnoty, pocitem nesmyslnosti vlastního bytí. Dá se hovořit o existenciální frustraci, na kterou léky nezabírají. "Je-li v kůži lidské duše morální díra, nelze ji v žádném případě přikrýt technickou záplatou, jak se v současnosti praktikuje" (Křivohlavý, J., 2005).

2. 2. Somatické onemocnění

Jak vyplývá už výše napsaného, je obtížné hovořit o čistě somatické chorobě, protože jakékoliv onemocnění postihuje celého člověka, má vliv na jeho prožívání a působí na jeho okolí. Klasická alopatická medicína má však ve většině případů stále tělo co by pracovní materiál, svou pozornost soustředí na somatické poruchy a potíže. Laboratorními i zobrazovacími vyšetřovacími metodami se snaží odhalit příčiny těchto zdravotních problémů a pomocí vhodné medikace, léčebných zákroků a terapeutických postupů se snaží dosáhnout optimalizace zdravotního stavu pacienta.

Podle T. Dahlkeho se ovšem ani o úrazu, ani o zlomené noze nedá hovořit jen jako o čistě somatické záležitosti, a to už v momentě, kdy k této újme na zdraví dojde, natož pak při řešení jejich následků. I nehody mají nevědomou motivaci, hovoří o tzv. nehodových osobnostech, které údajně své vnitřní konflikty přesouvají vně mimo sebe, úraz se pak stává jejich výrazem. Německý psycholog K. Marbe ve své práci o pracovních úrazech už v roce 1926 dospěl k závěru, že u člověka, který v minulosti utrpěl nějaký úraz, je mnohem větší pravděpodobnost, že u něho dojde k další nehodě (Dethlefsen, T., Dahlke, R., 1995).

Omezení možnosti pohybu, léčebný režim, omezená či zcela ztracená soběstačnost, změna sociálního postavení nemocného člověka, otázka finanční spokojenosti, otázka

pracovního i obecně sociálního postavení (nižší sociální status, omezení sociálních vztahů, reakce sociálního okolí, izolace), poškození tělesné integrity, snížená tělesná či duševní výkonnost, bolest a její zvládání, snížení sebevědomí, obavy z budoucnosti, pocit ohrožení života, strach ze smrti - to vše vede k emoční labilitě, ke změněnému prožívání sebe i svého okolí. Tyto a další skutečnosti výrazně ovlivňují prožívání člověka a sociální okolí nemocného hraje velkou roli v jeho úspěšném zvládnutí.

2. 3. Duševní nemoc

Vymezení duševní nemoci a duševního zdraví, tedy abnormity a normy, je v řadě případů obtížné. Často jde o pozvolný a plynulý přechod od jednoho k druhému. Podle Světové zdravotnické organizace představuje duševní chorobu "...zjevná porucha duševní činnosti, natolik specifická ve svých klinických projevech, že je spolehlivě rozpoznatelná, jakožto jasně definovaný soubor znaků, a natolik závažná, aby způsobila ztrátu pracovní schopnosti nebo sociálního postavení, nebo obou, a to v takovém stupni, který může být ohodnocen jako selhání (nepřítomnost na pracovišti, neúčast v nějaké sociální činnosti)" (Höschl, C., 1996, s.3).

Navíc, jak již bylo řečeno, řada takzvaně somatických onemocnění se projevuje i psychickými změnami a poruchami a může být problematické přiřknout pacientovi pouze jedinou diagnózu.

Duševní nemoc je nemocí "stigmatizovanou", pacient dostává nálepkou blázna, šílenice a může se ze strany okolí setkat s různým stupněm odmítnutí. Tím pádem vybočuje i z klasického scénáře, který velí zdravým pečovat o nemocné s láskou a trpělivostí, soucítit s ním a pomáhat jim. Zcela iracionálně se obraz duševně nemocného člověka často spojuje s obrazem

"nemravy a svévolného narušovatele uznávaných norem", který si za své zdravotní potíže může sám, způsobil si je svou neukázněností a není důvod, proč ho chápat a nebo mu dokonce pomáhat. Takovou subkategorii jsou například drogově závislí pacienti, alkoholici, hazardní hráči. Stigmatizace těchto lidí přetrvává často dlouhá léta, kdy ukázněně abstinují a jejich problém je tak v podstatě vyřešen (Höschl C., Libinger, J., Švestka, J., 2002). Pro srovnání lidé s nadváhou způsobenou nepřiměřeným životním stylem (nedostatek pohybu, přejídání se, ...) a s potížemi vzniklými v důsledku obezity (hypertenze, diabetes mellitus II. typu, problémy s pohybovým aparátem, karcinom střev) nebo například kuřáci jsou se svými následnými chorobami přijímáni nepoměrně příznivěji. Ve společnosti dále přežívá stereotyp "blázna" jako nespolehlivého, nebezpečného, nevypočitatelného a iracionálního člověka, ovšem jen malá část pacientů psychiatrickou diagnózou je popsatelná těmito výrazy. Podstatná část populace s psychickou poruchou ovšem zůstává oku laika skryta, neboť se vymyká tomuto "transparentnímu" popisu.

Podle K. Chromého rozděluje laická veřejnost psychiatrické diagnózy na "nervové zhroucení", k němuž dojde v důsledku přepracovanosti, prožití traumatického zážitku a podobně. Tuto poruchu hodnotí jako mírnou, přechodného charakteru, pouze mírně stigmatizující. Druhou kategorií je "pravé šílenství". To je trvalého charakteru, představuje nevléčitelnou nemoc spojenou s poškozením mozku a jeho stigmatizace je výrazná. Před takovýmto pacientem je třeba mít se na pozoru a raději se mu vyhnout. V praxi je ovšem často běžná tendence připisovat první psychotické příhody a abnormity chování svých blízkých přetížení, špatnému tělesnému stavu a podobně (Höschl, C., Libiger, J., Švestka, J., 2002).

Mnohdy může být obtížné nalézt hranici mezi duševní nemocí a normalitou nejen pro laika, ale i pro odborníka.

3. Pacient

3. 1. Pacient v ordinaci lékaře

Role pacienta s sebou přináší zcela novou životní zkušenost, která je spojena s řadou změn jak fyzického a psychického charakteru, tak i charakteru sociálního. Dotýká se nejen nemocného člověka, ale i jeho okolí - rodiny, přátel, spoluzaměstnanců a obecně všech lidí, se kterými přichází pacient do styku.

Běžná akutní onemocnění (nachlazení, virózy s lehkým průběhem apod.) bývají obvykle dobře snášena a pro člověka jinak zdravého nemusí představovat zas tak velkou zátěž. Pokud je onemocnění protrahované, dlouhodobé, chronické, pokud se jedná o vážnější onemocnění, nebo pokud je pacient predisponován velkou vnímavostí ke svým potížím, bývá přijetí role pacienta se všemi jeho důsledky a vyrovnání se s nemocí obtížnější a často bolestné. Dokonce k němu nemusí vůbec dojít. Nemocný člověk se může bránit přijetí role pacienta, může se bránit omezením, která z jeho diagnózy vyplývají a která by měla vést k úzdavě, případně k dobré kompenzaci zdravotního stavu nebo ke zpomalení progresivní tendence nemoci.

Vyhledáním praktického lékaře v jeho ordinaci začíná cesta hledání, a to hledání osoby, která bude ochotna vyslechnout jeho stesky, osoby, která bude mít pro člověka s potížemi pochopení a která mu dokáže pomoci.

Samotné návštěvě může předcházet doba delšího rozhodování, zda je skutečně nutné vyhledat odbornou pomoc, zda jsou vnímané příznaky natolik zásadní, že nezmizí samy. Návštěva může být dokonce neúměrně dlouho odkládána a zdravotní problémy pak mohou narůstat do obrovských rozměrů,

spojovat se s dalšími komplikacemi, či vyústit v akutní stav, jehož řešení už nesnese dalšího odkladu. Opačný extrém pak představuje například hypochondrický člověk, který se nezdráhá při sebemenších obtížích vyhledat nejen praktického lékaře, ale i lékaře rozličných odborností či rychlou záchrannou službu.

Pacient přichází do ordinace lékaře s očekáváními, která jsou ovlivněna řadou faktorů : předchozí zkušeností, jeho osobnostními charakteristikami (např. mírou úzkostnosti), momentální životní situací (např. společenské postavení). Nemá-li špatnou zkušenost, očekává vyslechnutí, přijetí, pochopení, pomoc a útěchu. Předpokládá, že si lékař “mezi řádky” přečte, co všechno se v něm odehrává, jaký strach, nejistota ho teď nechtěně provázejí. Navíc může mít vědomí jakési jedinečnosti, výjimečnosti a egocentrismus ; to on je ten, co má potíže, to on potřebuje pomoci. Neuvědomuje si, že z pohledu lékaře je nemocný člověk “rutinní záležitostí”, takže pak může z ordinace odcházet zklamaný, s pocitem, že nebyl dostatečně vyslyšen, pochopen.

Od lékaře se mu dostane určitých rad a medikace. Ovšem potřeba vyslyšení, pochopení všech potíží, všech strachů zůstává často neuspokojena. Očekával, že se mu dostane tzv. sociální opory, přijetí a pochopení. Navíc jako člověk s potížemi je mnohem vnímavější k reakcím a nonverbální komunikaci ošetřujícího personálu i lékaře, mnohem citlivější na atmosféru, která v ordinaci panuje. I když to zní knižně, i vlídné slovo léčí a jeho uzdravný efekt může být zásadní. V příjemné atmosféře vzniká snáze pozitivní vztah důvěry mezi pacientem a lékařem. Pokud je poskytnut pacientovi dostatečný prostor, může si lékař vytvořit mnohem plastičtější a barvitější obraz nejen o potížích pacienta, ale i o jeho životním stylu a o jeho zázemí, což může být v mnoha případech důležité pro samotnou léčbu. Důvěra je samozřejmě důležitá i proto, že nemocný se lékaři často svěřuje s velmi intimními problémy a hovořit o nich pro něj bývá obtížné.

Obava nemocného o své zdraví, strach z bolesti, invalidity, ale i pocit ohrožení života, to vše vede k úzkosti. Vnitřní prožívání nemoci a míra pomoci, kterou člověk potřebuje od svého okolí, záleží pochopitelně kromě jiného i na typu osobnosti, na jeho způsobu zvládání zátěže a vyrovnávání se s ní. Obecně však lékař vystupuje v roli zachránce, k němu se upíná naděje a víra v uzdravení, vědomě či nevědomě se stává možným spasitelem. Pokud se ovšem vůči svému pacientovi chová přezíravě, povýšeně, bagatelizuje jeho potíže, nevyslechne ho, mohou mu uniknout podstatné informace o stavu a životě nemocného. Vytvoří-li se mezi lékařem a pacientem nedůvěra, vznikají-li pocity strachu a proces uzdravování se tímto komplikuje. Pokud jde o nezávažné onemocnění, které by bez komplikací odeznělo i bez odborné pomoci, není zdraví člověka ohroženo, ale do dalšího kontaktu s lékařem vstupuje nemocný už s očekáváním daným touto zkušeností. Pokud je lékařská péče nezbytná, může pacient ze strachu zatajit některé významné skutečnosti a v důsledku si tak i ublížit. Navíc s dalšími návštěvami ordinace může pocit strachu a vnitřního napětí růst, což je naprosto nežádoucí jev.

Nejčastější reakce pacientů na potvrzení nemoci a stanovení závažné diagnózy je podle Wittkowera následující : 58 % pacientů projde fází šoku, 34 % pacientů přijme tuto skutečnost v první chvíli lhostejně jako fakt a 8 % pacientů lékaři nedůvěřuje a stanovenou diagnózu pokládá za omyl (Kondáš, O., 1980).

Pro další vývoj léčby je naprosto zásadní postoj, který pacient zaujme ke své nemoci a k léčení. I ten se tvoří během kontaktu s lékařem. Pokud se podaří pacienta “vtáhnout do děje” uzdravování, zaktivizovat ho, dát mu pocítit, že není jen “pracovním materiálem”, ale kompetentní osobou a v podstatě partnerem, je větší naděje, že k léčbě bude přistupovat zodpovědněji, bude jí více věřit a nepropadne pocitu bezmocnosti, než když bude mít pocit, že je pouhou nezajímavou

pasivní loutkou. Situace, do níž se pacient dostal, je pro něj často nejasná. A v ní je postaven před rozhodnutí, zda se bude řídit pokyny lékaře, či nikoliv. Důvěřuje-li svému lékaři a pocítí-li i lékařovu důvěru v sebe, ve svou schopnost úzdravy, je pro něho jednodušší přijmout všechna léčebná opatření, podvolit se léčebnému režimu a věřit v uzdravení, případně ve zlepšení zdravotního stavu. V opačném případě je situace výrazně složitější.

3. 2. Pacient somatický a psychiatrický

Rozdělení pacientů na somatické a psychiatrické je v řadě případů nemožné. Uvádí se, že dokonce až u 60% pacientů, kteří kvůli svým tělesným potížím vyhledají pomoc praktického lékaře, jde o problémy v psychické a emocionální oblasti, které se manifestují tělesnými potížemi (Křivohlavý, J., 2002). Ty mohou být značně obtěžující a mohou souviset např. s úzkostí, se strachem, s různými potížemi neurotického či depresivního charakteru. V takových případech bývá ošetřeno tělo, léčba probíhá symptomaticky a na nemocnou duši se “zapomíná”. Přitom závažnost psychických potíží obvykle v nemalé míře převyšuje závažnost léčených tělesných příznaků. Symptomatická léčba navíc nevede k úzdavě a pacient se tak může dostat do bludného kruhu stále se vracejících a nepříjemně obtěžujících potíží.

K jeho osobním problémům se přidává ještě obava o zdraví, která celkové potíže ještě zhoršuje.

Kromě těchto případů se lze setkat např. s dobře utajenou formou somatizační poruchy co by duševní poruchy. Pacient s diagnózou z tohoto okruhu bývá zvláště soustředěný na své tělesné projevy, dožaduje se opakovaných vyšetření u specialistů

a obvykle se značně brání připuštění možnosti, že jeho problémy mohou mít či mají souvislost s nemocnou duší. I mírné projevy tělesné nepohody pro sebe i pro své okolí zveličuje, prožívá je jako výrazné ohrožení a obává se fatálních důsledků své dosud ne dobře rozpoznané a dobře léčené choroby. Přestože takovýto laicky běžně označovaný hypochondr bývá velmi častým návštěvníkem lékařských ordinací, má pocit, že bere léčení a péči o své “chatrné” zdraví do svých rukou on sám.

Samostatnou skupinu lidí, kteří se nemohou rozloučit se svou nemocí, pak tvoří pacienti, jež mají ze své role maroda nějaký zisk. Nemoc je pro ně útekem od problémů v zaměstnání, v rodině, je to “přítel”, který jim přináší péči, pozornost okolí (např. zdravotního personálu v nemocnici).

Nelze zapomenout ani na ty, kteří z rozličných důvodů záměrně předstírají nemoc a sami si jsou vědomi toho, že jsou zdraví. Důvodem může být např. snaha snadno získat finanční podporu buď trvalého charakteru v podobě invalidního důchodu, nebo podporu dočasnou u lidí s profesí sezónního charakteru v podobě pracovní neschopnosti po dobu, kdy jsou bez práce.

Pro účely experimentální části této práce jsou pacienti děleni na “nepsychiatrické” a “psychiatrické”, a to podle toho, jaké projevené příznaky jejich potíží převažují a jak je jejich nemoc diagnostikována. Toto je učiněno s vědomím, že se obě skupiny překrývají, že není dost dobře možné rozdělit člověka na jednotlivé “části” jako tělesno, duševno, duchovno a sociálně. Jejich vzájemná spojitost a provázanost je neoddělitelná.

3. 3. Nepsychiatrický pacient

“Nepsychiatřiční pacienti” se obecně těší většímu pochopení veřejnosti, pro své okolí bývají čitelnější. I když může být velmi

těžké vžít se do pocitu “somaticky” nemocného člověka, přeci jen se zdají jeho potíže jasnější a srozumitelnější, ovšem za předpokladu, že se podaří určit správnou diagnózu a odhalí se příčina potíží. Pokud nedojde k objasnění obtíží a tyto přetrvávají, ocitá se mnohdy pacient s např. nerozpoznanou endokrinní či imunologickou poruchou v rukou psychiatrů.

Symptomy “somatické poruchy či nemoci” se pro pacientovo okolí zdají být čitelnějšími, je jim lépe rozumět.

I leckterý zdravý člověk se dokáže vžít do pocitů bolesti kloubů, svalů, žaludku, hlavy, zná, jaké to je, když ho sužuje vysoká horečka, zatímco bolest duše je pro něj pojmem z říše fantazie, nebo ještě lépe z planety lenochů, nicnedělačů a hypochondrů. Okolí si snáze představí bolest zlomené nohy než bolest “zlomené “duše, ta je pro něj příliš abstraktním pojmem připomínajícím spíše básnický obrat než chorobu.

Navíc si je řada lidí vědoma, že i oni se mohou stát někdy pacienty, ale představa, že by se mohli “zbláznit”, je zcela nepřipustná. Jsou tedy i z tohoto důvodu schopni lépe akceptovat nemoc “somatickou”.

Dalším faktorem, který v této souvislosti vystupuje do popředí, je transparentnost nemoci, byť často zdánlivá. Zlomená končetina je skutečně poškozená a normální aktivity neschopná, důkazem je pořízený rentgenový snímek. Vyoperované žlučové kameny či nádor představuje rovněž hmatatelný nález, který je nezpochybnitelný. Skutečně existuje. Medicína v tomto kontextu vystupuje jako exaktní věda s exaktním nálezem. To se v případech psychických potíží tak snadno neproказuje.

Zároveň je i jasnější a pochopitelnější, co takový nemocný potřebuje, jak mu lze pomoci, jak k němu přistupovat. Toto tvrzení sice neplatí stoprocentně, pochopitelně záleží na řadě faktorů (osobnost pacienta, jeho vztahy s okolím, a podobně), ale přeci jen je snazší takzvaně se vžít do jeho kůže a odhadnout jeho potřeby.

U chronicky nemocných lidí bývá situace o něco

komplikovanější, tam není už tak snadné pochopit jejich prožívání. Svým způsobem jsou svou dlouhodobou nemocí stigmatizováni, musí se vyrovnávat s omezeními, která s onemocněním přišla, často se tato skutečnost odráží i na jejich psychickém stavu.

3. 4. Psychiatrický pacient

Obrátíme-li se do minulosti, setkáme se s mnohasetletou tendencí stranit se duševně nemocných lidí, zbavovat se jich, likvidovat je jako nebezpečná stvoření, omezovat jejich sociální kontakty na minimum, uklízet je do ústraní ústavu. Z historie psychiatrie jsou známy antické rituály vyobcování šílence, démologie a exorcismus středověku či bezcílné putování nemocných (lykantropie), renesanční věže a lodě bláznů nebo převýchovné instituce a špitály (Černoušek, M., 1994). Přestože se situace v oblasti péče o duševně nemocné začala pozvolna zlepšovat už v období novověku, ještě například během druhé světové války docházelo k hromadnému vyhlazování nejen Židů, Rómů, ale i ke genocidě duševně nemocných (Dörner, K., Plog, U., 1999). Není žádnou výjimkou, že tito nemocní lidé vyrůstají a žijí často bez rodinného zázemí a náklonnosti blízkých, stávají se černými ovce rodiny, hanbou, stínem, který padá i její ostatní členy. Stigmatizace duševní chorobou má hluboké kořeny a není snadné ji vymýtit.

V posledních desetiletích po roce 1989 sice začíná v našich zemích pozvolna docházet k většímu začleňování lidí s psychickou poruchou či nemocí do běžného života, k integraci postižených dětí do škol, vytváření chráněných dílen, chráněného bydlení, asistenčních služeb. Bylo založeno např. Sdružení pro péči o duševně nemocné FOKUS, v roce 1996 občanské sdružení uživatelů psychiatrické péče "Česká asociace pro psychické

zdraví” a řada dalších. Ovšem povědomí veřejnosti o duševních chorobách zůstává nadále stále mlhavé a zvláště v malých městech a na venkově přetrvává velmi rezervovaný a uzavřený postoj společnosti k lidem, kteří trpí nějakou duševní poruchou či nemocí. Společnost používá svou podivnou rozlišovací metodu při posuzování "normality a nenormality", některé jedince označí za blázny a šílence a jiné nechává bez povšimnutí, ačkoliv v řadě případů je tomu právě naopak.

Stigmatizace psychiatrických pacientů může započít už samotnou příslušností k menšině, u níž se předpokládají negativní projevy chování více či méně shodné. Řada pacientů se brání například zveřejnění informace o tom, že byla hospitalizována na psychiatrickém oddělení, případně že navštěvuje psychiatrickou ambulanci. Má strach, že tato skutečnost je sama o sobě už určitou značkou nenormality.

U psychiatrických pacientů se předpokládá větší míra úzkostnosti, zranitelnosti, větší potřeba důvěry a intimnější vztah s ošetřujícím lékařem i ostatním personálem. Z důvodu možné stigmatizace může před okolím pacient tajit své potíže i léčbu. Mohou ho trápit pocity studu za sebe sama. Může prožívat silné pocity osamělosti, vlastní nekompetentnosti, nedostačivosti a méněcennosti, což ho může před okolním světem uzavírat do jakéhosi ochranného krunýře mlčení, případně informačního mlžení, a zcela jasně se tak dostává do izolace. Vytváří se tak bludný kruh. Navíc svým chováním “méněcenného člověka” (podle sebe sama) vydává pacient svému okolí o sobě právě tyto “méněcenné signály“, takže chování ostatních vůči němu ho v jeho vlastním pohledu na sebe samotného jen utvrzuje. Stigmatizuje tak vlastně sám sebe.

Řada psychiatrických diagnóz je navíc spjata se zvláštním nebo “podivínským” chováním k sobě samému i k ostatním, kterému nemusí být a většinou nebývá ze strany pacientových blízkých i jeho širokého okolí dobře porozuměno. Zvyšuje se tak vnitřní izolace pacienta a utvrzuje se tak sám ve své jinakosti.

Lze říci, že sociální status psychicky nemocného člověka je nižší než status pacienta se somatickou chorobou. Ve společnosti stále přetrvávají předsudky a v kombinaci s nedostatečnou informovaností vytvářejí odmítavý a pohrdavý přístup k takto nemocným lidem. Je na ně pohlíženo jako na nesvéprávné, nespolehlivé a neodpovědné. Často jsou svým okolím vystavováni manipulaci. Způsob pohybu, výrazu, vyjadřování jsou pro okolí pacienta určující. Pokud se tento člověk projevuje nějak odlišně, než je běžné, dostává se mu nálepky nenormality a většina lidí se mu raději vyhne.

Pokud má ovšem somatické onemocnění některé projevy připomínající duševní poruchu (např. postupné ochrnutí mimických svalů obličeje a v důsledku toho zhoršená vyjadřovací schopnost u Parkinsonovy choroby nebo postižení řeči, jemné motoriky po mozkové příhodě), je na pacienta automaticky pohlíženo jako na duševně méněcenného a dostává se mu podobné nálepky jako pacientovi psychiatrickému. Bohužel se tomu tak mnohdy děje i za strany odborné veřejnosti (ošetřujícího personálu v nemocnici, ...), tedy od lidí, u nichž se předpokládá značná informovanost. Zvláště často se s podobnou situací lze setkat při hospitalizaci starého pacienta, kdy bývají jeho potíže připisovány vysokému věku a počínající demenci, v důsledku čehož může dojít i k neodhalení a včasnému nezalčení procesů, na které může být pohlíženo jako na nevratné a život ohrožující, např. k nerozpoznání náhlé mozkové příhody. Bagatelizací náhlých změn chování, kterých si například všimnou příbuzní při návštěvě své hospitalizované babičky či dědečka, netečností personálu k těmto změnám a jejich přisuzování věku a špatné adaptaci na nemocniční prostředí může dojít ke zbytečnému zkrácení života pacienta či k podstatnému zhoršení jeho další kvality.

S rozporuplným přijetím se mohou potýkat i lidé trpící nějakým záchvatovým onemocněním, např. epilepsií.

3. 5. Chronicky nemocný pacient

V posledních letech dochází k nárůstu počtu chronických onemocnění, jejichž průběh je protrahovaný, léčení trvá i desítky let. V řadě případů je uzdravení nemožné, mnohdy jde o progresivní onemocnění, jehož průběh lze pouze zpomalit či zmírnit obtíže s ním spojené. Vznik bývá většinou pozvolný, ale může překvapit i svou náhlostí, jako např. u prvního záchvatu epilepsie. Často se hovoří právě o civilizačních chorobách (např. onkologická onemocnění, nemoci srdce, imunitní a metabolická onemocnění, nemoci pohybového aparátu, ...).

Vyrovnat se se ztrátou zdraví, mnohdy definitivní, a přijmout nutná opatření, která vyplývají z konkrétní diagnózy, může být mnohdy velmi bolestné. Pacient se pohybuje mezi dvěma extrémy ; prvním z nich je úplnému podlehnutí nemoci a roli nemohoucího, závislého nemocného, druhým pak naprosté popření své choroby, bagatelizování příznaků a nedodržování léčebného režimu. Záleží i na okolí pacienta, na jeho blízkých a na jejich chápání a hodnocení závažnosti toho určitého onemocnění.

Člověk, který se dozví, že jeho nemoc není léčitelná, že se stane jeho věrnou společnicí patrně až do samého konce života, se nutně musí s touto skutečností nějakým způsobem vyrovnávat. Obdobně jako u pacientů, kteří se nacházejí v terminálním stadiu choroby, jsou konfrontováni s vlastní konečností a procházejí stadii vyrovnávání se s tímto faktem, i u pacientů chronicky nemocných dochází k vyrovnávání se s doživotní ztrátou zdraví. I oni procházejí následujícími fázemi: 1. - popírání a izolace, 2. - zlost, 3. - smlouvání, 4. - deprese, 5. - akceptace. Asi nejvýstižněji popsala tyto fáze Elisabeth Kübler- Rossová ve své práci nazvané "O smrti a umírání" (Kübler-Rossová, E., 1992).

Pro stadium popírání a izolace je typické naprosté odmítnutí možnosti, že je člověk vážně nemocen. Pacient se

snaží vysvětlit lékaři, že došlo k záměně výsledků jeho vyšetření, že jde pouze o omyl, který se záhy vysvětlí. Dožaduje se nových vyšetření, která ukáží, že je v podstatě zdrav. Odmítá diagnózu a sobě i celému světu se snaží dokázat, že on s diagnostikovanou nemocí nemá nic společného. Jeho neschopnost, nemožnost přijmout zprávu o svém skutečném zdravotním stavu se může obrátit proti ošetřujícímu lékaři. Pacient pak může vyhledávat nové odborníky. Odmítání, negace sdělené skutečnosti, její alespoň částečné popření prožije téměř každý pacient a i později (v dalších fázích vyrovnávání se) se k němu vrací. Je to takový jeho “tichý” společník. Čím necitlivěji je pacientovi sdělena jeho diagnóza, například z nedostatku času, z neznalosti osobnosti pacienta, z nedostatku empatie, nebo i z vlastního strachu a potřeby mít tu nepříjemnou chvíli co nejrychleji za sebou, tím výraznější toto popření bývá.

Ve stadium zlosti, rozmrzelosti, vzteku i pocitů nespravedlnosti a závisti se obracejí tyto negativní pocity vůči veškerému okolí, vůči celému světu. Vztek nabývá pochopitelné, ale i naprosto iracionální podoby. Vše kolem je naruby a špatně. Pokud se pacientovi dostává péče a pozornosti ze strany jeho okolí, je tato péče z jeho pohledu přehnaná, obtěžující, ruší ho, pokud si ho naopak ostatní nevšímají více než dřív, cítí se odmítán, nepochopen, sám. Zřetelně se tato fáze projevuje neúměrně vysokými požadavky například na pozornost ošetřovatelek i lékařů při hospitalizaci. Pokud pacientovo okolí nezná, co se v takových chvílích s nemocným člověkem děje a co prožívá, nebo pokud se do něj nedokáže vcítit, může pro ně být chování pacienta nepochopitelné a nesnesitelné. Naopak pochopení, trpělivost společně s potřebnou pozorností postupně pomáhají zmírňovat tyto silné negativní emoce.

Stadium smlouvání představuje podstatě jakousi prosbu o oddálení důsledků choroby, prosbu o čas, prosbu o “odměnu za dobrá chování”. Když “budu hodný”, když se bude poctivě léčit, mohu se alespoň na čas nemoci zbavit, mohu se zbavit bolestí,

mohu se zbavit dalších omezení, která z nemoci vyplývají. Nezemřu tak brzy, dokážu ještě zabezpečit děti, dokončit rozdělanou práci. Za sliby “dobrého chování”, které má přinést oddálení a zmírnění potíží či prodloužení života, se mohou skrývat utajované pocity viny, jež pacient zakouší v souvislosti se svou prožitou minulostí.

Ulpívavým stadiem vyrovnávání se s nemocí a konečností své existence bývá stadium deprese. Rezignace na své životní plány a sny, poznání neodkladnosti a neúplatnosti nemoci i jejích důsledků, ztráta zaměstnání v důsledku nemoci, ztráta pracovního či společenského postavení, rozpad partnerského vztahu, který neunesl tuto zátěž, to všechno táhne nemocného člověka ke dnu, do pocitů beznaděje, zbytečnosti, nesmyslnosti. V důsledku těchto negativních pocitů se zhoršují příznaky nemoci samé, stupňují se bolesti, chybí síla i vůle čelit obtížím. Objevují se pocity viny například vůči dětem, které se nevinně dostaly společně s pacientem do náročné životní situace, vůči spolupracovníkům v zaměstnání, protože nelze dostát daným slibům a splnit pracovní povinnosti tak, jak bylo domluveno a očekáváno. Vše se boří hroutí, není vidět východisko z těžké životní situace. Kdesi uvnitř zní věty : “Jsem tu zbytečný. Jsem nepoužitelný. Zklamal jsem sebe i ostatní. Skončil jsem a stydím se za sebe.” Pokud jde o chronické onemocnění poměrně stabilizované či s pomalou progresivní prognózou, je na místě znovuobjevit, povzbudit a posílit pacientovu chuť do života, který je sice nemocí změněn, ale není ještě ztracený. Pokud jde o terminální fázi onemocnění (viz dále), přehnané žertování, neúměrné zlehčování situace, umělé veselí je pro pacienta přinejmenším obtěžující. Je potřeba pomoci mu při hledání klidu a vyrovnanosti, dopřát mu smutnění, které v tomto případě představuje rozloučení se životem, vypořádání se s ním. A v jeho smutku zůstat s ním. Nejbolestivěji působí vzniklý rozpor mezi smířením se s vlastní konečností a nereálným očekáváním nejbližších, jejich snahou aktivizovat už

odcházejícího člověka za každou cenu.

Posledním stadiem je akceptace vzniklého stavu - chronicity nemoci, “doživotní role pacienta”, vlastní konečnosti. Pacient vnitřně přijímá svůj zdravotní stav, nemoc se stává jeho součástí. Pocity viny se ztrácejí. Pacient si je vědom svých zdravotních omezení a vytváří se svůj nový životní styl, který si přizpůsobuje svým možnostem. Hledá si novou životní cestu, takovou, aby po ní mohl kráčet právě on. Ne každému se podaří dojít až do této závěrečné fáze a zůstat v ní.

V období vyrovnávání se s nemocí prochází pacient těmito fázemi často opakovaně, na přeskáčku, v každé z nich setrvává různě dlouho. Může ale i ustrnout například ve fázích deprese či vzteku, jeho život i život se pak stává utrpením v mnoha případech jen velmi těžko snesitelným.

Určitým typem chronické nemoci může být nemoc s cyklickým průběhem, to znamená, že po určitém období ataky choroby a jejích prožívání nastává období relativního zdraví bez výrazných potíží, kdy se pacient cítí v podstatě zdrav.

3. 6. Pacient a hospitalizace

Pobyt v nemocnici nepatří mezi pacienty k vyhledávaným a oblíbeným, valná většina z nich přichází “nedobrovolně” pod tlakem závažnosti a míry obtížnosti příznaků. Do nemocnice se nemocný dostává většinou na doporučení ošetřujícího či odborného lékaře, nebo je stav natolik akutní, že nesnese odkladu, a pacient je přivezen rychlou záchrannou službou. Podle průzkumů se 98 % pacientů dostává do nemocnice na doporučení praktického či odborného lékaře, zbývající 2 % jsou poslány přímo, např. po úrazu, po autohavárii a podobně (Křivohlavý, J., 2002).

Nemocnice poskytuje možnost podrobného odborného

vyšetření a následného stanovení diagnózy, možnost léčebných postupů, které nelze realizovat v domácím prostředí, jakož i možnost odborné zdravotnické péče, kterou by blízké okolí pacienta nemohlo zajistit, zvládnutí urgentních stavů i zmírnění bolestí a jiných potíží.

Pobyt v nemocnici je však na druhé straně nutně spojen se ztrátou soukromí, což řada pacientů těžko snáší, s nutností podřídit se autoritativnímu přístupu, režimové léčbě. Z intimní záležitosti jedince se v jeho očích náhle stává “věc veřejná”. Role pacienta nabývá na váze, stejně jako nemoc samotná. Člověk může začít intenzivněji vnímat stav ohrožení svého zdraví, potažmo svého života. Hospitalizace může být potvrzením závažnosti jeho choroby. U predisponované osoby se může dokonce stát, že například po prodělané nekomplikované operaci, která proběhla úspěšně, strach, úzkosti a pocit ohrožení života přetrvávají a pacientovy potíže vyústí v somatoformní poruchu. Svým strachem je natolik paralyzován, že není schopen normálně fungovat (v rodině, v zaměstnání), tak jak byl zvyklý dříve.

V souvislosti s pobytem v nemocnici se hovoří o tzv. hospitalismu. Hospitalismus je jev, o němž se uvažuje v souvislosti s dlouhodobou hospitalizací. Jedná se o deprivaci důsledky dlouhodobého pobytu v nemocnici či léčebně, ústavu, kdy hospitalizovaný člověk se cítí špatně, strádá nedostatkem prožitku blízkosti, nedostatkem vztahů a podnětů. Má špatnou náladu, cítí se sám, opuštěný v cizím prostředí, izolován. Stává se apatickým, uzavírá se do sebe, mnohdy odmítá i komunikaci s okolím a spolupráci na léčbě. Toto psychické rozpoložení se pak negativně odráží na jeho zdravotním stavu. Zvláště citlivé jsou děti, u nich byl tento fenomén vypořádan a popsán už v roce 1852 Francouzem Edouardem Hevieuxem, a to u malých dětí v sirotčincích. Citliví jsou i staří lidé, ale obecně řečeno se tento jev týká v zásadě všech věkových kategorií. Záleží i na typu osobnosti nemocného (Baštecká, B. a kol., 2003). Hospitalizace sama o sobě může pro pacienta být potvrzením

závažnosti zdravotního stavu a známkou ohrožení zdraví, nebo dokonce života.

Pobyt v nemocnici je spojen kromě jiného i se strachem z bolestivých výkonů, např. chirurgických. K častým spouštěčům strachu patří i nemocniční zápach (a to jak dezinfekce, tak pach výkalů, zvratků u pacientů neschopných sebekontroly) i krev - podle průzkumů asi 15 % dospělých mužů a 20 % žen nesnáší pohled na krev (Kondáš, O., 1980). Nemocný se setkává s jinými pacienty, kteří jsou ve velmi špatném zdravotním stavu nebo kteří umírají, s pacienty, kteří už nedokáží kontrolovat své chování a jednání, kteří nejsou schopni dodržovat ty nezákladnější hygienické návyky. Tito pacienti bývají velmi popleteni, nejsou orientováni místem ani časem, ztrácejí se ve svém vlastním světě vzpomínek. Setkání s bezmocností a se smrtí druhého člověka evokuje pocity vlastní smrtelnosti a konečnosti a vzbuzuje úzkost.

Na bezproblémové zvládnání pobytu pacienta v nemocnici má zásadní vliv ošetřující personál, s nímž je nemocný v nepřetržitém kontaktu, a lékaři. Pokud je vytvořena klidná a vlídná atmosféra, nemocný má dostatek potřebných informací, péče a pochopení pro své potíže, ale i pro sebe sama, zvládá nemocniční pobyt lépe. Důležité je uvědomit si, že nemocnice se na určitou, byť přechodnou, dobu stává domovem nemocného a v rámci možností by mu měla být umožněna co “nejnormálnější” existence. Samozřejmě nelze porušovat léčebný režim nebo svým chováním obtěžovat okolí, ale “domácká” atmosféra zdraví jen prospívá. Dobrý “psychický stav nemocného, jeho psychická pohoda je významným uzdravným faktorem. Lépe se hojí všechny rány na těle, většího efektu dosahuje rehabilitace a podobně.. Imunitní systém velmi citlivě reaguje na stres. Podstatná je též možnost udržování kontaktu s domovem, s blízkými lidmi, možnost jejich návštěv. Snižuje se tím pocit izolace.

Pacient může být pro své obtíže umístěn v nemocnici, nebo

ve specializované léčebně či ústavu. Pokud jde o nutnost dlouhodobého léčení, bývá umístován v léčebně pro dlouhodobě nemocné. Může se jednat také o rehabilitační ústav pro imobilní pacienty, o ústavy pro pacienty nevidomé a se zbytky zraku, o tuberkulózní sanatorium, ale i o psychiatrické léčebny.

V terminálních fázích u nevléčitelně nemocných pacientů přichází ke slovu hospice, které se u nás ovšem postupně zřizují až v posledních letech a jejichž četnost výskytu je malá.

Pobyt v léčebně bývá lépe uzpůsoben potřebám pacienta vyplývajícím z konkrétní diagnózy, z typu a rozsahu jeho zdravotního postižení. Je mu tak poskytnuta speciálnější péče i terapie. Pokud je to možné, je i režim v léčebně v určitém smyslu slova volnější a přizpůsobený dlouhodobosti pobytu pacientů tak, aby se tam cítili v rámci možností co nejlépe. Kromě samotné léčby zde bývá větší prostor pro rehabilitaci, fyzioterapii, pro osvojování nových dovedností (např. u vozíčkářů, u nevidomých), pro pracovní terapii (např. v psychiatrických léčebnách), pro hipoterapii a podobně. Pacient zde nezažívá tak výrazný pocit výlučnosti a jinakosti, jak tomu může být ve všeobecné nemocnici. S ostatními spolupacienty se tak ocitá "na jedné lodi". Rovněž kontakt s příbuznými a blízkými bývá lépe ošetřen než v nemocnici.

V rámci tohoto systému léčebných zařízení zaujímá specifické místo již zmíněný hospic. Nejde o nemocnici ani ústav v běžném slova smyslu. Důvodem zřizování takového zařízení je potřeba vytvořit důstojné a domácímu prostředí co nejpodobnější místo pro těžce nemocné, kteří se ocitají na konci své životní pouti a jejichž ošetřování v domácím prostředí je z řady důvodů už nemožné. Jde jednak o potřebu rychlé odborné péče při náhlých příhodách, o tlumení silných bolestí (většinou maligních), o poskytnutí lepších podmínek pro každodenní hygienu, pro manipulaci s imobilním pacientem. Ale také o poskytnutí péče a podpory lidem, kteří se o nevléčitelně nemocného dlouhou dobu starají a kteří si sami potřebují

odpočinout a nabrat sílu. Nejde pouze o pomoc fyzickou, ale neméně důležitá a snad i důležitější je pomoc psychická. Vyrovnání se s konečností života blízké osoby je mnohdy těžší než vyrovnání se s vlastní konečností za podobných okolností. Nemocný často cítí, že umírá, nechce už protahovat své utrpení, ale zároveň nechce své blízké více zraňovat, nechce je děsit, a pokud je toho schopen, přistupuje na hru "stůňu, ale nezemřu", což pro něho je velmi vysilující. Nemůže se tak v klidu smířit se sebou samým, se svým okolím i s odchodem, nemůže se rozloučit. Jako by napsaná kniha měla zůstat bez poslední kapitoly.

Důležité je i sejmutí břemene zodpovědnosti z beder blízké pečující osoby, která se často bojí, že svým prodlením či neodborným zásahem promešká důležitý okamžik, jehož následky budou fatální. Navíc je možná úprava dlouhodobě předepsané medikace dle aktuálního stavu pacienta a tím pádem i minimalizace vedlejších účinků jednotlivých léčebných preparátů, které se v kombinacích často potencují a jejichž podávání u pacientů v terminální fázi onemocnění už není nezbytně nutné. Naopak může být obtěžující.

Vlídne prostředí poskytuje zázemí a jistotu, že i nejtěžší okamžiky v životě lze zvládnout, dává prostor pro zklidnění, smíření a vyrovnání se s konečností života. Dovoluje důstojný odchod. Nemocný zde není jen "číslem", obtěžujícím "ležákem", ale jedinečnou bytostí až do poslední chvíle svého života. Jde v podstatě o službu jeho provázení a o provázení jeho blízkých (Křivohlavý, J., 1989).

3. 7. Pacient a invalidita

Invalidita představuje pokles nebo ztrátu pracovní schopnosti pro špatný zdravotní stav. Může jít o záležitost

přechodného, ale i trvalého charakteru. Často vzniká následkem vrozené vady, dlouhodobého či chronického onemocnění nebo v důsledku úrazu. Kromě změněné pracovní schopnosti s sebou nese i změnu dosavadního životního stylu. Podle zákona o důchodovém pojištění je nemocnému na základě vyjádření odborného a ošetřujícího lékaře a podle posouzení příslušné posudkové lékařské komise přiznán částečný či úplný invalidní důchod. Za slovem invalidita se však skrývá mnohem více.

Nepostihuje pouze jednotlivce, ale celé jeho vztahové okolí - rodinu, partnera, rodiče, děti - a klade velké nároky na všechny společně, i když na každého z nich jiné. Obecně se zvyšuje množství negativně prožívaných pocitů (pocity viny, zbytečnosti, neopodstatněné výčitky svědomí, pocity nespravedlnosti), depresivita a únava. Negativní pocity, zlost, nespokojenost zůstávají často nevyřčeny, o to silněji působí.

Omezení, která jsou s invaliditou spojena, jsou různého charakteru, a to podle druhu poškození organismu člověka. Může se například jednat o imobilitu v důsledku úrazu, nemoci, o ztrátu zraku, o imunologické, endokrinologické, neurologické, onkologické, kardiovaskulární onemocnění, ale také o onemocnění či výraznou poruchu psychického zdraví, jakými například jsou úzkostné poruchy, deprese, schizofrenie, demence a další.

Nemocný se tak často stává závislým nejen na sociálních dávkách, ale především na svém okolí. Se zvyšujícím se věkem invalidních lidí obecně přibývá.

Sebepojetí pacienta je faktem invalidity významně ovlivněno. Podobně jako se člověk vyrovnává se zátěží, vyrovnává se tak i s touto skutečností. Podle svého osobnostního založení se vzniklé situaci může poddat; volí únikové chování a stává se fyzicky i psychicky závislým na svém okolí. Rezignuje, nemá motivaci vrátit se aktivně do života alespoň takovým způsobem, jaký mu umožňuje jeho handicap. Pokud se uzavře světu, vyroste kolem něho záhy nepřekonatelná bariéra ostychu,

strachu a studu, kterou lze jen stěží překonat. Zůstává tak izolován ve svém vlastním světě. Tento scénář vyrovnání se s nemocí bývá častý u psychiatrických onemocnění, kde mnohdy i mírnější forma nemoci s sebou nese jakési vnitřní vězení, pocity nepochopení, odmítání a osamocení. Někteří pacienti hledají únik v alkoholu, přejídání, drogách. Jiní se snaží vzniklou situaci sami sobě popřít a bez ohledu na lékařská doporučení a svůj zdravotní stav nechtějí roli invalidního člověka přijmout. Svým postojem se poškozují. Příkladem může být neukázněný diabetik zcela závislý na inzulinu, který vědomě porušuje všechna doporučení i za cenu nemalých zdravotních komplikací. Části pacientů se však naopak podaří vyrovnat se s novou situací, zmobilizovat své vnitřní rezervy, přehodnotit svůj pohled na svět a hodnoty života a v rámci svých možností fungovat co možná nejsoběstačněji a "nejnormálněji".

4. Bolest

4. 1. Vymezení pojmu bolest

Podle světové zdravotnické organizace je bolest definována jako "...nepříjemná sensorická emocionální zkušenost spojená s akutním nebo potencionálním poškozením tkání, nebo je popisována výrazy takového poškození. ... Bolest je vždy subjektivní..." (Janáčková, L., 2007, s. 8). Představuje jeden z varovných signálů těla, který říká, že "cosi" není v pořádku, že v těle dochází k nějaké nerovnováze, ať už v rovině somatické či psychické.

Na vyhodnocování vnitřních signálů těla má velký vliv

pestitost a síla podnětů z vnějšího prostředí a také emoční ladění člověka. Více příjemných podnětů z okolí více zaujme pozornost a vnímání nepříjemných tělových pocitů i bolesti je méně intenzivní. Bolest jakoby slábne, je zapomenuta. Naopak úzkostnost člověka vnímání jeho tělových pocitů a bolesti nesmírně zesiluje. Je aktivován jeho adrenergický systém se všemi fyziologickými reakcemi (např. palpitace, hyperventilace, tremor rukou, gastrointestinální potíže) (Honzák, R., 1989).

Z fyziologického hlediska je bolest zachycením signálů, které jsou vysílány pomocí periferních i centrálních nocireceptorů (nocisenzory na volných nervových zakončeních, vysokoprahové mechanosenzory pro tlak, tah, dotyk, polymodální receptory pro chlad a teplo) rozmístěných nejen v kůži po celém povrchu těla, ale i v centrální nervové soustavě, v míše, hypotalamu, talamu a v mozkové kůře. Odsud jsou vzruchy vedeny pomocí A - delta vláken a C vláken zadními kořeny míšními do zadních rohů míšních a do šedé míšní hmoty. A-delta vlákna jsou myelizovaná během vývoje a vzruch vedou rychleji (7-14 m/sec.) než C-vlákna, která jsou bez myelinizace a vzruchy vedou velmi pomalu (0,5-3 m/sec.). Šedá míšní hmota je rozdělena do deseti tzv. Rexedových zón, přičemž pro vjem bolesti mají význam zóny I, II, III, V, VIII a X. Z míchy je vedena informace o bolesti buď spinotalamickou dráhou přímo do talamu - jde o bolestivé čítí, o pocity chladu, tepla, dotyku - , přičemž bolest vedená touto drahou je vnímána jako ostrá, kožní, akutní, zánětlivého druhu, nebo spinoretikulotalamickou dráhou do retikulární formace mozkového kmene. Zde se pomocí difúzních buněk dostává do limbického systému, a to do hypotalamu. Jde o bolest hlubokou, viscerální, útrobní, převážně chronického charakteru, bolest nádorovou. Spinoparabrachiální dráhy vedou informaci o bolesti do hypotalamu a do amygdaly a jsou odpovědné za afektivně emoční složku bolesti. Z talamu se bolestivý vzruch dostává do šedé kůry mozkové. Tato projekce je znázorněna pomocí človíčka - homuncula, jednotlivé části těla

jsou zde prezentovány podle svého funkčního významu. Nejvíce je zastoupena hlava, jazyk a palec u ruky. V mozku jsou bolestivé vzruchy zpracovávány, interpretovány a vnímány (Silbernagl, S., Despopoulos, A., 1984).

Je známa a popsána i descendentní projekce bolesti, při níž z mozkového kmene a oblasti kolem Sylviova kanálku dochází k uvolňování endorfinů a enkefalinů, jakýchsi vnitřních morfiových chemických látek, které fungují jako tlumiče bolesti. Pokud dojde k bolestivému dráždění, organismus na bolestivý podnět odpoví vyplavením endorfinů i enkefalinů a bolest není vnímána na úrovni mozku či míchy. Hladina endorfinů je kolísavá, souvisí se stavem organismu a mírou jeho zátěže. Například při porodu, při menstruaci se zvyšuje, obdobné to je i při nadměrné zátěži. Bolest mohou tlumit např. i estrogeny.

Informace o bolesti je nejen zpracována, ale zůstává i zapamatována. Jde o tzv. “memory - like proces”. Nepříjemná zkušenost ve spojení s nějakou tělesnou nepohodou či lékařským zákrokem se spojí s podmíněnou nepříjemnou reakcí na bolest a s odporem k situaci, v níž k bolesti dochází. Pokud pacient v určité situaci zažije silnou bolest, jeho tělo si ji zafixuje a při obdobné situaci ji už dopředu očekává. Bolest je fixována v mozku. Toto je podstatou i tzv. fantomových bolestí např. po amputaci končetiny (Janáčková, L., 2007).

Lze rozlišit několik druhů bolesti : akutní a chronickou bolest - podle časového hlediska ; podle lokalizace bolestivého centra v těle - bolest hlavy, zubů, páteře, břicha ; bolest fantomovou, přenesenou, psychogenní ; podle způsobu vnímání bolest plošnou trvalou, pulzující, pichlavou a podobně.

Pro vnímání intenzity bolesti je podstatná tolerance jednotlivce vůči ní. Ta závisí na prahu bolestivosti, na časovém úseku, a to jednak vzhledem k životnímu období, v němž se pacient právě nachází, a jednak i např. k části dne (ráno, večer, noc). Dále záleží na významu, který je bolesti připisován, na očekávání její velikosti, na míře úzkostnosti člověka, jeho

strachu, tenzi a také na vztazích v rodině. Klidné a nenarušené rodinné zázemí napomáhá lepšímu zvládnutí bolestivých stavů člověka a naopak.

V souvislosti s bolestí se také hovoří o tzv. bolestivém chování, kdy pacient na sebe bere roli trpícího a snaží se svými projevy přimět okolí, aby si všimlo, že "má nějakou bolest", říká si tak o pozornost. Je projevem maladaptace. Bývá spojeno s depresivitou, podrážděností, s únavou. Dokonce může chybět i somatická složka bolesti (tedy bolestivé signály z nociceptorů) a přítomné může být bolestivé chování s emočním prožíváním.

Kromě farmakoterapie, psychoterapie, relaxace, hypnózy a sugesce se při léčbě bolesti využívá i placebo efektu, který funguje buď na základě jednoduchého podmiňování, nebo na základě sugesce.

4. 2. Akutní bolest

Trvání akutní bolesti by podle daných kritérií nemělo přesáhnout hranici šesti měsíců, ovšem tento časový interval se ukazuje jako nadměrný, uvažuje se o jeho zkrácení na jeden měsíc (Křivohlavý, J., 2002). Akutní bolest má náhlý začátek a její trvání je časově ohraničené. Vzniká mechanickým poškozením tkáně nebo poškozením nemocí. Má význam varovného signálu, který upozorňuje člověka, že v jeho těle dochází k nějakému poškození a že je mu potřeba neprodleně zamezit. Představuje zátěž, na níž organismus reaguje výraznými fyziologickými změnami - např. zvýšení krevního tlaku a tepové frekvence, změny dýchání (zadržování dechu, hyperventilace), zvýšení svalového napětí. Může docházet i k poruchám spánku, k nechutenství, k problémům v oblasti sexuality a podobně. Akutní bolest je v těle člověka obvykle poměrně dobře lokalizovatelná. Často bývá s emočním doprovodem v podobě

úzkostnosti, podrážděnosti, zvýšené agresivity. Její vnímání bývá ovlivněno očekáváním pacienta, které se vytvořilo na základě předchozích zkušeností, a to už z dob raného dětství. Už tam si dítě nevědomě osvojuje mechanismy zvládání bolesti a bolestivé chování a jeho osvojená podoba ho pak provází po celý život bez ohledu na jeho účelnost a vhodnost. Postoj rodiny ke zdravotním problémům a tedy i k bolesti je zásadní pro pozdější vyhodnocování a zpracování psychických i tělesných pocitů s tímto spojených (Janáčková, L., 2007). Podle typu osobnosti nemocní tyto potíže mohou zlehčovat, bagatelizovat, mohou hledat racionální řešení nebo naopak bolesti podlehnou, očekávají další komplikace, rezignují a zcela se poddají své nemoci. U okolí nemocného vyvolává akutní bolest obvykle potřebu pomoci, ochrany a péče. S prodlužujícím se trváním bolesti, s jejím opakováním však z jeho strany může dojít k postupnému nezájmu až k bagatelizaci potíží.

4. 3. Nádorová bolest

Maligní, nádorová bolest souvisí se zhoubným onemocněním a její intenzita je nesnesitelná. Spojuje v sobě trvání bolesti chronické a varovný význam bolesti akutní. Může souviset s nádorem, s protinádorovou terapií nebo s terminální fází onkologického onemocnění. Relativně účinnou pomocí je vhodně zvolená a nakombinovaná farmakoterapie.

V první řadě je nutné zabezpečit možnost klidného spánku pacienta, poté zabezpečit bezbolestný odpočinek v klidové poloze (vsedě, vleže), nakonec pomoci pacientovi od bolesti ve stoje, při chůzi, při pohybu a aktivitě obecně. Aby ovšem nebyl organismus nemocného zbytečně přetěžován, je potřeba u každého jednotlivce individuálně zvážit druh farmakologických preparátů tlumících bolesti, jejich optimální

dávkování v čase a vhodnost kombinací vzhledem k ostatní farmakoterapii.

4. 4. Chronická bolest

O chronické bolesti se hovoří, pokud přetrvává déle než šest měsíců. Ztrácí charakter varovného signálu a sama o sobě se stává onemocněním. Její příčiny nejsou obvykle známy.

U nemocného vyvolává pocity strachu, úzkosti a ohrožení. Je všudypřítomná, obtěžující a mění život pacienta. Nemocný se postupně dostává do sociální izolace, uzavírá se do sebe a častý je nástup deprese. Práh bolestivosti bývá snížen, nemocný je velmi vnímavý vůči svým tělesným pocitům. Kromě toho jsou velmi časté poruchy spánku ve všech svých kvalitách, které pacienta ještě více unavují a vysilují. Nemocný je frustrován, cítí se nepochopen, odmítán a často pojme nedůvěru k lékařům, ale i ke svému okolí. Jeho chování bývá apatické, ale výjimečné nejsou ani výbuch zlosti a vzteku, postupně ztrácí motivaci k jakékoliv činnosti. Podle Janáčkové dochází k bludnému kruhu bolesti : bolest vede ke strachu, úzkosti, obavám - tím jsou způsobeny psychosociální problémy různého druhu – dochází k poruchám spánku - snižuje se práh bolestivosti - bolest je vnímána snáze a intenzivněji - bolest vede ke strachu a úzkosti (Janáčková, L., 2007).

Dalším důsledkem může být vznik deprese, která je spojena s poklesem hladiny serotoninu. Současně změny serotoninové hladiny jsou součástí endogenní modulace bolesti. Bolest se považuje za specifický stresor. Endogenní okruhy, které modulují bolest, spolu mohou vzájemně spolupracovat nebo se posilovat, výsledný efekt závisí na vzájemném poměru facilitačních a inhibičních vlivů celého procesu. Aktivací paraventriculárních a supraoptických jader v hypotalamu dochází ke spuštění stresové

odpovědi a tedy k produkci kortikotropin releasing hormonu (CRH), na jehož uvolňování se kromě jiných podílí i již zmíněný serotonin. Změny hladiny serotoninu jsou tak součástí endogenní modulační bolesti (Yamamotová,A., Pometlová,M., Rokyta, R., 2001). V důsledku deprese dochází i ke změnám myšlení a sebepojetí pacienta s chronickou bolestí. Pro svůj neuspokojivý zdravotní stav bývá často dlouhodobě nemocen, uzavírá se doma, před světem. Často musí omezit své pracovní aktivity, vnímá se jako invalida a sociální izolace a s ní i spojená stigmatizace nemocí se zvětšují. Nemocný se stává vnímavějším ke svým potížím, prožívá je intenzivněji a opakovaně. Usiluje o zjištění příčiny svých bolestivých stavů, ale ta není známá. Bolest vnímá jako signál, že je tělo poškozováno, a chce zabránit dalším destruktivním procesům. Jeho obavy o vlastní zdraví rostou. Deprese je často larvovaná, okolí nemocného o ní nemusí mít tušení.

Podle psychosomatického přístupu tkví příčina chronické bolesti často v potlačeném a do nevědomí hluboko zasunutém emočním prožitku, traumatu (úmrtí blízkého člověka, rozvod,...), které z ochranných důvodů není uvědomováno a nemocný si jej v žádném případě nedává do spojitosti se svou bolestí. Obvykle jde o událost už dávno proběhlou, s níž je pacient již dlouhou dobu vyrovnán, ovšem jen zdánlivě.

Vzít na vědomí svou vlastní spoluodpovědnost za neutěšený zdravotní stav je obtížné. Často se člověk raději nechá šířat zlou nemocí, než by si přiznal svůj díl “viny” na tomto stavu. Je snazší být obětí. V rámci psychosomatického přístupu k léčbě pacientů vypracoval V. Chvála speciální techniku, tzv. časovou osu, s jejíž pomocí se ponoří do životního příběhu pacienta a snaží se postupně nacházet a rozkrývat zamlžená místa v osobní historii. Jde o praktickou aplikaci bio-psycho-sociálního pohledu na nemoc a zdraví v rámci rodiny. S jeho pomocí je možné postupně objevovat souvislosti mezi symptomy a životními událostmi (Chvála,V., 1995).

4. 5. Fantomová bolest

Jde o pocit bolesti u pacientů v těch částech těla, které jim byly amputovány. Fantomové pocity mívá asi 90 % pacientů například po ztrátě končetiny, části prsu, ale i vnitřních orgánů. Čím starší byl pacient v době amputace, tím častěji se s podobným jevem lze setkat. Pokud šlo o část těla, v níž pacient trpěl bolestmi nebo došlo-li k amputaci v důsledku úrazu, bývají fantomové pocity častější. S délkou doby, která od provedení amputace uběhla, se bolestivé vjemy zmírňují a slábnou, mohou ovšem přetrvávat i roky. Mohou mít například podobu bolestivého zarůstání nehtů do prstů u amputované končetiny nebo její bolestivé polohy. Tyto bolesti jsou uváděny asi u 13 až 17 % (Křivohlavý, J., 2002).

Fantomové pocity jsou dávány do souvislosti s plasticitou somatosenzorické kůry, kdy v mozku probíhá rozsáhlá korová reorganizace. Podstata fantomových bolestí je předmětem zkoumání (Koukolík, F., 2000).

4. 6. Psychogenní bolest

Psychogenní bolest postrádá svou somatickou příčinu a její podstatou je emoční báze. Vzniká v oblasti limbického systému a v kůře mozkové. Na její intenzitu má vliv míra úzkostnosti člověka, emoční strádání - s jejichž nárůstem se zvyšuje i vnímaná bolest - a vnitřní látky například podobné morfinu (endorfiny, dynorfin, enkefaliny, endomorfiny), které pocity bolesti naopak snižují.

Výskyt psychogenních bolestí je častý u různých

psychiatrických syndromů, objevují se u různých typů neurotických obtíží a somatoformních poruch, u schizofrenie, u deprese, při delirantních stavech, u histriónké poruchy osobnosti a podobně. Objevují se i jako následek časné emoční deprivace, či následek působení nadměrné stimulace.

Při léčbě psychogenní bolesti je potřebný komplexní přístup ; je nutná spolupráce lékaře, fyzioterapeuta, psychologa, psychiatra, využívá se psychoterapie, hypnóza a posthypnotická sugesce, relaxační techniky, ale např. i rodinná terapie. V určitých případech může být řešením i elektrická stimulace mozkové kůry nebo neurochirurgický operativní zákrok (Janáčková, L., 2007).

5. Stres a stresové vlivy

5. 1. Pojem stres a teorie stresu

Původní význam slova pochází z angl. stress - a jeho význam je "tlak, zátěž; důraz". Podle slovníku psychologických termínů je pojmem stres rozuměna "nadměrná zátěž neúnikového druhu, která vede k trvalé stresové reakci, ústící ve tkáňové poškození, k vysoké aktivaci adrenokortikálních funkcí a psychosomatickým poruchám ; u tělesné zátěže jde o přehřátí, podchlazení, infekci, otravu, poranění, šok či operační trauma ; rozsah psychologických stresorů je individuálně rozdílný a vlastně nekonečný, může jím být i silná radost" (Hartl, P., Hartlová, H., s.568). Je to reakce "...na nerovnováhu mezi vnímaným požadavkem a vnímanou schopností tomuto požadavku vyhovět" (Baštecká, B., Goldman, P., 2001, s.239).

Definice stresu je mnoho a v současné době neexistuje její jednotná podoba, což autor, to poněkud odlišný pohled při zachování stejnosti podstaty věci; z pohledu většiny jde o celkovou reakci organismu na podnět (stresor), který vnímá jako ohrožující.

Fyziologickým reakcím organismu na zátěžovou situaci se věnoval už I. P. Pavlov při studiu chování svých pověstných psů. Důsledky stresových situací nazýval " stržení vyšší nervové činnosti " (Křivohlavý, J., 2001). Za zakladatele systematického výzkumu stresu a tzv. kortikoidního pojetí stresu je však považován Hans B. Selye, který si ve 30. letech 20. století při laboratorních pokusech s krysami, při nichž si počínal velmi nešikovně, povšiml fyziologických změn, které se objevovaly u traumatizovaných krys. Přestože se jeho výzkum měl původně ubírat zcela jiným směrem, začal věnovat svou pozornost tomuto "vedlejšímu produktu" původně zamýšlené práce a na základě dalších pokusů a pozorování dospěl k závěru, že za určitých podmínek může působení stresorů podlomit zdraví člověka (Joshi, V., 2007). Soubor fyziologických reakcí, které se vyskytovaly po různém typu zátěže, nazval GAS (General Adaptation Syndrom) – "obecný adaptační syndrom" a rozdělil ho do třech fází.

První fáze je poplachová, organismus se setká se stresorem a mobilizuje všechny své obranné možnosti. Aktivuje se sympatický nervový systém, do krve se vyplavuje zvýšené množství adrenalinu (epinefrinu), zvyšuje se krevní tlak, tepová frekvence, exkrece potu, zrychluje se dýchání, větší množství krve se hromadí v končetinách a organismus je připraven na "boj či útek". Tento starý poplachový mechanismus však narozdíl od dob pradávných lovců ztratil v současném světě svůj význam, nahromaděnou energii nelze spotřebovat, uvolnit. Stav nabuzenosti trvá.

Druhou fází je rezistence (odpor, odolnost) a probíhá v ní v podstatě vlastní boj organismu se stresorem. Její průběh je

závislý na síle stresoru a na bojeschopnosti organismu. Jsou-li síly vyrovnané a boj probíhá dlouhodobě, může dojít ke vzniku řady symptomů signalizujících poruchu organismu. Jde o tzv. nemoci adaptace (např. žaludeční a dvanáctníkové vředy, hypertenze, kardiovaskulární onemocnění, endokrinní poruchy, bronchiální astma).

Poslední je fáze vyčerpání, kdy se aktivuje parasymptický nervový systém. Organismus boj vzdá, hroutí se, což se může projevit příznaky deprese, nebo dokonce způsobit i smrt.

Ve své teorii Selye opominul vliv emocí a kognitivních aktivit (poznávání, myšlení) člověka, neboť pracoval s animálními modely.

Studiem specifičnosti zvládnání zátěže u člověka se zabýval R. Lazarus a svou pozornost soustředil především na psychické zpracování stresové situace. Vytvořil model dvojího zhodnocení situace ohrožení. V prvotním zhodnocení jde o zvážení situace z hlediska ohrožení, které by člověku mohlo ublížit, a to i s jeho pozdějšími možnými důsledky. To se týká jak zdraví, vlastní existence, tak i sebehodnocení nebo pověsti a podobně. Druhotné zhodnocení situace obnáší posouzení možností, jak danou situaci zvládnout. Při tomto vyhodnocování situace hraje velkou roli zranitelnost člověka (vulnerabilita), která je záležitostí zcela individuální.

Stresová reakce je spouštěna v mozku v oblasti. Informace o ohrožení putují do thalamu a odtud do mozkové kůry a do amygdaly, která velí emočním centrům mozku. Ta reaguje velice rychle, vyhodnocuje informace přicházející ze smyslových orgánů, vybavuje si emoční vzpomínky a vjemy často nevědomé (tzv. kognitivní nevědomí), srovnává je s minulou zkušeností na základě její podobnosti. Spustí výdej stresových hormonů z hypotalamu, zvýší tonus sympatiku a aktivuje tak srdce, cévy a mobilizuje mozkové centrum pro pohyb, vydává pokyn pro locus coeruleus k výdeji noradrenalinu. Dále aktivuje jádra mozkového kmene, v důsledku čehož se mění napětí svalů obličeje, roste

tepová frekvence a krevní tlak. Locus coeruleus aktivuje mozek. Reaguje dříve než mozková kůra, která rovněž celou situaci vyhodnocuje. Její okamžitá reakce je užitečná v případě náhlého ohrožení, v případě psychologického ohrožení je však nepřiměřená. V tíšňové situaci velí většině mozku (včetně racionálního myšlení), čímž může dojít k "emočnímu přestřelení". Její reakce přichází dříve, než si šedá mozková kůra uvědomí, co se vlastně děje (Praško, J., Prašková, H., 2001).

5. 2. Vliv stresu na nemoc a zdraví

Vliv stresu na poruchy zdraví je nezpochybnitelný, přesto v řadách odborníků i laické veřejnosti vyvolává spoustu otázek. Událost, která jednoho člověka zcela vyřadí z normálního každodenního života a běžného fungování v něm, může druhého naopak posílit a on se stane nezdolnějším. Faktorů, které v tomto případě hrají roli, je nespočetně a nelze v žádném případě předpovědět jejich účinek na jednotlivce. Pouze s určitou pravděpodobností lze vystopovat základní vztahy mezi proměnnými a vytvořit tak pravděpodobnostní modely chování, jednání a prožívání zátěžové situace a jejího dopadu na lidský organismus a zdraví. Řada skutečností spojených s praxí však stále zůstává záhadou.

Vysoká odolnost proti stresu se označuje jako tak zvaná nezdolnost (hardiness) a je ovlivněna jak vrozenými dispozicemi (např. typem temperamentu), tak naučenými způsoby chování získanými zkušenostmi. Pro vysokou nezdolnost je typické chápání překážky jako výzvy k aktivitě, pomocí níž se obtíže podaří překonat, jako výzvu k tvořivému řešení vzniklé situace. Nezdolný člověk věří více tomu, že svůj život má ve vlastních rukách a některé nepříznivé okolnosti dokáže ovlivnit. Nízká nezdolnost člověka je typická jeho stažením se do sebe,

pasivitou. Nezdolný člověk sám sebe častěji vnímá jako oběť zlého osudu, nevěří sám sobě, že by obtížnou situaci mohl zvládnout. Častěji upadá do apatie, odevzdanosti a deprese.

Na zvládání stresových situací se významnou měrou podílejí osobnostní rysy člověka. Důležitý je temperament jako způsob určitého chování a prožívání jedince. Úzkostný melancholický introvert dokáže pravděpodobně podstatně hůře vzdorovat negativnímu vlivu zátěže než flegmatický či sangvinický extrovert. Vliv má i tělesná konstituce člověka. Konstituční typ člověka odráží nejlépe podoba postavy ve věku 20 let. S temperamentem souvisí vzrušitelnost (excitabilita), která představuje individuální hladinu aktivace člověka. Pro introverta je typická vyšší hladina aktivace než pro extroverta. Důležitá je i míra neuroticismu osobnosti; pokud je autonomní nervový systém labilní, je chování a prožívání takového člověka spojeno s větší neklidem, úzkostností, podrážděností, a to i s fyziologickými projevy (např. bušení srdce, dýchací obtíže, vysoká potivost, pocity sevřeného hrdla, pocity nevolnosti, zvracení), a také s malou sebedůvěrou. Negativní vlivy vnímá labilní člověk mnohem intenzivněji a podstatně hůře se s nimi vyrovnává než člověk stabilní. Dalšími temperamentovými vlastnostmi, které se podílejí na způsobu zvládání zátěžové situace, jsou impulzivita a úzkostnost (anxiozita). Nejúzkostnější bývají labilní introverti, zatímco nejimpulzivnější bývají labilní extroverti. Přitom impulzivita se spojuje s aktivačními mechanismy chování (tzv. behaviorální aktivační systém), zatímco anxiozita se váže k útlumu - inhibici (tzv. behaviorálně inhibiční systém). Pro jedince s vysokou mírou impulzivity je typické zkratkové jednání, na podnět reagují a rozhodují se rychle, bez rozmýšlení a následně pak často svého rozhodnutí litují. Jedinci s vysokou mírou úzkostnosti jsou naopak velmi váhaví, rozhodování jim činí velké potíže, jsou nejistí, váhaví a jejich nerozhodnost je svazuje, často až zcela paralyzuje. Neschopnost rozhodnutí je ještě více zúzkostňuje.

Pro bezproblémové fungování člověka by tyto dva systémy měly být v rovnováze (Irmiš, F., 1996).

Na způsobu vyrovnávání se se zátěží má určitý vliv i příslušnost k pohlaví. Vrozená odolnost žen se podle určitých ukazatelů (např. výška dožitého věku, schopnost rozdělovat pozornost a věnovat se více činností, aniž by tuto skutečnost vnímaly negativně) zdá být vyšší. Ovšem jejich pohotovost k úzkostnosti je až třikrát větší než u mužů. Na stres reagují převážně pasivně a mají sklon k depresivní skleslosti, zatímco pro muže je typičtější reakcí agrese a nízká míra sebekontroly. Ženy jsou více vnímavé ke svému okolí a k pocitům, více si všímají detailů. Muži řadu situací podcení.

Reakce na stres se projevuje ve třech rovinách : somatické, psychické a v rovině chování. Somatickou rovinu představují již výše popsané fyziologické projevy, které se dostavují při působení stresoru. Na psychické úrovni se objevuje řada emocionálních potíží, jakými jsou například úzkostné pocity, únava, nespavost, děsivé sny, tenze, pocit ohrožení, samoty, beznaděje. Reakce člověka bývají nepřiměřené síle podnětu. dostavují se i pocity nevysvětlitelného vzteku, hostility, podrážděnosti. V rovině chování dochází rovněž ke změnám. Člověk má tendenci hledat nějaké náhradní uspokojení a zdroj uvolnění z nepříjemného stavu, v důsledku čehož pak dochází k přejídání, nadměrnému pití alkoholu a kouření. Chová se vyhýbavě, není schopen plnit své povinnosti, např. pracovat. Jeho vnitřní pocity se projevují navenek i ve výrazu tváře a nonverbální komunikaci. Může zaujímat útočný postoj, rychle přecházet po místnosti, okusovat si nehty, zvyšovat hlas, divoce gestikulovat, nebo naopak působí strnule, hypomimicky, trpí nechutenstvím, chová se odmítavě i ke svému okolí.

Všechny tyto reakce mají svou odezvu v těle člověka. Pokud se nedokáže dostatečně rychle vrátit do klidového stavu, jejich trvání je dlouhodobé, dochází k jeho poškozování. Při chronicky působícím stresu a setrvávání ve stavu napětí pak

v důsledku přetěžování a poškozování organismu dochází ke vzniku nemoci. Relativně mladý obor psychoneuroimunologie je spjat se jménem Roberto Adera (1974) a jeho objevem schopnosti učení imunitního systému podobně jako je tomu u mozku. Rozkrývá postupně propojenost psychiky, neuroendokrinního systému a imunitního systému, které spolu navzájem komunikují a spolupůsobí. Imunitní systém je považován za "mozek těla". Byla prokázána oboustranná komunikace mezi prožívanými emocemi, vylučováním stresových hormonů a změnami ve fungování buněk imunitního systému (Goleman, D., 1997).

V návaznosti na nezvládnuté stresové reakce se vysvětluje vznik řady psychosomatických chorob, ale i dalších nemocí, které se stresem nebyly původně spojovány a nepatřily do úzce vymezené kategorie "psychosomatické nemoci".

Chronický stres však není jediným faktorem vzniku nemoci, důležitá je i vnímavost organismu vůči němu, typ osobnosti, hormonální a metabolická konstituce, životní styl a podobně. Akutní stres vznik nemoci většinou (až na výjimky) nezpůsobí a funkci imunitního systému naopak zvyšuje, zatímco stres chronický riziko jeho funkci tlumí a napomáhá tak vzniku psychosomatické choroby a pravděpodobnost její manifestace významně zvyšuje. Většinou se porucha zdraví projeví v "nejslabším" místě organismu a je tak vlastně využita už připravená půda ke vzniku nemoci. Riziko jejího vzniku se zvyšuje se zvyšujícím se počtem "nestresových" faktorů, které také k nemoci mohou vést (např. nedostatek pohybu, nadváha z přejídání, kouření, vyšší konzumace alkoholu). Na vzniku kardiovaskulárního onemocnění se významně podílí např. i způsob chování jedince - tzv.osobnost typu A -, pro níž je typická zvýšená agresivita, hostilita. Vyznačuje se trvale zvýšenou aktivační hladinou, v důsledku čehož dochází k významnému rozdílu mezi výkonností organismu a jeho schopností odpočívat. Ta je obvykle mizivá. Nezdravé osobnostní znaky s možným negativním vlivem na zdraví obecně, ale i u konkrétních typů

potíží, působí např. u kardiovaskulárních chorob (Friedmann a Booth-Kewlei, 1987). Toto chování může být podmíněno geneticky i výchovou.

Stres významně ovlivňuje činnost celého imunitního systému. Chronický stres a nahromadění stresových reakcí postupně snižuje imunitní reakce organismu, ten pak nedostatečně likviduje cizorodé látky, jež se v těle objevují. Nedokáže zničit choroboplodné zárodky, neporadí si s buňkami, které vznikají změnou genetického materiálu v buněčném jádře, což může vyústit například v nádorové bujení. Psychický stres totiž zapříčiňuje sníženou funkci bílých krvinek, které jsou pro dobré fungování imunitního systému nezbytné. Tzv. B - lymfocyty tvoří protilátky proti infekcím, tzv. T - lymfocyty dokáží detekovat buňky lišící se od své normy a aktivovat jejich likvidaci pomocí NK - buněk (Machač, M., Macháčová, H., 1991). Dochází i k zesílení reakcí imunitního systému, k jeho hyperfunkci, v důsledku čehož mohou vznikat různé alergie, snižovat se obranyschopnost organismu nebo vznikat autoimunitní poruchy a onemocnění (např. revmatoidní artritida, diabetes mellitus 1. typu, roztroušená mozkomíšní skleróza, Bechtěrevova choroba apod.).

S psychickými poruchami, které mají velmi úzkou vazbu na stres, se například spojují afektivní poruchy, které mohou vyústit v posttraumatickou stresovou poruchu. Silným a komplexně působícím stresorem v takovém případě může být třeba živelná katastrofa (záplavy, zemětřesení), hromadná dopravní nehoda, teroristický útok. Specifickým příkladem chronicky působícího stresu je syndrom vyhoření (Kebza,V., 2005).

Syndrom vyhoření (burn-out syndrome) je jevem dobře známým, ovšem jeho vymezení a definování je relativně mladou záležitostí. Poprvé jej v 70. letech 20.století použil H. Freudenberger. Podle H. Freudenbergera a G. Northa " je konečným stadiem procesu, při němž lidé, kteří se hluboce

emocionálně něčím zabývají, ztrácejí své původní nadšení (svůj entuziasmus) a svou motivaci (své vlastní hnací síly)" (Křivohlavý, J., 2001, s. 116). Velmi často se projevuje u pomáhajících profesí (např. práce zdravotníků v nemocnici na odděleních intenzivní péče, při práci s onkologickými pacienty, především dětskými, v hospici a podobně) a také tam, kde se obecně pracuje s lidmi (např. ve školství). Jde o fyzické, emocionální i psychické vyčerpání v důsledku dlouhodobého působení na místech, kde je člověk vystaven emocionálně náročným situacím. Vyčerpání je spojeno s mimořádně velkou únavou, negativismem, sníženou výkonností. Je ovšem třeba odlišit ho od příznaků tělesného či duševního onemocnění (Křivohlavý, J., 1998).

5. 3. Teorie životních událostí

Zrod této teorie byl spojen s náhodným postřehem. Zaměstnanci pojišťovny si všimli, že vdovy po hornících, kteří zemřeli při práci v dole, umírají častěji a dříve než ostatní stejně staré ženy (vdané , svobodné, ovdovělé), jež nezažily náhlou jednorázovou tragédii. Na základě tohoto postřehu byla pak následně tato i další náročné situace a jejich vliv na prožívání člověka podrobeny rozsáhlému výzkumu. Ten je spojen se jmény T. H. Holmes a R. H. Rahe, kteří společně vypracovali klasifikační systém zátěžových životních událostí, podle jejich závažnosti dopadu na člověka je bodově ohodnotili. Výslednou míru prožití zátěže určuje součet bodů vážících se k událostem, které člověk prožil během posledních dvanácti měsíců. Prožívání každého člověka je pochopitelně individuální, záleží na řadě faktorů (na nezdolnosti člověka, na jeho typu osobnosti, na jeho sociálním zázemí, které má a podobně). Tato klasifikace si neklade za cíl, aby její výsledek byl brán jako absolutní, nicméně

o míře zažité psychické zátěže alespoň přibližně vypovídá.

Nejvyšších bodových ohodnocení dosáhly následující události:

1. Úmrtí partnera 100
 2. Rozvod 73
 3. Rozvrat manželství, dočasný rozchod 65
 4. Uvěznění 63
 5. Úmrtí blízkého člena rodiny 63
 6. Úraz nebo vážné onemocnění 53
 7. Sňatek 50
 8. Ztráta zaměstnání 47
 9. Usmíření a přebudování manželství 45
 10. Odchod do důchodu 45
 11. Změna zdravotního stavu člena rodiny 44
 12. Těhotenství 40
- atd.

Pokud jedinec během dvanácti měsíců dosáhne následujících bodových skóre, existuje u něho riziko, že se prožité zátěžové situace negativně odrazí na jeho zdraví.

Bodové ohodnocení :

150-200 bodů znamená mírné ohrožení stresem ;

200-300 bodů znamená ohrožení stresem ;

více jak 300 bodů se vyskytuje u rizikové skupiny se sníženou odolností vůči stresu a s vysokou pravděpodobností onemocnění dosahující 50 až 80 % (Honzák, R., 1989, s. 37-39).

Do přehledu závažných životních událostí jsou zařazeny i události, které jsou hodnoceny převážně pozitivně, jako například svatba, narození dítěte a podobně. I pozitivně vnímaná událost či její očekávání je spojeno se stresem a může vyvolat škodlivou reakci. Ovšem negativní dopad kladně hodnocené události bývá podstatně menší než dopad události negativní. Hovoří se o tzv. distresu, který je negativně prožíván, a tzv. eustresu. U něho nedochází k negativnímu prožívání, situace, do

níž se člověk dostává, je spojena s prožitkem radosti, nicméně pro organismus představuje určitou zátěž.

Tento přehled byl podroben opětovnému zkoumání i kritice, je mu vytýkáno zátěžové pojetí všech změn, nedostatečný rozsah škál, nedostatečný zřetel k individuálnosti vnímané zátěžové situace a k tomu, jaký jí člověk přiřkládá konkrétní význam. Jeho metodologie je považována za zjednodušující. Vztah mezi vysokým skórem životní zátěže a mezi následným tělesným či psychickým onemocněním byl však opakovaně prokázán. Například smrt blízkého člověka může vést nejen ke vzniku deprese, ale i k propuknutí nádorového onemocnění (Baštecká, B., Goldmann, P., 2001).

6. Kvalita života nemocného

6. 1. Proměny života nemocného

Důsledky nemoci jsou pro pacienta často závažné a není jednoduché se s nimi vyrovnat. O sociálních dopadech na život pacienta platí to samé. Nemocí mohou být narušeny i vztahy v rodině, mezi partnery může jít o neshody v určování a plnění povinností spojených s péčí o domácnost (především tam, kde doposud byla rigidně rozdělena mužská a ženská role), o finanční těžkosti ve spojení se sníženou pracovní schopností, o nesoulad v oblasti sexuálního života. Může dojít i k opačné situaci, ke zlepšení rodinných vztahů, ale jejich zhoršení bývá častější. Zvláště tam, kde není pacient v bezprostředním ohrožení života (kde si blízcí neuvědomují jeho a skrze ni i svou vlastní konečnost), a tam, kde jeho handicap není na první pohled

viditelný, nebo u různých duševních nemocí. oblasti péče o rodinu, o domácnost a do způsobu trávení volného času, u mužů do oblasti pracovních aktivit (Bártlová, S., 2005).

6. 2. Způsob vyrovnávání se s nemocí

Zvládnout negativní důsledky spojené s nemocí a stonáním může být pro nemocného velmi těžkým úkolem. Je potřeba, aby se v zájmu uzdravení a optimalizace svého zdravotního stavu co nejlépe vyrovnal s pocity, které ho v této souvislosti aktuálně provázejí a které pro něj mohou být dosud nepoznané. Nemoc je spojena se ztrátou síly, s bolestí, se strachem a pocitem ohrožení svého životního stylu, ale především sebe sama, své vlastní existence. Pacient se potkává s novými problémy, na jejichž řešení nebyl většinou připraven, dostává se do nových situací. Nemoc v první chvíli vnímá obvykle jako něco nepatřičného, cizorodého, co přišlo odněkud zvenčí. Postupně si však více či méně uvědomuje, že se tento vetřelec stal jeho součástí a s touto skutečností se musí nějakým způsobem vyrovnat.

Nezdravým, nicméně poměrně častým způsobem zvládnutí takové zátěže, je použití některého z následujících obranných mechanismů - externalizace viny, identifikace, introjekce, inverze, popírání, racionalitace, regrese nebo represe (Křivohlavý, J., 1994).

Externalizace viny je spojena s obviňováním druhých lidí, nejčastěji lékaře, ze svého stavu, ze svých potíží, ačkoliv tomu tak ve skutečnosti většinou není. Identifikace znamená ztotožnění se s jiným pacientem či okruhem pacientů, jejichž zdravotní stav může být horší či lepší, než je jeho vlastní. Negativní identifikace představuje naopak nezototožnění se s nemocnými lidmi. Takový člověk dělá vše pro to, aby se jim ani v nejmenším nepodobal. Introjekce je vstřebáváním starostí

druhých lidí, které se dotyčného v podstatě netýkají a kterými se on přesto trápí. Inverze se projevuje jako převrácené chování. Příkladem může být vážně nemocný pacient, který se tváří, že jeho se nemoc netýká, a hraje si na hrdinu. Popírání je uzavřením se pacienta před nemocí. Nechce znát nic, co se jeho zdravotních potíží týče, brání se jak vlastním myšlenkám na nemoc, tak i informacím, které by se k němu mohly dostat z okolí. Projekce je způsob vyrovnávání se s těžkostí, při němž se jedinec zbavuje svých vlastních chyb a negativních pocitů tím, že je samé či jejich příčiny připisuje druhým osobám. Vede k hořkosti a zatrpklosti. Může nabývat i formu autoprojekce, kdy je druhým lidem připisováno to, co na sobě sám člověk shledává špatné. Racionalizace v sobě zahrnuje rozumové výmluvy a odůvodnění svého nerozumného počínání a chování. Regrese spočívá ve znovunavrácení se člověka do ranějšího vývojového stadia. Například dospělý člověk se začne při onemocnění chovat jako malé trucovité děcko, pláče, odmítá léky se slovy, že mu nechutnají a podobně. Represe je vytěsněním nežádoucích zážitků z vědomí, například prožitého traumatu.

J.Olmerová a B. Blažek vytvořily přehled stylů, s jejichž pomocí lze zvládat zdravotní problémy. Jedná se o autismus, robinzonovství, kompenzaci, překompenzování ztráty, dobrovolné podstupování rizika a utrpení, směnu a dialog (Křivohlavý, J., 2001). Například kompenzace představuje vytvoření nového způsobu reagování, který by snížil napětí, jež vzniká vlivem nemoci, defektu (reálného i pouze domnělého). Jde o úsilí (většinou nevědomé) vyvážit osobní nedostatky jiným vhodným způsobem. Úspěch či vyniknutí v určité oblasti (např. ve studiu v různé zájmové a umělecké činnosti) vyvažuje zdravotní nedostatečnost jedince. L. Míček uvádí jako živý příklad tohoto způsobu zpracování zdravotního handicapu sprintérku Vilmu Rudolphovou, která dosahovala světově významných výkonů, ačkoliv byla postižena dětskou mozkovou obrnou (Míček, L., 1976). Zdravotní handicap může být

v takovém případě výzvou. Podobným příkladem jsou i výkony tělesně postižených sportovců na paraolympiádách, ale například i osvojení nové pracovní dovednosti či získání profese, v níž není zdravotní omezení překážkou a vedení běžného plnohodnotného života.

Velmi pozitivní vliv na organismus má humor. Smích posiluje imunitní systém, neboť při něm například dochází k vzestupu imunoglobulinu A, imunoglobulinu G, B-lymfocytů, T-lymfocytů i NK buněk. Organismus se tak lépe dokáže bránit nemoci, lépe se například hojí pooperační rány a zkracuje se rekonvalescence. Smích snižuje hladinu stresových hormonů (adrenalinu, kortisolu, dopaminu), čímž současně snižuje i negativní dopad stresu. Snižuje bolest, má pozitivní vliv na dýchání, krevní oběh a srdce, působí svalové uvolnění a kromě toho má velmi pozitivní vliv na psychický stav člověka. Snižuje pocity deprese, úzkosti, smutku, hněvu a naopak zvyšuje sebedůvěru. Zlepšuje schopnost řešit problémy, schopnost nadhledu, zvyšuje odolnost, tvořivost. Je velkým uvolněním, katarzí vnitřního nahromaděného napětí (Nešpor, K., 2007). I v našich nemocnicích se na dětských odděleních (především u závažných onkologických diagnóz, orgánových transplantací, dialýz, nemocí vyžadujících dlouhodobou hospitalizaci) postupně zavádějí tzv. herní šašci. Profesionál v kostýmu klauna chodí dětem krátit dlouhou chvíli, povzbudit je, rozptýlit, rozdávat radost a veselí.

Pozitivní vliv na zvládání zátěže spojené s nemocí má i relaxace všeho druhu, která přináší nejen uvolnění svalů, ale i klid pro duši a pocit vyrovnanosti a smíření se sebou, nebo meditace. K relaxaci je nejčastěji používán autogenní trénink, různá jogínská cvičení, práce s dechem, aktivní imaginace. Pro relaxaci je možné využít i poslech vhodné klasické hudby. Existují dokonce publikace, které "předepisují" hudbu jako lék na konkrétní bolesti těla i duše (Rueger, Ch., 2003). Příjemný stav uvolnění může navodit ovšem i jiná pacientova oblíbená

hudba.

Při stonání může pacientovi pomoci i četba vhodné beletrie. I u ní může najít uvolnění, odpoutání se od negativních myšlenek. Může však také objevit moudrého společníka či zábavného parťáka do nepohody, stejně jako kontakt, byť zprostředkovaný, se sociálním světem.

6. 3. Prožívání nemoci a změny sebepojetí pacienta

V prožívání nemoci hraje velkou roli řada faktorů. O většině z nich byla v této práci již zmínka.

Prožívání nemoci, přijetí role pacienta a všeho, co je se stonáním spjato, bezesporu souvisí s osobností člověka. Jednotlivé příznaky nemoci jsou u různých lidí různě silně vnímány a je jim připisována nestejná důležitost. Výrazně je tak ovlivněno například prožívání bolesti (viz výše).

Přijmutí skutečnosti, že člověk onemocněl, není jednoduché a on se stává křehčím, zranitelnějším, než byl dřív, a to nejen fyzicky, ale především psychicky. "V zemi nemocných vládnu emoce ; od smrtelného strachu je dělí pouhá myšlenka" (Goleman, D., 1997, s. 161). Tím, že člověk onemocní, ztrácí iluzi o vlastní nezranitelnosti, přepadají ho pocity slabosti a bezmocnosti.

Pokud se mu podaří vyrovnat se s nemocí, přijmout ji a odolávat jejím nástrahám, může být výsledný efekt právě opačný. Nemoc ho může posílit, umožnit zastavení se v čase a přehodnotit žebříček svých dosavadních životních priorit a cílů.

Americká lékařka a profesorka medicíny R. N. Remenová ve své knize o chronické nemoci v této souvislosti říká, že "...v každém z nás je víc, než by se zdálo " (Remen, R.N., 2007, s.102). Podle ní může nemoc přinést možnost hledání a nacházení smyslu života i vlastní existence. Poskytuje šanci na

změnu vnímání vztahů, práce a celého života. Může pomoci objevit i sílu skrytou v utrpení.

Člověk je často svazován předsudkem, že život je jen pro zdravé. Ovšem ani chronická choroba nebrání účastnit se životního dění. Člověk je tak nemocen, jak nemocným se cítí být. Je podstatné, jaký význam nemoci přikládá; právě ten ho omezuje. Je důležité usilovat o životní spokojenost, neustrnout v minulosti a neusilovat o dokonalé zdraví. To samo o sobě spokojenost nezaručí, neboť mimo jiné nabývá největší ceny právě v okamžiku, kdy je ohroženo.

Zoufalá snaha zbavit se nemoci co nejrychleji a za každou cenu může vést k opakovaným zklamáním, pocitům vlastního selhání, viny, k depresi a k následné rezignaci, která nedovolí žít spokojeně. Pacient se pak může uzavřít světu ve svém trápení. Sám sebe vnímá jako neplnohodnotného, méněcenného člověka.

Uzavírá se i před svým okolím, dostává se tak do izolace a ta mu potvrzuje jeho domněnky o stigmatizaci chorobou. Jeho vlastní předběžné očekávání ho tak spoutává, jeho nálepkování se stává sebenaplňující předpovědí. Pacient je tak svazován vlastním strachem.

Důležitou roli hraje sociální okolí pacienta a jeho zkušenosti s ním. Pokud žijí lidé vedle sebe, v osamění, sice spolu, ale v podstatě každý sám, zůstávají většinou sami i v nemoci. Prosté mezilidské vztahy v sobě přitom skrývají obrovskou sílu. Odloučeností od sebe navzájem se zvyšuje zranitelnost člověka.

Změna sebepojetí souvisí s pocitem nedostačivosti, neschopnosti, nemocí vynucené závislosti na svém okolí. Pokud se nemocnému člověku dostane dostatečné sociální opory od jeho nejbližších, od přátel, od kolegů v zaměstnání, pokud necítí silné ohrožení svého sociálního postavení, nemusí se jeho sebepojetí výrazně měnit. Lépe se vyrovná s rolí pacienta i s nemocí. Je schopen vidět sám sebe v nastaveném zrcadle sice jako unaveného, vyčerpaného člověka, ovšem současně i jako

člověka ceněného. Má důvod načerpat nové síly, uzdravit se a má se kam vrátit.

Častý však bývá scénář, kdy s příchodem nemoci přicházejí ruku v ruce potíže v zaměstnání, finanční problémy a někdy i problémy vztahové. K jejich řešení nemá v tu chvíli nemocný obvykle sílu ani možnosti, jeho pocit nejistoty a ohrožení roste. Sám sebe může obviňovat ze vzniklých potíží, pronásledují ho pocity méněcennosti, zbytečnosti, bezcennosti. Ztrácí chuť do života a obecně smysl své další existence. Nefunguje-li rodinné zázemí, mohou být částečným vykompenzováním jeho důležitosti pracovní nebo přátelské vztahy. Má-li ovšem pacient pocit, že ztratil vše najednou, nenachází žádný důvod k další existenci. Pocit bezcenného ztroskotance obvykle vyústí v depresi, výjimkou nejsou ani úvahy o sebevraždě či suicidální chování.

S prodlužujícím se stonáním vzniká nebezpečí, že se pacient v nemoci zabydlí jako ve svém novém domě. Roste pravděpodobnost, "...že se nemoc stane součástí jeho osobnosti - způsobu, jak o sobě uvažuje. To je nebezpečné zvláště proto, že ony aspekty našeho charakteru, které začleňujeme do našeho vnímání sebe samých, jsou podvědomé, a proto těžko změnitelné" (Livingston, G., 2006, s. 140).

7. Sociální opora v nemoci

7. 1. Pojem sociální opora

Sociální opora je pojmem poměrně mladým a jeho zavedení do odborné terminologie je spojeno v 70.letech

20.století se jmény badatelů Caplana, Cassela a Cobba (Mareš, J., 2001). Jednotná definice sociální opory (angl. social support) není v odborné literatuře ani v povědomí odborníků exaktně vymezena, s daným pojmem se operuje v rámci psychologických, sociologických, pedagogických věd a sociální medicíny. V nich jsou různou měrou zdůrazňovány následující skutečnosti, které se k tomuto pojmu váží: zdroj opory, její typ, vnímání opory příjemcem, její výsledky a specifikace vztahu mezi poskytovatelem opory a jejím příjemcem. Jde o mnohazměrový pojem. Podle J. Křivohlavého představuje sociální opora v širším slova smyslu "...pomoc, která je poskytována druhými lidmi člověku, který se nachází v zátěžové situaci. Obecně jde o činnost, která člověku v tísní jeho zátěžovou situaci určitým způsobem ulehčuje" (Křivohlavý, J., 2001, s. 94). Podle V. Kebzy a I. Šolcové se jedná o "probíhající transakci zdrojů mezi členy sociální sítě, s explicitním či implicitním cílem posílení či podpoření pocitu pohody či dobrého naladění" (Šolcová, I., Kebza, V., 1999).

U sociální opory lze zmapovat její tři úrovně :

1. makroúroveň sociální opory - pomoc v nejširším celostátním měřítku, například v podobě sociální podpory ve formě peněžitých dávek, či pomoc s mezinárodním přesahem, poskytnutá například při odstraňování následků živelné pohromy (zemětřesení, záplavy);
2. mezoúroveň sociální opory - pomoc určité sociální skupiny (např. spolupracovníci, členové církevního sboru, členové spolku či zájmové organizace) jednotlivci ze svých řad, ale i mimo ně, který se ocitl v situaci nouze nebo tísně ;
3. mikroúroveň sociální opory - jde o pomoc ze strany nejbližšího člověka či nejbližších lidí ve vztazích matka - dítě, rodič-dítě, manželé, partneři, sourozenci nebo nejbližší přátelé (Křivohlavý, J., 2001).

Jsou rozeznávány čtyři druhy sociální opory :

1. emocionální opora - jde o poskytování empatie lásky,

vlídnosti, pochopení, účasti, naděje, víry;

2. hodnotící opora - zájem o člověka v nouzi, pomoc, vyjádřená úcta k jeho osobě zvyšuje pocit sebehodnoty, posiluje sebevědomí ;

3. informační opora - poskytnutí potřebných informací ke zvládnutí či řešení zátěžové situace, a to v podobě rad, odborné pomoci, sdělené vlastní zkušenosti, ale i v podobě sdílení, vyslechnutí, reflektování existujícího problému ;

4. instrumentální opora - konkrétní materiální či finanční pomoc, konkrétní věcná asistence při řešení problémové situace (Kebza, V., 2005).

V 80.letech 20. století byl na základě provedeného výzkumu uveřejněn popis jevu zvaného Philippsův efekt, který spočíval ve zjištění, že úmrtnost lidí výrazně stoupá až po datu jejich narození, tedy po období, kdy očekávají větší pozornost a pozitivní sociální oporu. Tento jev zapříčinil další zkoumání v oblasti vlivu očekávané opory na zdravotní stav člověka.

Podle evolučních psychologů první náznaky tak zvaného altruistického chování sahají až do pravěku v rámci příbuzensky spojeného společenství, motivací k tomuto chování však byla potřeba spojit se, aby bylo možné přežít. O altruismu jako takovém se hovoří mnohem a mnohem později a je považován za vývojově mladý. A. Comte definoval altruismus jako ".jednání, které se projevuje myšlením, cítěním a jednáním, které bere ohled na druhé lidi..." (Křivohlavý, J., 2003, s.13), které může působit i sebedestruktivně a nemusí být vědomé. Neuvažoval ovšem o jeho kořenech, pouze je hodnotil jako výsledek silné prosociální motivační síly.

S formováním prosociálního chování a s jeho uplatňováním je nedílně spjata schopnost empatie, odpovědnosti, míra vnímané osobní zdatnosti a síly, potřeba pomoci z vlastní vůle. Roli hraje také uplatňované morální hledisko, a to především při vyhodnocování situace a jejím zvažování z hlediska potřeby pomoci. Při realizaci konkrétní pomoci pak hraje roli například i

vliv aktuálního tělesného stavu a aktuální nálady nebo vliv množství lidí, jimž je v danou chvíli potřeba pomoci.

7. 2. Teorie sociální opory

Existuje řada teorií sociální opory, které se snaží objasnit způsob jejího fungování a odhalit její vliv na život člověka. V této podkapitole jsou uvedeny některé z nich. Je v nich zachycen různý úhel pohledu na sociální oporu, její způsob vzniku a funkci, kterou má.

Podstatou teorie "tlumícího", "nárazníkového" modelu je předpoklad ochranné funkce sociální opory proti negativním důsledkům stresu. Lidé se silnou sociální oporou tak dokáží mnohem lépe vzdorovat nepříznivým životním situacím a lépe zvládají zátěžové situace. Pozitivní vliv opory je vnímán právě v souvislosti s působením stresu a pouze v této souvislosti má ochranný význam. Člověk, který je vystaven působení zátěže, si jednak může uvědomit vlastní sílu a vlastní ozdravné mechanismy, jednak vlivem sociální zkušenosti může mít dostatečně vysoké sebeocenení a získat pocit sebekompetentnosti (přesvědčení o svých dostatečných schopnostech, dovednostech a znalostech) k řešení vzniklé situace. Dokáže zvolit vhodnější strategii zvládání problému (při vyšší míře sociální opory je jeho způsob řešení výrazně aktivnější a méně často při něm volí vyhýbání se). Negativní působení stresu se tak snižuje (Kebza, V., 2005, Křivohlavý, J., 2001).

Model přímého účinku sociální opory předpokládá pozitivní vliv na zdraví jedince bez ohledu na působení stresoru. Stres nemá v tomto případě vliv na změnu situace. Rozumí se tím pozitivní vliv všech dobrých mezilidských vztahů, které v životě člověka existují. Spojuje se zde vstřícnost, vřelost, empatie s dostatečně bohatou sociální sítí lidí, k nimž jedinec

přísluší. Může se přitom jednat o rodinu v užším i širším smyslu, ale i o přátelské vztahy, o příslušnost k určité zájmové či jiné skupině.

Obecné modely sociální opory předpokládají, že pozitivní vliv sociální opory je dosažen pomocí chování nebo biologickou odpovědí, nebo obojím.

Důležitým počinem v této oblasti je teorie připoutání, jejímž autorem byl J. Bowlby. Její podstata spočívá ve vytvoření trvalé a silné vazby jednoho člověka ke druhému. Ta byla původně zkoumána na vztahu matky a dítěte, později byl výzkum rozšířen a bylo zjištěno, že vznik obdobné silné vazby se vytváří i v jiných dyadických vztazích. "Potřeba sociální opory je do určité míry sycena právě tímto faktorem - potřebou přátel v rámci vlastní sociální sítě" (Křivohlavý, J., 2001, s. 101).

Teorie "sociální sítě": síť sociální opory je složena z dyadických vztahů v rámci rodiny, blízkých přátel, sousedů, spolupracovníků, komunity nebo i lidí, kteří poskytují oporu v rámci své profese. Jako model sociální sítě bývá uváděn příklad americké vesnice Roseto, jejíž obyvatelstvo bylo italského původu a vytvářelo společenství do určité míry uzavřené s vlastní vztahovou sítí. Byl zaznamenán negativní vliv prolínání amerických obyvatel mezi italskou menšinu, zhoršil se zdravotní stav původního obyvatelstva i jejich životní pohoda (Křivohlavý, J., 2001). Fungování sociální sítě bylo narušeno. Sociální síť je typická svou dynamičností, neustále se vyvíjí.

Podstatou teorie sociální opory jako faktoru sebeuplatnění podle modelu A. Bandury a jeho sociálně kognitivní teorie učení, je pozorování svého sociálního okolí, způsobů, jakými odměny a tresty fungují a v jakých situacích jsou uplatňovány, a převedení této zprostředkované zkušenosti do vlastního života. Člověk si na základě vysouzeného z pozorování vytváří vlastní vzorce chování, jak získat odměnu a vyhnout se trestu. Jde o tzv. zástupné zpevnování. V procesu socializace si tedy osvojuje způsoby chování, které jsou podstatné pro úspěšné chování ve

společnosti, zvnitřňuje si je a předjímá díky nim vývoj situací, do nichž se dostává. Uplatňují se zde i vnitřní důsledky chování, které mají vazbu na sebehodnocení. Na tomto základě dochází k sebeodměňování (hrdost na sebe sama) i k sebetrestání. Hlavním činitelem socializace je rodina (Nakonečný, M., 1999).

Je na místě zmínit se i o teorii podpůrných sociálních vztahů, jejímž základem je model rodinných vztahů. Je spojena se jmény Pierce, I .G . Sarason a B. R. Sarason, kteří charakterizovali tyto vztahy pomocí míry pomoci, hloubky vzájemných vztahů a míry mezilidských konfliktů. Přitom v rodinách s dobrou podpůrnou funkcí se dá předpokládat i vyšší míra sociální opory u jejích členů a tím pádem i vyšší míra sociální opory obecně vnímané. Obdobný pozitivní vliv se ukazuje i v rámci fungujícího manželství nebo mezi opravdu dobrými přáteli.

Existují i teorie sociální opory jako potřeby uspokojování sociálních potřeb člověka, jakými například jsou potřeba sociálního kontaktu (afiliace), potřeba lásky, potřeba blízkého vztahu, potřeba sociálního připoutání (attachment), potřeba komunikace, potřeba sociální identity a dalších.

7. 3. Nežádoucí sociální opora a "sociální negativita"

O nežádoucí sociální opoře můžeme hovořit v případě tzv. "problematické opory", která s sebou v interakci nese nezájem o druhého člověka, přetvářku, lhaní, zjevné podceňování partnera v interakci.

Jiným případem negativně poskytované sociální opora jsou interpersonální vztahy, jejichž existence a způsob fungování mohou být jak přínosem, tak také ztrátou. Tzv. "sociální negativita" je spojena s negativním dopadem plynoucím ze sociálních interakcí. Může jít o konflikty nejrůznějšího druhu,

o odmítnutí, nesouhlas, kriticismus, projevy útočnosti, přehnané nároky. Nemusí se ovšem nutně jednat o takto zjevný negativní důsledek vztahu. I pozitivní sociální opora se může v konkrétních případech míjet svým zamýšleným a chtěným účinkem : namísto pomoci se pak na základě poskytnuté opory může vytvořit nezdravý vztah závislosti, nebo může zaniknout možnost potřebného a žádoucího řešení konfliktu či problému, při němž měla být poskytována opora právě nápomocná (Kebza, V., 2005).

7. 4. Vliv sociální opory na zdraví a nemoc

7. 4. 1. Sociální opora a nemoc

Základními činiteli duševního zdraví jsou sociální vztahy. Pokud dojde k selhání těchto vztahů, k osamělosti, v důsledku toho k poruchám v sociálních interakcích a dalšímu následnému a již prohloubenému selhávání vztahů, odrazí se tyto problémy na zdraví člověka. Vzniklé konflikty, frustrace, izolace vedou k nežádoucím psychickým a následně i somatickým stavům, které mohou zapříčinit vznik psychické poruchy i somatického onemocnění. Provázanost sociální a klinické psychologie je v tomto momentu zcela zřejmá, a to jak v rámci psychodiagnostiky, tak i psychoterapie (Nakonečný, M., 1999).

Sociální opora je jedna z nejdůležitějších faktorů prevence fyzického zdraví a životní spokojenosti well-being každého člověka, a to už od raného dětství. Sociální zkušenost je zcela zásadní zkušeností a je určující pro formování well-being jedince (Cohen, Willis, 1985). Děti a staří lidé přitom bývají na poskytování sociální opory zvláště citliví. Její absence či její nedostačující míra naznačuje už předem určité znevýhodnění

oproti ostatním. Ve většině případů to může předpovídat zhoršení fyzického a duševního zdraví mezi postiženými.

Počáteční sociální opora poskytovaná v dětství se ukazuje také jako determinační faktor překonávání životního stresu a vyrovnávání se s nepříznivými okolnostmi života. Její přítomnost signifikantně predikuje jedincovu schopnost zvládat stres. Vědomí, že je člověk zhodnocován ostatními, je důležitým psychologickým faktorem pomoci při vyrovnávání se s negativními aspekty svého života a člověk se více orientuje na pozitivní myšlení a na pozitivní vnímání svého okolí. Sociální opora jen nepomáhá zvyšovat osobní životní pohodu, tzv. well-being, ale také působí pozitivně na zdravotní stav člověka a pozitivně ovlivňuje činnost imunitního systému. Je to také hlavní faktor v prevenci takových psychických symptomů, jakými jsou například deprese, úzkost ve svých vývojových počátcích (Corey M.C., 2005).

7. 4. 2. Vhodná a nevhodná sociální opora v nemoci

J. Mareš definuje obtěžující sociální oporu jako "...sociální oporu, kterou si jedinec sám nevyžádal, ani si ji nepřeje; dostává ji v podobě, která mu nevyhovuje; dostává ji v rozsahu, který vnímá jako nadměrný; od lidí, které o ni nepožádal; ve specifických sociálních situacích, které ohrožují jeho potřebu autonomie a autodeterminace, vnímání vlastní zdatnosti, jeho sebepojetí, sebeúcty" (Mareš, J., 2003, s.35).

Opора udržující v nemoci představuje zúzkostňování pacienta, přehnanou péči a obsluhu, nadměrnou pomoc, podporu závislého chování pacienta jako součást svého sebepotvrzení.

Opора napomáhající úzdravě či lepšímu zvládnutí mívá podobu pomoci podle mého, účasti, naslouchání, schopnosti být s nemocným tak, jak to on potřebuje a cítí.

7. 4. 3. Poskytovatelé sociální opory v nemoci

7. 4. 3. 1. Rodina

Základní pocit jistoty a bezpečí se začíná vytvářet už od nejranějšího dětství. Už narozené dítě je vybaveno určitými prostředky potřebnými k navazování psychologické interakce s prostředím, věcmi i lidmi. Postupně se utváří vědomí stálosti objektů a vztahů, vytváří se pevné pouto mezi pečující osobou a dítětem a poskytuje mu prostředí jistoty, lásky i bezpečí. Pocit bezpečí, jistoty, péče se ve zdravém prostředí postupně přeměňuje v pocit vnitřní jistoty dítěte.

Sociální opora poskytovaná v dětství primární rodinou je uváděna jako důležitý prediktor obecného zdraví v následujících letech života a jako prediktor lepšího zvládnání problémových situací. To platí až do období stáří, kdy se například u tak zvaných "nových" důchodců v souvislosti s kvalitní oporou poskytovanou v dětství objevuje méně depresivních poruch a oni se lépe vyrovnávají s negativními zkušenostmi, s nimiž se v životě potkali. Dokáží lépe pomoc poskytnout, ale i přijímat. Nedostatečná sociální opora v dětství pak přispívá k intenzivnějšímu vnímání a prožívání každodenního stresu po celý další život (Corey M.Clark, 2005).

Rodina vytváří nejbližší zázemí. Kvalita rodinných vztahů má vliv na subjektivní prožívání člověka a na přejímání modelu chování, utváření vnitřní jistoty, sebevědomí a sebehodnoty. V jejím rámci začíná docházet k postupnému procesu socializace malého človíčka, jsou zde položeny základy.

Prožitá osamělost v kruhu rodiny se pak většinou proměňuje ve vnitřní celoživotní osamělost. Přestože se jedinec

pohybuje mezi mnoha lidmi, přestože nežije sám, má vlastní rodinu, zaměstnání, zůstává osamělým běžcem. Nepoznal skutečnou blízkost, neumí ji přijímat ani poskytnout. Často pochybuje o sobě samém, o své hodnotě, je nejistý sám sebou a snaží se tuto vnitřní nejistotu vykompenzovat způsobem vlastním svému typu osobnosti a svým možnostem (například být lepší, pilnější než ostatní, být bohatší, výkonnější). Pokud se na své životní cestě potká s nemocí, může ji vnímat jako selhání, potvrzení své nedostačivosti a neschopnosti. Neumí si říci o pomoc a pomoc nabízenou nedokáže přijmout.

Pozitivní přijetí, podpora, pocit sounáležitosti a blízkosti, opravdovost citového vztahu, kterou dokáže rodina poskytnout svému nemocnému členovi, je obrovským darem a má silný léčebný efekt. Pacient cítí sílu svého zázemí, dokáže ji vstřebávat do sebe. Není na boj s nemocí sám. Pro vytvoření takového zázemí je však potřeba velké vnitřní síly jednotlivých členů rodiny, jejich soudržnosti a vzájemné podpory. Pokud tomu tak není, nebo pokud se v rodině nakupí více zátěžových situací najednou, může být nemoc pověstnou poslední kapkou, která už není k unesení.

Rodiče i jiní příbuzní bývají nemocí svého blízkého obvykle zaskočeni. Z počátku pro ně bývá těžké přijmout tuto skutečnost jako fakt, i oni potřebují určitý čas, aby se s ní vyrovnali. Mohou například trpět pocity viny, mohou mít pocit, že něco zanedbali, že přehlédli varovné signály nemoci, případně je podcenili. Snaží se pak svou domnělou chybu napravovat. Zvláště výrazné bývají u psychických potíží a s nimi spojeném suicidálním chování např. ve spojení s projevy deprese, u závislostí, kdy právě ti nejbližší bývají “slepi”. Ale třeba také při náhlém projevu masivního onkologického onemocnění v pokročilém stadiu, kdy mohou vznikat pocity viny v důsledku toho, že včas svého blízkého neposlali na potřebná vyšetření, že podcenili jeho stav, že přehlédli jeho potíže. Pocity viny se dostavují i při projevech dědičných chorob. V rodině se tak

pozornost pacientových blízkých může přesunout od něj a skutečného problému - zvládnutí nemoci - k hledání viníka, k vzájemnému vyčítání a obviňování. Ve svém důsledku mohou tak negativně působit na nemocného a nevědomky mu ublížit. I on totiž může mít pocit viny za to, co ve svém okolí díky svému onemocnění rozpoutal.

Na druhé straně hledání “viníka” patří k normálnímu průběhu procesu vyrovnávání se s nepříjemnou skutečností a jejího postupného přijetí. Problémem ovšem je, pokud proces ustrne právě v této fázi a pokud ho negativně vnímá sám nemocný.

Významný efekt sociální opory poskytované od svých nejbližších byl například zaznamenán u onkologických pacientů. Fungující zázemí a dostatečná opora má pozitivní vliv na zlepšení tělesných funkcí a lepší zvládnutí stresových reakcí (Corey M.Clark, 2005). Ze strany rodinných příslušníků však vyžaduje taková situace obrovskou sílu a značnou míru osobní nezdolnosti. Je potřebné připravit se na vedlejší účinky léčby, na zvládání stavů nevolností, poruch příjmu potravy, na vhodné tlumení bolestí, na zvládání případných psychických potíží pacienta, poruch spánku, depresí a úzkostí. Bohužel často nejsou dostatečně informováni, jak nejlépe zvládat péči o nemocného, jak adekvátně reagovat v náročných situacích a rychle poskytnout potřebnou pomoc. A současně jak pečovat o sebe, jak se vyrovnávat s náročnou situací, jak odpočívat a nabrat sílu (Nezu, A.M., Nezuová, CH.M., Friedmanová, S.H., Faddiásová, S.,Houts, P.S., 2004).

Problematickou se stává opora nejbližších v případě, že tito nemají dostatečné informace o charakteru nemoci a s ní spojených potížích, nedokáží se dostatečně vcítit do potřeb pacienta. Často tomu tak bývá u různých psychiatrických diagnóz, například u depresí, schizoafektivních poruch, ale i poruch neurotického charakteru. Ve snaze pomoci mohou nejbližší depresivního pacienta povzbuzovat, snažit se

zaktivizovat ho za každou cenu, snažit se rozptýlit ho pozvanými hosty či plánovaným výletem. Na jeho uzavřenost, stažení se reagují podrážděně, vyčítají mu, že se málo snaží, že je líný, že se vyhýbá práci. Nemocného tak nevědomky mohou dohnat až do krajnosti ; buď se vzbouří, odežene je od sebe křikem a pak se utápí v pocitech viny, vlastní neschopnosti a zbytečnosti, nebo může zvolit "útěk", který může vygradovat až v řešení tíživé a bezvýchodné situace sebevraždou.

Spíš zátěží než pomocí jsou úzkostní příbuzní, kteří se snaží poskytovat sociální oporu co nejlépe, ovšem její efekt může být zcela opačný, než zamýšlejí. Na pacienta přenášejí nevědomě vlastní strachy a úzkost, s níž se sami neumí vyrovnat jiným způsobem. Situace pak může nabýt paradoxně zcela opačné podoby : pacient utěšuje své blízké, aby nebyli smutní, že to není tak zlé, jak to vypadá, a snaží se je rozptýlit. Své potíže se pokouší skrývat, aby okolí zbytečně nelekal a nezatěžoval. Stává se tak sám sobě oporou. Není-li na blízku jiná důvěryhodná osoba, zůstává tak se svým trápením osamocen.

Samostatnou kapitolou by pak bylo neposkytnutí sociální opory v případě, kdy se rodina distancuje od diagnózy svého blízkého, neboť ji považuje za ostudnou, stigmatizující a pro sebe sama ohrožující. Tento postoj může být ještě zesílen přesvědčením, že si dotyčný může za svou nemoc sám, že si ji způsobil svým chováním, případně že si ji vymýšlí. Jako příklad lze uvést pohlavní choroby, syndrom náhlého selhání imunity AIDS, ale také transsexualitu či jinou psychiatrickou diagnózu spojenou s obavou z vlastní stigmatizace. V úvahu přicházejí i zdravotní potíže a problémy spojené se závislostí na alkoholu, drogách a jiných omamných látkách, i když zde bývá situace obvykle hodně složitá a rodina balancuje mezi opečováváním závislého a jeho naprostým odmítáním. Hodnocení chování nejbližších v tomto případě však nelze zobecňovat, protože u léčby závislosti má odmítnutí opory v určité chvíli a v určité podobě své opodstatnění a přehnaná péče nemocného v jeho

chorobné závislosti naopak udržuje. Neposkytnutí sociální opory však může přetrvávat i v době ukázněné abstinence nemocného. S odmítavým chováním blízkého člověka se lze v některých případech setkat i v souvislosti se zcela běžnou diagnózou, a to v případě, kdy nemoc je pacientovým blízkým brána jako projev nedokonalosti a nedostačivosti a vrhá tak stín na něho samotného. To on má doma toho "nekvalitního" člověka. Postoj nejblížešších a jejich odmítavost pak v mnoha případech komplikuje terapeutický proces.

V rámci fungování složitých mezilidských vztahů v rodině může být poskytování sociální opory, péče a pozornosti i faktorem, který pacienta v nemoci udržuje, a to například u somatoformních poruch. Pomocí tělesných symptomů si pacient říká o péči a pozornost svých blízkých, jeho přetížení, dlouhodobá frustrace, nevyřešené problémy ho mohou přivést k útěku do nemoci. Lékař je i sebe svými zdánlivě závažnými a urgentními somatickými stavy, které mohou například připomínat srdeční selhání. Pokud si vytvoří zkušenost, že tento jeho stav je blízkými vnímán jako ohrožující a že se mu dostává nevídané pozornosti, nechce o ni přijít. Toto se obvykle odehrává nevědomě. Opora blízkých se může stát v tomto případě faktorem přitěžujícím.

Rodina se ukazuje jako nejsilnější činitel sociální opory, její charakter je už od dětství určující pro pocit jistoty a sebejistoty, pro vytváření sebehodnoty a pro vytváření a posilování schopnosti zvládat zátěžové situace.

7. 4. 3. 2. Přátelé

Role přátel je důležitá v každém věku. Silně ovšem vystupuje do popředí v období adolescence, kdy skupina vrstevníků je velmi preferovanou. Pokud pacient této věkové

kategorie nenachází dostatečnou sociální oporu v rodině, může mu ji podle závěrů provedených výzkumných šetření alespoň zčásti nahradit právě opora poskytnutá vrstevníky a může tak pomoci předejít depresivním a úzkostným poruchám, které jsou pro tento citlivý věk typické (Corey, M.Clark, 2005), a to i bez zátěže způsobené nemocí. Velkou roli hrají přátelé i v době, kdy stárnoucí člověk odchází do starobního důchodu, zvláště v případě, kdy zůstane sám bez partnera. Jeho děti jsou v té době ještě v aktivním věku, zaměstnaní, a i když se snaží pomáhat a poskytovat sociální oporu svému rodiči, může se dotyčný cítit osamocen.

V případě, že nefunguje pozitivní sociální opora ze strany rodiny, ať už je důvod jakýkoliv, nastupuje na její místo obvykle pomoc přátel, pokud existují, a může se rodinné pomoci téměř a někdy i zcela vyrovnat. Pokud jde o opravdový přátelský vztah, může se nemocný se svými strachy či intimními problémy svěřit právě příteli či přítelkyni. Někdy tak učiní raději i v případě, že má rodinu. Například proto, že si dovolí být více otevřený a nenechá se tolik svazovat obavou, zda svými stesky nepřidělává další zbytečné starosti rodičům, partnerovi, případně dětem. Nebo proto, že u přítele nachází v této záležitosti větší pochopení.

Pokud není vztah mezi přáteli tak důvěrný, nebo pokud nemá pacient potřebu svěřovat se, postačí mu mnohdy sociální opora, která může mít podobu běžného přátelského kontaktu, návštěvy v nemocnici, doma, společnosti na procházce či doprovodu k lékaři. Nemocnému se tak dostává rozptýlení, ale i pomoci například při domácích pracích, které v tu dobu není sám schopen vykonávat. Cenná je i možnost požádat o služby, jakými může být zalívání květin po dobu nepřítomnosti v důsledku hospitalizace nebo péče o psa.

Pozitivní efekt má už jen samotné vědomí, že pacient není sám, že neupadl v důsledku své nemoci v zapomnění a i pro své širší okolí je plnohodnotnou osobou. Zvyšuje se tak nevědomě i

jeho vlastní pocit sebehodnoty.

7. 4. 3. 3. Lékař a ošetřující personál

O vztahu lékaře a pacienta se hovořilo už výše (viz kapitola 3.1.).

V souvislosti s diagnostikováním potíží nemocného obvykle bývá lékař osobou prvního kontaktu. To on sděluje diagnózu, podává informace o charakteru nemoci, navrhuje potřebnou terapii, sděluje prognózu. K němu se obvykle upíná naděje na uzdravu, on je tím zázračným "kouzelníkem". Pacient si velmi často neuvědomuje, že i lékař je jen člověk, možnosti medicíny jsou omezené a prognózy ohledně nemoci a stonání jsou ovlivněny mnoha faktory a mají pravděpodobnostní charakter. Přistupuje k lékaři často jako k všemocnému a vševědoucímu. Jako k tomu, kdo ví, umí a může. A někdy se na něho i zlobí, když nedokáže zázraky.

Kontakt s lékařem může už od počátku velmi pomoci. Nejsnáze se naváže, pokud lékař dokáže poslouchat pacienta, naslouchat mu, pokud dokáže dát najevo svou účast, pochopení, pokud je otevřený k emocím pacienta. Nepostřehne-li pacientovy citové reakce a soustředí-li se jen na tělo, snižuje tak nevědomě účinnost léčby, kterou stanoví. Naopak poskytne-li pacientovi dostatečný prostor, už samotná pozornost lékaře, přijetí, pochopení působí na pacienta příjemně a na jeho zdraví blahodárně. Nehledě na to, že se tak lékař má šanci dozvědět o nemocném mnohem více a klinický obraz jeho potíží je rázem úplnější. Pokud má nemocný dostatečný prostor na dotazování se, dostává tak od něj lékař zpětnou vazbu a má tak šanci zjistit, jak dobře pacient rozumí tomu, co mu právě o jeho zdravotním stavu a nemoci sdělil. Slovník lékaře je totiž velmi často plný odborných termínů a slov lékařského žargonu, kterým pacient

nerozumí nebo alespoň ne úplně. Nedorozumění, nepochopení může pak vést ke zbytečným komplikacím, a to ne pouze v komunikaci.

Způsob komunikace mezi pacientem a lékařem se může stát velkým pomocníkem při léčbě, nebo naopak prvkem, který ozdravný proces může brzdit či mu minimálně nenapomáhat. Je nutné, aby se lékař vyladil na pacienta, ne vyžadovat nebo předpokládat opak.

Pokud přistupuje lékař k pacientovi jako ke svému pracovnímu, případně výzkumnému materiálu, a ne jako ke člověku, jehož sužují zdravotní, ale i jiné potíže a těžkosti, jako k živé, cítící a myslící bytosti, negativně se tato skutečnost odráží nejen na vztahu pacient - lékař, ale i na úspěšnosti léčby. Vztah mezi lékařem a nemocným, který bude postrádat důvěru, může být poznamenán i strachem. Pokud je pacient úzkostný, může jeho tenzi kontakt s takovýmto typem lékaře ještě zvětšit. Není tedy stresován jen bolestmi a potížemi, s nimiž je jeho onemocnění spjato, ale i osobou, která by mu podle očekávání měla dopomoci k úlevě. Ze strachu může navíc pacient zamlčet řadu významných skutečností, které mohou mít podstatný vliv na jeho chorobný stav a o nichž se lékař nic nedozvěděl. Může i podcenit příznaky své nemoci.

Lékař se může nechat strhnout vlastním procesem léčení a svými osobními ambicemi, které se v něm mohou realizovat. To se pro něho v určitou chvíli může stát důležitější než samotný nemocný člověk. Může být například podrážděný, když se léčba nedaří, a jeho rozlada se může odrazit i na jeho vztahu k pacientovi, případně se promítnout do vztahu k pacientovým blízkým, kteří o něj pečují, a to aniž by si toho byl vědom. Snaží se přeci svou práci dělat co nejlépe. Zaznívají pak i slova typu: "Co jste to dělal? Co s ním proboha děláte? Co bylo tohle za hloupost?..." Tímto způsobem se prohlubuje pacientova nejistota, úzkost, strach. O zaujatosti procesem terapie hovoří K. Kopřiva jako o uzavřené mysli (Kopřiva, K., 1997).

Profesionální přístup k pacientovi by v sobě měl zahrnovat podle etického kodexu i poskytnutí sociální opory odborníka, ale současně by neměl by překračovat hranice tohoto "pracovního" vztahu. Nicméně dokonalá profesionalita někdy uzdravení nezaručí, spíše uzdraví vstřícný člověk, než chladný a odměřený "profesionál". Překročení hranic a porušení pravidel přenosu se podle názoru lékařky Remenové v některých případech může ukázat jako důležité. Spontánní dotyk, objetí, informace o některých osobních záležitostech, o svých zkušenostech může napomoci vytvoření větší blízkosti a může se ukázat jako velmi prospěšné (Remen, R. N., 2007). Nesmí ovšem pro lékaře znamenat splynutí s pacientem; aby mohl pomoci, nesmí být takový vztah řešením jeho vlastní vnitřní potřeby "být potřebný, abych nebyl sám", musí i v tomto případě zůstat sám sebou. Splynutím s pacientem by se psychicky ztotožnil s jeho stavem nouze, bolesti a zoufalství a neměl by sílu mu pomoci (Kopřiva, K., 1997). Obrazně řečeno : Je tedy na místě, aby se s pacientem dokázal procházet po dně, aby ho provázal, nicméně on sám nesmí zapomenout, kudy vede cesta ven. Nesmí zabloudit. Kromě toho je profese lékaře či jiné pečující osoby spojena s velkými nároky na zvládání zátěže a stresu, s nebezpečím velkého emočního přetížení, které se může při svém chronickém trvání projevit jako tzv. syndrom vyhoření (Křivohlavý, J., 1998). Je nutné znát své hranice pomoci a ty zachovávat.

Pro osoby, které poskytují profesionální pečovatelské služby a které mají za součást svého pracovního vztahu i vztah lidský, tedy i pro lékaře, je nesmírně cenná možnost supervize. Prokonzultování chování problémového pacienta, problémového osobního vztahu k němu, problematické diagnostiky, neuspokojivého procesu terapie a potíží spojených s přenosem (zaujatosti, averze či přílišné náklonnosti, splynutí aj.) je možné prodiskutovat v rámci různých kazuistických seminářů. Specifickým příkladem jsou tzv. bálintovské skupiny či setkání.

Zakladatelem tohoto způsobu práce byl Michael Bálint,

který ve 40. letech 20. století na tavitocké klinice v Londýně začal organizovat setkání praktických lékařů za účelem psychoterapie jako supervizní a výcvikové metody (Balint, M., 1999). Na jednotlivá sezení přicházeli se svými případy z praxe a společně je rozebírali. Pozornost byla věnována především vztahu lékař - pacient, jeho emoční a složce, motivaci chování, přenosových a protipřenosových mechanismů, které mohou mít vliv na průběh a kvalitu léčby (Kratochvíl, S. , 1997).

Problémem současné medicíny a dnešní doby obecně je silný tlak na výkonnost, na čas, na peníze. Zavádění tržních vztahů do lékařské profese, rozhodování z moci úřední o zdraví a nemoci ze strany úředníku zdravotních pojišťoven, pro něj je pacient jen číslem, položkou, přebujelá byrokracie, s níž se lékař ve své ordinaci musí denně potýkat, vytvoření prostoru pro poskytnutí dostatečné sociální opory nepřeje. Může tak vzniknout dojem, že samotné léčení je jen vedlejším produktem jiné, nadměru důležité činnosti.

Lékař ovšem není jen ten, který dává. I on, je-li vnímavý ke svému okolí a k pacientům, může být skrze ně duchovně obohacován. (Vymětal, J., 1994)

S podobnými úskalími poskytování sociální opory pacientům se setkává i ostatní ošetřující personál, psychologové, psychoterapeuti, pečovatelky. Specifičnost jejich práce se na tomto procesu pochopitelně odráží a pozměňuje jej, ale podstata zůstává stejná.

7. 4. 3. 4 Zaměstnavatel a kolegové na pracovišti

Sociální opora ze strany kolegů v zaměstnání je pro nemocného v aktivním věku důležitá, především jedná-li se o dlouhodobější léčení nebo potíže chronického charakteru. Pro

vlastní pocit sebehodnoty pacienta je vědomí, že není odepsán, že se s ním počítá, že se má kam vrátit, velmi podstatné. Zvlášť důležité je v okamžiku, kdy se pacientovi nedostává dostatečné opory od jeho nejbližších nebo v horším případě vůbec žádné opory a například jeho partner na něj hledí jako na fluktuanta, který se vyhýbá odpovědnosti a bezdůvodně se povaluje. Návštěva, telefonát nebo jiná forma projeveného zájmu je povzbuzením a má sebezpotvrzující význam. Nemocný neztrácí kontakt se svým původním prostředím z časů předchorobí. Kromě toho mu kontakty se známými poskytují i rozptýlení, zábavu, ukrácení dlouhé chvíle. Je vytržen z jednotvárnosti dnů strávených stonáním, může na ně alespoň na chvíli zapomenout a být účasten toho normálního života "tam venku".

Jako velmi silný může být pociťován moment, kdy se zaměstnavatel dozví o charakteru zdravotních potíží svého podřízeného, které by šlo zařadit do kategorie "stigmatizující" (např. psychiatrická diagnóza), kde figuruje strach a obava z toho, co se může stát, či "velmi obtěžující" (např. epilepsie, poruchy imunitního systému, onkologické onemocnění), kde se dá předpokládat zvýšená nemocnost, snížená výkonnost a podobně, a přesto se snaží dotyčnému člověku vyjít vstříc a upravit pracovní podmínky jeho možnostem (zkrácení pracovního úvazku, pružná pracovní doba, práce domů). Může vlastně jít o poskytnutou oporu ze strany autority.

Pokud se zaměstnavatel snaží pracovní poměr ukončit, dává tak pacientovi jasný signál, že pro něj, potažmo obecně pro své okolí, je už k nepotřebě. Potvrzuje tak pochybnosti, které o sobě nemocný člověk v souvislosti s nemocí může sám mít. Pocity zbytečnosti, bezmoci, úzkosti mohou přerůst až do skutečné deprese. Ta pak komplikuje průběh celého stonání. Navíc v pacientovi roste obava, zda je vůbec schopen návratu do normálního aktivního života. Čím déle trvá jeho pracovní neschopnost, tím menší je odvaha vrátit se zpět; větší jsou úzkosti a obavy z budoucnosti. Výrazně klesá sebedůvěra a

sebevědomí nemocného, postupně se vytrácí vědomí vlastní hodnoty. Pokud má pacient dostatečnou oporu od svého rodinného zázemí, nemusí mít následky ztráty zaměstnání tak "katastrofické" následky. Není-li tomu tak, je situace výrazně horší. Problém nastává i u mužů, kteří na rozdíl od žen ve většině případů nepečují o domácnost a děti. Domácí práce pro ně nemohou kompenzaci zaměstnání, byť alespoň dočasnou, takže ztrátu zaměstnání nesou obvykle ještě hůře.

Samostatnou kapitolou jsou ovšem lidé, kteří se práci cíleně vyhýbají a vědomě předstírají chorobu, např. bolesti páteře, bolesti hlavy, ale třeba i úzkosti, depresivní potíže. Pro ně je často hnacím motorem získání invalidního důchodu, jejich pozornost a snahy se ubírají pouze tímto směrem. Nebo může jít o člověka s profesí, pro níž je typická sezónní práce (např. různé stavební profese či zemědělské práce), který se pomocí nemoci snaží v klidu přečkat jen zimní období útlumu prací. Ztráta zaměstnání v důsledku "choroby" nepředstavuje pro tuto kategorii "nemocných" trauma.

7. 4. 3. 5. Kněz a víra

Při setkání s vlastní nemocí, s ní spojenou křehkostí, zranitelností, nemohoucností či beznadějí se začíná většinou pacientovi měnit žebříček hodnot. Uvědomí si konečnost lidské, tedy i vlastní existence. Více přemýšlí o životě, o smrti, o osudu. Chce pochopit, proč právě on je nemocný, proč právě jeho potkaly problémy. Často tuto skutečnost vnímá od života jako nespravedlivou křivdu.

Věřící člověk se obrací k Bohu, aby mu dal sílu obstát v této zkoušce. Bolest, trápení snáší patrně s větší pokorou a trpělivostí, necítí se tolik opuštěn a zrazen osudem, doufá. I on se s nemocí vyrovnává postupně, ale vlivem víry v cosi, co jeho

samotného přesahuje a přesahuje i hmotný svět, probíhá toto vyrovnávání se o něco snáze. Oporou se mu stává samotná víra.

Opora k němu přichází i skrze představitele církve, kněze, který je prostředníkem mezi Bohem a věřícím člověkem. Kněz se může stát průvodcem nemocného, jeho lékařem, důvěrníkem i rádcem, člověkem, který mu poskytne útěchu a oporu. Může být tím, kdo napomůže smíření se sebou samým, přijetí sebe sama, i když nedokonalého. Pomoci může nejen jemu, ale i jeho blízkým.

Mnozí pacienti, kteří byli a jsou nuceni konfrontovat se s vážnou diagnózou, s postižením, chronickým onemocněním, jež jim sužuje život, nacházejí víru a Boha až po této zkušenosti, nebo spíše právě díky ní. K setkání s vírou je může přivést buď vlastní hledání smyslu, vysvětlení, nebo jiný člověk, s nímž se v této době třeba zcela náhodně potká a který ho osloví svým přesvědčením. K víře ho může dovést jeho vlastní potřeba lásky, přijetí, pochopení a blízkosti. Roli může hrát i komunitní prožitek pospolitosti. Význam jistě hraje i prožitek pokory a odevzdanosti, s jakou je možné přijmou své trápení, a odpuštění světu, ostatním lidem, ale především sobě samému.

Víra ovšem nemusí být jen institucionalizovanou záležitostí v rámci konkrétního společenství lidí. Může mít podobu zcela individuální, silně pocitovou a ostatním těžko sdělitelnou. Obvykle jde o hluboce intimní a niternou záležitost. Může se jednat o pocity vázané k univerzu.

Na druhé straně je víra spojena s nebezpečím fanatismu, sektářství, které může škodit. Ve jménu lásky a pravdy jsou mohou tak být páčány doslova zločiny na sobě i blízkých. Ovšem fanatismus má v oblasti náboženství (stejně jako v kterékoliv jiné oblasti) se svým původním smyslem máloco společného. Problémem ovšem zůstává skutečnost, že člověk v tísní, zúzkostněný strachem o své zdraví, život a existenci vůbec, je vůči manipulaci ze stran rozličných podivínů a "náboženských" fanatiků velice vstřícný a vnímavý. Jsou sekty,

které cíleně vyhledávají momenty, kdy se člověk ocitne v tíživé situaci, aby jej tak snáze získaly pro sebe.

7. 4. 3. 6. Léčitelé

S vírou je spojena i další skupina lidí, která se může stát sociální oporou nemocného a která je v posledních desetiletích často vyhledávána. Jde o lidové léčitele, kteří proklamují své mnohdy přímo zázračné léčitelské schopnosti. Heslo "věř a víra tvá tě uzdraví" se zde uplatňuje ve velké míře. Je problém vyznat se v té spleti lidí s výjimečnými uzdravnými schopnostmi. Jsou mezi nimi jistě jedinci nadaní určitou citlivostí a vnímavostí, s níž se běžně u lidí není možno setkat, jsou mezi nimi lidé, kteří skutečně znají účinky léčivých rostlin a dokáží je používat, kteří ovládají alternativní léčebné metody, ale je i řada těch, kteří důvěry lidí zneužijí.

Poskytnutá naděje, víra v uzdravení, potvrzení nároku na potíže, které člověka sužují a pro něž se dosud nenašla žádná diagnóza nebo funkční terapie, to vše dává léčitelství obrovskou sílu. Přijetí, pochopení a potvrzení opravdovosti potíží, jejich legitimizace, prožitek této skutečnosti bývá silnější než rozum. Někteří pacienti se závažnými diagnózami a velmi nepříznivou prognózou se pak často svěřují raději do péče těchto léčitelů, ale i rozličných "vizionářů zdraví" a vyhýbají se medicínské léčbě potřebné k přežití. Lékaře vyhledávají obvykle v okamžiku, kdy už je pozdě na jakoukoliv možnost záchrany.

7. 4. 3. 7. Svépomocné skupiny a sdružení pacientů i jejich blízkých

Velkou oporou především chronicky nemocných lidí se v posledních desetiletích stávají různá sdružení pacientů a jejich blízkých, která se snaží lidem s konkrétní diagnózou či s konkrétním druhem potíží pomoci a podpořit je. Nemocní si navzájem mohou svěřit své strachy, úzkosti, trápení, která nechtějí řešit se svými blízkými, aby je zbytečně neděsili.

Pomáhají radou i předanou zkušeností i osobám, které o nemocné pečují. Snaží se jim co nejvíce zpřístupnit jejich vnitřní svět, což je nesmírně cenné, neboť právě ti nejbližší proměnám nemocného nemohou často uvěřit a pochopit je. Jeho současnou podobu stále srovnávají s obrazem, jaký si uchovávají v paměti z minulosti, a do té samé podoby ho chtějí dostat zpět, což se jim nedaří. Tím, že od ostatních podobně postižených slyší, že nejde o nic výjimečného, že řada projevů chování pacienta není schválností, může se ulevit jim i těm, s nimiž žijí a o něž pečují. V současném světě internetu je možné právě prostřednictvím internetových stránek získat velmi snadno cenné informace a kontakty na různá odborná pracoviště zabývající se konkrétní diagnózou. Pacienti si prostřednictvím internetové komunikace mohou sdělovat své vlastní zkušenosti s nemocí, mohou se podělit o svůj strach, ale i o svůj způsob zvládání každodenních problémů.

Komunitní pocit, který se v rámci takových společenství vytváří, může mít výrazný pozitivní dopad na zdravotní stav jedince a jeho přístup k nemoci. Najednou není sám, výjimečný, osamělý, ale poznává i jiné lidi se stejnými či podobnými potížemi. Poznává, jak oni zvládají život s nemocí, s jakými starostmi se potýkají. Cítí, že oni jeho vlastnímu trápení rozumějí, což ještě zesiluje pocit : Nejsem na to sám. Má srovnání a možnost čerpat sílu od jiných takzvaně nezdolných

pacientů, může ho posílit i vědomí, že na tom jsou někteří hůře, a přesto fungují. Ale i naopak může potkat lidi s menšími potížemi, kteří jsou nemocí zlomeni více než on, což může posílit pocit jeho vlastní nezdolnosti. Poznává, že nemocí život nekončí. Nabízí se mu řada společenských aktivit, možnost účastnit se různých setkání, rehabilitačních pobytů, výletů, návštěv kulturních akcí. Může znovu pocítit, že žije.

Člověk, který se svou nemocí není vnitřně srovnán, nebo introvert, jemuž společnost nikdy mnoho neříkala, se takovým sdružením ale s největší pravděpodobností vyhne. Zvláště u diagnóz s progresivní prognózou může být důvodem tohoto vyhýbání strach z konfrontace se stejně nemocným člověkem, jehož zdravotní stav je už velmi špatný, a tedy konfrontace s vlastním strachem z budoucnosti.

Příkladem takových sdružení a svépomocných organizací mohou být Anonymní alkoholici, Alzheimerovská společnost, Společnost Parkinsonovy choroby, Svaz diabetiků, Reska pro pacienty s roztroušenou mozkomíšní sklerózou a mnoho dalších.

Specifickým způsobem pomoci jsou vytvořená chráněná pracovní místa a chráněné dílny pro lidi se zdravotním postižením různého charakteru, například "Chráněné dílny Fokus" pro pacienty s psychickými problémy.

7. 4. 3. 8. Osobní asistent a asistenční služba

Prvkem, který se v péči o nemocné objevuje až v posledních desetiletích, jsou také osobní asistenti a asistenční služby. Jsou velkou pomocí pro lidi s těžkým zdravotním postižením, pro imobilní pacienty, kteří se neobejdou bez pomoci druhých, a pokud jim je tato pomoc z různých důvodů odepřena, musí svůj život trávit v léčebnách a ústavech.

Rozsah poskytovaných služeb je rozmanitý podle potřeb

pacienta i jeho rodiny a také podle charakteru onemocnění. Osobní asistenti se stávají nejen pomocníky, ale také společníky nemocného. Kromě naplňování základních životních potřeb (jídlo, pití, toaleta, hygiena, úprava prostředí, pohyb, ...) naplňují i potřeby sociální (styk s lidmi, doprovod, vzdělání, zaměstnání, ...).

Kompenzují tak postižení pacienta způsobené jeho nemocí a umožňují mu žít ve vlastní domácnosti životem, který se blíží běžnému standardu.

7. 4. 4. Získávání a kultivace sociální opory

Tým pracovníků americké kliniky Mayo se pokoušel vytvořit na základě výsledků svých výzkumů následující doporučení pro kultivování vlastní sociální sítě a dospěl k následujícím závěrům :

- i přes potíže spojené s nemocí je důležité neuzavírat se před světem, ale zůstat s ním v kontaktu; to znamená nevyhýbat se rodinným sešlostem, přátelům, spolupracovníkům, zvedat telefony, odpovídat na dopisy, přijímat pozvání na návštěvy, pokud to zdravotní stav a léčebný režim dovoluje ;

- neuzavírat se do své nemoci, zajímat se o dění kolem sebe;

- umět říci ne v případě, že něco nechci, a nemít z toho špatný pocit;

- nebýt závistivý a soutěživý ;

- být dobrým posluchačem; to je pro přátele důležité, možná člověk zjistí, že má více, než si myslí;

- přijímat výzvy, kterých se člověku od života dostává, nebát se změny, hledat cesty ke zlepšení svého života, ale nezahlit se "novým", brát v úvahu své síly a možnosti;

- oceňovat rodinu a přátele a dát jim na vědomí, jak rád

člověk je, že je má (kol., MayoClinic, com, 2006).

Seznámit se s novými lidmi, získat nové známé a přátele znamená neuzavírat se, neizolovat se a dívat se kolem sebe – to je to, co může pomoci. Nový kontakt jde navázat například při venčení psa s ostatními pejskaři, v zájmovém klubu či spolku, jejichž setkání začne člověk navštěvovat. Společný zájem, společná činnost sblíží. Je také možné věnovat se studiu, rozšiřovat si své vědomosti a například si tak vytvářet půdu pro své další možné pracovní uplatnění (např. v případě, že se ze zdravotních důvodů není možné věnovat svému původnímu povolání). Rozšířit svou sociální síť lze i díky svým stávajícím přátelům a známým, jejich prostřednictvím je možné seznámit se s někým jiným.

Uplatnit se lze i v různých dobrovolnických organizacích a sdruženích. Ale dobré je také jen tak popovídat se sousedem (kol. MayoClinic.com, 2005).

Pokud nemocný člověk nemůže chodit ven na procházky a je nucen zůstat doma, je jeho kontakt s lidmi výrazně ztížen, ovšem není nemožný. Existuje například možnost internetové komunikace například pomocí chatu. Může tak poznat řadu nových lidí, kteří se rovněž cítí sami a hledají společnost. Starším lidem je však tento způsob komunikace až na výjimky cizí, zůstává jim možnost telefonického či písemného kontaktu či příležitostných návštěv.

7. 5. "Co mi pomáhá"

Kromě blízkých lidí, přátel, lékařů a ošetřujícího personálu, kromě víry, různých svépomocných spolků a organizací pro lidi se zdravotním postižením lze mezi samotnými pacienty nalézt řadu nápadů, jak zvládat život s nemocí. Odráží se v něm

individualita člověka, jeho osobnost, šíře sociálního zázemí, jeho zájmy a možnosti.

Ohrožení, které pacient v souvislosti s nemocí prožil, může zásadně změnit jeho přístup k sobě, k okolí, ke světu. Může zjistit, že nemá význam trápit se zbytečnostmi, protože jeho čas je příliš drahý. Jeho trápení mu může natolik změnit pohled na svět a všední každodennost, že se pro něj vlastně každý nový den stává svátkem. Je rád, že žije, že je mu dopřáno ještě vnímat svět kolem sebe, jeho barvy, zvuky, vůně. Jako by se vrátil zpět do časů dětství, kdy objevoval svět a vše obyčejné a samozřejmě bylo pro něho nové. Jako by prožil jakési "znovuzrození". Vědomí, že smí ještě žít, pro něho může být zdrojem pozitivní energie, z níž čerpá sílu. Důležitost jeho sociální opory pro něho samotného to nezmenšuje, jen úhel pohledu na svět a život je poněkud jiný a zdá se, bohužel, že ne příliš obvyklý. Jde o radost z bytí.

Důležitým průvodcem nemocí je určitě humor a dobrá nálada. I na oddělení pro vážně nemocné se najde nějaký "šprýmař", který se legrací brání dopadům své nemoci a potíží s ní spojených. Možným důvodem je fakt, že kdyby zdvihl stavidla nářků, lamentací a pláče, mohl by ho ta vlna lítosti smést.

Častým pomocníkem nemocných bývá pes, kočka či jiné zvíře co by společník. Může se jednat o speciálně cvičená zvířata pro vhodnou formu asistenční pomoci, například vodící psy pro silně slabozraké a nevidomé. Využívání jsou například psi cvičení pro provádění canisterapie, koně určené pro hipoterapii. Blahodárně mohou působit ale také běžní domácí mazlíčci, jejichž přítomnost a bezprostřední kontakt s nimi má pozitivní vliv na zdravotní stav člověka. I zvíře, které neprošlo speciálním výcvikem, poskytuje nemocnému svou společnost, naplňuje jeho potřebu blízkosti, pochopení a bezvýhradného přijetí. Může fungovat i jako důvěrník, lze si mu postěžovat se svým trápením. Zároveň ho však aktivizuje, neboť vyžaduje pozornost a

každodenní péči v podobě krmení, venčení, nezbytné hygieny a pochopitelně i ono potřebuje kontakt. Vztah funguje recipročně. Navíc se může stát i zprostředkovatelem kontaktu s jinými lidmi. Především u osamělých lidí má kontakt se zvířetem velký význam. Důležitý je ovšem i pro lidi starší nebo chronicky nemocné, tedy ty, kteří sice žijí v rodině, ale většinu času tráví sami, protože ostatní členové rodiny jsou zaměstnaní a tím pádem často mimo domov.

Mnohým z pacientů pomáhá i kontakt s přírodou - procházky, pozorování přírodního dění, čerpání energie ze stromů, relaxace v šumu lesních stromů, ale třeba i péče o pokojové rostliny nebo podle možností drobné práce na zahradě. Péče o rostliny svým způsobem připomíná péči o zvíře. Částečnou náhradu kontaktu s přírodou představují například i různé nahrávky přírodních zvuků, skutečných nebo uměle vytvořených pomocí zvukové techniky, které jsou určeny k relaxaci. Skutečný pobyt v přírodě ale nenahrazují.

Účinným společníkem a pomocníkem při zvládání nemoci může být i příběh, jeho filmová i literární podoba, v němž se může pacient najít, ztotožnit se s hrdinou, potkat se s někým jiným, byť fiktivním, který prožívá to samé, co on. Nachází tak spojence, který ho chápe. Takový prožitek mu může poskytnout pocit legalizace jeho niterných prožitků a potřeb, prožitek normality. Zároveň mu může nastavit zrcadlo jeho vlastního chování, které v určitém aspektu může být vůči okolí problémové a které by jinak člověk sám u sebe těžko detekoval. Knižní podoba příběhu má oproti filmovému zpracování obrovskou výhodu, a sice v tom, že čtenář má více času na to, aby příběh skutečně prožil, že se může podle potřeby zastavit či vrátit zpět, popřemýšlet, a přitom mu nic neuteče. Beletrie však může fungovat i jako výborná relaxace, která poskytne rozptýlení, pobaví a rozesměje. Pozitivní vliv může mít i memoárová literatura nebo autobiografie různých významných osobností, kde může působit efekt autority, ale i obyčejných lidí,

kteří se ocitli v náročné životní situaci. Existuje i mnoho různých příruček, které se soustředí na pomoc člověku v tíživé situaci, i některé z nich mohou být zdrojem úlevy a posílením pocitu, že vlastní strachy a pochybnosti nejsou ojedinělé, posílením pocitu “nejsem sám.”

Pomocníkem sobě samému a následně i ostatním může být i pacient sám, a to v případě, že se mu podaří podělit se o svůj osud s ostatními například tím, že on sám napíše svůj příběh, svou knihu života. Pro něho samého to může být jeden ze způsobů psychoterapie a psychohygieny, kdy se podělí o své trápení a možná i během psaní nalezne sílu k dalšímu životu, objeví jeho smysl. Přestane si připadat zbytečný (Alexa, J., 2002; Gordonová, B., 1993; Greenbergová, J.,1998 ; Murphy, R.F., 2001; Němec, R., 1993; Rencová, B., 2006) . Podobný úzdravný efekt může mít i jiná tvořivá činnost.

Pasivním zprostředkovatelem kontaktu se světem mohou být i sdělovací prostředky. Řada pacientů sleduje televizní programy nebo poslouchá rádio a krátí si tak dlouhou chvíli. Aktivnější podobu kontaktu představuje internet, internetová pošta a také možnost "povídání si "po internetu v podobě chatování.

8. Nástin možností psychoterapie při vyrovnání se s nemocí a úzdavě

Samotný rozhovor s lékařem by v sobě měl obsahovat prvky rozhovoru psychoterapeutického, aby tak mohl přinášet alespoň do určité míry pacientovi úlevu, dát mu pocit přijetí a pochopení. To ovšem nebývá samozřejmé, stává se, že z ordinace odchází nemocný ještě více frustrován, než byl před její

návštěvou. Přijetí, poskytnutá empatie a sdílení těžké životní situace by mělo v každém případě neodmyslitelně patřit k návštěvám v ordinaci každého lékaře bez ohledu na jeho specializaci. O kontaktu lékař - pacient je psáno v samostatných kapitolách (viz výše kap. 3.1. a kap.7. 1. 3. 3.).

Pokud je to možné a technicky proveditelné, je u pacientů s dlouhodobou či chronickou nemocí na místě individuální, případně skupinová terapie v rámci denního stacionáře nebo pravidelných setkání. S její pomocí se pacient snáze vyrovnává s nemocí a zdolává úskalí s ní spojená. Je mu nabídnuta možnost porozumět svému životnímu příběhu a poskytnuta pomoc při hledání směru své další životní cesty. V podobě terapeuta získává jakéhosi osobního průvodce. V rámci skupinové psychoterapie se dostává člověku více zpětných vazeb i od ostatních účastníků, má šanci dozvědět se více o sobě, ale i o druhých, kteří se dostali do podobné situace.

Psychoterapie je použita jako samostatná léčebná metoda, například u lidí s psychickými poruchami či nemocemi, ale také jako podpůrná léčba při řadě tzv. somatických onemocnění.

Psychické problémy se nezřídka stávají spouštěči nemocí a v rámci psychoterapie se s nimi lze potkat. Zároveň se nabízí možnost lepšího vyrovnání se s nemocí samou, s rolí pacienta a podobně. Zvláště v malých městech je ovšem možnost systematické terapie obtížně dosažitelná. Možnou alternativou řešení je pak intenzivní psychoterapie spojená s hospitalizací, např. na psychoterapeutickém oddělení PL Kroměříž, určené k léčbě poruch neurotického spektra. Se špatně "zvládnutou" rolí maroda jdou neurotické potíže ruku v ruce.

Jedním ze způsobů řešení zdravotních problémů a snah o jejich nápravu nabízí model rodinné terapie u psychosomatických poruch zdraví. "Rodina je základní přirozená sociální skupina, která má rozhodující a nezastupitelný význam pro růst a vývoj lidského jedince v aspektech biologických, psychických a sociálních" (Baštecký, J., Šavlík, J., Šimek, J.,

1993, s. 56). Z tohoto základního poznatku vyplývá, že pro rozkrytí podstaty poruchy zdraví, pro její lepší pochopení hraje důležitou roli znalost rodiny, do níž pacient patří, jejích členů, vazeb mezi nimi, způsobů vzájemné komunikace či nekomunikace a seznámení se s okolnostmi a způsobem vzniku nemoci.

Zdravý obraz rodiny představuje v podstatě homeostázu zachovávající prostředí, které se pružně vyrovnává se změnami, jež život přináší. Je přístupné změnám, je schopné vyrovnávat se se zátěží a reagovat na ni jako celek. Základní pocit soudržnosti a bezpečí zůstává zachován, i když dochází ke změnám. Vznik nemoci u jednoho ze členů rodiny bývá často spjat s nevyřešeným konfliktem, se záměrným potlačováním negativních emocí, aby byl zachován klid v rodině. Onemocní obvykle člověk, který se nejvíce snaží o kompenzaci celé rodiny jako systému a o zachování její stability. Nemoc v takovém případě často odvádí pozornost jiným směrem a je v podstatě zástupným problémem, který se aktuálně nabízí k řešení a neohrožuje rodinu jako jednotku. Z toho důvodu existuje předpoklad, že řada poruch zdraví není dobře léčitelná bez ovlivnění prostředí, v němž nemocný žije. Tento způsob práce však není možné užívat univerzálně ve všech případech.

Psychoterapeutický rozhovor bývá nabízen i v rámci rehabilitačních a rekondičních pobytů.

Specifické místo zaujímají různá sdružení, která do svých nabízených služeb rovněž zařazují terapeutická setkání a v jejich rámci nabízejí arteterapii, psychoterapii, osvojování si technik relaxace a podobně. Přínosem jsou jistě skupinová setkání pacientů se společnou diagnózou. Jako významný se ukazuje například efekt setkávání lidí s onkologickým onemocněním (Tschuschke, V.,2004).

Na okraji zájmu obvykle zůstává psychoterapeutická pomoc pro osoby pečující. Většinou se jim jí dostává až v okamžiku, kdy přestanou situaci zvládat, sami začnou mít

problémy a přicházejí v roli pacientů. Prevence v tomto kontextu bohužel funguje minimálně. Přitom by se díky ní mohlo předcházet řadě stresujících situací a problémům, které se v souvislosti s nezvládnutými strachy, úzkostmi, vztekem a jinými emocemi promítají do života pacienta i jeho blízkých a do jejich zdravotního stavu. Příkladem takové pomoci jsou setkání lidí, kteří žijí v blízkosti drogově závislé osoby, v rámci činnosti jednotlivých protidrogových center.

Sebepoznání, rozkrytí nedořešených problémů v rodině i jiné vztahové problémy, potíže spojené s nekomunikací, nedostatečná relaxace, potíže se zvládnutím stresu, neschopnost naslouchat svým skutečným pocitům a potřebám - to vše zůstává většinou neošetřeno a následky se pak promítají do kvality zdraví, případně do způsobu zvládnutí již existující nemoci. Kvalitní psychoterapie se jeví jako jedno z možných řešení problému.

II. VÝZKUMNÁ ČÁST

1. Cíl výzkumu

Smyslem této práce je poznání a přiblížení subjektivního pohledu vybraného vzorku pacientů na jejich sociální oporu v nemoci. V rámci tohoto souboru jsou vytvořeny dvě skupiny pacientů : psychiatrická a nepsychiatrická, které by spolu mohly být porovnány. Na základě tohoto srovnání by měl vzniknout obraz míry shody a odlišnosti by vnímané sociální opory v těchto dvou skupinách. Pozornost je soustředěna především na následující aspekty :

- míra pozitivního či negativního vnímání sociální opory
- v nemoci
- míra její subjektivní potřeby
- kvalita vnímané poskytované/ přijímané sociální opory
- existence vztahu mezi sociální oporou a zdravotním stavem pacienta (pozitivně vnímaná opora jako stabilizující, případně uzdravný faktor v rámci možností dané diagnózy).

2. Stanovení výzkumných hypotéz

U skupiny psychiatrických pacientů je předpokládána větší vnímavost vůči sociální opoře, větší závislost, větší zranitelnost a zároveň i četnější potíže v jejich vztahovém rámci, například

větší uzavřenost, pocit nepochopení svým okolím.

U skupiny nepsychiatrických pacientů se předpokládá výraznější snaha k návratu do “normálního zdravého života”, snaha být na svém okolí závislý co nejméně a nemoc i s jejími důsledky zvládnout především sám. Očekává se i snaha zachovat si stávající sociální kontakty.

3. Charakteristika výzkumného vzorku

Při vymezení výzkumných skupin jsou za výchozí ukazatele považovány jednak potíže, kvůli nimž pacient vyhledal lékaře, a s nimi spojená diagnóza, jednak charakter přetrvávajících obtíží, které v rámci chorobného stavu pacienta dominují a které pacient považuje za nejvíce obtěžující. Rozdělení pacientů na čistě “psychiatrické” a “nepsychiatrické” je nutně příliš umělé. Pacient je chápán jak bio-psycho-sociální jednotka, nicméně pro zde potřebné výzkumné účely bylo nutné vytvořit dvě srovnatelné skupiny pacientů. Vznikla tak skupina s nepsychiatrickými diagnózami a skupina s psychiatrickými diagnózami, ovšem pochopitelně s vědomím jejich přesahu.

Velikost zkoumaného vzorku je 20 psychiatrických a 20 nepsychiatrických pacientů.

Skupina psychiatrických pacientů je označena jako skupina A. Její věkový průměr je 42,95, t.j. 43 let. Nejmladšímu pacientovi je 20 let, nejstaršímu 60 let. Jejich charakteristika je uvedena v následujícím přehledu.

Tab. I. - Přehled pacientů psychiatrické skupiny (A) :

	diagnóza	věk	pohlaví	vzdělání	Zaměstnání	rodinný stav
1.	smíšená afektivní porucha	51	žena	základní	ID	vdaná
2.	somatizační porucha	42	žena	vysokoškolské	Učitelka	vdaná
3.	dystymie	55	žena	základní	ID	vdaná
4.	schizoidní porucha osobnosti	56	žena	vysokoškolské	akad.malířka	rozvedená
5.	Sy závislosti vyvolaný alkoholem	46	žena	vyučena	ID	vdaná
6.	Sy závislosti vyvolaný alkoholem	60	žena	vysokoškolské	ID	vdaná
7.	somatoformní vegetativní dysfunkce	47	žena	středoškolské	administrativní pracovnice	rozvedená
8.	neurastenie, depresivní porucha	49	žena	vyučena	ID	vdaná
9.	depersonalizační a derealizační syndrom	54	žena	vyučená	ID	vdaná
10.	posttraumatická stresová porucha	47	žena	vyučená	Knihářka	vdaná

11.	hraniční porucha osobnosti	44	žena	základní	ID	rozvedená
12.	úzkostná porucha	42	muž	vyučen	malíř, natěrač	Rozvedený
13.	depresivní porucha, somatizační porucha	41	muž	vyučen	ID	ženatý, v rozvodovém řízení
14.	akutní psychotická porucha s příznaky schizofrenie	26	muž	středoškolské	plánovač výroby, dlouhodobá PN	svobodný
15.	smíšená porucha osobnosti, syndrom závislosti vyvolaný alkoholem	40	muž	středoškolské	ID	registrované partnerství
16.	transsexualismus	33	muž	vysokoškolské	lékař	svobodný
17.	dystymie	49	žena	středoškolské	ID	vdaná
18.	hraniční porucha osobnosti	20	muž	základní	studující SŠ	svobodný
19.	syndrom závislosti vyvolaný alkoholem a jinými návykovými látkami, porucha sexuální preference	30	muž	vysokoškolské	právník	svobodný
20.	syndrom závislosti vyvolaný užíváním sedativ a alkoholu	27	muž	vyučen	stravovací pracovník	svobodný

Skupina nepsychiatrických pacientů je označena jako skupina B a její věkový průměr je 52,2, tj. 52 let. Nejmladšímu pacientovi je 29 let, nejstaršímu 71 let. Jejich charakteristika je uvedena v následujícím přehledu.

Tab. II. - Přehled pacientů nepsychiatrické skupiny B :

	diagnóza	věk	pohlaví	vzdělání	zaměstnání	rodinný stav
1.	operace výrůstků v rameni	44	žena	vyučená	vrátná, ČID	rozvedená
2.	borelioza, artritida kolene, únavová zlomenina	55	žena	středoškolské	Úřednice	Vdaná
3.	tříštvivá zlomenina kolene po nehodě	60	žena	středoškolské	důchodkyně	rozvedená
4.	plastika srdeční chlopně	56	žena	základní	ID	vdaná
5.	infarkt, by-pass	71	muž	středoškolské	Důchodce	ženatý
6.	polytrauma po nehodě	49	žena	středoškolské	ID	vdaná
7.	artróza ramenních kloubů po operaci, chronická bronchitida, poškození jater	57	muž	středoškolské	nezaměstnaný	ženatý
8.	diabetes mellitus 1., revmatoidní artritida, glaukom, hypofunkce štítné žlázy, hypertenze	47	žena	vyučená	ID	rozvedená

9.	roztroušená mozkomíšní skleróza	59	žena	středoškolské	ID	vdaná
10.	transplantace sliznice jícnu, dna, selhávání ledvin	55	muž	středoškolské	bača, dlouhodobá PN	Ženatý
11	endoprotéza kyčelního kloubu, vertebrogenní algický syndrom, diabetes mellitus II., obezita	51	žena	středoškolské	ID	Vdaná
12.	diabetes mellitus 1.	30	žena	vysokoškolské	právníčka	Vdaná
13.	rozpad kyčelních kloubů, artróza 3.stupně	39	žena	vysokoškolské	Projektantka pozemkových úprav	Vdaná
14.	hypertyreóza, strumektomie, Gravesova-Basedova choroba, operace žil, plastika moč. měchýře	52	žena	základní	ID	Vdaná
15.	Parkinsonova choroba	72	žena	středoškolské	Důchodkyně	Vdova
16.	encefalitida neznámé etiologie	52	žena	středoškolské	pokladní v muzeu	Vdaná
17.	operace bederní páteře-výhřez meziobratlové ploténky	32	žena	středoškolské	Knihovnice	Vdaná
18.	nespecifické autoimunitní onemocnění, imunodeficience, thyreotitida	29	žena	vysokoškolské	Učitelka	Vdaná
19.	uzavřená tuberkulóza kostí	70	žena	středoškolské	Důchodkyně	Rozvedená
20.	divertikulóza střev, perforace střeva, píštěl v moč. měchýři, artróza kolen	65	muž	vysokoškolské	veterinární lékař	Ženatý

Věkový průměr, medián i modus jsou ve skupině A nižší než ve skupině B, interval věkového rozpětí je srovnatelný (viz Přílohy).

4. Charakteristika výzkumných metod

Pro zkoumání daného vzorku pacientů bylo použito jak kvantitativních, tak kvalitativních metod psychologického výzkumu.

Základem byl polostrukturovaný rozhovor (Miovský, M., 2006), během něhož byl navázán kontakt s pacientem, zjištěny základní údaje o jeho nemoci i zázemí a následně o jeho vnímání sociální opory, které se mu podle jeho soudu dostává či naopak která mu chybí. V popředí pozornosti stálo prožívání pacienta, jeho emoce, které se váží ke stonání. Po navození atmosféry důvěry pak byly předkládány otázky týkající se jeho rodiny, příbuzných, lékařů a ošetřujícího personálu, přátel a dalších důležitých lidí, se kterými je nemocný v kontaktu a kteří mu pomáhají zvládat náročnou situaci, dále pak otázky týkající se druhu a projevu této pomoci, její míry a subjektivní potřeby.

Zpracování získaných dat bylo provedeno pomocí kvalitativní i kvantitativní analýzy informací. Bylo použito následujících metod :

Grafické metody

analýza grafického zobrazení důležitých osob :

1) - kruhová výseč míry opory vnímané od různých jednotlivců

- zjištění procentuální míry zastoupení sociální opory jednotlivci;
 - zjištění, jakého druhu je sociální opora vnímaná v nejvyšší míře a jakého druhu je sociální opora potřebná k lepšímu zvládnání nemoci,
- 2) - zobrazení vztahového pavouka
- zakreslení důležitých osob do vztahové sítě
(Křivohlavý, J.,1985)
- 3) - grafické znázornění míry vnímané opory od svého okolí : pomocí dvou úseček s hraničními body “zlý svět – dobrý svět” a “odmítající svět – přijímající svět” a na nich zakreslením dvou bodů, které znázorňovaly místo aktuálního pohledu respondenta na své sociální okolí vzhledem ke své nemoci, byla graficky vyjádřena vnímaná sociální opora.

Dotazníkové metody

- 1) - Dotazník životní spokojenosti DŽS – *Fahrenberg, J., Myrtek, M., Schumacher, J., Brähler, E.*
- 2) - Škála SWLS – spokojenost v životě
- 3) - Škála sociální opory PSSS – *Blumenthal, J.A.*
- 4) - Strategie zvládnání stresu – SVF 78 – *Janke, W., Erdmannová, G.*

Dotazníkové metody byly vyhodnoceny dle manuálu a u zjištěných skóre byly pomocí Pearsonova koeficientu korelace provedeny korelace mezi jednotlivými výsledky testů a subtestů,

které se vztahovaly k potřebě sociální opory, k míře vnímané sociální opory, k životní spokojenosti, ke způsobu zvládání zátěže a vyrovnávání se s ní. Tyto údaje byly vyhodnoceny zvlášť pro skupinu A, tj. pro skupinu psychiatrických pacientů, a zvlášť pro skupinu B, tj. pro skupinu nepsychiatrických pacientů. U dat získaných pomocí korelací bylo provedeno jejich následné vyhodnocení a byl u nich určen interval spolehlivosti při hladině významnosti $p = 0,05$ (Zvárová, J., 1998).

Zjištění vyplývající ze zobrazení míry vnímané sociální opory v nemoci pomocí kruhové výseče byla procentuálně vyčíslena a u jednotlivých pacientů byla porovnána míra pomoci a vzdálenost pomáhající osoby vyznačená v síti sociálních vztahů. U grafického vyjádření míry vnímané sociální opory byla určena vzdálenost od krajních bodů.

5. Průběh a výsledky výzkumu

5. 1. Průběh výzkumu

Výzkum probíhal ve spolupráci s praktickým lékařem a s lékařem z oboru psychiatrie, který působí jak v léčebně, tak v psychiatrické ambulanci. Díky této spolupráci byly umožněny kontakty s většinou pacientů. Menší část respondentů byla vybrána z okruhu známých autorky diplomové práce a následně pomocí metody "sněhové koule" i jejich známých.

Výzkum probíhal výhradně na základě dobrovolnosti a ochoty pacientů podělit se o své trápení s nemocí, která je dlouhodobě provází. Míru své sdílnosti si pacienti určovali sami, nebyli tlačeni "do kouta" nepříjemnými otázkami. Byly

respektovány jimi vymezené hranice.

Celkem bylo osloveno 55 nemocných lidí. Rozhovor absolvovalo 46 z nich, vyplněné dotazníky dodalo 44 lidí. Čtyři z nich nebyly kompletní, a proto nebyly zařazeny do statistického vyhodnocování. U některých pacientů byly potíže s návratností dotazníků. Někteří psychiatričtí pacienti oddalovali termín domluvené schůzky, případně se omluvili úplně, nebo se vůbec neozvali, pacienti z nepsychiatrické skupiny rozhovor ani vyplnění dotazníků neodmítli. Informace o sociální opoře v nemoci tak byly získány především od skupiny vstřícných, komunikativních pacientů a pak od pacientů, kteří sami pociťovali potřebu popovídat si o svém trápení (toto platilo u psychiatrických pacientů).

Rozhovor probíhal ve své první části zcela nedirektivně v duchu rogersovského rozhovoru. Soustředil se na prožívání nemocných, sledoval jejich pocity s cílem poskytnout pocit přijetí, empatii a vytvořit prostor pro navázání potřebného vztahu důvěry. Pacienti obvykle hovořili o své nemoci, o jejím vzniku a vývoji a také o rodině, zaměstnání, lékařské péči, o svém strachu, úzkosti, ale i o věcech, které je těší, a podobně. Jejich otevřenost byla místy překvapující.

Jeho druhá část byla polostrukturovaná a směřovala k otázkám týkajícím se sociální opory v nemoci tak, jak ji oni vnímají. Pacienti hovořili o své sociální opoře, které se jim dostává, hodnotili její přínos pro sebe (pozitivní a negativní sociální opora) a také o tom, jak by měla vypadat jejich "ideální"opora, to znamená, co by skutečně potřebovali, a do jaké míry se jejich vnímaná sociální opora v nemoci podobá jejich pomoci potřebné.

Součástí tohoto polostrukturovaného rozhovoru bylo i grafické znázornění míry pomoci od "svých důležitých lidí" a zakreslení vzdálenosti, kterou ve vztahu k těmto lidem pacient pociťuje.

V některých případech byl patrný psychoterapeutický

účinek rozhovoru.

Doba trvání nejkratšího rozhovoru byla 45 minut, nejdelší rozhovor trval 4 hodiny. Nestandardní délka rozhovoru byla dána potřebami pacienta. V průběhu rozhovoru a bezprostředně po něm byl pořizován zápis potřebných údajů, od původního záměru pořizovat nahrávky bylo upuštěno, protože byl předpokládán silně negativní vliv na ochotu pacientů ke spolupráci a na jejich otevřenost.

Průběh rozhovoru byl poměrně hladký. Počáteční obezřetnost a obavy se v krátkém čase podařilo překonat. Ačkoliv většina pacientů měla zpočátku pocit, že ani nebude o čem hovořit a že vlastně nemá výraznou potřebu svěřovat se, během rozhovoru se uvolnila a nakonec měla pocit, že "to nějak rychle uteklo" a že by si mohla povídat dál. Často šlo o pacienty z "nepsychiatrické skupiny", kteří patrně nejsou na podobné povídání zvyklí a kteří byli sami překvapeni, jak příjemné povídání to pro ně bylo. Nezřídka se pacienti z obou skupin dožadovali dalšího setkání. Pro ošetření případného negativního dopadu rozhovoru (ve smyslu špatné nálady, úzkosti a podobně vzniklé v důsledku povídání o nemoci a trápení s ní) jim byl dán k dispozici telefonní kontakt dotazovatelky.

Polostrukturovaný rozhovor se soustředil na :

- obraz sociálního okolí nemocného a vazeb k důležitým osobám, které se v něm vyskytují ;
- subjektivně vnímanou pozitivní sociální oporu ;
- subjektivně vnímanou negativní sociální oporu ;
- reciprocitu sociální opory ;
- sociální oporu, kterou pacient potřebuje, ale které se mu z různých důvodů nedostává.

Druhá část výzkumné práce byla spojena s dotazníky : DŽV - Dotazník životní spokojenosti, SVF 78 - Strategie zvládání stresu, PSSS Škála sociální opory (Blumenthal, J.A.), SWLS - Spokojenost v životě (viz Přílohy).

Tyto dotazníky vyplňovali pacienti většinou samostatně, až

na výjimky, které potřebovaly pomoci.

5. 2. Výsledky výzkumu

5. 2. 1. Výsledky kvantitativního výzkumu

Přehled všech výsledků kvantitativní části výzkumu je uveden v části Přílohy.

V následujících tabulkách jsou uvedeny vybrané hodnoty popisné statistiky a průměrné hodnoty, kterých respondenti dosáhli v jednotlivých testech.

Tab. III. - Škála Sociální opory PSSS podle J. A. Blumenthala

	psychiatrická skupina (A)				nepsiatrická skupina (B)			
	průměr	medián	modus	rozpětí	průměr	medián	modus	rozpětí
Škála sociální opory PSSS	54	54,5	46	50	62,6	61,5	55	61

Tab. IV. - Škála Spokojenosti v životě SWLS :

	psychiatrická skupina (A)				nepsiatrická skupina (B)			
	průměr	medián	modus	rozpětí	průměr	medián	modus	rozpětí
Škála Spokojenost v životě SWLS	12,35	10,5	10	17	17,6	16	16	20

Tab. V. - Dotazník životní spokojenosti (DŽS) :

	psychiatrická skupina (A)				nepsiatrická skupina (B)			
	průměr	medián	modus	rozpětí	průměr	medián	modus	rozpětí
celková životní spokojenost	1,75	1,5	1	3	3,25	3	4	4
ŽS zdraví	1,75	1,5	1	3	2,6	2,5	2	3
ŽS zaměstnání	3,15	4	4	5	4,75	5	5	8
ŽS finance	2,5	3	3	3	3,9	3	3	5
ŽS volný čas	3,05	3	1	6	4,65	4	4	7
ŽS manželství, partnerství	2,45	1,5	1	8	3,05	2,5	2	8
ŽS děti	2,05	1	0	7	3,95	4	4	8

ŽS vlastní osoba	1,35	1	1	2	3	2	2	5
ŽS sexualita	2,95	3	1	1	3,55	4	4	7
ŽS přátelé	2,15	2	2	2	4,1	3	3	8
ŽS bydlení	4,3	4	4	4	4,55	5	6	6

Tab. VI. - Strategie zvládání stresu SVF 78 :

	psychiatrická skupina (A)				nepsychiatrická skupina (B)			
	průměr	medián	modus	rozpětí	průměr	medián	modus	rozpětí
POZ : Pozitivní strategie zvládání stresu	41,85	38	61	41	55,55	57	70	41
POZ 1: Strategie přehodnocení a strategie devalvace	8,65	9,25	12,5	15	12,83	12,75	14,5	17
POZ 2: Strategie odklonu	10,33	9,75	5	13,5	13,43	13,5	13,5	14,5
POZ 3: Strategie kontroly	12,67	11,34	10,67	12,33	16,43	16,5	20	16,07
NEG : Negativní strategie zvládání stresu	65,75	68	80	58	50,8	53,5	53	44
Podhodnocení	40,85	45,5	50	64	51,45	55	38	41
Odmítání viny	49,8	54,5	58	50	62,7	61	61	47
Odklon	42,7	42	43	38	51,25	52	52	39
Náhradní uspokojení	51,5	52	46	35	55,3	52	52	31

Kontrola situace	40,1	39	34	39	50,9	49,5	48	50
Kontrola reakcí	45,25	47,5	39	38	50,25	47,5	47	34
Pozitivní sebeinstrukce	37,3	36	28	39	50,65	50,5	59	50
Potřeba sociální opory	48,7	50	34	38	48,5	49	54	34
Vyhýbání se	53,2	54,5	45	47	55,55	55	59	30
Úniková tendence	63,15	64,5	65	33	55,6	55	54	22
Perseverace	61,5	63,5	68	35	49,85	52	63	72
Rezignace	66,65	67	67	37	49,25	50	50	75
Sebeobviňování	65	64	77	37	44,35	44	44	80

Některé zjišťované vztahy závislosti mezi proměnnými, které mají vztah k prožívání nemoci, životní spokojenosti a potřebě sociální opory při vyrovnávání se s ní.

Tab. VII. - Tabulka korelací :

korelovaná veličina 1	korelovaná veličina 2	psychiatrická skupina	nepsychiatrická skupina
životní spokojenost	vnímaná SO	0,47	0,33
životní spokojenost	vnímání sociálního okolí (zlý-dobry svět)	0,45	0,38
životní spokojenost	vnímání sociálního okolí (přijímající-odmítající svět)	0,59	0,56
životní spokojenost	pozitivní zvládnání stresu	-0,16	0,44
životní spokojenost	negativní zvládnání stresu	-0,18	0,61

životní spokojenost	potřeba SO k zvládnutí stresu	-0,21	-0,44
potřeba SO k zvládnutí stresu	vnímaná SO	0,1	-0,23
potřeba SO k zvládnutí stresu	vnímání sociálního okolí (zlý-dobry svět)	-0,19	-0,62
potřeba SO k zvládnutí stresu	vnímání sociálního okolí (odmítající-přijímající svět)	-0,24	-0,2
potřeba SO k zvládnutí stresu	pozitivní strategie zvládnutí stresu	0,12	-0,12
potřeba SO k zvládnutí stresu	negativní strategie zvládnutí stresu	-0,31	0,67
potřebná SO k zvládnutí stresu	spokojenost se zdravotním stavem	0,23	-0,27
spokojenost se zdravotním stavem	životní spokojenost	0,34	0,53
spokojenost se zdravotním stavem	vnímaná SO	0,01	0,17
spokojenost se zdravotním stavem	vnímání sociálního okolí (zlý-dobry svět)	0,12	0,19
spokojenost se zdravotním stavem	vnímání sociálního světa (odmítající-přijímající)	0	0,35
pozitivní sebeinstrukce	životní spokojenost	0,14	0,48
pozitivní sebeinstrukce	spokojenost se zdravotním stavem	0,03	0,1
pozitivní sebeinstrukce	vnímaná sociální opora	0	-0,18
pozitivní sebeinstrukce	vnímání sociálního okolí (zlý-dobry svět)	0,09	0,34
pozitivní sebeinstrukce	vnímání sociálního světa (odmítající-přijímající svět)	0,07	0,47
pozitivní sebeinstrukce	potřeba SO	0,09	-0,22
rezignace	životní spokojenost	-0,19	-0,52
rezignace	spokojenost se zdravotním stavem	-0,03	-0,06
rezignace	vnímaná SO	-0,4	-0,06
rezignace	vnímání sociálního okolí (zlý-dobry svět)	-0,42	-0,14
rezignace	vnímaná sociální opora (odmítající-přijímající svět)	-0,55	-0,34

rezignace	potřeba SO	-0,06	0,52
sebeobviňování	životní spokojenost	-0,03	-0,5
sebeobviňování	spokojenost se zdravotním stavem	-0,06	-0,19
sebeobviňování	vnímaná sociální opora	-0,26	0,2
sebeobviňování	vnímání sociálního okolí (zlý-dobrý svět)	-0,4	-0,03
sebeobviňování	vnímání sociálního okolí (odmítající-přijímající svět)	-0,37	-0,19
sebeobviňování	potřeba SO	-0,15	0,46
vnímaná sociální opora	spokojenost s volným časem	0,502	0,315
vnímaná sociální opora	spokojenost s partnerstvím	0,546	0,231
vnímaná sociální opora	spokojenost s přáteli	0,245	0,574
vnímaná sociální opora	vnímání okolního světa (odmítající-přijímající)	0,487	0,189
vnímaná sociální opora	pozitivní strategie zvládnání stresu	-0,137	-0,316

Na základě získaných dat se v případě náhodně vybraného vzorku pacientů rozdělených do dvou pracovních skupin , A - "psychiatřiční pacienti" a B - "nepsychiatřiční pacienti", ukázaly následující skutečnosti , a to podle vyhodnocení míry závislosti mezi jednotlivými škálami v testu pomocí koeficientu korelace.

Vztah úplné závislosti má hodnotu 1; vztah úplné nezávislosti má hodnotu 0; vztah slabé, nevýrazné závislosti se pohybuje v intervalu 0,1- 0,3; vztah částečné závislosti se pohybuje v intervalu 0,31- 0,6; vztah významné závislosti se pohybuje v intervalu 0,61- 0,8; vztah velmi silné závislosti se pohybuje v intervalu 0,81- 0,99. Kladné hodnoty korelace vypovídají o přímo úměrné závislosti, záporné hodnoty o nepřímo úměrné závislosti.

a) Vztahy závislosti, které se váží k celkové životní spokojenosti

- celková životní spokojenost a vnímaná sociální opora :

skupina A $r = 0,47$

skupina B $r = 0,34$

vztah mezi celkovou životní spokojeností a vnímanou sociální oporou vykazuje částečnou závislost;

- celková životní spokojenost a vnímání okolního sociálního světa ve smyslu "dobrý svět x zlý svět" :

skupina A $r = 0,45$

skupina B $r = 0,38$

vztah mezi celkovou životní spokojeností a vnímáním okolního sociálního světa ve smyslu "dobrý svět x zlý svět" vykazuje vztah částečné závislosti ve skupině A i B ;

- celková životní spokojenost a způsob zvládnání stresu

skupina A pozitivní strategie $r = - 0,16$

negativní strategie $r = - 0,18$

skupina B pozitivní strategie $r = 0,44$

negativní strategie $r = 0,61$

vztah celkové životní spokojenosti a způsobu vyrovnávání se se zátěží se ve skupině A ukazuje jako slabý, zatímco ve skupině B se ukazuje jako vztah částečné závislosti u pozitivní strategie zvládnání stresu a jako významný vztah závislosti u negativní strategie zvládnání stresu ;

- celková životní spokojenost a potřeba sociální opory v zátěžových situacích

skupina A $r = - 0,21$

skupina B $r = - 0,44$

vztah celkové životní spokojenosti a potřeby sociální opory v zátěžových situacích vykazuje u skupiny A slabou nepřímo úměrnou závislost a u skupiny B nepřímo úměrnou závislost

částecnou ; čím větší životní spokojenost, tím menší je potřeba sociální opory ve stresu.

b) Vztahy závislosti, které se váží k sociální opoře potřebné při zvládání zátěže

- sociální opora potřebná při zvládání zátěžové situace a spokojenost se zdravím

skupina A $r = 0,23$

skupina B $r = - 0,31$

ukazuje se nevýrazná závislost mezi potřebou sociální opory a spokojeností se zdravím ve skupině A , a to přímo úměrná závislost - čím větší je potřeba sociální opory, tím větší je spokojenost se zdravím ; ve skupině B jde naopak o nepřímo úměrnou částečnou závislost - potřeba sociální opory roste s klesající spokojeností se zdravím ;

- sociální opora potřebná při zvládání zátěžové situace a vnímání sociálního okolí ve smyslu "dobrý svět x zlý svět"

skupina A $r = - 0,19$

skupina B $r = - 0,62$

ukazuje se významná nepřímo úměrná závislost mezi potřebou sociální opory a vnímáním svého sociálního okolí ve smyslu "dobrý svět x zlý svět", a to u skupiny B - čím menší je potřeba sociální opory, tím lepší se jeví okolní svět ;

- sociální opora potřebná při zvládání zátěžové situace a negativní strategie zvládání stresu

skupina A $r = - 0,31$

skupina B $r = 0,68$

ve vztahu mezi potřebou sociální opory a negativním způsobem zvládání stresu je mezi skupinami výrazný rozdíl ; ve skupině A se ukazuje částečná nepřímo úměrná závislost - čím menší je potřeba sociální opory, tím více se uplatňuje negativní strategie

zvládání stresu ; ve skupině B se ukazuje naopak významný pozitivní vztah závislosti - čím větší je potřeba sociální opory, tím větší je i uplatňování negativní strategie zvládání stresu.

c) Vztahy závislosti, které se váží ke spokojenosti se zdravím

- spokojenost se zdravím a celková životní spokojenost

skupina A $r = 0,34$

skupina B $r = 0,49$

v obou skupinách se ukazuje vztah částečné pozitivní závislosti mezi celkovou životní spokojeností a spokojeností se svým zdravotním stavem ;

- spokojenost se zdravím a vnímání sociálního okolí ve smyslu "přijímající svět x odmítající svět"

skupina A $r = 0$

skupina B $r = 0,35$

ve vztahu k vnímání svého sociálního okolí ve smyslu "odmítající svět x přijímající svět" se ukazuje u skupiny B částečná pozitivní závislost, zatímco u skupiny A nebyla prokázána závislost žádná ;

- spokojenost se zdravím a vnímaná sociální opora

skupina A $r = 0,01$

skupina B $r = 0,18$

mezi spokojeností se zdravím a vnímanou sociální oporou nebyl ve skupině A nalezen vztah závislosti, ve skupině B se jedná o velmi nevýraznou pozitivní závislost.

d) Vztahy závislosti, které se váží k pozitivní sebeinstrukci

- strategie pozitivní sebeinstrukce a celková životní spokojenost

skupina A $r = 0,14$

skupina B $r = 0,49$

mezi strategií pozitivní sebeinstrukce a celkovou životní

spokojeností se ukazuje vztah částečné pozitivní závislosti u skupiny B, u skupiny A vztah téměř chybí ;

- strategie pozitivní sebeinstrukce a vnímání sociálního okolí ve smyslu "dobrý svět x zlý svět"

skupina A $r = 0,09$

skupina B $r = 0,34$

"přijímající svět x odmítající svět"

skupina A $r = 0,07$

skupina B $r = 0,465$

mezi strategií pozitivní sebeinstrukce a vnímáním sociálního okolí se ukazuje vztah částečné pozitivní závislosti ve skupině B, ve skupině A chybí;

- strategie pozitivní sebeinstrukce a sociální opora potřebná ke zvládnutí zátěžové situace

skupina A $r = 0,09$

skupina B $r = - 0,27$

ve vztahu mezi pozitivní sebeinstrukcí a potřebou sociální opory se ukazuje slabá negativní závislost u skupiny B.

e) Vztahy závislosti, které se váží ke strategii rezignace

- strategie rezignace a celková životní spokojenost

skupina A $r = - 0,19$

skupina B $r = - 0,5$

mezi strategií rezignace a celkovou životní spokojeností se ukazuje částečná negativní závislost u skupiny B ;

- strategie rezignace a vnímaná sociální opora

skupina A $r = - 0,40$

skupina B $r = - 0,055$

ve vztahu k vnímané sociální opoře se u skupiny A ukazuje vztah částečné negativní závislosti - čím menší je vnímaná sociální

opora, tím větší je tendence k rezignaci ;

- strategie rezignace a vnímání sociálního okolí ve smyslu "dobrý svět x zlý svět"

skupina A $r = - 0,42$

skupina B $r = - 0,14$

"přijímající svět x odmítající svět "

skupina A $r = - 0,55$

skupina B $r = - 0,34$

ve vztahu k vnímání sociálního okolí vykazuje skupina A částečnou negativní závislost, a to v obou jejích kategoriích - čím hůře vidí okolní svět, tím větší je tendence k rezignaci ;

u skupiny A je možné sledovat tuto tendenci (ovšem v mírnější formě) u kategorie "odmítající x přijímající svět" ;

- strategie rezignace a sociální opora potřebná při zvládnání zátěžové situace

skupina A $r = - 0,06$

skupina B $r = 0,48$

ve vztahu k potřebě sociální opory se u skupiny B ukazuje pozitivní vztah částečné závislosti - čím větší je potřeba sociální opory v obtížné situaci, tím větší je tendence k rezignaci. Ve skupině A vztah závislosti chybí.

f) Vztahy závislosti, které se váží k sebeobviňování

- strategie sebeobviňování a celková životní spokojenost

skupina A $r = - 0,03$

skupina B $r = - 0,505$

vztah k životní spokojenosti se ukazuje ve skupině B jako negativní částečná závislost, u skupiny A vztah chybí ;

- strategie sebeobviňování a vnímaná sociální opora

skupina A $r = - 0,26$

skupina B $r = 0,18$

vztah ke vnímané sociální opoře se ve skupině A ukazuje jako slabá negativní závislost - čím menší vnímaná opora, tím větší sebeobviňování - , zatímco ve skupině B se ukazuje jako velmi nevýrazná pozitivní závislost - čím větší opora, tím větší sebeobviňování ;

- strategie sebeobviňování a potřeba sociální opory při zvládnání zátěžové situace

skupina A $r = - 0,15$

skupina B $r = 0,45$

ve vztahu k potřebě sociální opory se ve skupině A ukazuje pouze nevýznamný vztah negativní závislosti, zatímco ve skupině B se ukazuje vztah částečné pozitivní závislosti - čím větší je potřeba sociální opory, tím větší je sklon k sebeobviňování.

g) Vztahy závislosti, které se váží k vnímané sociální opoře (PSSS)

- vnímaná sociální opora a spokojenost s volným časem

skupina A $r = 0,502$

skupina B $r = 0,315$

ve vztahu ke spokojenosti s volným časem se ukazuje částečná pozitivní závislost ve skupině A i B;

- vnímaná sociální opora a spokojenost s partnerstvím

skupina A $r = 0,546$

skupina B $r = 0,231$

ve vztahu ke spokojenosti s partnerstvím se ukazuje částečná pozitivní závislost ve skupině A a slabá pozitivní závislost ve skupině B;

- vnímaná sociální opora a spokojenost s přáteli

skupina A $r = 0,245$

skupina B $r = 0,547$

ve vztahu ke spokojenosti s přáteli se ukazuje slabá pozitivní závislost ve skupině A a částečná pozitivní závislost ve skupině B;

- vnímaná sociální opora a vnímání okolního světa ve smyslu "odmítající x přijímající svět"

skupina A $r = 0,487$

skupina B $r = 0,189$

ve vztahu k vnímání okolního světa ve smyslu "odmítající x přijímající svět" se ukazuje částečná pozitivní závislost ve skupině A a slabá pozitivní závislost ve skupině B;

- vnímaná sociální opora a pozitivní strategie vyrovnávání se se zátěží

skupina A $r = -0,137$

skupina B $r = -0,316$

ve vztahu k pozitivní strategii zvládnání zátěže se ve skupině B ukazuje mírná negativní závislost.

Po provedení výpočtu intervalu spolehlivosti pro směrnici s 95 % pravděpodobností při 18 stupních volnosti se však pravděpodobnost existence vztahu závislosti mezi korelovanými veličinami výrazně mění. Jedním z důvodů této skutečnosti může být v malém souboru dat o $n = 20$ v každé ze skupin. Data získaná korelací i výpočet její spolehlivosti tak může být zkreslený. Získané korelace pak mohou mít hodnotu možných hypotéz, jejichž platnost by musela být dále zkoumána. Ze stejného důvodu mohou být zkreslené i výsledky určení intervalu významnosti.

Určitou výpovědní hodnotu má i provedený bodový graf. Pro velký počet dat však nebylo možné zařadit do této práce

všechny vytvořené bodové grafy, pouze několik vybraných bylo zařazeno do Příloh.

Tab. VIII. - Přehled vyhodnocení statistické významnosti provedených korelací při 95 % pravděpodobnosti existence vztahu závislosti mezi korelovanými veličinami :

1.korelovaná veličina	2.korelovaná veličina	skupina A / B	korelace	t - rozdělení o (df) = 18	interval spolehlivosti s 95 % pravděpodobností
životní spokojenost	vnímaná SO	A	0,468952	0,87774	-1,04413 ; 2,542542
		B	0,430577	0,674864	-0,94245 ; 1,834401
životní spokojenost	vnímání sociál.okolí (zlý-dobry svět)	A	0,447414	1,453828	-0,70164 ; 3,854022
		B	0,37913	0,902873	-0,75045 ; 1,881485
životní spokojenost	vnímání sociálního okolí (přijímající-odmítající svět)	A	0,58732	1,974848	-0,12745 ; 4,11793
		B	0,55641	1,445489	-0,40605 ; 2,196858
životní spokojenost	pozitivní zvládnutí stresu	A	-0,16247	-0,36224	-1,58668 ; 1,120015
		B	0,439346	0,930577	-0,65489 ; 1,696271
životní spokojenost	negativní zvládnutí stresu	A	-0,18029	-0,26213	-2,47555 ; 1,926343
		B	-0,61123	-1,35721	-1,7104 ; 0,367876
životní spokojenost	potřeba SO k zvládnutí stresu	A	-0,20662	-0,30766	-1,7149 ; 1,276805
		B	-0,4454	-0,9408	-1,37504 ; 0,524469
potřebná SO k zvládnutí stresu	vnímaná SO	A	0,105712	0,314081	-0,90634 ; 1,224945
		B	-0,30389	-0,77373	-1,53451 ; 0,708485
potřebná SO k zvládnutí stresu	vnímání sociálního okolí (zlý-dobry svět)	A	-0,18984	-0,72626	-2,45576 ; 1,194097
		B	-0,62464	-1,84286	-2,08828 ; 0,136688

potřebná SO k zvládnutí stresu	vnímání sociálního okolí (odmítající- přijímající svět)	A	-0,24034	-0,91434	-2,53979 ; 0,999514
		B	-0,22067	-0,68979	-1,5047 ; 0,760875
potřebná SO k zvládnutí stresu	pozitivní strategie zvládnání stresu	A	0,122642	0,352009	-0,82548 ; 1,157758
		B	-0,15175	-0,40702	-1,1606 ; 0,783903
potřebná SO k zvládnání stresu	negativní strategie zvládnání stresu	A	-0,30926	-0,75218	-1,68533 ; 0,796733
		B	0,676971	1,821471	-0,11949 ; 1,676726
potřebná SO k zvládnání stresu	spokojenost se zdravím	A	0,23412	0,346871	-1,18555 ; 1,654424
		B	-0,31513	-0,59876	-1,45523 ; 0,809745
spokojenost se zdravotním stavem	životní spokojenost	A	0,343897	1,024114	-0,38389 ; 1,114051
		B	0,564183	1,501285	-0,2204 ; 1,323844
spokojenost se zdravotním stavem	vnímaná SO	A	0,011231	0,016449	-1,67975 ; 1,713557
		B	0,213029	0,374442	-1,3035 ; 1,868882
spokojenost se zdravotním stavem	vnímání sociálního okolí (zlý- dobrý svět)	A	0,120961	0,391974	-1,75016 ; 2,552975
		B	0,237658	0,509396	-1,13263 ; 1,857629
spokojenost se zdravotním stavem	vnímání sociálního okolí (odmítající- přijímající svět)	A	-0,00132	-0,00443	-2,01017 ; 2,001722
		B	0,397917	0,935692	-0,8155 ; 2,12511
pozitivní sebeinstrukce	životní spokojenost	A	0,142372	0,290726	-0,9686 ; 1,279713
		B	0,487246	1,232559	-0,45595 ; 1,750208
pozitivní sebeinstrukce	spokojenost se zdravotním stavem	A	0,024633	0,049722	-1,04591 ; 1,09661
		B	0,181246	0,410897	-1,01248 ; 1,504789
pozitivní sebeinstrukce	vnímaná SO	A	-0,00291	-0,00765	-1,17306 ; 1,164554
		B	-0,08104	-0,19596	-0,92817 ; 0,769802
pozitivní sebeinstrukce	vnímání sociálního okolí (zlý- dobrý svět)	A	0,085561	0,319964	-1,53562 ; 2,087368

		B	0,343854	0,952802	-0,46538 ; 1,237737
pozitivní sebeinstrukce	vnímání sociálního okolí (odmítající-přijímající svět)	A	0,071382	0,271304	-1,49681 ; 1,940703
		B	0,465204	1,362646	-0,30543 ; 1,432768
pozitivní sebeinstrukce	potřebná SO k zvládnutí stresu	A	0,089236	0,205699	-0,84738 ; 1,031316
		B	-0,26919	-0,80169	-1,35572 ; 0,606854
rezignace	životní spokojenost	A	-0,18132	-0,16009	-2,3091 ; 1,982112
		B	-0,49998	-0,94335	-1,08144 ; 0,411232
rezignace	spokojenost se zdravotním stavem	A	-0,03151	-0,0326	-2,4275 ; 2,353311
		B	-0,08508	-0,14181	-0,88194 ; 0,770411
rezignace	vnímaná SO	A	-0,40328	-1,08075	-2,10361 ; 0,674536
		B	-0,03514	-0,08071	-0,03514 ; 0,76517
rezignace	vnímání sociálního okolí (zlý-dobrý svět)	A	-0,41727	-1,48618	-3,93498 ; 0,674425
		B	-0,11363	-0,30067	-0,90738 ; 0,68019
rezignace	vnímání sociálního světa (odmítající-přijímající svět)	A	-0,54613	-1,86717	-4,37286 ; 0,257679
		B	-0,31543	-0,88587	-1,14711 ; 0,466671
rezignace	potřebná SO k zvládnutí stresu	A	-0,06184	-0,09898	-1,16892 ; 1,063729
		B	0,452133	1,393476	-0,33862 ; 1,672459
sebeobviňování	životní spokojenost	A	-0,02869	-0,03165	-2,13881 ; 2,075316
		B	-0,50517	-1,06023	-1,06943 ; 0,352087
sebeobviňování	spokojenost se zdravotním stavem	A	-0,05946	-0,06278	-1,96644 ; 1,852329
		B	-0,20095	-0,37578	-0,91962 ; 0,640568
sebeobviňování	vnímaná SO	A	-0,25575	-0,68558	-1,50102 ; 0,762431
		B	0,178048	0,394228	-0,71024 ; 1,038335
sebeobviňování	vnímání sociálního okolí (zlý-dobrý svět)	A	-0,39502	-1,41112	-3,13048 ; 0,614918

		B	-0,03405	-0,08849	-0,89233 ; 0,820201
sebeobvi - ňování	vnímání sociálního okolí (odmítající- přijímající)	A	-0,36943	-1,27015	-3,01069 ; 0,742016
		B	-0,18998	-0,52862	-1,07981 ; 0,645672
vnímaná sociální opora	volný čas	A	0,501593	1,237229	-0,41681 ; 1,61085
		B	0,314691	0,8573	-0,58697 ; 1,39619
vnímaná sociální opora	spokojenost s partner -stvím	A	0,545608	1,4892	-0,35871 ; 2,104974
		B	0,230891	0,605204	-0,94738 ; 1,714007
vnímaná sociální opora	spokojenost s přáteli	A	0,245403	0,415998	-0,86653 ; 1,294387
		B	0,547532	1,436924	-0,33916 ; 1,806886
vnímaná sociální opora	vnímání sociálního okolí (odmítající- přijímající svět	A	0,48677	1,74066	-0,21427 ; 2,284424
		B	0,188942	0,539663	-0,67787 ; 1,146477
vnímaná sociální opora	pozitivní zvládání stresu	A	-0,13725	-0,32585	-0,91892 ; 0,672159
		B	-0,31616	-0,75183	-1,09564 ; 0,518154

Za statisticky významnou korelaci při 95 % pravděpodobnosti byly shledány jen dva vztahy, a to ve skupině B :

- vztah pozitivní závislosti mezi potřebnou sociální oporou a negativní strategií zvládání stresu

$$r = 0,67697$$

$$t = 1,821471$$

95 % interval spolehlivosti (-0,11949 ; 1,676726)

- vztah pozitivní závislosti mezi spokojeností se zdravím a celkovou životní spokojeností

$$r = 0,564$$

$$t = 1,501285$$

95 % interval spolehlivosti (-0,2204 ; 1,323844).

Některé vztahy závislosti se blížily hranici statistické významnosti (viz přehledová Tab. VII.)

Subjektivně vnímaná sociální opora vyznačená na kruhové výseči :

Tab. IX. - Porovnání subjektivně vnímané sociální opory z hlediska míry pomoci jejích poskytovatelů :

poskytovatel sociální opory v nemoci	psychiatrická skupina (A) (%)	Nepsychiatrická skupina (B) (%)
rodiče	20,5	7,05
přátelé	17	16,45
děti	9,9	18,1
manžel, manželka	8,6	23,15
sourozenci	8	0,75
vnoučata	6,55	0
pes	4,6	7,05
lékař	4,55	5,4
partner, partnerka, přítel, přítelkyně	3,9	0,7
psycholog	3,4	0
jiný příbuzný	3,35	1,85
já	2,25	16,15
čas	1,85	0
léčebná komunita	1,65	0
víra, náboženství	1,65	0
samota	1,4	0
zaměstnavatel a kolegové	0,85	0

sousedé	0	0,75
sociální úrady	0	0,35

Tab. X. - Přehled subjektivně vnímané sociální opory v nemoci u psychiatrických pacientů (skupina A) podle pořadí důležitosti

poskytovatelé sociální opory v nemoci	míra pomoci (%)
rodiče	20,5
přátelé	17
děti	9,9
manžel, manželka	8,6
sourozenci	8
vnoučata	6,55
pes	4,6
lékař	4,55
partner, partnerka, přítel, přítelkyně	3,9
psycholog	3,4
jiní příbuzní	3,35
já	2,25
čas	1,85
Léčebná komunita	1,65
víra, náboženství	1,65
samota	1,4

Tab. XI. - Přehled subjektivně vnímané sociální opory v nemoci u nepsychiatrických pacientů (skupina B) podle pořadí důležitosti

poskytovatelé sociální opory v nemoci	míra pomoci (%)
manžel, manželka	23,15
Děti	18,1
Přátelé	16,45
Já	16,15
Pes	7,05
Rodiče	7,05
Lékař	5,4
Sourozenci	3
jiní příbuzní	1,85
Sousedé	0,75
Partner	0,7
sociální úrady	0,35

5. 2. 2. Výsledky kvalitativního výzkumu

Psychiatrickí pacienti - skupina A

U psychiatrických pacientů byly požadavky na sociální oporu rozdílné a mnohdy i rozporuplné. Pohybovaly se mezi několika póly většinou v závislosti na druhu potíží. Potřeba blízkosti - potřeba závislosti - potřeba samoty - potřeba přijetí, blízkosti a současně s tím její neschopnost.

Depresivní pacienti upřednostňují samotu, minimální kontakt s cizími osobami, minimální aktivaci ze strany svých blízkých. Jejich pozornost vnímají jako obtěžující, zúzkostňující, stahující je ještě do větší deprese, protože pak sami sebe vidí ještě hůře, nevykonně. Stupňují se tak jejich výčitky svědomí, pocity zbytečnosti, neschopnosti a nesmyslnosti vlastní existence. Proti nevyžádané pomoci od okolí, kterou vnímají už jako obtěžující, se v krajním případě brání i výbuchem vzteku. Vítaným společníkem, který je dokáže bezpodmínečně přijímat takové, jací jsou, je pes. Někteří zařadili psa i do své sociální opory. Kromě přijetí jim poskytuje svou blízkosti, kontakt a stává se současně důvodem jejich další existence. Vůči němu cítí povinnost, protože vnímají jeho oddanost vůči své osobě a nemohou ho zklamat. Vztah se zvířetem je mnohem intenzivnější než mezilidské vztahy. Z lidí ve své okolí vnímají pozitivně ty, kteří dokáží respektovat jejich smutek a sklíčenost, nenutí je do činnosti a do společnosti. Zároveň jim dokáží dát najevo, že jsou s nimi. V sebevraždě jako možném řešení zabraňuje jedné pacientce i křesťanská víra. Tu vnímá jako svou sociální oporu. Pomáhá klid, samota, když "po mně nikdo nic nechce".

Pacientka se smíšenou afektivní poruchou svou sociální oporu vnímá jako naprosto nedostačující a současně jako neměnnou. Má silný pocit ublíženosti, nepochopení a nepřijetí

nejen ze strany svých blízkých, ale i ze strany cizích lidí. Každý kontakt s nimi jí je nepříjemný, stále očekává z jejich strany útok nebo výsměch. Potřebovala lidi, očekávala od nich přijetí a pochopení, ale zároveň se jich bála. Postupně se vůči okolí uzavírá, její strach z lidí a z toho, co si o ní budou myslet, přerostl v sociální fóbii. Náhledu na svou situaci není schopná, stále čeká, kdo jí pomůže. Vzhledem k simplexnosti své osobnosti se jeví jako člověk odsouzený k doživotnímu trápení, které jí podle jejího hlubokého přesvědčení zapříčiňuje její sociální okolí.

Pacienti se somatoformní poruchou se soustředili především na svůj neutěšený zdravotní stav. V jednom případě se podařilo zaangažovat do procesu pátrání po správné diagnóze celou rodinu. Ta pacientku podporuje v její nemoci, snaží se jí vycházet vstříc a dává jí více péče a pozornosti než dřív. Nevědomě ji tak udržuje v nemoci a ona se utkvělého pocitu, že není zdravá, nechce vzdát. Ve druhém případě zůstává pacient se svými stesky na nepolapitelné bolesti téměř osamocen. Když jeho rodina zjistila, že nejde o žádnou vážnou somatickou chorobu, přestala ho v jeho nemoci podporovat. Chtěla, aby byl stejný jako dřív. Nyní konflikty došly tak daleko, že se s ním manželka rozvádí, děti ho považují za obtěžujícího nepoužitelného hypochondra, chápou ho jen vlastní rodiče. Před kamarády se stydí, prý mu nerozumějí, takže se jim raději vyhýbá. Upadá do deprese, nevidí východisko a neví, kdo by mu mohl pomoci, uvažuje o sebevraždě.

Abstinující pacienti se syndromem závislosti na alkoholu vnímají jako silnou pozitivní sociální oporu své blízké, kamarády, kolegy v zaměstnání, kteří s nimi zůstali i přes to, co s nimi dříve zažili a jaké zkušenosti s nimi mají. Velice si cení jejich důvěry, kterou jim dávají. Naopak projev nedůvěry vnímají jako negativní sociální oporu. Je cítit silný vztah závislosti i ve vztazích. V případě mladého alkoholika pro něj dokonce neexistují hranice mezi jeho rodiči a jím samotným. Zcela s nimi

splývá. Z důvodu citového strádání při odloučení od rodičů v době pobytu v léčebně pro závislosti dokonce podepsal revers a léčbu předčasně ukončil. Jiný pacient (jako jediný) označil jako svou výraznou sociální oporu v nemoci absenci vztahu, který pro něho byl zdrojem velkého trápení spojeného s odmítáním, ponižováním a na němž byl silně citově závislý. Shodou okolností byli tři z těchto pacientů homosexuální a problémy ve vztazích uváděli jako jeden ze spouštěčů nadužívání alkoholu. Představoval pro ně způsob řešení životní situace, snižoval tenzi, vymazával pocity viny.

Pacienti s neurotickými potížemi vnímají pozitivně blízkost druhých, jejich účast na svém nepříznivém zdravotním stavu. Svou nejistotu potřebují kompenzovat získáváním jistoty od druhých, sebepotvrzováním skrze ně. Pokud jim toto není umožněno, jsou úzkostní, nevěří si, trápí je pochybnosti o sobě i o světě. Nevěří pak sobě, ani druhým. Osvobozující bývá, když jsou uznáni nemocnými a je jim dáno právo cítit se tak mizerně, jak se skutečně cítí. Mají silnou potřebu důvěrné osoby, s níž by mohli řešit své problémy často spojené s neschopností rozhodnout se. Jako by okolí mělo vyrovnávat jejich "vnitřní slabost". Sociální opora je pro ně hodně podstatná, potřebují ji ve formě zázemí, jistoty, snižuje se tak jejich tenze, úzkost i strachy. Spoléhají na druhé, sobě příliš nevěří. Samota jim většinou nevyhovuje, je spojená s úzkostí, strachem a špatnými myšlenkami. Potřebují je rozptýlit.

Neurotičtí pacienti s fobickými projevy různého druhu vykazovali silnou potřebu závislosti.

Obraz potřebné sociální opory při zvládnání psychických potíží u pacientky s posttraumatickou stresovou poruchou je blízký potřebám neurotických pacientů (především jde o potřebu blízkosti důvěrné osoby, problematické zvládnání samoty) s tím rozdílem, že pro ni je oproti ostatním neurotickým pacientům velmi silná potřeba pracovní či jiné aktivity. V tomto konkrétním případě šlo o tragickou smrt dospělé dcery, z níž pacientka

obviňovala sebe samotnou, byť skutečnou vinu na tomto neštěstí neměla.

Z hlediska sociální opory v nemoci se jako problematičtí jeví pacienti s emočně nestabilní poruchou osobnosti hraničního typu. Porozumět jim a vyhovět jejich potřebám je pro lidi z blízkého okolí velmi obtížné i v případě, když se je snaží pochopit, natož pak když je jejich zázemí v troskách. Jejich potřeba manipulace s ostatními ve svém okolí, potřeba blízkosti a zároveň její neschopnost je činí nečitelnými a při výrazně labilních náladách někdy až nesnesitelnými pro své okolí. Jsou proto často opouštěni, zklamáváni, osamoceni. Chtějí vztah, domov, lásku, ale nejsou schopni v tomto vztahovém světě "normálně" fungovat. Pacienti s touto diagnózou, s nimiž byl proveden rozhovor pro účely této práce, měli problematické dětství, byli týráni, jedna pacientka byla dokonce pohlavně zneužívána, čímž se navíc výrazně komplikují její vztahy s muži. Právě u ní se jako problematické jeví i vycházení s ošetřujícím personálem a lékaři. Postupně i k nim ztrácí důvěru, často je mění. Cítí se odmítána, podle ní ostatní lidé zavírají před jejími problémy oči, jen se jí snaží využít. I ti, kteří se zpočátku jeví jako vstřícní, se časem mění na lumpy. Mladý pacient s touto diagnózou a depresivními stavy vnímá svět jako jeden velký chaos, v němž se nemůže vyznat. Pomocí kamarádů, blízkých lidí v něm hledá jistotu. Pozitivně hodnotí především blízkost svých vrstevníků, pokud je mu poskytnuta, prožitek vzájemného vyladění. V jejich přítomnosti se cítí dobře, ovšem současně vnímá, že svou přítomností vysává jejich energii. Z toho má výčitky svědomí a volí pak raději samotou někde v lese, v přírodě. Tam dobíjí svou vlastní energii z míst s pozitivní energií, kterou v nich cítí, aby měl sílu žít dál. Opečovávání matky vnímá negativně.

Mladý schizofrenický pacient vnímal jako nepříjemnou přehnanou péči a starost rodičů (respektive matky), k nimž se po první atace choroby a následné hospitalizaci vrátil. Zabýval se

spíš sám sebou než lidmi kolem sebe. Ty sice vnímal, ale nebyli v tuto chvíli tak důležití. Poskytovali mu možnost rozptýlení, zábavy, péči (podle něj přehnanou a obtěžující) a aktivizaci, kterou v první chvíli vnímal jako obtěžující, ale nakonec z ní měl vcelku dobrý pocit (např. řezání dříví s rodiči na chatě). Raději však vyhledával samotu, aby si mohl nerušeně přemýšlet. Poněkud rozporuplný vztah měl k té části své pozitivní sociální opory, kterou nazval čas. Rozumí se dobu léčby, hospitalizaci, léky. Na jedné straně vnímal její důležitost a přínos pro sebe, stav před zahájením léčby pro něj byl nesnesitelný, na druhé straně si přál, aby tato důležitá část opory už šla zmenšit. Cítil se jako vypnutý, "za oponou". Vše a všichni byli jakoby za plexisklem. On by se rád vrátil do příjemného euforického stavu, kdy se cítil přijímán a oslavován, cítil svůj úspěch u žen, komunikoval s lidmi, měl pocit vpravdě blahosklonně božský. Důležitá pro něj byla jeho víra v návrat pozitivního pocitu. Na otázku, kdo nebo co by mu mohlo pomoci, aby se cítil lépe, odpověděl :

" Potřeboval bych se probudit". Shodou okolností se vyplněné dotazníky tohoto pacienta v ordinaci zapletly mezi další korespondenci a byly nalezeny až po té, co je pacient vyplnil znovu (ochotně), tentokrát údajně v lepší náladě. Ze srovnání obou verzí vyplynulo, že ve špatné náladě vnímá a hodnotí svůj okolní sociální svět lépe než v dobré náladě, že se lépe vyrovnává se stresem, má podstatně větší potřebu sociální opory a má realističtější náhled na svět.

Pacient se smíšenou poruchou osobnosti a syndromem závislosti na alkoholu měl potíže už od dětství, vnímá je jako součást sebe sama. Důležitou osobou, která mu pomáhá a vytváří jeho svět, je partner. Poskytuje mu blízkost, zázemí, pochopení, toleranci a dává mu jistotu. Zůstává s ním i v okamžicích, kdy mu nemůže rozumět (psychotické stavy spojené s halucinacemi). Nicméně jeho snahu o pomoc vnímá často jako neadekvátní. On sám by měl větší potřebu řešit problémy do hloubky, rozebírat je, ale partner se v tom okamžiku stáhne zpět. "Má strach jít do

mého strachu. Ale cítím, že mě má rád." Pocit ohrožení má spojen se ztrátou blízkosti, protože pak následuje nejistota. Pocit "vypnutí" je pak spojen se strachem a vede k nutnosti další intenzivní léčby (hospitalizace).

Diagnóza transsexuality je s potřebou sociální opory, se sociálním světem a s nutností sebeprosazení se v něm velmi těsně spjata. Pro pacienta je ze strany sociálního okolí nejpodstatnější jeho přijetí v nové roli muže (ženy) od svých nejbližších, od rodiny, blízkých přátel. Tím, že oni dokáží akceptovat jeho "proměnu", přijmout ho takového, jaký je, neodsuzovat ho, nezavrhouvat, mu dodávají sílu, aby se dokázal prosadit i "venku", a potvrzují tak neměnnost jeho lidské hodnoty. Snáze si tak lze vybudovat novou identitu a získat potřebné sebevědomí. Emoční labilita, s níž bývá tato diagnóza spojena, činí pacienta velmi zranitelného a citlivého právě na reakce okolí.

U některých pacientů se mísily symptomy několika různých diagnóz. Jejich jednoznačné "zaškatulkování" není úplně možné.

Nepsychiatřiční pacienti - skupina B

U nepsychiatrických pacientů se obecně vyskytuje podstatně větší míra nezdolnosti, schopnosti řešit problémy a spoléhat na sebe, snaha vrátit se do "normálního" života v rámci svých možností. Většina hodnotila negativně sebelítost.

Ve vztahu k sociální opoře v nemoci mnohokrát zaznělo, jak podstatné je, že kolem nich existují lidé a že pouhá existence těchto lidí je důvodem k tomu, aby se s nemocí snažili vypořádat co nejlépe. Posilujícím faktorem byly často i děti.

U několika úzkostnějších pacientů byl patrný "přesah" do oblasti psychiatrických diagnóz a psychických potíží (poruchy

spánku a poruchy nálady), kontaktu s odborníkem se někteří z nich brání, nejsou přeci "blázni", jiní jej využijí, aby lépe zvládli zátěž, které jsou díky nemoci vystaveni, a aby dokázali tak žít co nejkvalitněji v rámci daných možností.

Většina nemocných nachází svou oporu v rodině a v okruhu svých přátel. Pokud nestačí tito důležití lidé pokrýt jejich potřebu sociálního kontaktu, snaží se rozptýlit kontakty s kolegy z práce, se sousedy, potkávají se s novými lidmi v rámci klubu důchodců, sdružení pacientů a podobně, aby se zbytečně nezaobírali špatnými myšlenkami, aby se necítili izolováni. Nemají tendenci uzavírat se světu. Svou nemocí se snaží okolí minimálně obtěžovat. Kontakty s přáteli a známými jim přinášejí rozptýlení, uvolnění, energii.

Někteří si racionalizují a omlouvají chování svých blízkých, kteří s nimi někdy ztrácejí trpělivost nebo kteří ji vůbec nemají. Vnímají svou nemoc jako handicap, který přirozeně je i druhým na obtíž, takže se není co divit jejich mrzuté náladě. Snaží se fungovat co nejnórmálněji, své okolí zbytečně nelekat svým zdravotním stavem.

U pacientů, kteří žijí sami, hraje v několika případech podobně jako u pacientů psychiatrických významnou roli pes jako člen rodiny, společník, důvěrník a zároveň bytost, o níž je nutné starat se a pečovat. Se psem ovšem nezůstávají v izolaci, ale právě díky němu se potkávají a seznamují s novými lidmi, s jinými pejskaři, které potkávají na procházkách. Jejich sociální pole se tak nenásilně rozšiřuje. Jak řekla jedna z pacientek :
" ...zůstávám tak v kontaktu se životem."

Jako nedostačující byla mnohými vnímána péče a přístup středního zdravotnického personálu k nemocným během hospitalizace. O poskytování pozitivní sociální opory v nemoci se nedalo vůbec hovořit. Šlo především o zkušenosti nepohyblivých pacientů po operaci, kteří byli po určitý čas zcela odkázáni na jejich péči. Objevily se i stesky na nedostatečnou péči ze strany lékaře, na bagatelizování některých potíží, které se

vzápětí ukázaly jako významné (konkrétně šlo o přechození revmatické horečky a následné potíže se srdcem, které vedly až k operaci, bohužel s nedobrym uzdravnym efektem). Naopak pacientka s roztroušenou mozkomíšni sklerózou, která ji suzuje už dvacet čtyři let, vnímala pro sebe pozitivni sociální oporu ze strany lékařů jako velmi podstatnou.

O popření nemoci a tím pádem i o nulové sociální opoře lze hovořit u jedné mladé pacientky s diabetem 1. typu, která kromě nutné aplikace inzulínu a vyloučení cukrovinek z jídelníčku není ochotna dodržovat nic z režimu léčby, přestože si je vědoma svého sebepoškozování. O záludnosti nemoci nemají její nejbližší (včetně manžela) údajně žádnou představu, ona tím nechce zatěžovat ani je, ani sebe.

V následujících přípězích jednotlivých pacientů lze vyzozorovat některé shodné rysy :

Pacientka s boreliózou, silným zánětem v koleni pravé nohy, bolestmi v lýtku levé nohy neznámé etiologie, která se nakonec ukázala jako únavová zlomenina (55 let, vdaná, 3 děti). Této diagnostice předcházely dva měsíce nejistoty a čekání, zda nejde o zhoubný nádor kosti. Svou sociální oporu v nemoci vnímá jako nedostačující, zároveň si tento pocit sama sobě popírá : " Je pochopitelné, že po pěti měsících v pracovní neschopnosti nikoho mé potíže nedojímají, jsou na obtíž. Už se tu válím dlouho." Přebírá manželova tvrzení a soudy typu "jsem strašná, jsem chcípák", na druhé straně cítí lítost z manželova nepochopení a neuznání práce, kterou během stonání v domácnosti i kolem domu zastane. Čeká na operaci kolene a bojí se manželovi říci, že její pracovní neschopnost bude ještě dále trvat. Špatné myšlenky, strach a pocity nemožnosti, neschopnosti jí pomáhají překonat hlavně kamarádky a kolegyně ze zaměstnání. Dobíjejí jí baterie. S nemocí, bolestmi a omezeními, které z ní plynou, se snaží vyrovnat sama, připadá jí to zcela přirozené. Oporou je pro ni i její otec, sám rovněž nemocný (diagnostikována leukémie).

Pacientka (60 let, rozvedená, 2 děti) po úrazu, která při pádu z mopedu utrpěla tříštivou zlomeninu kolene, vnímá jako svou největší oporu sebe samu. Její pozornost se soustředila především na technickou stránku zvládnutí celé situace

- opatření si vhodných pomůcek potřebných k tomu, aby byla co nejsoběstačnější (např. židle na kolečkách, na níž se mohla pohybovat bytem bez omezení a dokázala se tak postarat o sebe i celou domácnost). Každý malý úspěch v léčbě i v sebeobsluze ji automaticky posiloval. Pozitivní sociální oporou pro ni je vědomí, že v případě nouze má rodinu, děti, blízké lidi, kteří by jí mohli pomoci, že má zázemí. Negativně vnímá přehnané opečovávání, to by ji invalidizovalo, obtěžovalo.

Pacientka (56 let, vdaná, 3 děti) během svého života prodělala osm operací různých orgánů, z nichž nejzávažnější byla operace srdce - plastika srdeční chlopně, která bohužel nepřinesla očekávaný efekt a jediným řešením by bylo voperování chlopně umělé. Ovšem vzhledem ke stavu nemocné by byl tento zákrok už příliš riskantní. Se svými potížemi se vyrovnává hlavně sama, potížemi nechce děsit okolí. Jako svou sociální oporu vnímá manžela, jeho pomoc v domácnosti a potřebný doprovod k lékaři. Vše ostatní si řeší sama se sebou.

Pacient (71 let, ženatý, 2 děti) po infarktu myokardu s voperovaným by-passem vnímá jako svou sociální oporu především manželku, která mu pomáhá a pečuje o něho přesně podle jeho představ, a pak také děti (návštěvy, doprovod k lékaři). Nyní si připadá opět zcela zdrav, nevnímá tento zákrok jako handicap. Důležité pro něho bylo, že během jeho nemoci vše správně fungovalo.

Pacientka (49 let, vdaná, 2 děti) s polytraumatem, jež utrpěla po srážce automobilem na přechodu pro chodce, vnímá své omezení jako fakt. Zpočátku nebylo vůbec jisté, zda nehodu přežije - měla mnohočetná zranění, otevřené zlomeniny obou dolních a jedné horní končetiny, přetržené nervy i cévy. Během pěti let prodělala osm vážných operací. Drobné "kosmetické

úpravy" v podobě vyjímání šroubu a drátů z ruky ji ještě čekají, ale ty nevnímá jako vážný zákrok. Je seznámena i se skutečností, že v této chvíli dosáhla optimalizace svého zdravotního stavu a nyní se vše začne pozvolna zhoršovat. Podle ní jí její dočasná úplná a trvalá částečná bezmocnost sice mnohé pozitivní vzala, ale zároveň i přinesla, a to především v oblasti vztahové. Sociální oporu ze strany členů rodiny, přátel, kolegů v zaměstnání, ale i sousedů a zcela cizích lidí hodnotila velmi pozitivně. Kromě potřebné pomoci a péče jí poskytli jistotu zázemí a domova, její postižení všechny spojilo dohromady. Postupné zlepšování zdravotního stavu (i když velmi pomalé) jí dodávalo sílu nevzdat se a bojovat, aby se stala opět nezávislou na pomoci druhých. Její život se zpomalil a zároveň zesílila jeho intenzita. Negativně vnímala jen "nejapné vtípky" cizích lidí, např. když ji manžel zpočátku doprovázel na invalidním vozíku na rentgen a kdosi utrousil poznámku o lenosti dnešních žen. Během četných hospitalizací pro ni byl důležitým pojátkem s vnějším světem mobilní telefon a dodnes je. Možnost kontaktu třeba jen pomocí krátké textové zprávy jí dávala sílu přečkat dlouhé dny a noci nuceného ležení. Několik měsíců před rozhovorem použitým pro účely této práce náhle zemřel pacientce čtyřdenní vnuk na syndrom náhlého úmrtí. S touto skutečností se vyrovnává mnohem obtížněji, je spojena s obrovskou bezmocí. A bezmoc je to, co ji dokáže dostat až na dno.

Pacientka (59 let, vdaná, 3 děti) s roztroušenou mozkomíšní sklerózou, která ji trápí už 24 let, vnímá své sociální okolí, především svou rodinu - syna, manžela (ten sám je nemocný - karcinom tlustého střeva), jako důležité pro zvládání běžného každodenního chodu domácnosti. Nyní je už velmi špatně pohyblivá, ale stále se snaží cvičit, chodit s francouzskými holemi a koleny zpevněnými ortézami alespoň po bytě, trénovat chůzi po schodech do druhého patra. Významnou podporou pro ni byl klub "Roska", na jehož organizaci práce, setkání pacientů, organizaci rekondičních pobytů se sama více jak deset let

podílela a jehož akcí se podle možnosti a aktuálního zdravotního stavu i nyní účastní. Je stále v telefonickém kontaktu s některými stejně postiženými lidmi, s nimiž se seznámila právě v rámci klubových akcí. Telefon pro ni představuje důležité spojení se světem, spojení se sociální oporou mimo rodinu. Zdravotní stav jí nyní nedovolí ani psát. Pro maniodepresivní poruchy nálady, které vyplývají s charakteru primárního onemocnění, je nutná i psychiatrická léčba. Tu pacientka vnímá jako doplňující.

Pacienta (55 let, podruhé ženatý, 2 děti z prvního manželství), který prodělal transplantaci sliznice jícnu rozleptaného žaludeční kyselinou (z důvodu špatne fungující uzávěrky jícnu), víc jak dvacet let trápí dna a v důsledku této diagnózy mu nyní začínají selhávat ledviny. Ocitl se v tíživé životní situaci. V důsledku zdravotních potíží přišel o práci, jeho zdravotní stav se stále zhoršuje. Kromě toho v současnosti pečuje o manželku, která je po operaci endoprotézy kyčelního kloubu a je stále velmi špatne pohyblivá. Kromě svého ošetřujícího lékaře vnímá jako svou sociální oporu v nemoci právě manželku, navzájem si pomáhají a podporují se. Uvolnění, relaxaci a odpoutání od tíživých myšlenek na nejistou budoucnost v souvislosti se zhoršujícím se zdravotním stavem mu přináší kontakt se psem a se zvířaty obecně, procházka se psem, pokud je jí schopen, rozptýlení s kamarády, ale třeba i sledování pořadů v televizi. Uvědomuje si, že se může spolehnout jen sám na sebe. Snaží si užít dny, kdy ho nesužují tak velké bolesti. Na otázku, co by potřeboval, co by mu pomohlo, odpověděl : " Být o dvacet let mladší, zdravější a mít práci ." Především k chybějící práci se stále vrací. Byl zvyklý pracovat u zvířat. O koních říká : " Já bych si je chodil pošmudlat třeba zadarmo." Nečinnost, nevykonnost, nesvoboda způsobená nemocí ho trápí nejvíc.

Pacientka (52 let, vdaná, 2 děti) prodělala operaci cysty v prsu a v ledvinách, hypertyreózu, strumektomii s následnou Grawesovou-Basedovou chorobou, operaci křečových žil, plastiku močového měchýře, infekční žloutenku (nakazila se od

svého syna závislého na heroinu). Dvacet šest let pečuje o těžce psychotického schizofrenického manžela. Měla období, kdy ji přepadaly depresivní nálady, ale na život by si nesáhla. Je věřící. Její sociální oporou byla sestra a švagrová, s níž si velmi rozuměla. Obě blízké osoby bohužel už zemřely, takže teď jako svou sociální oporu vnímá pouze sebe samotnou. Není zvyklá se svěřovat okolí, nerozuměli by tomu, co prožívá, v čem dlouhá léta žije. energii a motivaci k životu čerpá z dětí, z vnoučat, z neteří, to je její síla. Pomáhají jí "útěky" z domova v podobě občasných návštěv příbuzných, ale i vycházky ven do přírody. Tam se cítí volná, osvobozená od domácího trápení.

Pacientka (70 let, rozvedená, 1 dítě) s uzavřenou tuberkulózou kostí se léčila už od svých dětských let, nemoc u ní byla diagnostikována až v devatenácti letech. Více jak tři roky proležela v tuberkulózním sanatoriu, nemoc je jejím společníkem odnepaměti. Podle aktuálního stavu se hospitalizace po celý život opakují. Prodlala několik operací, byl u ní diagnostikován nádor v páteři, opakované zlomeniny žeber i jiných kostí. Nyní se její zdravotní stav opět zhoršil. Díky nemoci se už v mládí změnil její pohled na svět a priority životních hodnot. Nemoc jí do cesty přivedla řadu vzácných lidí, které by podle svého soudu jinak patrně nepotkala, nebo by jim nevěnovala pozornost. Žila pomaleji. Sociální oporou pro byli rodiče, kterým se jejich péči snažila ve stáří vrátit, nyní je to syn, s nímž žije ve společné domácnosti, přátelé, lékaři. Pozitivně vnímá i pomoc sociálních úradu. Navštěvuje univerzitu třetího věku, udržuje kontakty s mnoha lidmi a tím pádem se svět. Přátelské a příbuzenské vztahy jí dávají pocit blízkosti a posílení. Posiluje ji víra v člověka. Za nejsilnější negativum označuje "vědomou bezmoc" - tedy bezmocnost, která je uvědomovaná. Negativní sociální oporou je pomoc nechtěná (litování, opečovávání k sobě vůbec nepouští).

V malém vzorku "nepsychiatrických pacientů" se ukazuje, že čím vážnější a více invalidizující je stav pacienta, tím větší je

chuť do života, vnímavost vůči pozitivnímu v jeho sociálním okolí a snaha fungovat co nejlépe. Jako podstatná se jeví tendence neztratit kontakt se sociálním světem a tendence vrátit se k co nejnornálnějšímu životu, přizpůsobit se mu co nejvíce a nalézt si svou novou cestu, když po staré už není možné pokračovat dál.

6. Diskuse

Smyslem této celé práce bylo ozřejmit vztahy subjektivně vnímané sociální opory v nemoci ke kvalitě života nemocných, k jejich způsobu vyrovnávání se s omezeními a trápením, které jim stonání přináší, a postižení případných rozdílů ve vnímání a potřebě sociální opory u nemocných s tělesnými a psychickými potížemi.

Její teoretická část je poměrně obsáhlá. Důvodem je široký záběr diskutovaného tématu nemoci a sociální opory jako faktoru, který její vnímání, přijímání a vyrovnávání se s ní může ovlivňovat. Ze stejného důvodu byly zcela záměrně poměrně podrobně děleny i jednotlivé kapitoly. Mnohdy se stane, že zcela triviální skutečnost právě pro svou obecně známou platnost unikne pozornosti. Pouhá zmínka o ní může být užitečná, neboť se díky ní připomíná. Písemné podklady pro vytvoření této práce tvořily převážně prameny a literatura česká. V podstatně menší míře byla použita překladová odborná zahraniční literatura a některé písemné prameny cizojazyčné, ovšem jen v malé míře. Přínos těchto získaných posledně zmiňovaných pramenů pro tuto konkrétní práci se nezdál být tak významný, neboť byl specifikován na jinak nastavený systém zdravotní péče a na odlišný sociální systém. Mohly více říci o výhledech, možnostech, zkušenostech, ovšem v jiných podmínkách, ve

společnosti s jinou minulostí a odlišným charakterem, což se aplikováno na domácí poměry mohlo místy jevit jako zkreslující.

Pro výzkumnou část diplomové práce byly vytvořeny dva stejně velké soubory pacientů o $n = 20$, pracovně nazvané "psychiatrické" a "nepsychiatrické", které byly sestaveny náhodným výběrem a navzájem porovnávány. Výběr pacientů byl zcela náhodný, ve skupině psychiatrických pacientů byl určen návštěvou psychiatrické ambulance, kde proběhl i první kontakt s autorkou výzkumu. Původním záměrem bylo sestavit dvě skupiny pacientů, v níž by byli stejnou mírou zastoupeni pacienti obou pohlaví a jejich věkové rozložení by si bylo rovněž podobné. Tento záměr se bohužel z organizačních důvodů nepodařilo dodržet, neboť se nenašli vhodní, sdílní a současně i ochotní respondenti schopní spolupráce. Při vyhodnocování výsledků výzkumu nebylo na tuto skutečnost zapomínáno. Aplikované dotazníkové metody byly statisticky vyhodnoceny, ovšem vzhledem k malému populačnímu vzorku byl důraz kladen především na kvalitativní rozbor získaných dat. Údaje získané díky statistice mohou mít hodnotu dalších pracovních hypotéz a jejich zkoumání a ověřování by mohlo případně být náplní další výzkumné práce.

Zjištěné skutečnosti a naznačené možnosti vztahující se ke skupině psychiatrických pacientů (skupina A) :

Ve vytčených očekáváních ve vztahu k psychiatrickým pacientům byl zmíněn předpoklad jejich větší vnímavosti vůči sociální opoře v nemoci. Pacienti jsou většinou skutečně přecitlivělí. Ovšem tato skutečnost se nezdá být tou nejpodstatnější, i nepsychiatrický pacient je vůči svému okolí a jeho reakcím obvykle podstatně vnímavější, než zdravá populace. Ukazuje se, že o pozornost si říká spíš fakt větší náročnosti, která je kladena na sociální oporu. Požadavky těchto pacientů, jak už bylo výše řečeno, jsou mnohdy svým způsobem specifické (např. ve vztahu k charakteru a podstatě onemocnění), pro okolí obtížně čitelné, a tím pádem i obtížně splnitelné. Často

z neznalosti věci může být poskytována péče nadměrná, obtěžující, nebo naopak zcela nedostatečná. Obvyklou větou, kterou lze od psychiatrických pacientů slyšet, je věta : "Oni mi nerozumějí, nechápou mě." Může jít o projev skutečného nezájmu, ale stejně tak o nepochopení z neznalosti věci, o nedostatečnou informovanost veřejnosti obecně, ale především o nedostačující informovanost blízkých nemocného. V některých případech hrálo významnou roli problematické rodinné zázemí, a to už v primární rodině (alkoholismus otce, domácí násilí, sexuální zneužívání,...). Pacienti ve svém "dospělém životě" v podstatě pouze aplikují naučenou roli a scénář, vyhledávají partnery podobné svým rodičům, vstupují do problematických vztahů.

Během rozhovoru s pacienty byl prezentován i názor jedné z lékařek psychiatrie, s níž se konkrétní paní, dlouhodobě pečující o těžce psychotického schizofrenního manžela, setkala, a sice, že informace o zdravotním stavu jejího muže podléhají ochraně důvěrných dat a k nim má přístup jen pacient. K takové konfrontaci názorů došlo v okamžiku, kdy pečující osoba přišla do ordinace manželovy ošetřující lékařky s nejistotou, zda užívá manžel všechny léky, a s obavou, kterou v ní (po letitých zkušenostech) vyvolával rostoucí neklid manžela a jeho změněné chování.

Komunikaci s blízkými by měl být věnován větší prostor a pozornost. Během jednotlivých rozhovorů se poměrně často objevovaly problémy spojené s partnerskými vztahy - problémová manželství, protraňované konflikty, oddělené bydlení manželů, které není dlouhá léta dořešeno, ale i neschopnost nalézt vhodného partnera, strach ze vztahu, neschopnost navázat partnerský vztah, týrání partnerem, problémy vzniklé v souvislosti s pohlavním zneužíváním v dětství a podobně.

Míra potřeby sociální opory v nemoci a především její podoba se jeví jako zcela individuální. Například pacienti trpící

závislostí a potížemi neurotického charakteru vykazovali tendenci k závislému chování i ve vztazích. Rozporuplný postoj k sociální opoře se objevil u pacientů s poruchou osobnosti hraničního typu (potřeba blízkosti a zároveň její neschopnosti). Naopak depresivní pacienti sociální oporu aktuálně odmítali, byla pro ně obtěžující, devalvující jejich vlastní hodnotu. Od této potřeby a od míry pochopení od okolí se pak odvíjelo i hodnocení kvality poskytované opory. Ve srovnání se skupinou nepsychiatrických pacientů byla nižší (viz Tab. IX., X., XI.).

Pozitivní vliv sociální opory na zdravotní stav pacientů byl pozorován u pacientky s posttraumatickou stresovou poruchou, a to za strany manžela, nebo u schizofrenického mladíka - především ze strany sourozenců a rodiny. O naprostém nepochopení hovořili depresivní pacienti, pro ně byli největší oporou lidé v jejich okolí, kteří měli vlastní zkušenost s podobnou či stejnou poruchou. Pozitivně byl hodnocen kontakt se zvířetem.

U pacientů, kteří v testu vykazovali větší životní spokojenost, se zdála být i větší vnímaná sociální opora a svůj okolní sociální svět hodnotili jako lepší. S rostoucí spokojeností se svým zdravotním stavem se zvyšovala i jejich potřeba sociální opory při zvládání zátěžových situací. Vzniká tak domněnka o zvětšování se možného sociálního prostoru pro více kontaktů, o větší otevřenosti vůči světu. Naopak s klesající potřebou sociální opory narůstá uplatňování negativní strategie vyrovnávání se s touto zátěží (staženost, rezignace, sebeobviňování, perseverace). Pacienti s vyšší životní spokojeností (obecně) vykazovali tendenci k větší spokojenosti se zdravím. Ovšem mezi spokojeností se zdravím a vnímanou sociální oporou nebyl nalezen žádný vztah.

Čím menší byla vnímaná sociální opora, tím větší byla tendence k rezignaci. S rostoucí rezignací se pak zhoršovalo vidění okolního sociálního světa (jako horšího, více omítajícího), čímž může vzniknout bludný kruh. Se zmenšující

se vnímanou sociální oporou rostla i tendence k sebeobviňování.

Poskytování sociální opory je u psychiatrických pacientů pociťováno především ze strany své primární rodiny - rodičů, sourozenců. Je tomu tak téměř třikrát častěji než u pacientů nepsychiatrických. Určité zkreslení by mohl způsobit nižší věk respondentů v této skupině, ovšem někteří pacienti uváděli jako svou oporu i rodiče, kteří již zemřeli (a to i ve skupině nepsychiatrické). Větší zastoupení vnímané opory zde má i odborná péče (lékaři, psychologové, léčebná komunita). První tři místa ve poskytování opory zde zauímají rodiče, přátelé a profesionálové. Objevuje se zde i samota.

Skupina nepsychiatrických pacientů ve svém vztahu k vnímání sociální opory v nemoci vykazovala některé odlišné skutečnosti a tendence.

Jako pozitivní oporu v nemoci vnímali pacienti především možnost kontaktu se světem, společnost jako rozptýlení, zdroj zábavy a zapomnění na své trápení vyplývající z choroby. Oceňovali blízkost důležitých osob, často pro ně byla podstatná jejich pouhá existence, byly důvodem k tomu, aby se snažili vyrovnat se s nemocí co nejlépe. Někteří oceňovali také fyzickou pomoc, většinou vyžádanou. Důležitý pro ně byl pocit, že jsou stále platnými členy rodiny, společenství, že se s nimi počítá, že ještě mohou být užiteční, soběstační (alespoň v rámci možností). Podstatné bylo zachování stávajících sociálních kontaktů, pokud je to možné, nebo vytvoření si kontaktů nových podle podmínek, jež jsou dány.

Negativně vnímali invalidizaci, přehnanou péči, nebo naopak bagatelizaci potíží, znevažování stavu, v němž se ocitli, typu "jsi chcípák". Velkou část odpovědnosti za svůj život brali sami na sebe a i nemoc se většinou snažili z velké části zvládnout sami. Nicméně byl ve velké většině patrný pozitivní vliv rozhovoru prováděného pro účely tohoto výzkumu. Ačkoliv se zpočátku tvářili nedůvěřivě nebo sdělovali svůj pocit, že nebude o čem hovořit, velice rychle se situace změnila a někteří po dvou,

třech hodinách povídání měli pocit, že zdaleka neřekli vše, a byli překvapeni, jak rychle jim čas utekl. Jejich potřeba svěřit se, sdělit, co je v souvislosti s nemocí trápí, naznačuje, že je zde velký nevyužitý prostor, který by mohl působit i úzdravně. Nepsychiatřiční pacienti nejsou podle všeho příliš zvyklí na to, aby někdo s účastí vyslechl.

Pacienti z této skupiny, kteří vykazovali vyšší spokojenost se svým životem, měli tendenci používat více pozitivní strategie vyrovnávání se se zátěží a naopak méně používali strategii negativní. S rostoucí životní spokojeností a se spokojeností se zdravím byla zaznamenána tendence ke snížení potřeby sociální opory. Okolní sociální svět je v této souvislosti hodnocen jako dobrý. Spokojenější pacienti hodnotí okolní sociální svět jako více přijímající, což se u psychiatrických pacientů neobjevilo.

Zdá se, že potřeba sociální opory roste s její deprivací. S rostoucí potřebou sociální opory se zvyšuje i uplatňování negativní strategie zvládání stresu.

U této skupiny pacientů je podstatným faktorem pozitivní sebeinstrukce při zvládání zátěže. Roste přímo úměrně s celkovou životní spokojeností a s pozitivním vnímáním svého sociálního okolí, čemuž tak u psychiatrických pacientů není, a s jeho zvyšováním klesá potřeba sociální opory. Pocit "já to zvládnou" se v této skupině objevuje vícekrát.

Naopak u strategie rezignace se ukazuje trend zcela opačný: roste s klesající životní spokojeností a společně s ním narůstá potřeba sociální opory, což se u psychiatrické skupiny neukázalo.

Uplatňuje-li se více strategie sebeobviňování, stoupá i potřeba sociální opory a objevuje se i silněji vnímaná sociální opora, možná může toto pramenit z pacientova pocitu, že tak více zatěžuje své okolí, že situaci nezvládá sám.

Nejdůležitějším poskytovatelem vnímané sociální opory je nová rodina - manžel, manželka (23,15 %) a děti (18 %), ačkoliv v hodnocení spokojenosti s manželstvím a partnerstvím

není zas tak zásadní rozdíl. O třetí místo se téměř vyrovnaně dělí přátelé a "já", tedy pacient sám a jeho vůle. Poměr těchto dvou skupin je vcelku vyrovnan : 16,45 % a 16,15 % celkové opory. V souvislosti s pomocí ze strany dětí může zčásti hrát roli jejich větší četnost v této skupině a také vyšší věk respondentů, a tím pádem i dětí, které už samy mají rodinu a fungují často samostatně. Na druhé straně nezřídka uvádějí pacienti jako svou sociální oporu i malé děti, protože vůči nim cítí povinnosti a odpovědnost, což je samotné posiluje.

Ze srovnání celkové životní spokojenosti v obou skupinách vyplývá následující : Psychiatřičtí pacienti vykazují obecně nižší životní spokojenost, a to v obou použitých testových metodách. Ačkoliv obě skupiny vykazují spíše nespokojenost v partnerství, skupina nepsychiatrických pacientů vnímá své životní druhy jako významně lepší sociální oporu než skupina psychiatrická. Velký rozdíl lze spatřit v posuzování spokojenosti se sebou samým a v hodnocení spokojenosti s přáteli. Tam je spokojenost psychiatrické skupiny opět podstatně nižší, přestože pomoc přátel je v této skupině vnímána jako jedna z nejdůležitějších. Svým způsobem zajímavé je hodnocení spokojenosti s volným časem ; psychiatřičtí pacienti se jeví jako méně spokojení, ačkoliv podle rozhovoru mívají volného času více. Na vině se zdá být neschopnost samostatně a aktivně se zapojit do jakékoliv činnosti, ale i sociální izolace, o níž někteří hovořili. Často zvládnutí povinností všedního dne může být nad jejich síly, jsou jakoby paralyzováni pocitem vlastní nemohoucnosti, neschopnosti. Celkově je posuzování životní spokojenosti u skupiny psychiatrických pacientů méně variabilní, sevřenější.

Z posuzování strategií zvládnání stresu a zátěžových situací vyplývá, že jsou si v průměru blízké míry uplatňování strategie Vyhýbání se, Náhradní uspokojení, Potřeba sociální opory, Kontrola reakcí, velký rozdíl je vidět u Sebeobviňování, Rezignace, Odmítání viny, Kontroly situace, Podhodnocení, kde psychiatrická skupina dosáhla nižších skóre, a u Pozitivní

sebeinstrukce, kde naopak dosáhla skóru nižšího.

V nepsychiatrické skupině je poměrně vyrovnané užívání pozitivní a negativní strategie zvládnání stresu, zatímco u psychiatrické skupiny je podstatně nižší uplatnění pozitivní strategie než strategie negativní. Vnímaná sociální opora dosahuje v psychiatrické skupině nižšího skóru (54) než ve skupině nepsychiatrické (62,6).

Závěr

Cílem této práce bylo zamyslet se nad sociální oporou v nemoci, nad její rolí v životě pacienta, nad její podobou a mírou jejího poskytování, a to především na základě subjektivního pohledu pacienta. Pro lepší pochopení specifik potřebné opory byly vytvořeny dvě skupiny pacientů - psychiatrická a nepsychiatrická skupina - a byl učiněn pokus o srovnání jejich potřeb.

Především na základě kvalitativního rozboru získaných dat byl vytvořen nástin sociální opory potřebné pro lepší vyrovnávání se s nemocí a byly postiženy některé odlišnosti ve vnímání a potřebách psychiatrických a nepsychiatrických pacientů. Pro kvantitativní analýzu dat s odpovídající výpovědní hodnotou by bylo nutné vytvořit podstatně větší soubory respondentů, v tomto okamžiku mají informace získané pomocí kvantitativní analýzy pouze hodnotu hypotéz, které by mohly sloužit jako inspirace a námět k další výzkumné práci.

Resumé

Diplomová práce se věnuje sociální opoře v nemoci u dospělých pacientů. Teoretická část se zabývá nemocí jako zátěžovou situací, pacientem, jeho potřebami a sociální oporou, o níž lze v souvislosti s nemocí hovořit. Pozornost je soustředěna především na její subjektivní vnímání pacienty : na její přijímání či odmítání, na její potřebnost, na vhodnost způsobu, jakým je nemocným poskytována. Důležité je vnímání sociální opory jako pozitivní (např. žádoucí, pomáhající) a negativní (např. omezující).

Výběrový soubor, jehož zjištěná data jsou použita pro vypracování experimentální části práce, je složen ze 40 pacientů rozdělených do dvou skupin pracovních nazvaných "psychiatrická skupina" a "nepsychiatrická skupina". Kromě lékařské diagnózy je pro jejich zařazení do skupin důležitá i skutečnost, které své zdravotní potíže vnímají pacienti jako dominantní.

Základem experimentální části práce je kvalitativní analýza získaných dat, doplněná i o kvantitativní srovnání jednotlivých ukazatelů a hledání případných vztahů závislosti mezi nimi pomocí korelací, a to v každé skupině zvlášť. Výsledky z obou skupin jsou porovnávány.

Ukazuje se, že potřeby pacientů ve vztahu k sociální opoře se ve skupinách různí. "Psychiatři pacienti" mají pocit menšího pochopení ze strany svého okolí a jejich nároky na sociální oporu a její podobu jsou výrazně ovlivněny charakterem jejich potíží. "Nepsychiatři pacienti" považují za podstatné poskytování blízkosti, společnosti, rozptýlení, udržování kontaktu s vnějším světem a vyžádanou pomoc. Vztahy závislosti mezi jednotlivými skutečnostmi vyhodnocené korelacemi nebyly vzhledem k malému rozsahu souboru shledány jako statisticky významné a mohou sloužit jako výchozí hypotézy pro další výzkum.

Resume

The thesis is devoted to the social support in an illness of adult patients. A theoretical part is engaged in the illness as a pressure situation, patients, their needs and the social support about which we can talk in the context of the illness. The attention is mainly concentrated on the fact how the patients subjectively feel the support whether they accept or reject it, whether they need it and if the way how it is given is convenient or not. An important thing is to feel the support as a positive thing (e.g. desirable, helpful) and a negative one (e.g. limiting).

The selective file, whose data are used for the experimental part of the thesis, consists of 40 patients divided into two groups called “psychiatric group” and “non-psychiatric group”. Besides a medical diagnosis the fact which of the patients’ health troubles are felt by them as the dominant ones is important for their including into these groups.

The basis of the experimental part of the thesis is the quality analysis of the obtained data that are also completed with the quantity comparison of separate indices and the search of potential relations of dependence between them with the help of correlations in each group separately. The results from both groups are compared.

It turns out that the patients’ needs considering the social support in the groups are different. “Psychiatric patients” feel less understanding from their surroundings and their demands for social support and its form are considerably influenced with the character of their troubles. “Non-psychiatric patients” consider giving of proximity, relationships, amusement, maintenance of the contact with the outside world and requested help as the essential thing. The relation of dependence between separate facts evaluated with correlations with the respect to the small extension of the file have not been considered as statistically

significant and they can serve as the starting hypotheses for the next research.

Přehled tabulek

- Tab. I. Přehled pacientů psychiatrické skupiny (A), s. 98
- Tab. II. Přehled pacientů nepsychiatrické skupiny (B), s.100
- Tab. III. Škála sociální opory PSSS podle J.A.Blumenthala, s. 107
- Tab. IV. Škála spokojenosti v životě SWLS, s. 108
- Tab. V. Dotazník životní spokojenosti DŽS, s. 108
- Tab. VI. Strategie zvládání stresu SVF 78, s. 109
- Tab. VII. Tabulka korelací, s. 110
- Tab. VIII. Přehled vyhodnocení statistické významnosti provedených korelací při 95 % pravděpodobnosti existence vztahu závislosti mezi korelovanými veličinami, s.120
- Tab. IX. Porovnání subjektivně vnímané sociální opory z hlediska míry pomoci jejích poskytovatelů, s.124
- Tab. X. Přehled subjektivně vnímané sociální opory v nemoci u psychiatrických pacientů (skupina A) podle pořadí důležitosti, s. 125
- Tab. XI. Přehled subjektivně vnímané sociální opory v nemoci u nepsychiatrických pacientů (skupina B) podle pořadí důležitosti, s. 126

Přílohy

Příloha 1: Tabulka zdrojových dat

Příloha 2: Tabulky vyhodnocená statistické významnosti
korelace

Příloha 3: SWLS – Spokojenost v životě

Příloha 4: Blumennthal, J.A. – Škála sociální opory PSSS

Použitá literatura

Alexa, Janek : Žil jsem jako pedofil. Portál, Praha 2002.

Balint, Michael : Lékař, jeho pacient a nemoc. Grada Publishing, Praha 1999.

Bártlová, Sylva : Sociologie medicíny a zdravotnictví. Grada Publishing, a.s., Praha 2005.

Baštecká, Bohumila a kol.: Klinická psychologie v praxi. Portál, Praha 2003.

Baštecká, Bohumila, Goldmann, Petr : Základy klinické psychologie. Portál, Praha 2001.

Baštecký, Jaroslav, Šavlík, Jiří, Šimek, Jiří : Psychosomatická medicína. Grada Avicenum, Praha 1993.

Clark, Corey M. : Relations Between Social Support and Physical Health. Rochester Institute of Technology, s.1-23.
<http://www.personalityresearch.org/papers/clark.html>

Černoušek, Michal : Šílenství v zrcadle dějin. Grada Avicenum, Praha 1994.

Danzer, Gerhard : Psychosomatika. Portál, Praha 2001.

Dethlefsen, Thorwald, Dahlke, Rüdiger : Nemoc jako cesta. Aquamarin, Praha 1995.

Developing social support : MayoClinic.com. 2006.
<http://www.cnn.com/HEALTH/library/MH/00041.html>

Dörner, Klaus, Plog, Ursula : Bláznit je lidské. Grada Publishing, Praha 1999.

Fahrenberg, Jochen, Myrtek, Michael, Schumacher, Jörg, Brähler, Elmar : Dotazník životní spokojenosti. Testcentrum, Praha 2001.

Goleman, Daniel : Emoční inteligence. Columbus, Praha 1997.

Gordonová, Barbara : Tančím tak rychle, jak dokážu. Práce, Praha 1993.

Greenbergová, Joanne : Neslibovala jsem ti procházku růžovým sadem. Triton, Praha 1998.

Hartl, Pavel, Hartlová, Helena : Psychologický slovník. Portál, Praha 2004.

Honzák, Radkin : I v nemoci si buď přítelem. Avicenum, Praha 1989.

Höschl, Cyril, Libinger, Jan, Švestka, Jaromír : Psychiatrie. Tegis, s.r.o., Praha 2002.

Höschl, Cyril : Psychiatrie pro praktické lékaře. H&H, Jinočany, 1996.

Chvála, Vladislav : Časová osa jako proces. Liberec 1995.
<http://www.lirtaps.cz/publikace/casoosa.htm>

Irmiš, Felix : Nauč se zvládat stres. Nakladatelství Alternativa, Praha 1996.

Janáčková, Laura : Bolest a její zvládnání. Portál, Praha 2007.

Janke, Wilhelm, Erdmannová, Gisela : Strategie zvládnání stresu – SVF 78. Testcentrum, Praha 2003.

Joshi, Vinay : Stres a zdraví. Portál, Praha 2007.

Kebza, Vladimír : Psychosociální determinanty zdraví. Academia, Praha 2005.

Komárek, Stanislav : Spasení těla. Moc nemoc a psychosomatika. Mladá fronta, Praha 2005.

Komárek, Stanislav : Leprosárium. Nakladatelství Petrov, Brno 2005.

Kondáš, Ondrej : Klinická psychológia. Vydavateľstvo Osveta, Martin 1980.

Kopřiva, Karel : Lidský vztah jako součást profese. Portál, Praha 1997.

Koukolík, František : Lidský mozek. Portál, Praha 2000.

Kratochvíl, Stanislav : Základy psychoterapie. Portál, Praha 1997.

Křivohlavý, Jaro : 10. celostátní konference psychosomatické medicíny. In : Československá psychologie, roč. 49, č. 1/2005, s. 88-89.

Křivohlavý, Jaro : Jak neztratit nadšení. Grada Publishing, Praha 1998.

Křivohlavý, Jaro : Jak zvládat stres. Grada Publishing, Praha 1994.

Křivohlavý, Jaro : Motivace sociální opory. In : Mareš, Jiří a kol.: Sociální opora u dětí a dospívajících III.. Nucleus, Hradec Králové 2003, s. 9-18.

Křivohlavý, Jaro : Psychologická rehabilitace zdravotně postižených. Avicenum, Praha 1985.

Křivohlavý, Jaro : Psychologie zdraví. Portál, Praha 2001.

Křivohlavý, Jaro : Psychologie nemoci. Grada Publishing, Praha 2002.

Křivohlavý, Jaro : Vážně nemocný mezi námi. Avicenum, Praha 1989.

Kübler-Rossová, Elizabeth : O smrti a umírání. Arica, Trutnov 1992.

Livingston, Gordon : Příliš brzy starý, příliš pozdě moudrý. Nakladatelství Pavel Dobrovský - BETA, Praha 2006.

Machač, Miloš, Macháčová, Helena : Psychické rezervy výkonnosti. Karolinum, Praha 1991.

Mareš, Jiří : Necitlivě poskytovaná sociální opora - obtěžující opora. In : Mareš, Jiří a kol. : Sociální opora u dětí a dospívajících III.. Nucleus, Hradec Králové 2003, s. 34-45.

Mareš, Jiří : Teoretické přístupy ke zkoumání sociální opory. In : Mareš, Jiří a kol. : Sociální opora u dětí a dospívajících I., Nucleus, Hradec Králové 2001, s. 5-12.

Míček, Libor : Sebevýchova a duševní zdraví. SPN, Praha 1976.

Miovský, Michal : Kvalitativní přístup a metody
v psychologickém výzkumu. Grada Publishing, Praha 2006.

Morschitzky, Hans, Sator, Sigrid : Když duše mluví řečí těla.
Portál, Praha 2007.

Murphy, Robert F. : Umlčené tělo. Sociologické nakladatelství
SLON, Praha 2001.

Nakonečný, Milan : Sociální psychologie. Academia, Praha
1999.

Němec, Robert : Monika Němcová, Míla Němců, Robert Němec
- biografie muže, který byl ženou. Nakladatelství CASSANDRA,
Kladno 1993.

Nešpor, Karel : Léčivá moc smíchu. Vyšehrad, Praha 2007.

Nezu, Arthur M., Nezuová, Christine Maguth, Friedmanová,
Stephanie H., Faddisová, Shierley, Houts, Peter S. : Pomoc
pacientům při zvládání rakoviny. Společnost pro odbornou
literaturu, Brno 2004.

Praško, Ján, Prašková, Hana : Proti stresu krok za krokem. Grada
Publishing, Praha 2001.

Reduce stress with a strong social support network.
MayoClinic.com, 2005.

<http://www.mayoclinic.com/health/social-support/SR00033>

Remen, Rachel Naomi : Obejmi život. Příběhy o nemoci a uzdravení. Portál, Praha 2007.

Rencová, Baeta : Vzpomínky na mého syna. Albatros Plus, Praha 2006.

Rueger, Christoph : Domácí hudební lékárnička. Ikar, Praha 2003.

Růžička, Jiří : Každá nemoc je psychosomatická. Liberec.
<http://www.lirtaps/psychosomatika/ruzicka.htm>.

Silbergnagl, Stefan, Despopoulos, Agamemnon : Atlas fyziologie člověka. Avicenum, Praha 1984.

Smolík, Petr : Duševní a behaviorální poruchy. Maxdorf, s.r.o., Praha 1996.

Syřišřová, Eva : Puklý čas a smích absolutní vlády.
Nakladatelství Tomáše Janečka, Brno 2005.

Šolcová, Iva, Kebza, Vladimír : Sociální opora jako významný protektivní faktor. Československá psychologie, 43, 1999, 1, s. 19-38.

Thöma, Helmut, Kächele, Horst : Psychoanalytická praxe. MACH, Hradec Králové, 1993.

Trapková, Ludmila, Chvála Vladislav : Rodinná terapie psychosomatických poruch. Portál, Praha 2004.

Tschuschke, Volker : Psychoonkologie. Portál, Praha 2004.

Vymětal, Jan : Základy lékařské psychologie. Psychoanalytické nakl. J. Kocourek, Praha 1994.

Yamamotová, Anna, Pometlová, Marie, Rokyta, Richard :
Společné mechanismy bolesti a stresu. Psychiatrie 1/01.
<http://www.tigis.cz/PSYCHIAT/SUPL0301/06.htm>.

Zvárová, Jana : Základy statistiky pro biomedicínské obory.
Karolinum, Praha 1998.