ADAPTÁCIA PACIENTA NA ZMENENÝ ZDRAVOTNÝ STAV A NA HOSPITALIZÁCIU

Adaptation of patient to changed health condition and to hospitalization

7: 200 - 398, 2005
ISSN 1212-4117

Ivica Gulášová

Trenčianska univerzita Alexandra Dubčeka, Ústav zdravotníctva, katedra ošetrovateľstva
Trnavská univerzita, Fakulta zdravotníctva a sociálnej práce, katedra ošetrovateľstva

Summary

The author deals with the always relevant topic – adaptation mechanism of the patient to his or her changed health condition and to hospitalization, as one of the tasks that should constitute an integral part of psychological approach of a health care worker to the patient. The author alerts to the possibilities of positive or negative impact of health care workers to the patient's adaptation level. She analyzes the adaptation mechanism as a process, paying particular attention to the mechanisms of the patient's psychical adaptation. Further she describes the influence of anxiety and fear to the above mentioned process. In conclusion of her report she describes several levels of interaction the patient and the health care worker enter. For success and efficiency of the above mentioned interaction relationships, she states basic principles of psychological approach to the patient, respecting and perceiving his or her personality as individuality while applying humane approach to the patient simultaneously.

Key words: adaptation mechanism - adaptation syndrome - adequate and inadequate adaptation - patient's reaction - psychological approach

Súhrn

Autorka sa zaoberá stále aktuálnou problematikou – adaptačným mechanizmom u pacienta na jeho zmenený zdravotný stav a na hospitalizáciu, ako jednou z úloh, ktorá by mala byť integrálnou súčasťou psychologického prístupu zdravotníckeho pracovníka k pacientovi. Autorka upozorňuje na možnosti pozitívneho, alebo negatívneho vplyvu zdravotníckych pracovníkov na úroveň adaptácie pacienta. Analyzuje adaptačný mechanizmus ako proces, osobitnú pozornosť venuje mechanizmom psychickej adaptácie pacienta. Ďalej popisuje vplyv úzkosti a strachu na uvedený proces. V závere svojho príspevku opisuje viaceré úrovne interakcií, do ktorých vstupuje pacient a zdravotnícky pracovník. Pre úspešnosť a efektívnosť uvedených interakčných vzťahov uvádza základné princípy psychologického prístupu k pacientovi, rešpektujúc a vnímajúc jeho osobnosť ako individualitu pri súčasnom uplatňovaní humaného prístupu k pacientovi.

Kľúčové slová: adaptačný mechanizmus - adaptačný syndróm - primeraná a neprimeraná adaptácia - reakcia pacienta - psychologický prístup

Zdravie je spojené s pocitom istoty, bezpečia, pohody, s túžbou po aktivite. Počas choroby nastáva v týchto fenoménoch zmena – ich pokles. K bolesti sa pridružuje strach, najmä strach a rozličné obavy z následkov a komplikácií choroby, strach z nových ťažkostí a bolestí, a to aj v súvislosti s diagnostickými a terapeutickými zárokmi, prípadne strach zo smrti. Súčasne sa presúva hodnotový pohľad na zdravie, zdravie sa dostáva na jedno z prvých miest hodnotového rebríčka (Kondáš, 1980). Niekedy sa vyskytuje pocit viny, prípadne výčitiek, že sa sám pacient zúčastňoval na ohrození tejto hodnoty.

Z psychologického hľadiska je veľmi dôležité, ako pacient prežíva fakt choroby, nakoľko ho reálne prijíma, prípadne či sa bráni jeho prijatiu, a to aj pomocou osobnostných mechanizmov popretia (popretie vážnosti stavu až s odmietnutím akceptovať diagnózu), introspekcie (sebaobviňovanie za porušenie zdravia), alebo projekcie (obviňovanie iných). Treba si uvedomiť, že každá choroba – nehovoriac o hospitalizácii – mení bežný spôsob života človeka. Núti ho ihneď sa prispôbiť zmeneným okolnostiam a kladie zvýšené nároky na adaptačné mechanizmy. Vyskytuje sa tendencia uzatvoriť sa do seba a zároveň nepod-

dat' sa a ovládať sa, z čoho pramení veľa drobných konfliktov typu priblíženie – vyhýbanie. Takisto veľa zmien nastáva v bežnom duševnom prežívaní, v emotivite. Vznikajú nové citové vzťahy, narastá tenzia, mení sa reaktivita a úsilie získať opätovnú duševnú vyrovnanosť evokuje spomenuté osobnostné mechanizmy. Osobitné psychologické zmeny a stavy spojené s narušením zdravia, patopsychologické zmeny sa potom stávajú zdrojom pridružených funkčných symptómov, ktoré majú psychogénny pôvod a súvisia iba nepriamo so samou somatickou chorobou (Kondáš, Ličko, 1989).

Charakteristickou vlastnosťou organizmu je adaptácia. Tento pojem sa v psychológii používa na označenie procesov i mechanizmov duševného prispôsobenia sa na rozličné životné zmeny. Adaptácia pritom zahŕňa aj spôsob vyrovnania sa so vzniknutými zmenami. S adaptačným procesom sa človek stretáva po celý život. Podľa toho, či sa človek vedel vhodným spôsobom a optimálnymi prostriedkami vyrovnat' so zmenenou situáciou, hovoríme o **primeranej, alebo neprimeranej** adaptácii.

Schopnosť vyrovnat' sa s meniacimi životnými podmienkami nazývame adaptačným procesom, ktorý môže byť **aktívny a pasívny**.

Aktívny adaptačný proces je, keď si jednotlivec upravuje, alebo prispôbuje okolité podmienky svojim potrebám.

Pasívny adaptačný proces – jednotlivec sa sám prispôbuje podmienkam okolia, a to najmä vtedy, ak sú tieto podmienky ťažko meniteľné, alebo vôbec nemeniteľné. Pri telesných obmedzeniach si pacient musí zvykať na vyššiu mieru pasívnej adaptácie, čo ľudom s veľkou energiou padne ťažko.

Filozofické chápanie osoby nás vedie logicky k tomu, aby sme zvláštnu pozornosť venovali medziľudským vzťahom (Dolista, 2004).

Adaptačný model vypracovala Callista Royová, ktorá z adaptačnej teórie prevzala myšlienku, že ľudské správanie je v základe prispôsobivé a že úrovne adaptácie sa u ľudí menia v závislosti od podmienok. Royovej adaptačný model sa v kategórii ošetrovateľských modelov radí medzi systémové.

Osoba je podľa Royovej biopsychosociálna bytosť s nepretržitými vzťahmi a meniacim sa prostredím. Je prijímateľom ošetrovateľskej starostlivosti ako adaptačný systém s vnútornými procesmi (kognátor, regulátor) (Farkašová, 2001). Medzi základné pojmy Royovej adaptačného modelu patria: adaptácia, stimuly vyvolávajúce adap-

tačné reakcie, fyziologické potreby, sebakoncepcia, sebauvedomenie, sociálna rola, vzájomná závislosť. Klient/pacient z pohľadu Royovej je vnímaný ako holistická bytosť, ktorá sa v neustálej interakcii s prostredím adaptuje na základe 4 spôsobov adaptácie. Tieto spôsoby sú založené na fyziologických potrebách jedinca, sebakoncepcii (fyzikálne ego, morálne-etické ego, sebadôvera, sebaúcta), funkčných rolí, vzájomnej závislosti. Rola sestry/pôrodnej asistentky spočíva v podpore klientových/pacientových adaptačných mechanizmov a v jeho manipulácii so stimulmi (fokálne, kontextuálne, reziduálne). Obsah modelu zahŕňa adaptačné systémy človeka ako súčasť holistickej bytosti (Archalousová, 2005).

Proces adaptácie neprebíha za všetkých okolností rovnako. Závisí od individuálnych vlastností človeka, od dedičných faktorov aj od toho, ako je jedinec na adaptáciu pripravený. Dôležitú úlohu zohráva záťaž. Tým, že človek musí v živote prekonávať malé záťažové situácie, posilňuje svoje adaptačné mechanizmy (Křivohlavý, 2002).

Ochorenie a okolnosti s ním spojené vždy porušia rovnováhu organizmu. Sú záťažovou situáciou. Pacient na ne reaguje adaptačným syndrómom, ktorý má tri fázy:

1. **poplachová fáza** – organizmus sa rýchlo usiluje pripraviť na prípadné nebezpečenstvo. Jeho rovnováha je narušená.
2. **fáza rezistencie** – organizmus sa stabilizuje, prechádza do novej rovnováhy. Stav sa podstatne normalizuje.
3. **fáza vyčerpania** – ak je vonkajší vplyv veľmi silný, prípadne ak prichádza ďalšia záťaž, rezervy organizmu sa vyčerpávajú. Zjaví sa obzvlášť šoku a človek v ňom môže podľahnúť.

Choroba predstavuje určitú, neraz dosť vážnu zmenu bežnej životnej situácie, a to bez ohľadu na to, či už sa pacient lieči ambulantne, alebo v nemocnici. Už to, že zaužívaný rytmus každodenného života sa musí nahradiť novým, menej bežným, predstavuje pre neho určitú záťaž. Pacient je prinútený vzdať sa svojich každodenných zvyklostí a záľub a oddialiť splnenie svojich najbližších životných cieľov. Činorodý aktívny človek ťažko znáša pripútanie na posteľ a iba ťažko sa vzdáva aktivít, na ktoré si privykol.

Prispôbenie sa tejto skutočnosti si vyžaduje určitú duševnú energiu. Choroba často človeka prekvapuje, prichádza naraz alebo len po nepatrných predchádzajúcich signáloch. Preto mnohokrát pôsobí prekvapujúco už len samotné zistenie choroby.

Osobitné postavenie nadobúda hospitalizovaný pacient. Fakt hospitalizácie mení základ-

nú životnú situáciu v tom zmysle chorého, naznačuje vážne ohrozenie zdravia, presviedča pacienta o vážnosti jeho stavu. K potrebe vyrovnať sa s faktom ochorenia pristupuje potreba vyrovnať sa s hospitalizáciou, ktorá prerušila zvyčajný typ pracovných a iných aktivít. Pacient sa musí vzdať svojich každodenných zvyklostí a záľub, musí sa podriaďovať nemocničnemu poriadku a podrobiť sa diagnostickým a terapeutickým procedúram, z ktorých väčšinu prežíva nepríjemne. Danú situáciu ešte väčšmi sťažuje, ak hospitalizácia nastane úplne nečakane, náhle. Nielen pre deti, ale aj pre dospelých je ďalším vážnym činiteľom odlúčenie od rodiny, separácia od citovo blízkych osôb. Existuje niekoľko rozdielov medzi pacientom v ambulantnej starostlivosti a pacientom v nemocnici. Keď ide pacient k praktickému lekárovi, ide tam do určitej miery dobrovoľne a s predstavou možnosti určitej partnerskej spolupráce. Prítom tiež získavame dôležité kritériá pre základné rozhodnutia, ktoré sa týkajú zdravia a života, vyrovňovania sa so smrťou a umieraním (Dolista, 2004).

Keď prichádza do nemocnice, musí počítať s tým, že tam bude mať jeho momentálna situácia – adaptácia na ňu – skôr charakter počúvania autority zo strany lekára či sestry než charakter spolupráce. Keď išiel pacient k ošetrovateľskému lekárovi prvého kontaktu, mal nádej, že jeho zdravotný stav nie je až taký vážny. Avšak s príchodom do nemocnice si pacient uvedomuje, že jeho zdravotný stav, je zrejme vážnejší, ako predpokladal. To znamená, že toto podvedomie dostáva pacienta do stresu a distresu. Ten sa pridružuje k nastávajúcejmu psychickému napätiu prameniacemu z jeho zmenenej zdravotnej situácie. Hospitalizácia je obvykle pre pacienta zážitkom nového druhu. Tu sa ponúka oblasť, v ktorej sa významne preverí spoluzodpovednosť v tvorivej slobode (Dolista, 2004).

Porovnanie psychickej situácie zdravého a chorého hospitalizovaného pacienta:

Aktivita: zdravý človek je hlavným aktérom vo svojom živote. Pacient, zvlášť hospitalizovaný pacient, je predmetom starostlivosti mnohých ľudí, lekárov, sestier, ďalšieho odborného personálu atď. Títo sú hlavnými aktérmi v jeho živote, nie on sám.

Relatívna nezávislosť: zdravý človek si môže do určitej miery robiť, čo chce, pacient musí robiť to, čo mu určujú iní.

Životný rytmus: zdravý človek si svoj životný rytmus určuje sám, pacient sa musí prispôbiť na životný rytmus, aký mu je predložený v nemocnici, ktorý sa mu často zdá byť nepriro-

dzený a neprijateľný

Sebadôvera: zdravý človek podáva pomerne dobrý výkon v činnostiach, ktoré ovláda, to mu dáva určitú sebadôveru a kladné sebahodnotenie. Pacient musí robiť činnosti, ktoré neovláda, čo znižuje jeho sebadôveru, čo devalvuje jeho sebadôveru.

Sociálna interakcia: zdravý človek žije v tzv. sociálnej sieti svojej rodiny, priateľov, spolupracovníkov, známych, ktorých dobre pozná. Pacient je v relatívnej sociálnej izolácii v nemocničnom prostredí. Stýka sa s pomerne neznámymi ľuďmi a kontakt so známymi má značne obmedzený.

Životné prostredie: zdravý človek sa pohybuje v dobre známom prostredí domova, pracoviska, spoločnosti. Pacient je v nemocnici uzavretý do pomerne neznámeho prostredia, kde mu je všetko cudzie, nové. Prílišná direktivita v niektorých nemocniciach, na ktorú si veľmi často sťažujú naši pacienti, je možno iba druhom obrany. Snahou zastrieť domnelý lekárov neúspech a zlyhanie. Ale prečo? (Svatošová, 2003)

Záujmy: zdravý človek má pomerne stabilizovaný rozsah svojich vlastných, životným kolobehom ovplyvnených záujmov. Okruh záujmov pacienta v nemocnici sa podstatne zužuje, predovšetkým s ohľadom na jeho zdravotný stav a zmeny v ňom.

Zvládanie problémov: zdravý človek pomerne zvládá problémy, ktoré mu život staval do cesty. Vedel ako má reagovať na otázky, ktoré mu boli položené, ako mal reagovať – konať v rôznych problémových situáciách. Pacient svojmu fyzickému i psychickému stavu veľmi nerozumie, stráca nad ním kontrolu a často si s ním nevie rady, nevie, čo sa s ním deje a čo ho čaká. Veľa ochorení, napr. reumatické a alergické ochorenia majú periodický charakter a pacient môže zahájiť alternatívnu liečbu vo fáze výrazného zhoršenia (Pešek, 2003).

Emócie: v živote dosiaľ zdravého človeka prevládali relatívne kladné emócie – radosť a šťastie zo zmysluplného života, ktorého zmysluplnosť človeka do určitej miery chápal. Emocionálny stav pacienta charakterizuje celý súbor negatívnych citov – strach, obavy, bolesť, neistota.

Časový priestor: doposiaľ zdravý človek žil v pomerne širokej časovej dimenzii, s uvedomovaním si minulosti, živej prítomnosti a s pohľadom do budúcnosti. Pacient žije prevažne len a len v prítomnosti, budúcnosti sa bojí. Kontakt s minulosťou je obmedzený a budúcnosť je neistá, problematická.

Mechanizmy psychickej adaptácie. Reakcia pacienta na hospitalizáciu závisí od jeho schop-

nosti adaptovať sa na nové prostredie a od charakteru ochorenia.

Niektorí pacienti sú psychicky traumatizovaní, pričom niekedy nasleduje stav ľahostajnosti a depresie. Pre iných je charakteristická úzkostná reakcia spojená s plačom a strachom.

Vo všeobecnosti je **strach** cit, ktorý sprevádza každého človeka od narodenia. Prejavuje sa v živom vzťahu jedinca k tomu, čo sa deje v ňom, i mimo neho. Zdrojom strachu môžu byť konkrétne predmety, ľudia a vôbec akékoľvek všedné situácie, ktoré spôsobujú nebezpečenstvo (Rybárová et al. 1988).

Medzi úrovňou strachu a bolesťou je priama závislosť. Strach zvyšuje prah **bolesti**. Čím viac je sa chorý bojí, tým ťažšie znáša bolesť. Vnímanie bolesti ovplyvňuje aj nedostatok spánku, nepochopenie, sklúčenú náladu, nechutenstvo, apatiu.

Rozlišujeme štyri stupne bolesti:

1. **bolesť slabej intenzity** – to je bolesť zniesiteľná a pacienta veľmi nezaťažuje. Celkový vplyv na organizmus je nepatrný.
2. **bolesť strednej intenzity** – pacient ju znáša horšie, najmä ak trvá dlho. Pri jej vnímaní sa uplatňuje individuálna citlivosť pacienta na vnímanie bolesti (prah bolesti).
3. **silná bolesť** – pacient ju znáša ako krajinu nepríjemnosť. Sprevádza ju vegetatívny syndróm. Pacient plače, mení sa rýchlosť pulzu, dychu, zvyšuje sa krvný tlak. Pacient sa potí, hľadá úľavovú polohu.
4. **nezniesiteľná bolesť** – typ tejto bolesti ruší všetky psychické zábrany pacienta. Pacient kričí, kope, narieka bez ohľadu na situáciu, do ktorej sa dostáva. Môže vzniknúť obraz šoku. Nezniesiteľná bolesť môže vyvolať skratovú reakciu. Hľadanie etických noriem pre jednanie s nevyliciteľnými pacientami a umierajúcimi vyžaduje od zodpovedných pracovníkov vedomosti na úrovni vedeckých štúdií i poznatky vyplývajúce z klinickej praxe (Dolista, 2003).

Strach sprevádza každé vážne ochorenie. Strach z pobytu v nemocnici, z diagnózy, neznámeho zákroku alebo vyšetrenia a obáv o ďalší osud. Cieľom nie je dosiahnuť, aby sa pacient nebál, pretože strach je prirodzená reakcia na ohrozenie, na pravdepodobnú alebo reálnu stratu hodnôt. Uľaviť pacientovi v strachu predpokladá najprv mu pomôcť, aby sa k nemu nahlas priznal (Svatošová, 2003). Dôležité je, aby pacient spolupracoval pri liečbe, veril v budúcnosť, bol aktívny aj pri trvalom telesnom poškodení či chronickej bolesti. Strach sa nesmie zamieňať s úzkosťou. Ide o podobný pocit, no kým sa pri strachu bojí-

me niečoho konkrétneho, **úzkosť** nemá predmet. Neuvedomujeme si, čo ju spôsobuje. Je určitá a niekedy veľmi intenzívna. Zrýchli sa dych i pulz, zvýši sa svalové napätie, môže sa objavovať chvenie a zblednutie.

Proti strachu bojujeme prítomnosťou v blízkosti pacienta spojenou s priateľnosťou, pokojom, rozhovorom, vhodným zamestnaním pacienta a zvýšenou trpezlivosťou. Ak mu chceme pomôcť oslobodiť sa od strachu, je potrebné vziať ho vážne. Výčitky svedomia mu nevyhovávajú, ale chápať ich ako symptóm (Svatošová, 2003).

Treba si uvedomiť, že každá ľudská bytosť akokoľvek zúbožená si zaslúži rešpekt a úctu.

Adaptácia chorého na nemocničné prostredie.

Prijatie do nemocnice vytrhlo pacienta z jeho bežného života, do istej miery stratil svoje súkromie, nemôže dodržiavať navyknutý denný režim. Je nútený podriaďovať sa požiadavkám hospitalizácie, ktorá naznačuje vážne ohrozenie jeho zdravia, presvedča ho o závažnosti jeho stavu. K tomu sa pripája skutočnosť spojená so strachom, úzkosťou a neistotou pred ďalším osudom z toho, že človek ochorel.

Samotný vstup pacienta do nemocničnej izby je preňho stresujúci. Spôsobuje mnohým šok z prechodu dôverne známeho prostredia do neznámeho, v ktorom často nevládne orientáciu. Väčšinu zaužívaných činností tu pacient nemôže vykonávať. S jednotlivcom sa zaobchádza podľa iných hodnôt a kritérií, na aké bol zvyknutý. Ako nikdy predtým sa zamýšľa nad svojím postavením. Pacient je vyradený zo spoločnosti zdravých a ocitá sa v postavení človeka psychicky a spoločensky podriadeného.

So vstupom do nemocničného prostredia si musí osvojiť svoju novú sociálnu rolu, rolu pacienta.

„Pacient je často chápaný len ako biologická bytosť, je nedoceňovaný ako psychická a spoločenská bytosť. Lekárska a ošetrovateľská starostlivosť neudržala v praxi krok s využívaním poznatkov spoločenských vied, ak sú psychológia, sociológia, pedagogika, etika. Pacient stále viac premýšľa a je informovanejší ako kedysi. Na konkrétne otázky, aj nevyslovené, je potrebné dať pacientovi konkrétnu odpoveď (Svatošová, 2003). Je ochotnejší spolupracovať v starostlivosti o svoje zdravie. Nestojí o to – byť len pasívnym objektom zdravotnej starostlivosti.“ Veľa telesných príznakov je primárne zapríčinená narušenou psychikou (Pešek, 2002). Preto nestačí liečiť len telesné príznaky ochorenia, ale i symptómy duševné, ktoré však nemožno považovať za duševnú chorobu

(Balint, 1999).

Adaptácia na chorobu a pobyt v nemocnici vyžaduje určité obdobie, v ktorom sa pacient postupne vyrovnáva so zmenenými životnými podmienkami. Zvyká si na svoju chorobu a zoznamuje sa s nemocničným prostredím.

Primeraná adaptácia na chorobu si vyžaduje prijímať chorobu ako skutočnosť, ktorú treba rešpektovať. Na jednej strane nepodceňovať a na druhej strane neupadať do depresie, apatie alebo paniky. Vyžaduje to odovzdať sa s dôverou do rúk lekára, sestier, zdravotnej starostlivosti, rešpektovať zásady odporúčanej liečby a životosprávy.

Spôsob neprimeranej adaptácie na chorobu je depresívno-pesimistická adaptácia, pri ktorej pacient reaguje na ochorenie depresiou až žiaľom, strachom spojeným niekedy s obavami z nevyliciteľnosti choroby, prípadne s hypochondrickým sebaopozorovaním. Pacient sa poddá chorobe a astenické city znemožňujú mobilizáciu prirodzených ochranných mechanizmov organizmu, čo napokon sťažuje priebeh choroby.

Odlíšnou formou neprimeranej adaptácie na chorobu je **optimistická adaptácia**. Nie je natoľko negatívna. Pacient môže reagovať na oznámenia diagnózy nedôverou v jej presnosť, no v každom prípade podceňuje závažnosť svojho ochorenia. Neberie svoju chorobu dosť vážne a nepripisuje jej taký veľký dosah, aký v skutočnosti môže mať. Preto zanedbáva liečenie, odmieta sa šetriť, nedodržiava zásady životosprávy, nerešpektuje požiadavky diétného režimu.

Pacientovi treba pomôcť správne sa psychicky vyrovnávať s faktom choroby. Oznámenie a objasnenie jeho stavu je súčasťou tejto pomoci, súčasťou psychologického prístupu k pacientovi. K zlepšeniu adaptácie na nemocničné prostredie môže sestra prispievať kvalitnou komunikáciou, kde je potrebné rešpektovať niektoré všeobecné požiadavky.

Patrí sem:

- **schopnosť empatie** – je to schopnosť vcítiť sa do toho, čo práve pacient prežíva, ako hodnotí seba aj svet, aký je jeho vzťah k nemocnici, k zdravotníctvu a k zdravotníkom a ako ju vníma. Béla Buda vo svojej knihe Čo vieme o empatii hovorí, že Alfréd Adler skúmal pojem empatie, kde cituje z anglického textu minulého storočia: „Empatizovať znamená vidieť očami druhého človeka, počuť ušami druhého človeka a cítiť srdcom druhého človeka“ (Buda, 1988).
- **individuálny prístup** – znamená pri-

spôsobenie nášho správania zvláštnostiam pacienta. To, čo sa môže zdať jednému pacientovi neprijateľné, je pre druhého celkom samozrejmé. Pacient, to nie je len jeho diagnóza, ale človek vo všetkých dimenziách telesnej, duchovnej i sociálnej a vyžaduje si najmä počas choroby a hospitalizácie osobitný prístup.

- **úcta k pacientovi** – pacienta si treba vážiť vždy a za každých okolností ako človeka. Rešpektovanie pacienta znamená ponechať mu určitú autonómiu, má na to právo.
- **pozitívny vzťah k pacientovi** – sa prejavuje vo všetkých rovinách ľudskej činnosti a nečinnosti. Postoj sestry k pacientovi sa prejaví vo výraze jej tváre, pohľade, pohyboch tela, i v odstupe, ktorý v prípade potreby zvolí.

Pri adaptácii chorého na nemocničné prostredie je dôležitý vzájomný vzťah medzi sestrou a pacientom, pacientom a lekárom a v nemalej miere vzťahy medzi spolubývajúcimi (spoluležiacimi) pacientmi.

Vzťah sestra a pacient označujú niektorí odborníci ako medziľudský vzťah, iní ako vzťah terapeutický a ďalší dokonca ako vzťah pomoci, pri ktorej jeden človek pomáha inému riešiť problémy. Základným prvkom je dôvera a porozumenie. Keď pacient nadobudne tento pocit, získa presvedčenie o zmysle pravdivosti a nezaujatosti nášho konania. Veľa záleží na sestre, ako dokáže uviesť pacienta do prostredia nemocnice a „udomáčniť ho“. Pokiaľ je anonymné prostredie, ako sú napr. nemocnice a liečebne, doplnené sterilitou prostredia i vzťahov a z ľudí sa stávajú čísla alebo diagnózy, je naša nádej upnutá na dni, kedy toto prostredie budeme môcť opustiť. Instinkatívne cítime, že doma to bude určite lepšie (Chybová, 2003).

Pracovná činnosť sestry je v dnešnom zdravotníctve oveľa obtiažnejšia a komplikovanejšia, čo vedie sestry vďaľe väčšej samostatnosti. Sestra je zapojená do tímovej spolupráce, kde každý člen tímu má svoje nezastupiteľné miesto (Volný, Tóthová, 2005).

Správne a dobre volený vzťah k pacientovi môže už od začiatku hospitalizácie optimálne pomáhať pri jeho primeranej adaptácii na ochorenie a pobyt v nemocnici. Tímová spolupráca, zahrňujúca i pacienta a jeho rodinu, je nevyhnutná (Svatošová, 2003). Tento ideálny obraz ošetrovateľstva však zatiaľ bohužiaľ nezodpovedá ošetrovateľskej praxi vo všetkých zdravotníckych a zdravotno-sociálnych zariadeniach u nás, pretože v niektorých ešte stále, napriek všetkým snahám o zmenu danej situácie, prevažuje v rutínnej práci sestier tradičné, pasívne a submisívne chápa-

nie vlastnej role v ošetrovateľskej starostlivosti, v ktorej sestra vystupuje predovšetkým ako pomocník lekára a zaistovateľ prevádzky oddelenia. Tieto tradičné postoje sa samozrejme menia veľmi obtiažne, nakoľko sú zakorenené ako vo vlastnom chápaní profesie, tak i v dlhoročnej predošlej orientácii profesnej prípravy (Tóthová, 2005).

Vzťah pacienta a lekára je často veľmi zložitý, plný rozporov – ambivalentný – súčasne kladný, ale aj záporný. Pacient vníma lekára ako zdroj bezpečia, istoty a súčasne ako hrozbu. Na jednej strane je lekár jediným človekom, ktorý mu môže pomôcť, na druhej strane je to niekto, kto vydáva príkazy, zákazy a vynáša nad ním akýsi „ortiel“. Pacient je od lekára závislý tým viac, čím vážnejšie je jeho ochorenie. Pre kontakt lekára s pacientom, ako aj pre správanie sestry platí „zlaté“ pravidlo: „Správať sa k chorému tak, ako by sme boli na jeho mieste.“

Vzájomné vzťahy medzi pacientmi sú dôležitým mechanizmom adaptácie na nemocničné prostredie. Je dôležité, aby si pacienti podľa možností pomáhali, vyhovovali ako spoločníci a navzájom sa tolerovali. Pacienti medzi sebou zvyčajne veľa hovoria, nezriedka sa dobre poznajú a poskytujú si citovú podporu. Nového pacienta na ich izbe okamžite informujú o chode oddelenia, vlastnostiach i zvykoch lekárov a sestier. Často vedú rozhovory o chorobách, pri ktorých získavajú užitočné, ale aj nebezpečné informácie.

Medzi rušivé podnety patria: sociálne podmienky pri hospitalizovaní dvoch, alebo viacerých pacientov v jednej izbe, nedisciplinovanosť, rušenie nočného pokoja neskorým príchodom do izby, počúvanie rádia, sledovanie televízie, či chrápanie spolubývajúcего. Medzi pacientami sa šíri často až panický strach z niektorých náročnejších vyšetrovacích metód alebo liečebných procedúr. Niekedy precitlivý pacient vyvolá strach tým, že zveličuje neprijemnosť až bolestivosť zákroku, inokedy je hrdinom. V tomto ohľade treba mať na pamäti jednu z vlastností citov – citová nákazlivosť – teda úzkostlivý pacient môže túto formu prežívania preniesť na ostatných pacientov.

Záporný vplyv adaptácie pacienta na nemocničné prostredie často zvyšujú:

- **anonymita pacienta** – personál označuje pacienta číslom, alebo diagnózou,
- **nesprávna informovanosť** – pacient dostáva množstvo pokynov, ktoré často nie je schopný si zapamätať. Je úzkostlivý, obáva sa, že nesplní úlohy a očakávania na neho kladené zo strany zdravotníkov. Niekedy sú informácie poskytované zdravotníckymi pracovníkmi nepresné, takže pacient vlastne ani nemá vinu na tom, že nesplnil naše očakávanie.

- **nemocničná prevádzka a lekárske prostredie** – pacient počúva „nemocničný jazyk“. Má pocit, že jeho osobu neberie nikto na vedomie. Zásada súladu nášho vnútorného i vonkajšieho prostredia platí oveľa viac v dobe, kedy dochádza k narušeniu nášho zdravia (Chybová, 2003).
- **pobyt medzi ťažko chorými pacientami** – nový pacient je často prvý raz v živote postavený tvárou v tvár pacientom vo veľmi ťažkom stave alebo umierajúcim, čo vzbudzuje v ňom súcit a obavy z vývoja vlastného ochorenia. Taktická komunikácia – pohladenie na čelo na dobrú noc – to všetko hocikedy plne nahradí slová tam, kde by sme ich ťažko hľadali, kde by mohli skôr zranit' než potešiť (Svatošová, 2002).
- **Izolácia pacienta od bežného života** – pacientov životný priestor sa pri chorobe veľmi zúži. Obmedzený je na izbu, prípadne na posteľ. Často trpí pocitom osamelosti a opustenosti. K dobrej adaptácii prispieva správny prístup nás, zdravotníckych pracovníkov, ktorí sa snažíme uspokojovať potreby chorých počas pobytu v nemocnici. Cieľom je pomôcť chorému adaptovať sa na náročnú situáciu, v ktorej sa ocitol následkom ochorenia.

Reakcia pacientov na zmenenú sociálnu situáciu.

Každá choroba mení, i keď spravidla dočasne, postavenie človeka v spoločnosti – jeho sociálnu situáciu. Pre mnohých znamená choroba nevýhody a hospodárske straty, preto sa snažia čo najrýchlejšie uzdravovať. Pacient má určité práva a povinnosti, ktoré nemá zdravý človek. Musí plniť niektoré príkazy, dodržiavať zákazy a podrobiť sa niektorým obmedzeniam. Hospitalizovaný pacient je uznávaný ako práceneschopný, nemusí chodiť do školy, je zbavený rozličných domácich prác, nesmie cestovať, športovať, niekedy má zakázané jesť obľúbené jedlá, unikajú mu pracovné úspechy, ktoré by možno dosiahol a zábava, po ktorej túži. Je izolovaný od svojho domáceho prostredia i od ľudí, ktorí sú mu blízki.

Tieto obmedzenia ovplyvňujú stav pacienta častokrát viac, ako samotné ochorenie. Vyvolávajú smútok, nepokoj, pocit sklamania, úzkosť a podráždenosť. Niektorí pacienti trpia ticho, nenápadne, iní sa so svojimi ťažkosťami netaja. Hovoria o nich otvorene, sťažujú sa, často „ventilujú“ svoje nepríjemné pocity nepriamo: nepriaznivým správaním k zdravotníkom, niekedy aj hrubosťou, alebo tzv. „sekírovaním“.

Niektorí prekonávajú svoju tieseň prehnanou zhovorčivosťou. Jestvujú jedinci dobre prispôbiví, ktorí sa ľahko spriatelía a nepotrebujú súkromie. Iní, najmä plachí a citliví ľudia, prežívajú pobyt v nemocnici veľmi ťažko a sú šťastní, ak sú umiestnení v izbe s menším počtom pacientov. Sú pacienti, ktorí sú v nemocnici radi a cítia sa tu dobre. Neželajú si, aby ich prepustili domov. Väčšinou sú to starší a osamelí pacienti, ktorí sú svojim príbuzným „na obtiaž“. V nemocnici nachádzajú spoločnosť, ktorá dáva im pocit bezpečia a sebarealizácie. Cítia, že okolie sa o nich zaujíma a akejsi „spoločenskej angažovanosti“. Títo pacienti agravujú, simulujú ťažkosti, len aby nemuseli odísť. Správne reagovať na tieto podnety nie je jednoduché. Musíme sa dlho učiť, kedy a ako dať najavo, že nás správanie pacienta mrzí, alebo kedy prejavy pacienta jednoducho ignorovať, alebo ho napomenúť. Pritom je dôležité udržať si vnútornú rovnováhu a správať sa prirodzene a vždy s úctou k pacientovej osobe.

V každom pacientovi, či už je to pacient dospelý, alebo dieťa, je treba vidieť predovšetkým človeka, ktorý trpí, a práve preto má nárok na to, aby sme sa k nemu správali zdvorilo a šetrne. Ideálne by bolo, keby sme vedeli rozširovať optimizmus, ktorý by pochádzal z našej vlastnej spokojnosti a duševnej vyrovnanosti. V zásade si ale myslím, že dodržiavanie nasledujúcich princípov prístupu zo strany zdravotníckych pracovníkov k pacientovi mu uľahčí adaptáciu na jeho zdravotný stav a nemocničné prostredie, v ktorom sa nachádza:

- Starat' sa o každého pacienta so záujmom, trpezlivosťou a ľudským porozumením pre jeho ťažkosti.
- Mat' úctu voči pacientovi, správať sa k nemu zdvorilo, priateľovo a čo najochotnejšie.
- Venovať zvýšenú pozornosť novoprijatým pacientom, pomôcť im prispôbiť sa nemocničnému prostrediu, zoznámiť ich s nemocničným režimom, pomôcť im zbaviť sa škodlivých obáv a strachu.
- Vykonávať svedomie, presne, spoľahlivo a obetavo všetko, čo je na prospech pacienta.
- Byť pozorný k potrebám pacienta, správať sa voči nemu hlboko ľudsky a vľúdne, mať o neho aj ľudský, nielen profesionálny záujem.
- Byť voči pacientovi vždy trpezlivý, zaobchádzať s ním s pokojnou rozhodnosťou, vedieť sa pri ňom vždy ovládať.
- Vedieť prirodzene a vľúdne odpovedať na otázky chorého a vzbudzovať a udržiavať jeho pokojnú náladu a dôveru v uzdravenie.

- Potláčať rozčuľujúce podnety a usilovať sa odstraňovať škodlivé momenty v nemocničnom prostredí.
- Potláčať vyskytnuté hypochondrické obavy pacienta a najmä hypochondrické sebapozorovanie.
- Odpovedať taktne – s rozvahou – na námietky alebo kritiku pacienta, zariadiť realizovanie jeho oprávnených požiadaviek, v rozhovore nestrácať pokoj a rozvahu.
- Voči pacientovi sa správať čestne a zachovávať diskretnosť v zmysle služobného tajomstva.
- Dbať na dobré vzťahy k spolupracovníkom, nekritizovať pred pacientom svojich spolupracovníkov, zachovávať zdvorilosť, úprimnosť a ochotu vzájomne si pomáhať.

LITERATÚRA

Archalousová, A. 2005: Ošetrovateľský model Callisty Roy v ošetrovateľskom procese a jeho realizace do ošetrovateľské praxe. Nové trendy v ošetrovatelství IV. – Sborník příspěvku z konference s mezinárodní účastí IV. jihočeské ošetrovateľské dny. České Budejovice, str. 9.

Balint, M. 1999: Lekár, jeho pacient a nemoc. Grada Publishing, Praha.

Buda, B. 1988: Čo vieme o empatii? 1. vyd. Bratislava: Pravda.

Dolista, J. 2004: Odpovědnost za lidský život. Kontakt. Roč. VI, č. 2, str. 87 – 98.

Farkašová, D. et al. 2001: Ošetrovateľstvo – teória. Martin, Osveta, str. 106.

Chybová, M. 2003: Komplexní domácí péče. Kontakt. Roč. V, č. 3, str. 185 – 188.

Kondáš, O. 1980: Klinická psychológia, 2. vyd. Martin, Osveta.

Kondáš, O. – Ličko, L. a kol. 1989: Psychológia pri ošetrovaní chorých, 2. vyd. Martin, Osveta.

Křivohlavý, J. 2002: Psychologie nemoci, 1. vyd. Praha, Grada Publishing.

Pešek, R. 2003: Analýza účinnosti metod alternativní medicíny. Kontakt. Roč. V, 2003, č. 3, str. 141 – 150.

Rybářová, E. a kol. 1988: Psychologie a pedagogika. 1. vyd. Praha, Osveta.

Svatošová, M.: Postřehy ze školy, kde se vyučují umírající. Kontakt, Roč. V, č. 3, str. 117 – 121.

Tóthová, V. 2005: Kvalifikace postupu při definici a identifikaci souboru na zjištění kvality ošetrovateľského procesu. Nové trendy v ošetrovatelství IV. – Sborník příspěvku z konference s mezinárodní účastí IV. jihočeské ošetrovateľské dny. České Budejovice, str. 444 – 445.

Volný, H., Tóthová, V. 2005: Rozdíly v motivaci studentů ošetřovatelství Zdravotně sociální fakulty Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích a School of Nursing and Midwifery Studies, College of Medicine, University of Wales k volbě povolení. Nové trendy v ošetřovatelství IV. – Sborník příspěvku z konference s mezinárodní účastí IV. jihočeské ošetřovatelské dny. České Budějovice, str. 460.

Ivica Gulášová
ivica.gulasova@post.sk