

ÚVOD

Pro svou bakalářskou práci jsem si zvolila téma *Faktory ovlivňující psychický stav závažně nemocného pacienta*. Toto téma jsem si vybrala díky zkušenosti, která mi odkryla profesní cestu, kam směřovat ve své profesní budoucnosti a na jakou cílovou skupinu se zaměřit.

Psychiku jedince vnímám, jako důležitý předpoklad pro zvládání různých životních etap, obzvlášť v období vážné nemoci. Svou bakalářskou prací chci poukázat na nutnost pomoci pacientům, jejichž životy zasáhla závažná onemocnění, kdy jejich kvalita života závisela nejen na jejich psychice, ale i na pomoci příbuzných a lékařů. Pokud jedince zasáhne závažné onemocnění, je mnoho faktorů, které mohou zásadně ovlivnit jeho psychický stav a tedy i odhodlání s nemocí bojovat. V této práci se snažím poukázat na ty nejzákladnější.

Považuji za důležité, aby lidé z okolí měli náhled na problematiku jedince, kterého závažná nemoc zasáhla a mít možnost se postupně seznamovat s jeho potřebami. Důležité je vědět, jak k těmto lidem přistupovat, jak se k nim chovat a jak s nimi komunikovat pro posílení jejich zdravotního stavu.

Práce zároveň uvádí, jak velký vliv má nemoc na psychiku pacienta, jak ovlivňuje jeho spolupráci se zdravotnickými pracovníky a to nejdůležitější, jaký vliv má na samotný průběh a výsledek léčení. Pozornost věnuji pacientům s nejčastějšími diagnózami závažného onemocnění – pacientům s Diabetem mellitus 1, s onkologickým onemocněním a chronickým onemocněním.

Cílem mé práce je popsat možnosti, jak propojit spolupráci sociální péče ve zdravotnictví a přispět tak pacientovi a jeho rodině v boji s jeho nemocí. Hlavním cílem je identifikovat pozitivní faktory, které mohou pacientův psychický stav zlepšit a poukázat na ty, které vedou ke zhoršení psychiky a tím jeho zdravotnímu stavu přitěžují.

V první části své práce se věnuji vývojovým etapám člověka, konkrétně tedy pak, jak vnímáme smrt v dětství, dospívání a stáří. V další části se věnuji definici závažné nemoci, pacientům s nejčastějšími diagnózami závažných onemocnění, přístup pacienta k diagnóze, jeho hospitalizaci a interakci s lékařem.

Toto téma je velmi citlivé, a abych svými otázkami neranila některé pacienty, proto v další části práce prezentuji názory pracovníků, kteří s pacienty pracují. Zvolila jsem formu vedení řízených rozhovorů s koordinátorem duchovní péče/nemocničním duchovním a sociálními

pracovníci, kteří se o pacienty starají a pacienti k nim chovají důvěru. V závěru uvedu následné vyhodnocení řízených rozhovorů a možnosti, které si za cíl kladou identifikování zásadních faktorů ovlivňující psychický stav pacienta, hledání a následné aplikování způsobů, jak pacientovo okolí a hlavně systém péče o závažně nemocné může pomoci pacientovi řešit jeho problémy.

Má práce je zacílena na dosažení náhledu do vnitřního prožívání pacienta, na kterého působí nespočet okolností, které zásadně ovlivňují jeho postoj v boji se zákeřnou nemocí. Při postupném zpracování této práce, jsem si čím dál více uvědomovala, jak moc je toto téma těžké a náročné, zahrnující širokou problematiku. Zejména jsem získala možnost nahlédnout do nemocničního systému a pochopit, jak péče o nemocné ve skutečnosti vypadá.

Působících faktorů je mnoho a každý jedinec má své způsoby, jak s nimi bojovat a své problémy projevoval navenek. Tato práce má sloužit jako malý náhled do „cizí řeči“ nemocného pacienta, kterému za jeho průběhu života s nemocí nerozumíme. V případě, kdy nemoc pomine, nebo dojde až ke smrti člověka, si okolí často klade otázky a vyčítá si, že mohlo jinak a lépe pomoci.

A proto jak bylo již uvedeno, svou prací chci poukázat na negativní faktory, které pacientovi škodí a ovlivňují negativně i jeho zdravotní stav. Avšak hlavním cílem mé práce je identifikace pozitivních faktorů, které ulehčují pacientovi žití s nemocí.

1 PSYCHICKÝ VÝVOJ ČLOVĚKA

V této kapitole uvádím vývojové faktory, které jsou předpokladem k psychickému zrání jedince. Při závažné diagnóze, dochází k zásadnímu narušení pacientova zdraví, které může přinést obavy i z možné smrti. Cílem této kapitoly je seznámení se změnami v postoji vnímání smrti v období dětství a v období dospělosti, které považuji za klíčové pro vnímání svého zdraví a následný boj s nemocí.

Na úvod bych podle publikace *Dětství a dospívání* (Vágnerová 2012) ráda popsala důležitý proces psychického vývoje, který má charakterizovat rozvoj a proměny psychických procesů.

Je tedy potřebné zdůraznit souvislosti jednotlivých vývojových fází, které jsou výsledkem předcházejícího vývoje, jenž je základem pro následující období života. Odchytky v psychickém vývoji mají svůj individuální počátek vzniku. Mají svou dynamiku a vliv na celkový psychický, mnohdy i somatický stav organismu jedince.

Vágnerová (2012) uvádí jednotlivé dílčí oblasti psychického vývoje, které se ovlivňují a zároveň se rozvíjí ve vzájemné interakci:

Biosociální vývoj = tělesný vývoj a veškeré změny a proměny s ním spojené, zároveň ovlivňující různé faktory jako např. specifický vliv rané stimulace na rozvoj určitých oblastí mozku

Vývoj kognitivních funkcí = psychické procesy, které jsou získané na základě poznávání a uchovávání si získaných poznatků. Tzv. kompetence, které člověk používá při příjmu a zpracování informací, při myšlení, rozhodování a učení.

Vývoj motivačně emoční složky = emoční prožívání, emoční regulace a význam jednotlivých potřeb na základě působení různých vnějších vlivů.

Psychosociální vývoj = proměny osobnostních a sociálních charakteristik, rolí, mezilidských vztahů, chování. Tento vývoj je ovlivněn v zásadě vnějšími faktory, především procesem socializace.

Rozvoj dílčích psychických vlastností i celé osobnosti je dán individuálně variabilní složkou a komplexem vnějších podnětů, které vedou ke vzniku určité zkušenosti. Způsob zpracování těchto předpokladů je v různé míře, ale skoro vždycky, předurčen genetickými předpoklady. Specifický vývoj závisí na individuálně specifické interakci vrozených dispozic a komplexu různých vlivů prostředí. (Vágnerová, 2012)

Dědičnost

Genetické dispozice představují informace, na nichž závisí vytvoření předpokladů pro rozvoj různých psychických vlastností. Jejich souhrn je označován jako genotyp. V genetickém aparátu je zakódován program individuálního rozvoje jedince. V průběhu života dochází k postupné aktivizaci jednotlivých složek genetického programu, tyto jednotlivé psychické funkce se rozvíjejí v určitém, přibližně stejném období. Zejména tempo zrání je dáno geneticky. Lze tedy říci, že genetická výbava podmiňuje kapacitu jedince, reagovat na určité situace určitým způsobem.

Genetické informace se ukládají ve formě genů, které jsou lokalizovány na chromosomech. Každý člověk má tedy dvě sady chromosomů, z nichž jedna pochází z otcovské zárodečné buňky a druhá z mateřské. Mezi dvojicí těchto genů se tak mohou vytvořit různé vztahy. Žádný gen se neprojevuje zcela izolovaně, ale v interakci s jinými v rámci celého genotypu, eventuelně organismu jedince, žijícího v určitém prostředí.

Vznik určité kombinace dědičných dispozic je závislý na způsobu partnerského výběru. Genetické vlohy určují intenzitu či kvalitu rozvoje určité vlastnosti, jako např. fenotyp, pod kterým si můžeme představit úroveň rozumových schopností či citovou stabilitu. Tato varianta je však v různé míře závislá na působení vnějšího prostředí. (Vágnerová, 2012)

Prostředí

Dále si podle publikace Vágnerové (2012) uvedeme faktor prostředí, který může významným způsobem ovlivnit jedincovo vnímání. Již v dětství dítě projevuje nějakou aktivitu, reaguje na různé podněty a zároveň svým chováním stimuluje reakce jiných lidí. Kvalita množství získaných zkušeností jeho psychický vývoj ovlivní. Tyto získané zkušenosti mohou stejně tak působit na způsob prožívání, regulace rozvoje poznávacích schopností, ale zejména tak působí na rozvoj jednotlivých osobnostních vlastností.

„Zkušenost může lidskou psychiku ovlivňovat různě, pozitivně i negativně.“

(Vágnerová, 2012, str. 16)

Lidská osobnost se vyvíjí v rámci komplexu různých vnějších vlivů, které lze rozdělit podle míry a bezprostřednosti jejich působení na každého jednotlivce. My si všechny tyto vlivy nebudeme rozebírat, ale vybereme ten nejvýznamnější z nich- rodinu.

Rodina je nejvýznamnější sociální skupinou, která zásadním způsobem ovlivňuje psychický vývoj jedince. Ač někdy neuvědoměle, všichni členové rodiny jsou ve vzájemné interakci a vzájemně se ovlivňují. Pro dítě je rodina největším zprostředkovatelem různých zkušeností. Základní poznatky, které zde získá, ovlivní způsob, jakým bude dítě chápat další informace a hlavně, jak na ně bude reagovat. Dítě získá zkušenost, jak interpretovat různé sociální signály, osvojí si určité vzorce chování, které se ukázaly jako účelné nebo zde byly vyžadovány, naučí se jak projevovat (nebo neprojevovat) svoje pocity a názory.

Zkušenosti, které dítě získá v raném dětství, zůstávají v nevědomí a mohou významným způsobem ovlivňovat jeho prožívání a chování v pozdějším věku. (Vágnerová, 2012)

Centrální nervový systém (CNS)

Vývoj CNS je důležitým předpokladem rozvoje všech psychických vlastností a procesů. Centrální nervový systém se uskutečňuje zráním, jehož průběh je určen genetickou informací. I když je tento systém závislý na zrání, mohou jej ovlivňovat mnohé vnější faktory, např. chování matky k malému dítěti již od jeho narození. Vnější vlivy mohou podpořit takové funkční změny mozku, které povedou k proměně psychických projevů.

Některé rozdíly a funkce CNS jsou závislé i na pohlaví. Vývoj mozku ovlivňují již v prvním trimestru prenatálního období pohlavní hormony. Zrání mozkových struktur probíhá rychleji u dívek.

Dívky disponují menší vyhraněností, která může být předpokladem k jejich větší odolnosti, resp. schopnosti obnovy, ale umožňuje i rychlejší a snadnější osvojení dovedností. Dívčí mozek funguje globálnějším způsobem.

Chlapecký mozek bývá uspořádán symetričtěji. Celkové zrání je pomalejší. Pro chlapce je obtížnější dosáhnout potřebné souhry funkce obou hemisfér. (Vágnerová, 2012).

Vliv všech zmíněných faktorů může významně ovlivnit vnímání nemoci a smrti v jednotlivých vývojových obdobích.

1.1 VNÍMÁNÍ SMRTI V DĚTSTVÍ

Dítě v období batolecího věku a i v dřívějších věkových obdobích, zásadě nevnímá závažnost nemoci pacienta. Z vyprávění mohu uvést případ, kdy dítě v batolecím věku bylo přítomno pacientovi v pokročilé fázi nemoci, který byl upoután na lůžko. Pacient své okolí nevnímal, ale kontakt s dítětem byl jeden z mála momentů, kdy se na jeho tváři objevoval náznak spokojenosti a odvrácení se od reality.

Tento postoj lze přikládat faktu, že dítě v batolecím věku přistupuje k nemocnému člověku naprosto přirozeně, nevnímá jeho nemoc či handicap a možná právě tento přístup pacientovi nejvíce pomáhá.

Za pomoci publikace paní Ivy Žaloudíkové (2010) si následně rozebereme dětské představy o smrti.

Vnímání smrti je u dětí často nepřesné a zmatené. Může to být z důvodu vlastní zkušenosti, ale také toho, co děti vidí převážně v televizi, filmech, video hrách, pohádkách či dětských příbězích. Děti se setkávají s hlavním hrdinou, který umírá a znovu ožívá. Hrdinové těchto příběhů pro děti představují osoby, které překonávají nemožné – autonehody, přestřelky a jiná nebezpečí.

Děti často nechápou, proč lidé umírají, nechápou příčiny smrti a často se domnívají, že smrti se dá vyhnout.

Dítě v předškolním věku **3-5 let** vnímá smrt jako vratný proces, něco jako spánek a následné probuzení. Jeho hlavní strach představuje odloučení od rodičů.

Ve věku **5-7 let** chápou smrt jako něco konečného, zajímají se o fyzické detaily smrti, začínají řešit spirituální stránku smrti.

V období vstupu dítěte do školy **6 – 8 let**, děti smrt zosobňují, začínají si představovat, jak asi vypadá. Smrt chápou jako odloučení, které spojují se stářím a nemocí. Smrt pro ně nemá osobní význam, ale začínají chápat, že umřít musí každý. Formuje se spirituální chápání, představují si, jak mrtví lidé jdou do nebe. Smrt si asociují s tmou, vodou, spánkem, prázdnotou, smrt je pro ně spojena se smutkem, strachem.

Věk **9-12 let** je obdobím, kdy děti vnímají smrt jako něco konečného a nevyhnutelného. Rozvíjí se abstraktní myšlení, chápou, že mohou zemřít staří i mladí.

Podle D. Schonfelda (1999, in Žaloudíková, 2010) je důležité dětem v tomto věku poskytnout následující informace:

- Smrt je nevratná
- Životní funkce končí svou činnost, když člověk umře
- Jsou zde jasné příčiny smrti živých organismů
- Smrt je nevyhnutelná

Pokud opět vycházím z vlastní zkušenosti, musím potvrdit, že tyto informace je velice citlivé předávat, zejména, jedná-li se o malé dítě. Děti ve věku 9-12 let již ale samy chápou, co smrt obnáší, často si na ní vytvoří i vlastní názor.

Když jsem své neteři (9 let) oznámila úmrtí jejího tatínka (věk 31 let, diagnóza Diabetes 1. Typu), překvapila mě svou reakcí. Zpočátku neplakala, mlčela, po dlouhé chvíli řekla, že často myslela na to, že tu tatínek jednoho dne nebude, přesto si život bez něj nedokázala nikdy představit...

1.2 VNÍMÁNÍ SMRTI V DOSPĚLOSTI A STÁŘÍ

Jedním z psychologických jevů, kterému byla věnována největší pozornost při studiu procesu umírání, byla úzkost, případně strach ze smrti.

V **období adolescence** se naskytují spíše filozofické úvahy o hledání smyslu života. Avšak v případě vážného onemocnění jsou reakce adolescenta mnohdy daleko silnější, než v kterémkoliv jiném období. (Langmeier a Krejčířová, 1998).

„Adult je v plné síle, dozrál sociálně, domyslí již životní problematiku a ovšem i problém smrti, které se v normálu nebojí. Smrt ještě nekývá, je mu vzdálena o celou délku dosavadního života. Člověk tedy v našem adultiu život ještě plně žije, bez perspektivy jeho dohledného zakončení, a často s ním hazarduje. Muži a zhusta i ženy bezstarostně ponocují, nadměrně kouří, neznají námahy, nevybírají zpravidla v kvantu ani v kvalitě potravy, aniž poslouchají rad hygieniků, a vůbec žijí tak, jako by chtěli věčně žít“ (Příhoda, 1977 str. 58).

Období **středního věku tzv. „sendvičová generace“** je vyznačována jako období, kdy se dospělí musí starat jak o své vlastní děti, tak o své rodiče. Úmrtí svých rodičů může být vůbec první zkušeností, kdy se dospělí setkávají se smrtí. Tento moment je ovlivní a stává se klíčovým v jejich vlastním vnímání smrti. (Vágnerová, 2000). Ve středu svého věku začíná člověk přemýšlet nad svým dosavadním životem, nastává tzv. krize středního věku, kdy přemýšlí nad věcmi, které ještě nestihl, nebo mohl udělat jinak.

Podle Křivohlavého (2002), i přes předešlé vývojové fáze, kdy se člověk setká s různými situacemi, se dospělému zdá mnohé nepochopitelné, nad mnoha věcmi si klade otázky. Záležitost smrti může dospělý rozumem chápat, ne vždy se však se smrtí emocionálně vyrovná. Snaží se smrt z mysli vytěsnit, někdy ji zaobaluje do něčeho pozitivního. V tomto období člověk prožívá strach ze ztráty svých blízkých.

„Strach ze smrti, je horší, nežli smrt sama“ Publius Syrus

Ukazuje se, že s jedním z nejtěžších životních zážitků je rozloučení se s tím, CO jsme měli rádi, a pak zvláště s někým, KOHO jsme měli rádi. Pokud ztratíme někoho blízkého, tento fakt nám připomíná, že my samotní nejsme nesmrtelní, že něco podobného potká zřejmě někdy i nás. „Každý z nás do určité míry umírá při smrti člověka, kterého máme rádi. Tento zážitek je součástí života. Je nám i upozorněním, jak to, oč se snažíme a co děláme, může být díky smrti nedokončeným dílem“ Paul Tournier (1981, in Křivohlavý 2002)

„Úmrtí člověka nám blízkého může být nepříjemnou připomínkou naší vlastní smrtelnosti“
(Křivohlavý, 2002 str. 156).

A právě jak uvádí Křivohlavý, tak i z vlastní praxe mohu uvést příklad nepřítomnosti člověka na pohřbu jednoho z jeho blízkých přátel. Dotyčný člověk nepřišel ne z důvodu tzv. nezdořilosti, jak to asi někdo v danou chvíli mohl chápat, ale z potlačování faktu, že dotyčná osoba tu s námi již nikdy nebude. Tento fakt odsunul do svého nevědomí a tak se možná s jeho smrtí pokusil vyrovnat. V první řadě jde o biologickou existenci, máme strach z utrpení.

Ve věku 75 let dochází k překlenutí na pravé stáří, což je vyznačováno jako období vyrovnávání se s úbytkem fyzických i psychických sil, příchody nejrůznějších onemocnění, kdy se jedinec odepírá do ústraní a uniká od reálného světa. Člověk je v tomto období závislý na pomoci druhých a nejvíce se zaobírá právě otázkou života a smrti.

„Konečnost, tu jedinou jistotu, může prosvětlit nikoliv štěstí budoucích, ke smrti jdoucích dní, ale zář dobře prožitého života“ (Haškovcová, 2010, str. 315)

Starý člověk se samozřejmě čas od času zabývá myšlenkou na závěr svého života. Bylo by nestandardní, kdyby tak nečinil. Zajímá ho, co se stane, kdo se o něj postará, přeje si být „zaopatřen“. Chce mít jasno, co se stane s ním a s jeho majetkem po smrti. (Haškovcová, 2010)

2. CHARAKTERISTIKA ZÁVAŽNÉ NEMOCI

Touto kapitolou popisují charakteristiku závažné nemoci.

Světová zdravotní organizace WHO, definuje zdraví jako plné tělesné, duševní, sociální a duchovní blaho člověka. V této kapitole si uvedeme opak zdraví, tedy nemoc.

Na úvod bych ráda uvedla lidový pojem termínu nemoci jako takové. Ve slově nemoc můžeme nalézt i význam slova, který se skládá ze slova MOC. Slova moc a moci pocházejí ze staroslovanského „*mog-t*“ a to je příbuzné s odvozenými českými termíny „*pomáhati*“ a „*pomoc*“ (Rejzek, 2004). Slovo „*moc*“ v nás evokuje pocit schopnosti něco dělat, sílu udělat to, či ono. Když však přidáme před slovo moc předložku ne, vznikne nám spojení nemoc, která je charakteristickým pocitem, že je s námi něco v nepořádku, že v tuto chvíli můžeme něco chtít, nicméně kvůli svému zdravotnímu stavu toho nemůže dosáhnout. Jedinec je tzv. „*nemohoucí*“ a tudíž je i odkázán na pomoci druhých.

V anglickém termínu pro nemocného člověka „*ill*“ můžeme nalézt odvozené slovo anglosaského kořene „*evil*“, jehož překlad znamená ZLO. Samostatný překlad tohoto slova vypovídá mnohé o tom, jak celkově slovo nemoc chápeme a vnímáme. Je to pro nás stav, kdy se „*necítíme ve své kůži*“, kdy nás mohou provázet i bolesti, kdy by tělo mělo nějak fungovat, ale potkává se s obtížemi. (Křivohlavý, 2002)

Každý jedinec svou nemoc vidí jinak a každý jí přikládá jinou závažnost. Za závažné onemocnění se považuje poškození zdraví, které zásadně ovlivní život člověka. Je to takové onemocnění, které indisponuje jedince na určitou dobu několika měsíců, ale například i několika let. Za závažnou nemoc lze považovat i to onemocnění, které jedince omezí či mu zcela nedovolí se o sebe sám postarat, ať už finančně či v rámci samoobsluhy. Statistika závažnosti nemoci se odvíjí od časové periody, jak často se lidé v návaznosti na danou nemoc stávají invalidními. Dostupné z:

(http://blog.brokertrust.cz/wp-content/uploads/ebook_pojisteni_vaznych_chorob.pdf)

Oblast závažných nemocí je celkem nepřehledná a proto, jak jsem již uváděla v úvodu, vybrala jsem takové diagnózy, kterých je poměrně nejvíce a které právě vedou k vážnému ohrožení života. Zároveň krátce poukazují na rizikové faktory nemoci.

2.1 VYBRANÉ DIAGNÓZY ZÁVAŽNÉHO ONEMOCNĚNÍ

Diabetes Mellitus 1. typu

Diabetes Mellitus neboli cukrovka je chronické onemocnění metabolismu cukrů způsobené poruchou vytváření inzulínu ve slinivce břišní, nebo neschopnost organismu využít vlastní množství inzulínu. Projevuje se zvýšenou hladinou cukru v krvi a zároveň ovlivňuje celkovou přeměnu látek v organismu. Diabetes 1. typu se obvykle objevuje u mladých lidí, ale jak uvádí zdroj – <http://www.novonordisk.cz/pacienti/lecba-cukrovky.html> nemusí to být pravidlem. Nemoc se může objevit zhruba do roku 40 let. Diabetes může být způsoben dědičnou predispozicí, ale někdy i nadměrné užívání některých léků může způsobit pozdější reakci těla, která v konečném důsledku vede k diabetu. Z vlastní praxe mohu uvést příklad mladého pacienta (8 let), který byl hospitalizován na základě zánětu, který způsobil sepsi neboli otravu krve. Pacient měl vysoké teploty a vysoké zánětlivé parametry, na které mu byly indikovány antibiotika, které sice zlikvidovaly otravu krve, ale jelikož zánět zcela nevymizel, další léčba byla vedena kortikoidy. Na základě těchto léků byl vyprovokován Diabetes mellitus 1. typu.

Stejně tak uvádí publikace Ošetřovatelská péče v diabetologii (Kudlová, 2015), která rozlišuje dvě formy diabetu 1. typu, který se dělí na **autoimunitně podmíněný** tj. způsobený postupným zánikem betabuněk, který lze doložit přítomností autoantilátok. Za spouštěcí mechanismus se považuje zejména virová infekce. Druhým typem je **idiopatický diabetes**, který je charakteristický jako samovolně vzniklý, kde nebyly zjištěny protilátky.

Začátek nemoci může být náhlý a dramatický. Jedinou léčbou je celoživotní podávání léků.

Onkologické onemocnění

Onkologická onemocnění jsou charakteristická nekontrolovatelným růstem nádorové tkáně. Rakovina je řazena mezi nádorová onemocnění. Dochází k nekontrolovatelnému růstu určité skupiny buněk, která se začne rozvíjet nečekaným a pro tělo škodlivým způsobem. Jedná se o soubor několika chorob. Buňky svým růstem začínají narušovat okolí a vytváří kolonie dalších rakovinových buněk (metastázy). V důsledku tohoto bujení může člověk i zemřít. Nádorová onemocnění se dělí podle náležitosti buněk k určitým základním typům. Rozlišujeme nádory na nezhoubné (benigní) a zhoubné (maligní) Maligní nádor se oproti benignímu vyznačuje rychlým růstem a ničením okolí tkáně a nakonec celkovým vyčerpáním organismu vedoucím k smrti. Nejčastějšími nádorovými onemocněními v České Republice je karcinom prsu u žen a karcinom tlustého střeva a plic u mužů. Zvláštním typem onkologického onemocnění je

onemocnění krevních buněk, tzv. leukémie, které je nejčastějším onkologickým onemocněním dětí.

Dostupné z (<http://www.irakovina.cz/>; <http://www.lecba-rakoviny.cz/co-je-rakovina>)

Chronické onemocnění

Příčinou všech chronických onemocnění je chronické oslabení funkce imunitního systému. Nemoc se najednou objeví, vede člověka k návštěvě lékaře, ten nemoc diagnostikuje a zahájí léčbu. Po léčbě jedinec čeká změnu – návrat k původnímu stavu totálního zdraví. U chronicky nemocných je tomu ale jinak. S chronickou nemocí si člověk nemusí uvědomovat její působení, taková nemoc se přibližuje mnohdy pomalu (viz. Např. plíživý příchod některých leukémií). Často dochází i k falešnému postoji k nemoci. Mnohé z chronických onemocnění není takové, které by mohlo momentálně ohrožovat život pacienta. Onemocnění má střídavý charakter, může být dlouhé období, kdy se pacient cítí docela dobře. Avšak v důsledku chronického onemocnění je takové období velmi rychle zapomenuto. Jsou chronická onemocnění, která jsou vážná např. onemocnění kardiovaskulárního systému, různé druhy rakoviny, astma, zánětlivá onemocnění kloubů, diabetes, Alzheimerova nemoc, pozitivní nález HIV, AIDS atp. (Křivohlavý, 2002)

Všechna tato onemocnění se zásadním způsobem podepisují na psychice jedince. Mají svůj vývoj a svá úskalí, s kterými musí pacient a jeho blízké okolí bojovat.

3. FAKTOR NEMOCI A JEJÍ VLIV NA PSYCHIKU JEDINCE

Jakékoliv dlouhodobé a závažné onemocnění, je zatížením pro celý organismus jedince a tedy i pro jeho psychiku. V této kapitole se věnuji nemoci a jejímu vlivu na psychiku jedince.

Mezi zjištěním určitých příznaků negativně změněného zdravotního stavu člověka, jeho příchodem a odevzdáním se do rukou odborníka se něco odehrává v pacientově psychice. Nastává tzv. otázka „jít, či nejít k lékaři“. Pro znázornění použiji vysvětlení z publikace Psychologie nemoci od (Jara Křivohlavého, 2002, str. 14)

Pacient se rozhoduje, zda má jít, či nejít k lékaři a zhodnocuje situaci.

Situace je buď:

	JÍT	NEJÍT
• vážná	OK	MS
• nedůležitá	FA	OK

OK: situace je správně vyřešena – v jednom případě je situace vážná a pacient skutečně k lékaři jde; v druhém případě příznaky onemocnění nejsou tak vážné, aby daný člověk měl jít k lékaři, a on k lékaři nejde.

MS: nesprávné rozhodnutí, situace byla vážná, avšak daný člověk ji podcenil a lékaře nenavštívil

FA: nesprávné rozhodnutí, signál nebyl vyslán, avšak daný člověk považoval to, co viděla a prožíval, za vážný signál onemocnění

Při stanovení diagnózy se od pacienta očekává, že se alespoň pokusí se svou nemocí něco dělat, bojovat proti ní, že bude dodržovat medikaci, správný léčebný režim a životosprávu. Toto samozřejmě pacienta vytrhne z jeho běžného života, na který byl doposud zvyklý.

Vnímání nemoci je závislé na mnoha faktorech například i věku pacienta, ale i celkové kvalitě života. Z rozhovoru, který jsem vedla s koordinátorem duchovní péče v Thomayerově nemocnici, panem Mgr. Michalem Balkem, vyplývá, že, se může u pacienta stát, že starší člověk, dejme tomu v období pravého stáří, může vnímat svou nemoc i jakousi „omluvenku“.

S touto omluvenkou člověk v období pravého stáří může i doufat, že mu zajistí získání větší pozornosti, přízně a respektování jeho indispozice

Naopak u mladších generací se při diagnóze závažného onemocnění setkáváme se stavy pocitu ohrožení, úzkosti, stísněnosti, která vede primárně k depresi a celkovému stavu obav a strachu. Pacient se odvrací od vnějšího světa ke svému vlastnímu mentálnímu osamění.

„Pacientem se obvykle nerodíme. Stáváme se jím.“ (Křivohlavý, 2002, str. 13)

Zásadní jsou pro pacienta informace o nemoci, které vedou k objasnění dosavadních nejasností. Stejně tak záleží na interpretaci informace o nemoci, jakým způsobem jí pacient získá a jak si danou informaci přebere a jak se k ní postaví. (Křivohlavý, 2002)

3.1 VLASTNÍ BOJ S NEMOCÍ

Pro pacienta je důležité si uvědomit, jak danou nemoc může řešit, jak hledat cestu, způsob a strategii řešení. Způsobů řešení je velké množství a tak uvádím dvě základní a nejčastější třídění strategií zvládnání nemoci podle Jaro Křivohlavého (2002).

Aktivní strategie (approach strategies), je taková strategie, kdy sám pacient hledá řešení a iniciativně k němu přistupuje. Nastaví si cíle, jak dále pokračovat a tím je i motivován. Vypracuje si vlastní představu o vhodném postupu jako např. zkonzultovat nabízený způsob a postup léčby, brání předepsaných léků, přistoupit na operaci atd. U této strategie však můžeme počítat i s negativním vlivem, ve chvíli, kdy se pacient rozhodne vzít svou nemoc do svých vlastních rukou a vyhledává například pomoc alternativní medicíny.

Úniková strategie zvládnání nemoci neboli vyhýbavá (avoidance strategies) je označována jako útek pacienta od řešení, pacient se „schovává“ před určitým terapeutickým zásahem apod. Pacient si nechce připustit závažnost problému. I tento způsob však v jisté míře můžeme považovat jako jakési potlačení povědomí o tom, co se s pacientem děje. To může pozitivně vést k nabrání psychické síly k následujícímu náporu.

Prvopočátkem zvládnání zdravotních komplikací, je vnímání změn. Každý po své stanovené diagnóze vnímá změny nemoci v jiné intenzitě. Pro toto zaměření pozornosti, které lidé věnují svému zdravotnímu stavu, se podle publikace Jaro Křivohlavého (2002) používá termínu soustředění tzv. „fokusace“. Uvedeme si tedy dva extrémy: první extrém se uvádí jako **interní fokusace**, tímto termínem se označují takový lidé, kteří svou nemoc vnímají až příliš pozorně, v každém případě hledají sebemenší odchylky, které se neslučují s normální rovinou.

Druhým případem jsou lidé, kteří doslova ignorují to, co se s nimi samotnými děje, tuto skupinu lidí označujeme jako lidi s **externí fokusací**. Americký psycholog James W. Pennebaker (In Křivohlavý, 2002), sledoval rozdíly mezi vnímáním nemoci u lidí s interní a externí fokusací. Například lidé s interní fokusací reagují více rozpačitě při měření své tepové frekvence než lidé s externí fokusací. U těchto lidí se uvádí, že se celkově hůře uzdravují.

Z vlastního pozorování musím uvést zkušenost, s pacientem trpícím Diabetes mellitus 1. typu (věk 31 let), který byl typický svou externí fokusací. Několikrát jsem si u pacienta všimla, že často nepřikládá žádnou vážnost svému momentálnímu přitížení, které bylo například způsobeno vysokým tlakem, či úbytkem cukru v krvi, což pro takového pacienta, mohou být kritické příznaky. Tento pacient dokonce projevoval známky podrážděného chování vůči okolí, které mu projevovalo zvýšenou pozornost. Přesný opak můžeme vyzorovat u interní fokusace. Stačí, pokud jedinec s interní fokusací necítí dostatečné věnování pozornosti, málo podnětů z vnějšího světa, tím se pak u něj zvyšuje zveličování vnímání své vlastní bolesti.

Níže porovnávám fáze, jak pacient vnímá svůj zdravotní problém. Jedná se o etapy podle Kübler Rossové (Raudenská a Javůrková, 2011), která sledovala etapy při terminální stádiu onemocnění, z jejichž etap později vycházel i F. C. Shontz (1975, in Křivohlavý 2002) při etapách boji s nemocí.

Model Kübler Rossové:

Model F. C. Shontze:

1) Fáze popírání - situace, kdy se nechce dotýčný s diagnózou smířit	1) Šok - tzv. duchanepřítomnost, odpoutání se pacienta od reality
2) Fáze agrese/hněvu - pacient nespolupracuje	2) Usebrání - návrat do skutečnosti spojený s negativními myšlenkami
3) Vyjednávání - moment hledání řešení - možných alternativ, jak se uzdravit	3) Stažení ze hry - vědomý únik do mentálního osamění
4) Deprese - pacient se uzavírá sám do sebe	4) Tvorba k programu řešení krize - řešení biologických problémů např. zvládání bolesti únava atd.

5) Fáze Smíření -pacient se smiřuje s realitou, začíná spolupracovat	
---	--

Znázorněné fáze představují pro pacienta velký stres, který je definován jako negativní emocionální zážitek, který je doprovázen určitým souborem biochemických, fyziologických a behaviorálních změn, jež jsou zaměřeny na změnu situace, která člověka ohrožuje. (Křivohlavý, 2001)

3.2 ZMĚNY PROŽÍVÁNÍ A MOTIVACE

Většina závažnějších onemocnění přináší v rámci chorobných příznaků zhoršení celkového stavu, např. únavu, vyčerpání, bolest. Primární psychická reakce na takové změny je citová. Změna prožívání, je jedním z prvních signálů porušené rovnováhy organismu. Avšak její intenzita nemusí odpovídat závažnosti nemoci. V tomto smyslu hraje velkou roli i osobnost jedince a jeho dispozice i specifické zkušenosti.

Závažné onemocnění lze pojímat jako zátěž, která v emocionální oblasti vyvolává strach a úzkost.

„Strach je negativní citový prožitek, který signalizuje určité nebezpečí, ohrožení.“

Vágnerová (1995, str. 42)

Strach bývá spojen s onemocněním, protože dojde ke změně životního stylu, dochází k bolestem a nepříjemnostem spojené s příznaky léčebných zákroků. Podobná strachu je úzkost. Ta je také definována jako negativní citový zážitek podobný strachu, u kterého ale není předmět obav znám nebo uvědomován. Jedinec trpí nejistotou, neví, co ho čeká, prožívá úzkost v závislosti na nepříjemných změnách a při tušení dalších potíží, které nemoc přináší.

Strach a úzkost jsou propojeny s různými fyziologickými reakcemi, které mohou nepříznivě ovlivňovat průběh onemocnění či adaptaci změny prostředí v rámci hospitalizace v nemocnici. Může dojít i ke vzniku depresivních stavů, které jsou vyvolané nežádoucími změnami a zdánlivou či reálnou bezmocí. (Vágnerová, 1995)

Strach a úzkost se může velmi jednoduše přenášet – např. z rodičů na děti, z dětí na rodiče, ale stejně tak i z blízkého okolí na pacienta a z pacienta na blízké okolí. Z vlastní praxe mohu uvést příklad pacienta, který byl hospitalizován kvůli podezření na CMP. Pacient projevoval

podrážděné chování ke svému nejbližšímu okolí, které na sobě dávalo značně vidět, jak je touto situací zasaženo. I toto je velmi negativní vliv působící na pacienta, který se sám potřebuje se svou diagnózou vyrovnat a nemá prostor na „utěšování“ svého okolí.

Nemocní jedinci bývají zvýšeně empatičtí a to zejména ve vztahu k nejbližším osobám, které velmi dobře zná. Pacient velmi dobře vycítí změnu chování ze strany okolí, které pro něj může signalizovat nějaké nebezpečí, či komplikace. Proto považuji za důležité, aby se okolí jako první pokusilo vyrovnat s diagnózou pacienta, může mu tím významně pomoci při zvládnání jeho problémů.

Tak jako dítě, tak i dospělý jedinec potřebuje chápat svoje možnosti. Jak uvádí publikace Patopsychologie I. podle Vágnerové (1995) pacient by měl být adekvátně informován o svém stavu a svých dalších možnostech.

Opět ze své vlastní praxe mohu uvést příklad neadekvátního informování. Žena (věk 64 let) si byla vyzvednout výsledky z vyšetření u svého obvodního lékaře, zdravotní sestra si pacientku ani nepozvala do ordinace, pouze jí předala zdravotní zprávu s pokynem, aby se dostavila do pavilonu XY. Až při svém příchodu do pavilonu pacientka pochopila, že jí bylo diagnostikováno onkologické onemocnění.

Jestliže pacient dostane informace a jsou mu sděleny následné příležitosti, bude se orientovat ve změnách, které nemoc přináší, pochopí rychleji, jaké má možnosti a hlavně, bude motivován s nemocí bojovat.

3.3 POMOC ZE STRANY PACIENTOVA OKOLÍ

Na úvod této kapitoly musím uvést, že bylo celkem náročné sehnat odborné publikace, které by se zaměřovaly přímo na podporu a rady pro pacientovo okolí v období jeho nemoci. Proto v této kapitole vycházím z publikace Marie Svatošové (Hospice a umění doprovázet; 1995), s kterou jsem se setkala v rámci povinné četby k předmětu Teologie Služby (přednášející prof. Ctirad Pospíšil Th.D.) na HTF obor SACH a z publikace Doc. Dr. phil. PhDr. Laury Janáčkové (Život je boj; 2014).

Marie Svatošová uvádí, že důležitější než výsledky z vyšetření je kolikrát mnohem důležitější, jak se nemocný cítí.

Člověk může být nemocen, aniž by ve vlastním slova smyslu „trpěl“. Pokud jde o pacientovo blaho duševní, sociální a duchovní, o to se na rozdíl od lékařů může postarat právě okolí. Za

velice podstatné se pokládá, umění se vžít do kůže nemocného. Je však známo, že tato otázka je těžce uchopitelná, dokud takovou situaci člověk nezažije sám, není schopen si dobře uvědomit, co všechno nemocný ztrácí, může to být postavení, životní jistota, soukromí, práce, volnost pohybu a mnoho dalšího.

Je důležité si uvědomit, že nemocný má právo reagovat na novou situaci i agresí, úzkostí, depresí, zmateností, poruchami chování apod.

Nepřipravené okolí může obvykle reagovat na takovéto projevy negativně, což pacientovu agresi dále stupňuje. Tím vzniká bludný kruh, který nikomu neprospívá. Načež dobře připravené okolí, které situaci ustojí a zvládne ji, je nemocnému obrovskou oporou a pomocí.

Jak bylo již uvedeno ve fázích porovnání vnímání nemoci podle dr. Elisabeth Kübler-Rossové na str. 18, těmito fázemi neprochází pacient samotný, ale i jeho nejbližší, o kterých se občas očekávají až „*nadlidské výkony*“. Musí však existovat hranice, v čem je rodina nemocného zastupitelná a v čem už není. I rodina musí mít možnost si odpočinout a nabrat dech – lze využít pomoci blízkého okolí pacienta – širší příbuzenstvo, přátelé, kolegové apod. Stejně tak neopomínat pomoc nemocničních duchovních, kteří nepracují pouze s věřícími pacienty a myslet i na pomoc sociálních pracovníků působících v nemocnici.

Časový posun, v jakém prožívají jednotlivé fáze pacient a jeho blízcí může být odlišný a na škodu. Uveďme si příklad – Pacient dosáhl stádia smíření, zatímco jeho okolí stále prožívá fázi smlouvání a vyjednávání. Situace je nelehká, avšak by se mělo okolí v takovémto případě snažit s nemocným „*vyrovnat krok*“. Tento úkol je však nelehký a těžce zvladatelný ba i těžko dosažitelný, proto v takovémto případě rodina i nemocný potřebují někoho dalšího, kdo se ujme role doprovázejícího – duchovní, někdo z přátel, sociální pracovníce, psycholog.

Dále paní Svatošová uvádí, že okolí pacienta by se mělo i připravit zvládat pacientovi nevolnosti a bolesti. Změnu zdravotního stavu či bolesti vnímá každý jinak, a proto je nutno nemocnému věřit a respektovat ho.

„Radostné srdce hojí rány, kdežto ubitý duch vysušuje kosti“ Šalamoun (přísl. 17,22)

Existují účinky látek, které se v našem mozku tvoří vlivem emocí. Tak jako negativní emoce – stres, deprese jsou příčinou mnoha chorob, pozitivní emoce před nemocí chrání, mohou již vzniklou nemoc zlepšit, někdy i vyléčit.

„Láska, naděje, smích a smysl pro humor jsou dobře známým zdrojem sil“

Svatošová (1995, str. 29)

Člověku, který se nachází v nesnázích, může lidský dotek dodat naději a sílu. Stejný blahodárný účinek může působit hudba, zájmy, koníčky a hlavně dobré mezilidské vztahy a láska.

Nedílnou součástí boje s nemocí je naděje. Doufat, znamená vidět před sebou možnosti. Dávat pozor na nešetná slova, chyby v mimoslovní komunikaci, které mohou u nemocného vyvolat pochybnosti a připravit ho tak o naději. Nikdy bychom neměli říci, že situace je beznadějná. Lze po pravdě přiznat, že je to vážné nebo těžké. Rozdíl je v tom, že důraz je na tíži, nikoliv na beznaději. (Svatošová, 1995)

Laura Janáčková (2014, str. 275) zase uvádí užitečné rady pro okolí, jak může nemocnému pacientovi pomoci:

- Naslouchejte nemocnému
- Nebraňte se tématům, o kterých potřebuje nemocný mluvit: čas, smutek, vina, potlačení sebe samého a strach
- Nebagatelizujte je, neodhánějte je, ale naslouchejte.
- Dejte možnost nemocnému prozkoumat, jak jedinečný člověk je a jak neopakovatelný život vedl.
- Pomozte mu vyřešit staré křivdy, ošetřit staré rány.
- Buďte mu nápomocen
- Projevujte mu opakovaně svou lásku, a to i slovně. Řekněte, co pro vás znamená a jak důležité místo ve vašem životě vyplňuje.
- Chovejte se k němu vždy s úctou
- Pečujte o něj, dotýkejte se ho, hladěte ho, masírujte ho a snažte se mu co nejvíce ulehčit od strastí.

Tyto rady vidím, jako velmi užitečné, zejména ve fázi, kdy si rodina a okolí pacienta neví rady, má vždy možnost se k těmto radám vrátit a nabrat tak novou sílu a motivaci.

4. FAKTOR HOSPITALIZACE PACIENTA V NEMOCNICI

Dalším důležitým faktorem, je změna prostředí jedince, kterou si následně rozebereme. Když je pacient okolnostmi donucen k hospitalizaci v nemocnici, je si vědom, že jeho stav je zřejmě vážnější, než si doposud připouštěl. Toto povědomí dostává pacienta do stresu, které jeho psychickému stavu nepomáhá.

V rámci generací se pohled na nemocnici mění postupem času. V dnešní době je nemocnice členěna na specializovaná oddělení, jejichž názvy pacient často ani nezná a jejich účel mu může být zcela nesrozumitelný. Aby se odlehčilo lůžkové části nemocnice, zřizují se tzv. ambulantní části u jednotlivých oddělení pro relativně krátkodobé druhy lékařské pomoci. Chronicky nemocní se umísťují mimo hlavní komplex nemocničních budov ve specializovaných zařízeních pro dlouhodobě nemocné.

Statistiky ukazují rozdíl v tom, jak se jedinec dostane do nemocnice. Jen 2% nemocných lidí se do nemocnice dostane přímo (např. při autohavárii), načež 98% případů jsou ti pacienti, kteří se dostávají do nemocnice na základě doporučení lékaře. Pokud pacient navštíví ošetřujícího lékaře v ambulanci, dá se mluvit o relativně dobrovolném rozhodnutí. Pokud však pacient musí navštívit nemocnici, obvykle se jedná o rozhodnutí autority, na které sám pacient má malý vliv. (Křivohlavý, 2002)

Co se týká hospitalizace samotné, ve své vlastní praxi jsem se setkala se zajímavými postupy v rámci hospitalizace pacientů v nemocnicích. Při rozhovoru s jednou ze sociálních pracovníček Thomayerovi nemocnice jsem se mimo jiné dozvěděla, jak je popsána lůžková péče v zákonu o zdravotních službách a jak vypadá v praxi.

Pokud se podíváme do Zákona o zdravotních službách - předpisu č. 372/2011 Sb. § 9 odst. 2, je zde charakterizována lůžková péče. Tato péče je rozdělena do čtyř forem: **a) akutní lůžková péče intenzivní; b) akutní lůžková péče standardní; c) následná lůžková péče; d) dlouhodobá lůžková péče** nikde však v zákonu o zdravotních službách nenalezneme maximální dobu hospitalizace pacienta, pouze informaci, co se za hospitalizaci považuje –

„hospitalizace se rozumí doba zpravidla delší než 24 hodin“ (Zákon o zdravotních službách, 2011, § 3 odst. 4); (Dostupné z - <http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-372>)

Paní Mgr. Magdalena Musilová (soc. pracovnice ve zdravotnictví) na základě předem sestavených údajů vytvořila objektivní číslo, které vyjadřuje průměrnou dobu hospitalizace za rok 2015 = **40,85%** - toto číslo vypovídá o faktu, že standardně maximální hospitalizace u pacienta neprobíhá delší dobu než max. 3 měsíce. Po uplynutí této doby musí pacient vyhledat možnosti jiné péče jako např. zdravotní péči poskytovanou ve vlastním sociálním prostředí pacienta. Zde přichází i možnost pomoci ze strany sociálního pracovníka v rámci služeb sociální péče, které upravuje Ústavní zákon o Sociálním zabezpečení v zákoně č. 108/2006 Sb.

4.1 ZMĚNA PSYCHIKY PACIENTA PŘI PŘECHODU DO NEMOCNICE

Umístění a léčení pacienta v nemocnici neboli hospitalizace pacienta je pro jedince velkou změnou jak po stránce psychické, fyzické, tak třeba i duchovní. Považuji za důležité vědět, co se děje v psychice pacienta při přechodu do nemocnice.

Podle Jaro Křivohlavého (2002) si můžeme porovnat značné rozdíly v psychice zdravého a nemocného člověka. Uvedme si tedy pár příkladů.

Zdravý jedinec je ve stavu zdraví aktivní, je hlavním aktérem ve svém životě. Načež v době nemoci je pacient a obzvláště nemocniční pacient, předmětem péče mnohých lidí – lékařů, zdravotních sester, dalšího odborného personálu Tito lidé nově a zásadně vystupují v jeho životě. Co se týká sociální interakce - zdravý jedinec je součástí tzv. sociální sítě své vlastní rodiny, přátel, známých, kolegů atp. Nemocný pacient je však relativně sociálně izolován v nemocničním prostředí, kde je vše cizí, nové, ne tak běžné, jako bylo doma. Vše má velký vliv na emoce jedince.

V životě zdravého člověka mohou převládat relativně kladné emoce – radost a štěstí ze smysluplného života, tj. dění, jehož smysluplnost do značné míry pacient chápal. Zdravý jedinec měl v životě určitou míru životní jistoty a naděje na budoucnost. Emocionální stav pacienta můžeme charakterizovat celým souborem negativních citů – strach a obavy, bolest, nejistota. Kontakt s minulostí je omezen a budoucnost je nejistá – problematická. Velký tlak je vyvíjen na sebedůvěru jedince. Zdravý člověk podává ve svém životě dobrý výkon v činnostech, které ovládá, pro které má předpoklady (znalosti a dovednosti). To mu poskytuje

sebedůvěru a kladné sebehodnocení. Pacient v období nemoci musí dělat i činnosti, které neumí a neovládá. Snižuje to jeho sebevědomí, nevěří si.

Uveďme si roli pacienta podle Shelley E. Taylorové (1995, in Křivohlavý 2002)

„Pacient přichází do nemocnice ve stavu úzkosti z toho, jak mu je. Je zmaten a pln obav, co ho při hospitalizaci (pobytu v nemocnici) očekává. Neví, jaké budou jeho povinnosti v nemocnici. A nemocnice toho mnoho nedělá pro to, aby uklidnila jeho zjitřené já, jeho úzkost a strach. Pacient je umístěn (,zasunut‘) do zvláštního pokoje, dostane zvláštní druh oblečení, je uložen vedle člověka, kterého nezná, a je podroben řadě jemu zvláštních zkoušek. Musí se tak svěřit do styku (interakce) s úplně mu cizími lidmi, a to v prostředí, které je mu zcela cizí. Musí dělat věci, které jsou pro něj nové, zvláštní a neobvyklé.“

Od pacienta se zároveň očekává, že se bude snažit spolupracovat se zdravotníky a nebude vyžadovat zvláštní pozornost. Pacient tak záhy získává pocit, že jeho pobyt v nemocnici není organizován s ohledem na jeho zdravotní stav, ale s ohledem na zdravotní personál. U pacientů se velmi často objevuje celá řada problematických psychologických příznaků. Jako např. deprese, obavy, úzkost, nervozita z vyšetření, nebo z chirurgických zákroků. Pacienta doprovází noční můry, není schopný se na nic řádně soustředit. Navíc u pacienta se v nemocnici vystřídá vysoký počet lidí, někteří z nedostatku času nemají prostor navázat aspoň krátkou konverzací s pacientem.

4.2 NEGATIVNÍ FAKTORY PACIENTOVA ŽIVOTA V NEMOCNICI

V této kapitole si za pomoci publikace Jaro Křivohlavého, (2002) uvedeme nejčastější negativní faktory při přijetí pacienta do nemocnice:

Pacient v roli nemocničního pacienta ztrácí svou sociální identitu neboli specifické určení „kým je“ a tím dochází k depersonalizaci. Setkává se s neosobním jednáním, je brán jako případ a je tak k němu přistupováno. Pestrý soubor potřeb pacienta je odsunut stranou, zdravotníci se soustředí zejména na jeho zdravotní potřeby. Od aktivních jedinců se očekává, že se stanou dobrými pacienty tj. „pasivními pacienty“. Pacient prožívá bolest, která je však zcela jinak posuzována a vnímána ošetřujícím lékařem či sestrou. S příchodem do nemocnice pacient předpokládá řadu vyšetření, na základě, kterých se dozví výsledky a co znamenají s ohledem

na jeho diagnózu. Pacient je zvědavý a chce být plně informován. Někdy je však zdravotní stav pacienta natolik složitý, že se nedaří přesně určit diagnózu a to pacienta znepokojuje, jeho strach a obavy se tím zvyšují. V tomto případě je přesto možné pacientovi popsat jeho možnosti a poskytnou informace o dalších krocích.

4.3 STRACH Z UTRPENÍ

Utrpení je tělesný a psychický stav, ke kterému dochází v důsledku zásadní negativní změny kvality lidského života. Zasahuje a ovlivňuje tělesnou reaktivitu i psychické prožívání.

Psychické hodnocení kvality lidského života vychází ze subjektivního prožívání jednotlivce, z jeho myšlení a hodnocení, z toho, co chce a čeho se mu nedostává. Spokojenost spojená s pocitem uspokojení vzniká, když jedinec cítí odezvu svého nejbližšího sociálního okolí.

Utrpení je dáno psychickým prožíváním v důsledku narušení psychické pohody a tělesného zdraví. Míra negativního prožívání utrpení je dána:

- Osobnostními charakteristikami
- Osobní odolností
- Schopností přizpůsobení

Rozhodující roli, však hraje i pozitivní nebo negativní sociální přijetí a odezva nejbližšího okolí. (Janáčková, 2014)

4.4 STRACH Z BOLESTI

Definice bolesti říká, že je to nepříjemná sensorická a emocionální zkušenost spojená s akutním nebo potenciálním poškozením tkání nebo je popisována výrazy takového poškození.

Každá bolest má své části:

- **část neurofyziologickou** (nervové struktury, kterými je zprostředkována)
- **část psychologickou** (psychologickou, k níž se váže citová a prožitková paměťová stopa)
- **část sociální** (vzájemné interakce mezi trpícím a jeho blízkými i širším okolím)

Může se stát, že nemocný trpící bolestí může některému z výše uvedených faktorů věnovat větší nebo odlišný význam než jeho okolí.

Prožitek bolesti má různou intenzitu, kvalitu a dobu trvání. S tím rozeznáváme akutní a chronickou bolest.

Akutní bolest vyvolává úzkost a jednání vedoucí k úlevě. Většinou trvá méně než šest měsíců, zmenšuje se a mizí s odstraněním příčiny. Člověk potřebuje útěchu, že se bolest brzo odstraní

Chronická bolest má často nejasnou příčinu, trápí člověka mnoho měsíců i roků. Člověk na ni reaguje spíše depresí, poruchami spánku, ztrátou motivace apod. Na okolí reaguje nemocný často hněvem, apatií, nedůvěrou, odmítnutím, cítí nepochopení. (Janáčková, 2014)

Laura Janáčková ve své publikaci *Život je boj* (2014) přináší užitečné rady, jak s bolestí pracovat. Jako užitečný bod vidím radu, jak pro pacienty, tak pro jejich okolí a to uvědomění si, že žádnou bolest není nutno „vydržet“.

4.5 STRACH ZE SAMOTY

Kromě strachu z utrpení a bolesti se nemocný také často setkává z úzkostí, že bude na všechno sám, že bude sám čelit dokonce i smrti. Vážně nemocný pacient má obavy, že tu nebude nikdo, kdo ho dokáže utěšit.

„Samota často působí větší bolest než fyzické utrpení.“ (Janáčková, 2014, str. 164)

Člověk intuitivně očekává, že v období nemoci se rodina semkne a zahrne nemocného přirozenou láskou, která mu v tomto období přinese úlevu. Jenže samo okolí často neví, jak na nemoc, bolest a utrpení reagovat.

Pro člověka je přirozené mít pocit, že je druhým užitečný. Pokud však tento pocit vážně nemocný pacient ztrácí, cítí bolest, která je o to silnější. Pacientův strach z osamocení je z větší části i strachem z toho, že má pocit, jakoby jeho život neměl pro okolí smysl, jakoby na jeho existenci nikomu a ničemu nezáleželo. (Janáčková, 2014)

Janáčková (2014) dále tvrdí, že nejlepším lékem pro duši je láska. Pocit přijetí, porozumění a sounáležitosti léčí bolavou duši i nemoc. Tento užitečný fakt uvádí i publikace *Patopsychologie I.* (Vágnerová, 1995) – potřeba citového vztahu, jistoty a bezpečí se v situaci jakéhokoliv ohrožení stupňuje. Vyskytuje se zde větší potřeba závislosti a citové jistoty.

4.6 HNĚV A AGRESIVITA PACIENTA

Hněv a agresivita pacienta je častým jevem, jak pacienti projevují své „volání o pomoc“. Pro okolí je často tato situace nepochopitelná a někdy i šokující, klade si otázky: „Proč se tak chová, když mu přece chci pomoc?“

Vysvětlení můžeme opět nalézt v publikaci Jaro Krivohlavého (2002) - člověk, který je vážně nemocen, je zbaven možnosti řídit běh svého života, dostává se do těžko zvladatelné frustrace. To se projevuje zlostí, někdy i neočekávanou až agresivní aktivitou. To, co se ale skrývá pod povrchem, je snaha pacienta vzít život do vlastních rukou. Stává se, že i někteří „intelektuální“ jedinci se za pomoci všeho dostupného sami vzdělávají ohledně vlastní nemoci. Jiní dokonce upravují pobyt v nemocnici podle svého, ba dokonce vnášejí z vlastní iniciativy do léčebného režimu neobvyklé momenty. To vše ztěžuje lékařům i zdravotnickému personálu jejich práci.

Podle Laury Janáčkové (2014) má člověk pocit, že všechn zmatek a pocit zoufalství nemůže vydržet. Působí totiž na něj několik emocí: sklíčenost, rozčilení, zoufalství, vztek, apatie, pocit viny, stud, roztěkanost, zmatenost, potíže se soustředěním, nervozita, strnulé myšlení a spousty dalších. Je nutné si uvědomit, že v této situaci jde o úplně normální a někdy i přechodný stav.

Ze své vlastní praxe mohu uvést příklad pacientky s diagnózou onkologického onemocnění. Pacientka před svou diagnózou vystupovala jako velmi slušný člověk, měla vysokou míru sociálního citění, byla velice milá a přátelská. Při postupné léčbě a hlavně díky vlivu chemoterapií a narkóz se začaly u pacientky projevovat čím dál častější stavy agrese. Pacientka byla i vulgární vůči svému okolí a hlavně zdravotnímu personálu. Tento stav si lze vysvětlit díky prohlubujícím se depresím, dochází k tzv. odosobnění neboli změnám v osobnosti.

I s tímto však pacientovi lze pomoci, zejména dostatečným respektem a empatií. Nesmíme zapomenout, že pacient nemusí nikomu nic vysvětlovat.

5. FAKTOR INTERAKCE PACIENTA S LÉKAŘEM

V této kapitole popisují vztah mezi lékařem a pacientem.

V dnešní době je kladen mnohem větší důraz na psychologické aspekty v přístupu k nemocnosti a úmrtnosti. Důraz je kladen zejména na individuální jednání a reakce jedince, tj. chování. Lékařská psychologie je úspěšným předpokladem výkonu lékařského povolání, protože se zaměřuje na lidskou dimenzi v medicíně: osobnost lékaře a jeho vztah s pacientem včetně komunikace, rozhodování a spoluúčast pacienta na léčbě. To předpokládá, aby lékař rozuměl sobě samému, svému chování a na základě toho rozuměl reakcím pacientů a jejich rodin na onemocnění a zvládání potíží spojených s nemocí. (Rudenská, Javůrková, 2011).

„Salus aegroti suprema lex - Zdraví pacienta je nejvyšším zákonem“

„Primum non nocere - Především neškodit“ (Prof. MUDr. Tomáš Zima, DrSc., in Lékař a pacient v moderní medicíně, 2015)

Tak jako v běžném životě je důležitá správná komunikace, v oblasti vztahu mezi zdravotníkem a nemocným toto pravidlo platí dvakrát. Díky nejrůznějším prostředkům a signálům dochází k vzájemnému sdělení informací. Komunikace tvoří základ celé ošetrovatelské péče. V rámci profese vyžaduje zcela zvláštní dovednosti, kterým se musí zdravotníci naučit již během přípravy na své povolání. Schopnost komunikovat slouží k navázání a rozvíjení kontaktu s nemocným. Nemoc, odloučení od rodiny, nemožnost pracovat – to vše může mít za následek zhoršení pacientových komunikačních dovedností. Může se i jednat o specifika v komunikaci podle druhu onemocnění a postižení jako např. komunikace s nemocným dítětem, s pacientem se závažným onemocněním, s handicapovaným pacientem, s pacienty starými, nevléčitelně nemocnými a umírajícími apod. Zdravotnický pracovník musí počítat s různými zvláštnostmi nemocných a musí je respektovat. (Zacharová, Hermanová, Šrámková, 2007)

Podle publikace Zdravotnická psychologie (Zacharová, Hermanová, Šrámková, 2007 str. 82) je komunikace mezi lékařem a pacientem zásadní. Interakce lékař – pacient pramení z asymetrických sociálních vztahů, které jsou dány:

Rozličným stupněm vědomostí, kdy lékař je považován za experta a pacient vystupuje v pozici laika. To dává lékaři určitý pocit moci. **Rozdílnou sociální roli**, která vede k tomu, že lékař má iniciativu a uznávanou společenskou kompetenci, disponuje moci, zatímco pacient hledá pomoc a v neposlední řadě **moderní technicko-lékařskou aparaturou** a rozvojem specializace

Nejčastější nespokojenost pacienta s lékařem souvisí s tzv. „informační nouzí“. Nejčastěji to může být zapříčinováno rozdílným „jazykem“ lékaře a pacienta. Lékař s pacientem komunikuje po odborné stránce a užívá odborných výrazů, zatímco pacient užívá komunikaci laické veřejnosti a to právě pacienta často přivádí do rozpaků a nesrovnalostí.

„Informace jsou pro pacienta velmi důležité, neboť čím lépe je o svém zdravotním stavu informován, tím lépe může s lékařem spolupracovat“.

(Zacharová, Hermanová, Šrámková, 2007 str. 82)

Dle mého názoru a vlastní zkušenosti, člověk při vstupu do ordinace lékaře vyhledává nejen odbornou pomoc, ale ač si o to neříká, i porozumění jeho obtížím a zejména sociální podporu. Snad každý si klade otázku, komu více věřit ohledně svého zdravotního stavu, než odborníkovi, který na něj dohlíží.

Ze své praxe při rozhovoru s respondenty musím uvést i zajímavý názor jedné ze sociálních pracovníků, která se shoduje se zmíněnou **rozdílnou sociální rolí**. Uvedla totiž, že vztah pacienta a lékaře je i o jakési moci, kterou ve svých rukou má hlavně lékař. Může docházet k „pokušení moci“ ze strany lékaře, která je ovlivněna jeho autoritou, protože se na něj pacient upíná.

Podle Laury Janáčkové (2014, str. 21) by se pacient měl ptát svého lékaře, získávat informace a poznávat obraz nemoci, se kterou bojuje:

- Jak zní přesný název nemoci?
- Co to znamená?
- Jak tato nemoc ovlivňuje mé tělo?
- Jaké jsou možnosti její léčby?
- Jak samotná léčba ovlivní mé tělo?

- Jsou nějaké komplikace či vedlejší účinky?
- Vyléčí se nemoc úplně?
- Zpomalí léčba postup nemoci a nakolik?

Uvedené body shledávám, jako užitečné kroky pro pacienta, který tímto postojem získává kontrolu nad komunikací s lékařem.

5.1 PŘÍSTUP LÉKAŘE PODLE ZÁKONA

Dále popisuji přístup lékaře, který je definován v zákoně o zdravotních službách a následně přístup, s kterým se setkáváme v praxi a má velký vliv na psychiku pacienta.

„Současná právní úprava vztahu mezi lékařem a pacientem je dokonale „odlidštěná“, zákony jsou psány nepřehledně, pro lékaře i pacienty málo srozumitelně a vyhýbají se běžně zavedeným a užívaným pojmům. „ (Ptáček, Bartůněk a kolektiv, 2015, str. 50)

Zákon o zdravotních službách se v zásadě vyhýbá slovu „lékař“ definuje pouze pojem ošetřující zdravotnický pracovník, který z pravidla bývá právě ošetřující lékař, tedy zdravotnický pracovník, který navrhuje, koordinuje, poskytuje a vyhodnocuje individuální léčebný postup u konkrétního pacienta a má koordinovat zbytek dalších potřebných zdravotních služeb. (Ptáček, Bartůněk a kolektiv, 2015)

Informace o zdravotním stavu má být pacientovi sdělena při přijetí do péče a vždy, pokud je to s ohledem na poskytované zdravotní služby nebo zdravotní stav pacienta účelné. Tuto informaci podává ošetřující zdravotnický pracovník, způsobilý k poskytování zdravotních služeb. (§ 31, odst. 3 zákona č. 372/2011 Sb., v platném znění).

Podle zákona má pacient rovněž právo na úctu, důstojné zacházení, na ohleduplnost a respektování soukromí při poskytování zdravotních služeb. Pacient má právo zvolit si poskytovatele oprávněného k poskytnutí zdravotních služeb, které odpovídají jeho zdravotním potřebám, a zvolit si také konkrétní zdravotnické zařízení, pokud zákon nestanoví jinak, jakož i právo vyžádat si konzultační služby od jediného poskytovatele, popřípadě jiného zdravotnického pracovníka, než který mu poskytuje zdravotní služby. To neplatí, jde-li o poskytování neodkladné péče, osoby ve výkonu vazby, trestu odnětí svobody atd. (§ 28, odst. 3, zákona č. 372/2011 Sb., v platném znění)

5.2 PŘÍSTUP LÉKAŘE V PRAXI

Tuto podkapitolu využiji pro uvedení osobně získaných zkušeností a následně přiblížím přístup zdravotně sociálního pracovníka podle Etiky pro zdravotně sociální pracovníky (2011).

V nemocničním prostředí jsem se díky nemoci bratra, který trpěl diabetem 1. typu a doprovázely ho četné komplikace, pohybovala od svého narození. Měla jsem tedy možnost během 24 let vyzorovat různé přístupy lékařů k jednomu a tomu stejnému pacientovi. Docházelo k zdlouhavým jednáním, které byly způsobeny hlavně špatnou komunikací mezi ošetřujícími lékaři a praktickým lékařem - ke komunikaci a předání informací prakticky touto cestou nedocházelo vůbec, můj bratr v tomto případě musel fungovat jako jakýsi „prostředník“. Praktický lékař se pravděpodobně díky časové náročnosti nikdy nezabýval do detailu o průběhu hospitalizace mého bratra. Potýkali jsme se i s častou změnou ošetřujících lékařů na oddělení, kde byl bratr hospitalizován - pokaždé přišel nový lékař, který stále dokola opakoval jednu a tu stejnou větu „*musím si pročíst zdravotní zprávu vašeho bratra, zatím jsem neměl možnost se s ní seznámit*“. Můj bratr byl neustále „zahlcován“ papíry o informovaných souhlasech, které už ani nečetl, pouze je podepisoval. Tyto souhlasy nebyly nikdy doprovázeny bližšími informacemi, pokud ano, byly vedeny pouze v odborném jazyce, kterému nikdo z nás nerozuměl. Z tohoto pohledu nám vždy chyběl jeden jediný odborník, který by ho trpělivě a přátelsky provázel celým tímto systémem. S lepším přístupem se setkávali moji rodiče spíše dříve, v prvopočátcích léčby, když byl můj bratr ještě malý a byl několikrát hospitalizován na dětském diabetologickém oddělení. Z toho usuzuji, že pokud se jedná ještě o dětského pacienta, lékaři mohou být v tomto případě empatictější a trpělivější, pokud se však jedná o dospělého jedince, panuje zde jakási „samozřejmost“, že dospělý člověk bude všechny informace chápat.

5.3 ROLE SOCIÁLNÍHO PRACOVNÍKA

Oproti kapitole 5.2 můžeme vidět velký rozdíl například v etickém východisku profese zdravotně sociálního pracovníka, který má široký záběr a stejně jako lékař často řeší dilematické situace. Popišme si následně definici zdravotně sociálního pracovníka v publikaci Etika pro zdravotně sociální pracovníky (Kutnohorská, Cichá, Goldman, 2011, str. 11) – „*Zdravotně sociální pracovník musí být člověk, který je schopen reflektovat skutečnost, který si je vědom, že může dávat, když ví, že má co nabídnout.*“ Setkáváme se tedy se zájmem o celkové dobro klienta. Jde zejména o podporu klientovy snahy dosáhnout svou vlastní cestou sebeurčení a sebeuplatnění a zároveň mu umožnit dosažení změny k lepšímu životu. To je cíl zdravotně sociální práce a její etické dimenze. (Kutnohorská, Cichá, Goldman, 2011)

Domnívám se, že pro „dokreslení“ některých rozdílů mezi lékařem a zdravotně sociálním pracovníkem, je zde důležité zmínit i nutné osobnostní požadavky a dovednosti sociálního pracovníka ve zdravotnictví. Za důležitou schopnost se považuje vymezení si hranic ve vztahu s klientem a lékařem, rozuměno - rozlišování toho, co je ještě záležitostí sociálního pracovníka

a co zůstává v kompetenci lékaře, či klienta. Dalšími nutnými dovednostmi je komunikace a pozorování. (Kuzníková, 2011)

6. PRŮZKUM

Každý jedinec vnímá svůj zdravotní stav odlišně a je to velmi individuální záležitost, v této části se však budu zabývat otázkami, které mají tito pacienti společné a mohou tak přiblížit pohled na prožívání pacienta, jemuž bylo diagnostikováno závažné onemocnění. Považuji za důležité zaměřit se na priority a vnímat prožívání a následné chování pacientů, jako možné „volání o pomoc“. A abychom si také položili otázku, na co vše je důležité dávat pozor, abychom pacientovi pomohli se s nemocí vypořádat.

6.1 VYMEZENÍ PROBLÉMU

Identifikovat negativní faktory, působící na nemocného pacienta.

Identifikovat pozitivní faktory, působící na pacientův psychický stav.

Přednést vhodná opatření pro pomoc pacientovi.

6.2 CÍL PRÁCE

Identifikace pozitivních faktorů, které z praxe uvádí respondenti jako nejefektivnější. Kdy tyto faktory nejlépe aplikovat?

6.3 METODIKA

Pro svou bakalářskou práci jsem si vybrala formu kvalitativního průzkumu s metodou řízeného rozhovoru s lidmi, kteří pracují s vážně nemocnými pacienty. Rozhovory jsem zaznamenávala pomocí tužky a papíru.

6.4 VZOREK RESPONDENTŮ

Pro tuto část jsem vybrala tři respondenty: nemocničního kaplana, a dvě sociální pracovníce působící v nemocnici. Rozhovory jsem chtěla provést i s kontaktovanými psychology, nicméně na mé prosby o uskutečnění rozhovorů nereagovali.

6.5 OTÁZKY

Co nejvíce negativně ovlivňuje pacientův psychický stav při hospitalizaci v nemocnici?

Co naopak pacientovi pomáhá s nemocí bojovat?

Co závažně nemocné pacienty nejčastěji trápí?

Z čeho mají pacienti nejčastěji strach?

Jak dokáže nemoc pacienta ovlivnit jeho psychický stav?

Jak mohou pacientovi pomoci příbuzní a okolí?

Co byste uvedl/la jako vhodné opatření pro práci se závažně nemocnými pacienty?

7. ROZHOVORY

7.1 Rozhovor č. 1

Pro první rozhovor jsem si vybrala nemocničního kaplana Thomayerovy nemocnice pana Mgr. Michala Balka., který vystudoval Husitskou teologickou fakultu.

Jak dlouho působíte jako nemocniční kaplan?

Jako nemocniční kaplan jsem začal pracovat v Thomayerově nemocnici před 4mi roky.

Kdo jsou převážně Vaši klienti?

Ve většině případů to jsou pacienti Oddělení geriatric a následné péče. Nicméně se setkávám s pacienty z dalších oddělení jako např. onkologie, neurologie nebo chirurgie. Věkově se setkávám spíše s lidmi seniorského věku, více tedy se ženami než s muži, co si tak uvědomuji.

Na základě jakých problémů si Vás lékaři volají k pacientům, nebo žádají konzultaci?

Taková situace nastává ve chvíli, kdy lékař u svého pacienta vnímá, že není něco v pořádku. Například mě volají k případům jako nespolupracující pacient, žádají mě o pomoc u pacientů, kde je evidentní rozdíl mezi psychickým a zdravotním stavem daného člověka, plačtivý pacient a tak dále. Jednoduše docházím za pacienty, kde je evidentní jakási duševní nepohoda. Ale stává se, že i samotní pacienti si vyžadují mou přítomnost. Většina pacientů, se kterými pracuji, nejsou praktikující věřící. Přesto mne po prvotním překvapení, kdo za nimi přišel, přijímají. Dělal jsem si totiž menší statistiku a za čtyři roky mého působení v Thomayerovi nemocnici, mě odmítlo okolo 8 pacientů, což považuji celkem za úspěch, protože ročně proběhne kolem 950-970 rozhovorů, ale samozřejmě jsou v tom zahrnuty i opakované rozhovory. Nicméně bych chtěl uvést, že je to hodně i o komunikaci, lékař na to musí být i nastavený, aby vyhledal mou pomoc. Setkávám se s tím, že je kolikrát lepší, když mě lékaři za pacientem pošlou bez předešlého avizování a je pouze na pacientovi samotném, zdali mě odmítne, nebo přijme.

Co, dle Vašeho názoru, nejvíce negativně ovlivňuje pacientův psychický stav, při hospitalizaci v nemocnici?

Celkově už jen to, že samotná nemocnice je takový extrémní zážitek. Hospitalizace zásadně zasahuje do života pacienta, myslím tím hlavně dlouhodobá, protože má možnost porovnat to se svým životem mimo nemocnici. Ztráta soukromí, ztráta mnoha kompetencí, odkázanost na druhé... Pobyť pacienta v nemocnici má ale i svůj průběh, často je to jakási sinusoida, kdy se i zlepšený psychický stav opět propadá a zase zlepšuje, což může být spojeno například s blížícím se odchodem domů, nebo lepším se zdravotním stavem. Je to souhrn spousty věcí a individuálních faktorů. Kdybych měl uvést konkrétní příklady, co pacienta v nemocnici negativně ovlivňuje, tak je to určitě to, že není ve svém přirozeném prostředí. Víte... tady platí takový „vojenský řád“, pacienti jsou kolečkem v systému: ráno v šest budiček, snídaně, rehabilitace, oběd, večeře a to je pořád dokola. Navíc tu pacienti mají spoustu volného času, což je vede k přemýšlení nad různými věcmi a to velice působí na jejich psychiku. Další věc, s kterou se mi pacienti často svěřují, je bohužel chování zdravotnického personálu. Pacienti vnímají chybící respekt, myslím tím, například případ, kdy pacienta něco bolí a sestra nebo lékař to dostatečně nevnímají. Prostě se setkávají často s velkou mírou nerespektování. Občas jim vadí familiérní chování, senior přece není dítě, aby se na něj muselo šišlat, nebo dokonce křičet! Jednoduše je to celé o té změně, nová situace je nutí myslet na to, co bude, jestli se uzdraví, kdo se o ně postará a tak...

Co z Vaší praxe naopak pacientovi pomáhá s nemocí bojovat?

Já si myslím, že je zásadní lékařská péče, uzdravení pacienta. Šlo by to i bez mé pomoci. Ta je opravdu takovou podpůrnou péčí. Důležitý je respekt k pacientům, vnímání jejich potřeb, prožitků, bolesti... každý člověk má právo na svůj pocit a velmi negativně na pacienty působí, když se setkávají se zpochybňováním svých prožitků a malou empatií. Když to, co říkají a co vnímají, nemá odezvu a jsou to často ryze praktické věci. Důležité je, nezpochybňovat, nezlehčovat jejich prožívání.

Co závažně nemocné pacienty nejčastěji trápí?

Je to individuální, ale nejvíce je samozřejmě trápí jejich zdravotní problém, od toho se přece člověk špatně odpoutává. Myslí na to, jestli se uzdraví, jestli to bude zvládat. No a v terminálním stádiu nemoci nedochází ani kolikrát k tomu, že by se báli smrti, ale umírání samotného. Aby netrpěli a nebylo dlouhé. S některými lidmi často probírám i to, že je trápí rodina – nevyřešené vztahy v rodině, přemýšlí nad svými životními kroky.

Z čeho mají závažně nemocní pacienti nejčastěji strach?

Z bolesti, většinou ne ze smrti, ale spíš z umírání, jak rodina jejich nemoc přijme, že bude pacient akorát přítěží, co bude... jsou to všechno existenciální otázky, člověk žije nějaký život a je velmi obtížné smířit se zásadní změnou, novou situací, mají jednoduše strach z neznáma.... Jaký bude další život, jestli nějaký bude... Radikální zásah do života je ta změna stavu, a to, že nevíte – člověk leží a přemýšlí a to je to nejhorší... co se třeba týká věřících pacientů římskokatolického vyznání, no tak ti mají strach z pekla, z očistce, mají reálný strach z posledního soudu, pokládají si otázku, jak u něho obstojí.... Ale důležité, co bych ještě zmínil je to, že zde není dělítko mezi věřícími a nevěřícími, protože se každý ptá - Proč se mi to stalo? Proč já? U věřícího pacienta navíc přichází otázky, Jaký bude můj vztah s bohem teď? Může se na Boha zlobit, že dopustil jeho nemoc. Je toho hodně, co pacientům probíhá hlavou... a všechno to jsou nejistoty, obavy, strach...

Jak dokáže podle Vašeho názoru nemoc pacienta ovlivnit jeho psychický stav?

Zásadně. Člověk si uvědomí, že se to může stát i jemu, ne jen těm druhým. Je zde překvapení a dlouhodobost nemoci má celkově vliv na vnímání životních priorit člověka. Ale je to určité i osobnosti, jak to má kdo nastavený...

Jak mohou podle Vašeho názoru pomoci pacientovi příbuzní a přátelé?

Respektovat ho. Vím, je to těžké, protože sami příbuzní/přátelé si neví rady a kolikrát se musí dávat pozor, aby to nehraničilo s rezignováním, ale ten respekt je opravdu důležitý! Pacient totiž velmi dobře vnímá, dokáže vycítit ztrátu upřímnosti, ztrátu přirozenosti, cítí, že třeba okolí přehrává své chování.... Vždyť ono kolikrát není ani potřeba mluvit, pomůže i naše přítomnost, že s tím člověkem jsme a třeba i mlčíme. Rodina je velmi zásadní, důležitá, pacient vnímá blízkost okolí a to pomáhá. Setkávám se často se situací, kdy je více pacientů na pokoji a někdo z nich třeba už své blízké ztratil, nebo je má daleko, zatímco za jinými chodí příbuzní každý den, to přivádí člověka na smutné myšlenky.

Jak Vás pacienti/klienti vnímají?

No popravdě často narážím na to, že lidé neví, co si pod mojí rolí mají představit a právě proto mě vnímají hlavně v rámci mé role, já jsem pro ně kaplan a kněz, farář jakási persona... pro někoho je to problém, ale někdo ve mně má naopak větší důvěru.... Myslím si, že moje role zas až tak zásadní není, mnohem zásadnější je rodina, já sice mohu určitým způsobem prospět pacientovi, díky tomu, že jsem přizván do jeho příběhu. Mám i pacienty, kteří řeknou, že můj vstup byl zásadní, někdy mi i chodí emaily, od některých lidí, s kterými jsem se setkal a

paradoxně to kolikrát nepoukazuje na něco dobrého, protože vnímám, že třeba ještě pomoc stále potřebují, že stále bojují... a u lidí, od kterých mi emaily a zprávy nechodí, vnímám, že začali znova žít a etapu své nemoci už nechali za sebou a to je dobře.

Co byste uvedl/a jako vhodné opatření, pro podporu závažně nemocných pacientů?

Velký problém je celkové nastavení systému, s kterým je velmi těžké bojovat. V nemocnicích panuje nedostatek personálu, stále víc a víc přibývá papírování, sestřám i lékařům by pomohla funkční supervize. Pacientům by pomohlo být více informován o své diagnóze a znát své možnosti, jaké mohou být postupy... hodně je to o té komunikaci mezi pacientem a lékařem. A z opravdu jednoduchých věcí.... Na vstupním školení nových zaměstnanců vždy říkám, že často stačí i jen úsměv, který hraje velkou roli. Byl bych rád, kdyby se lidé více vnímali, měli respekt vůči každému člověku – JSME LIDÉ, prožíváme a vzájemný respekt přece nic nestojí.

Moc děkuji za rozhovor a Váš čas.

Není zač, doufám, že jsem Vám pomohl.

7.2 Rozhovor č. 2

Pro druhý rozhovor jsem si vybrala sociální pracovníci působící v Thomayerově nemocnici Lucii Fischerovou, která pacientům pomáhá řešit problémové sociální situace.

Jak dlouho působíte jako zdravotně sociální pracovníce?

Jako sociální pracovníce působím již čtvrtým rokem.

Kdo jsou převážně Vaši klienti?

Hlavní složku tvoří senioři, poté řeším také pacienty v produktivním věku převážně s onkologickým onemocněním, osoby bez trvalého přístřeší a v případě zástupu i děti.

Na základě jakých problémů si Vás lékaři/rodinný příslušníci volají k pacientům, nebo žádají Vaši pomoc/konzultaci?

Hlavním důvodem, proč si mě lékaři či rodinní příslušníci volají, je náhlá změna zdravotního stavu pacienta, ztráta soběstačnosti a nutnost řešení nastalé situace, což je spojeno se zajištěním umístění, terénních služeb apod. Také pomáhám v případě, kdy rodina nemůže zajistit péči o pacienta. Smutné je, že případy, kdy se sama rodina dopředu zajímá o péči seniora, jsou minimální.

Co, dle Vašeho názoru, nejvíce negativně ovlivňuje pacientův psychický stav, při hospitalizaci v nemocnici?

Dle mého názoru, už jen samotné prostředí nemocnice. Náhle se ocitnou v prostředí, které neznají, je jim cizí. Musí dodržovat určitý režim, sdílejí pokoj s více pacienty různého věku apod. Vzhledem ke změně prostředí, často u pacientů vyššího věku propukne zmatenost a poté je možná komunikace jen přes rodinu. Dále má vliv na jejich psychický stav i okolí, čímž myslím hlavně personál (komunikace lékařů, sester, sanitárek, soc. pracovníka apod. Samozřejmě je to i pocit nejistoty, pacient neví, co s ním je, co bude, jak se situace bude řešit.

Co z Vaší praxe naopak pacientovi pomáhá s nemocí bojovat?

Určitě jde hlavně o vstřícný přístup, mít čas se pacientovi věnovat, vyslechnout ho. Pravidelně ho informovat o postupu řešení jeho situace, Zapojit do řešení situace nejen pacienta samotného, ale i jeho rodinu.

Co závažně nemocné pacienty nejčastěji trápí?

V mé dosavadní praxi jsem se setkala s mnoha případy, každý má něco trochu jiného. Někdo se obává, co bude jeho blízkými; jak to ponesou, až odejde; někdo se obával bolesti; někteří se trápili tím, kdo jim bude zalévat květiny, nakrmí papouška, co bude s jejich důchodem...

Z čeho mají závažně nemocní pacienti nejčastěji strach?

Jako nejčastější příklad bych uvedla bolest a aby jim byla potřebná péče opravdu zajištěna.

Jak dokáže podle Vašeho názoru nemoc pacienta ovlivnit jeho psychický stav?

Velmi, myslím si, že záleží i na povaze člověka, na jeho informovanosti, jeho rodině, nemoci a dalších faktorech. Záleží na tom, jaký k nemoci pacient zaujme postoj, zda se rozhodne bojovat a nepoddávat se nemoci, nebo naopak podlehne po sdělení fatální diagnózy. V mé praxi jsem se setkala i s tím že se psychický stav po zjištění onemocnění změnil o 360C', že z jinak pozitivního člověka, který měl na základě sdělení rodiny vždy pozitivní postoj, tak otočil vše v naprostou negaci.

Jak mohou podle Vašeho názoru pomoci pacientovi příbuzní a přátelé?

Dle mého názoru je spolupráce rodiny a přátel velmi důležitá, už jen z toho důvodu, že rodina a přátelé znají pacienta nejvíce a vědí, jak s ním mohou komunikovat. Dále si myslím, když bude např. po propuštění zajišťovat péči a podporu rodina a známí, tak to je lepší než

potřebnou výpomoc zajišťovat přes některého poskytovatele sociálních služeb. Bohužel ne ve všech případech to je zcela možné. Pacienta většinou pozitivně motivuje, když vidí podporu nejen ze strany zdravotníků, ale hlavně právě od rodiny a těch nejbližších. Myslím si, že každá rodina, která má doma seniora, nebo vážně nemocného, by si měla s dostatečným předstihem, pokud je to možné, sdělit, jaké možnosti v péči mají, co může každý člen zajistit a co už ne. Stanovit si „své hranice“.

Jak Vás pacienti/klienti vnímají?

Důležité je se pacientovi představit, a sdělit mu, jaké je mé postavení v nemocnici, a proč jdu právě za ním. Jelikož samotné představení nestačí. Pod pracovním zařazením Sociální pracovník, si většina pacientů představí osobu, která po nich bude vyžadovat jejich příjmy, vyptávat se na jejich finanční zajištění. Bohužel nás pacienti nemají zařazeni jako osoby, které jim chtějí poradit, pomoci řešit jejich situaci. Ale když je pacientovi řádně vysvětleno, proč tu jsem, vnímají nás jako dalšího člena multidisciplinárního týmu nemocnice, který mu chce pomoci. Ti, co se sociálním pracovníkem již přišli do kontaktu, nás vnímají pozitivně a přínosně.

Co byste uvedla jako vhodné opatření, pro podporu závažně nemocných pacientů?

Rozhodně větší informovanost o možnostech jejich léčby, ale i následné péče, když je už aktivní léčba ukončena. K pacientům by se při hospitalizaci měla dostávat jakási edukace a informace o možnostech hospicové péče, péče v domácím prostředí apod. Lepší a hlavně správná informovanost nejen pacientů a jejich rodin, ale i samotných zdravotníků. Dle mé praxe spousta mladých lékařů nemají přehled o možnostech péče, jak v pobytových zařízeních, tak i v domácím prostředí a snaží se situaci řešit co nejrychleji a nejlehčím způsobem, což ve většině případů vede k umístění na lůžka následné péče. Dále bych uvedla zlepšení vybavení nemocnic, celkově prostředí nemocnic, v kterém pacienti musí trávit většinu svého času. A v neposlední řadě rozhodně více personálu, z čehož vyplývá i více času pro samotného vážně nemocného pacienta a jeho rodinu.

Velice Vám děkuji za Váš čas a odpovědi.

Není zač.

7.3 Rozhovor č. 3

Svůj třetí rozhovor jsem měla původně vést s psychologem či psycholožkou. Rozhovor však nebylo možné realizovat, protože z mnou oslovených psychologů, žádný na mou žádost nereagoval.

Proto jsem se rozhodla svůj třetí rozhovor opět provést se sociální pracovnící a tím prohloubit práci z pohledu sociální péče. Paní Mgr. Magdalena Musilová působí již 28 let v oblasti sociální péče a momentálně pracuje jako zdravotně sociální pracovníce v Thomayerově nemocnici.

Jak dlouho působíte jako zdravotně sociální pracovníce?

Již přes 20 let působím v sociální péči, jako sociální pracovníce v nemocnici působím přes 4 roky.

Kdo jsou převážně Vaši klienti?

Pracuji s klienty oddělení geriatric a následné péče a zároveň zastupuji i oddělení dětské kliniky, porodnice a infekce.

Na základě jakých problémů si Vás lékaři/rodinný příslušníci volají k pacientům, nebo žádají Vaši pomoc/konzultaci?

Nevím, jak to mají jiné nemocnice, ale jako zdravotně sociální pracovníce se účastním pravidelných lékařských vizit, kde se probírá pacient po pacientovi, takže mám velmi aktuální informace. Sociální pracovníce na geriatrici pacienty navíc přijímá a zároveň je i propouští. Pro akutní případy tu máme i elektronický systém žádanek, kam nejen lékaři vkládají své poznámky a případné žádosti o konzultace se sociálním pracovníkem či nemocničním kaplanem. Přiznám se, že jsem se vlastně ještě nesetkala se situací, kdy by se ke klientovi volal psycholog, toho tady zastupujeme spíše my (sociální pracovníce), nebo pan Balek (nemocniční duchovní).

Co, dle Vašeho názoru, nejvíce negativně ovlivňuje pacientův psychický stav, při hospitalizaci v nemocnici?

Rozhodně prostředí, jednání či chování personálu, nedostatečná informovanost a komunikace ze strany personálu... Působím v této oblasti již dlouho a musím říct, že stále vnímám ten „paternalistický přístup“, kdy personál není nastaven na rovině klienta, zejména u starších

lidí tomu tak není. Více než o vybavení nemocnice, prostory, vždycky záleží zejména na lidském přístupu.

Co z Vaší praxe naopak pacientovi pomáhá s nemocí bojovat

Musí mít motivaci, důležitá je hlavně komunikace s lékařem, kterého pacient vnímá jako autoritu. Když lékař sdělí pacientovi další kroky a možnosti, pacient získává odhodlání bojovat, protože má naději a má důvod.

Co závažně nemocné pacienty nejčastěji trápí?

Zejména nevyřešené rodinné vztahy, staré lidi trápí, kdo za ně bude platit nájem a poplatky, kdo se o ně postará, chtějí být soběstačný, nikdo nechce být na obtíž rodině a okolí. Trápí je pocit bezmoci a závislosti na okolí. U lidí v produktivním věku je zde starost o rodinu a její zabezpečení. Například muži velmi negativně vnímají, že jsou odkázáni na pomoc někoho jiného.

Z čeho mají závažně nemocní pacienti nejčastěji strach?

Z bolesti... Ne ze smrti, ale hlavně z umírání a osamění. Bojí se, že na konci nebudou mít nikoho po svém boku, že zůstanou sami.

Jak dokáže podle Vašeho názoru nemoc pacienta ovlivnit jeho psychický stav?

Hodně záleží, jestli pacient žije sám, nebo má zázemí. Taky samozřejmě musíme rozlišovat, jaké zázemí, pokud je to podporující zázemí nebo zázemí, které mu komplikuje žít s nemocí. Samotná nemoc má velký vliv na pacientovu psychiku. Jestliže například pacient trpí velkými bolestmi, může mu být podáváno morfium a tady záleží, v jakém stadiu působení léku k pacientovi přijdete, protože se můžete dočkat jak klidného rozpoložení, tak i agrese. Pacienti s vysokou bolestí nemají energii řešit, co se děje okolo, vnímají pouze to, co je bolí.

Jak mohou podle Vašeho názoru pomoci pacientovi příbuzní a přátelé?

Hlavně být s tím člověkem, nenechat se odradit nepříznivými situacemi, které jsou spojené s nemocí. Být s pacientem v kontaktu, hlavně s ním být fyzicky, to vnímají jako pozitivní věc – přítomnost někoho blízkého, kdo si s ním povídá, nebo s ním jen sedí a mlčí.

Jak Vás pacienti/klienti vnímají?

Jsou některé rodiny, které si myslí, že jim jdu ublížit, některé rodiny pochopí, že jim jdu pomoci. Sice nejsem oblečena jako lékař, mám pouze bílé oblečení, ale i tak „syndrom bílého pláště“ spolehlivě funguje na psychiku pacienta.

Co byste uvedl/a jako vhodné opatření, pro podporu závažně nemocných pacientů?

Propojení vzájemných sil nemocničního personálu, vše má pak druhotný a velice podstatný vliv na pacienta. Pacient a jeho okolí se nesmí setkávat s vyhořelým personálem, protože právě ten mu dodává sílu. Jde o spolupráci všech pozitivních faktorů, které mohou člověku dodat motivaci. Proto bych zavedla častější supervize nejen pro vrchní sestry, ale i pro sociální pracovníce a zejména individuální supervize pro samotné lékaře.

Velice Vám děkuji za Váš čas a odpovědi.

Nemáte za co.

8. SHRNU TÍ ROZH OVORŮ

Ač jsem rozhovory provád ěla s respondenty pracujícími ve stejn ěm zař ízení (Thomayerova nemocnice), vycház eli v ědy ze všech sv ěch zkušeností za dobu působení v sociální oblasti, kdy m ěli možnost setkávat se se závažně nemocnými pacienty.

Před rozhovory jsem m ěla na celou tuto problematiku vlastní názor, o kter ěm jsem se díky průzkumu přesvěd ěila, že bohužel nebyl daleko od pravdy. Přesto m ě překvapilo, že odpovědi respondentů se nijak výrazně nelišily.

Co se týkalo identifikace negativních faktorů, často se objevovaly odpovědi, jako:

- **samotný zásah nemoci do života pacienta a jeho rodiny, který způsoboval následnou změnu stylu života**
- **nastavení nov ěho řádu a priorit v život ě pacienta**
- **hospitalizace pacienta**
- **neosobní jednání ze strany zdravotnick ěho personálu**
- **nedostatečná informovanost ze strany lékaře**
- **špatné komunikace mezi zdravotně sociálním pracovníkem a interdisciplinárním týmem nemocnice**
- **prostředí nemocnice**
- **nevyřešen ě vztahy v rodin ě**
- **strach z bolesti, ze samoty, z umírání**

Při identifikaci pozitivních faktorů se respondenti shodovali v odpovědích:

- **kladný a přátelský přístup lékaře k pacientovi**
- **kladný přístup a slušné jednání k pacientovi ze strany zdravotnick ěho personálu**
- **poskytování dostatečných informací pacientovi a jeho rodin ě o možnostech a dalších krocích v rámci léčby nemoci**
- **poskytování motivace, hledání řešení**
- **pomoc nejbližšího okolí ze strany pacienta, myšleno být s pacientem ve fyzick ěm kontaktu (objetí, držení za ruku apod.); být s pacientem v mentálním kontaktu (empatie, poskytnutí odezvy)**

- **respektování potřeb, přání a stavů pacienta –myšleno, kdy může být pacient i agresivní, nebo nechce komunikovat, respektovat jeho bolest**
- **celkové dodržování lidské důstojnosti**

Jako zásadní zjištění v rámci identifikace pozitivních faktorů vnímám právě dodržování lidské důstojnosti, podle které se řídí nejen sociální pracovník či duchovní, ale měl by se jí řídit celý zdravotnický personál.

Jedinou nepatrnou odlišnost jsem shledala v osobnosti respondentů, pochopila jsem, že pokud se chci pohybovat v nemocničním prostředí jako sociální pracovník, trvá velmi dlouhou dobu, než získám své postavení a respekt lékařů. Z odpovědí sociálních pracovníků jsem vnímala jakési „nedocenění“, za strany ostatních zdravotníků. Zároveň jsem vnímala sílu jejich osobnosti, kterou bezpochyby k výkonu této práce potřebují, aby dosáhly sounáležitosti s ostatními profesionály v oboru.

Pozice nemocničního duchovního se bohužel v dnešní době bere jako jakási „náplast“ na komplikované případy. Nemocničního kaplana lékaři vnímají jako velkou pomoc, někdy i jako prostředníka pro komunikaci s pacientem, což jistě není ke škodě, nicméně v tomto případě vidím, že kaplan často zastává roli psychologa, kterých je v nemocnicích velmi malý počet.

9. DISKUZE

V druhé části práce jsou uvedeny rozhovory s respondenty, kdy jeden rozhovor je veden s nemocničním duchovním, panem Mgr. Michalem Balkem a další dva rozhovory jsou vedeny se sociálními pracovníci působící v Thomayerově nemocnici. Ač se nejednalo o příjemné téma, spolupráci s nimi vidím jako velmi přínosnou pro svoji motivaci v oblasti sociální péče. Přesvědčila jsem se totiž, že tato oblast je velmi citlivá a je v ní zapotřebí větší podpory. Respondenti se po celou dobu svého působení v nemocnici setkávají s velmi vážnými případy, i přesto z nich byla cítit pozitivní energie. Obdivovala jsem, že i přes velmi náročné případy, kterým často museli věnovat i svůj volný čas, u nich ještě dávno nedošlo k syndromu vyhoření, ačkoliv v nemocnici mají velmi malou podporu supervize.

Na začátku průzkumu jsem si stanovila cíl a připravila otázky. Na základě tohoto cíle a otázek jsem vytvořila polo-standardizované rozhovory, díky kterým jsem získala odpovědi na stanovené průzkumné otázky.

První rozhovor jsem vedla s panem Balkem, ke kterému chovám důvěru a obdivuji jeho práci a profesionalitu. Na mé otázky odpovídal s velkou trpělivostí, vážil každé slovo, aby co nejlépe vystihnul nejčastější případy, s kterými se setkává. Pan Balek již na začátku svého rozhovoru zmínil, že jeden z případů, kdy se dostává do kontaktu s pacientem, musí být na základě impulsu ze strany lékaře. Lékař musí vycítit, že je s jeho pacientem něco v nepořádku, že je v tzv. „duševní nepohodě“. Až potom se setkává s případy, kdy si ho pacienti sami vyžádají. Pan Balek zároveň uvedl, že lékaři považují za lepší, pacientovi neoznamovat dopředu jeho návštěvu. To mě utvrzuje, že pacienti jsou velmi špatně informovaní o tom, s čím vším jim může nemocniční duchovní pomoci. Lékaři považují za lepší pacientovi neoznamovat návštěvu duchovního z toho důvodu, že se často setkávají s odmítnutím. Nevěřící pacienti si pod nemocničním duchovním představují „pouze“ kaplana/kněze, který „nad nimi bude stát s biblí“. Věřím však, že pokud by zde docházelo k lepší komunikaci a edukaci zdravotnického personálu, jak pacientům tuto informaci podávat, předešli by tak častým komplikacím, s kterými se později nemocniční kaplan musí vypořádat. Dále pan Balek uvedl jako negativní faktor vstup do nemocnice – hospitalizaci pacienta, kdy se pacient musí podřídit určitému řádu a jak bylo již zmíněno v podkapitole 4.2 individuální potřeby pacienta jsou odsunuty stranou, řeší se primárně jeho zdravotní stav a od aktivních pacientů se očekává, že se z nich stanou

dobří pacienti, tedy „pasivní pacienti“. Tento přístup je naprosto odlišný například od paliativní péče, která je stejně tak jako zdravotní péče součástí systému. Paliativní péče je zaměřena především na zachování pacientovi důstojnosti a poskytnutí podpory jeho blízkým. Stejně tak by tomu mělo být i v případě zdravotní péče v nemocnici. Jako zásadní uvedl pan Balek lékařskou péči, která je pro závažně nemocného pacienta důležitá, pacient potřebuje motivaci, aby dokázal se svou nemocí bojovat, potřebuje znát své možnosti, cítit empatii a podporu všech zúčastněných. Naopak pacientovi nepomáhá, pokud lékař nerespektuje jeho bolest, pokud k němu zdravotní personál přistupuje příliš familiérně. Opět zde narážíme na téma zachování lidské důstojnosti, které nastavení zdravotního systému bohužel opomíjí.

Pro druhý rozhovor jsem si vybrala sociální pracovníci Lucii Fischerovou, která i přes svůj mladý věk disponuje přirozenou autoritou. Lucie mi sama popisovala průběh svého působení v Thomayerově nemocnici. Z rozhovoru bylo evidentní, že trvalo cca 2 roky, než získala respekt lékařů, s kterými by naopak spolupráce měla probíhat bez problémů. Zároveň uvedla, že se musela sama angažovat, aby se na ní lékaři odkazovali, tudíž zde dochází k problému v komplexnosti péče kvůli nedostatečné spolupráci odborného týmu a zdravotně sociálního pracovníka. Lucie pracuje se všemi pacienty, kde je nutná sociální intervence. Málokdy se setkává, že by v tomto případě samotná rodina iniciativně vyhledala pomoc. Pokud jsme se bavily o vnímání její role ze strany pacienta, stejně tak jako pan Balek uvedla, že pacienti a jejich rodiny často nevědí, co si pod její rolí mají představit, dokonce někdy i její pozici vidí jako hrozbu. Opět se tedy jedná o skutečnost, která je spojena s nedostatečnou informovaností pacienta o možnostech vyhledání další pomoci. Lucie se často setkává s případy, kdy pacient „balancuje“ mezi fázemi smíření a odmítání nemoci, zatímco lékař naopak preferuje rychlý proces, tudíž se pacient dostává do velké frustrace. Jako pozitivní faktory tedy Lucie zmínila věnování dostatečného času pacientovi, vyslechnutí jeho potřeb a přání. Jako další pozitivní faktor uvedla spolupráci rodiny a příbuzných, kteří pacienta nejlépe znají, komunikaci a propojení vzájemných sil, nastavení si hranic, kde může ještě pomoci rodina a kde přichází řada pro pomoc sociálního pracovníka. Mezi hlavní pozitivní faktory uvedla informovanost o způsobu léčby, délky hospitalizace, způsoby následné péče a jako vhodné opatření uvedla edukaci lékařů o možnostech, které může zdravotní sociální pracovník pacientům nabídnout. Zejména proto, aby se tak vyhnuli častým nedorozuměním v komunikaci, která následně na pacienta působí neprofesionálním dojmem a vzbuzuje v něm nedůvěru.

Třetí rozhovor jsem vedla opět se zdravotně sociální pracovníci, za což jsem ve výsledku ráda, jelikož jsem měla možnost porovnat zkušenosti dvou zdravotně sociálních pracovníků, které se v oblasti sociálně péče pohybují odlišnou dobu a jsou z jiných oddělení. Důvodem, proč jsem třetí rozhovor dělala se stejným respondentem, je také z důvodu toho, že jsem již předem kontaktovala 3 psychology – kteří na mé zprávy vůbec nereagovali. Mohu se tedy pouze domnívat, že se jednalo o stejný případ spojený s nedostatkem volného času, pro uskutečnění rozhovorů. S paní Mgr. Magdalenou Musilovou jsem vedla rozhovor přímo v prostorech Thomayerovi nemocnice, konkrétně tedy v její kanceláři. Vzhledem k tomu, že paní Musilová již přes 28 let působí v oblasti sociální péče, její odpovědi byly velice pestré, avšak podstata se stále opakovala. Při identifikaci negativních faktorů, jsme často narážely na stejné příklady, které jsou uváděny v odborných publikacích, z kterých jsem čerpala. Na začátku rozhovoru paní Musilová zdůraznila jako důležitý bod pro boj s nemocí, individuální mentální kognitivní funkci daného jedince. V celku jsme však nenarazily na případ, kdy by jedinec i se sebevíce silnější osobností nebyl ovlivněn zásahem závažné nemoci, nebo hospitalizací v nemocnici a dalšími zmíněnými negativními faktory. Paní Musilová často zdůrazňovala rozdíly mezi nastavením zdravotního systému a realitou, která má konečný důsledek na psychiku pacienta a jeho rodiny. Za nejdůležitější pozitivní faktor, stejně tak jako zdravotně sociální pracovníce Lucie, označila motivaci pacienta, která je stejně tak klíčová pro jeho rodinu. Motivace je napojená na komunikaci s lékařem, který pacientovi poskytuje informace o jeho zdravotním stavu a jeho možnostech. S tím je spojena i pomoc zdravotně sociálního pracovníka, který spolupracuje se zdravotnickým personálem, aby měl co nejpřesnější informace o pacientově situaci a mohl mu tak efektivně pomoci. Za zásadní opatření paní Musilová označila spolupráci všech pozitivních faktorů, supervizi nejen pro vrchní sestry, ale pro všechny zdravotnický personál.

Ve své druhé části práce jsem si stanovila cíle formou otázek, na které teď následně odpovím. Prvním, čím jsem se chtěla zabývat, byla identifikace negativních faktorů působících na psychiku jedince. Zjistila jsem, že těchto faktorů je mnoho a pro pacienta je velmi těžké s nimi bojovat. Dlouhodobé onemocnění, svými komplikacemi ovlivňuje nejen pacienta, ale i rodinu a blízké okolí, které se postupem času dostává do větší frustrace. Tento průzkum se velmi shoduje s první částí této práce, která odborně pojednává o zásadních negativních vlivech na psychické prožívání závažné nemoci pacienta. Dalším cílem byla identifikace pozitivních faktorů, které respondenti ze svých dlouholetých praxí uvádí jako nejefektivnější pro podporu psychiky pacienta a zároveň na sebe navazují s vhodnými opatřeními pro praxi v sociální

oblasti. Opět jsem došla k závěru, že výsledky se shodují s uvedenými kapitolami, zejména v podkapitole 3.3. Z výsledků práce je evidentní rozdíl v roli lékaře podle zákona a role lékaře v praxi, do které jsem mohla nahlédnout hlavně díky vlastní zkušenosti a díky rozhovorům se zdravotně sociálními pracovníci a nemocničním kaplanem.

Pokud se jedná o změnu celkového nastavení systému, je to, jak se říká „běh na dlouhou trať“, nicméně při identifikaci pozitivních faktorů, je zřejmé, že se často jedná o ryze praktické záležitosti, které je nutné více praktikovat, aby docházelo k vzájemnému propojení a spolupráci pozitivních vlivů, které pacientovi významně pomáhají.

10. ZÁVĚR

Touto prací jsem se snažila vystihnout faktory ovlivňující psychický stav pacienta, kterému bylo diagnostikováno závažné onemocnění. Pokusila jsem se popsat fáze vnímání závažného onemocnění a vybrat časté faktory, které pacienta ovlivňují v další motivaci s nemocí bojovat. Zároveň jsem se pokusila prací nahlédnout do „nitra“ pacienta a jeho prožívání a práci doplnit o malé rady pro pacientovo okolí, na které celá situace spojená s nemocí samozřejmě také doléhá. Poté jsem se pokusila popsat vztah lékaře k pacientovi a potřeby pacienta, které od lékaře očekává.

Další část práce byla zaměřena na průzkum, který byl uskutečněn formou polo-standardizovaných rozhovorů s třemi respondenty pracujícími se závažně nemocnými lidmi. Všichni respondenti se setkali s různými typy pacientů, kteří měli různé diagnózy. Ptala jsem se jich na negativní faktory ovlivňující pacienta, které se shodovaly s odbornou publikací. Stejně tak jsem se ptala na pozitivní faktory a vhodná opatření pro práci s těmito klienty, které se mi díky rozhovorům se respondenty podařilo rozšířit.

Touto prací jsem chtěla poukázat na oblast, která je dle mého názoru dosud velmi neřešené a opomíjené téma. Medicína sice dosáhla neuvěřitelného pokroku, který umožňuje lidem na celém světě bojovat s jejich nemocemi, nicméně si myslím, že by nemělo docházet k jakémusi „obchodnímu“ vztahu mezi lékařem a pacientem, ale mělo by stále platit pravidlo základních morálních principů. Což by určitě stálo za další zkoumání.

Myslím si, že by tato práce mohla přispět rodinám, které v důsledku dlouhodobého a vážného onemocnění milované osoby, nevidí často ryze praktické věci, které nemocnému člověku nejvíce pomáhají a dodávají mu sílu. Zároveň by tato práce mohla sloužit jak pro odbornou tak laickou veřejnost pro připomenutí si morálních zásad každodenního života.

„JSME LIDÉ, prožíváme a vzájemný respekt přece nic nestojí.“

Mgr. Michal Balek (2016)