

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI
Fakulta zdravotnických studií
Akademický rok: 2011/2012

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE
(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Lenka VÍŠKOVÁ**
Osobní číslo: **Z09B0074K**
Studijní program: **B5341 Ošetrovatelství**
Studijní obor: **Všeobecná sestra**
Název tématu: **Zásady komunikace s hysterickým pacientem**
Zadávací katedra: **Katedra ošetrovatelství a porodní asistence**

Zásady pro vypracování:

Zpracovat seznam odborné literatury na vybrané téma Stanovit cíl kvalifikační práce Zpracovat teoretickou a praktickou část práce dle požadavků FZS Popsat metodiku praktické části Vypracovat diskuzi a závěr kvalifikační práce Dodržet formální úpravu kvalifikační práce dle požadavků FZS Dodržet citační normu

Rozsah grafických prací:

Rozsah pracovní zprávy:

Forma zpracování bakalářské práce: tištěná/elektronická

Seznam odborné literatury:

VENGLÁŘOVÁ, M.; Komunikace pro zdravotní sestry; Praha: Grada; 2006; 144s. ISBN 80-247-1262-8 HONZÁK, R.; Strach, tréma, úzkost a jak je zvládat; Praha: Maxdorf; 1995; 70s. ISBN 80-85800-05-5 HONZÁK, R.; Jak se asertivně prosadit; Praha: Grada; 2006; 179s. ISBN 80-247-1226-1 LINHARTOVÁ, V.; Praktická komunikace v medicíně: pro mediky, lékaře a ošetřující personál; Praha: Grada; 2007; 152s.; ISBN 978-80247-1784-5 FREUD, S.; Vybrané spisy II-III: 1. Studie o hysterii, 2. Zlomek analýzy případu hysterie; Praha: Avicenum; 1993; 479s.; ISBN 80-201-0224-8

Vedoucí bakalářské práce:

MUDr. Otto Kott, CSc.
Katedra teoretických oborů

Datum zadání bakalářské práce: 31. ledna 2011

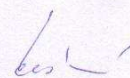
Termín odevzdání bakalářské práce: 31. března 2012



Doc. MUDr. Luboš Holubec, CSc.

děkan

L.S.



Mgr. Lucie Kašová
vedoucí katedry

dne

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2012

Lenka Víšková

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

Studijní program: Ošetrovatelství B 5341

Lenka Víšková

Studijní obor: Všeobecná sestra 5341R009

ZÁSADY KOMUNIKACE S HYSTERICKÝM PACIENTEM

Bakalářská práce

Vedoucí práce: MUDr. Otto Kott, CSc.

PLZEŇ 2012

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a všechny použité prameny jsem uvedla v seznamu použité literatury.

V Plzni dne 20.3.2012

.....

vlastnoruční podpis

Na tomto místě bych chtěla poděkovat panu MUDr. Otto Kottovi, CSc. za čas, který věnoval odbornému vedení mé bakalářské práce. Dále děkuji paní Mgr. Haně Erhartové a paní MUDr. Sandře Zichové za jejich laskavost, čas a ochotu pomoci. Děkuji také paní Bc. Lence Šlechtové za podnětné rady a paní Sedláčkové za pomoc při vyhledávání potřebné literatury. V neposlední řadě děkuji rodině a přátelům za podporu a pomoc.

OBSAH

ÚVOD	11
1 HYSTERIE	13
1.1 Pojem hysterie	13
1.1.1 Historie.....	14
1.1.2 Rozdíl mezi hysterickou strukturou a histriónskou poruchou osobnosti..	15
1.1.3 Etiologie hysterie a histriónské poruchy osobnosti	15
1.2 Projevy	16
1.2.1 Diagnostická kritéria pro histriónskou poruchu osobnosti	17
1.2.2 Diferenciální diagnóza	18
1.3 Partnerské vztahy hysteriků	18
1.3.1 Variabilita	18
1.3.2 Partnerské soužití.....	19
1.3.3 Výběr partnera	19
2 KOMUNIKACE	21
2.1 Neverbální komunikace	21
2.1.1 Role smyslových orgánů.....	21
2.1.2 Neverbální komunikační dovednosti	23
2.2 Verbální komunikace	24
2.2.1 Kritéria úspěšné verbální komunikace.....	24
2.2.2 Speciální komunikační dovednosti	25
2.2.3 Rozhovor.....	25
3 NÁROČNÁ ŽIVOTNÍ SITUACE.....	26
3.1 Obranné mechanismy.....	26
3.1.1 Formy útěku	26
3.1.2 Formy útoku.....	27
3.2 Změny chování spojené s pobytem ve zdravotnickém zařízení.....	27
3.2.1 Agresivní chování	28
3.2.2 Úzkostné chování.....	29
3.2.3 Depresivní pacienti	30
3.2.4 Hysteričtí pacienti	30
3.3 Role temperamentu	31

4	ZPRACOVÁNÍ PRAKTICKÉ ČÁSTI.....	34
4.1	Formulace problému	34
4.2	Cíl a úkol průzkumu.....	34
4.3	Výběr respondentů	35
5	KAZUISTIKY	36
5.1	Pacienti psychiatrické léčebny	36
5.1.1	Paní VM.....	36
5.1.2	Pan JV	40
5.2	Pacienti vyššího věku	42
5.2.1	Pan JŠ.....	43
5.2.2	Paní DH.....	45
5.3	Klienti mladšího věku	47
5.3.1	Paní KS	48
5.3.2	Pan JM	50
6	ZÁSADY KOMUNIKACE S HYSTERIKEM	52
7	DISKUSE.....	53
	ZÁVĚR	57
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	
	SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK A VYSVĚTLIVKY	
	PŘÍLOHY	

ANOTACE

Příjmení a jméno: Víšková Lenka

Katedra: Ošetřovatelství a porodní asistence

Název práce: Zásady komunikace s hysterickým pacientem

Vedoucí práce: MUDr. Otto Kott, CSc.

Počet stran: číslované 45, nečíslované 29

Počet příloh: 12

Počet titulů použité literatury: 26

Klíčová slova: Hysterie - komunikace - pacient - zdravotnický personál - temperament

Souhrn:

Bakalářská práce je zaměřena na komunikaci s problémovými pacienty a jejich psychiku, projevy hysterie a způsoby jejich zvládnání.

První část je teoretická. Obsahuje vysvětlení pojmu hysterie, dále se zmiňuje o historii tohoto fenoménu, jeho etiologii a projevech. Další součástí je komunikace, nejprve obecná a dále komunikace zaměřená na problémové pacienty. V souvislosti s komunikací jsou následně zmíněny obranné mechanismy, pomocí nichž člověk zvládá náročné životní situace, a základní temperamenty, které ovlivňují naše chování.

Druhá část je praktická. Popisuje několik případů neadaptivního chování, které se dá nazvat hysterickým. Poukazuje také na schopnosti zdravotníků komunikovat s problémovými pacienty.

ANNOTATION

Surname and name: Víšková Lenka

Department: Nursing and Midwifery

Title of the work: Principles of communication with the hysterical patient

Master thesis: MUDr. Otto Kott, CSc.

Pages: Numbered 45, unnumbered 29

Attachments: 12

Titles bibliography: 26

Keywords: Hysteria - communication - patient - medical staff - temperament

Summary:

Bachelor thesis focuses on communicating with problem patients and their troubled psyche, as well as symptoms of hysteria and ways of coping.

The first part is theoretical. It contains explanation of the term hysteria, secondly it mentions about the history of this phenomenon, its etiology and manifestations. Another part is about general communication and communication focused on problem patients. In other part are discussed about defense mechanisms, by which a person can control difficult life situations and about basic temperaments, that influence our behavior.

The second part is practical. It describes several examples of behavior, which can be called hysterical. It also points to the ability of medical staff to communicate with problem patients.

ÚVOD

Tato bakalářská práce pojednává o hysterii, která bývá v mezilidských vztazích původcem mnoha problémů a konfliktů. Osobnosti s tímto rysem dokáží díky své přehnané emocionalitě předvést dramatické scény bez ostychu a své skandální chování považují za oprávněné.

Vybrala jsem si toto téma proto, že jsem se v průběhu své praxe ve zdravotnictví setkala s několika případy, kdy se pacienti (klienti) chovali hystericky. V některých případech se podařilo dospět ke kompromisu a dotyčným vysvětlit, co bylo třeba. Ojedinele se však stane, že jakákoliv komunikační technika selže a veškerý zdravotnický personál je vyčerpán snahou domluvit se s jedním člověkem. Proto jsem se rozhodla zabývat se tímto tématem, abych se sama poučila o možnostech zvládnání komunikace s těmito lidmi.

Hlavními cíli mé bakalářské práce jsou následující úkoly:

- 1/ Prostudovat dostupnou odbornou literaturu k tématu.
- 2/ Zjistit rozdíly projevů hysterie u mužů a žen.
- 3/ Vypracovat zásady komunikace s hysterickým pacientem (klientem).

Přestože na začátku bakalářské práce vysvětluji rozdíl mezi hysterickou strukturou a histriónskou poruchou osobnosti, často se mezi tyto dva pojmy vkládá rovnítko. Hysterika mnohdy nelze odhalit ihned, pročež nás může nenadálým projevem přinejmenším zaskočit. Každý člověk zkouší při komunikaci s takovýmto jedincem, jenž se nachází v záchvatu emocí, širokou škálu jednání, aby dospěl k závěru, že je neefektivní. Zdravotníci jsou sice při studiu připravováni na profesionální zvládnání problémových pacientů, ovšem jsou také „jen“ lidé, což znamená, že i v nich může dřímát podobný rys osobnosti. A při střetu dvou takových povah nastávají bizarní situace tragikomického rázu. Díky variabilitě osobnostních vlastností existují jedinci, u nichž nelze žádnými osvědčenými způsoby komunikaci zvládnout a dospět k úspěšné kooperaci.

Neexistuje totiž ryzí osobnost, ale každý jedinec je kombinací povahových rysů a směsí temperamentů. Pak záleží na tom, které v něm převažují. Dospět tedy k určitým zásadám komunikace s těmito lidmi nebude jednoduchý úkol, neboť zkušenosti a praxe ukazují, že nejlepší metodou je hysterika si nevšímat. Jak jistě každý pochopí, v případě nutného ošetření pacienta tak dost dobře nelze učinit.

TEORETICKÁ ČÁST

1 HYSTERIE

1.1 Pojem hysterie

Hysterie je duševní stav charakterizovaný nadměrnými až nekontrolovatelnými emocemi, panikou, citovým rozrušením, amnézií, či fyzickou poruchou (ochrnutí nebo porucha smyslového vnímání) bez zjevné organické příčiny (26). Typickým projevem hysterie je teatrálnost, intrikánství, sebedramatizace, patos, snaha být středem pozornosti atd. Jedinci s hysterickou strukturou osobnosti zažívali obvykle rozmazlující výchovu a chování rodičů v nich utvořilo pocit výjimečnosti, kterou musí okolí akceptovat. Každý člověk hraje svou roli na jevišti života, ale hysterici jsou herci zvláštního typu. Trpí pocity vnitřní nespokojenosti a nesnesitelným napětím. Tento pocit je nutí, aby se ho zbavili, a tak vyvolávají konflikty, hádky provázené emocionálními výlevy a hlasitými projevy, čímž upoutávají pozornost okolí (11). V první řadě, hovoříme-li o hysterii, se jedná o STRUKTURU osobnosti, která se teprve v určitých případech stává PORUCHOU osobnosti (4).

Röhr napsal, že: „*Ke zdravé osobnostní struktuře patří i hysterické součásti a život je díky nim pestrý a emocionálnější. Hysteričnost náleží k člověku, stejně jako depresivita, fobičnost, narcismus a nutkavost. Každý člověk tu a tam vykazuje hysterické symptomy, byť si to většinou neuvědomuje*“ (22, str.9).

Riziku hysterické reakce je v podstatě vystaven každý z nás. Dochází k ní v situacích, kdy se jedinec nečekaně účastní na nějaké silně dramatické nebo katastrofické události (napadení, nehoda, apod.). V případě, že se nezdaří zvládnout tuto situaci na plné vědomé úrovni, vzniká hysterická reakce ve formě hyperkinetické či imobilizační. Další situací vyvolávající hysterické reakce je možnost nebo skutečnost zániku významných životních hodnot (potrat, rozvod, odchod potomků z domova, ztráta zaměstnání apod.), kdy je za normální reakci považován neokázalý smutek, s nímž se člověk uchýlí do ústraní. Naproti tomu hysteričtí jedinci dávají svůj smutek na odiv, tyranizují své okolí citovým vydíráním a vynucují si jeho emoční účast.

U většiny jedinců hysterické symptomy časem odezní (během několika týdnů nebo měsíců). Bohužel platí, že čím rannější věk, tím větší sklon k fixaci těchto reakcí, neboť dotyčný má dojem, že díky nim životní nesnáze lépe překlene. Hysterické návyky se postupně stávají zlovyky a jejich fixací dochází ke vzniku tzv. hysterické psychoneurózy (24). Podle některých zdrojů je hysterické chování způsobeno poruchou

v určitých oblastech mozku, a tudíž je považováno za vrozené. Takto postižené děti jsou „*problémové, neukázněné, často tyranizující rodiče i vrstevníky, předstírající nemoci a bolesti, vynucující si pozornost svého okolí hlasitým pláčem, křikem, všemožnými scénami, záchvaty zuřivosti. Rodiče se pak snaží předejít těmto výstupům tím, že dítěti v jeho požadavcích vyhoví*“ (11). Dítě však nedokáže ovládat své emoce, a tak je na rodičích, aby zvládli takovou situaci a správným způsobem chování svého potomka usměrnili. Právě tím, že je dítěti v záchvatu vzteku vyhověno, je utvrzováno ve správnosti svého chování a dochází ke stupňování a později fixaci hysterických návyků. Jedinou účinnou metodou je nevnímat si takových excesů a odvést pozornost dítěte, což je ale mnohdy pro matku velmi těžké.

Člověku s hysterickou strukturou osobnosti pomáhá vše, co jeho emocionální situaci stabilizuje. „*K umění žít patří jakási radostná spokojenost, s níž člověk věci akceptuje, ale není k nim lhostejný. Je to klid s nímž člověk přijímá věci, které nemůže změnit. Zkušenosti ukazují, že právě lidé s hysterickou strukturou osobnosti to příliš nedokážou*“ (22, str. 124).

1.1.1 Historie

Hysterii popsal jako první Hippokrates, a protože postihovala ženy mnohem častěji než muže, byla spojována s dělohou (řecky – hystera). Řecká legenda vypráví o děloze putující po ženském těle, která po docestování do hrudi začne oběť dusit a způsobí nemoc (26). Celsus řekl, že „uterus (latinsky děloha) je zvíře, které chce plodit děti a je-li po pubertě sterilní, vede to k neklidu a cestování po těle, což vyústí v hysterii“. Podle Galéna byla hysterie důsledkem sexuálního neuspokojení, pročež doporučoval ženám jako léčbu pohlavní styk, nebo masáže rodidel proudem teplé vody (11).

Středověk ženy s hysterickými symptomy považoval za posedlé ďáblem. Ve viktoriánské době byla hysterie pokládána za chorobu zhýčkaných bohatých paniček. V lékařských knihách z 15.století se objevují návody na léčbu hysterie v podobě masáží zevních rodidel (ta vyústila v tzv. „hysterické paroxysma“, které přineslo úlevu).

V 19.století se věřilo, že jde o duševní nemoc. Teprve Sigmund Freud s Josefem Breuerem (Obr. č. 5,6,7) pochopili hysterické symptomy jako neurotické zpracování vnitřního konfliktu. V současnosti je již „hysterie“ vyřazena z mezinárodní klasifikace psychických poruch a zůstala pouze „histrionická porucha osobnosti“ (3).

Během 20. století se definovaly procesy disociace (vznik psychických příznaků hysterie) a konverze (vznik tělesných příznaků). Avšak **hysterické** konverzní a disociační **symptomy nemusí mít společný** klinický ani dynamický **vztah s histriónskou poruchou osobnosti**, neboť se mohou vyskytovat i u jiných poruch osobnosti (19).

1.1.2 Rozdíl mezi hysterickou strukturou a histriónskou poruchou osobnosti

HYSTERICKÁ STRUKTURA OSOBNOSTI se vyznačuje **potlačovanou** a ohraničenou **emocionalitou**; sexualizovaným exhibicionismem a vřelou potřebou být milován; **dobrou kontrolou impulzů**; rafinovaným sváděním; životními ambicemi a schopností soutěžit s jinými; **zralejšími**, trojúhelníkovými **vztahy s druhými**; relativně dobrou tolerancí odpoutání od milované osoby; přísným superegem a obranami s určitými obsedantními rysy; postupným rozvojem a nerealistickým vnímáním sexualizovaných přání v přenosu.

Zatímco HISTRIÓNSKÁ PORUCHA OSOBNOSTI je charakterizována **bouřlivou** a generalizovanou **emocionalitou**; nenasytným exhibicionismem s požadovačnou orální kvalitou, která je méně angažovaná; **generalizovanou impulzivitou**; primitivním, neadekvátním a odtazitým sváděním; **bezúčelností** a **bezmocností**; diadickými **vztahy, charakterizovanými závislostí**, masochismem a paranoiou; zničující **separační úzkostí** při opuštění milované osoby; laxním superegem a převahou primitivních obran jako je štěpení a idealizace; rychle se rozvíjejícími intenzivními sexualizovanými přáními v přenosu, která jsou vnímána jako realistická očekávání (19). Tyto údaje jsou přehledně zobrazeny v tabulce č. 1.

1.1.3 Etiologie hysterie a histriónské poruchy osobnosti

Freudův učitel, francouzský neurolog Jean Martin Charcot, věnoval velké úsilí studiu hysterie (Obr. č. 2, 3) a došel k závěru, že pochází z určité **genetické dispozice**. Jinými slovy, že někteří lidé jsou geneticky naprogramováni k hysterickému chování. Podle Freuda je ale hysterie **výsledkem výchovy, vzdělání a vzájemné interakce** dítěte se světem dospělých a ostatních dětí, tedy spíše než z genetiky pramení z infantilních zkušeností. Zároveň poukázal na to, že hysterie není výhradně ženskou záležitostí, ale že jsou k ní náchylní také muži (6). Dokonce některé prameny uvádějí, že histriónská porucha osobnosti postihuje častěji muže než ženy, zatímco hysterie jako strukturální rys je doménou žen. Jak již bylo řečeno, hystericky se může zachovat

v životě každý z nás. Záleží na tom, v jakém poměru je naše osobnost „namíchaným koktejlem“ temperamentů. Odtud pochází genetický původ hysterie, neboť temperament máme vrozený.

V případě histriónské poruchy osobnosti (histrión = herec, komediant), pak bývá nejčastější příčinou psychologický problém. U lehčích forem jde o nevyřešené **oidipální problémy**. („Thébský královský pár Laios a Iokasta představuje dvojici, kterou narození prvního syna nesmírně děsí. Neví, jak se vypořádat s emočně komplikovanou situací, kdy se dvě osoby stávají třemi. Jako rodiče se nedokáží vyrovnat s tím, že závist, žárlivost a vražednou nenávist na svého syna promítají a představují si, že on bude nenávidět je. Sám král Laios je prototypem narcistického otce, který ve své nejistotě nedokáže syna vnímat jinak než jako obávaného rivala, kterého je zapotřebí zničit. Psychické zabíjení synů může v naší době nabývat podoby ignorování, nepřiměřené náročnosti a vyhýbání se vztahu. Tragický Oidipus a Iokasta věří v Sofoklově dramatu ve šťastný sňatek a zakládají rodinu. Postupně však zjišťují, že jejich párové soužití má povahu incestu“)(8).

U těžších forem histriónské poruchy osobnosti bývají častou příčinou orální problémy, které souvisejí s **odmítáním a separací v ranném dětství**.

Podstatnými se ukázaly být následující **základní výchovné vlivy**:

- 1/ Převažující oceňování vzhledu nad oceněním schopností („člověk musí být atraktivní, aby dosáhl vlivu a moci“).
- 2/ Poskytování nepoměrně větší lásky a péče v nemoci dítěte.
- 3/ Model „as-if“ vztahů („jako by“ prožívání, kdy fungování je formálně správné, ale působí automaticky - bez vnitřního prožívání).
- 4/ Stav, kdy jediným prostředkem zajímavosti rodinného života jsou neočekávané změny v něm (19).

1.2 Projevy

Klasické hysterické symptomy lze nalézt mezi disociativními a konverzními poruchami. Podle zkušeností zdravotnických pracovníků v oboru psychiatrie je hystérie úzce spjata s depresemi a sklony k suicidii (sebevraždě).

Stěžejní pro histriónskou poruchu osobnosti je zabývání se vlastním vzhledem a zejména pozorností druhých. Typická je **nadměrná dramatizace**, labilní **emotivita**, **teatrálnost**, **sebezdůrazňování** (i za cenu ostudy), **sugestibilita**, neustálá touha po ocenění a pozornosti, **egocentričnost**, svůdné chování a koketérie, okázalé

vyjadřování emocí, které je zveličené a nepřiměřené, stavy bývají plytké a rychle se přesouvají. Jedinci s histriónskou poruchou osobnosti mívají potíže s analytickým myšlením, v řeči bývá typická vágnost a nedostatek konkrétních podrobností, mohou ale být tvořiví, vnímaví, sugestibilní, s velkou představivostí a dobrou intuicí. Často jednájí více instinktivně než na základě logického rozhodnutí. Mnohdy bývají vůči sobě povolní, v činnosti nesystematičtí, nemají dostatek vytrvalosti, pročež se vzdávají náročnějších úkolů. Mívají **konfliktní interpersonální vztahy**, jak partnerské, tak se spolupracovníky a přáteli. Rozehrávají manipulující hry, díky nimž dokáží rozvrátit své i cizí manželství, nebo pracovní kolektiv. Mají **sklony k bájně lhavosti** (19).

1.2.1 Diagnostická kritéria pro histriónskou poruchu osobnosti

Praško říká, že: „Musí být splněna obecná kritéria pro poruchu osobnosti a zároveň nejméně čtyři z následujících příznaků:

- 1/ Sebedramatizace, teatrálnost, přehnané projevy emocí.
- 2/ Sugestibilita snadno ovlivnitelná okolím.
- 3/ Mělká a labilní emotivita.
- 4/ Neustálé vyhledávání vzrušení a činností, při kterých je jedinec středem pozornosti.
- 5/ Nepřiměřená koketérie v chování nebo vzhledu.
- 6/ Nadměrná pozornost věnovaná vlastní fyzické přitažlivosti.

Přičemž ale nestřídmost, egocentričnost, nedostatek ohleduplnosti k jiným, neustálá touha po ocenění, snadno uražená ješitnost a manipulativní chování za účelem dosažení vlastních potřeb mohou doplňovat klinický obraz, ale nejsou pro diagnostiku nezbytné“ (19).

Histriónská osobnost neustále vyhledává pozornost a ujištění. Typické je sexuální svádění. Ženy se snaží závislým chováním nebo koketováním získat obdiv lékařů a ošetrovatelského personálu, muži pak svádí lékařky a sestry pomocí „hypermaskulinity“, čímž zakrývají pocit vlastní slabosti. Pro tyto pacienty jsou charakteristické manipulace terapeutů do role ochránců, což zlepšuje pocit vlastní sebeúcty. Jedinci s histriónskou poruchou osobnosti často přivolávají lékaře nebo docházejí na pohotovost v noci, mívají úzkostné sny a někdy i živé představy podobné halucinacím (19).

1.2.2 Diferenciální diagnóza

Pokud hovoříme o histriónské poruše osobnosti, je třeba připomenout také diferenciální diagnostiku, která k dané problematice neodmyslitelně patří. V následujícím výčtu některých poruch osobnosti lze nalézt podobné symptomy:

Závislá porucha osobnosti: Cílem závislého člověka není jen upoutání pozornosti, ale i potřeba připoutat si svého ochránce. Bouřlivá emocionalita zde chybí stejně jako schopnost rozhodovat se. Závislý pacient nechává důležitá rozhodnutí na druhých.

Hraniční porucha osobnosti: Hraniční pacienti mohou v rámci manipulace přehánět, ale bývají až nepříjemně upřímní v případě negativních sdělení. Mají patrnější pocity zoufalství a častější sebepoškozující a suicidální tendence. Sami sebe označují za špatné nebo si hrubě nadávají.

Narcistická porucha osobnosti: Sebevědomí narcistického pacienta je charakterizováno grandiozitou. Nehledá pozornost za každou cenu, ale snaží se upoutat ji v oblasti, kde je výjimečný, zvláštní a obdivuhodný.

Somatizační porucha: Pacienti s touto poruchou nepřehánějí v popisech jiných věcí, dramatizují spíše jen své tělesné příznaky.

Disociační (konverzní) porucha: Zde dominují tělesné deficitní projevy jako narušení nebo ztráta citů, parézy, plegie, ztráta schopnosti pohybu některých částí těla apod. (19).

1.3 Partnerské vztahy hysteriků

1.3.1 Variabilita

Každá osobnost je unikátní, z čehož vyplývá i rozmanitost odstínů a variant projevů hysterické struktury osobnosti. Tito lidé se mohou v mnoha životních oblastech projevovat zcela přirozeně, dobře herecky maskováni. Ale v oblasti narušených partnerských vztahů se dříve nebo později projeví v plné síle.

Existuje několik variant hysterické osobnosti:

1/ Klasický hysterik - dobře rozpoznatelný, agresivní, vyčerpávající a přitom sympatický, způsobuje v rodině zmatek a konflikty.

2/ Nečestný hysterik - vyhýbavý, stydlivý, typ věčného adolescenta, někdy zasněný, může být agresivní.

3/ Rigidní hysterik - potlačuje neustálou nespokojenost v oblasti emocí a sexuality, hypochondr, hyperaktivní, zkostnatělý.

4/ Nadaný hysterik - navenek originální osobnost mající silné charisma, své pocity vyjadřuje v umělecké a intelektuální oblasti (4).

1.3.2 Partnerské soužití

Podle Plzáka mají hysterici **sklony k neustálému urážení**, vyvolávají v partnerovi pocit viny a očekávají od něho omluvy a usmiřování. Není-li hysterikovi věnována pozornost, neudrží se a uraženě odchází. Hysterik nesnese, je-li partner v pohodě, zatímco on sám prožívá **vnitřní napětí**. V takových situacích vyvolává hádky, čímž sám sobě uleví a partnera popudí. Dosáhne tím jakési „vztahové rovnováhy“. Téměř vždy je přítomen nepřátelský vztah k matce (která bývá také hystericky založena). Hysterická osobnost nikdy **nepřipustí omyl**, nepřizná vlastní zanedbání či nečestnost, má vždy pravdu. Hysterik sám sebe prezentuje jako vysoce morální ušlechtilou povahu a vyžaduje, aby okolí tyto vlastnosti uznávalo a cenilo. Na jakoukoliv kritiku reaguje popuzeně a opět se uráží. Dokáže brilantně lhát a měnit původně zastávaný názor. On sám má především práva, ale jeho partner pouze povinnosti (4).

1.3.3 Výběr partnera

Z předcházejícího textu je patrné, že život s hysterikem není „procházka růžovou zahradou“, ale spíše „jízda na horské dráze“. Možná právě to, že vše ostatní by byla nuda, je důvodem setrvávání v partnerském vztahu s touto zajímavou osobností. Hysterické ženy mají v sobě jakýsi X-faktor, esenci ženskosti, jež některé muže neovladatelně přitahuje. Nicméně v praxi vytvářejí hysterici partnerské vztahy s těmito typy:

1/ Hysterik: taková kombinace je vysoce výbušnou sloučeninou a podle Plzáka „se v bitvě kalamitního vztahu smetou tito dva jedinci ze slušné společnosti takovým způsobem, že se jim vyhýbá i pes někdejších přátel“.

2/ Narcista: narcista si obvykle vybere krásného hysterika, kterým se chce „blýsknout“. Navzájem si podporují a sytí své neurózy a nedokáží ze vztahu odejít.

3/ Dobrák: nejčastější volba - spolehlivý, slušný člověk, obvykle s nízkým sebevědomím, který si nechá od hysterika namluvit, že vina je na jeho straně, a přestože je frustrován a deprimován, ve vztahu setrvává (4).

Drobná odmítnutí provázejí život každého člověka, ale hysterik je vůči nim vysoce senzitivní a **každé odmítnutí prožívá katastrofálně**. Je extrémně citlivý i na momenty, kdy si ho právě nikdo nevšímá, nebo ho nebere vážně. Každé odmítnutí zveličuje

a přehnané jsou i jeho emocionální reakce. Uráží se velmi snadno a do toho, aby napravil urážku, nebo se jí napříště vyhnul, investuje nepřiměřenou dávku energie. Hysterik inscenuje všechna dramata tak, aby opravdu odmítnut byl, nevědomě se chová tak, aby si své základní trauma znovu potvrdil („já to věděl, že mě opustí“, „tušil jsem, že mě odmítnou“)(22). Z tohoto důvodu je třeba být opatrný při komunikaci s těmito osobnostmi a zejména odmítavé odpovědi formulovat obratně a citlivě.

2 KOMUNIKACE

Způsob, jakým informace předáváme, určuje charakter komunikace, protože za každým vyřčeným slovem je nakonec člověk jako celek. Hovoříme totiž ústy i tělem (16). Ve vzdělávání zdravotnických pracovníků se klade velký důraz na komunikaci, ovšem „žádné vědění samo o sobě nezpůsobí čin, chybí-li vůle – a žádné vědění nevznikne bez vůle a činu“ (16, str. 9).

Pro rozvoj komunikace je důležitá spolupráce s pacientem. Člověk v nemocničním prostředí má omezenou možnost sociálních kontaktů, proto je důležité navázání vztahu mezi zdravotníkem a pacientem, což usnadní další komunikaci v rámci zdravotní péče. Řešení konfliktů je mnohem náročnější než samotná ošetrovatelská péče v jejím základním slova smyslu. Klade velké nároky na sociální dovednosti, znalost prostředí a reakcí lidí. Ale má-li zdravotník skutečný zájem o člověka a je ochoten mu porozumět, lze očekávat úspěch (25).

2.1 Neverbální komunikace

Ať už se nacházíme v jakémkoliv prostředí a jakékoliv situaci, pro pozorného člověka poskytuje i naše mlčení velké množství informací. Výraz očí, dechová frekvence, mimika, postoj, gestikulace a jiné mimoslovní výrazové prostředky hovoří za nás. Podle některých odborníků lze vyčíst povahu člověka i z vrásek v obličeji. Davies řekl, že „čím je člověk starší, tím je čitelnější“. Obličej nosíme sice nezahalený jako vizitku vkusu a hygienických návyků, nicméně výmluvnější je celkový vzhled dotvořený oblečením (16). Ovšem k prostředkům neverbální komunikace je velmi důležité zahrnout také naslouchání, empatii, respekt a projev zájmu.

2.1.1 Role smyslových orgánů

Zrak

Prostřednictvím zraku získáváme nejvíce informací o okolním světě. O oku se říká, že je bránou do duše, jeho zornici ovládají momentální pocity, nikoliv naše vůle. Navíc jsou city doprovázeny vráskami kolem očí, či polohou obočí. Očima si přečteme jeden druhého dříve, než stačíme promluvit. Tento interaktivní proces vede k prvnímu dojmu, z něhož vyplývá, jak záleží na našem zevnějšku, náladě, výrazu obličeje či pohledu.

Sluch

Sluch podle Věry Linhartové není interaktivním smyslem, neboť na žádnou informaci nelze odpovědět sluchem. Proto mu v neverbální komunikaci připadá menší role než zraku. Je na druhém místě ve sběru informací z okolí. Zvuky příjemné nás stimulují, nepříjemné naopak odrazují. Svou nelibost, či zájem pak vyjadřujeme výrazem obličeje nebo držením těla. Důležitá role připadá tomuto smyslu ve verbální komunikaci. Prostřednictvím sluchu vnímáme intonaci hlasu, artikulaci, tempo řeči i doprovodné zvuky.

Čich

V neverbální komunikaci má jednoznačné postavení, opět vede k ovlivnění prvního dojmu. Citlivost na pachy se liší mezi pohlavími a je individuální. Je prokázáno, že vůně a pachy mají nejsilnější účinky ze všech smyslových vjemů. Ve vysokých koncentracích mohou vyvolávat nevolnost, bolesti hlavy či zvracení, což dokazuje, že bezprostředně ovlivňují naše emoce a chování. Tělesný pach je individuální a nelze ho podceňovat. Signál vyslaný čichovými receptory může být „spínačem“ náklonnosti či odporu, což oboustrannou komunikaci značně ovlivňuje. Chuť stejně jako čich zprostředkovává chemické informace z vnějšího prostředí. Většina vjemů, které označujeme jako chutě, jsou ve skutečnosti vůně, neboť tento smysl je úzce spojen s čichem. Ovšem v komunikaci s pacientem nemá téměř využití.

Hmat

Nejvýznamnějším orgánem hmatu je vnitřní strana ruky, která je v neverbální komunikaci těžko postradatelnou součástí. Rukou zjišťujeme kvalitu všeho, nač sáhneme, získáme informaci o povrchu, teplotě a tvaru, z čehož můžeme vyčíst povahu problému i zdravotní stav pacienta. Dotyky rukou jsou ve vzájemné komunikaci velmi důležité, můžeme jimi projevit empatii, účast, snahu pomoci (pohlazení po ruce, po ramenou či podržení pod paží), ale také zlost a netrpělivost (odstrčení, nešetrné pohyby při různých úkonech). Z dotyku podané ruky lze též dělat závěry při prvním dojmu, je-li studená či teplá, suchá nebo vlhká, klidná nebo se třese (16).

2.1.2 Neverbální komunikační dovednosti

Mimika

Výrazem obličeje lze vyjádřit primární emoce: zájem - nezájem, štěstí - neštěstí, radost - smutek, strach - jistotu, klid - rozčlenění. Pro zdravotníky je velmi důležité umět vnímat pocity pacienta odrážející se v jeho tváři.

Haptika

Zahrnuje vzájemné doteky v sociální interakci. V práci zdravotníků jsou doteky specifické, čistě profesionální. Zde je zvláště důležité spojení s verbální komunikací, neboť je třeba pacientovi při nepříjemných zákrocích vysvětlit, co a proč děláme, abychom zmírnili jeho stres.

Posturologie

Držení těla vyjadřuje postoj člověka k okolnímu dění. Nejde jen o polohu vestoje, vsedě či vleže, ale také polohy končetin, naklonění těla a hlavy o leccems vypovídají. Pokud chceme navodit kooperativní atmosféru, je nejlepší využívat rovnocenné polohy (nejlépe oba vsedě).

Gesta

Pohyby, které často doplňují verbální projev často zvyšují názornost řečeného. Gesta mohou být používána jak vědomě, tak nevědomky. Význam gest se může lišit v závislosti na kultuře. Je třeba si uvědomit, že každý člověk reaguje ve stavu nemoci individuálně, tedy i nepředvídatelně nebo úplně paradoxně.

Proxemika

Vzdálenost, na kterou spolu lidé komunikují, je určena vzájemným vztahem mezi nimi. Obecně se uvádějí čtyři zóny distanční komunikace, které se řídí kulturními zvyklostmi jedinců. Veřejná zóna je neosobní, společenská zóna je nejobvyklejší, do osobní zóny si pouštíme přátele a známé, a intimní zóna je pouze pro nejbližší. V rámci zdravotní péče je posledně zmíněná zóna nedobrovolně narušována cizími lidmi a záleží na psychice pacienta, nakolik se dokáže s touto situací vyrovnat. Tělo reaguje na nepříjemné narušení intimní zóny stejně jako na situaci ohrožující život: mění se tepová frekvence, stoupá tlak krve, dech se stává nepravidelným, mění se svalový tonus, kůže bledne nebo rudne, zornice se zúží. To vše se děje velmi rychle a tělo reaguje buď ústupem (úhybné pohyby) nebo obranou (útok). Proto je třeba pozorně sledovat řeč pacientova těla a vhodnou komunikací tyto somatické projevy eliminovat, neboť by mohly být při určování diagnózy zavádějící (25).

Úprava zevnějšku

Jak již bylo řečeno, vnímáme nejvíce zrakem a čichem. Pacient může v nemoci často pocítit ztrátu vlastní důstojnosti, proto je třeba klást velký důraz na úpravu nejen pacientova zevnějšku, ale i prostředí, v němž nedobrovolně pobývá. Tím, že o sebe pacient nedbá, chce také něco sdělit. Tady se naskýtá prostor pro komunikační schopnosti, empatii a lidskost zdravotníků, aby poskytli příjemné prostředí nejen postiženému, ale také ostatním pacientům (25).

2.2 Verbální komunikace

Řeč neboli mluvené slovo má zásadní roli v komunikaci, je však vždy doprovázeno neverbálními prostředky, o nichž jsem se již zmínila, čímž je projev mnohem „čitelnější“. Ovšem porozumění je ovlivněno také aktuálním psychickým stavem komunikujících, je zřejmé, že strach, bolest či velmi významná sdělení mají vliv na porozumění jejich významu. Dobře komunikovat neznamená jen volit vhodná slova, ale také věnovat pozornost rychlosti a hlasitosti řeči, intonaci a výšce hlasu, pomlčkám a délce projevu (25).

2.2.1 Kritéria úspěšné verbální komunikace

Jednoduchost, stručnost, adaptabilita

Vždy je třeba v úvodu rozhovoru s pacientem ověřit jeho aktuální schopnost porozumět. Některé obraty, které zdravotníci běžně používají nemusí být známé širší veřejnosti. Jinak je třeba komunikovat s dítětem a jinak se zdravotníkem v roli pacienta (příliš jednoduchá sdělení působí devalvačně). Sdělení by mělo být stručné a jasné s použitím běžných slovních obrátů. V situaci, kdy je člověk nemocný, má tělesné obtíže a obavy, je citlivý na čas. Stručná jasná informace působí profesionálně. Naopak zdouhavé popisy problému s různými oklikami vyvolávají nedůvěru. Stručnost však nesmí být na úkor srozumitelnosti.

Zřetelnost a vhodné načasování

Je třeba jasně vyjádřit podstatu věci a dávat pozor na používání dvojsmyslných sdělení, přílišného zobecňování či osobních názorů. Podmínkou srozumitelnosti je bezpochyby správná artikulace, přiměřená rychlost řeči a správné načasování (klid pro sdělení, nerušený prostor, soukromí, dostatek času) (25).

2.2.2 Speciální komunikační dovednosti

Komunikaci vždy ovlivňujeme a spoluvytváříme. Pacient a zdravotníci jsou ve vzájemném vztahu, přičemž se komunikace stává druhem péče. Jako nejdůležitější součást rozhovoru bývá označováno naslouchání. Je to jeho aktivní složka, v níž jde nejen o to, že slyšíme, ale také chápeme a rozumíme. Nasloucháním dáváme pacientovi možnost se svěřit. Nasloucháme-li očima, ušima i srdcem, můžeme pacienta podpořit v projevu pomocí rezonance (opakování vyřčeného), reflexe (formulace výroku vlastními slovy), sumarizace (ověření, zda pacient rozuměl celému sdělení), povzbuzování a empatie (haptika) (25).

2.2.3 Rozhovor

Profesionálně vedená komunikace ovšem závisí na povahových vlastnostech zdravotníka, jeho vztahu k povolání a k lidem, a tak lze s politováním konstatovat, že nejvíce stížností ze strany pacientů je právě na komunikaci zdravotníků. Ať už se jedná o rozhovor terapeutický, edukační či informativní, je důležitá nedirektivita, empatie, úcta a důvěryhodná atmosféra. Nestačí jen poslouchat slova, která pacient vysloví, ale také pochopit emoce, které prožívá. Při rozhovoru je třeba aktivně naslouchat, reflektovat pacientova sdělení, akceptovat jeho rozhodnutí, vyjádřit porozumění a neodsuzovat za něco, s čím nesouhlasíme. V každém případě je třeba jednat s pacientem s úctou (25).

Je třeba si uvědomit, že nemocniční prostředí znamená pro člověka velký zásah do soukromí a změnu navyklého životního režimu. Pro mnoho lidí je hospitalizace náročnou životní situací, s níž se každý vyrovnává po svém.

3 NÁROČNÁ ŽIVOTNÍ SITUACE

Každý člověk se v životě dostane do situací, které považuje za náročné. Jedná se především o subjektivní pocit. Pro někoho je náročnou situací ztráta životních jistot (rozvod, ztráta partnera či zaměstnání), pro jiného pouhý nákup v supermarketu. To, že se nacházíme v náročné životní situaci, se vyznačuje narušením vnitřní harmonie, **úzkostí, nervozitou, napětím** a pocitu zmatku doprovázenými bušením srdce, pocením, zvýšenou dechovou frekvencí, bolestmi břicha apod. (23). Nejen hospitalizace, ale i návštěva ambulance ve zdravotnickém zařízení znamená pro řadu lidí psychickou zátěž, s níž se organismus vypořádává individuálně.

3.1 Obranné mechanismy

Ratislavová napsala: „*Problematika zátěže souvisí i s problematikou adaptace a maladaptace. Adaptivním chováním rozumíme přiléhavou, věcnou a účinnou odpověď na požadavky situace, vede k reálnému, účelnému a cílenému řešení. Neadaptivní chování je naopak chování, které situaci adekvátně neřeší, ale spíše komplikuje, je výrazem bezradnosti*“ (21, str. 58). Obranné psychické mechanismy jsou součástí osobnosti a jejich úkolem je ochrana před ztrátou duševní rovnováhy. Základními způsoby obrany jsou **útěk a útok**, od nichž je odvozena řada dalších mechanismů (21).

3.1.1 Formy útěku

Někteří jedinci se brání náročné životní situaci útekem od problému, a to jak fyzickým, tak i psychickým (únik do fantazie, zapomnění). Nevědomým útekem do nemoci je patofilie, kdy na rozdíl od simulace (předstírání příznaků nemoci) jedinec skutečně onemocní. Únik do nižšího vývojového období se nazývá regrese. Projevuje se vzdorovitým chováním, egocentrismem, sklonem k afektům, vyžadováním zvýšené pozornosti a péče. Dospělý se chová jako nemocné dítě vyžadující mateřskou péči a něhu. Identifikace je procesem zhlédnutí se v někom jiném, může zasahovat oblast vyznávání životních hodnot, chování i oblékání. Projevuje se jak v kladném, tak v záporném slova smyslu (jedinec se může identifikovat s člověkem vyrovnaným, statečným, ale také s někým, kdo situaci nezvládá, upozorňuje na sebe a vyžaduje neustálou přítomnost druhé osoby). Stereotypizace je zjednodušeně řečeno používání již osvědčeného způsobu řešení situace. Má-li člověk pocit marnosti a vzdává veškerou snahu o aktivní zvládnutí situace, jedná se o rezignaci. Takový jedinec odmítá veškeré

rady, stává se lhostejným, apatickým, lituje se a pasivně setrvává v jedné poloze. Extrémním způsobem úniku je suicidium (sebevražda). V případě demonstrativní sebevraždy jedinec ve skutečnosti „volá o pomoc“ a nepřeje si opravdovou smrt. Skutečnou sebevraždu pak dotyčný považuje za jediné řešení situace, kterou vnímá jako bezvýchodnou (23).

3.1.2 Formy útoku

Při zvládnání náročné životní situace může bojové nastavení pomoci člověku ve smyslu touhy „poprat se“ s problémem (21). V případě neadaptivní reakce dochází k projevům agrese (fyzické či psychické útoky na druhé, přenesená agrese na lidi i věci či autoagrese). Projekcí nazýváme situaci, kdy jedinec hledá chyby na straně druhých, zatímco při autoprojekci naopak hledá chybu v sobě. Kompenzace má opět adaptivní i maladaptivní formu. Jde o jednání, jímž člověk vyrovnává nějaký osobní nedostatek (buď si najde nějakou smysluplnou náhradu, nebo se uchýlí k drogám či alkoholu). Zdůvodnění vlastního chování se nazývá racionalizace. Dotyčný v podstatě změní pojetí problému a najde si obhajobu pro své chování (23). Hovoříme-li o hysterické struktuře osobnosti, pak většina těchto jedinců reaguje v náročných životních situacích maladaptivně.

3.2 Změny chování spojené s pobytem ve zdravotnickém zařízení

Nemoc je jednou z náročných životních situací, která klade nároky nejen na pacienta ale i na jeho okolí. Ovšem ve zdravotnickém zařízení se nacházejí i lidé, kteří nemusejí být nutně nemocní (např. porod bývá fyziologickou záležitostí). Některá vyšetření v rámci prevence jsou velmi nepříjemná a zatěžující (např. kolonoskopie) a pro pacienta znamenají výše zmiňovanou náročnou životní situaci. Emoce, jako je **strach, úzkost, pláč, deprese, hněv či agresivita** způsobují zdravotníkům **problémy při komunikaci** (25). Proto existují určité zásady, jimiž se lze řídit. Myslím, že není třeba opakovat, že reakce pacientů jsou individuální a zvláště u problémových jedinců bývá výsledkem produktem velmi vysilujícího jednání zdravotníků. Je potřeba citlivě kombinovat komunikační dovednosti tak, aby byly „šity na míru“ konkrétnímu pacientovi. Jak již bylo řečeno, hysterici mají nejčastěji chování s rysy agresivními či úzkostnými, které je třeba během komunikace s nimi rychle zhodnotit.

3.2.1 Agresivní chování

Příčinou agresivního chování bývá pocit ohrožení, strachu; větší zátěž, zejména je-li vnímána jako zbytečná; pocity křivdy a nespravedlnosti; zklamané očekávání; bezmoc, ponížení, zesměšnění apod. Agrese se projevuje buď přímo vůči zdravotníkovi (od ironizujícího chování až po útok); nebo transformovaně, kdy jsou projevy zlosti přenášeny na věci, či jiné osoby; a nebo autoagresivními projevy (sebepoškozováním) (25). „Agresivně se mohou chovat i lidé s duševními poruchami hlavně v psychiatrických ordinacích, pochopitelně i jinde. Násilí, neschopnost ovládnout se a patologické sobectví jsou běžnými projevy jejich disociální poruchy osobnosti. Jedná se o útočné sadisty, schizofreniky, paranoidní pacienty, drogově závislé, ale i mimořádně sebestředné a úzkostné pacienty“ (16, str. 66). Agresivního pacienta lze z projevů neverbální komunikace (zvýšený neklid) vyzorovat: popochází nervózně sem a tam, podupává trhavě nohama, silně gestikuluje pažemi, kope do předmětů, mlátí jimi o stůl. Agrese je patrná v jeho sílícím hlase, v řeči se objevují urážky, výhrůžky, vulgarismy. Takový člověk často narušuje osobní zónu přítomných osob (15). V případě hysteriků platí, že **čím jsou hysterické rysy osobnosti silnější, tím více jedinec používá agresi** jako nástroj pro své uplatnění.

Jak komunikovat s agresivním pacientem? Jednoznačný návod neexistuje. Někteří odborníci zastávají názor, že je třeba chovat se rozčileně a volit „zrcadlovou reakci“ jako odpověď („na hrubý pytel hrubá záplata“). Soudí, že je důležité prokázat autoritu a jednat direktivně a posléze postupně zklidňovat pacienta povzbuzováním („...tak se uklidníme, nádech-výdech, uvolníme se, jinak Vám nemohu pomoci. Jste tu přece proto, abych Vám pomohl...“). Jiní naopak radí chovat se klidně a profesionálně a jednat tak, abychom agresi tlumili. Klidným chováním jsou takoví pacienti zaskočení, neboť očekávají od zdravotníků stejně agresivní postoj, a když se ho nedočkají, často volí sociálně přijatelnější způsob jednání. Nepříjemnou situaci můžeme zvládat verbálně (**hlas má být vlídný a klidný, níže položený a tišší**) i neverbálně (**pomalými pohyby a gesty**, vstřícnou rukou či citlivým uchopením za paži). V extrémních případech, kdy situaci nelze zvládnout ani direktivně ani nedirektivně, nezbyvá než zvolit obranné jednání, přivolat pomoc a násilím pacienta zklidnit. S politováním lze však konstatovat, že nemalá část zdravotníků nejen nezvládá komunikační dovednosti, ale často se projevuje agresivně vůči pacientům z důvodu osobního diskomfortu. Zdravotník je také „jen“ člověk, a tak v důsledku vysokých

nároků na jeho psychiku i fyzické schopnosti k takovým situacím v praxi bohužel dochází.

Přestože jednoznačný návod, jak již bylo řečeno, neexistuje, byla vytvořena jakási obecná pravidla pro jednání s agresivními pacienty. Podle nich je důležité nechat pacienta hovořit, abychom zjistili důvod jeho rozčilení a posléze se snažit uklidnit ho. S nadhledem, klidným jednáním, vlídným hlasem a mírnými gesty se snažit obnovit pacientovu důvěru. Nenechat se vyprovokovat, nezdráhat se omluvit. Výrazně gestikulujícího pacienta se snažit posadit a vyzvat ho ke klidnému dýchání, což by mělo vést k psychickému zklidnění. Mluví-li dotyčný překotně, snažit se ho po chvíli přerušit a racionálně ho vést k řešení problému. V afektu je ale mnohdy člověk méně přístupný racionálním argumentům. Pokud se pacient nezklidní po únosné době, a je zde reálné nebezpečí fyzického napadení, je třeba zavolat pomoc (v krajních případech i policii) (16).

3.2.2 Úzkostné chování

Úzkost pramení z přehnané obavy o vlastní zdraví, rodinu; ze strachu z bolesti, smrti, z budoucnosti. Úzkostný pacient podle Honzáka přichází za lékařem „v roli dotčeného dítěte jako za rodičem“ a žádá od něho ochranu, pochopení a pomoc. Bojí se každého (byť nebolestivého) vyšetření, čímž se stává neošetřitelným. Proto je v takových případech na místě nabídka analgosedace či krátkodobé celkové anestezie. Úzkostný pacient je rád v blízkosti zdravotníků, jeho potřeba ochrany je neadekvátní, což budí negativní pocity a zdravotníci mají tendenci spíše před tímto člověkem unikat, čímž se jeho úzkost prohlubuje. Zvýšená péče však staví tohoto jedince do role dítěte a podporuje tak jeho chování, proto je důležité zachovat klidný **přístup dospělého k dospělému**. Poskytnout pacientovi dostatek času k rozhovoru ve vhodném prostředí (soukromí), podporovat ho v rozhodování, dostatečně a přesně ho informovat o všem, co se ho týká, a nezatěžovat ho zbytečnými detaily.

Úzkost a agresivita k sobě nemají daleko a často se objevují společně jako úzkostná pedanterie. Jednání s takovými lidmi, kteří jsou v neustálém sebeobraném střehu, je psychicky i časově velmi náročné, z čehož pak vyplývá, že v praxi zdravotníci v časové tísní jednají netrpělivě až zkratově. Přestože je těžké tyto pacienty uspokojit (obcházejí lékaře v domnění, že jsou nedostatečně vyšetřeni), je třeba jim opravdu věnovat dostatek času a vše důsledně vysvětlit. Je náročné ohleduplně vyvést dotyčného z role

dítěte, přimět ho k racionálnímu vnímání symptomů a vnutit mu roli dospělého, a tak tito pacienti nadále trpí svou úzkostí a často pak upadají do depresí (16).

3.2.3 Depresivní pacienti

Nápadnými projevy deprese jsou smutek, bezmocnost, nerozhodnost, nezájem, trápení a beznaděj, mluvení o odchodu ze života až pokus o sebevraždu. Tito lidé považují každý neznámý projev svého těla za nemoc, podaří-li se problém vyřešit, najdou jiný a pak další, a v tomto začarovaném kruhu se stupňuje utrpení nejen jejich, ale i okolí, neboť jim nikdo nedokáže pomoci. Při komunikaci s těmito pacienty je třeba **důkladně vážit každé slovo**, protože **jsou velmi vztahovační**, mluvit trpělivě a hlavně věřit jim jejich trýzeň. Nepomůže jakékoliv nabádání k ukončení smutku ani apelování na pevnou vůli, protože zvládnutí deprese není v možnostech pacientovy vůle. Je správné šetrně doporučit pracoviště, kde se léčbě deprese věnují a problém řešit společně (pacient musí být ochoten přiznat, že somatické projevy jsou původu psychického). Lidé s depresí by neměli odcházet s pocitem zklamání, že jim nikdo nechce pomoci (16)!

3.2.4 Hysteričtí pacienti

Podle Janáčkové je takový pacient hercem i režisérem v jedné osobě. „*Teatrálními projevy na sebe poutá pozornost druhých. Do hry vtahuje ostatní, infikuje emoce, vyvolává davovou psychózu. Chování má podoby expresivně vyjádřeného zoufalství a žalu, důrazně vyjadřovaného egocentrického hněvu, manipulativně teatrální roztomilosti a podobně. Řečový projev se často stává emocionálním výlevem postrádajícím logiku. Při konfliktu dochází ke křiku, slovním výpadům, rozbíjení předmětů, trhání vlastního oděvu a dalším demonstrativním projevům agrese a autoagrese*“ (14, str. 84). V takových případech je naopak účinné **chovat se autoritativně**, být rozhodný a rázný (ovšem **bez despektu a agrese**) nejlépe **bez pozornosti dalších osob**. Je třeba mluvit jednoznačně, věcně a stručně, a volit obraty, které vylučují možnosti smlouvání; k odbočkám od tématu zůstat hluchý a vracet se stále k věci. Přes všechny nesnáze **zůstat stále vstřícný, chápající a přátelský**.

Ovšem je třeba si uvědomit, že takzvané „čisté“ typy jsou vzácností, a proto nelze řídit se striktně zásadami komunikace s určitým typem osobnosti. U každého pacienta může dojít ke zkreslení našeho vnímání a zařazením do určitého typu mu přisoudíme

negativní vlastnosti, které nemá, čímž nechtěně přispějeme ke vzniku konfliktních situací (14).

3.3 Role temperamentu

Temperament je záležitost vrozená a na poměru, v jakém je ta která osobnost „namíchaná“, závisí naše chování. V důsledku množství možných kombinací došlo k nepřeberné rozmanitosti lidských osobností a z toho vyplývá i složitost a náročnost komunikace. Základními skupinami jsou: sangvinik, choleric, melancholik a flegmatik. (Obr. č. 1)

Smyslem existence **sangvinika** je pohyb a změna. Pevné hranice ho dusí a uzavírají. Typický sangvinik je stabilní extrovert, potřebuje k životu druhé lidi, zábavu a vzrušení. Je bezstarostný a komunikativní. Tento typ je v současnosti velmi společensky zvýhodněn (kult mládí, krásy, zdraví, prosperity a energičnosti, ale také neochota zabývat se hlubšími aspekty života), myšlenky na smutek, stáří a smrt jsou vytěšňovány do nevědomí a mohou se projevit psychosomatickými příznaky, nebo propuknout v neurózu. Sangvinický typ neumí naslouchat, je egocentrický, nepamatuje si jména a neuvědomuje si své chyby.

Choleric je labilní extrovert, který disponuje intenzivní, vášnivou energií (tu však nedokáže plně ovládat). Jeho reakce jsou nepředvídatelné, prožívání emocí je v jeho případě intenzivní, ale krátkodobé. Bývá zbrklý, impulzivní, jeho nálady rychle kolísají. Cholericci jsou spontánní, odvážní, činorodí, mají vůdčí schopnosti a dokáží zrealizovat svůj záměr navzdory okolí. Člověk s tímto temperamentem neumí jednat s lidmi, je netolerantní vůči jejich slabostem a je přesvědčen o správnosti svého jednání.

Flegmatik je mírný, klidný, uvážlivý a vyrovnaný, je to stabilní introvert. Lidé s tímto temperamentem bývají praktičtí realisté, jsou spolehliví, snadno se přizpůsobují, odolávají tlakům. Flegmatik vyjde s každým dobře, neumí se rozčítit, nemá rád změny a novinky. Svě city nedává najevo, rozhoduje se nerad a nemá v sobě dostatek nadšení. Často působí jako řešitel problémů a zprostředkovatel.

Melancholik je schopen více než ostatní typy proniknout do hloubky věcí. Je to labilní introvert, který je náladový. Svě emoce ale nedává tolik najevo, neboť je ostýchavý a zdrženlivý. Obvykle trpí nižším sebevědomím, v navazování vztahů potřebuje více času, aby se otevřel a získal důvěru. Je citlivý a má schopnost empatie. Ovšem mívá sklony k přecitlivělosti, nerozhodnosti, snadno se urazí. Melancholik všude vidí překážky a problémy, pročež snadno podléhá skepsi a depresi. Vyžívá se

v detailech a má sklony k perfekcionismu, více času než životu věnuje hloubání a plánování (5).

Nejen temperamentové vlastnosti tvoří naši osobnostní strukturu. Podílejí se na ní také inteligence, schopnost seberegulace, vztahově - postojové a motivační vlastnosti. Díky těmto „ingrediencím“ jsme každý schopen komunikovat s druhými po svém a stáváme se více či méně odolnými k událostem, které nám přináší život. Každý z nás má spoustu negativních ale i pozitivních vlastností, které v určitých situacích „vyplovávají na povrch“ a ovlivňují naše jednání. V náročné životní situaci se chováme často nepředvídatelně a sami jsme pak zaskočeni některými svými reakcemi.

PRAKTICKÁ ČÁST

4 ZPRACOVÁNÍ PRAKTICKÉ ČÁSTI

4.1 Formulace problému

Problematika komunikace je stále velmi diskutovaným tématem a myslím, že nemůže být nikdy vyřešena, neboť zásadní roli v ní hrají lidské povahové rysy. Přestože je kladen důraz na profesionalitu, která se ze strany zdravotníků (a nejen jich) očekává, je komunikace zejména s problémovými pacienty náročným až vyčerpávajícím aktem, na který člověk nikdy nemůže být připraven a reaguje obvykle podle momentálního psychického rozpoložení sebe sama. Vyučované modelové situace mohou být sice jakýmsi návodem ke správným postupům, nikdy však člověka nepřipraví na konkrétní směsici povahových rysů určité osobnosti.

4.2 Cíl a úkol průzkumu

Hlavním cílem mé práce bylo z dostupné literatury a vlastních zkušeností vypracovat zásady komunikace s hysterickým pacientem. Jelikož hysterie jako taková není považována za poruchu osobnosti, ale jedná se o strukturální rys, jenž může mít kterýkoliv člověk, rozhodla jsem se ukázat, že „hystericky“ se může zachovat v nestandardní životní situaci v podstatě každý. Osobně považuji za hysterické jednání každé neadekvátně úzkostné či agresivní chování, jež nelze ovlivnit žádnou komunikační technikou. V důsledku životního stylu se členové konzumní společnosti stávají méně odolnými. *„Naše společnost je orientována na vnější rozptýlení a konzum. Je na útěku před prázdnotou a nudou... Touha dostat všechno a hned je identifikována jako hysterická... Jak mohu vyhovět, jak se zalíbit, jak udělat dojem na ostatní? Člověk, který se takto táže chce dokonale odpovídat vnějším požadavkům“* (22, str. 134). Náročná životní situace je vnímána velmi individuálně, a z toho vyplývá, že někteří jedinci potřebují delší expozici nároků na psychiku než tzv. „pohár přeteče“, zatímco jiní reagují neadekvátně při sebemenším problému, s nímž si neví rady. Jak již bylo řečeno v teoretické části této práce, záleží na mnoha faktorech, které naše chování ovlivňují. Ať už je to genetická výbava, výchova či setkání se silně emočním nenadálým zážitkem.

Jako další cíle jsem si stanovila srovnání projevů hysterie mezi oběma pohlavími a srovnání komunikačních dovedností mezi zdravotníky v psychiatrické léčebně a v běžném zdravotnickém zařízení.

4.3 Výběr respondentů

Záměrně jsem pro tuto práci vybrala tři muže a tři ženy, aby bylo možné porovnat rozdíly mezi oběma pohlavími. Rozdělila jsem respondenty po párech. Vybrala jsem dva pacienty se známou psychiatrickou diagnózou, dva pacienty staršího věku, pro něž byl pobyt ve zdravotnickém zařízení náročnou životní situací a dva mladé klienty, kteří z fyziologického stavu zažili dosud nepoznanou situaci. Předpokládám, že člověk se známou diagnózou histriónské poruchy osobnosti a pod medikací je v případě hysterického záchvatu lépe zvladatelný, než úzkostný pacient, zažívající novou - dosud neznámou - událost, kterou psychicky nezvládá. Ovšem také předpokládám, že stejně jsou na tom zdravotníci. Ti, kteří pracují v psychiatrické léčebně, jsou díky rutinním setkáním s různě neobvyklými reakcemi pacientů mnohem lépe připraveni správně zareagovat a komunikovat s nimi, než zdravotníci, kteří se s hysterickou reakcí pacienta setkají výjimečně. Také předpokládám, že věk (potažmo životní zkušenosti) má vliv na zvládání náročných životních situací. Jako metodu pro zpracování praktické části bakalářské práce jsem zvolila ošetřovatelskou kazuistiku a pozorování během ošetřovatelského procesu. Zajímaly mě nepřiměřené reakce pacientů během hospitalizace ve zdravotnickém zařízení. U všech vybraných respondentů jsem vybrala ošetřovatelský model Nancy Roperové. Poslední respondent nebyl sice pacientem, ale podařilo se mu nezapomenutelně zapsat do naší paměti svým iracionálním chováním u porodu své partnerky.

5 KAZUISTIKY

5.1 Pacienti psychiatrické léčebny

Pro svou bakalářskou práci jsem si zvolila dva pacienty, s nimiž jsem se setkala během odborné praxe, vykonávané v psychiatrické léčebně v Dobřanech, v letním semestru druhého ročníku v květnu r. 2011. Jedná se o starší ženu a muže ve středním věku s poruchami osobnosti vykazujícími histriónské rysy. Oba byli v léčebně hospitalizováni opakovaně, tudíž byla komunikace s nimi díky předchozím zkušenostem usnadněna. Z důvodů ochrany osobních údajů jsem monogramy pozměnila.

5.1.1 Paní VM

OŠETŘOVATELSKÁ ANAMNÉZA:

Věk: 67 let

Váha: 66 kg

Výška: 165 cm

Body Mass Index (dále jen BMI): 24,2

Rodinný stav: vdaná

Alergie neguje

Dlouhodobě léčena pro periodickou depresivní poruchu, dvakrát pokus o suicidium intoxikací léky, přijata 18.5.2011 na vlastní žádost pro zhoršení stavu. Informace podány pacientkou.

Fyzikální vyšetření:

Tělesná teplota (dále jen TT) = 36,4

Tlak krve (dále jen TK) = 150/90

Puls (dále jen P) = 80´

Dech (dále jen D) = 16´

Kompenzační pomůcky = brýle na čtení

Měření dle škál:

Základní nutriční screening = 3b (bez nutnosti intervence) (Tab. č. 5)

Riziko sebevražedného jednání = 3b (nízké) (Tab.č. 4)

Riziko agrese = 0b (bez rizika) (Tab.č. 2)

Riziko pádu = 3b (bez rizika) (Tab. č. 3)

Pacientka je klidná, kooperující, hovorná, emočně labilní, aktuálně bez známek deprese, tenze, intermitentně anxieta, habitus normostenický.

LÉKAŘSKÁ DIAGNÓZA PŘI PŘIJETÍ:

Periodická depresivní porucha. Porucha osobnosti s histriónskými rysy. Vedlejší diagnózy: Arteriální hypertenze, osteoporóza, hypercholesterolemie, od roku 2006 potíže se sítnicí (?!neví přesně) - doporučen Arufil, polycystická struma, dle dokumentace porucha glukózové tolerance (pacientka neguje), stav po apendektomii (v 9 letech), stav po abdominální hysterektomii pro myomatózní dělohu s oboustrannou adnexektomií (ve 44 letech), stav po plastice uretry pro inkontinenci (v 54 letech), stav po fraktuře pravého zápěstí (2009), stav po fraktuře levého zápěstí (2010).

UŽÍVANÉ LÉKY:

Arufil 10 ml oční kapky 1-0-1

Calcichew D3 tbl. 1-0-1

Concor 5 mg tbl. ½-0-0

Depakine chrono 500 mg tbl. 1-0-0-1

Dogmatil 50 mg cpsl. 1-1-0

Lerivon 60 mg tbl. 0-0-0-1

Oxazepam 10 mg tbl.při úzkosti a neklidu.

SHROMAŽĎOVÁNÍ ÚDAJŮ V OBLASTI USPOKOJOVÁNÍ POTŘEB:

Udržování bezpečného okolí: mívá úzkostné stavy se somatickým doprovodem, farmakologicky zvladatelné, psychoterapie se účastní ochotně, spolupracuje.

Komunikace: kontakt navazuje ochotně, upovídaná, mírně familiérní, živý dramatický projev, udržuje oční kontakt, myšlení koherentní, někdy zabíhá, emočně labilní.

Dýchání: bez potíží, bez známek dušnosti a cyanózy.

Výživa: snížená chuť k jídlu, nezhubla, BMI 24,2, pije dostatečné množství tekutin.

Vylučování: intermitentní průjmy, jinak stolice bez potíží jednou denně, normální konzistence, bez příměsí, močí bez potíží přiměřené množství.

Osobní hygiena a oblékání: samostatně, bez dopomoci.

Pohyb: psychomotorické tempo místy urychlené, pohybuje se bez problémů.

Práce a hry: vyučená číšnice, starobní důchod, adoptována, podruhé vdaná, první manželství trvalo rok, z něj má syna s dětskou mozkovou obrnou (v ústavní péči), se současným manželem žije 40 let a mají harmonický vztah, ve 28 letech byla 10 měsíců ve výkonu trestu za šizení spotřebitele, zajímá se o četbu časopisů, luštění křížovek, sleduje televizní seriály, do společných aktivit se zapojuje bez problémů.

Spánek: během hospitalizace spí dobře, doma se budí jednou za noc.

Umírání: vzhledem k diagnóze se smrti nebojí, dokáže si představit, že by její život skončil a občas mívá stavy, že si smrt přeje.

Paní V. po většinu hospitalizace spolupracovala dobře, třikrát za dobu mé přítomnosti na oddělení, kde pobývala, jsem byla svědkem hysterického záchvatu. Podle ošetrovatelské dokumentace k těmto situacím však docházelo denně. Vždy v době, kdy byl personál zredukován jen na službu mající sestry a lékaře, tedy v odpoledních a večerních hodinách a o víkendech. Pokusím se nyní přiblížit zmíněné tři situace, jichž jsem se zúčastnila:

1/ Třetí den hospitalizace asi hodinu po velké vizitě přiběhla spolupacientka paní V. pro pomoc, že VM není dobře a omdlela. Zkušené sestry, které takové situace zažívají denně, se nenechaly vyvést z míry, vzaly tonometr a pospíchaly na pokoj. Paní V. ležela na zemi, hyperventilovala, třásla se a stěžovala si na bolesti na hrudi. Pomohly jsme jí vstát a uložily na lůžko, kde jí byl následně změřen krevní tlak a puls (TK=150/95, P=88'). Vyšetřily jsme okolnosti „pádu“, které nasvědčovaly tomu, že k poranění nedošlo. Jelikož pacientka absolvovala veškerá možná vyšetření, která vyloučila somatický původ bolestí a k těmto záchvatům docházelo denně, byly využity léky pro placebo efekt a paní V. byl doporučen klid na lůžku. A přestože jsme ji chodily každou čtvrt hodinu kontrolovat, již po druhé kontrole byla nalezena v místnosti pro kuřáky s cigaretou v ruce a v družném rozhovoru se spolupacientkami, veselá a bez obtíží.

2/ Pátý den hospitalizace v 17:50 hod. opět přiběhla spolupacientka s tím, že paní V. si „podřezala žíly“. Ve skutečnosti se VM poškrábala rozlomenou propisovací tužkou na levém předloktí. Dvě povrchové rány o velikosti cca 4 cm jsme ošetřily, přičemž bylo patrné pacientčino uspokojení. Paní V. byla klidná a usměvavá. Poranění bylo demonstrativního charakteru. Dle lékaře nebylo třeba aplikace léků při neklidu.

3/ Desátý den hospitalizace došlo v 19:00 hod. k podobné situaci, kterou jsem popisovala poprvé. Paní V. předvedla záchvat podobný epileptickému. Že se jedná o záchvat hysterie se potvrdilo díky absenci amnezie, která je pro epileptický záchvat typická. Provedly jsme veškerá opatření a paní V. byl podán Oxazepam dle ordinace lékaře.

Z psychoterapie, pozorování a rozhovorů s paní VM je patrné, že tyto záchvaty byly důsledkem vnitřní nespokojenosti a pocitu nedostatečné pozornosti vůči její osobě. Docházelo k nim ve velké většině v době „klidu“. Typickým znakem hysterického

záchvatu je teatrálnost a touha vzbudit zájem a vzrušení, což se alespoň u spolupacientů paní V. dařilo. „Zčeřila klidné vody a uspokojila svou touhu po nějaké akci.“ Vždy velmi brzy po příchodu zdravotnického personálu se pacientka zklidnila. Tyto stavy mi připomínaly situace z dětství, kdy jsem byla kárána za nějaké nepatřičné chování. Podobný **direktivní přístup** používali zdravotníci vůči hysterikům. Pacientka vždy pod pohrůzkou přestěhování na jiné oddělení (psychoterapeutické oddělení, na němž se nacházela, skýtalo větší soukromí a pohodlí) slíbila, že už nebude „zlobit“. Na hysterický původ pacientčina chování ukazuje také kladný efekt aplikace **placeba**. Jelikož jsou tito lidé velmi sugestibilní, paní V. se téměř ihned po aplikaci „léku“ ulevilo.

Z osobní anamnézy je patrné, že původ současného stavu paní V. pochází již z dětských let, kdy byla umístěna do dětského domova a později adoptována. Ve věku 2 - 4 let došlo ke dvěma pokusům o osvojení, ale teprve v 6 letech byla paní V. nastálo umístěna do rodiny. Okolnosti pobytu v první rodině si nevybavuje, z druhé rodiny má jen kusé vzpomínky, ale pocity při navrácení do dětského domova ji provázejí dodnes. Zde nacházíme počátek histriónské poruchy osobnosti – v odmítání a separaci jedince v dětství. Po adopci paní V., dle své výpovědi, vnímala negativní postoj vůči své osobě ze strany otčíma, který se s adoptivní matkou po osmi letech rozvedl. Jejich rozvod si kladla za vinu, ale i přes neshody v rodině je ráda, že nezůstala v dětském domově. Další náročnou životní situací bylo období, kdy ve věku 19 let neplánovaně otěhotněla a „musela“ se vdát. Otec dítěte se dlouho zdráhal, nakonec byl svou rodinou donucen k nedobrovolnému uzavření sňatku (to už paní V. byla v sedmém měsíci těhotenství). S partnerem docházelo neustále k hádkám, začal pít alkohol a „chodil se domů jen vyspat“. Narodil se jim syn, který je údajně v důsledku protrahovaného porodu postižen dětskou mozkovou obrnou. Když mu bylo diagnostikováno toto postižení, jeho otec obviňoval z tohoto stavu paní V. a opustil svou rodinu. Paní V. se údajně snažila dělat pro syna, co bylo v jejích silách, ale z nedostatku finančních prostředků byla nucena umístit syna do ústavu sociální péče, kam ho chodila navštěvovat. Ve 27 letech poznala svého nynějšího manžela, který jí byl údajně po celá léta velkou oporou (váží si ho zejména proto, že ji neopustil ani v době výkonu trestu). Deprese se objevily až po manželově odchodu do starobního důchodu, kdy se údajně změnil vlivem absence zaměstnání a zhoršení ekonomické situace. Začal mít zdravotní problémy a vyžadoval více pozornosti.

5.1.2 Pan JV

OŠETŘOVATELSKÁ ANAMNÉZA:

Věk: 36 let

Váha: 88 kg

Výška: 175 cm

BMI: 28,7

Rodinný stav: svobodný

Alergie: Biseptol

Pacient v invalidním důchodu (dále jen ID) z psychiatrické indikace, bezdětný, opakované suicidální pokusy (4x pořežáním, 8x intoxikací léky), přijat 20.4.2011 na příkaz soudu, informace podány pacientem.

Fyzikální vyšetření:

TT = 36,8

TK = 120/70

P = 72´

D = 14´

Kompenzační pomůcky = nemá

Měření dle škál:

Základní nutriční screening = 1b (bez nutnosti intervence)

Riziko sebevražedného jednání = 12b (střední riziko)

Riziko agrese = 3b (vysoké riziko)

Riziko pádu = 2b (bez rizika)

Pacient je klidný, kooperující, hovorný, emočně labilní, aktuálně bez známek deprese, tenze, intermitentně autoagrese a agrese vůči předmětům, habitus normostenický.

LÉKAŘSKÁ DIAGNÓZA PŘI PŘIJETÍ:

Hebefrenní schizofrenie. Porucha osobnosti s histrionskými rysy. Vedlejší diagnózy: Esenciální hypertenze, syndrom spánkové apnoe, hypothyreóza.

UŽÍVANÉ LÉKY:

Cisordinol Depot 200 mg inj.sol. 1 ml i.m. á 14 dnů

Euphyllin CR N 200 mg cpsl. 1-0-1

Euthyrox 50 ug tbl. 1-0-0

Leponex 100 mg tbl. 1-0-2

Lokren 20 mg tbl. ½-0-0

Mirtazapin Sandoz 15 mg tbl. 0-0-1

Simvacard 20 mg tbl. 0-0-1

Tisercin inj.sol. 25 mg v 1ml i.m. při neklidu 3 amp.

Prothazin 25 mg tbl. při nespavosti 1tbl.

SHROMAŽĐOVÁNÍ ÚDAJŮ V OBLASTI USPOKOJOVÁNÍ POTŘEB:

Udržování bezpečného okolí: mívá stavy neklidu s agresivními sklony a somatickými projevy, farmakologicky zvladatelné, psychoterapie se účastní ochotně, spolupracuje.

Komunikace: kontakt navazuje ochotně, komunikativní, někdy uzavřený, nesmělý, udržuje oční kontakt, myšlení koherentní, někdy zabíhá, emočně labilní.

Dýchání: bez potíží, bez známek dušnosti a cyanózy.

Výživa: chuť k jídlu dobrá, od poslední hospitalizace příbytek hmotnosti 5kg, BMI 28,7, pije dostatečné množství tekutin.

Vylučování: stolice bez potíží jednou denně, normální konzistence, bez příměsí, močí bez potíží přiměřené množství.

Osobní hygiena a oblékání: samostatně, bez dopomoci.

Pohyb: psychomotorické tempo místy urychlené, pohybuje se bez problémů.

Práce a hry: 2,5 roku studoval rodinnou školu, kterou nedokončil, poté studoval na Střední evangelické akademii, odkud po roce také odešel, rodiče byli rozvedeni od jeho 2 let, má dva sourozence (bratr 30 let a sestra 28 let), předchozí partner matky ho údajně šikanoval a týral, matka (58 let) se léčí s depresemi a život s pacientem ve společné domácnosti vnímá jako neúnosný pro jeho agresivní chování, nikdy nepracoval, v ID z psychiatrické indikace od 18 let, zajímá se o UFO, parapsychologii, psychiatrii, je velmi sečtělý, v televizi ho zajímají zejména dokumenty, do společných aktivit se zapojuje bez problémů.

Spánek: během hospitalizace spí většinou dobře.

Umírání: smrti se nebojí, připadá si zbytečný.

Pan J. po většinu hospitalizace spolupracoval dobře, za dobu mé přítomnosti na oddělení, kde pobýval, jsem byla svědkem pouze jednoho hysterického záchvatu. Podle ošetřovatelské dokumentace k těmto situacím však opět docházelo častěji. K výše zmíněné situaci došlo ve všední den v době oběda. Pacient odhodil lžičku, vzal talíř s polévkou a mrštil jí o okraj stolu, načež se chystal pořezat na zápěstí střepelem. Tomuto incidentu předcházelo neklidné poposedávání a těkavé pohledy pacienta po okolí. Ve výrazu jeho tváře bylo patrné, že se jedná o demonstrativní akci za účelem stržení pozornosti na svou osobu. Rozhlížel se okolo sebe a usmíval se (jakoby byl šťastný, že všechny oči spočinuly na jeho osobě). Ošetřující personál okamžitě rázně

zakročil, načež pan J. dostal vynadáno za své chování a pod pohrůžkou, že bude přemístěn na jiné oddělení, se zklidnil. V tomto případě nebylo třeba podávat jakoukoliv medikaci ke zklidnění.

Z psychoterapie, pozorování a rozhovorů s panem JV lze konstatovat, že v důsledku životních zkušeností, které pacient zažil, toužil po pozornosti okolí, a tak si ji občas vynutil nějakým „divadelním představením“. V dětství byl údajně velmi šikanován nejen otčímem, ale také spolužáky, což ho provázelo i v období dospívání. Ke své matce má velmi kladný vztah a mluví o ní velice hezky. Sám sebe označuje za příčinu jejich obtíží (deprese) a viní se za to, že není matce nijak prospěšný. Cítí se být zbytečný a na obtíž, pročež se několikrát pokusil o sebevraždu. Jeho porucha osobnosti je složitější, ale co se týče hysterických záchvatů, jejich původ nalézáme opět v odmítání a separaci a navíc je zde patrný i oidipovský faktor.

Pobyt v psychiatrické léčebně pro mě byl velmi silným zážitkem a musím konstatovat, že obdivuji všechny zaměstnance, kteří zde pracují, neboť já osobně bych na takovou práci neměla sílu. Co se týče komunikace s hysteriky, záleželo na osobnosti konkrétního zdravotníka, jakou mírou autority na pacienta působil. Z výsledku mého pozorování vyplývá, že **přísnost a důslednost jednání** zdravotníků působily efektněji než vlídnější a pouze výhružný postoj. Na oba pacienty platil **nesmlouvavý direktivní způsob komunikace** a jelikož jsou tito lidé velmi sugestibilní, vlivem působení zdravotníků se velmi rychle opět navrátili do stavu bez obtíží.

5.2 Pacienti vyššího věku

Dalšími dvěma pacienty jsou muž a žena, s nimiž jsem se setkala během odborné praxe na interním a chirurgickém oddělení Mulačovy nemocnice v zimním semestru druhého ročníku v lednu r. 2011 a v zimním semestru třetího ročníku v prosinci r. 2011. Vybrala jsem pacienty obou pohlaví, s nimiž byla komunikace ztížená až velmi obtížná. Nejedná se sice o typické hysteriky, ale jejich chování bylo natolik problémové, že nastaly velké potíže v komunikaci. Koneckonců dát někomu „nálepku“ hysterika je velice snadné a často se za ní schová každé neadekvátní jednání nejen pacientů ale i zdravotníků. Následující dva případy jsou pacienti s agresivním a úzkostným chováním.

5.2.1 Pan JŠ

OŠETŘOVATELSKÁ ANAMNÉZA:

Věk: 82 let

Váha: 70 kg

Výška: 176 cm

BMI: 22,6

Rodinný stav: ženatý

Alergie neguje

Pacient ve starobním důchodu, tři děti, přijat 1.1.2011 pro akutní ischemickou cévní mozkovou příhodu. Informace podány pacientem.

Fyzikální vyšetření:

TT = 36,8

TK = 165/80

P = 78´

D = 14´

Kompenzační pomůcky = brýle, zubní protéza (horní i dolní), permanentní žilní katetr

Měření dle škál:

Základní nutriční screening = 3b (bez nutnosti intervence)

Barthel = 100b (nezávislý) (Tab. č. 6)

Pacient lucidní, orientován časem, místem, osobou, spolupracuje pouze s lékaři (neochotně), agresivní.

LÉKAŘSKÁ DIAGNÓZA PŘI PŘIJETÍ:

Transitorní ischemická ataka, t.č. normální neurologický nález. Vedlejší diagnózy: Arteriální hypertenze, diabetes mellitus II. typu na dietě, diabetická neuropatie dolních končetin, koronární ateroskleróza, ischemická choroba srdeční, zbytnění prostaty, stav po operaci prostaty, stav po trombóze levé dolní končetiny (před deseti lety), stav po excizi bazaliomu levé paže (v únoru r. 2010)

UŽÍVANÉ LÉKY:

Amlozek 10 mg tbl. ½-0-0

Ascorutin tbl. 1-1-1

Lescol XL 80 mg tbl. 0-0-1

Pinbarix 4 mg tbl. 1-0-0

Warfarin 50 mg tbl. dle INR

SHROMAŽĎOVÁNÍ ÚDAJŮ V OBLASTI USPOKOJOVÁNÍ POTŘEB:

Udržování bezpečného okolí: pro spolupacienty velmi nepříjemný pedant, nespolupracuje, kritizuje úplně všechno, nespokojený se vším.

Komunikace: kontakt navazuje velmi neochotně, komunikuje pouze s lékaři a primářem oddělení, oční kontakt udržuje, myšlení koherentní.

Dýchání: bez potíží, bez známek dušnosti a cyanózy.

Výživa: ústavní stravu vždy skritizuje, nicméně vše sní, nezhubl, BMI 22,6, pije dostatečné množství tekutin.

Vylučování: stolice bez potíží jednou denně, normální konzistence, bez příměsí, močí bez potíží přiměřené množství.

Osobní hygiena a oblékání: samostatně, bez dopomoci.

Pohyb: psychomotorické tempo v normě, pohybuje se bez problémů.

Práce a hry: pracoval jako kovomodelář, starobní důchod, ženatý, má dva syny a jednu dceru, sleduje televizní zprávy a luští křížovky.

Spánek: během hospitalizace spí dobře.

Vzhledem k tomu, že pan J. zaujímal nepřátelský postoj k nelékařskému zdravotnímu personálu bylo shromažďování těchto údajů velmi obtížné a rozhovor se nepodařilo zrealizovat.

Z pozorování a pokusů o rozhovor s panem JŠ se lze jen dohadovat, jakého původu je jeho slovní agrese a negativní postoj k sestřám. Na interním oddělení byl hospitalizován celkem čtyři dny, ale nikomu se nepodařilo navázat s ním přátelský kontakt. Nelékařský zdravotnický personál pan J. přehlížel a slovně urážel. Choval se po celou dobu hrubě a byl nepříjemný také svým spolupacientům, kteří se přiznali, že po jeho propuštění se jim velice ulevilo. S lékaři komunikoval jen velmi neochotně, ale když došlo na jejich ordinace, odmítal cokoli (rezignoval na léčbu a úkony s ní spojené). Jelikož se díky negativistickému postoji pana J. absolutně ke všemu a všem nepodařilo navázat kontakt, lze se jen domnívat, že jeho maladaptivní chování bylo důsledkem předchozí nepříjemné zkušenosti s pobytem ve zdravotnickém zařízení někdy v minulosti. Dále mohla hrát roli separační úzkost při odloučení od manželky, nebo prostá ztráta soukromí, kterou pacient těžce nesl. Významnou úlohu zde jistě sehrály také neverbální komunikační faktory, o nichž jsem se zmiňovala v teoretické části bakalářské práce, a které se také podílely na **absenci zájmu a ochoty porozumět tomuto pacientovi**. Na psychoterapeutický rozhovor je třeba dostatek času a klid, tudíž vliv zde měla i vysoká pracovní vytíženost personálu.

5.2.2 Paní DH

OŠETŘOVATELSKÁ ANAMNÉZA:

Věk: 69 let

Váha: 105 kg

Výška: 167 cm

BMI: 37,6

Rodinný stav: vdaná

Alergie: Biseptol

Pacientka ve starobním důchodu, vdaná, tři děti, přijata 28. 12. 2011 pro dlouhodobé bolesti levého kolene (opakovaně s náplní) k hemiartroplastice.

Fyzikální vyšetření:

TT = 36,5

TK = 150/90

P = 74´

D = 20´

Kompenzační pomůcky = brýle na čtení

Měření dle škál:

Základní nutriční screening = 6b (nutná redukční dieta)

Barthel = 95b (lehká závislost)

Riziko pádu = 1b (bez rizika)

Pacientka lucidní, orientována časem, místem, osobou, spolupracuje, velmi úzkostná, vyžaduje pozornost. Informace podány pacientkou.

LÉKAŘSKÁ DIAGNÓZA PŘI PŘIJETÍ:

Gonartróza. Vedlejší diagnózy: obezita, arteriální hypertenze, diabetes mellitus II. typu (na perorálních antidiabetikách i inzulinové terapii), hyperlipidemie, dna, osteoporóza, hypothyreóza, skolióza, vertebrogenní algický syndrom, lehká kombinovaná vada aortální chlopně v anamnéze (dysfunkce levé komory srdeční), chronická obstrukční plicní nemoc III. stupně, stav po apendektomii (ve 22 letech), stav po operaci uskřínuté ventrální kýly (ve 27 letech), stav po cholecystektomii (ve 37 letech), stav po abdominální hysterektomii (v r. 2001)

UŽÍVANÉ LÉKY:

Afonilum SR 375 mg cpsl 1-0-1

Betaloc ZOK 25 mg tbl. 1-0-0

Caltrate Plus tbl. 1/den

Cardilopin 5 mg tbl. 1-0-0
Furon 40 mg tbl. 1-0-0
Gensi 20 mg tbl. 0-0-1
Glucophage 1000 mg tbl. 0-0-1
Isuman Rapid 300 IU inj. Sol. 8-8-8
Lanzul 30 mg cpsl. 1-0-0
Letrox 50 ug tbl. 1-0-0
Milurit 300 tbl. 1-0-0
Renpress 6 mg tbl. 1-0-0
Spiriva inh. 1/den ráno
Symbicort 200 mg inh. 1/den v poledne

SHROMAŽDOVÁNÍ ÚDAJŮ V OBLASTI USPOKOJOVÁNÍ POTŘEB:

Udržování bezpečného okolí: má velký strach z operace kolene, vyžaduje pozornost, stále žádá ujištění, že vše dobře dopadne.

Komunikace: kontakt navazuje ochotně, upovídaná, mírně familiérní, udržuje oční kontakt, myšlení koherentní, emočně labilní.

Dýchání: při terapii bez potíží, bez známek dušnosti a cyanózy.

Výživa: chuť k jídlu velká, díky redukční dietě zhubla 10 kg za dva měsíce, BMI 37,6, pije dostatečné množství tekutin.

Vylučování: sklony k zácpě, jinak stolice bez potíží jednou za 1-2 dny, tužší konzistence, bez příměsí, močí bez potíží přiměřené množství.

Osobní hygiena a oblékání: samostatně, bez dopomoci.

Pohyb: psychomotorické tempo pomalejší, pohybuje se nerada, je pohodlnější, často využívá pomoci zdravotnického personálu, aniž by bylo třeba.

Práce a hry: pracovala jako účetní, vychovala tři syny, ráda odpočívá na zahradce, zajímá se o četbu časopisů, sleduje televizní seriály a soutěžní pořady.

Spánek: díky bolestem spí přerušovaně, ale necítí se unavena.

Umírání: smrti se bojí velmi, zejména bolestivého a pomalého umírání.

Paní D. od počátku hospitalizace vykazovala známky úzkosti, stále narušovala osobní zónu sester, chytala je za ruce, objímala a vyžadovala opakované ujišťování o zdárném výsledku operace. Úzkostná paní D. doslova vyhledávala blízkost zdravotníků, její potřeba ochrany byla neadekvátní, což samozřejmě budilo v pracovně vytížených sestřích negativní pocity a po opakovaném uklidňování měli již všichni zdravotníci tendenci spíše před touto pacientkou unikat. Zvýšenou péčí byla paní D.

podporována ve své roli ustrašeného dítěte a její chování tím bylo podněcováno. Jakmile projevila některá ze sester ochotu pomáhat paní D. i při jednoduchých úkonech, začala pacientka doslova zneužívat její pomoci a vyžadovala téměř nepřetržitou pozornost. Naopak osvědčení zdravotníci, kteří zachovali **přístup dospělého k dospělému** a během rozhovoru pacientku správně edukovali o blahodárných účincích pohybu, slavili částečný úspěch v oblasti komunikace. Zejména bylo třeba tuto pacientku dostatečně a přesně informovat o všem, co se jí týkalo. **Bez zbytečných detailů edukovat** jasně, srozumitelně a nedovolit jí zabíhat do přílišných eventualit. Po operaci a překladu z jednotky intenzivní péče byla paní D. senzitivnější než ostatní pacienti se stejným druhem operace, protože vyžadovala analgetika častěji, než bylo možné aplikovat. Proto jsme se snažili **využít placebo efektu** dostupných léčiv a podpořili ho uklidňujícími sugestivními větami, jimiž jsme navodili u paní D. pocit úlevy. Tento stav se někdy podařilo udržet až do další aplikace analgetik.

Nabízí se srovnání mezi panem JŠ a paní DH. Zatímco pan J. se choval tak, že ho veškerá péče nanejvýš obtěžuje, paní D. by potřebovala jednu sestru jen pro sebe. Ve skutečnosti by oba **měli za potřebí jednoho kvalifikovaného odborníka - psychologa**, který by se jim mohl plně věnovat a kterému by měli možnost se svěřit se svým trápením. Praxe je bohužel taková, že jen málo zdravotníků dokáže s pacienty správně komunikovat a hlavně CHCE komunikovat.

5.3 Klienti mladšího věku

S dalšími dvěma respondenty jsem se setkala při výkonu svého povolání v Mulačově nemocnici. Pracuji na porodním sále, kam dnes běžně doprovázejí rodičky jejich partneři. Proto jsem si vybrala muže a ženu, kteří se v této náročné životní situaci chovali maladaptivně. Přestože má dnes toto slovo spíše pejorativní význam a je používáno častěji, než je vhodné, trufám si říci, že existují hysterické rodičky. Jak jsem již zmínila, považuji za hysterika každého člověka, u něhož selhaly veškeré komunikační techniky a který se naprosto neovládá. U rodící ženy, která prožívá porodní bolesti, se dá očekávat jakékoliv chování (které ovšem valná většina rodiček dokáže ovládat). U muže, jenž je „pouhým divákem“, se očekává naopak podpora partnerky a racionální jednání, které rodičku usměrňuje. Najdou se však mezi nimi tu a tam jedinci, kteří se chovají neadekvátně. Samozřejmě vybraní respondenti netvoří pár, což je (snad díky přírodě) významným pozitivem, neboť kdyby se měl zdravotnický personál potýkat se dvěma hysteriky u jednoho porodu, nestačily by mu nohy ani ruce.

5.3.1 Paní KS

OŠETŘOVATELSKÁ ANAMNÉZA:

Věk: 22 let

Váha: 88 kg (před těhotenstvím 78 kg)

Výška: 172 cm

BMI: 26,4 (vypočítán z hmotnosti před graviditou)

Rodinný stav: vdaná

Alergie neguje

III g./ I p. (viz seznam zkratk a vysvětlivky)

Přijata 20.12. 2010 pro suspektní odtok vody plodové (dále jen VP) a kontrakce děložní po pěti minutách (dle CTG po 7-10 minutách)

Fyzikální vyšetření:

TT = 36,8

TK = 130/80

P = 82´

D = 19´

Moč orientačně = negativní

OP = 148/ min

PP +

Temesváry + (viz seznam zkratk a vysvětlivky)

Kompenzační pomůcky nemá

Měření dle škál:

Vizuální analogová škála bolesti = 80 (nesnesitelná bolest) (Tab. č. 7)

NÁLEZ PŘI PŘIJETÍ:

Zevně: F X/3, PPHI, postavení I, PP+, kontrakce nezachycena, dolní končetiny bez otoků a varixů

Vaginální nález: branka 4 cm, hlavička pevně naléhá, VP odtéká čirá

UŽÍVANÉ LÉKY: 0

SHROMAŽĎOVÁNÍ ÚDAJŮ V OBLASTI USPOKOJOVÁNÍ POTŘEB:

Udržování bezpečného okolí: zdravá, během těhotenství absolvovala běžná vyšetření, která byla vždy hodnocena jako fyziologická.

Komunikace: kontakt navazuje neochotně, při odběru anamnézy odpovídá stroze a uštěpačně.

Dýchání: bez potíží, bez známek dušnosti a cyanózy.

Výživa: BMI 26,4, běžná racionální strava, pije dostatečné množství tekutin.

Vylučování: stolice bez potíží, močí bez potíží přiměřené množství.

Osobní hygiena a oblékání: samostatně, bez dopomoci.

Pohyb: bez potíží.

Práce a hry: pracuje jako prodavačka, v 17 letech podstoupila umělé ukončení těhotenství, v 19 letech spontánně potratila, žije s manželem ve společné domácnosti s rodiči.

Spánek: bez potíží.

Dokumentace na porodním sále má svá specifika díky druhu práce, kterou sál skýtá. Při příjmu porodní asistentka sepisuje během kardiokografického záznamu porodopis, v němž je obsažena kompletní anamnéza, která zahrnuje nejen události týkající se gravidity, ale i vše, co jí předcházelo. Proto může psaní porodopisu připadat některým rodičkám zdlouhavé (v průměru trvá asi 30 minut).

Paní K. byla již při příjmu velmi neklidná. Při měření TK si strhávala manžetu z paže a odmítala vyšetření se slovy: „nechte mě bejt!“. Při odběru anamnézy byla podrážděná a často pronášela poznámky jako: „Co je vám do toho?“, „K čemu to potřebujete?“, „Dejte mi už pokoj!“ apod. Při vyšetření byla neukázněná, zvedala se a odstrkávala lékařku i porodní asistentku. K rutinní předporodní přípravě patří oholení pubického ochlupení, malé očistné klyzma a sprcha. Klyzma podpoří děložní kontrakce, které se po jeho aplikaci stávají pravidelnějšími a silnějšími. Již ve sprše se paní K. velmi hlasitě dožadovala analgetik, nedbaje okolí (na pokoji I.doby porodní se v tu dobu nacházely dvě těhotné ženy, které do té doby v klidu pospávaly). Dle ordinace lékařky jsme paní K. aplikovali 1 amp. Buscopanu intramuskulárně. Při aplikaci injekce se rodička opět chovala neadekvátně a velmi hlasitě. Po celou I. dobu porodní nedbala na žádné rady a doporučení, jak si ulevit od bolesti. V pauzách mezi kontrakcemi jsme se snažili **klidným, níže posazeným a tišším hlasem vysvětlit**, co se během porodu v jejím organismu odehrává, edukovali jsme jí o technice správného dýchání, úlevových polohách či blahodárném účinku teplé vody, ale při nástupu kontrakce se opět paní K. přestávala ovládat. Zaujímalá bizarní polohy, postrádala jakýkoliv pocit studu a hygienické zásady. Vyžadovala neustálou přítomnost lékařky. Porodní asistentku, která jí v tu chvíli povzbuzovala ve správném dýchání, rodička štípala a škrábala a s křikem se dožadovala, abychom „to z ní už vytáhli“. Po třech hodinách různých snah o komunikaci, kdy jsme měli pocit, že jsou vyčerpány všechny možnosti komunikačních technik, konečně nastala druhá doba porodní.

S politováním musím přiznat, že v této fázi už nevydržely nervy nikoho z nás. Ve chvíli, kdy ozvy plodu ukazovaly, že je dítě v tísní a je nezbytně nutné ho co nejdříve porodit, začaly jsme **jedna přes druhou povzbuzovat** rodičku v tlačení. Paní K. absolutně nereagovala na příkazy lékařky, která porod vedla. Kopala kolem sebe, škrábala a štípala nás a místo tlačení křičela. V okamžiku, kdy bylo dítě porozeno, paní K. na malou chvíli utichla v hlasovém projevu, nicméně nereagovala na naše pokyny a převalovala hlavu ze strany na stranu s očima křečovitě zavřenými. Dalším problémem byl porod placenty a obdivuhodným výkonem lékařky bylo ošetření porodního poranění. Paní K. křičela, že „jí máme takhle nechat“ a odmítala šití. Nezklidnila se ani ve chvíli přiložení novorozence k prsu, odmítala ho a nadále zaujímal „akrobatické“ polohy na porodním lůžku.

Paní K. měla velmi rychlý porod a rodila poprvé. Její maladaptivní chování může mít příčinu v nevyřešených rodinných problémech či partnerských neshodách. Porodní bolesti byly pro rodičku novou, neznámou zkušeností, ze které pak vyplývá přechod na obranný mechanismus úniku do regrese. Paní K. na jednu stranu vyžadovala neustálou přítomnost zdravotnického personálu, na stranu druhou odmítala jakákoliv doporučení a rady, vedoucí ke ztlumení porodních bolestí. Její hlasité projevy se zmírnily pouze v krátkých chvílích, kdy zůstala sama bez „diváků“, a v naší přítomnosti opět gradovaly. Sebekriticky musím konstatovat, že jsme **komunikaci** po několika nezdařilých pokusech **nezvládli**. V rozhodující chvíli porodu měly porodní asistentky zůstat zticha a lékařka měla tišším, klidným hlasem vysvětlit rodičce závažnost situace. Upoutala by tím její pozornost spíše.

5.3.2 Pan JM

S tímto klientem jsem se setkala před dvěma lety v naší porodnici. Doprovázel manželku k porodu (prvorodička, 23 let). Tehdy mu bylo 25 let a účast u porodu pro něj byla první zkušeností tohoto druhu. Jelikož nemohu doložit fyzikální vyšetření a odběr dat, pro představu stručně popíši pana J.: asi 180 cm vysoký, štíhlé, šlachovité postavy, vyučený zámečnickem, v té době bez zaměstnání. Jeho jednání bylo familiérní a doslova „sršel vtípem“, což ale trvalo jen do chvíle, kdy zjistil, že službu mají dva lékaři. V momentě, kdy jsme rodiče oznámili, že ji přijde vyšetřit službu mající lékař, zakročil její manžel se slovy: „Moment, moment, to tady nemáte žádnou doktorku? Já si nepřeju, aby mi na ženu hrabal nákej chlap!... Vůbec ho nevolejte!“

Snažili jsme se panu J. vysvětlit, že lékař odpovídá za porod rodiček a vstupní vyšetření musí provést. Stejně tak je povinen odvést i porod prvorodičky. Podotýkám že toto přesvědčování probíhalo ještě před vstupem do areálu porodního sálu. Chtěli jsme vzít jeho rodící manželku na příjem, abychom provedli rutinní příjmová měření a sepsali anamnézu. Ale pan J. se rozhodl, že dokud nepřijede „ňáká doktorka“, tak manželku dovnitř nepustí. Musely jsme mu s kolegyní „přísahat“, že mu jeho přání splníme. Přesvědčily jsme ho tedy, že jeho paní zatím jen připravíme a natočíme CTG, abychom se ujistily, že je vše v pořádku. Rodička se v jeho přítomnosti chovala velmi submisivně a jen tiše ho prosila, aby přestal dělat potíže. Na příjmu se nám pak za manžela omlouvala a říkala, že ji doprovází proti její vůli. Nebudu dále do podrobnosti popisovat celý případ, ale jen stručně shrnu následující průběh.

Službu majícího lékaře jsme telefonicky informovali, načež ten se rozhodl, že vezme situaci do svých rukou. Potom, co se mu podařilo projít přes pana J. na porodní sál, následovalo něco, co je dodnes naší noční můrou. Agrese tohoto člověka se projevovala nejen slovními útoky na adresu gynekologů - porodníků, ale i snahou o vyrazení dveří a dokonce napadením lékaře a sanitářů, kteří **přišli na pomoc**, dokud nepřijeli příslušníci policie České republiky (dále jen PČR). Po tomto „divadle“ pro celou nemocnici jsme se v klidu mohli věnovat rodičkám na sále, kde také paní M. (mimořádně velice klidná a kooperující) porodila zdravou holčičku.

Problémům ale stále nebyl konec. Po porodu totiž pan JM podal stížnost a po (údajně velmi náročném) rozhovoru s primářem oddělení a ředitelem nemocnice byl paní M. poskytnut na oddělení šestinedělí nadstandardní pokoj, kde se navzdory dohodě „zabydlel“ i pan J. Nechtěl pak k manželce a dceři nikoho pustit, protože bylo třeba opět **zavolat PČR**.

O tom, zda by se tento případ dal klasifikovat jako projev hysterie, by se dalo diskutovat. Každopádně se jednalo o poruchu osobnosti, s níž v záchvatu afektu nebylo možné komunikovat a nezbývalo, než před agresorem uniknout do bezpečí. Osobně bych hodnotila chování pana J. jako důsledek chorobné žárlivosti a separační úzkosti, které u hysteriků patří k typickým projevům.

6 ZÁSADY KOMUNIKACE S HYSTERIKEM

Z předchozího textu je patrné, že určit zásady komunikace s hysterickým pacientem (klientem) není jednoduchá záležitost. Především je obtížné během krátkodobého kontaktu odhadnout strukturu osobnosti. Jak již bylo řečeno, projevy hysterie lze zmírnit pouze pomocí psychoterapie a psychofarmak. Z těchto informací vyplývá, že lidé s hysterickou strukturou osobnosti, kteří nejsou takto léčeni, způsobují zdravotníkům problémy a vystavují je silně stresovým situacím. Hysterik musí k náhledu na svou poruchu dospět SÁM A DOBROVOLNĚ a potom teprve mohou být projevy jeho chování mírněny za pomoci odborníků.

Zde je tedy jakési **desatero** pro komunikaci s hysterickým člověkem:

- 1/ Je důležité zůstat nad věcí a nebrat si hysterické projevy osobně. **Nenechat se vyprovokovat** k podobné reakci, zůstat v klidu a hovořit nevzrušeně.
- 2/ **Nikdy nesklouňovat slovo „hysterik“** v souvislosti s chováním dotyčného (je to jako kdybychom odpálili nálož výbušniny).
- 3/ Je třeba si uvědomit, že hysterik je sám sobě obětí a trpí v zajetí své poruchy a proto musíme **vyjádřit pochopení a spoluúčast**, aby nás začal vnímat jako spojence.
- 4/ Během komunikace je důležité **vyvarovat se řečnickým otázkám** (např.: „Myslíte, že je vaše chování správné?“). Stejně tak je třeba se vyvarovat **hodnocení či nadsázky**.
- 5/ **Odvést** dotyčného **mimo „publikum“**, protože hysterik potřebuje pozornost okolí.
- 6/ Nasazením klidného, níže položeného a tiššího hlasu **získáme pozornost** a pak je zde prostor pro **využití**
- 7/ **zrcadlení** (děláme to, co vyžadujeme od pacienta) a pomocí **„ich“** formy se snažit dovést dotyčného k emocionálnímu zklidnění (hovoříme v první osobě jednotného čísla).
- 8/ Je důležité **pevně vymežit hranice**, neboť hysterik si o to způsobem chování malého dítěte v postatě říká. **Obratně formulovat záporné odpovědi**, jelikož hysterik je na odmítnutí velmi citlivý.
- 9/ Nabídnout „farmakologickou“ pomoc **využitím placebo efektu** dostupných látek.
- 10/ V případě nezvládnutí agrese je nutné mít v záloze **únikovou cestu a přivolat pomoc**.

7 DISKUSE

Komunikace je velice náročnou disciplínou, která závisí na mnoha faktorech. V dnešní uspěchané době konzumní společnosti je těžké v sobě najít klid a vyrovnanost, které jsou tolik potřebné pro úspěšné zvládnutí komunikace s problémovými lidmi. Běžný zdravotnický pracovník není odborníkem v oboru psychiatrie, tudíž při setkání s hysterickým pacientem, jenž se manifestuje při krátkodobém kontaktu ve zdravotnickém zařízení, mnohdy nemůže takové chování zvládnout. Problém hysterie je tématem na několik prací a rady typu: „neříkejte nic, co by mohlo být použito proti vám“ nejsou nic platné, neboť hysterik si vždycky vaše slova zkreslí, vytrhne věci z kontextu a své polopravdy vydává za skutečnou pravdu. Projevy hysterie NELZE VYLÉČIT, lze je jen zmírnit pomocí psychoterapie a psychofarmak. Ovšem dostat hysterika k psychiatrovi se podaří málokdy a málokomu, neboť typickým je pro něj nereálný postoj k vlastnímu chování. Během svého jednání nebere na vědomí důsledky a souvislosti, jelikož nadřazuje city nad rozum.

Člověk s hysterickou strukturou osobnosti se nechce podřídit procesu stárnutí a uvnitř zůstává věčným dítětem, protože se bojí odpovědnosti. Agresivní projevy mohou mít formu dětské rivality a konkurence. Objevují se v podobě impulzivních projevů až svévole či sklonů ke „scénám“, které ustávají, není-li přítomno publikum. Tito jedinci působí dojmem, že nežijí svůj vlastní život. Usilují neustále o pozornost druhých a ve chvíli, kdy se jim jí nedostává, trpí nesnesitelným pocitem neklidu a nespokojenosti. Mohou mít fyzické potíže, které jsou důsledkem psychických útrap, z čehož vyplývá, že bychom na ně měli pohlížet jako na oběti, přestože tyranizují své okolí. Hysterická struktura osobnosti nesouvisí s inteligencí, protože, jak již bylo řečeno, hysterik nadřazuje nad rozum city. Nejde totiž o poruchu úsudku, ale o narušení emočního jádra osobnosti. Vyšší IQ se tedy v rukou hysterika může stát nebezpečnou zbraní, jelikož dokáže použít sofistikovanějších způsobů verbálního útoku, manipulace, lhaní a přetvářky. Hysterik zkratově vybíjí své vnitřní napětí, neboť není schopen ani ochoten snášet nenaplnění svých potřeb. Každé přání musí být u hysterického člověka uspokojeno ihned, protože čekání je pro něj nesnesitelné. Nedá se však říci, že každý netrpělivý pacient, který se dožaduje okamžité pozornosti zdravotníků (nejčastěji lékaře), je hysterik. Ovšem nutno přiznat, že obvykle jsou tyto lidé konfliktní. V takových chvílích se projevuje vliv temperamentových vlastností člověka a záleží

na tom, které v něm převažují a které jsou zastoupeny v menší míře. Někteří jedinci konflikty přímo vyhledávají a jiní se jim vyhýbají.

Konfliktní typy nacházíme samozřejmě také mezi zdravotníky. Chybí jim osobnostní předpoklady k výkonu tohoto povolání a mnohdy i schopnost empatie a humánní vztah k pacientovi. V důsledku nedostatku vlastních zkušeností nejsou schopni pochopit jednání pacienta, které je negativně ovlivněno řadou faktorů. Pobyt ve zdravotnickém zařízení znamená pro pacienta (klienta) nejen změnu prostředí, ale i ztrátu soukromí, izolaci od rodiny a často také nedostatek informací. Případné prožívání bolesti ovlivňuje negativně jeho chování a jednání. (K problematice bolesti nutno podotknout, že ve zdravotnictví je bolest tlumena zejména farmakologicky. Psychoterapeutickým přístupem se podle mého názoru zaobírá málokdo).

Průzkumu, týkajícímu se tohoto problému již bylo věnováno několik absolventských prací. Např. z práce Lucie Dolejší (2) nazvané „Agresivita v ošetrovatelské praxi“ je patrný poměrně znepokojující výsledek, který ukazuje, že sestry neznají specifika komunikace s problémovým pacientem, většina se jich takovým případům vyhýbá a má strach. Přestože dnešní vzdělávací systém klade na komunikaci a psychologii větší důraz, než tomu bylo v minulosti, stále neumíme s pacienty (klienty) komunikovat správně. Jak je patrné z příkladů, uvedených v praktické části bakalářské práce, nemají zdravotníci čas ani chuť se zabývat původem pacientových psychických potíží. Nemyslím, že by každý zdravotník měl mít hluboké znalosti psychologie, ale stálo by za úvahu, aby se pravidelně VŠICHNI účastnili odborně vedených seminářů a cvičení pod supervizí erudovaného psychologa. Rozdíl mezi způsobem komunikace zdravotníků v psychiatrické léčebně a námi jsem shledala ve schopnosti okamžitého výběru správné techniky a v určité rutíně, díky níž mají jistý nadhled. Zatímco na psychiatrii jsou zvyklí na projevy agrese, my jsme většinou takovýmto jednáním velice zaskočeni a, přestože použijeme správné komunikační techniky, jsme z toho ještě dlouho vyvedeni z míry. K úspěšné volbě účinné komunikační techniky však mnohdy dochází až po několika pokusech, neboť k odhalení osobnostní struktury je třeba času, kterého se nám často nedostává. Také jsem zjistila, že „ich“ formu komunikace nevyužívá v případě hysteriků téměř nikdo, dokonce ani na psychiatrii. Přitom u lehčích projevů hysterie se mi technika zrcadlení s „ich“ formou řeči na porodním sále několikrát osvědčila.

Cílem mojí bakalářské práce bylo nejen vyjmenovat zásady komunikace s hysterickými lidmi, ale i porovnat projevy hysterie u mužů a žen. Předpokládala jsem,

že ženy se projevují spíše defenzivní, plačtivou hysterií a muži naopak vzteklou a útočnou hysterií. Odborníci v oboru psychiatrie však ze své praxe nevidí v tomto ohledu mezi muži a ženami rozdíl. Z počtu kazuistik nelze jednoznačně dělat závěry, přestože se jejich výsledek klaní spíše k mému původnímu názoru. Spousta pramenů uvádí, že hysterických žen je mnohonásobně více než mužů. Domnívám se, že tyto údaje jsou zkresleny v důsledku menší emocionální základny u mužů a také skutečnosti, že muži nejsou ochotni přiznat takový strukturální rys své osobnosti. V důsledku toho nevyhledávají pomoc psychologů (natož pak psychiatrů) v takové míře jako ženy. V souvislosti mezi ženským a mužským pojetím si nelze nevzpomenout na přednášku amerického pastora Marka Gungora, který v „Příběhu dvou mozků“ velmi poutavým a vtipným způsobem popisuje rozdíly mezi oběma pohlavími.

Podle dalšího mého předpokladu má na zvládání náročných životních situací vliv věk člověka (resp. životní zkušenosti). Domnívala jsem se, že vyšší věk znamená nejen více zkušeností, ale i větší míru tolerance vůči psychickým nárokům. Praxe ukázala, že věk hraje v tomto ohledu malou roli. Nejvýznamnějším je v takových situacích aktuální psychický stav, který závisí na mnoha faktorech, jež ho ovlivňují. Pobyt ve zdravotnickém zařízení je pro člověka náročnou životní situací a každý se s ní vyrovnává po svém. Důvodem pocitu psychické nepohody a nespokojenosti může být nejen prostředí, ale i nevyřešené problémy z domova, či starost o rodinu i majetek. Nespokojenost může vyústit v konfliktní situaci nejen ze strany pacientů (klientů), ale i zdravotnického personálu. Interpersonální vztahy se mnohdy odrážejí na jednání zdravotníků s pacienty (klienty) a v případě, že se nepodaří emocionální situaci stabilizovat, dochází ke konfliktům. Problematika věkového rozdílu také souvisí s nepochopením a neschopností empatie. Jak jsem již zmínila, ke schopnosti vcítit se do role pacienta (klienta) patří také životní zkušenost. Mladý člověk, který se nikdy neocítl v podobné situaci nemůže pochopit zkušenějšího (např. bezdětná zdravotnice nemůže zcela objektivně posoudit bolest, kterou prožívá rodička, či psychické rozpoložení šestinedělky). Podle odborníků je věkový rozdíl patrný pouze v rozdílných obranných mechanismech, kdy mladí lidé častěji kompenzují nároky na psychiku užíváním drog, zatímco u staršího člověka se objevují psychosomatické potíže.

Problematika hysterického chování je v současné době stále aktuálnějším tématem. Ve zdravotnictví někdy při střetu s lidmi s hysterickou strukturou osobnosti dochází k nedorozuměním a zbytečným konfliktům. Proto je třeba se v praxi na komunikaci s problémovými pacienty více zaměřit, abychom byli na podobné situace lépe

připraveni. V dnešní „elektronické“ době je umění komunikovat velmi obtížnou dovedností. Nejde jen o to, jak hovoříme, ale nezanedbatelnou součástí komunikace je zejména naslouchání. S politováním však lze konstatovat, že umění naslouchat je nedostatkovým artiklem současného uspěchaného stylu života. Každý ve svém nitru nosíme své problémy a je na naší osobnosti, jak je zpracuje. Žádný člověk není dokonalý. Někdo si netroufá své potřeby vyjádřit přímo, proto zinscenuje hru. Buďme tedy k lidem s hysterickou strukturou osobnosti ohleduplní a chápací a naučme se s nimi jednat s empatií.

„Všichni lidé jsou herci, kteří musí hrát různé role, aby zvládli běžný život. Může to být zcela na místě a vést ke spokojenosti...Znát hysterický modus má smysl. Lépe pak rozumíme lidskému chování a možná i poněkud obezřetněji soudíme. Nejlepším způsobem, jak zacházet se slabostmi a nedostatečností svou i druhých, je humor.“

(Heinz Peter Röhr)

ZÁVĚR

Z této bakalářské práce vyplývá, že podle projevů hysterie u vybraných respondentů nelze jednoznačně určit rozdíly v chování mužů a žen. Stejně tak z mnou prostudované literatury a dostupných materiálů je patrné, že projevy hysterie se v závislosti na pohlaví nijak zvlášť neliší. Taktéž věk nehraje příliš velkou roli v toleranci psychických nároků. Ať už se jedná o pacienta (klienta) či zdravotníka, ukázalo se, že nejvýznamnější úlohu má osobnostní struktura každého jedince a aktuální psychický stav.

Hlavním úkolem mojí bakalářské práce bylo vypracovat zásady komunikace s hysterickým pacientem. Pokud se tedy setkáme v praxi s člověkem, jenž má hysterické projevy v chování, je důležité nenechat se vyprovokovat k podobné reakci a zachovat klid. Odvedeme dotyčného mimo „publikum“ a klidným, níže posazeným hlasem vyjádříme pochopení a spoluúčast. V řeči je třeba se vyvarovat hodnocení či nadsázky, nepokládat řečnické otázky a zejména nevyslovovat termín „hysterik“ v jakémkoliv tvaru. Tišším hlasem získáme pacientovu (klientovu) pozornost a s pomocí „ich“ formy komunikace využijeme zrcadlení, abychom dotyčného zklidnili a dostali tam, kam potřebujeme. Hysterický člověk je jako malé vzdorovité dítě, proto je třeba vymezit pevné hranice a obratně formulovat záporné odpovědi. V případě somatických projevů využijeme placebo efektu dostupných látek a použitím sugestivních vět se pokusíme dotyčného emocionálně zklidnit. Pokud se nepodaří zmírnit agresivní projevy, nezbyvá, než mít v záloze únikovou cestu a přivolat pomoc.

Každého člověka může postihnout v životě událost, při níž reaguje hystericky. Ve chvíli, kdy se nám nedaří zvládnout takovou situaci racionálně, projevujeme se křikem, neschopností pohybu nebo naopak nekoordinovanými a nadměrnými pohyby. Tyto reakce jsou ve většině případů pomíjivé a někdy i pochopitelné. Ovšem lidé s hysterickou strukturou osobnosti se již s pochopením okolí příliš často nesetkávají. Je to dáno jejich urážlivostí, panovačností, výbušností a přecitlivělostí.

Pro zdravotníky prvního kontaktu je velmi těžké odhadnout člověka a mnohdy hrozí, že dojde ke zkreslení jejich vnímání. Vlivem okolností se složky neverbálního projevu mění a lidé pak mohou svému protějšku přisoudit negativní vlastnosti, které nemá. S problémovými pacienty je komunikace velmi obtížná a stojí zdravotníky mnoho energie. Jsem však přesvědčena o tom, že když budeme ochotni používat správné komunikační techniky, sjednotíme naše jednání a budeme procvičovat konfliktní situace, zvládneme i hysterické pacienty mnohem lépe.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

1. ČAPKOVÁ, Klára. Myslíte si, že je vaše uječená kolegyně hysterka? *Vitalia.cz* [online]. [cit. 18.2.2012]. Dostupné z: <http://www.vitalia.cz/clanky/psychatricko-orisky-hysterka/>
2. DOLEJŠÍ, Lucie. *Agresivita v ošetrovatelské praxi*. Plzeň, 2010. Bakalářská práce. Západočeská univerzita. Fakulta zdravotnických studií. Katedra ošetrovatelství a porodní asistence. Vedoucí práce Lenka KROUPOVÁ
3. FOUSKOVÁ, Renata. Jak je to s tou hysterií? *Skálův institut-texty* [on line]. [cit. 16.12.2011]. Dostupné z : <http://www.skaluvinstitut.cz/>
4. FRANČE, Vojtěch. Histriónská porucha osobnosti (hysterie). *Grafologie a psychologie* [on line]. 2007 [cit. 10.12.2011]. Dostupné z: <http://ografologii.blogspot.com/2007/12/hysterie-v-psmu.html>
5. FRANČE, Vojtěch. Temperamenty. *Grafologie a psychologie* [on line]. 2007 [cit. 20.2.2012]. Dostupné z: <http://ografologii.blogspot.com/2007/10/4-klasicko-temperamenty.html>
6. GRAY, R. Skripta Freud „Etiologie hysterie“ [online]. Aktualizováno 12.3.2010 [cit. 16.12.2011]. Dostupné z: <http://courses.washington.edu/freudlit/Hysteria.Notes.html>
7. Hodnotící škály. *ODP přílohy*. Informace ke stažení. Fakulta zdravotnických studií. Katedra ošetrovatelství a porodní asistence. [on line].[cit. 3. 3. 2012]. Dostupné z: <http://www.fzs.zcu.cz/kos/documents.html>
8. HOLUB, David. Oidipovský komplex a budoucnost psychoanalýzy. *Revue psychoanalytická psychoterapie*. 2006, VIII/2 [on line]. [cit. 20.1.2012]. Dostupné z: <http://iapsa.cz/ARTICLES/Holub2006Oidipsky.php>
9. HONZÁK, Radkin. Historie hysterie. *13. celostátní konference psychosomatické medicíny Liberec*. 2010 [on line]. [cit. 30.6.2011]. Dostupné z: http://www.lirtaps.cz/program_konference_web.pdf
10. HÖSCHL, Cyril. Očima Cyrila Höschla. *Reflex*. 2002, 32 [on line]. [cit. 1.9.2011]. Dostupné z: <http://www.hoschl.cz/?text=1066&lang=cz>
11. Hysterie. *Psychologie.estranky.cz* [on line]. [cit. 8.9.2012]. Dostupné z: <http://www.mojepsychologie.estranky.cz/clanky/dusevni-choroby/hysterie.html>

12. Hysterické osobnosti mají strach z nutnosti a povinnosti. *O lidech a duších* [on line]. [cit. 23.2.2012]. Dostupné z: <http://www.laska-vztahy-duse.cz/news/strach-z-nutnosti/>
13. CHARVÁTOVÁ, Eva. 5 nejkontroverznějších psychiatrických diagnóz. *Forexample* [on line]. 2011 [cit. 9.9.2011]. Dostupné z: <http://www.forexample.cz/view.php?navezclanku=5-nejkontroverznejcich-psychiatrickych-diagnoz&cislocclanku=2011010016>
14. JANÁČKOVÁ, Laura a WEISS, Petr. *Komunikace ve zdravotnické péči*. Praha: Portál, 2008. 136 s. ISBN 978-80-7367-477-9
15. JOBÁNKOVÁ, Marta, et al. *Kapitoly z psychologie pro zdravotnické pracovníky*. 3.vyd. Brno: NCO NZO, 2006. 225 s. ISBN 80-7013-390-2
16. LINHARTOVÁ, Věra. *Praktická komunikace v medicíně pro mediky, lékaře a ošetrující personál*. Praha: Grada, 2007. 152 s. ISBN 978-80-247-1784-5
17. PRAŠKO, Ján, et al. Disociace a disociativní poruchy. *Psychiatrie*. 2009, 13(2), 48-49. ISSN 1211-7579
18. PRAŠKO, Ján, et al. Disociativní poruchy a jejich léčba. *Medicína pro praxi*. 2007, 4(9), 471-476. ISSN 1214-8687
19. PRAŠKO, Ján. *Poruchy osobnosti*. 2.vyd. Praha: Portál, 2009. 157 s. ISBN 978-80-7367-558-5
20. PSYCHIATRICKÁ LÉČEBNA V DOBŘANECH. Hodnotící škály. Dobřany: Psychiatrická léčebna, 2004-2006
21. RATISLAVOVÁ, Kateřina. *Aplikovaná psychologie porodnictví*. Praha: Area s.r.o., 2008. 106 s. ISBN 978-80-254-2186-4
22. RÖHR, Heinz-Peter. *Hysterie-strach z odmítnutí*. Praha: Portál, 2009. 157 s. ISBN 978-80-7367-607-0
23. STIBALOVÁ, Kateřina. Náročné životní situace. *Sociální služby*. 2011 8(1), 16-17. ISSN 1803-7348
24. VANIŠ, Ondřej. Hysterie. *Znalosti*. [online] cop.2006/2011[cit. 10.11.2011]. Dostupné z: <http://ondra.vanis.cz/znalosti/hysterie.asp>
25. VENGLÁŘOVÁ, Martina a MAHROVÁ, Gabriela. *Komunikace pro zdravotní sestry*. Praha: Grada, 2006. 144 s. ISBN 80-247-1262-8
26. WIKIPEDIE, otevřená encyklopedie. Hysterie. *Wikislovník*. [online]. [cit. 8.9.2011]. Dostupné z: <http://cs.wikipedia.org/wiki/Hysterie>

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

amp. - ampule

BMI - body mass index

Cca - cirka (přibližně)

cpsl. - kapsle, tobolka

CTG - kardiogram - záznam srdeční činnosti plodu a děložních kontrakcí

D - počet dechů za minutu

F X/3 - znamená výšku děložního fundu tři centimetry pod mečovitý výběžek sternu

III g/ I p - potřetí těhotná (tercigravida), poprvé rodí (primipara)

i.m. - intramuskulárně (do svalu)

inj.sol. - injekční roztok

INR - Quickův test k vyšetření koagulace krve (International Normalization Ratio)

IQ - inteligenční kvocient

IU - mezinárodní jednotka (International Unit)

kg - kilogram

mg - miligram

ml - mililitr

OP - ozvy plodu (počet tepů za minutu u plodu)

P - puls (počet tepů za minutu)

PČR - policie České republiky

postavení I. - uložení plodu v děloze hřbetem ventrálně a doleva

PP+ - pohyby plodu zaznamenány

PPHl - poloha podélná hlavičkou

resp. - respektive (popřípadě, anebo, lépe řečeno)

tbl. - tableta

Temesváry+ - zkouška odtoku vody plodové pomocí Temesváryho roztoku

TK - tlak krve

TT - tělesná teplota

ug - mikrogram

UFO - neidentifikovatelné létající předměty (Unidentified Flying Objects)

VP - voda plodová

PŘÍLOHY

Příloha č. 1:

Seznam použitých názvů léků

Příloha č. 2:

Tab. č. 1 - Rozdíl mezi hysterickou strukturou a histriónskou poruchou osobnosti

Příloha č. 3:

Obr.č. 1 - Rozdělení temperamentů

Příloha č. 4:

Obr. č. 2 - Charcot v auditoriu předvádí na Blanche Wittmanové záchvat hysterie

Příloha č. 5:

Obr. č. 3 - Chronofotografie hysterie

Obr. č. 4 - Kresba zobrazující tonicko-klonické křeče při hysterickém záchvatu

Příloha č. 6:

Příběh Bertý Pappenheimové

Příloha č. 7:

Obr. č. 5 - Josef Breuer

Obr. č. 6 - Sigmund Freud

Obr. č. 7 - Berta Pappenheimová

Příloha č. 8:

Tab. č. 2 - Hodnocení rizika agrese

Tab. č. 3 - Screening pro hodnocení zvýšeného rizika pádu

Příloha č. 9:

Tab. č. 4 - Hodnocení rizika sebevraždy

Příloha č. 10:

Tab. č. 5: Dospělé nutriční skóre

Příloha č. 11:

Tab. č. 6: Barthelův test běžných denních činností

Příloha č. 12:

Tab. č. 7: Vizualní analogová škála

Obr. A, B, C: Hodnocení podle vizualní analogové škály

Příloha č. 1

Seznam použitých názvů léků

Afonilum - antiastmatikum, bronchodilatancium (rozšiřuje plicní sklípky)

Amlozek - vazodilatancium (rozšiřuje cévy)

Arufil - oftalmologikum (nahrazuje úbytek přirozeného obranného filmu rohovky)

Ascorutin - kyselina askorbová (vit.C)

Betaloc - selektivní betablokátor (snižuje účinek stresových hormonů na beta receptory v srdci, cévách, ledvinách a mozku)

Buscopan - spasmolytikum (uvolňuje stahy vnitřních dutých orgánů)

Calcichew - potravinový doplněk s obsahem vápníku a vit.D

Caltrate - potravinový doplněk s obsahem vápníku, vit.D a dalších prvků, který zvyšuje hustotu kostí a brání úbytku kostní hmoty

Cardilopin - blokátor vápníkového kanálu, který uvolňuje hladkou svalovinu cév

Cisordinol - antipsychotikum

Concor - betablokátor, který se užívá k terapii hypertenze a anginy pectoris

Depakine Chrono - snižuje možnost různých druhů epileptických záchvatů a mánie

Dogmatil - antidepresivum

Euphyllin - antiastmatikum, bronchodilatancium

Euthyrox - syntetický hormon štítné žlázy

Furon - diuretikum (močopudná látka, která zároveň brání zpětnému vstřebávání sodíku, draslíku a chloridů v ledvinách)

Gensi - hypolipidemikum (snižuje množství cholesterolu v krvi)

Glucophage - antidiabetikum, snižující hladinu glukózy v krvi

Insuman Rapid - liský Insulín (krátkodobý)

Lanzul - inhibitor protonové pumpy - potlačuje aktivitu jednoho z enzymů, který urychluje vytváření žaludeč.kyseliny

Leponex - antipsychotikum

Lerivon - antidepresivum s anxiolytickým a sedativním účinkem

Lescol - hypolipidemikum

Letrox - syntetický hormon štítné žlázy

Lokren - betablokátor, který zpomaluje srdeční frekvenci, snižuje TK a nároky srdce na spotřebu kyslíku

Milurit - blokátor tvorby kyseliny močové užívaný k léčbě Dny

Mirtazapin - antidepressivum

Pinbarix - ACE (angiotensin-konvertující-enzym) inhibitor, který rozšiřuje cévy a snižuje TK

Prothazin - antihistaminikum

Renpres - ACE inhibitor

Simvacard - hypolipidemikum

Spiriva - bronchodilatancium působící dlouhodobě

Symbicort - obsahuje kortikosteroid (léčí otok a zánět v plicích) a bronchodilatancium (uvolňuje svaly v dýchacích cestách)

Tisercin - neuroleptikum (k léčbě akutních psychotických stavů spojených s psychomotorickým neklidem)

Warfarin - antikoagulancium (snižuje náchylnost k tvorbě krevních sraženin)

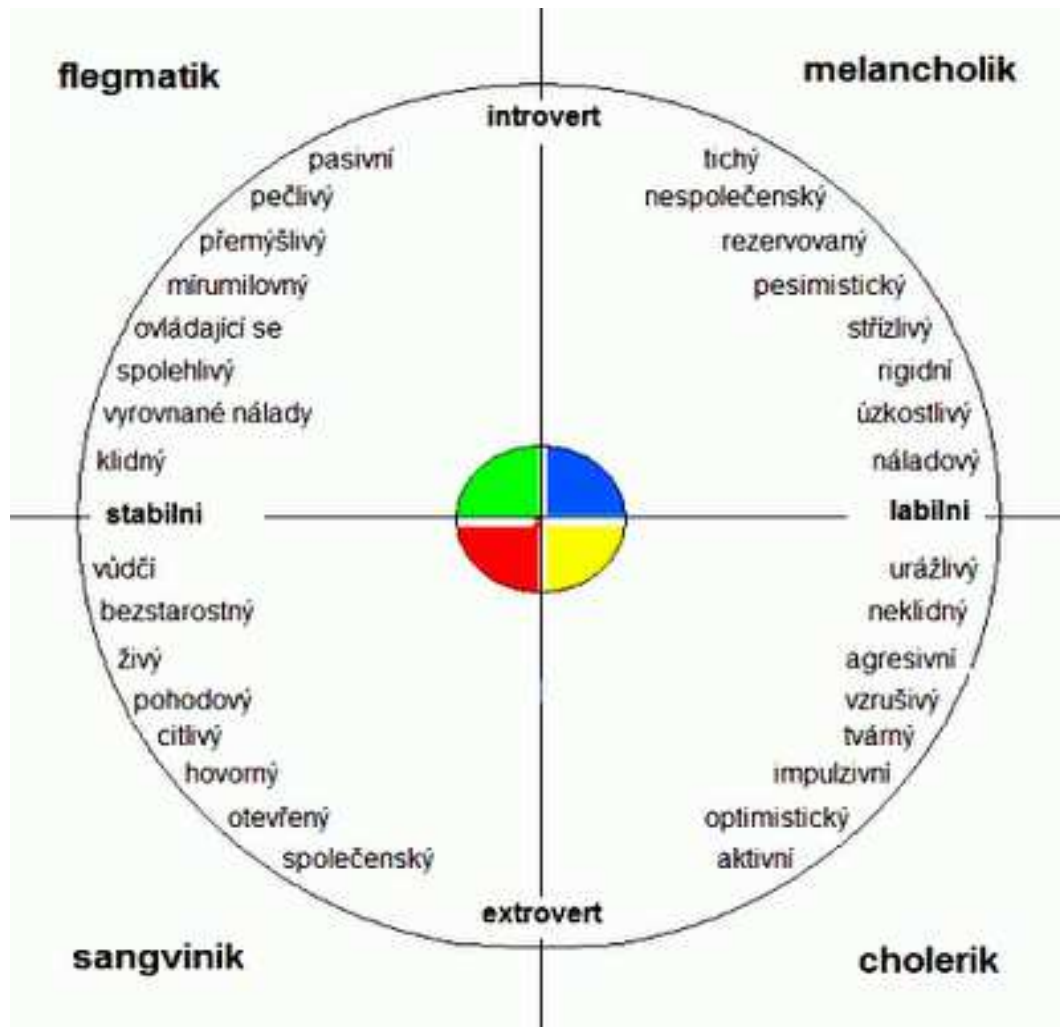
Příloha č. 2

Tab.č. 1: Rozdíl mezi hysterickou strukturou a histriónskou poruchou osobnosti

Hysterická struktura osobnosti	Histriónská porucha osobnosti
1/ potlačovaná a ohraničená emocionalita	bouřlivá a generalizovaná emocionalita
2/ sexualizovaný exhibicionismus a vřelá potřeba být milován	nenasytný exhibicionismus s požadovačnou, orální kvalitou, která je méně angažovaná
3/ dobrá kontrola impulzů	generalizovaná impulzivita
4/ rafinované svádění	primitivní, neadekvátní a odtažitě svádění
5/ životní ambice a schopnost soutěžit s druhými	bezcílnost, bezmocnost
6/ zralejší, trojúhelníkové vztahy s druhými	primitivní, dyadické vztahy, charakterizované závislostí, paranoiditou
7/ relativně dobrá tolerance odpoutání od milované osoby	zničující separační úzkost
8/ přísné superego a obrany s určitými obsedantními rysy	laxní superego a převaha primitivních obran, jako je štěpení a idealizace
9/ sexualizovaná přání v přenosu se rozvíjejí postupně a jsou vnímána jako nerealistická	rychle se rozvíjející intenzivní sexualizovaná přenosová přání, vnímaná jako realistická očekávání

(zdroj: 19, str. 277)

Příloha č. 3



Obr. č. 1: Rozdělení temperamentů

(zdroj: <http://ografologii.blogspot.com/2007/10/4-klasick-temperamenty.html>)

Příloha č. 4



Obr.č.2: *Charcot v auditoriu předvádí na Blanche Wittmanové záchvat hysterie*
(Autor: André Brouillet, 1887) (zdroj: Wikipedie)

Příloha č. 5

Jako pomůcka k diagnostice onemocnění zaujala Charcota chronofotografie (metoda sériového snímání, sloužící k průzkumu jednotlivých fází pohybu), kterou hojně využíval.



Obr. č. 3: Chronofotografie hysterického záchvatu, 1887 (zdroj:Wikipedie)



Obr. č. 4: Kresba zobrazující tonicko-klonické křeče při hysterickém záchvatu (zdroj: Wikipedie)

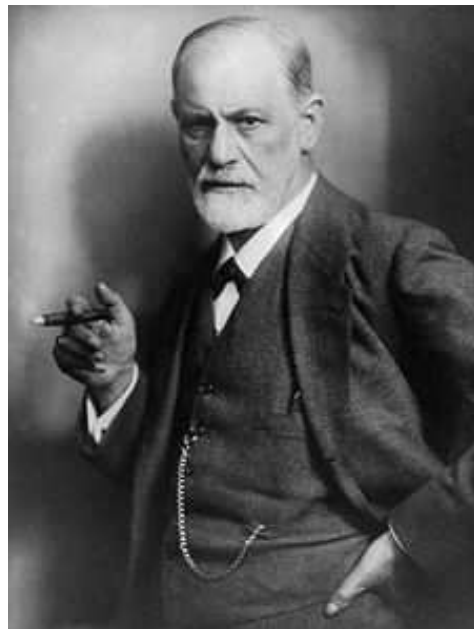
Příloha č. 6: Příběh Berty Pappenheimové

„Berta Pappenheimová (v záznamech vedená jako Anna O.) velice lpěla na svém otci a když těžce onemocněl, zcela se oddala jeho ošetřování. Náhle ji ale postihly vážné hysterické symptomy, např. svalová ochablost, ztráta chuti a prudké záchvaty bolestivého kašle. Na čas také úplně ztratila cit v pravé paži. Když její otec po několika měsících zemřel, její stav se radikálně zhoršil. Trpěla halucinacemi o kostlivcích a černých hadech a projevila se u ní hydrofobie, tedy neschopnost pozřít tekutiny, a to i přes stavy velké žízně. Ztrácela schopnost mluvit rodnou němčinou, přestože dál plynule hovořila anglicky, francouzsky a italsky. Její záchvaty střídaly období „absence“, které sama nazývala „časem nepřítomnosti“. Právě tyto časy nepřítomnosti inspirovaly doktora Breuera k využití nové metody. Všiml si totiž, že když Berta upadne do tohoto stavu, často si pro sebe mumlá různá nesouvislá slova. Rozhodl se, že pokud ji pomocí lehké hypnózy trochu rozptýlí a nechá ji ty nahodilé myšlenky rozvíjet, uleví tak na čas její mysli... Usmyslel si, že pokud dovede pacientku hypnózou přivést do chvíle, kdy se daný konkrétní symptom poprvé objevil, mohl by zcela vymizet. Touto metodou odhalil třeba původ Bertiny hydrofobie a zamezil jejímu dalšímu pokračování... Díky této léčbě se pacientce také vrátil cit do pravé končetiny... Postupně Breuer odboural všechny Bertiny symptomy. Jednoho dne večer se vydal Bertu zkontrolovat naposledy, čekalo ho však šokující překvapení. Zastihl ji v nepřičetném stavu, jak se na posteli svíjí v silných břišních křečích. Když se jí zeptal, co se stalo, klidně odpověděla: „Teď se narodí dítě doktora B.“ Berta zrovna prožívala hysterické těhotenství, které zřejmě pramenilo ze sexuálních fantazií o jejím doktorovi. Po této zkušenosti Breuer v touze zachránit své manželství nejenom odjel se ženou na dlouhou dovolenou, ale případ podivné hysterky vzdal. Konečnou zprávu případu nakonec sepsal sám Freud, který po několika letech zjistil, že pouhá hypnoterapie pacienta nedovede zcela vyléčit, jen na čas potlačí dané symptomy. Freud rozpracoval teorii, podle níž je nutné jít více do hloubky – objevit skrytá nesplněná přání. Podle Freuda mají tyto touhy vždy sexuální ráz, tak jako tomu bylo i v případě Berty. Díky tomuto poznatku dovedl Freud rozpracovat učení, na němž dnes stojí celá, dnes již nezbytná, psychoanalýza. O dalších osudech Berty Pappenheimové víme jen to, že po příhodě s hysterickým těhotenstvím strávila dlouhou dobu v sanatoriu, kde ji nakonec vyléčili. Svůj život věnovala dobročinné práci jako ředitelka ústavu pro svobodné matky a nezletilé prostitutky. Tato práce byla však jen kompenzací jejích nevyjasněných sexuálních problémů“ (1).

Příloha č. 7



Obr. č. 5: Josef Breuer (1842-1925)
(zdroj: Wikipedie)



Obr. č. 6: Sigmund Freud (1856-1939)
(zdroj: Wikipedie)



Obr. č. 7: Berta Pappenheimová
(zdroj: Wikipedie)

Příloha č. 8

Tab. č. 2: Hodnocení rizika agrese

činnost/faktor	hodnocení	
1. zmatenost	ano - 1	ne - 0
2. podrážděnost	ano - 1	ne - 0
3. výbušnost	ano - 1	ne - 0
4. slovní vyhrožování	ano - 1	ne - 0
5. agrese vůči věcem	ano - 1	ne - 0

(Přítomnost dvou a více rizikových faktorů znamená vysoké riziko agresivního chování v následujících 24 hodinách)

(zdroj: PL Dobřany)

Tab. č. 3: Screening pro určení zvýšeného rizika pádu

činnost/ faktor	hodnocení		
1. DDD (dezorientace, demence, deprese)	ano - 1		ne - 0
2. věk 65 a více	ano - 1		ne - 0
3. pád v anamnéze	ano - 1		ne - 0
4. pobyt prv. 24 h po přijetí nebo překladu	ano - 1		ne - 0
5. zrakový/ sluchový problém	ano - 1		ne - 0
6. užívání léků	ano - 1		ne - 0
7. soběstačnost	ano - 0	částečná - 1	ne - 2
8. schopnost spolupráce	ano - 0	částečná - 1	ne - 2
9. Míváte někdy závratě?	ano - 1		ne - 0
10. Máte v noci nucení na močení?	ano - 1		ne - 0
11. Budíte se v noci a nemůžete usnout?	ano - 1		ne - 0

(3 a méně = bez rizika, 4 - 9 = střední riziko, 10 a více = vysoké riziko)

(zdroj: PL Dobřany)

Příloha č. 9

Tab. č. 4: Hodnocení rizika sebevraždy

činnost/ faktor	hodnocení	
1. beznaděj	ano - 3	ne - 0
2. deprese a ztráta zájmu a potěšení	ano - 3	ne - 0
3. plán spáchat sebevraždu	ano - 3	ne - 0
4. aktuální ztráta blízkého nebo rozpad vztahu	ano - 3	ne - 0
5. sebevražedný pokus v anamnéze	ano - 3	ne - 0
6. přítomnost stresových událostí	ano - 1	ne - 0
7. perzekuční hlasy (kritizující, nadávající, příkazující apod.) a přesvědčení (pronásledování, ohrožování, ovlivňování na dálku)	ano - 1	ne - 0
8. vážné duševní problémy nebo sebevražda v rodinné anamnéze	ano - 1	ne - 0
9. varovné známky sebevraž. záměru (rozloučení, maj. vyrovnání)	ano - 1	ne - 0
10. psychóza v anamnéze	ano - 1	ne - 0
11. ztráta manžela/ky nebo životního partnera	ano - 1	ne - 0
12. známky sociálního stažení	ano - 1	ne - 0
13. socioekonomické strádání v anamnéze	ano - 1	ne - 0
14. užívání alkoholu nebo jiných tox. látek v anamnéze	ano - 1	ne - 0
15. přítomnost terminálního onemocnění	ano - 1	ne - 0

(5 a méně = nízké riziko, 6 - 11 = střední riziko, 12 a více = vysoké riziko)

(zdroj: PL Dobřany)

Příloha č. 10

Tab. č. 5: Dospělé nutriční skóre

faktor	hodnocení	
1. Věk	0	do 65 let
	1	nad 65 let
2. BMI	0	20-35
	1	18-20; nad 35
	2	pod 18
3. Ztráta hmotnosti za 3 měsíce	1	0-3 kg
	2	3-6 kg
	3	nad 6 kg
4. Množství jídla za poslední 3 týdny	0	beze změny
	1	poloviční porce
	2	jí občas nebo nejí
5. Projevy nemoci v současné době	0	žádné
	1	nechutenství, bolesti břicha
	2	zvracení, průjem > 6/den
6. Stres	0	žádný
	1	chronická nemoc, DM, menší nekomplikovaný chirurgický zákrok
	2	akutní dekompenzace chron. Onemocnění, rozsáhlý chirurgický zákrok, pooperační komplikace, UPV, popáleniny, trauma, hospitalizace ARO, JIP, krvácení do GIT
7. Nelze	2	změřit a zvážit
	3	zjistit BMI, ztrátu hmotnosti a jídlo za poslední 3 týdny

(0 - 3 = není nutná nutriční intervence, 4 - 7 = nutné vyšetření dietní sestrou, 7 a více = nutná speciální nutriční intervence)

(zdroj: <http://www.fzs.zcu.cz/kos/documents.html>)

Příloha č. 11

Tab. č. 6: Barthelův test běžných denních činností

činnost	provedení	body
1. Najedení, napití	Samostatně bez pomoci	10
	S pomocí	5
	Neprovede	0
2. Oblékání	Samostatně bez pomoci	10
	S pomocí	5
	Neprovede	0
3. Koupání	Samostatně bez pomoci	10
	S pomocí	5
	Neprovede	0
4. Osobní hygiena	Samostatně bez pomoci	10
	S pomocí	5
	Neprovede	0
5. Kontinence moči	Samostatně bez pomoci	10
	S pomocí	5
	Neprovede	0
6. Kontinence stolice	Samostatně bez pomoci	10
	S pomocí	5
	Neprovede	0
7. Použití WC	Samostatně bez pomoci	10
	S pomocí	5
	Neprovede	0
8. Přesun lůžko - židle	Samostatně bez pomoci	10
	S pomocí	5
	Neprovede	0
9. Chůze po rovině	Samostatně bez pomoci	10
	S pomocí	5
	Neprovede	0
10. Chůze po schodech	Samostatně bez pomoci	10
	S pomocí	5
	Neprovede	0

(0- 40 = vysoce závislý, 45 - 60 = závislost středního stupně, 65 - 95 = lehká závislost, 100 b = nezávislý)

(zdroj: <http://www.fzs.zcu.cz/kos/documents.html>)

Příloha č. 12

Tab. č. 7: Vizuální analogová škála

0	žádná bolest
1	mírná bolest
2	středně silná bolest
3	velmi silná bolest
4	krutá bolest
5	nesnesitelná bolest

Hodnocení podle vizuální analogové škály:

Obr. A:

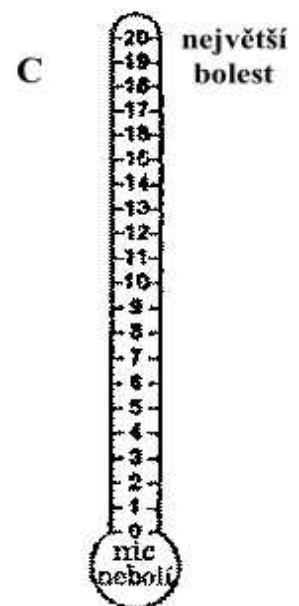
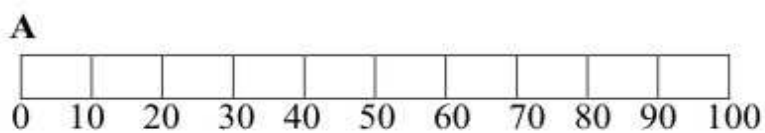
0 - žádná bolest, 100 - nesnesitelná bolest

Obr. B:

0 - žádná bolest, 5 - nesnesitelná bolest

Obr. C:

0 - žádná bolest, 20 - nesnesitelná bolest



(zdroj: <http://www.fzs.zcu.cz/kos/documents.html>)