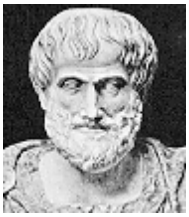
ADAMEC JIŘÍ
FILOSOFICKÝ SEMINÁŘ
KATEDRA TEORIE



PRÁCE S KLIENTEM V NEMOCNIČNÍM PROSTŘEDÍ

PSYCHOEDUKATIVNÍ PŘÍSTUPY NA ODDĚLENÍ LDN

JIŘÍ ADAMEC

BRNO 2025

PRÁCE S KLIENTEM V NEMOCNIČNÍM PROSTŘEDÍ

PSYCHOEDUKATIVNÍ PŘÍSTUPY NA ODDĚLENÍ LDN

JIŘÍ ADAMEC

BRNO 2025

© Adamec Jiří
Filosofický seminář – katedra teorie
IČ 105-48-629/175

Předkládaný text nemá redakční úpravu a korekturní zpracování. Tímto se omlouváme za případné tiskové nedostatky, které mohly uniknout naší pozornosti.

Nic neočekávat za dobré skutky je odměněno
trvalým vnitřním klidem

Nacházíme se v době, která nesnese odkladu. Neustálá masáž psychokurzy, zaručenými školeními, která z absolventů za *pár tisíc korun udělají během víkendu odborníky na slovo vzaté*. Totální naivita zájemců o psychologii absolutně překopala za posledních pár let zcela její vážnost, odpovědnost a co nejhůř, schopnost sebereflexe, být tímto *„odborníkem*" bez doposud jakékoli předešlé aprobace a vlastně jen proto, že se přátelé *jemu* nebo *jí* svěřují se svými problémy. Člověk, který s psychologií - s jejím několikaletým studiem nevyrůstá a rovněž osobnostně nesplyne, zůstává navždy jejím pouhým pozorovatelem, i když se domnívá, že jejímu určení *„rozumí*". Dobrovolnictví je tady základem osobnostního sebe - zocelování v trpělivosti pro práci s klientem, na jakékoli další úrovni budoucího využívání psychologie, pro humánní účely. Je v něm totiž ukryta základní praktická zkouška v níž jedinec obstojí, měřen kritériem, které je zde vždy nesmlouvavě transparentní: klient (pacient) chce nebo nechce vzhledem k sympatii nebo antipatii s dobrovolníkem komunikovat. S rozumným zvládáním takového faktu, se zde potom komunikace s klientem (pacientem), odvíjí buďto jako vlídná, navazující konverzace nebo ne! Je to jednoznačné prostředí pravdy. Co pro to uděláme, je bezvýhradně, jen a pouze v našich rukách.

O B S A H

Úvod

§1. Základní prameny k samostudiu

§2. Osobnostní typy pacientů na odd LDN

§3. Dobrovolník a komunikace s pacientem

§4. Přehled komunikačních témat a dalších aktivit

§5. Současný pohled na neurologii a gerontopsychiatrii

Závěr

Ú V O D

Komunikace u lůžka s pacientem na odděleních *Léčby dlouhodobě nemocných*, tedy *LDN* – jejímž obsahem bývá mnohokrát pokládaný dotaz pacienta: *Jak v životě pokračovat dál…*, vynucený nutností následné péče nebo v hospicích, kde jsou pak nejčastěji tématem limitní otázky spojené s umíráním a smrtí, si vyžaduje jasně a srozumitelně zvládané předchůdné sebe-vzdělávání, jak na úrovni institucionální, tak zejména na úrovni samostudia. Mnohá setkávání nad danými tématy také formou dílčích kurzů, vlastní školení pracovníků a dobrovolníků příslušnými pracovišti, vcelku bohatě strukturovaná literatura, dostupná dnes komukoliv, poskytují odpovídající informativní zázemí každému, kdo se v této oblasti má zájem poctivě vzdělávat a udržovat v dostatečné kondici směrem k aktuálním poznatkům a jejich následného praktického uplatnění. Hovoříme tedy**:** *o současné medicíně, opírající se o respektující přístup, vylučující nekompetentně zavádějící alternativní odbočky!*

Pracoviště, kde lze pak takovou pomoc uplatnit dnes představuje i u nás poměrně široce rozvětvený prostor k výběru**:** ***D****omovy seniorů (bez nebo se zvláštní péčí),* ***P****racoviště zaměřená na odlehčovací služby, také* ***A****lzheimer* ***C****entra,* ***C****entra rané péče,* ***P****sychosociální* ***r****ehabilitační pracoviště při městských nebo okresních* ***Ch****aritách,* ***L****éčebny dlouhodobě nemocných při městských nebo fakultních nemocnicích,* ***M****obilní* ***h****ospice nebo* ***H****ospice fungující na úrovni či v rámci nemocniční péče*, ***P****racoviště věnující se* ***s****pecielně* ***p****ozůstalým – dětem a dospělým*, a dále také nově vznikající pracoviště.

Vyhledávání jednotlivých resortů je vcelku snadné a dobrovolník je zpravidla vždy vítán. Lze nabídnout nejen komunikaci u lůžka nebo s pozůstalými, ale stejně tak komunitní programy, jako například besedy, cestopisy, scénická čtení, rytmoterapie, muzikoterapie a mnohé další. Vskutku, osobní kreativitě zájemce o dobrovolnickou činnost, se zde meze nekladou.

Jiří Adamec
červenec / srpen
2025

§1. ZÁKLADNÍ PRAMENY KE STUDIU SEBEROZVOJE A KOMUNIKACI S PACIENTEM

Každá práce, kterou chce člověk vykonávat dobře, což znamená odpovědně, předpokládá alespoň minimální talent. V případě témat, která zde budeme otevírat je tímto „talentem" zejména přirozený *altruismus*. Slovo altruismus označuje to, že na místo egoismu jedinec respektuje zájmy druhého člověka, často na úkor vlastního pohodlí a vlastních zájmů tedy, že upřednostňuje poskytování podpory tomu jedinci, který se nachází v tísnivé situaci a z hlediska například nemoci není schopen se sám o sebe postarat nebo, že tedy všelijakými zdraví omezujícími okolnostmi jeho situace vyžaduje takovou vnější pomoc, kterou mu lze osobním přístupem poskytnout. Reálný altruismus nekalkuluje s odměnami, ale pouze s dobrým dopadem na úlevu toho, koho se taková pomoc přirozeně týká.

Altruismus potom rovněž znamená: podporu pro zachování zdraví a života, sociálního a hmotného zabezpečení v základních potřebách. Takový altruismus nalézáme ve vybavení jednotlivých zařízení, která lidem ve zdravotní nebo hmotné nouzi poskytují například dočasná zázemí. Sama lékařská péče, kontrolovaná universitami a státem je stejně tak v první řadě altruistická.

Elementárními prameny k samostudiu potom předně jsou:

1. *celková orientace v anatomii člověka*
2. *vývojová psychologie*
3. *psychodiagnostika a psychoterapie*
4. *elementární symptomatologie vnitřních nemocí*
5. *rehabilitační postupy a následná péče*
6. *organizace lékařské péče ve vztahu k veřejnosti*
7. *psychosociální rehabilitace*
8. *psychofarmakologie*

Uvedené studijní okruhy lze potom dle zájmu a potřeby doplňovat podle užších zaměření, spojených s konkrétním pracovištěm nebo specifikátory zvládání svého zdravotního stavu či průběhu nemoci jednotlivým pacientem.

Všechny tyto oblasti zájmů dobrovolník nestuduje proto, aby suploval lékařskou péči k níž nemá žádnou kompetenci, ale aby z podstaty svých vědomostí, z jejich pozadí, zvládal optimalizovat přístup k pacientovi a předcházel tak možným nedorozuměním.

Vedle jmenovaných lékařských okruhů jsou to dále:

1. *dějiny filosofie*
2. *biblická theologie*
3. *dějiny umění*
4. *dějiny literatury*
5. *aktuální sociálně právní přehled*
6. *orientace v digitálních technologiích*

Tato druhá řada námětů, které jsou vhodným druhem znalostí, pomáhá při komunikaci s pacientem nebo s rodinnými příslušníky zejména v udržování pozornosti k praktickým tématům během rozhovoru, správnému pojmenování a vymezení jednotlivých oblastí komunikace, popřípadě racionalizovat směr k bezpečným informacím, jimiž si pacienti či jejich rodinní příslušníci dopomohou snadněji k chápání okolností (například pozitivní motivaci k léčbě nebo sociálně právním krokům). Dále, rozdíl v komunikaci vycházející z obecné orientace v medicínských tématech a komunikace, která si vyžaduje kulturně filosofický přehled je vhodné rozvíjet i v každodenním osobním životě. Nikoli proto, abychom diagnostikovali nebo, abychom vedli akademické řeči, ale pouze z toho důvodu, abychom věděli a měli zásobu informací k všeobecné orientovanosti. Pouze tímto přístupem dosahujeme na lepší úroveň pojmenování toho, co mnohdy pacienti nebo rodinní příslušníci nezvládají.

Nemůžeme rovněž opomíjet sebepéči. Ta je důležitou součástí pomáhajících profesí. Zahrnuje:

1. *rozložení času péče o pacienta (klienta) a vlastní volnočasové aktivity v rámci odpočinku na potřebné díly, tedy – třetinu „dne" (v noci) na spánek, třetinu dne na sebe a soukromí a poslední třetinu na práci; kde je tedy čas na dobrovolnickou aktivitu (?); nelze jinak než občasným „ukrojením" z času na sebe a soukromí…;*
2. *komunikaci na téma dobrovolnictví, podporující vyprázdnění emocí, které bývají jeho častou součástí, nejlépe v kolektivu pravovníků a dalších dobrovolníků v místě, kde se tato činnost odehrává…;*
3. *také sebereflexivní zaujímání racionálních postojů k problémům, které jsou nad naše síly (neléčíme, ale pomáháme pouze optimalizovat pohodlí průběhu a prožitku dne tomu, kdo je nám svěřen do péče)…;*
4. *občas si brát od dobrovolnictví odstup několika týdenními vynechávkami, abychom neztratili kontrolu nad případnou subjektivizací své práce, jejím povyšováním nad úroveň naší reálné kompetence…;*
5. *a samozřejmě již zmíněné sebevzdělávání.*

Nebezpečí, která mohou na pečujícího dobrovolníka číhat, zpravidla zahrnují následující body:

1. *měl/la příliš konkrétní představu o místě, kam bude docházet – neoprávněné kritisující zklamání…*
2. *sám/sama se potýká s emoční nevyzrálostí (18+ věk nerozhoduje)…*
3. *je svým myšlením až přílišně dogmatického ladění směrem na alternativní přístupy…*
4. *nezvládá dodržovat časy a úmluvy…*
5. *apriori negativně komentuje práci druhých…*
6. *není otevřený/ná, vyhýbá se přiznání odpovědnosti…*
7. *má sklon k manipulativnímu jednání…*
8. *nevhodnými dotazy se zajímá o soukromí pacienta…*

9. *má potřebu svoji činnost „morálně" vyzdvihovat a chlubit se jí na veřejnosti…*
10. *nezvládá základní čtyřlístek přístupu:* ***a)*** *trpělivost,* ***b)*** *důslednost* ***c)*** *respekt a* ***d)*** *laskavost*.

Jak z výše uvedeného plyne, je otázka dobrovolnictví o odpovědném zamyšlení o vlastní připravenosti. A nyní k tomu, co jistě právě táhne hlavou tomu, kdo tuto úvodní kapitolu čte. *„Vždyť dobrovolnictví je zejména a přednostně o osobní účasti tam, kde je dobrovolníka zapotřebí, tak proč všechny ty předešlé poukazy?"* Ano, nejsou žádnou povinností, zde hrají roli pouze návodčího směru, pro možnost zkvalitnění práce dobrovolníka. Opakem věci však zůstává fakt, že z osobní zkušenosti vídám nebo se doslýchám o komunikačních problémech, které mají, až s železnou pravidelností nějakou kombinaci nedostků, plynoucích z nezvládání některého z výše uvedených bodů. Deficity v komunikačních náležitostech potom zahrnují všelijaká osobní dotčení, neústupnost, nezvládání nadhledu vlivem nízké informovanosti, která zamezuje chápat širší kontext problému a rovněž tak zdrženlivost v emočních projevech. Ve výsledku nejde o dobro pacienta, ale *„o principy dobrovolníka"*. Málo naplat, také v této oblasti práce je důležitý potřebný díl inteligence, aby se přednostně pacient s dobrovolníkem v jeho přítomnosti cítil dobře.

Tento paragraf chtěl pojednat o pramenech samostudia, komunikaci s klientem a o sebepéči. Závěrečným pojednáním jsme se dostali k problematice nezvládnuté komunikace, jejíž podstatou je zpravidla nízké sebevzdělávání, snížený respekt k danému pracovišti, nezvládání komunikovat s nadřízenými či neúcta k pacientům jako takovým. Žijeme ve 21. století. Svět pro kohokoli, tedy i pro nás a stejně tak pro pacienty představuje jediný pramen vědomostí, kterými vládneme. Naše schopnost komunikovat, předpokládá objem informací.

§2. OSOBNOSTNÍ TYPY KLIENTŮ (PACIENTŮ) A NUTNOST SPECIFICKÉHO PŘÍSTUPU K NIM

U naprosté většiny pacientů LDN je věková hranice 65+ což ovšem, jen málo kdy, nevylučuje pacienty mladšího věku. Tento specifikátor však nutně nemusí platit například u dobrovolnické práce v pařížské nemocnici Salpetriére, kde jste k takové činnosti jako je povídání u lůžka, doprovod mobilního pacienta na vyšetření *ve vedlejší budově* nebo procházka zahradním areálem nemocnice přizváni třeba na oddělení ofthalmologie, kardiologie a jiné, kde jsou samozřejmě naopak častěji pacienti 35+ a zcela výjimečně i mladší. Konečně organisovanost péče tohoto druhu má ve Francii zcela jiná pravidla, která jsou určena vládním dokumentem a spravují jej místní radnice. Tu specificky dobrovolnickou mají na starosti pařížské radnice a zahrnuje přibližné propojení deseti velkých městských nemocnic.

V našich nemocnicích se na oddělení LDN setkávám s muži i ženami, kdy jejich věk mnohdy přesáhl osmdesátku. Stejně tak tomu bývá během mých působení v domovech seniorů nebo alzheimer centrech. Zvláštností jsou potom hospice, kde se věková hranice rozprostírá napříč věkovými skupinami a není třeba se obávat v této souvislosti otevřeně říci, že smrt si vskutku věkově nevybírá. Nic méně, pacientů, kteří po zdárném pobytu na LDN odchází zpět ke svým rodinám, vídám víc.

Osobnostní rozdíly v jednotlivých projevech pacientů LDN jsou značné. Předně je nutné vyzdvihnout, že tito pacienti prožívají stresový čas spojený s jejich neblahým zdravotním stavem, který bývá traumatisující neboť se jedná o bolesti, opakované záněty, výkyvy nálad, ztrátu chuti nechat se léčit, myšlenky na sebevraždu, řešení životních otázek jak dál po amputaci, kdo se o mě postará doma, když mám zřejmé omezení pohy-

bu, a tak dál, a tak dál. Do celé situace vstupuje ještě 2x / 1,5x metru daný prostor *soukromí*, protože nalevo i napravo je zase někdo jiný ve stejné situaci. A do toho všeho nevítaný, dlouhý čas pobytu kde, jak říkala jedna pacientka (86 let – dva měsíce na lůžku a výhledy nic moc): *„Kdyby se mi z toho koukání do stropu dělaly alespoň barevné mžitky před očima, bylo by to zábavnější, než ta žlutozelená nuda*". Nutno dodat, že tato pacientka však nebyla zdaleka nejdéle pobývající v dané nemocnici na oddělení LDN.

Uvedené výčty jsou i tak jen kusé. Detailů, by bylo možné uvádět ještě daleko víc. Co se však povahových projevů a osobnostních rozdílů pacientů pobývajících na odděleních LDN týče, můžeme k jejich specifikátorům přistoupit následovně:

1. *liší se mužský a ženský přístup;*
2. *liší se přístup podmíněný věkem;*
3. *liší se přístup podmíněný předcházejícími zkušenostmi s nemocemi a nemocnicemi;*
4. *liší se přístup podmíněný intelektovým zvládáním nemoci;*
5. *liší se přístup emočním zvládáním zátěže vyvolané nemocí a přijímanými léky;*
6. *liší se přístup pozadím sociálního zabezpečení;*
7. *liší se přístup ovlivněný personálním zázemím zejména v rodině;*
8. *liší se přístup ovlivněný recidivujícími faktory nemoci;*
9. *liší se přístup ovlivněný duševní poruchou;*
10. *liší se přístup podmíněný změnou sociálního statutu, vázaného na pracovní omezení, je-li pacient ještě v aktivní věkové skupině nebo také bezdomovectvím;*
11. *liší se vrozenými osobnostními rysy – extravert, introvert; popřípadě sklonem ke spiritualitě;*
12. *liší se přejímáním nemocniční atmosféry během pobytu, tj. odrazem chování zdravotního personálu.*

MUŽSKÝ A ŽENSKÝ PŘÍSTUP

Co je pod tímto označením na mysli? Muži k pobytu v nemocnici přistupují obecně úzkostlivěji. Vnímají nutnost strávit nějaký čas na lůžku jako životní prohru. Odtud potom z jejich strany plynou vyšší nároky na *„hotelové služby*", které by nemocnice měla splňovat. Celá věc má ovšem obrácenou stranu mince. Většinou se sestrám a lékařům s těmito požadavky, kritikou jejich práce, tedy celkově s nespokojeností nesvěřují. Osobně to vnímám tak, že péči o své zdraví, feminisovaným personálem přijímají podobně, jako by se o ně starala matka, vlastní sestra, manželka. Vyšší respekt mívají z lékařek, žen. Naopak muže lékaře mívají tendenci si naklonit sebeidentifikací, podmiňujícím způsobem, jako například: *„Však my chlapi, víme své, že?!*"

Z jiného úhlu pohledu muži individuálně přistupují ke komunikaci se spolupacienty. Většinou mají tendenci ze začátku navazovat na pokoji kontakt, který však často rychle opadne, neboť témata, týkající se například bolestí nebo psychických traumat nemívají potřebu ventilovat. Jsou stejně tak předmětem tabu a *chlap přeci nefňuká a nesvěřuje se!*

U žen je situace přeci jen jiná. Celkově zvládají nástup do nemocnice ve větším klidu, i když nikomu taková skutečnost žádné psychické blaho nepřináší. Se spolupacientkami, které jsou ochotné komunikovat daleko rychleji navazují kontakt a jsou schopné jej udržovat během celého pobytu, dokonce si předávají adresy a vznikají přátelství. I zde je druhá strana mince, spočívající v tom, že samozřejmě i mezi ženami se nachází nemalý počet těch, které se nehodlají s kýmkoli do jakékoli komunikace pouštět a dávají to svému okolí také patřičně na jevo. To už je, hold úděl důvodů, pro které, aniž bychom je z podstaty znali, některé ženy nemluví.

PŘÍSTUP PODMÍNĚNÝ VĚKEM

Věkové hranice hrají v životě člověka důležitou roli. Každý jedinec si svoji věkovou situaci uvědomuje. A čím je člověk starší, uvědomuje si, že žije jejími dvěma fenomény: *přítomností* a *minulostí*. Přítomnost pacient vnímá zejména jako tělesně vázanou na zdravotní stav, pro který je nucen trávit čas v nemocnici, minulost jest mu předmětem vzpomínek, které se mají tendenci prodírat do přítomnosti a stavět se na první místo sebereflexe. Zde nejsou, potom už mezi muži a ženami žádné rozdíly. Nejčastěji slýchávám, jak během našich rozhovorů u lůžka pacienti s povzdechem konstatují: *„Je mi sice osmdesát, ale v hlavě to vidím tak na dvacet*". Častěji muži, jejichž intimní vitalita přetrvává déle než u žen, tuto skutečnost rádi s humorem konstatují. Ovšem setkal jsem se výjimečně od některých žen, pacientek vyššího seniorského věku, jak *„významně*" ocenily přítomnost mladého lékaře a opět s humorem jim vlastním konstatovaly *lítost* nad již reálně dosaženým věkem.

Ale k jiné věci. Problém let, které pacient má, ohraničuje přístup k léčbě. Čím mladší pacient je, tím je jeho motivovatelnost autonomnější. Naopak s přibývajícími léty má pacient tendenci nad budoucím úspěchem léčby či rekonvalescencí *lámat svoji stařeckou hůl*. Oba přístupy jsou z podstaty pochopitelné. A tak se nejednou také stane, že starší pacient vysloví, jen tak mimochodem větu: *„Nejlepší by bylo, kdyby mě uspali a já už se neprobudil/la, proč tady komu překážet*"*?!* V takových případech je nutné informovat zdravotnický personál a vážnost interpretované myšlenky prošetřit nemocničním psychologem, psychiatrem, ať už bude výsledek jakýkoli. Věk je tedy z jakékoli strany častým předmětem komunikace, zejména když se vzpomíná.

PACIENTOVY PŘEDCHÁZEJÍCÍ ZKUŠENOSTI

Minulost a prodělané nemoci, či pobyty v nemocničních zařízeních, kam můžeme zařadit i pobyty rekonvalescenční a lázeňské, představují pro pacienta pobývajícího na oddělení LDN určitým způsobem kritérium akceptace / neakceptace všeho toho, jak je s ním (s ní) zacházeno. Konečně fakt, že své současné zkušenosti porovnáváme s těmi minulými je bezprostřední součástí naší spokojenosti nebo nespokojenosti s tím, jak se zvládáme na přítomné podmínky adaptovat. A adaptace jakéhokoli druhu je zvlášť o tom, že jsme schopni přijímat reálně přítomné situace s emoční vyzrálostí a s novými výzvami, které na nás kladou. I tak, se během dobrovolnické práce snažíme těmto pacientům jejich úděl ulehčit, například tím, že právě onu adaptační fási urychlujeme komunikací, která zmírňuje výkyvy nálad z nepohody, kterou často, zejména v počátku nástupu na lůžkové oddělení, taková situace pacientovi přináší.

Významného efektu zde docílíme, jestliže se můžeme pacientovi dobrovolnicky věnovat alespoň jednou týdně. Vyžaduje to, zvládnout takový vztah bez přenosových vazeb, tedy bez vytváření si osobních nároků jeden na druhého a zůstat naopak pouze osobně přítomnými v rámci dobrovolnické angažovanosti směrem pro komunikaci, a nic víc.

Příklad: *„Mohu za vámi občas přijít, chcete-li a můžeme probrat cokoli budete chtít. Další setkání navrhuji příští týden v úterý, zase ve stejném čase, pokud souhlasíte*". Schéma – <u>*slíbím*</u> a <u>*splním*</u> zde musí platit jako železný zákon. Nedáváme si telefonní čísla ani jiné kontakty, vše je vystavěno na přirozené, poctivé, osobní důvěře, slíbím, bezpodmínečně dodržím a vykonám. To, že mívají pacienti ne právě dobré zkušenosti s komuniukací ve zdravotnických zařízeních je, bohu žel, časté.

INTELEKTOVÉ ZVLÁDÁNÍ NEMOCI A POBYTU NA LDN

V obecné psychopatologii, zejména u depresí existuje označení jako *ego-syntonní* a *ego-dystonní*. V prvém případě to znamená, že pacient má na svůj duševní stav vědomý náhled, v druhém případě, že nikoliv. S trochou toho mechanistického převedení lze pacienty na odděleních LDN rozdělit rovněž stejným způsobem. Většinou na svoji situaci mají dostatečně racionální náhled a spolupracují; jiní, a těch je mešina, na svoji situaci takový náhled nemají. Nemluvíme zde ovšem primárně o diagnostice nebo dokonce duševní poruše. Využíváme tohoto odborného slovníku jako mnemotechnické pomůcky. Spolupracující pacienti mívají mnohem častěji optimističtější náhled na svoji situaci. Pacienti, kteří nezvádají domysled důsledky své mnohdy neoprávněné kritiky zdravotní péče a svého zdravotního stavu, bývají laděni více pesimisticky. U racionalizovaných pacientů potom také sledujeme schopnost tvůrčí komunikace. Téma střídá téma, dokonce se zajímají o soukromý život dobrovolníka a jsou více otevření. Naopak pacienti, kteří nezvládají domýšlet negativní důsledky svých postojů, mívají pesimističtější až úzkostlivý sebenáhled, což ve výsledku také znamená, že se u nich mnohdy nemocnost projevuje déle trvající rekonvalescencí a chronisujícími dopady na jejich zdravotní stav. Určitá míra zmatenosti je potom již předmětem vlastní psychiatrické, popřípadě psychofarmakologické péče, jestliže pacient nápadně často opakuje otázky, typu: *„Nevím, co tady dělám, chci jít domů*"; *„Proč ke mně stále chodí sestřičky a doktoři, vždyť mi nic není…*", a tak podobně. Výkyvy nálad jsou u druhé skupiny pacientů časté, a tak musíme počítat i s tím, že mohou dát otevřeně najevo i nechuť v konversaci s námi pokračovat. V tomto případě, samozřejmě odcházíme.

EMOČNÍ ZVLÁDÁNÍ NEMOCI A VLIV LÉKŮ

Náročnost pobytu na oddělení LDN se pacientům zvyšuje rovněž i tím, že jsou nuceni pobírat léky. Emoce, které odtud často plynou, mají své nesporné důvody. Jednak farmaka mívají vedlejší účinky (nespavost, nechutenství k jídlu, trávící obtíže nebo problémy s vylučováním, kožní fenomény, celkovou únavu nebo v některých případech také psychomotorickou agitaci či rozostřené vidění). Vzhledem k vysokému věku si tyto vedlejší účinky pacienti sami ne vždycky uvědomují. Nic méně mají zřetelný dopad na jejich emotivitu, která mívá s jejich spojením nejčastěji dvě charakteristiky: **1.** *apatii*, **2.** *podrážděnost*. U apatie vídám při rozhovorech s pacientem jednak snížený zájem, potřebu komunikovat, což má svůj paradoxní znak spočívající v tom, že psychicky o komunikaci či vůbec o osobní kontak pacient zájem má, ale z hlediska vůle a těla jej nedokáže realizovat. Také jeho mysl je pomalá, zahrnuje tzv. *myšlenkovou bradykardii*, charakteristickou nízkým prahem schopnosti vládnout znovuvybavováním, asociační dynamikou a tím i zvládáním sledovat komunikaci v jejím kontextu témat. V případě podrážděnosti pacienti mohou být i verbálně útoční, přecitlivělí na nejrůznější okolnosti (hlasitý hovor na chodbě, puštěná televize na pokoji, „nedostatečnost" v podávaném jídle, na zavolání přes bzučák sestra přichází o něco později…) nebo může vlivem podrážděnosti docházet rovněž k náznakům sebepoškozování jako například trhání nemocničního pyjama přímo na sobě, házení věcmi, a tak dále. Potřebná vlídnost v obou případech je ze zásady vyžadována. Osobní blízkost dělá své. Citlivě zvolená komunikace, kdy pacient popřípadě jen naslouchá předčítání v prvním případě nebo komunikační napojení směrem k tématu, kdy si pacient stěžuje a je tudíž zapotřebí ote-

vřít jeho dynamický rozbor. Jak vidno, můžeme naším přístupem k pacientovi zvolit vždy vhodný komunikační kanál, *komunikační napojení* a dopomoci výše uvedené situace nechat zvládat optimálněji. Otázka změny v nastavení léků se nás kompetentně netýká, můžeme ji však s ošetřujícím lékařem, vzhledem k psychickým projevům pacienta, probrat.

PACIENT A SOCIÁLNÍ ZABEZPEČENÍ

Pod celospolečensky frekventovaným termínem *sociální zabezpečení* je zahrnuta celá řada právních a humánně podmíněných nároků, které si člověk jednak vůči své osobě přirozeně na státní správě vymáhá nebo mu jsou (přiznejme si, že v menší míře) státem přiznána automaticky. Zde s pacienty můžeme narážet během komunikace na jasné překážky. Naše informovanost nemusí být dokonalá, a stejně podobným způsobem se v různých domněnkách o tom, co a jak, kde a ským vyřizovat (invalidní vozíky, příspěvky na zdravotní pomůcky, zdravostní sestra do domu, lázeňská péče, aj.) jako v labyrintu nejasností, nachází i pacient sám. Vskutku tento nepřehledný prostor činí mnohdy z naší komunikace s pacientem stresové prostředí. Naučil jsem se proto zvládat profesně přehled o organisacích, které jsou za dané problematiky zodpovědné, a na ně pacienty odkazuji. Stačí název instituce, její například krajský či zdravotní odbor, atd. To samo klientům pomáhá ve vytváření postupu, kterým je vhodné se vydat, stejně jako fakt, že ošetřující lékař, popřípadě nemocnice mají už pro tyto případy svá oddělení, která spolupracují s pojišťovnami. Víc toho většinou nezmůžeme, a tak mnohdy stačí uklidnit pacienta v jeho takto vzniklé, stresové situaci, potřebnými odkazy s důrazem na asistenční služby, které zde mohou také vypomoct.

PACIENT A PERSONÁLNÍ SOUČINNOST S RODINOU

Téma rozhovorů, které zahrnují povídání o rodinných příslušnících, bývá vedle obecně interpretovaných významných životních událostech, jedním z nejčastějších. V takových situacích je důležitá empatie a správně nastavená naše taktika přístupu k jednotlivým tématům. Mnohdy se jedná vůbec o podstatu toho, proč s pacientem trávíme společný čas, neboť jeho rodinné a partnerské, ale i jinak osobní vztahy, nebývají na právě uspokojivé úrovni. To se potom promítá do možných výkyvů nálad, popřípadě projevovaných emocí, jakými jsou smutek, poplakávání, naopak také radost, a to během jedné návštěvy, střídáno v poměrně krátkém čase. Schéma těchto projevů se může týkat nejrůznějších dramat jako jsou zkušenosti s dětmi, rozvody, úmrtí blízkých nebo naopak příchod vnoučat, významné životní události jako je svatba, dosažený titul po úspěšném studiu, a další. V těchto komunikačních oblastech je nutné zachovávat rozumný odstup a nepouštět se do hlubokých rozborů nebo mít za cíl pacienta vyléčit z traumatu, který nám v citovém pohnutí sděluje. Je zde totiž ještě jedna významná oblast, kterou můžeme s pacientem komentovat, jestliže nám na otázku, zda *za ním/za ní* občas chodívá na návštěvu do nemocnice také někdo z rodiny odpoví, že nikoli, protože to v rodině vztahově prostě neklape. Není vhodné dávat najevo příliš velké překvapení a vynášet svoji účast jako nějakou náhradu takové ztráty. Tu totiž nikdy nenahradíme. Také zde jen opatrně našlapujeme, a pokud se pacient chce rozpovídat, je to jen dobře, ale neposouváme sami zbytečně emotivním přístupem pacienta dál, než-li je stylem verbalizace a hloubkou tématu tam, kde je. Měli bychom si být vědomi toho, že pacient nám sděluje svůj životní příběh a tím také, jednou provždy zůstane.

PACIENTI S RECIDIVUJÍCÍMI FENOMÉNY NEMOCI

Výrazná nespokojenost je patrná u pacientů, kterým se jejich nemocnost a pobyt na odděleních LDN prodlužuje vlivem recidiv. Není vhodné plané utěšování, ale naopak podpora v pokračování předepsané léčby. Můžeme se dotázat pacienta na prognózu, kterou mu/jí vyslovují ošetřující lékaři a pomoci vlídným slovem poukázat na možné logické důvody, pro které se recidiva vyskytuje. Prodlužování léčby je vždycky stresující. A v některých případech se pacient může nacházet i v takové tísni, která spoluzahrnuje nebezpečí spojené s amputací končetiny nebo trvalé následky zvyšující riziko trvalé invalidity. V tomto ohledu mladší pacient tuto skutečnost prožívá dramatičtěji, neboť to znamená ohrožení pracovní schopnosti, výdělku a celkově dosavadní životní úrovně. Starší pacienti bývají v podobných situacích přeci jen smířlivější a někdy takové okolnosti komentují víc odevzdaně, například: *„No co, už jsem si v životě užil/la, tak se teď musím podvolit osudu!*" Někteří pacienti však takové chvíle zjištění prožívají šokově. Jsou zamlklí, negativističtí, prožívají trauma s nímž si jen tak neví rady. Ošetřující lékaři samozřejmě ví, jak s těmito pacienty komunikovat a psychická podpora je jím rovněž odborně poskytována. Tak, jako tak, není od věci rozmluvit s pacientem pozitivní výhledy: koníčky, záliby, nové možnosti seberealizací, dokonce i fakt, že lze takovou skutečnost přijmout jako cestu ke zdravé sebereflexi a změně životního stylu. Otevřenost a pravdivost v takových případech přináší víc úlevy, než jen pokyvování hlavou nad smutným osudem pacienta, který má tendenci sám si takovou sebelítost navozovat. Racionalita může vázat pacienta ke kontaktu s praktickou existencí a poskytovat takový sebenáhled, který jej napojuje na reálně dosažitelné možnosti každodenního života.

PACIENT NA ODDĚLENÍ LDN S DUŠEVNÍ PORUCHOU

Pacienti s reálnou duševní poruchou se vyskytují na odděleních LDN rovněž. Pokud vezmeme jako příklad psychofarmakologicky léčené alzheimeriky, parkinsoniky, závislé pacienty nebo schizofreniky, depresivní pacienty, pacienty s poruchou příjmu potravy či s panickými atakami nebo s poruchou osobnosti, jejich zastoupení zde také nalezneme. Pokud je to však jen trochu možné a lůžkové oddělení psychiatrie jako součást nemocničního komplexu jejich pobyt zvládnout může, pobývají právě tam a to, co spadá do ošetření vyžadující si specializaci LDN, určený lékař ve spolupráci s psychiatrem řeší vytvořením plánu, podle kterého se pacientovi věnují. Osobně se nejčastěji setkávám s alzheimeriky, depresivními a úzkostnými pacienty a s pacienty s poruchou osobnosti. Alzheimeričtí pacienti kladou nárok na zvládání jejich časté desorientace místem a časem, parkinsoničtí pacienti vyžadují podporu v samoobslužnosti, depresivní pacienti podporu navozování pozitivní nálady (pozitivní perspektivy), úzkostní pacienti se manifestují sníženou adaptabilitou na nově přicházející změny v přístupech léčby, pokud si to její průběh vyžaduje, a u pacientů s léčenou poruchou osobnosti jsou to obtíže spojené nejčastěji s rigidní kontrolou, domáhajících se navýšené pozornosti k sobě samým, ze strany lékařů a ošetřujícího personálu. Komunikace je potom s každým z těchto pacientů jiná. Alzheimerik a parkinsonik samostatně nespolupracují a jsou proto nutné častější kontroly u lůžka, depresivní pacient komunikuje směrem k negativismu všeho a všech, co se zejména vlastního průběhu péče týká, úzkostný pacient a pacient s poruchou osobnosti mívají shodně sklon k hypochondrii. Zájem všech těchto pacientů o kontakt s dobrovolníkem závisí od nálady, a bývá proto méně častý.

PACIENTI ZE SKUPINY BEZDOMOVCŮ

Na předešlou poznámku o pacientech s duševní poruchou můžeme tady volně navázat krátkou poznámkou o bezdomovcích. Jedná se o skupinu pacientů, u kterých se vyskytují specifické zdravotní, recidivující a chronisující obtíže, zásadním způsobem zasahující do jejich *„kvality života*", stejně jako specifické diagnósy s nimiž podstupují mnohdy dlouhodobou, náročnou léčbu. Abychom byli konkrétní, jsou to zejména žilní záněty, amputace dolní končetiny nebo gastroenterologické obtíže, komplikované poúrazové zlomeniny, kardiologické diagnósy, cévní mozková příhoda nebo hepatitida, aj. Významnou součástí problematiky léčby jsou alkohol a drogy. Zpravidla se jejich detoxikace odvíjí pozvolna v součinnosti s léčbou, která je však těmito vlivy značně narušována, neboť v nemocničním prostředí nemusí být dohled natolik účinný, aby nedošlo k opakovanému zneužití situace a pacient si alkohol nebo drogu neaplikoval. Vedle těchto faktorů je to z hlediska psychiky také nejčastěji nějaká varianta poruchy osobnosti. Mívá buďto latentní nebo manifestní podobu. U latentní agresivity může docházet k sebepoškozování na méně přístupných místech těla tak, aby to ošetřující personál nezjistil, dále manipulace s odebíráním léků (předstírání jejich pravidelné konzumace), podobně se stravováním. U manifestních poruch osobnosti jsou pacienti z řad bezdomovců nejčastěji charakterističtí svojí obhroublostí, sexismem vůči zdravotním sestřičkám, nabádáním spolupacientů k nejrůznějším způsobům přestupování morálních hranic během pobytu na odd. LDN, a tak podobně. V komunikaci s dobrovolníkem zpravidla chtějí vypadat jako oběti systému a žádají třeba i nějakou službu, jako je půjčování peněz, dočasné ubytování atd. Škála je tedy široká, ale komunikace jim často pomáhá.

PACIENTI SE SKLONEM K RELIGIOZITĚ

Je samozřejmostí, že tam, kde se setkáváme s nemocí, setkáváme se i s nadějí. Lze ji rozdělit na dvě části. Jednu formu naděje prožívá pacient sám, druhou formu naděje v sobě uchovává rodinný příslušník. Velmi často jsou to však dvě odlišné naděje. U té, kterou prožívá pacient vysokého stáří je to zájem bezbolestně ukončit utrpení z nemoci rychlým odchodem z tohoto světa, a u té naděje, která se týká rodinných příslušníků je to naopak nejčastěji zájem po tom, aby nastal nějaký ten *„boží zázrak"* a jejich maminka – babička, tatínek – dědeček se uzdravili, a byli tu s nimi ještě dlouhá, spokojená léta. Oba přístupy jsou lidsky plně pochopitelné a je zřejmé, že i emoční směs vnímané reality, mnohdy i bezvýchodiskovosti u rodinných příslušníků se prolíná s otázkou: *„Co kdyby…?!"* Také dobrovolníka se samozřejmě dotkne situace, kdy po pravidelných návštěvách a příjemné komunikaci s pacientem na odd. LDN přijdete automaticky na pokoj č. (…) a postel je prázdná, protože okolnosti byli rychlejší, než-li se k vám zpráva o úmrtí pacienta dostala. Pacienti se spirituálními sklony mívají mnohdy otevřenější přístup k otázkám smrti a uchovávají častěji v sobě také cestu k altruismu, jako je například *odpuštění*. To se ukazuje již během našich rozhovorů s nimi. Čteme si na jejich výzvu u lůžka části Bible, hovoříme o tom, co všechno by si přáli, aby se dělo po jejich skonu s jejich blízkými, a tak podobně. Je nutné se na takové rozhovory připravit. Konečně, u nemalého počtu pacientů na odd. LDN, lze blízkost odchodu pacienta vytušit. Nelze však nic dávat na jevo a rodinné příslušníky je nanejvýš vhodné posilovat v jejich naději v dobrý vývoj léčby, pokud v něj doufají. U rodinných příslušníků, vnímajících aktuální stav *„svého pacienta"* jako nevratný, zůstáváme neutrální.

PACIENT NA ODD. LDN A JEHO ODRAZ ATMOSFÉRY CHOVÁNÍ ZDRAVOTNICKÉHO PERSONÁLU

Každé pracoviště LDN má svoji personální filosofii přístupu k pacientům. Obecně je samozřejmě zdraví a dostupné pohodlí pacientů na prvním místě. Čím je toto pracoviště větší, co do počtu lůžek, může se individuální péče lišit od pracoviště s méně lůžky. I tak se lze setkat s tím, že jsou zdravotníci více nebo naopak méně individuálně vůči pacientům angažovaní. Taková skutečnost už platí podle toho, jakou vlastní povahu pečující zdravotník má. Svá specifika individuálního přístupu potom mají rovněž pracoviště LDN, kde je zdravotní personál doplněn řádovými sestrami. Na mnohé pacienty taková skutečnost působí velmi pozitivně a je fakt, že teologická výbava těchto zaměstnanců vytváří a udržuje v obsahu jejich přístupu podporující atmosféru. Pacienti však dobře vnímají nálady, kterými zdravotníci jednotlivě nebo jako kolektiv prochází. Jestliže si tým, ne ve všem rozumí, a na jeho náladě je vidět, že každý jednotlivě pracuje do výše svého platu, pacient to zachytává jako odbývání, neboť jakýkoli kontakt se zdravotníkem potom probíhá pouze na úrovni předepsaného úkonu a nic víc. Takový přístup vytváří mezi zdravotníkem a pacientem pouze úkonový stav. Někdy proto slýchávám, že sestra příjde, jen mezi dveřmi se zeptá, je-li všechno v pořádku, zda pacienti něco nepotřebují a, aniž by komukoli věnovala oční kontak nebo více individuální pozornosti, opět mizí za zavřenými dveřmi. Jindy se podobná situace odehraje tak, že zdravotník vtrhne do pokoje, vysekne větu o zadýchaném prostoru, otevřene okno a odchází. Pacienti se cítí jako malé děti. Podobných přístupů by bylo možné popsat víc. Naštěstí jsou to jen vyjímky a pacienti si v tomto ohledu spíše chování zdravotníků pochvalují.

§3. DOBROVOLNÍK A KOMUNIKACE S PACIENTEM NA ODDĚLENÍ LDN

To, zda má komunikace s pacientem na odděleních LDN nějaká pravidla je stanoveno výhradně volností tématu, aktuální potřebou pacienta a vysokou humanitou přístupu dobrovolníka. Zcela optimálním přístupem je, jestliže se komunikace hned od začátku odvíjí od zcela přirozených okolností. Někdy může pacient sám rozvázat bez jakékoli výzvy: *„Setra mi ráno říkala, že by jste se za mnou stavil, rád jsem souhlasil. Je to tu dlouhé! Chodíte na ryby?*" A je o čem povídat. Náš věk a předešlé zkušenosti by měli poskytovat dostatek komunikačního, tematického zázemí. A pokud nechodíte na ryby, nevadí, najdete společnou řeč v jiné oblasti zájmů. Situace však může být zcela opačná. Pacientka vás ráda uvítá podáním ruky a dál pronese větu: *„Já nevím, o čem si mám s vámi povídat!*" Přitom v očích pacientky nalézáte zvědavost, a tudíž zvolna začínáme rozvazovat například vlídným dotazem: *„Co bylo dnes k obědu?*" On už se pacient *„chytí*", jak se říká! Pomáhá pro rozvázání řeči například i to, když od vrchní sestry víme, *kde* pacient celý život pracoval. A pokud se shodujeme i místně, není třeba se obávat, že by téma ve shodě námětu povídat si, nepřišlo. Představme si konečně i jinou situaci, kdy je pacient vskutku již jednoznačně jen minimálně schopen vlastního pohybu, zírá do stropu s otevřenými ústy a my máme dojem, že už zbývá snad jen zavolat sestru, aby zapsala s ošetřujícím lékařem čas skonu. Tento obraz, který zde uvádím nechce být ničím jiným, než popisem reálné situace v níž se lze spolu s pacientem na oddělení LDN nacházet v podstatě kdykoli. Přistoupíme k lůžku, oslovíme takto vypadajícího pacienta a ten nám s trochou té námahy zcela srozumitelně odpoví: *„Dobrý den, já se nemohu moc hýbat, ale můžeme si povídat, děkuji*" (96 let, vliv sedace,

aby se příliš neprojevovala bolest a pacient mohl alespoň přijatelným způsobem fungovat). A tak si povídáme, pomalu, bezespěchu s maximálním ohledem na pacientův stav a také v empatii na jeho věkovou stránku s jednoznačným předpokladem, a to vzpomínat na dávnější časy. Do komunikace lze vložit otázku, kdo za pacientem chodí (aby se minulost a přítomnost provázaly). Často pacienti v tomto stavu překvapují paměťovou výkonností. Pozvolna jejich řeč totiž zesiluje tokem vzpomínek a jejch motorika se zrychluje. Je to skutečný zázrak propojení slova a myšlenky. Jedna pacientka, kterou jsem měl tu čest komunikovat měsíc před jejím skonem v podobné situaci, plyně rozvazovala v němčině, stejně jako v češtině, živě vzpomínala na dětství s otcem v předválečné Vídni a stále tímto způsobem jenom překvapovala. V jiných případech hrajeme například také šachy, piškvorky, dámu, společně sledujeme soutěžní pořady a živě se *„účastníme*", mnohdy k mému studu, když vidím, kolik toho pacienti vědí nebo popocházíme areálem, posedáváme na lavičce v jiných případech si pacient i zakouří (nekomentujeme, jeho soukromí jest nám svaté). V jiných případech jsou pacienti na pobyt v LDN připraveni nebo jim vypomáhá rodina a mají sebou fotografie. Ty často slouží jako téma k povídání. Sami můžeme u svěžejších pacientů přispět například prohlídkou fotografií z cest, kdy použijeme ke zvětšení produkce vlastní počítač, popřípadě jsem si před nějakou dobou opatřil i přenosný dataprojektor a stalo se již, že byl mezi Vánocemi a Silvestrem pacientům takto zrealisován cestopisný pořad, promítáním na stěnu. Naší kreativitě se tedy meze nekladou. Vždy je zapotřebí mít na paměti fysickou a psychickou mobilitu pacienta, která bude schopná, podobné naše záměry akceptovat a těžit z nich potřebné osobní uvolnění. Pouze takový zájem - je z naší strany žádoucí.

§4. RÁMCOVÝ SEZNAM KOMUNIKAČNÍCH TÉMAT A DALŠÍCH AKTIVIT S PACIENTEM NA ODDĚLENÍ LDN

- vzpomínky z dětství
- prohlídka fotografií
- četba (romány, Bible, časopisy, noviny)
- povídání o zaměstní
- povídání během vycházky po areálu nemocnice
- recepty a jídlo
- cestování, které v minulosti pacienta zaujalo
- o umění
- o dětech
- o politice
- o mužích a o ženách
- o zdravotních problémech
- o vojně
- o ideálech a jejich „naplnění v životě pacienta"
- filmy
- seriály v televizi
- stolní hry
- o společných známých
- o důležitých lidech v životě pacienta
- posedět a jen tak mlčky strávit čas sledováním televize
- doprovodit do nemocniční kantýny nebo nakoupit
- nechat si nadiktovat dopis, a po zápisu odeslat
- zahrát na foukací harmoniku a pobavit se
- pomoct s orientací při obsluze chytrého telefonu
- v oblasti sociálního zabezpečení pacienta nasměrovat
- také v přítomnosti rodinných příslušníků být na pokoji součástí jejich společenství, pokud to sami iniciují
- promítnou fotografie z vlastních cest na počítači
- přinést pacientovi z dobré vůle časopis, vodu, něco na zub, pokud to dietologická situace dovoluje…

§5. SOUČASNÝ POHLED NA NEUROLOGII A GERONTOPSYCHIATRII

Abychom dostáli jisté hlubší podmíněnosti našeho záměru, pro který je tato knížka zájemcům o dobrovolnictví na odděleních LDN vyhotovena, pohlédněme na současný stav neuro-gerontopsychiatrie, a to, porovnáním témat českých a výběrem i některých zahraničních autorů. Jako první publikaci lze zmínit: Zdeněk Kalvach a kol., ***Medicína dlouhodobé péče***, Praha, Grada, 2025, 330 stran. Jedná se v podmínkách naší odborné literatury o významný titul. Autor je známý již svými dřívějšími publikacemi z nichž například ***Geriatrie a gerontologie***, Praha, nakl. Grada, 2004, (512 stran), získala ocenění za nejlepší publikaci nakladatelství. Kniha: *Medicína dlouhodobé péče* má encyklopedický rozsah. Věnuje se problematice *zdraví a dlouhodobé péči, posuzování zdraví v průběhu dlouhodobé péče, náročnosti sociálního přístupu k problémům spojeným se zdravím a pobytem na odděleních LDN, ale nevyhýbá se v těchto souvislostech, věnovat rovněž tak problematice dětské mozkové obrny, epilepsii, mentálnímu postižení, těžkým stavům autismu, komunikaci či tzv. naturaci pacientů* zařazovaných do pobytu na odděleních LDN. Celou knihu nepřehlédnutelným způsobem protíná významně ucelené téma etiky a kompetencí. Pro lepší přehlednost základních témat, která autoři v knize interpretují si můžeme udělat ukázku z presentace uvedené na internetu nakladatelství, str. 15 - 16:

- *kultivovat poskytované služby*
- *zvyšovat kvalifikovanou prestiž*
- *správně aplikovat komunitní, ambulantní, terénní a ústavní služby*
- *zachovávat a podporovat funkční stav pacienta*
- *udržovat a zlepšovat kvalitu života pacientů a rodin*
- *zachovat ekonomickou udržitelnost podpory*

- *zvýšit rychlost a dostupnost podpory*
- *dbát na účelnost vynakládání prostředků léčby*
- *zavádět koordinátory péče*
- *podporovat léčbu v přirozeném domácím prostředí*
- *podporovat pečující v rodinách*
- *využívat pro odlehčení moderní technologie*
- *podněcovat k multidisciplinární komunikaci zaangažovaných pracovišť na léčbě pacienta*.

Dobrovolnictví potom, samo o sobě, autoři interpretují následovně: *dobrovolníci jsou výraznou pomocí v neziskových organizacích, v nemocnicích i v sociálních službách. Uplatňují se např. v respitních a odlehčovacích službách pro pečující rodiny nebo formou společnictví u osamělých křehkých lidí zvláště pokročilého stáří (rozmlouvání, předčítání, doprovázení na procházkách). Další informace poskytuje např.* ***Hestia*** *www.hest.cz s informačním portálem www.dobrovolnik.cz či* ***Dobrovolnické centrum*** *(www.dcul.cz)*; tamtéž str. 22 – 23.

Abychom tedy chápali správně daný přehled témat, která zde autoři knihy uvádí. Jedná se o zásadní oblasti podpory subjektivního prožívání nemoci, mnohdy sycené bolestmi, strachem o život, o zdraví jako takové, o budoucnost pacienta. Jedná se tedy o ***emočně prožitkové*** a ***existenciální téma***, které si zasluhuje dostatečnou individuální péči a přístup. V konkrétních případech, jako je podpora rodiny, stačí dobrovolnická angažovanost podílející se už jenom na takové pomoci, která poskytne, jak už bylo i výše zmíněno prostor k nákupu, úklidu, popřípadě chvilkové volnočasové aktivitě, aby se rodinný příslušník měl možnost k činnosti s pacientem v domácím prostředí dostatečně rehabilitovat pro její další pokračování. Ž-88, hrávali jsme karty, při nichž jsem byl pravidelně obrán o všechny sirky**;** M-79, jezdívali jsme do parku a hráli petang**;** nebo jsme (Ž-81) vyráběli také kožené náhrdelníky, pro rodinu a sousedy.

Všechny uvedené aktivity pomáhají pacientům překonávat nekonečný čas, mající tendenci upadávat do nudy a pozvolné ztráty smyslu každodennosti. Po neuropsychiatrické stránce samozřejmě funguje základní kolečko podnětových stimulátorů, které naším přičiněním pacientům přináší optimální množství *dopaminu*, což snižuje celkovou, fysickou skleslost *(depresi)*, stejně jako optimalizací aktivit navozujeme pacientovi přijatelnější produkci *serotoninu*, což má potom za následek umenšení střídání nálad a zejména snížení potřeby upadat opět do negativních emocí, jejichž výsledkem bývá, jak jinak, než-li opět *deprese*. Pravidelností návštěv, které jsou pro pacienta na lůžku nebo na invalidním vozíku důležité, pomáháme vytvářet stabilisující prvek ve vystavovaných mantinelech, což pacientům pomáhá dále vnímat každodenní život se svým řádem, kterému mohou důvěřovat, a těšit se z něj.

Ladislav Kabelka a Magdalena Chvílková Weberová vypracovali s kolektivem dalších spoluautorů téma ***Syndrom křehkosti*** *(Indikace péče, podpora života v nemocnici, komunikační dovednosti)*, Praha, nakl. Grada, 2022, 340 stran. Jedná se o publikaci, která je vhodná jako průsečík napříč všemi medicínskými obory, které mají co dočinění s odděleními LDN. Kniha zahrnuje nejen popis *frailitních (křehkých)* pacientů a zejména typických diagnós pro tuto oblast, ale konkretisuje rovněž syndromologii *frailty: únava pacienta, dušnost, horečka a pocení delirium, poruchy spánku, závrať, bolesti hlavy, epilepsie, kašel, anorexie a kachexie, ascites (tekutina v břiše), zácpa, střevní obstrukce, anemický syndrom, trombóza, svědění, deprese, úzkost a panika…* (str.143 – 232).

Kromě toho, je důležitou součástí přístupu k pacientovi rovněž správně chápaná prognósa a na základě toho vedený postup léčby. I když s tímto tématem samo-

zřejmě jako dobrovolnící do kontaktu nepřicházíme, není od věci takové informace mít zejména z toho důvodu, abychom věděli, jaké následné dobrovolnické kroky můžeme pro pacienta zvolit. Příklad: ošetřující lékař sdělí, že pacient má před sebou několik dlouhých měsíců, aby se uzdravil, potom můžeme v případě osobní shody s pacientem sami zvážit, do jaké míry budeme s pacientem pravidelně v kontaktu.

Křehkost znamená vlastně co? Je to spousta okolností, které pacientovi vstupují do kvality jeho života. O některých již byla výše zmínka. Dále tedy například**:** pacient trpí bolestmi a jen, tak-tak pod vlivem silných sedativ dává na jevo, že by si rád popovídal a zahnal trochu času právě tímto způsobem. Občas se pacientovi při pohybu postiženým místem zkřivý tvář, na chvíli umlkne, než bolest poleví, zčervená, a po té pokračujeme v hovoru dál, jako by se nic nestalo. Špatná reakce z naší strany, jak to u začínajících dobrovolníků často vídám, by byla, pokud bychom kopírovali průběh dané situace stejně jak to dělá pacient (skřivýme ústa, vydáme společně s pacientem tichý sykavě útrpný nádech, a do toho vložíme do prostoru ruce, které chtějí pomoci, a vlasně nepomohou), popřípadě dobrovolník v daný okamžik ze židle vstane a má se v pohotovosti k fysické pomoci k níž, ale nedojde, opět se usadí a hovor může pokračovat. Uvedené reakce dobrovolníka jsou v tomto případě zcela nevhodné. Pacient ví, že si může sestru zavolat *bzučákem*; v naprosté většině podobných situací je dobrovolník přítomen něčemu, co pacient *zvládá úspěšně* několikrát denně. Přístup dobrovolníka, který není schopen nabídnout reálnou úlevu, jako je kopírování krátkého okamžiku probíhající bolesti naopak poskytuje dané chvíli atmosféru napětí a zjevné bezmocnosti toho, kdo se takto nezvládaným způsobem o něco, jako spoluúčast na nepříjemné chvíli, podílí. Je

proto daleko optimálnější nechat vcelku bez osobní reakce takový moment proběhnout, dokonce i několik desítek sekund pacienta vydechnout a uklidnit, a po té stačí jen dotaz, zda nechce podat čaj, zda budeme v rozhovoru pokračovat (konečně lze s pacientem udělat dohodu typu: *„Kdyby Vám moje návštěva dnes nebyla vhod, tak si řekněte, ať zde nejsem na sílu a vy se zbytečně nepřemáháte*"). Někteří pacienti vás nechtějí urazit a tak i přes značné přemáhání vám chtějí dopřát čas, díky kterému máte nabýt převědčení, že vaše cesta za ním nebyla marná. Ano, sdělujeme si tady již vskutku detaily, které jsou rovněž přímou součástí dobrovolnické práce u lůžka pacienta.

Za významnou kapitolu v předložené knize také považuji tu, kde se pojednává o psychologických a spirituálních aspektech komunikace (str. 353 an). Tato kapitola má mnohá pozadí, která se týkají jak dobrovolnictví s pacienty, stejně jako s rodinnými příslušníky, popřípadě pozůstalými. Ať jakkoli jinde, bývají emoce spíše zátarasem k možnosti správně racionálně nastaveného chápání okolností, jsou naopak v těchto případech vítány. Pacient, který nahlíží svůj stav jako daný a bez šance vyléčení (např. několikrát opakovaný onkologický syndrom s trvale ubírajícími silami), popřípadě se subjektivně zahlédnutým koncem života, což je zcela možné a z pohledu toho, koho se taková okolnost týká jen stěží vyvrácení schopné, tam je spoluúčast na takovém průběhu emočně jistá, ale neměla by být pro nás komplikací. Naopak se očekává pevnost ustání takové situace s podporou směrem k pacientovi i rodinným příslušníkům, setkáme-li se takto u lůžka všichni a rodinní příslušníci dokonce takovou spoluúčast, vzhledem k naší předchozí známosti s pacientem sami iniciují. Pacient zpravidla pohledem dává na jevo, kdo mu/jí má být nablízku, drží se za ruce, chvíli to můžete být i vy, *„a od-*

chází". Lékař nebo zdravotní sestra (bratr), kteří jsou v takových momentech rovněž účastni, monitorují situaci. A je-li chvíle přesně *v bodu, kdy se naplnil čas pacienta*, většinou také spontánně, někdo z rodiny nebo to můžete být opět vy, na čemž se domlouváte předem, kdo pronese tichou modlitbu. Měl by to být výňatek z Bible. Je na každém, co vhodného si vybere. Popřípadě můžete nabídnout svá vlídná slova, která vskutku jen krátce danou chvíli smutku doplní. Pokud jsem vyzván, potom z mé strany to mnohdy bývá např.: *„Ať od této chvíle provází našeho zesnulého/zesnulou už jen klid a láska, amen*." Otázka, jestli si rovněž popláčete je v takový moment opět jen na vás. I mě se občas hrnou slzy do očí, i když se jedná pouze o osobní lítost nad ztrátou života. Jindy se to neděje vůbec. A jak se zkušenosti hromadí, stává se to čím dál méně. Utírat si oči kapesníkem či *usmrknou* je také vpořádku. A pokud se někdo z rodinných příslušníků emočně hroutí, je ve svém projevu hlasitý, nastal přesně ten okamžik, kdy bychom měli být nápomocni v této druhé části průběhu situace. Nabízíme objetí, chvilkové vystoupení z místnosti, a možná opět nějaké to, útěšné slovo: *„Je hezké, že jste byl/la v poslední chvíli s…*" Vše je nutné přizpůsobovat tomu, co právě probíhá, například modulací hlasu, přiměřenou a často jen naznačovanou haptikou, atd.

Tím mnohdy situace nekončí, do věci vstupuje lékař aby vše potvrdil, udělají se nějaká formální seznámení s tím, co a jak dál, a po té se rodinní příslušníci chtějí ještě jednou se zesnulým v nemocnici rozloučit. Mají mnohdy potřebu si se mnou o duchovních tématech povykládat. Všechno jde bokem. Témata jsou různá**:** *dobro a zlo, morálka obecně, věci mezi nebem a zemí, spiritualita a zásvětno a hlavně spousta emocí*. Zde je vhodné býti připraven. Mnohé tady záleží už jen na nás. Čím klidněji můžeme vystupovat, tím lépe.

Třetí publikace, která má přímý vztah k našemu tématu pochází z Francie: Jean-Pierre Clément, Benjamin Calvet, Pierre Vandel, ***Psychiatrie de la personne agée***, Paris (Médecine Sciences) 2025, 3e édition, 685 stran; *Psychiatrie lidí vyššího věku (Psychiatrie seniorů)*.

Tato, zcela unikátní publikace je rozdělená do pěti oddílů, výběrem**: 1.** *všeobecná část (úzkost a psychiatrie seniorů, etika přístupu k práci se seniory, rozpoznávání klinických příznaků nemocí u seniorů, dynamika psychických fenoménů u seniorů)*; **2.** *klinická část (patologie depresivity u seniorů, post-traumatická patologie, somatoformní poruchy, katatonní syndromy, etnopsychiatrické problémy v přístupech k seniorům)*; dále **3.** *terapeutické aspekty (systemická terapie seniorů, neurovývojové poruchy seniorů a jejich terapie, psychotropní problematika u seniorů, možnosti neuromodulace u seniorů)*; **4.** *aspekty psychosociální (společenská krize v souvislosti s psychiatrií vyššího věku, poruchy osobnosti a mezilidské vztahy u seniorů, kritéria diagnostiky poruch osobnosti lidí ve vyšším věku)*; **5.** *doplňující aspekty (psychoterapie seniorů, výzkum a evaluace seniorů, budoucnost vývoje psychiatrických postupů v práci s lidmi ve vyšším věku)*.

Zjevnou novinkou pro naše odborníky zde je uvedená problematika práce se seniory, kteří pochází z jiného než evropského etnika. Měl jsem možnost po několik dnů sledovat, jako asistent dobrovolníka, práci svého kolegy *v pařížské nemocnici Salpetriére*. Multikulturalita je na tomto místě soustředěná do malého prostoru a zahrnuje jak zdravotnický a lékařský personál, tak zejména pacienty, ať v rámci ambulantních vyšetření, tak v rámci lůžkových oddělení, LDN samozřejmě nevyjímaje. Komunikace proto zahrnuje poněkud jiný rámec osobních vztahů, daných jednak pravidly přístupu *lékař*

pacient, stejně jako *pacient, jeho osobnost a etnikum*, které představuje. Mluvíme tedy o pacientech pocházejících zejména z Afriky, Asie, Střední a Jižní Ameriky nebo Ukrajiny. Ti všichni společně žijí s Francouzi, a tak mají, pokud jsou držiteli náležitých dokladů o sociálním začlenění do společnosti, také možnost využití zdravotního systému státu. Při jednotlivých kontaktech pacientů různé národnosti s lékařem nebo zdravotnickým personálem se odehrává vždy stejný obrázek. Jdeme po chodbě, pacient osloví kolem jdoucího lékaře z důvodu stížnosti, že se včera o hodinu zpozdil oběd a nikdo nepodal vysvětlení. Lékař s plnou náručí dokumentů a složek, zjevně spěchající, aby je někde uplatnil, možná na něj někdo čekal, se zastavuje a pohledem do očí pacienta s klidem vyslechne. Odkládá papíry, někam telefonuje a zřetelně důrazným projevem nabádá, aby se podobná situace už neopakovala. S omluvou našemu pacientovi bere papíry, pacient uctivě poděkuje a pokračujeme do cíle naší cesty vyšetření, *do vedlejší budovy*. V jiném případě pacientka zjevně málo chodící, ale chodící, požádala o doprovod k automatu na kafe. Jdeme s ní, kolega si s pacientkou povídá. Opět podobná situace, míjí nás zdravotní sestra z oddělení urologie, kde je pacientka na lůžku. Pacientka ji sděluje, že by ráda výměnu teplého županu za méně teplý. Zdravotní sestra se zastavuje a klidným pohledem do očí pacientce věnuje pozornost. Po pár vlídných větách se otáčí od původního směru a jde do skladu. Sedíme u kafe a pacientka má na sobě méně teplý župan. Zdravotní sestra od pacientky dostává hrst bonbónů. Další příklad: tentokráz z *nemocnice Saint Jacques*. Opět doprovázíme pacienta z lůžkového odd. na kafe. Potkáváme ošetřujícího lékaře – *kam jdete, na kafe, dobře, tak já za vámi za chvíli příjdu*. Od kolegy se doslýchám, že za pacientem nikdo z rodiny nedochází. Lékař a zdravotní sestry,

pokud mohou, chvíli ze svého času pacientovi prostě věnují. Za pár minut už sedíme tři a je pohoda, komunikujeme, smích a hodinka utekla jako nic. Pan doktor nás sice po dvaceti minutách musel opustit, ale i tak, bylo to pro pacienta značně povzbuzující. Co dodat, v každém jednotlivém případě šlo také o etnicitu. První pacient (74 let) pocházel z Alžíru, oslovený lékař zde byl na praxi z Egypta, druhá pacientka (72 let) byla ze Senegalu, zdravotní sestra Francouzka, třetí pacient byl Francouz (69 let) a mladý lékař pocházel z Venezuely.

Francie se multikultaralitě v medicíně věnuje samozřejmě již dlouhá léta. Asiaté, jak dálno- tak blízko- východní, afričané nebo středo- a jiho- američané, každý má, co do tělesných i psychických náležitostí jinou biologickou stejně jako duševní *„mentalitu"* způsobů zvládání svých obtíží. Asiaté rádi meditují, afričané tendenčně své obtíže ritualisují a středo- nebo jiho- američané mnohé z toho, co prožívají v souvislosti se svými nemocemi, nechávají prolínat s vírou v boha *(mariologie, katolicismus obecně)*, zvýšeným počtem modliteb.

To, co je na knize dál sympatické, má charakter něčeho, co bychom v ní běžně očekávali, ale nedočkáme se. Jedná se o předmluvy a úvodníky či doslovy, které by nás chtěly informovat o vhodnosti respektu a humanity, projevovaných zde směrem k pacientům. Skutečně, těchto témat v knize naleznete jen pár. Všechno to, co v sobě máme mít probuzené, buď obsahujeme nebo v práci tak odpovědné jako je práce se seniory, prostě nemáme co dělat. Zní to možná trochu drsně, ale ve Francii platí pravidlo, podobné jako v Rakousku**:** *pokud se teprve na pracovišti s pacientem chceš učit vlídnosti, úctě, vrať se před bránu nemocnice a, až se to naučíš, můžeš přijít*. Nemocnice zvlášť odmítají vychovávat nedospělé absolventy k něčemu, co již dávno mají mít v sobě. Tímto, jsou tu *konkurence i úspěch nesmlouvavé!*

Klaus Maria Perrar et al., ***Gerontopsychiatrie für die Pflege***, Stuttgart (Thieme) 2021, 3. vydání, 550 stran, je jednou z nejžádanějších učebnic svéhu druhu posledních pěti let v německy mluvících zemích svého druhu. Publikace vyzvedává zejména preventivní programy v péči o seniory a konkrétně detailní přístupy v jednotlivých oblastech zvládání zdravotní péče v podmínkách každodenního života jednotlivce, stejně jako v podmínkách praktického zvládání samoobslužnosti. Obsahem se kniha zabývá rovněž důležitými tématy agrese, práva a etiky, vázaných na přístupy v oblasti tohoto behaviorálního fenoménu. Z psychiatrických témat vyzvedávají autoři: *organické duševní poruchy, závislosti, schizofrenní spektrum, afektivní poruchy, nutkavé poruchy, neorganické poruchy spánku a poruchy osobnosti*. Psychodiagnosticky se opírají již o nejnovější postupy vázané na *ICD-11* a *DSM-5*. Další část knihy je věnována detailnímu popisu tzv. *strategie a koncptu gerontopsychiatrie*. Do tohoto oddílu jsou zařazeny kapitoly pojednávající o problémech *profylaxe (předcházení nemocem), terapeutické postupy – nefarmakologické, hospicové a paliativní, péče o pacienty s long-covid syndromem, chování pečovatele v náhlých situacích gerontopsychiatrie*.

Vyzvedávání kontextu individuálního přístupu v souvislosti s přístupem sociálním je prioritou, která tvoří v péči o seniory, stejně jako o pacienty na odděleních LDN v německy mluvících zemích a přednostně v Rakousku zásadní úhel pohledu. Ten spočívá v tom, jaký důraz je dáván na osobní pohodlí pacienta (klienta), v jakém nastavení jsou jemu/jí poskytovány sociální kontakty (styk s veřejností nebo jeho zprostředkovávané možnosti). Mnohé z těchto přístupů závisí na tom, jak se pečovatelská a zdravotní služba stará a zasluhuje zejména o adaptační programy svěřených osob. Všech-

no začíná momentem, kdy je u klienta respektován jeho zdravotní stav (bolestivé komplikace, nebezpečí pádů…) popřípadě také neúmyslné sebepoškození, zranění způsobené psychomotorickými či jinak neurologickými komplikacemi, bez doposud uplatněné bazální stimulace nebo ergoterapie, které musí být teprve do programu osobní rehabilitace systematicky zařazovány.

Autoři jsou v tomto ohledu zcela otevření jednomu významnému tématu. Reálná pomoc má u každého z pacientů (klientů) zcela individuální dopad na výsledek, který je jinak ze zdravotního hlediska předpokládán, a to úplná nebo v maximálním vlivu zvládaná úzdrava či zlepšení stavu v míře nejen tělesného a psychického zdraví, ale i celkové kvality života, zejména na úrovni sociální spoluexistence. Položka práva na soukromí do daného přístupu samozřejmě rovněž zapadá a je nepřehlédnutelnou součástí takového přístupu pečujících. To, co je ovšem v těchto přístupech hlavním tématem, tak právě onen důraz na interpersonální součinnost všech zaangažovaných osob: pacientů (klientů), zdravotníků, pečujících a lékařů, rodinných příslušníků. Hypoterapie, canis terapie a vůbec *Tier-therapie (terapie zvířetem)*, podobně jako u nás, také zde představují poměrně široce uplatňovaný zájem, přinášející skvělé výsledky ve vztahu na psychiku zúčastněných.

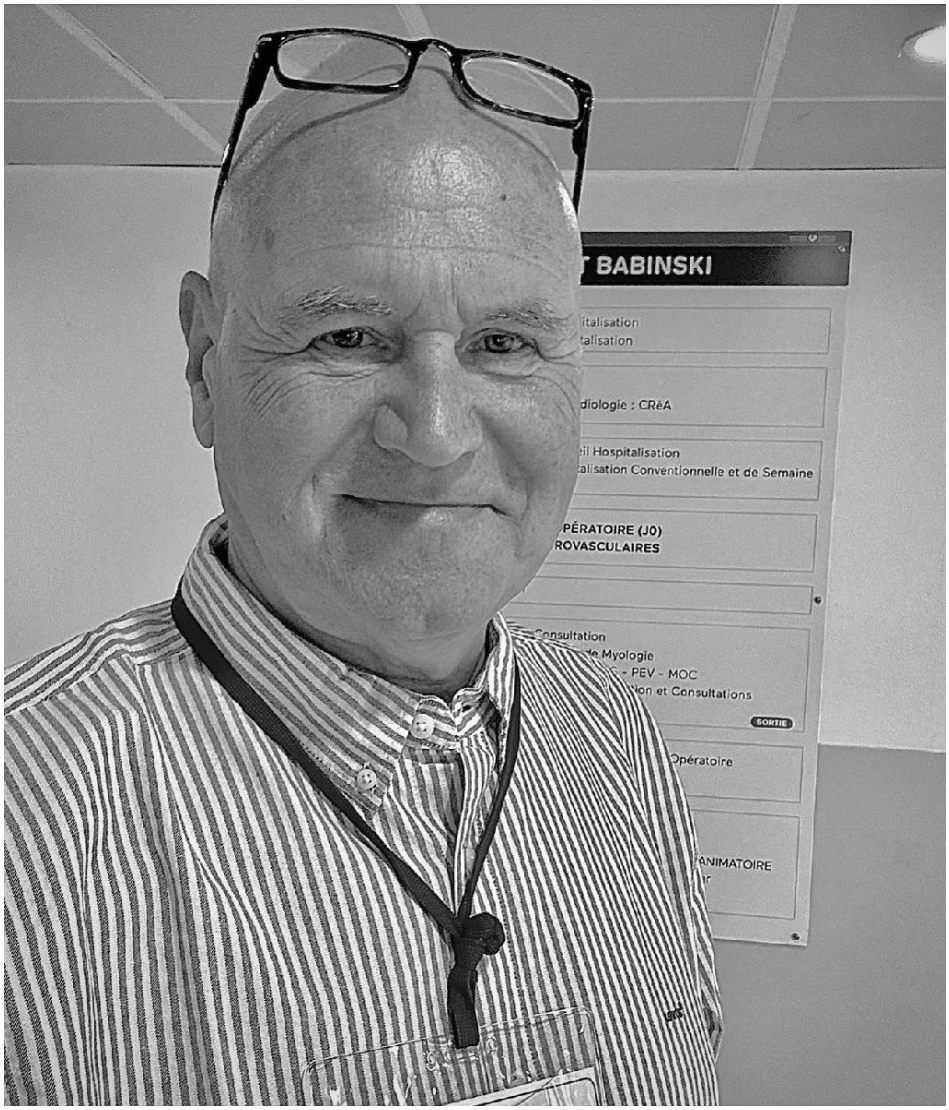
Sociální programy, které mohou nabídnout širokou škálu kontaktů, posilují zejména základní nervová centra pro uchovávání dosažené inteligence klienta. Jsou to frontotemporální lalok a senzorická centra zodpovědná za smyslové vnímání, limbický systém a také paměťové lokalizátory rozmístěné v celé oblasti CNS. Sociálně interpersonální kontakty udržují v dostatečném nastavení rovněž centra řeči a představivosti vázaných na asociační kortex. Vhodnými doplňky potom jsou skupinové: *musikoterapie, arteterapie* nebo rovněž *logopedie*.

Z Á V Ě R

Radost, úlevná chvíle sdílení, pozitivita interpersonální spoluexistence v probíhajícím čase nás s pacientem zavádí pokaždé do nového světa vzpomínek, minulých a často i nesplněných přání, uchovávaných nadějí, zklamání a opětných výstupů na úspěchy v každodenním životě. Ano, takto se překlápí nekonečná tříšť všeho, co člověk prožil a, co se na nemocničním lůžku pro pacienta stává nejvyšší prioritou jeho soukromí. Řečeno ještě jinak, jak nelehké je vydržet s tímto obsahem sám v nekonečně dlouhém čase, který se opírá pohledem o strop nemocničního pokoje. V takových okamžicích, je-li pacient nastaven prosociálně a interpersonálním zájmem, je mu vždy naše přítomnost vítanou příležitostí, jak si ukrátit chvíle nudy.

Na začátku této knížky bylo jasně vyznačeno, že nic z toho, co tady padlo, dobrovolník dělat nemusí. Stačí, když je prostě jen tak, lidsky, pacientovi přítomen.

Tuto ideu je vhodné i na závěr předloženého textu znovu zopakovat. Můj osobní přístup, který opírám o zde nadhozené poznatky, nepovažuji nijak za universálně platný. Jedná se pouze a jen o výpověď jednotlivce s takto nastaveným přístupem, a to je vše. Pomáhat probouzet širší zájem v těch, kdo se chtějí věnovat pacientům na odděleních LDN či klientům v domovech seniorů nebo v hospicích, či rodinným příslušníkům, sbírat zkušenosti, a po té se popřípadě také v osobní angažovanosti dál zajímat o nějakou tu poradenskou činnost na volnou živnost. Toto považuji za optimální cestu, která poctivě rozvíjí sebezkušenost a poskytuje zázemí v okruhu jak teoretických, tak i praktických vědomostí. Přeji každému, kdo se takto rozhodne, aby zakoušel dobrý pocit z nastoupené cesty pomáhat či konzultovat.


BABINSKI
PÉRATOIRE (J0)
ROVASCULAIRES
Consultation
Myologie
PEV – MOC
Consultations
SORTIE
Opératoire
ANIMATOIRE

ASSISTANCE PUBLIQUE
HÔPITAUX DE PARIS
Hôpital

Skutečná blízkost
je měřitelná pouze fysickou přítomností

© Adamec Jiří

PRÁCE S KLIENTEM V NEMOCNIČNÍM PROSTŘEDÍ

PSYCHOEDUKATIVNÍ PŘÍSTUPY NA ODDĚLENÍ LDN

Adamec Jiří - Filosofický seminář - Katedra teorie

Neprodejný výtisk.

2025

URČENO PRO INTERNÍ VÝUKU SEMINÁŘE

IČ 105-48-629/175