

### Test pro 3. ročníky lékařství a stomatologie (letní semestr)

Každá testová otázka obsahuje alespoň jednu správnou odpověď (např. e) neplatí žádná z uvedených možností nebo c)), což znamená, že každá testová otázka může mít více správných odpovědí. Aby byla odpověď uznána za správnou musí být zaškrtnuty všechny správné odpovědi (např. a), d) nebo a), b), c), d)).

1. Termíny „res extensa“ a „res cogitans“ pochází od

- a) Galena
- b) Aristotela
- c) Descarta**
- d) Spinozy
- e) Platona

2. Definice člověka jako bio—psycho—sociální jednoty pochází od:

- a) Antropologické medicíny
- b) MKN (Mezinárodní klasifikace nemocí)
- c) W. B. Canonna
- d) WHO (Světové zdravotnické organizaci)
- e) G. L. Engela**

3. Který/é z výroku je nejuvýstižnější:

- a) Psychosomatická medicína je medicínský přístup vyžadující vícedimenzionální diagnózu a celostní léčení nemocného.**
- b) Psychosomatická medicína studuje biologické, psychologické a sociální proměnné a jejich vztahy tak, jak podmiňují zdraví a nemoc.**
- c) Psychosomatická medicíny popisuje psychické poruchy u somatických onemocnění.
- d) Psychosomatická medicína zdůrazňuje primární vliv osobnosti pacienta
- e) Psychosomatická onemocnění jsou způsobena dehumanizací medicíny.

4. Opakující se řetězec příčin a následků se označuje termínem:

- a) Idiopatická reakce
- b) Procesuální kauzalita
- c) Psychodynamická kauzalita
- d) Cirkulární kauzalita (sledované jevy se vzájemně díky interakci ovlivňují, vystupují vůči sobě jako nezávisle a závisle proměnné; opakem je jednosměrná kauzalita)**
- e) Funkcionální kauzalita

5. Termín „psychogenní iatropatogeneze“ popisuje:

- a) zhoršení psychického stavu pacienta působením zdravotnického personálu**
- b) zhoršování zdravotního stavu pacienta vlivem léčby (KLASICKÁ IATROPATOGENEZE)
- c) působení dlouhodobého stresu na psych.stav lékaře
- d) lékařovo zhroucení se z důvodu přepracování
- e) negativní ovlivnění zdravotního stavu pacienta lékařovým přístupem (do zdravotního stavu patří i psychický + negativní ovlivnění = trvalé, přechodné poškození + vliv lékaře a zdravotnické prostředí, tj. i jiný personál)**

6. Psychosomatické potíže mohou mít příčinu

- a) v chronickém stresu**
- b) v chronickém potlačování emocí**
- c) v neschopnosti správně reagovat
- d) v nedostatku motivace
- e) neplatí žádná z uvedených možností

7. V kterých bodech je ke jménu autora správně přiřazená psychosomatická koncepce?

- a) Alexander: teorie orgánové specifity (pokud je to PSYCHOSOMATIC THEORY SPECIFICITY, což nejspíš je, tak ano)**
- b) Freud: teorie konverze**
- c) Cannon: teorie homeostázy**
- d) Bykov: kortikoviscerální teorie**
- e) Selye: teorie stresu**

8. Které onemocnění patří mezi klasická psychosomatická onemocnění:

- a) bronchiální astma**
- b) revmatoidní artritida**
- c) ulcerózní kolitida**
- d) esenciální hypertenze**
- e) tyreotoxikóza**

9. Které z následujících teorií patří mezi novější koncepce psychosomatiky:

- a) alexythymie**
- b) životní události**
- c) hardiness**
- d) helplessness—hopelessness**
- e) dysthymie

10. Co je významem výrazu „locus minoris resistentiae“ ?

- a) oblast s nejmenší podporou
- b) nabídka, kterou mnoho lidí odmítá

c) nepřijatelný nápad

**d) místo nejmenšího odporu**

e) přeceňování významu onemocnění

11. Podnět, který má ve svém důsledku negativní dopad na integritu organismu se nazývá:

a) stres

**b) stresor**

c) eustres

d) distres

e) neplatí žádná z uvedených možností

12. Pojem „flight or fight“ patří do psychosomatické teorie:

a) vycházející z psychoanalýzy

**b) vycházející z teorie stresu**

c) vycházející z teorie alexythymie

d) vycházející z teorie životních událostí

e) vycházející z teorie hardiness

13. Který z výroku můžeme označit za nesprávný:

**a) stres je vždy škodlivý**

b) stres aktivuje adaptační schopnost organismu

c) existuje přímý vztah mezi intenzitou podnětu a reakcí organismu (NE PŘÍMÝ VZTAH)

**d) podle fyziologické odpovědi lze rozpoznat emoci, která ji spustila** (Relaxační techniky ve sportu: „Nedaří se však na základě fyziologické odpovědi rozpoznat emoci, jež tuto reakci spustila“)

**e) rozumové procesy jsou fylogeneticky starší nežli procesy emoční**

14. Způsob myšlení, kde jevy jsou chápány komplexně a ve vnějších i vnitřních souvislostech se nazývá:

**a) systémový**

b) systemický

c) systematický

d) cirkulární

e) neplatí žádná z uvedených možností

15. Autorem teorie systému, ze které následně vychází systémový přístup v medicíně je:

a) N. Wiener

**b) L. von Bertalanffy**

c) A. Einstein

d) G. L. Engel

**e) H. Selye**

16. Pojem cirkulární kauzality zavádí do systémového přístupu faktor:

a) přímého působení příčin

**b) opakovaného působení řetězce příčin a následků**

c) samoregulace

**d) zpětné vazby** (záleží na výkladu: b) je podstatě definicí; a c) s d) lze považovat za správné podle uvedeného textu)

e) dynamické změny

systémů. Změny odehrávající se v některém ze subsystémů se zákonitě odrážejí také v dalších subsystémech. A to ve smyslu cirkulární kauzality, kde změny probíhají i zpětnovazebně. Jde tedy o samoregulační proces. Tento model rozpracoval americký psychiatr Engel a později i

17. Termín „to cope“ označuje schopnost:

**a) něco zvládat (vyrovnat se, zvládnout, poradit si)**

b) něco kupovat

c) něčeho dosáhnout

d) něco omezit

e) něco odmítnout

18. Který z následujících způsobů chování můžeme označit za tzv. „aktivní adaptivní“ (= vedoucí k aktivnímu vyrovnání se zátěžovou situací):

a) projekce

b) popření

c) ochromění

**d) útěk**

**e) útok**

19. Termín „kognitivní paradigma“ vyjadřuje:

**a) to, jaký význam člověk dané situaci přisuzuje** VYCHÁZÍM Z DEFINICE „KOGNITIVÍ“ – zaměřená na zpracování informací, získávání poznatků, procesů chápání; mající poznávací význam

b) to, jakou strategii člověk pro zvládnání dané situace volí

c) to, jakým způsobem člověk danou situaci prožívá

- d) to, jaké obranné mechanismy v situaci „naskakují“
- e) to, že danou situaci člověk úspěšně zvládl

20. Termín „emoční bilance“ vyjadřuje:

- a) to, jakým způsobem situace ovlivňuje temperament
- b) to, jak emotivně člověk situaci popisuje
- c) to, s jakým emočním doprovodem si člověk situaci vybavuje
- d) to, jak člověk situaci zvládá

**e) to, jak člověk situaci prožívá (odvozeno od: pozitivní emoční bilance = PROŽÍVÁNÍ stavu uspokojení individuálních potřeb v přítomnosti a optimistického očekávání do budoucna; x negativní = opak, ale opět PROŽÍVÁNÍ stavu)**

21. Anamnézu snímáme:

**a) co nejdříve nám to zdravotní stav pacienta dovolí**

**b) poté, co jsme se zorientovali v problematice a zahájili** léčbu (VYMĚTAL: Při prvním setkání s nemocným člověkem v ambulanci nemáme možnost anamnézu sejmout, neboť se především musíme rychle orientovat ve zdravotní problematice a zahájit léčbu... jak to umožní zdravotní stav pacienta)

- c) pouze výjimečně
- d) pomocí dotazníku
- e) neplatí žádná z uvedených možností

22. Anamnestické vyšetření:

- a) vždy doplňujeme údaji z jiných zdrojů
- b) někdy doplňujeme údaji z jiných zdrojů**
- c) zbytečně neodkládáme
- d) vyčkáme s ním, až to umožní stav pacienta**
- e) neplatí žádná z uvedených možností

23. Délka snímání anamnézy je nejméně:

- a) 5 minut
- b) 30 minut (...Přijímáme-li pacienta do péče, počítejme s délkou snímání anamnézy v rozsahu nejméně 30 minut)**
- c) 45 minut
- d) 60 minut
- e) neplatí žádná z uvedených možností

24. Součástí anamnestického vyšetření je:

- a) nynější onemocnění**
- b) osobní anamnéza**
- c) rodinná anamnéza**
- d) vztahová anamnéza** (terminologicky se neuzívá „vztahová anamnéza“, jak jsi uvedla, otázky vztahů jsou součástí té sociální anamnézy; vzhledem k tomu, že předešlé jsou terminologicky správně, označuji d) za chybnou odpověď)
- e) neplatí žádná z uvedených možností

25. Psychologická problematika:

- a) není součástí anamnézy
- b) zaujímá zvláštní postavení v rámci anamnézy**
- c) její explorace může být spojena se studem**
- d) je v praxi často zanedbávána (podle Vymětala ano)**
- e) neplatí žádná z uvedených možností

26. Rozhovor lékaře s pacientem je

- a) sociální interakce, jsou sdělovány významy mezi účastníky (předávání významových obsahů)**
- b) způsobem získávání informací**
- c) způsobem sdělování informací**
- d) způsobem ovlivňování**
- e) neplatí žádná z uvedených možností

27. Rozhovor mezi lékařem a pacientem

- a) slouží k vytváření vztahu mezi oběma účastníky**
- b) vytváří pracovní společenství**
- c) ovlivňuje pacienta**
- d) spočívá ve vzájemném naslouchání**
- e) neplatí žádná z uvedených možností

28. Rozhovor lékaře s pacientem je:

- a) Způsob komunikace, v němž vzniká vzájemná důvěra jako základ dobré spolupráce**
- b) verbální i neverbální komunikace mezi lékařem a pacientem**
- c) převážně abreaktivní komunikace
- d) převážně direktivní a sugestivní komunikace
- e) neplatí žádná z uvedených možností

29. Součástí rozhovoru mezi lékařem a pacientem je:

- a) zjištění fakt**
- b) zjištění toho, jak pacient tato fakta prožívá a hodnotí**
- c) abreakce negativních pocitů**

**d) zjištění „životního příběhu“ pacienta a porozumění tomu, jak se vyvíjely jeho potíže, vztahy k lidem a jeho osobnost**

e) neplatí žádná z uvedených možností

30. Rozhovor mezi lékařem a pacientem slouží k

**a) získávání a podávání informací**

**b) navozování změny v psychických stavech**

**c) vytvoření pracovního společenství,**

**d) zjištění diagnózy a indikace k terapii**

e) neplatí žádná z uvedených možností

31. Psychoterapeutický rozhovor mezi lékařem s pacientem zahrnuje:

**a) zjištění vnitřní motivace pacienta (zevrubný explorativní rozhovor)**

**b) abreakci negativních prožitků (zevrubný explorativní rozhovor)**

**c) dodávání naděje (forma podpůrného, uklidňujícího rozhovoru)**

**d) persuaši a reatribuci (přesvědčující rozhovor)**

e) neplatí žádná z uvedených možností

32. Selektivní naslouchání a reagování v rozhovoru mezi lékařem a pacientem je:

**a) způsob, jak vzniká „informační šum“**

**b) výběrovou reakci lékaře a pacienta pouze na určitá fakta**

c) způsobem ochrany lékaře a pacienta před negativními pocity pacienta

d) způsobem ochrany lékaře před nadbytečnými informacemi

e) neplatí žádná z uvedených možností

33. Mezi základní dimenze rozhovoru mezi lékařem a pacientem

**a) direktivita/nedirektivita**

b) indukce/dedukce

**c) psychická blízkost/vzdálenost**

**d) emocionalita/racionalita (Vymětal definuje: empatie – lékař se vcítuje, vidí skutečnost očima pacienta, pozorně a aktivně naslouchá x chladná racionalita – lékař se nezajímá o prožívání, vnitřní svět pacienta, objektivita)**

e) neplatí žádná z uvedených možností

34. Indukce v rozhovoru mezi pacientem a lékařem je

**a) způsobem vzájemného ovlivňování (klidný lékař přenáší klid na pacienta <-> bezradný nemocný může vyvolat bezradnost, nejistotu)**

b) vyvolání zdraví prospěšných postojů v pacientovi

c) vyvolání pocitu v lékaři pod vlivem obsahu sdělení pacienta

**d) vyvolání těch psychických dějů – postojů, emocí – v jednom členu dyády, které probíhají i**

**v druhém členu (indukce znamená, že jeden člen interakční dyády vyvolává v druhém psychické děje, jež probíhají u něho samého, nebo jsou i trvalejší povahy)**

e) neplatí žádná z uvedených možností

35. Ve vedení rozhovoru lékaře s pacientem se uplatňuje tzv.:

**a) strategie „trychtýře“ – postup od obecnějších otázek k upřesňování detailů (pokud je myšleno „v technice tázání se doporučuje“)**

b) strategie „dominance“

c) strategie „indukce“

d) strategie „sugesce a persuaše“

e) neplatí žádná z uvedených možností

36. V rozhovoru se dynamika mezi lékařem pacientem projevuje:

a) délkou rozhovoru

**b) iniciativu účastníků**

**c) řízením rozhovoru**

**d) indukci psychických jevů (opět Vymětal: Rozhovor má vlastní dynamiku, průběh, jenž je určován oběma partnery, převahu má lékař, který jej přímo či nepřímo řídí (např. nemocnému může dovolit převzetí iniciativy účastníků); důležitým prvkem dynamiky je indukce – vyvolání psychických dějů)**

e) neplatí žádná z uvedených možností

37. Navozování osobnostní změny je součástí:

**a) psychoterapeutického rozhovoru**

b) anamnestického rozhovoru

c) explorativního rozhovoru

d) diagnostického rozhovoru

e) neplatí žádná z uvedených možností

38. Mezi typy psychoterapeutického rozhovoru, jehož cílem je navozovat změny v chování, stavu a osobnosti pacienta nepatří:

**a) diagnostický rozhovor**

b) empatický nedirektivní rozhovor

c) interpretující rozhovor

**d) explorativní rozhovor**

e) neplatí žádná z uvedených možností

39. Psychoterapeutický rozhovor slouží k:

a) podávání rad pacientovi

b) předávání osobních zkušeností pacientovi

- c) navozování změny v chování pacienta
- d) navozování změny v osobnosti pacienta
- e) neplatí žádná z uvedených možností

40. Nedirektivní empatický způsob vedení rozhovoru akcentuje:

- a) sebeexploraci pacienta
- b) vcítění a sdělení porozumění lékařem
- c) náhled
- d) výklad souvislostí lékařem pacientovi
- e) neplatí žádná z uvedených možností

41. Nedirektivní empatický rozhovor

- a) vychází ze subjektivity pacienta (co je pro pacienta subjektivně významné...; rozhodně ano)
- b) vytváří prostor bezpečí, důvěry a sdílnosti
- c) nechává iniciativu na pacientovi (iniciativu necháváme spíše na nemocném...)
- d) používá empatickou sugesci a persuasi
- e) neplatí žádná z uvedených možností

42. Otevřené otázky v rozhovoru

- a) dávají prostor k volnějším vyjádření
- b) jsou neohraničené tématem
- c) nabízejí více variant k odpovědi (v podstatě odpověď a), pokud si varianty na základě otázky volí pacient: Co vás ke mně přivádí? Volně se vyjádří a má řadu možností/ variant, jak odpovědět) x např. otázky katalogové: pacienta necháme vybrat z více než dvou možností
- d) jsou abstraktní
- e) neplatí žádná z uvedených možností

43. Sugescie v rozhovoru mezi lékařem a pacientem

- a) je empatickou intervencí NE
- b) dovolává se inteligence pacienta SPÍŠE RACIONALITY – KRITICKÉHO, LOGICKÉHO, ZVAŽUJÍCÍHO MYŠLENÍ
- c) slouží ke zneužití moci lékaře, vede k poškození pacienta NE
- d) slouží k ovlivnění pacienta pozitivním směrem
- e) neplatí žádná z uvedených možností

44. Cílem zevrubného expolorativního rozhovoru je

- a) zjištění souvislostí mezi psychikou pacienta a jeho zdravotními obtížemi
  - b) zjištění podstatných anamnestických údajů
  - c) zjištění pacientovy psychické reakce na samotné onemocnění (určit nápadnější psychickou odezvu nemocného na fakt onemocnění i způsob, jak se s ním vyrovnává)
  - d) vytvoření náhledu pacienta (...takový rozhovor přivodí obrat ve vztahu pacient k jeho obtížím tím, že souvislostem porozumí a získá do situace vhled.. tento moment znamená psychotherapeutické působení >> což je třetí cíl)
  - e) neplatí žádná z uvedených možností
- Třetí cíl: psychotherapeutické působení

45. Zevrubný explorativní rozhovor mezi pacientem a lékařem zahrnuje:

- a) vytvoření podmínek pro otevřený rozhovor (zahájení rozmluvy)
- b) exploraci souvislostí mezi vztahy, osobností a současnými potížemi
- c) zpracování méně důležitých témat
- d) objektivní vyhodnocení lékařem
- e) neplatí žádná z uvedených možností

46. Nepříznivá informace sdělovaná lékařem pacientovi se nejčastěji týká

- a) nemožnosti jakkoliv pomoci pacientovi
- b) infaustní prognózy (VYMĚTAL DEFINUJE JAKO EXTRÉMNE ŠPATNÉ ZPRÁVY)
- c) nepříjemného lékařského zákroku (KLASICKÁ NEPŘÍZNIVÁ ZPRÁVA – lékařský zákrok, nutnost hospitalizace)
- d) chronicity onemocnění (VYMĚTAL DEFINUJE JAKO EXTRÉMNE ŠPATNÉ ZPRÁVY – viz. následující otázka)
- e) neplatí žádná z uvedených možností

47. Při sdělování extrémně nepříznivé informace (úmrtí, infaustní prognóza, chronicita..) se lékař drží zásady

- a) říkat pravdu, i když pacient není na její přijetí připraven
- b) nesdělovat informace, pokud si to pacient nepřeje (Pacient má právo být neinformován, přeje-li si tak)
- c) používat „aproximativní pravdy“, s ohledem na pacientovy psychické možnosti (místo milosrdné lži lze nabídnout aproximativní pravdu)
- d) říkat vždy a za všech okolností pravdu (říkat pravdu ano, ale pokud si nepřeje pacient pravdu slyšet, nevnučujeme ji)
- e) neplatí žádná z uvedených možností

48. Zásady sdělování nepříznivých informací (chronicity onemocnění, infaustní prognózy...) pacientovi jsou důležité dodržovat

- a) pouze z právního hlediska
- b) z důvodu psychické odezvy pacienta na závažnou skutečnost
- c) z důvodu iatrogenního poškození
- d) z důvodu následné spolupráce s pacientem při jeho léčbě
- e) neplatí žádná z uvedených možností

49. Při sdělení nepříznivých informací pacientovi je důležité:

- a) zajistit prostor a dostatek času na sdělení
- b) vyhnout se emocím (ve smyslu netlumíme emoční odezvu, jsme empatičtí a autentičtí)
- c) mluvit srozumitelně a přesně
- d) přizpůsobit sdělení osobnosti, inteligenci, aktuálnímu stavu jedince
- e) neplatí žádná z uvedených možností

50. Pacient na sdělení extrémně nepříznivé informace často reaguje:

- a) popřením (emočně ani racionálně nepřijímá)
- b) izolací afektu (emočně nepřijímá, racionálně přijímá)
- c) obviněním lékaře (emočně ani racionálně nepřijímá) – emočně ani racionálně nepřijímá spíše pro fázi popření – pocit, že došlo k omylu, informace se týká někoho jiného; obvinění lékaře bych zařadil jako emočně přijata, ale racionálně odmítnuta – reaguje podobně, ale s výrazným emočním doprovodem (hněv)
- d) smutkem a zoufalstvím (emočně přijímá, racionálně přijímá)
- e) neplatí žádná z uvedených možností

51. Při sdělování nepříznivé informace je důležité, aby lékař:

- a) umožnil průchod emocím pacienta
- b) zabránil eskalaci emocí
- c) uchránil pacienta před výčitkami a obvinováním
- d) bral ohled na pacientův stav
- e) neplatí žádná z uvedených možností

52. Výčitky a sebeobviňování pacienta (intrapunitivní reakce) při sdělení nepříznivé informace mohou

- a) přejít v depresivní stav
- b) mohou podpořit truchlení
- c) podpoří vyjádření emocí pacienta
- d) jeho stav zhorší
- e) neplatí žádná z uvedených možností

53. Při sdělování nepříznivé informace rodičům nezletilých dětí postupuje lékař tak, že:

- a) sděluje informaci oběma rodičům současně — zmenší vzájemné výčitky
- b) sděluje, co mohou rodiče pro dítě udělat — zmenší pocity bezmoci
- c) sděluje své pocity beznaděje — projevuje tak soucit s rodiči
- d) sděluje na základě pravdivého obraz skutečnosti — neposiluje nereálné naděje
- e) neplatí žádná z uvedených možností

54. Při sdělování nepříznivé informace lékař:

- a) sdělí otevřeně informaci
- b) podpoří vyrovnání se jedince s frustrací (Frustraci zmenšujeme reflexí a dodatečnými informacemi)
- c) vytváří podmínky pro takové sdělení (prostor, čas..)
- d) nabízí řešení důsledku vzniklé situace
- e) neplatí žádná z uvedených možností

55. Při sdělení extrémně nepříznivé informace informaci sděluje

- a) vždy lékař, který není emočně zaangažovaný
- b) ošetřující lékař
- c) lékař v soukromí
- d) lékař pouze při přítomnosti ostatních členů rodiny
- e) neplatí žádná z uvedených možností

56. Při sdělování nepříznivých informací

- a) pacient musí projevit emoce, byť by to pro něj bylo nepříjemné
- b) pacientovy emoční reakce lékař netlumí
- c) pacientovy reakce lékař omezí, aby je měl pod kontrolou
- d) pacientovy reakce podpoříme, protože je důležité aby se neobviňoval nebo neobviňoval druhé
- e) neplatí žádná z uvedených možností

57. Sugestibilita

- a) je termín označující míru ovlivnitelnosti sugescemi
- b) je často vyšší u jedinců s nižší inteligencí (Sugestibilita má jednak komponentu odrážející osobnostní strukturu jedince (sugestibilní bývají často lidé s nižší inteligencí...)) (vyšší sugestibilita je často u osob s nižší inteligencí)
- c) je výrazná ve stáří (Senioři bývají více sugestibilní)
- d) je ovlivněna stavem jedince (například nejistota ji může zvyšovat)
- e) neplatí žádná z uvedených možností

58. Sugescie

- a) je záměrné a cílené zesílení tělesného projevu
- b) používáme na práci s hypnotickým stavem (k navození, prohloubení, ukončení hypnotického stavu)
- c) používáme terapeuticky a dělíme je pak na obecné a specifické
- d) jsou tvrzení, které si pacient kriticky ověřuje
- e) neplatí žádná z uvedených možností

59. Vlastní léčba v hypnóze se děje:

- a) pouze prostřednictvím sugesce
- b) pouze prostřednictvím metafor
- c) prostřednictvím sugescí, metafor a za pomoci regrese, tedy jakéhosi „návratu v čase“**
- d) uvědoměním si rozporu mezi verbální a neverbální projevem pacienta
- e) neplatí žádná z uvedených možností

60. Hypnózou se intenzivně zabývali:

- a) M. Charcot (...), kdy se jí intenzivně zabývali především H. Bernheim a J. M. Charcot**
- b) A. Mindel (terapie hrou)
- c) J. L. Moreno (psychodrama)
- d) D. W. Winnicott (Freudovská psychoanalýza x hypnóza)**
- e) neplatí žádná z uvedených možností

61. Hypnotický trans

- a) je stav zvýšené pohotovosti reagovat pozitivně na sugesce**
- b) můžeme vyvolat pomocí biofeedbacku
- c) je způsoben tzv. disociační vědomí**
- d) má podobu ano—ne, tzn. že buď je plně přítomen či plně nepřítomen u daného jedince
- e) neplatí žádná z uvedených možností

62. Čím jsou specifické mezilidské vztahy a komunikace v situaci zdravotnické praxe?

- a) rozdílnou úrovní vzdělanosti mezi zúčastněnými
- b) vytvářejí prostředí, v němž probíhá léčba, a jsou i prostředkem léčby**
- c) jde o kontakt člověka v nouzi, který potřebuje pomoc s tím, kdo pomoc poskytuje**
- d) nemají žádné specifické vlastnosti
- e) neplatí žádná z uvedených možností

63. Co je to sociální role?

- a) chování napodobující jiného člověka
- b) tolerované chování člověka
- c) chování předstírající společensky přijatelné vlastnosti
- d) očekávané a vyžadované chování související s určitým postavením ve společnosti**
- e) neplatí žádná z uvedených možností

64. Co je to imago z hlediska sociální psychologie?

- a) představa o sobě zakládající se na pouhých racionalizacích
- b) obraz minulé zkušenosti v mysli jedince
- c) vědomá i nevědomovaná představa o určité skutečnosti**
- d) obraz sama sebe v mysli jedince daný zkušeností se sebou samým
- e) neplatí žádná z uvedených možností

65. Co je to sociální stereotyp?

- a) mínění či soubor názorů, které nevycházejí z vlastní zkušenosti, ale z obecných názorů**
- b) společensky akceptované chování jedince ve společnosti
- c) chování jedince určené společenskými zvyky
- d) mínění o určitém jevu vycházející z vlastních zkušeností
- e) neplatí žádná z uvedených možností

66. Co je to autostereotyp z hlediska sociální psychologie?

- a) sebepojetí
- b) mínění o sociální skupině, již je posuzovatel členem**
- c) představa o sobě, daná ne vlastní zkušeností, ale míněním okolí
- d) mínění či soubor názorů vycházejících z vlastní zkušenosti
- e) neplatí žádná z uvedených možností

67. Jaká jsou očekávání od role lékaře?

- a) schopnost kompetentně rozhodnout o léčbě a pacienta ošetřit a léčit**
- b) postačující je vzdělání v oboru doplňované o aktuální novinky
- c) pacient očekává přiměřený titul a uniformu (bílý plášť)**
- d) dominance, rozhodnost, aktivita, pochopení, obětavost, odpovědnost**
- e) neplatí žádná z uvedených možností

68. Jaký je vztah mezi pacientem a lékařem?

- a) asymetrický a nekomplementární
- b) asymetrický a komplementární**
- c) symetrický a komplementární
- d) symetrický a nekomplementární
- e) neplatí žádná z uvedených možností

69. Co je to sekundární zisk z nemoci?

- a) výhody plynoucí z onemocnění pro příbuzné nemocného (matka zůstane s dítětem doma aj.)
- b) finanční odškodnění po cizí osobou zaviněném úrazu, nemoci apod.
- c) výhody plynoucí z role nemocného (pozitivní sociální odezva, únik z povinností aj.)**

- d) výhody pro nemocného a pro příbuzné nemocného plynoucí z onemocnění  
e) neplatí žádná z uvedených možností

70. Kolik pacientů léčených ambulantně nedodrží předepsanou medikaci?

- a) 10—30 %  
**b) 30—50 %**  
c) 50—70 %  
d) pod 10%  
e) neplatí žádná z uvedených možností

71. Co znamená syndrom pomahače?

- a) potřeba péče od druhých, potřeba být závislý na druhých  
b) uvědomovaná tendence přiměřeně pečovat o druhé osoby  
**c) nutková potřeba starat se o druhé a „obětovat se“**  
d) forma vědomého altruistického chování (VĚTŠINOU NEVĚDOMĚ) – potřeba pomáhat, která je NEVĚDOMOU obranou, kompenzující neschopnost prožívat a vyjadřovat vlastní emoce a potřeby  
e) neplatí žádná z uvedených možností

72. Co je to přenos (protipřenos) ve vztahu lékař—pacient?

- a) chování lékaře, ve kterém se přenáší pacientovo chování na projev lékaře  
b) vědomé přenesení minulé zkušenosti se subjektivně významnými osobami do aktuálního chování  
c) chování pacienta, ve kterém se přenáší lékařovo chování na projev pacienta  
**d) postoje, chování, prožívání a myšlení nevědomě ovlivněné přenesenou minulou zkušeností se subjektivně významnými osobami** (Přenášíme dřívější vztahové zkušenosti na druhého člověka. Iracionální, nápadné, nevědomělé motivy. Např. odmítavé chování lékaře k pacientce podobné tchýni)  
e) neplatí žádná z uvedených možností

73. Které typy přenosu rozeznáváme?

- a) pozitivní, negativní a ambivalentní**  
b) subjektivní a objektivní  
c) pozitivní, negativní a neutrální  
d) minulý a přítomný  
e) neplatí žádná z uvedených možností

74. Jaká jsou rizika iluze všemohoucnosti u lékaře?

- a) přeceňování osobních i léčebných možností**  
**b) vnitřní odmítání „nelepších se“ pacientů**  
c) nejistota v rozhodování o léčebném postupu  
**d) sliby lékaře, které lze obtížně splnit**  
e) neplatí žádná z uvedených možností

75. Co znamená, že je člověk vnějškově řízený?

- a) má silné autority ve svém sociálním okolí  
**b) má tendenci dát spíše na názor okolí než na svůj vlastní**  
c) má pocit zodpovědnosti za své jednání a není ovlivněn tolik názory okolí  
d) dominuje ve svém sociálním okolí  
e) neplatí žádná z uvedených možností

76. Co patří mezi důvody špatné spolupráce běžného pacienta s lékařem?

- a) lékař komunikuje nesrozumitelně, lékařským žargonem**  
**b) lékař vyžaduje rychlou změnu životního stylu pacienta**  
c) pacient má nízké vzdělání SPÍŠE SOUVISÍ S ODPOVĚDÍ a) OSOBNĚ BYCH TAKTO NEODPOVĚDĚL (Vymětal upozorňuje na komunikační bariéry vzniklé sociální distancí, upozorňuje zvláště na nevyšokoškoláky a tedy odstup daný akademickým vzděláním)  
**d) přílišná asymetrie vzájemného vztahu, silná dominance lékaře**  
e) neplatí žádná z uvedených možností

77. Jak se projevuje paternalistický model vztahu lékař—pacient?

- a) lékař jednoznačně vede ve vztahu, je direktivní, vyžaduje poslušnost pacienta**  
b) lékař pozorně naslouchá steskům pacienta na nemoc  
**c) lékař nevede skutečný dialog, jen stručně informuje, dává příkazy a rady, nenaslouchá pacientovi**  
d) lékař je odborně nedbalý, léčba je vedena nesprávně  
e) neplatí žádná z uvedených možností

78. Co znamená na pacienta orientovaný model vztahu lékař—pacient (partnerský)?

- a) lékař nevede dialog, jen stručně informuje, dává příkazy a rady, nenaslouchá pacientovi  
**b) lékař se zajímá i o pacientovo sociální zázemí — rodinu, práci apod.**  
c) léčba je odborně správně vedena a orientuje se na výlučně biologickou složku pacienta  
**d) lékař se o léčbě s pacientem domluví, pacient spolurozhoduje a nese spoluzodpovědnost** (i spoluzodpovědnost, hledal jsem)  
e) neplatí žádná z uvedených možností

79. Co je to Balintovská skupina?

- a) seminář zaměřený na diagnostické a léčebné problémy lékařské péče



**b) seminář zaměřený na vztahy a postoje lékařů vůči jejich problematickým pacientům** („cílem je pomoci lékařům orientovat se ve vztazích a postojích, jež mají k těm ze svých pacientů, které považují z nějakého důvodu za problematické či jinak nápadné“)

- c) seminář zaměřený na rozvoj dalšího vzdělávání lékařů ve své specializaci
- d) seminář zaměřený na osobní problémy lékařů mimo lékařskou praxi
- e) neplatí žádná z uvedených možností

80. Jaké má rodina funkce ve společnosti?

- a) vzdělávací a obrannou
- b) citově intimní a socializačně—výchovnou**
- c) reprodukční a ekonomicko—zabezpečovací**
- d) výrobní a výchovnou
- e) neplatí žádná z uvedených možností

81. Co označujeme pojmem kalamitní vztah?

- a) manželé ve stadiu před rozvodovým řízením
- b) manželé po rozvodu setrvávají ve společné domácnosti
- c) manželé bojují o moc, přítomné chronické hádky a těžké konflikty až násilí**
- d) mocenská rovnováha mezi manželi je výrazně polarizována, jeden partner dominuje, přítomno méně otevřených konfliktů, chronická nespokojenost
- e) neplatí žádná z uvedených možností

82. Co označujeme pojmem debaklový vztah?

- a) mocenská rovnováha mezi manželi je výrazně polarizována, jeden partner dominuje, přítomno méně otevřených konfliktů, chronická nespokojenost**
- b) manželé ve stadiu před rozvodovým řízením
- c) manželé bojují o moc, přítomné chronické hádky a těžké konflikty až násilí
- d) manželé po rozvodu setrvávají ve společné domácnosti
- e) neplatí žádná z uvedených možností

83. Čím se vyznačuje rodina koaliční?

- a) vnitřně rozdělená, mezi koalicemi je napětí, chybí společný rodinný život**
- b) jeden člen rodiny je v opozici vůči ostatním členům
- c) rodina tvoří uzavřenou koalici vůči vnějšímu světu, je uzavřená
- d) rodina tvoří koalici vůči širší rodině a prarodičům
- e) neplatí žádná z uvedených možností

84. Čím se vyznačuje rodina uzavřená?

- a) členové rodiny nemají vlastní soukromí, vzájemně se kontrolují**
- b) rodinu tvoří vzájemně soupeřící koalice
- c) rodina je nepropustná vůči vnějšímu světu, uvnitř vládou rigidní pravidla**
- d) jeden rodič je výrazně dominantní, ostatní se podřizují**
- e) neplatí žádná z uvedených možností

85. Čím se vyznačuje rodina chaotická?

- a) rodinu tvoří vzájemně soupeřící koalice členu
- b) rodina nedokáže bránit své členy, nemají v ní oporu a zázemí
- c) jeden rodič je výrazně dominantní, ostatní se podřizují
- d) absence nebo nedůslednost pravidel, obtížná dohoda, časté spory, silná soudržnost** (postrádáme u ní základní pravidla nebo se určité zásady dodržují, nedodržují se zcela nevypočitatelně, členové se těžko na něčem dohodnou, četné spory, při vnějším ohrožení se sjednotí a brání)
- e) neplatí žádná z uvedených možností

86. Čím se vyznačuje rodina stabilní a vyrovnaná?

- a) rodina dodržuje hranice vůči okolí, ale současně je pro okolí propustná**
- b) vnitřní pravidla jsou závazná pro všechny členy s tolerancí k občasným odchýlkám**
- c) rodina se neustále vyvíjí díky zpětnovazebním mechanismům**
- d) vztah rodičů je vyrovnaný a komplementární, převažuje pohoda**
- e) neplatí žádná z uvedených možností

87. Kdy se v životě rodiny objevuje „syndrom prázdného hnízda“?

- a) po odchodu a osamostatnění prvního dítěte
- b) po odchodu jednoho z partnerů po rozvodu
- c) po odchodu posledního dítěte z rodiny**
- d) po úmrtí jednoho z manželských partnerů
- e) neplatí žádná z uvedených možností

88. Jaký význam mají závažné a kritické životní situace?

- a) znamenají výraznou subjektivní zátěž, týkají se často mezilidských vztahů**
- b) vždy vedou k nemoci ať somatické nebo psychické
- c) souvisejí často se vznikem nemoci a dekompenzací zdravotního stavu (předcházejí)**
- d) na vznik nemoci a na zdravotní stav nemají téměř vliv
- e) neplatí žádná z uvedených možností

89. Co rozumíme salutogenezi?

- a) zdravotní stav před vznikem choroby

- b) vznik pocitu pohody a uspokojení u jedince
- c) podmínky vzniku onemocnění
- d) podmínky pevného zdraví vzdor nepříznivým vlivům okolí**
- e) neplatí žádná z uvedených možností

90. Do pojmu „zakotvenost v životě“ z hlediska salutogeneze patří tyto charakteristiky:

- a) smysluplnost v pohledu na svět a důvěra ve stabilitu osobního i okolního světa**
- b) osobní kompetence a vliv, racionální orientace ve světě**
- c) hedonistický přístup ke světu a pocit dominance v sociální sféře
- d) závislost na okolním prostředí a přenesení odpovědnosti na druhé
- e) neplatí žádná z uvedených možností

91. Co rozumíme pod pojmem zanedbané dítě?

- a) dítě zaostávající ve škole vlivem nižších rozumových schopností
- b) dítě nepřiměřeně fyzicky trestané převážně jedním z rodičů, výskyt ublížení na zdraví
- c) dítě ze sociálně slabé rodiny, často s rodiči alkoholiky, podvyživené, sociálně zaostalé (primitivní a zároveň asociální rodiny, rodiče nadměrně pijí alkoholické nápoje, děti podvyživené, sociálně nerozvinuté)**
- d) dítě se zhoršeným prospěchem vlivem zanedbání látky kvůli děledobé nemoci
- e) neplatí žádná z uvedených možností

92. Co rozumíme pod pojmem (fyzicky) týrané dítě?

- a) dítě fyzicky nadměrně zatěžované při zájmových aktivitách
- b) dítě ze sociálně slabé rodiny, často s rodiči alkoholiky, podvyživené, sociálně zaostalé
- c) dítě odmítané vrstevníky ve školním prostředí
- d) dítě nepřiměřeně fyzicky trestané převážně jedním z rodičů, výskyt ublížení na zdraví**
- e) neplatí žádná z uvedených možností

93. Co rozumíme pod psychickým týráním dítěte?

- a) jednorázové postrašení dítěte dospělou osobou
- b) vystavení dítěte týrání jemu blízké osoby (matky, sourozence apod.)**
- c) opakované vyvolávání trýznivých pocitů, např. strachu, úzkosti, zoufalství či ponižení**
- d) dítě ze sociálně slabé rodiny, často s rodiči alkoholiky, podvyživené, sociálně zaostalé
- e) neplatí žádná z uvedených možností

94. Co rozumíme bezdotykovým sexuálním zneužitím dítěte?

- a) účast na sex. aktivitách bez tělesného kontaktu (např. natáčení a promítání pornofilmu)**
- b) sexuální praktiky s dítětem kromě koitu
- c) ohmatávání dítěte na intimních místech bez vyústění do plného sexuálního styku
- d) setkání dítěte s nahotou dospělého** MYŠLENO SETKÁNÍ S EXHIBICIONISTOU
- e) neplatí žádná z uvedených možností

95. Co rozumíme kontaktním sexuálním zneužitím dítěte?

- a) účast dítěte při promítání pornofilmu
- b) dochází k pohlavnímu kontaktu a styku včetně orálního či análního**
- c) setkání dítěte s exhibicionistou na veřejném místě
- d) ohmatávání dítěte na intimních místech bez vyústění do plného sexuálního styku**
- e) neplatí žádná z uvedených možností

96. Jak působí na dítě konfliktní manželství?

- a) zmatenost a bezmoc dítěte v situaci, kdy má oba rodiče stejně rádo (Vymětal: „... bývá zmatené, protože má oba rodiče rádo a znamenají pro ně vše“)**
- ale a) označují za správnou odpověď
- b) zvýšení statusu dítěte ve vrstevnické skupině
- c) přetahování se o dítě a uplácení rodiči má negativní vliv na vývoj charakteru dítěte**
- d) konflikty nemají vliv na psychický stav dítěte
- e) neplatí žádná z uvedených možností

97. Jak může souviset onemocnění s homeostatickým charakterem rodiny?

- a) nijak nemůže souviset
- b) nemoc či symptom může udržovat rovnováhu v rodině a vztazích jejich členu**
- c) rodinnou homeostázu nelze nemocí narušit
- d) nemocný udržuje rodinu pohromadě před rozpadem**
- e) neplatí žádná z uvedených možností

„... zdravotní obtíž (onemocnění, symptom) zachovává rodinu v relativně stabilním stavu, nemocného jedince rodina jako celek „potřebuje“, aby se nerozpásla, a proto zdravotní potíže „udržuje při životě.““

98. Jaké jsou důvody pro spolupráci lékaře s rodinou nemocného?

- a) každá vážnější nemoc má vliv (pozitivní i negativní) na celou rodinu nemocného**
- b) nemocný důvěřuje lékaři tehdy, když mu věří také jeho nejbližší příbuzní**
- c) rodina poskytuje nemocnému podporu napomáhající k uzdravení**
- d) pacient se bez podpory rodiny dostává do sociální izolace**
- e) neplatí žádná z uvedených možností

99. Co je to bioekopsychosociální pohled na etiopatogenezi nemoci?

- a) střídavé působení biologických, ekologických, psychologických a sociálních vlivů na vznik nemoci
- b) v etiopatogenezi nemoci se mohou objevit buď biologické, ekologické, psychologické nebo sociální vlivy
- c) společné působení biologických, ekologických, psychologických a sociálních okolností na vznik a průběh nemoci**
- d) příčiny nemoci leží převážně v sociální nebo psychologické sféře
- e) neplatí žádná z uvedených možností

100. Co rozumíme pod pojmem psychologický přístup k nemocnému?

- a) zaměření se při péči o pacienta především na psychopatologickou složku osobnosti
- b) záměrné využívání psychologických prostředků k navození dobrého pracovního společenství s pacientem a k psychotherapeutickému působení**
- c) pravidelné konzultace s psychologem o psychickém stavu pacienta
- d) nevědomé používání psychologických prostředků k navození dobrého pracovního společenství s pacientem a k psychotherapeutickému působení
- e) neplatí žádná z uvedených možností

101. Ke znakům dobrého pracovního společenství mezi lékařem a pacientem patří:

- a) pacient a příbuzní jsou upřímně sdílní a pravdomluvní**
- b) lékař se zaměřuje především na biologickou složku nemoci, kterou má v kompetenci
- c) lékař, pacient i příbuzní mají zájem na pozitivním průběhu diagnosticko—léčebného nebo rehabilitačního procesu**
- d) pacient a příbuzní aktivně spolupracují s lékařem, dodržují pokyny a dohody**
- e) neplatí žádná z uvedených možností

102. Co ovlivňuje lékař psychotherapeutickým působením?

- a) integraci osobnosti a zvýšení její odolnosti a aktivity**
- b) proces rozhodování v souladu s pacientovým založením a možnostmi a s ohledem na jeho okolí**
- c) nežádoucí psychické stavy, jako je úzkost, strach, tenze, bezmoc, deprese apod.**
- d) orientaci v sobě a ve své aktuální životní situaci**
- e) neplatí žádná z uvedených možností

103. Co rozumíme kognitivním aspektem naděje?

- a) pochybnosti o možnosti naplnění pozitivního cíle
- b) racionální kalkulace a z něho plynoucí míra pravděpodobnosti, (pokud jde o dosažení a) naplnění pozitivního cíle**
- c) euforii
- d) pozitivní a stenický cit při hodnocení a vnímání cíle jako dosažitelného
- e) neplatí žádná z uvedených možností

104. Co rozumíme emocionálním aspektem naděje?

- a) smysly vnímanou míru pravděpodobnosti naplnění pozitivního cíle
- b) racionální kalkulace a z něho plynoucí míra pravděpodobnosti naplnění pozitivního cíle
- c) pochybnosti o možnosti naplnění pozitivního cíle
- d) pozitivní a stenický cit při hodnocení a vnímání pozitivního cíle jako dosažitelného**
- e) neplatí žádná z uvedených možností

105. Co rozumíme pod pojmem autorita lékaře?

- a) mít moc a převahu na okolí, danou sociálním statutem
- b) mít odpovědnost, znalosti a dovednosti, přirozenou převahu, starat se, vést, uklidňovat**
- c) mít znalosti a dovednosti spojené s výkonem diagnostické a léčebné praxe lékaře
- d) mít vysoký společenský status spojený s odbornou kompetencí lékaře
- e) neplatí žádná z uvedených možností

106. Co patří mezi charakteristiky pojmu pravdivost v informování pacienta?

- a) informovat pacienta vždy a za všech okolností o jeho zdravotním stavu PODOBNÁ OTÁZKA UŽ BYLA. PACIENT SE MŮŽE ROZHODNOUT, ŽE NECHCE BÝT INFORMOVÁN O SVÉM ZDRAVOTNÍM STAVU! Viz. zákon č. 372/2011 Sb. §31 + Etické problémy medicíny na prahu 21. Století: „...nutno vždy zvážit, kdy a za jakých okolností a v jakém rozsahu se má informace podat.“
- b) být připraven a schopen informovat pacienta pravdivě o jeho zdravotním stavu, pokud si takovou informaci přeje**
- c) informovat pravdivě příbuzné o zdravotním stavu nemocného bez ohledu na pacientův souhlas
- d) informovat pacienta o zdravotním stavu, pokud by informace pravděpodobně navodila u pacienta depresivní stav
- e) neplatí žádná z uvedených možností

107. Co rozumíme úctou a respektem k pacientovi?

- a) lékař si váží pacienta a souhlasí s jeho jednáním a názory
- b) lékař se vždy snaží o navození pocitu sympatie k pacientovi
- c) postará se slušné a zdvořilé chování v kontaktu lékaře s pacientem
- d) lékař respektuje pacienta, i když s ním nemusí souhlasit a může mu být nesympatický**
- e) neplatí žádná z uvedených možností

108. Jaká jsou doporučení při prvním kontaktu s pacientem?

- a) **pacientovi je dobré dát najevo, že je vítaným a neobtěžujícím návštěvníkem** OZNAČUJI KVŮLI SOUVISLOSTI S ODPOVĚDÍ C)
- b) pacientovi je nutné dát najevo, že je tof on, kdo potřebuje pomoc od lékaře
- c) **pacientovi je dobré dát najevo, že se o něho lékař zajímá a je mu k dispozici**
- d) **lékař pacienta vyslechne a pečlivě vyšetří**
- e) neplatí žádná z uvedených možností

109. Co rozumíme psychickou indukcí?

- a) přenos minulé zkušenosti s významnými osobami do aktuálních vztahu
- b) **vyvolání podobného pocitu a jednání u pacienta – klid lékaře uklidňuje pacienta apod.**
- c) vyvolání agrese u pacienta klidným postojem lékaře
- d) vyvolání opačného pocitu a jednání, než má lékař, u pacienta
- e) neplatí žádná z uvedených možností

110. Jaké jsou důsledky obranného mechanismu regrese u pacienta?

- a) pacient dodržuje přesně pokyny lékaře, chová se poslušně
- b) **infantilní chování včetně neodpovědnosti, trucovitosti, nespolehlivosti a impulsivity**
- c) **pacient vyvolává ve zdravotnickém personálu „rodičovské“ postoje**
- d) pacient vyvolává ve zdravotnickém personálu „dětské“ postoje
- e) neplatí žádná z uvedených možností

- Emoční labilita (infantilní chování), sklon k afektům (impulsivita), vyžadují zvýšenou pozornost a stálou péči, závislý na pomoci druhých, jako děti „zbaveni běžných povinností“ (neodpovědnost a „rodičovského postoje“ personálu, asociují se jako „nemocné děti“), projevují nespokojenost a „sekýrují“ (trucovitost)

111. Co znamená porozumění na základe empatie?

- a) snaha vyvolat pocity sympatie k protějšku
- b) snaha navodit u sebe shodné prožívání jako protějšek, identifikovat se s ním (k identifikaci by dojít nemělo)
- c) **snaha pomoci včítění pochopit motivy jednání druhého, jeho pocity a postoje**
- d) snaha pochopit motivy jednání druhého, jeho pocity a postoje na základe rozumové analýzy (zde chybná „rozumová analýza“)
- e) neplatí žádná z uvedených možností

112. Co znamená porozumění vztahu mezi pacientem a lékařem?

- a) lékař se zabývá výhradně odbornými aspekty somatické léčby
- b) lékař si uvědomuje, co si o něm pacient myslí NAD TOUTO OTÁZKOU HLUBOCE JSEM UVAŽOVAL, ale označuji za nesprávnou – ve Vymětalovi a jinde není význam „porozumění vztahu mezi pacientem a lékařem“ takto specifikován: pacient si o lékaři něco myslí, chová se k němu podle toho a lékař si jeho chování uvědomuje a subjektivně přisuzuje „co si pacient myslí“ Otázku vidím jako simple-choice a to c)
- c) **lékař si je vědom, jak pacienta prožívá a co v něm pacient subjektivně vyvolává**
- d) lékař intuitivně vnímá zvláštnosti ve vztahu s pacientem, ale nesnaží se jim porozumět
- e) neplatí žádná z uvedených možností

113. Jaký je podíl psychosociálních vlivů na etiopatogenezi nemoci?

- a) tyto vlivy se někdy účastní při vzniku a průběhu nemoci
- b) **je prokázáno, že tyto vlivy přímo i nepřímo působí na vznik a průběh nemoci** (odvozuji z chápání člověka jako bio-psycho-socio-spirituální bytosti; Vymětal: „...je prokázáno, že každé onemocnění se týká člověka jako celku.. u žádného vážnějšího onemocnění nemůžeme opomenout psychosociální faktory; např. ztráta -> truchlení -> deprese/ manifestace do tělesné oblasti – funkční porucha imunitního systému)
- c) tyto vlivy nemají vážnější podíl při vzniku a průběhu nemoci
- d) je možné, že tyto vlivy působí na vznik a průběh některých nemocí
- e) neplatí žádná z uvedených možností

114. Co zkoumá psychoneuroimunologie?

- a) **vzájemné vztahy mezi psychikou, nervovým, endokrinním a imunitním systémem** (URČITĚ TATO ODPOVĚĎ)
- b) **vliv životní zátěže a osobnostních znaků na imunitní systém a vznik nemoci** (Vymětal: „... která zkoumá vliv životní zátěže a osobnostních znaků na funkci lidského imunitního systému, která se projevuje při výskytu infekčních onemocnění) ANO
- c) zvláštnosti fungování imunologického systému u člověka
- d) **vliv životní zátěže a osobnostních znaků na nervový systém člověka OTÁZKY JSOU VŽDY VZTAŽENY K PROBLEMATICE IMUNITY, např. základy interakce mezi imunitním systémem a nervovým, imunitní odpověď na akutní psychický stres... d) - NE**
- e) neplatí žádná z uvedených možností

115. Co je cílem prvního kontaktu s pacientem?

- a) seznámit pacienta se zdravotnickým zařízením a personálem
- b) **ustanovit mezi pacientem s lékařem dobré pracovní prostředí**
- c) **rychle se zorientovat v problematice, utvořit pracovní diagnózu a zahájit léčbu**
- d) zbavit pacienta všech obtíží, s nimiž přichází
- e) neplatí žádná z uvedených možností

116. Jak se zachovat, když dojde k pozdržení provozu a pacienti čekají dlouho v čekárně?

- a) není třeba žádné mimořádné opatření, pacienti s čekáním počítají
- b) sestra vyzve pacienty v čekárně k trpělivosti a dalšímu vyčkání
- c) **lékař či sestra situaci pacientům v čekárně vysvětlí a případně se omluví** (podle Vymětala a žádná jiná odpověď)
- d) sestra pověří odcházejícího pacienta, aby v čekárně vyřídil, že se provoz zdržel
- e) neplatí žádná z uvedených možností

117. Jaký je ideální postup uvítání pacienta v ordinaci (mimo urgentní medicíny)?

- a) lékař ukáže, kam si má pacient sednout
- b) lékař vstane, pozdraví, podá ruku a nabídne místo k sezení (pokud sedíme, povstaneme, poděkujeme za pozdrav/ sami pozdravíme, podáme ruku, uvítáme, nabídneme místo k sezení)**
- c) lékař odpoví na pozdrav a zeptá se na důvod návštěvy pacienta
- d) sestra ukáže, kam si má pacient sednout, a lékař se zeptá na důvod návštěvy pacienta
- e) neplatí žádná z uvedených možností

118. Co je to haló efekt?

- a) má-li pozorovaný člověk podobné vlastnosti jako my, ovlivní to náš celkový závěr
- b) při posuzování určité skutečnosti se řídíme předchozím případem
- c) naše očekávání se přenášejí na nemocného, který se nechá ovlivnit a chová se pak tak, jak předpokládáme
- d) určitá nápadnost ve zjevu či chování člověka ovlivní náš celkový závěr**
- e) neplatí žádná z uvedených možností

119. Co je to Rosenthalův efekt?

- a) naše očekávání se přenášejí na nemocného, který se nechá ovlivnit a chová se pak tak, jak předpokládáme**
- b) při posuzování určité skutečnosti se řídíme předchozím případem
- c) má-li pozorovaný člověk podobné vlastnosti jako my, ovlivní to náš celkový závěr
- d) určitá nápadnost ve zjevu či chování člověka ovlivní náš celkový závěr
- e) neplatí žádná z uvedených možností

120. Co je to efekt kontrastu?

- a) určitá nápadnost ve zjevu či chování člověka ovlivní náš celkový závěr
- b) má-li pozorovaný člověk podobné vlastnosti jako my, ovlivní to náš celkový závěr
- c) naše očekávání se přenášejí na nemocného, který se nechá ovlivnit a chová se pak tak, jak předpokládáme
- d) při posuzování určité skutečnosti se řídíme předchozím případem**
- e) neplatí žádná z uvedených možností

121. Co znamená „zásada trychtýře“ při orientačním rozhovoru?

- a) postupujeme v dotazování od osobního k objektivnímu
- b) postupujeme v dotazování od obecnějšího ke specifickému**
- c) postupujeme v dotazování od minulého k současnému
- d) postupujeme v dotazování od specifického k obecnějšímu
- e) neplatí žádná z uvedených možností

122. Co je to „subjektivní hypotéza onemocnění“?

- a) lékařova hypotéza o typu a vzniku nemoci pacienta
- b) pacientova představa o tom, jakou má nemoc a jak nemoc vznikla („co se děje“, „proč“, „co se dá dělat“ -> soukromá představa nemoci, o vzniku a druhu onemocnění)**
- c) pacientova představa o tom, jakou má lékař hypotézu o jeho nemoci
- d) lékařova hypotéza o tom, jakou má pacient představu o své nemoci
- e) neplatí žádná z uvedených možností

123. Co rozumíme symptomatickým chováním pacienta?

- a) typické projevy pacienta pro tu kterou nosologickou jednotku
- b) projevy symptomu nemoci u pacienta
- c) chování související se snášením léčby symptomu u pacienta
- d) projev, který ukazuje na možnou souvislost symptomu s určitou situací či vztahy pacienta**
- e) neplatí žádná z uvedených možností

124. Který z uvedených postupů při vyšetření považujete za nevhodný?

- a) pacientovi předem sdělíme důvod, časový rozsah a průběh vyšetření
- b) rozsah s vlečení musí být funkční a pouze nezbytný včetně doby obnažení
- c) sestra je vždy přítomna vyšetření pacienta (vždy – pokud není potřeba asistence, vhodné je, aby při vyšetřování intimních tělesných zón nebyla přítomna)**
- d) pacienta předem upozorníme na dotyk na intimních částech
- e) neplatí žádná z uvedených možností

125. Co může působit nejvíce iatrogeně při vyšetřování pacienta?

- a) mírně bolestivé vyšetření
- b) štitivost lékaře vůči pacientovi (...proto působí až iatrogeně, jestliže pacient vycítí u samotného lékaře stud nebo štitivost)**
- c) dlouhé vyšetření
- d) krátké vyšetření
- e) neplatí žádná z uvedených možností

126. Co lékař sděluje pacientovi po proběhlém vyšetření?

- a) návrh diagnostického a léčebného postupu**
- b) podrobnou srozumitelnou informaci o léčbě, medikaci, životosprávě**
- c) diagnózu, charakter nemoci a příčiny potíží tak, aby pacient rozuměl a nebyl vyděšen**

**d) návrh termínu dalšího setkání**

e) neplatí žádná z uvedených možností

127. Proč je důležité přiměřené rozloučení s pacientem po prvním kontaktu?

a) lékař by měl sám mít dobrý pocit z navázaného vztahu

**b) pacient si pamatuje především konec kontaktu (Vymětal: „pacient si poměrně dobře pamatuje zvláště začátek a konec kontaktu“)**

c) dáváme najevo respekt k pacientovi

d) lékař si pamatuje především konec kontaktu a je nutné si pacienta zapamatovat

e) neplatí žádná z uvedených možností

128. Kdy provádíme anamnézu?

**a) někdy při prvním kontaktu s pacientem, většinou mnohem později** („...nemáme možnost ji sejmout, především se musíme rychle orientovat ve zdravotní problematice a zahájit léčbu“)

**b) většinou při prvním kontaktu s pacientem**

c) vždy při prvním kontaktu s pacientem

**d) jak nám to zdravotní stav pacienta umožní**

e) neplatí žádná z uvedených možností

129. Co patří mezi data snímaná v anamnéze?

**a) sociální anamnéza**

**b) osobní a rodinné údaje z předchorobí**

**c) oblast sexuality („nesmíme opomenout oblast sexuality, edukaci, pracovní anamnézu...“)**

**d) současné zdravotní potíže**

e) neplatí žádná z uvedených možností

130. Co patří mezi data snímaná v anamnéze?

**a) vzdělání a pracovní anamnéza pacienta**

**b) výraznější osobnostní rysy projevující se během vyšetření**

**c) psychologické charakteristiky a nápadnosti pacienta**

**d) postoj a prožívání nemoci**

e) neplatí žádná z uvedených možností

131. Jak nejlépe zareagovat na vyhýbavou nebo žádnou odpověď pacienta na otázku?

a) „Mně se můžete svěřit, jsem váš lékař a měl bych všechno vědět.“ NALÉHÁ

b) „Když nebudete dostatečně odpovídat, těžko můžeme spolupracovat, víte co, jděte do háje.“ VULGÁRNÍ

c) „Vy ještě nemáte ke mne plnou důvěru, nevádí, povíte mi to později.“ TLAČÍ PACIENTA, AŽ SI K NĚMU VYTVOŘÍ VZTAH

d) „Asi vás ta otázka překvapila nebo je vám nepříjemná, ale je důležité si o tom popovídat.“ NALÉHÁ, první část ale jde

**e) neplatí žádná z uvedených možností → Asi vás ta otázka překvapila, možná jsem vás zaskočil. Možná je vám ta otázka nepříjemná, ale když nechcete, netřeba na ni odpovídat – nespěchat, netlačit na pacienta, nenaléhat, nemusí odpovědět**

132. Vyberte nejlepší reakci na náhlé odmlčení pacienta při rozhovoru:

a) lékař zareaguje změnou tématu

**b) lékař řekne: „Asi jste si vzpomněl na něco důležitého — je možné o tom mluvit?“**

c) lékař nereaguje na odmlčení

d) lékař řekne: „Vidím, že vás něco důležitého napadlo, řeknete mi, o čem se jednalo.“

e) neplatí žádná z uvedených možností

133. Co znamená pojem compliance?

a) dodržení profesionálních povinností lékaře při léčbě pacienta

**b) spolupráce pacienta s lékařem jako výsledek jejich vzájemného vztahu a komunikace**

c) splnění sociálních potřeb pacienta v léčebném procesu

d) spolupráce lékaře a ostatního zdravotnického personálu při léčbě pacienta

e) neplatí žádná z uvedených možností

134. Jaké jsou znaky spolupracujícího pacienta?

**a) důvěřuje svému lékaři a je spokojen s léčbou**

**b) přijímá spoluzodpovědnost za léčbu**

**c) dodržuje doporučení a spolupracuje**

d) zodpovědnost za léčbu nechává plně na lékaři

e) neplatí žádná z uvedených možností

135. Čím se vyznačuje spolupráce (kooperace) mezi pacientem a lékařem? → PRACOVNÍ SPOLEČENSTVÍ JE TVOŘENA VZTAHY, SPOLUPRÁCI MEZI LÉKAŘEM, NEMOCNÝM A PŘÍBUZNÝMI – PROTO OZNAČUJÍ STEJNĚ JAKO V OT. Č. 101

**a) pacient a příbuzní jsou upřímně sdílní a pravdomluvní**

b) lékař se zaměřuje především na biologickou složku nemoci, kterou má v kompetenci

**c) lékař, pacient i příbuzní mají zájem na pozitivním průběhu diagnosticko-léčebného nebo rehabilitačního procesu**

**d) pacient a příbuzní aktivně spolupracují s lékařem, dodržují pokyny a dohody**

e) neplatí žádná z uvedených možností

136. Jak navodit spolupráci u dětských pacientů?

**a) pro redukci úzkosti použít tělesný kontakt, pochválit a na závěr obdarovat**

b) dítě vždy vyšetřovat za přítomnosti obou rodičů

- c) předškolní děti vyšetřovat v přítomnosti doprovodu
- d) komunikovat dle vývojové úrovně, zdravotního problému a aktuálního stavu dítěte
- e) neplatí žádná z uvedených možností

137. Jak komunikaci s handicapovanými pacienty?

- a) u nevidomých pacientů jednáme raději s doprovodem než přímo s pacientem
- b) s mentálně postiženými lékař jedná přímo pouze v případě nutnosti se obrací na doprovod (ohledně např. informací) (ale podle onoho videa o komunikaci s handicapovanými pacienty bych tuto odpověď označil)
- c) pro hluchoněmé obstaráme tlumočnicka ze znakové řeči
- d) se smyslově postiženými lékař jedná jako s běžným pacientem s ohledem na handicap, neobracíme se na doprovod
- e) neplatí žádná z uvedených možností

138. Co znamená syndrom bezmoci a beznaděje?

- a) pacient přestane důvěřovat lékaři a hledá si alternativní formy léčby
- b) pacient se cítí bezmocně, ochotně a spolehlivě spolupracuje s lékaři
- c) u pacienta může nastat depresivní stav s rezignací a následným oslabením imunitních funkcí (helpless-hopeless)
- d) pacient přestane důvěřovat lékaři a hledá si jiného ošetřujícího lékaře
- e) neplatí žádná z uvedených možností

139. Co je to externalizace v procesu adaptace na nemoc?

- a) nemocný je spíše uzavřený a řeší vše vlastními silami, je spíše nezávislý
- b) nemocný aktivně hledá pomoc v okolí, svým postojem je spíše závislejší
- c) nemocný aktivně hledá pomoc v okolí, svým postojem je spíše nezávislý
- d) nemocný je spíše uzavřený a řeší vše vlastními silami, je spíše závislý
- e) neplatí žádná z uvedených možností

140. Co je to internalizace v procesu adaptace na nemoc?

- a) nemocný je spíše uzavřený a řeší vše vlastními silami, je spíše závislý
- b) nemocný aktivně hledá pomoc v okolí, svým postojem je spíše nezávislý
- c) nemocný aktivně hledá pomoc v okolí, svým postojem je spíše závislejší
- d) nemocný je spíše uzavřený a řeší vše vlastními silami, je spíše nezávislý
- e) neplatí žádná z uvedených možností

141. Zásadou při péči o nemocného je, že pacientem se stává celá rodina, nejenom tzv. identifikovaný pacient. Tuto skutečnost v praxi zohledňujeme zejména

- a) u závažnějších poruch zdraví
- b) v každém případě
- c) u pacientu léčených chirurgicky
- d) u pacientu léčených neurologicky
- e) neplatí žádná z uvedených možností

142. Subjektivní hypotéza choroby znamená

- a) první hypotézu ošetřujícího lékaře o možné diagnóze pacienta
- b) to, co si myslí pacient o své chorobě (diagnóza, příčiny)
- c) jednu z proměnných při výzkumu etiologie duševních poruch
- d) podstatnou součást vztahu pacient — lékař
- e) neplatí žádná z uvedených možností

143. Základní psychologická péče o ambulantně vedené dospělé pacienty spočívá v tom, že

- a) je řádně somaticky vyšetříme
- b) promluvíme s jejich příbuznými
- c) rozmluvíme jim hypochondrické obavy
- d) je informujeme (o diagnóze, diagnostických a léčebných opatřeních, o předpokládaném průběhu poruchy zdraví) a uklidníme (informace + psychologickou cestou lze proti nepřiměřené emoční odezvě postupovat: ... poskytneme uklidnění)
- e) neplatí žádná z uvedených možností

144. Sekundární účelovost poruchy zdraví znamená, že

- a) pacient získává svojí chorobou nějakou „výhodu“ (např. nemocné dítě nemusí do školy)
- b) rodinný příslušník získává chorobou nějakou „výhodu“ (např. matka nemocného dítěte nemusí do práce)
- c) pacient agravuje, případně simuluje
- d) subjektivní obtíže pacienta neodpovídají objektivnímu nálezů
- e) neplatí žádná z uvedených možností

145. Placebo efekt se zesílí také tím, jestliže

- a) se pacient lékaře bojí
- b) vnímá pacient lékaře jako sympatického a lékaři důvěřuje (... účinek placeba odpovídá kvalitě vzájemného vztahu mezi pacientem a lékařem (-> sympatický),... účinek je silnější, je-li podán autoritou (důvěřuje))
- c) pacientovi léčbu řádně nevysvětlíme a jeho obtíže bagatelizujeme
- d) zdůrazníme, že se pacient musí řídit našimi pokyny
- e) neplatí žádná z uvedených možností

146. Spolehlivá spolupráce (compliance) pacienta, případně i jeho rodiny s lékařem



- a) je žádoucí, nikoliv však nutná
- b) je vhodná, avšak z časových důvodů ji nelze vynucovat
- c) zvyšuje mnohdy rozhodujícím způsobem účinek léčebné péče**
- d) v podmínkách běžné praxe je nedostižným ideálem
- e) neplatí žádná z uvedených možností

147. Podmínkou spolehlivé spolupráce (compliance) pacienta, případně i jeho rodiny s lékařem je:

- a) pacient je inteligentní
- b) rodina má vyšší socioekonomické postavení
- c) se jedná o vážnější poruchu zdraví
- d) lékař je přirozenou a důvěryhodnou autoritou**
- e) neplatí žádná z uvedených možností

148. Při ambulantním vyšetření dítěte a léčebných úkonech je žádoucí přítomnost doprovodu (matky, babičky apod.) v ordinaci

- a) u dětí zhruba do věku 7–8 let, u dětí nadměrně úzkostných i starších (předškolní věk – zásadně v přítomnosti doprovodu (je uvedeno zhruba do 7-8 let), u starších dětí lze respektovat jejich přání)**
- b) u dětí jakéhokoliv stáří
- c) tato přítomnost není žádoucí, protože děti s námi pak hůře spolupracují
- d) jen v případě zubního ošetření
- e) neplatí žádná z uvedených možností

149. Dobrá spolupráce (compliance) pacienta (event. i rodinných příslušníků) s lékařem znamená, že

- a) lékař jedná s pacientem autoritativně a pacient se podřídí
- b) pacient spolehlivě dodržuje pokyny lékaře (nejsou-li v rozporu s jeho zvyky a životním stylem)**
- c) lékař zastrašuje pacienta, tím ho motivuje
- d) se jedná o „zkušeného“ pacienta
- e) neplatí žádná z uvedených možností

150. Farmakofilní lékař zpravidla

- a) podceňuje (neracionálně) možnosti farmakoterapie
- b) řídí se současnými vědeckými poznatky farmakologie
- c) nekriticky (neracionálně) přeceňuje možnosti farmakoterapie**
- d) léky ordinuje dle přání pacienta
- e) neplatí žádná z uvedených možností

151. Lékaři mají tendenci spolupráci (compliance) pacienta a příbuzných spíše

- a) přeceňovat (považují ji za spolehlivou)** („Rádi bychom poznamenali, že lékaři mají tendenci přeceňovat spolupráci (compliance) pacienta a jeho blízkých a považovat je za bytosti, které přemýšlejí a jednají výhradně racionálně. Realita je poněkud jiná. Spolehlivost zvýšíme...“)
- b) podceňovat (považují ji za nespolehlivou)**
- c) nelze zobecňovat, záleží „případ od případu“
- d) vidět zcela reálně
- e) neplatí žádná z uvedených možností

152. Důvěru a přirozenou autoritu získá u pacienta lékař, který

- a) příliš nemluví, ale počíná si rázně a sebejistě
- b) projevuje o pacienta a jeho psychiku osobní zájem a chová se profesionálně jistě**
- c) sděluje pacientovi jen příznivé informace, ty nepříznivé dříve ci později „přijdou samy“
- d) ordinuje četná pomocná vyšetření, a tím dává najevo svoji pečlivost a zájem o pacienta
- e) neplatí žádná z uvedených možností

153. Zhruba třetina ambulantních pacientů praktických lékařů nedodržuje spolehlivě medikaci a lékařovy pokyny. Tato skutečnost vyplývá z toho, že

- ~~a) podávané léky jsou neúčinné~~
- b) lékařem nejsou vůbec informováni o své léčbě
- ~~c) příbalové letáky jsou nesrozumitelné~~
- d) subjektivně se cítí lépe, případně zapomenou, co jim bylo řečeno lékařem**
- e) neplatí žádná z uvedených možností

154. Funkční fixace obtíží znamená, že

- a) pacient se nadměrně soustřeďuje na svůj zdravotní stav (spíše hypochondrický osobnostní svéráz)**
- b) se jedná o duševně labilního jedince
- c) zdravotní obtíže přetrvávají bez objektivního podkladu a nálezu (nesprávnou hypotézu je třeba identifikovat, vyšetřit poruchy -> při včasném nezvládnutí vzniká nebezpečí funkční fixace obtíží, jež pak bez objektivního podkladu přetrvávají a nemocný jim věnuje nadměrnou pozornost)**
- d) máme v péči hypochondra
- e) neplatí žádná z uvedených možností

155. Před odchodem pacienta z ordinace

- a) zkontrolujeme, zda jsme do dekurzu vše řádně zapsali
- b) projevíme zájem o jeho rodinu
- c) zkontrolujeme, zda se jedná o pojištěného pacienta
- d) se s ním nezapomeneme rozloučit**
- e) neplatí žádná z uvedených možností



156. Lékař, který pacienta zúzkostňuje, působí

a) ve svém důsledku příznivě, protože pacienta „otuzuje“ a stimuluje funkci jeho imunitního systému

**b) iatrogeně, protože zhoršuje pacientův psychický stav a nepříznivě může ovlivnit funkci jeho imunitního systému (ano, psychoneuroimunologie)**

c) ve směru lepší spolupráce (compliance)

d) ve směru racionálního využití času, jenž může nemocnému věnovat

e) neplatí žádná z uvedených možností

157. Psychologické faktory silněji ovlivňují účinek léku u obtíží, které

a) náhle vzniknou a trvají zpravidla kratší dobu

b) vznikají jako důsledek vedlejších účinků léku

**c) mají výraznou subjektivní stránku (např. bolest, úzkost) (-> např. psychofarmaka, analgetika)**

d) vyžadují dlouhodobou farmakoterapii

e) neplatí žádná z uvedených možností

158. Dentofobie vzniká u pacientů zpravidla

**a) v dětství a na základě psychotraumatizující zkušenosti při ošetření**

**b) jako důsledek vyšší úzkostnosti a nepříznivého vlivu příbuzných (nepříznivý vliv chápu – rodič má nepřiměřený strach ze zubního ošetření, fobie se přenesla z rodiče na dítě)**

c) jako důsledek pacientovy „neukáznosti“ a nedodržování pokynu lékaře

d) jako důsledek zanedbání základní péče o chrup

e) neplatí žádná z uvedených možností

159. Při dobré spolupráci (compliance) se zvyšuje placebo efekt, neboť

a) pacient je hypnabilní

**b) pravděpodobně dojde v organismu ke zlepšení funkce autoregulačních a autosanačních mechanismů**

c) pacient užívá léky selektivně dle vlastního uvážení

d) je špatná komunikace mezi pacientem a lékařem

e) neplatí žádná z uvedených možností

160. Syndrom „pomahačů“ znamená, že

**a) lékař má tendenci přepínat své síly a „obětovat se.“**

b) lékař si počíná profesionálně a rutinně

c) lékař si drží od pacientů značný odstup

d) platí vše předchozí

e) neplatí žádná z uvedených možností

161. Častou psychickou a behaviorální odezvou pacienta na skutečnost závažnější poruchy zdraví je

**a) regrese**

b) lehkomyšlnost

c) projekce

d) nadměrné pití alkoholických nápojů

e) neplatí žádná z uvedených možností

162. Většina pacientů se na poměry v nemocnicích

a) špatně adaptuje a vnitřně trpí

**b) dobře adaptuje, omezení berou jako „nutné zlo“**

c) zvyká nesnadno, zvláště při dlouhodobé hospitalizaci

d) zvyká nesnadno, zvláště při krátkodobé hospitalizaci

e) neplatí žádná z uvedených možností

163. Psychické potřeby u hospitalizovaných lidí jsou vázány především na

a) dostatečný a pravidelný příjem tekutin

b) kvalitu nemocniční stravy

c) možnost sledování televizních pořadů

**d) pocít jistoty, informovanosti a zachování soukromí**

e) neplatí žádná z uvedených možností

164. Pro model na pacienta orientované medicíny (partnerský model) je příznačné, že

a) lékař vyšetřuje pacienta opakovaně

b) lékař těsně spolupracuje se středním zdravotním personálem

**c) lékař se zajímá o psychický stav pacienta (jak chorobu a svoji situaci prožívá a hodnotí)**

d) lékař se staví zdrženlivě k návštěvám příbuzných v nemocnici

e) neplatí žádná z uvedených možností

**165. V případě hospitalizace dětí předškolního věku je přítomnost matky či osoby ji zastupující**

a) nezbytná KOJENCI, BATOLATA

**b) žádoucí**

c) přítomnost není nutná

**d) vždy záleží na okolnostech**

e) neplatí žádná z uvedených možností

V případě hospitalizace nejmenších dětí (kojenci, batolata) je nezbytná přítomnost jednoho z rodičů a u větších dětí, pokud to dovoluje zdravotní stav a druh onemocnění, je vysoce žádoucí denní kontakt s rodinou:

166. Kvalita života pacienta odvisí zejména od jeho

**a) stavu psychické a fyzické pohody (nežádoucí je kupř. bolest, deprese)**

b) úrovně mentálních schopností (intelektu)

c) osobnostních charakteristik a zvláště sebepojetí

**d) funkce imunitního systému (Proč mohl zaškrtnout, ale není správně: kvalita života ovlivňuje spolupráci pacient, podporuje (či tlumí) žádoucí stenizující osobnostní faktor, jež souvisí s funkcí imunitního systému => otázka se zaměřuje, od čeho se odvíjí, čeho je kvalita života výslednicí. Vymětal přímo imunitní systém neuvádí jako „podmínku“ kvality života)**

e) neplatí žádná z uvedených možností

167. Lidský jedinec považuje vlastní život za kvalitní, jestliže

**a) jeho očekávání a přání jsou ve shodě s životní realitou**

**b) je dobře materiálně zajištěn EKONOMICKÁ SITUACE**

**c) cítí se být zdrav AKTUÁLNÍ ZDRAVOTNÍ STAV**

**d) není na nic silně vázán SOBĚSTAČNOST**

e) neplatí žádná z uvedených možností

168. Úzkost a strach z vyšetření či zákroku u pacienta snížíme, jestliže

a) ~~nebudeme~~ věnovat pozornost pacient. prožitkům

**b) pacienta předem informujeme o nutnosti zákroku a jeho průběhu (zdůvodní nutnost vyšetření, popíše průběh)**

c) úkony budeme ~~sami~~ brát jako něco samozřejmého a pro pacienta prospěšného

d) se budeme chovat sebejistě, ~~suverénně~~

e) neplatí žádná z uvedených možností

169. Velmi vhodná je příprava dětí předškolního a mladšího školního věku na zatěžující úkony

a) objektivní informací

b) pouze prostřednictvím rodičů

**c) názornou formou (kupř. hrou)**

d) vhodnou literaturou

e) neplatí žádná z uvedených možností

170. Cílem přípravy nemocného na náročné vyšetření je

a) dát najevo, že jsme dobrými odborníky

b) odhadnout, jak se bude nemocný chovat

**c) nemocného poučit, co ho čeká, jaké chování je z jeho strany žádoucí, případně jej uklidnit**

d) posílit vlastní sebevědomí

e) neplatí žádná z uvedených možností

171. Při závažných zákrocích na orgánech a funkčních systémech vitální důležitosti (např. před jejich transplantací) je žádoucí, aby

**a) součástí předoperační přípravy byly psychotherapeutické pohovory**

b) ~~nebyl~~ pacient zatěžován tím, že věnujeme pozornost jeho pocitům a očekáváním

c) byl ~~omezen jeho kontakt~~ s příbuznými

d) byly pacientovi ~~podávány vyšší dávky psychofarmak~~

e) neplatí žádná z uvedených možností

172. Součástí předoperační přípravy nemocného je

a) vzbudit u pacienta ~~strach~~, aby byl lépe motivován pro spolupráci

b) ~~zdůraznění naprosté odpovědnosti lékaře a operačního týmu „za vše“~~

e)  ~~dodržování zásady „mluviti stříbro, mlčeti zlato“~~

**d) uklidnění pacienta a jeho informování o tom, jaké chování se od něho očekává**

e) neplatí žádná z uvedených možností

173. Osoby, jež se závažné operace vůbec neobávají

a) spolupracují nedostatečně

b) lze od nich očekávat pozdější kverulace KVERULACE = opakované, nadměrné stěžování si

**c) hůře snášejí pooperační období a špatně se vyrovnávají s důsledky operace**

d) jsou přesně informované

e) neplatí žádná z uvedených možností

Nemocní s výrazně nízkým předoperačním strachem později hůře spolupracují a projevují vzhledem k personálu a péči řadu výhrad, jež mohou přejít až k verbálně agresivnímu chování – V OTÁZCE NICMĚNĚ STOJÍ „VŮBEC“ A ODPOVĚĎ C) KORELUJE S TEXTEM, KDE JE UVEDEN VÝRAZ „ABSENCE STRACHU“, odpověď a) by byla vhodná pokud by zněla „později spolupracují nedostatečně a b) neoznačují kvůli přesnému slovnímu výkladu absence x nízký

174. Vážná a chronická onemocnění se týkají

a) výhradně pacienta

**b) celé rodiny**

c) jen rodičů, nebo osob je zastupujících, pokud je pacientem dítě

d) dětí, pokud je pacientem starší osoba (jejich rodič)

e) neplatí žádná z uvedených možností

175. Rodiče na skutečnost, že mají defektní dítě, reagují nejdříve zpravidla

- a) racionálním přijetím této skutečnosti
- b) hněvem a zlostí
- c) šokem nebo popřením**
- d) věcnými dotazy
- e) neplatí žádná z uvedených možností

176. Při vedení rodiny s chronicky nemocným, či defektním dítětem je důležité

- a) **abychom rodiče emočně podporovali**
- b) **pravdivé informování o stavu dítěte a prognóze**
- c) **informovat rodiče o tom, co pro dítě mohou konkrétně dělat**
- d) platí vše předchozí**
- e) neplatí žádná z uvedených možností

177. Velmi nežádoucí odezvou na fakt onemocnění je pacientem prožívaný stav bezmoci a beznaděje (helplessness, hopelessness). Často přechází v zoufalství a posléze v rezignaci (giving up complex). Tento stav nastává, jestliže se

- a) pacient dostane subjektivně do izolace a má dojem, že ztratil možnost ovlivňovat dění, jež se ho týká**
- b) jedná o duševně nemocného jedince
- c) jedná o nemocné se zhoubnou formou nádorového onemocnění
- d) jedná o iatrogenně poškozeného pacienta
- e) neplatí žádná z uvedených možností

178. Který výrok neodpovídá teorii naučené bezmocnosti?

- a) naučená bezmocnost se týká ztráty kontroly ZTRÁTA VLIVU NA DĚNÍ
- b) **popisuje ambivalentní konflikt VZDÁVÁ SE, ALE PASIVNĚ ČEKÁ NA POMOC**
- c) vysvětluje proces rezignace VZDÁVÁ SE
- d) přispívá k vysvětlení deprese ÚZKOST -> DEPRESE, SEBEVRAŽEDNÉ JEDNÁNÍ
- e) **neplatí žádná z uvedených možností**

**179. Starší pacienti přestávají s lékařem spolupracovat, případně se chovají sebedestruktivně, jestliže**

- a) **jím přicházejí myšlenky na smrt**
- b) **se považují za „beznadějný případ“, lékaři nedůvěřují, případně z něho mají strach**
- c) **se dovědí o dalším nepříznivém průběhu onem.**
- d) v jejich blízkém okolí někdo zemře**
- e) neplatí žádná z uvedených možností

**180. U dospívajících vede zpravidla každá viditelná negativní odlišnost ve vzhledu \***

- a) **k vyšší úzkostnosti**
- b) ke snaze se nějak prosadit
- c) k pocitům méněcennosti**
- d) k psychosomatickým obtížím
- e) neplatí žádná z uvedených možností

**181. Častá dynamika vztahu v rodinách s defektním či vážně chronicky nemocným dítětem spočívá v tom, že \***

- a) matka v rodině výrazně dominuje, k dítěti zaujímá overprotektivní postoj a otec se dostává na okraj dění**
- b) otec v rodině výrazně dominuje, k dítěti zaujímá overprotektivní postoj a matka se dostává na okraj dění
- c) oba rodiče společně o dítě pečují, jejich vztahy jsou vyvážené a péče rovnoměrná
- d) vztahy mezi rodiči a péče o dítě je zřetelně určována ze strany prarodičů
- e) neplatí žádná z uvedených možností

**182. U mladších dětí s postižením pohybového aparátu se mnohdy setkáváme s agresivními projevy. Tato skutečnost je dána tím, že \***

- a) **tyto děti jsou ve zvýšené míře zlomyslné a „zlé“**
- b) děti mohou být dehydratované**
- c) jsou konstitučně zvýšeně agresivní**
- d) nemohou se odreagovat pohybem a mnohdy u nich bývá i mentální postižení**
- e) neplatí žádná z uvedených možností

**183. Nebezpečí suicidia bezprostředně hrozí, je-li pacient \***

- a) vnitřně desintegrovan a depresivní**
- b) trpí vážným a nevléčitelným onemocněním
- c) žije sám a v sociální izolaci
- d) **nalézá se v komplikované životní situaci**
- e) neplatí žádná z uvedených možností

**184. Pacient je akutně ohrožený suicidem, jestliže \***

- a) v projevu je naléhavý a místy zlostný
- b) shromažďuje léky, sebe obviňuje a situaci hodnotí jako bezvýchodnou**
- c) v minulosti byl léčen na psychiatrii
- d) jeho nálada i zdravotní stav bezdůvodně kolísají
- e) neplatí žádná z uvedených možností

185. Na možnost suicidia u pacienta myslíme, jestliže

- a) má sklon pít nadměrně alkohol
- b) náhle jej opustila partnerka (partner)
- c) je ve vážné duševní krizi a v anamnéze má sebevražedný pokus
- d) rozvádí se a s rozvodem se jen nesnadno smiřuje
- e) neplatí žádná z uvedených možností

186. Na možnost suicidia u pacienta myslíme,

- a) jestliže je u něho diagnostikován Alzheimer
- b) v minulosti byl léčen pro alkoholismus
- c) je dlouhodobě nezaměstnaný
- d) je toxikoman s nestabilní poruchou osobnosti impulzivního typu
- e) neplatí žádná z uvedených možností

187. Akutní nebezpečí suicidia hrozí, jestliže \*

- a) imperativní sluchové halucinace nemocnému přikazují, aby si vzal život
- b) pacient je v ebrietě
- c) u pacienta se rozvíjí závislost na heroinu
- d) pacient je vyšetřován pro vážné ublížení na zdraví
- e) neplatí žádná z uvedených možností

188. Na možnost suicidia u pacienta myslíme, jestliže

- a) trpí horečnatým onemocněním
- b) stěžuje si na finanční těžkosti
- c) lékař mu doporučil hospitalizaci, s níž nesouhlasí
- d) dozví se, že člověk jemu blízký trpí nádorovým onemocněním
- e) neplatí žádná z uvedených možností

189. Bezprostředním cílem psychologické první pomoci je

- a) psychicky pacienta stabilizovat
- b) vybavit pacienta léky na uklidnění
- c) rozhodnout, zda je či není nutná hospitalizace
- d) přesvědčit pacienta, že jeho problémy nejsou objektivně závažné
- e) neplatí žádná z uvedených možností

190. Součástí psychologické první pomoci je

- a) farmakologický zásah
- b) zajištění návaznosti další péče
- c) orientační somatické vyšetření
- d) sdělení pacientovi z pozice autority, co si o jeho situaci myslíme
- e) neplatí žádná z uvedených možností

191. Psychologická první pomoc začíná tím, že

- a) pacienta zevrubně vyzpovídáme
- b) snažíme se obstarat co nejvíce objektivních info
- c) pacienta zevrubně vyslechneme a dáváme najevo osobní zájem a empatii
- d) zeptáme se na zdravotní obtíže a zda nemá sebevražedné myšlenky
- e) neplatí žádná z uvedených možností

192. Psychologickou první pomoc poskytuje

- a) jen speciálně školený psycholog
- b) jen psychiatr s psychotherapeutickým vzděláním
- c) pouze pracovník krizového centra
- d) každý lékař a klinický psycholog
- e) neplatí žádná z uvedených možností

193. Cílem krizové intervence je

- a) upravit zdravotní stav ad integrum
- b) odstranit nežádoucí vliv příbuzných
- c) pacienta zcela zbavit úzkosti a deprese
- d) pomoci pacientovi vyřešit jeho svízelnou osobní situaci (POKUD JE MYŠLENO PŘIVÉST, NAVÉST PACIENTA K POCHOPENÍ SITUACE A K MOŽNOSTEM JEJÍHO ŘEŠENÍ – alespoň, tak jsem pochopil, uvádím výpis z Vymětala, podle něhož takto odpovídám)
- e) neplatí žádná z uvedených možností

**CÍLE INTERVENCE: pacient porozumí situaci (orientace v situaci, v prožívání a v pochopení okolností, které ke krizi vedly), pacient hledá možná východiska, pacient si uvědomí a vystává celou tíží krize (po vnitřním zklidnění začínáme analýzou situace a hledáme ústřední problém; otevíráme a nalézáme částečná řešení), orientace a porozumění sebe samému, vztahům – pacient ví, co může změnit, s čím se musí smířit; JEHO PROBLÉM BY MĚL BÝT Z VĚTŠÍ ČÁSTI VYŘEŠEN**

194. Důležitou součástí krizové intervence je, aby pacient

- a) porozuměl své situaci
- b) se zbavil svých nesprávných názorů
- c) získal optimistický přístup ke světu
- d) začal více na sebe dbát, aby chodil do společnosti

e) neplatí žádná z uvedených možností

195. Duševní krize patří mezi faktory facilitující osobnostní zrání lidského jedince. Předchozí výrok platí za předpokladu, že

**a) krizový stav byl úspěšně překonán**

b) krizový stav byl odborně řešen

c) člověk se nalézá v krizi

d) krize nebyla provázána somatickými projevy

e) neplatí žádná z uvedených možností

196. Jestliže se pacient dostane do duševní krize

a) odešleme jej na ~~psychiatrii~~ **POUZE NÁVAZNÁ PÉČE**

b) stav řešíme ~~psychofarmakologicky~~ a snažíme se, aby o problémech ~~ne~~mluvil

c) pacientovi vystavíme ~~pracovní neschopnost~~

d) celou věc raději ~~přejdeme~~, čas vše vyřeší sám

**e) neplatí žádná z uvedených možností**

197. Chápání smrti závisí na

**a) věku, zkušenosti, mentální úrovni a socio-kulturní úrovni (vzdělání, hodnotová orientace) jedince**

b) na odborných znalostech

c) aktuálním stavu jedince

d) na emocionálním stavu jedince

e) neplatí žádná z uvedených možností

198. Nejčastější reakcí jedince na skutečnost smrti je

**a) racionalizace a popření**

b) devalvace

c) akceptace **VYMĚTAL OZNAČUJE JAKO DRUHOU MOŽNOST**

d) úzkost

e) neplatí žádná z uvedených možností

199. Strach ze smrti

a) je vlastní lidem bez náboženské orientace (nevěřící)

b) je vlastní lidem se symbiotickou vazbou k druhým lidem

**c) je vlastní všem lidem**

d) je vlastní především mladým lidem

e) neplatí žádná z uvedených možností

200. Smrt je vnímána jako vysvobození a úleva

a) u psychicky vyrovnaných jedinců

**b) u jedinců s poruchou nálady (deprese, mánie)**

**c) u fyzicky značně trpících lidí VYMĚTAL b) a d) nezmiňuje**

**d) u psychicky značně trpících jedinců**

e) neplatí žádná z uvedených možností

197. Chápání smrti závisí na

**a) věku, zkušenosti, mentální úrovni a socio-kulturní úrovni (vzdělání, hodnotová orientace) jedince**

b) na odborných znalostech

c) aktuálním stavu jedince

d) na emocionálním stavu jedince

e) neplatí žádná z uvedených možností

198. Nejčastější reakcí jedince na skutečnost smrti je

**a) racionalizace a popření**

b) devalvace

c) akceptace

d) úzkost

e) neplatí žádná z uvedených možností

199. Strach ze smrti

a) je vlastní lidem bez náboženské orientace (nevěřící)

b) je vlastní lidem se symbiotickou vazbou k druhým lidem

**c) je vlastní všem lidem**

d) je vlastní především mladým lidem

e) neplatí žádná z uvedených možností

200. Smrt je vnímána jako vysvobození a úleva

a) u psychicky vyrovnaných jedinců

b) u jedinců s poruchou nálady (deprese, mánie)

**c) u fyzicky značně trpících lidí**

d) u psychicky značně trpících jedinců

e) neplatí žádná z uvedených možností

201. Dospělí mají nejčastěji představu smrti spojenou

- a) s neznámem, nebytím, prázdňem a klidem
- b) pokračováním další existence
- c) odloučením od blízkých osob
- d) osamoceností
- e) neplatí žádná z uvedených možností

202. Neuvědomovaný strach lékaře v kontaktu s umírajícími se může projevit

- a) úzkostí, které se brání používáním psychických obranných mechanismů
- d) vyhýbáním se kontaktu s pacientem
- b) racionalizací a cynismem
- c) hyperaktivitou
- e) neplatí žádná z uvedených možností

203. Děti do 3 let nejčastěji prožívají smrt

- a) separační úzkostí
- b) smutkem
- c) apaticky
- d) s nejistotou
- e) neplatí žádná z uvedených možností

204. Děti do 6ti let mají nejčastější představu smrti jako

- a) přechodný a reverzibilní stav („odcestování“)
- b) nevratný stav
- c) nevyhnutelnost
- d) ztráty
- e) neplatí žádná z uvedených možností

205. Děti zhruba od 6ti do 11ti let mají nejčastější představu smrti jako:

- a) konečná, nevratná a nevyhnutelná záležitost, ale vnímají ji neosobně
- b) nemají ještě jasnou představu
- c) neznámo, nebytí
- d) ztráta nejbližších osob
- e) neplatí žádná z uvedených možností

206. Dospívající má představu smrti jako

- a) přechodný a reverzibilní stav („odcestoval“)
- b) nevěří na ni
- c) Konečná, nevratná a nevyhnutelná záležitost, vnímají ji osobně
- d) ztráta nejbližších osob
- e) neplatí žádná z uvedených možností

207. Periodizace umírání od E. K. Rossové charakterizuje:

- a) fáze procesu umírání
- b) postup péče o infaustně nemocné
- c) reakce těla v terminálním stadiu nemoci
- d) umírání jako nezvratitelnou a periodickou událost
- e) neplatí žádná z uvedených možností

208. Mezi jednotlivé fáze procesu umírání dle E.K.Rossové patří

- a) šok, popření
- b) zlost
- c) deprese
- d) smíření
- e) neplatí žádná z uvedených možností

209. Nejčastější první reakcí jedince na umírání podle E.K.Rossové je

- a) zlost
- b) šok, popření
- c) deprese
- d) smíření
- e) neplatí žádná z uvedených možností

210. Truchlení je

- a) přirozenou reakcí na ztrátu blízkého člověka (smutek, pláč)
- b) nezdravou reakcí jedince na ztrátu
- c) přehnaná reakce na ztrátu
- d) mírnou formou deprese
- e) neplatí žádná z uvedených možností

211. Deprese jako reakce na úmrtí blízkého člověka přichází

a) pokud neproběhla fáze truchlení ANO

b) u jedinců disponovaných k depresi Vymětal přímo upozorňuje na neproběhnutí fáze truchlení. Ohledně dispozice/ dědičnost upozorňuje pouze na dědičnost bipolární deprese. NE

c) vždy, je přirozenou součástí procesu vyrovnávání se se ztrátou

d) po dlouhodobém utrpení umírajícího

e) neplatí žádná z uvedených možností

212. V péči o umírající je důležité zajistit

a) dobrou ošetrovatelskou péči, nejvyšší kvalitu života, mírnění bolesti ANO

b) farmakologickou „clonu“

c) přísun tekutin a přit. nejbližších osob (Přísun tekutin chápu jako součást „dobré ošetrovatelské péče – očividně není dobrá, když personál nechá umírajícího žíznit) ANO

d) přítomnost kněze – pokud chce,?? PŘESNĚ POKUD SI TO PACIENT PŘEJE. Ale klíčové je spojení „zajistit přítomnost“ – není to tedy nutné, ale důležité, pokud si to pacient přeje nebo cítíme vhodnost ANO

e) neplatí žádná z uvedených možností

213. Při péči o dospělé umírající lékař podporuje

a) fyzický kontakt

b) kontakt s příbuznými

c) vyrovnání se s proběhlým životem

d) umožníme hovořit o všem, co osobně považuje za důležité, nechat projevit všechny emoce,

e) neplatí žádná z uvedených možností

214. Nejčastější reakcí na náhlé a nečekané úmrtí je

a) šok ANO

b) depersonalizace a derealizace – zahrnuto pod šok – Vymětal? NEJČASTĚJŠÍ REAKCÍ JE ŠOK a ten se projevuje depersonalizací a derealizací, apatií apod. NE

c) suicidální tendence

d) zlost a obvinování druhých

e) neplatí žádná z uvedených možností

215. Starší lidé, kterým umře nejbližší osoba jsou ohroženi především

a) sociální izolací ANO

b) depresi SOCIÁLNÍ IZOLACE, TRUCHLENÍ, NENALEZnutí SMYSLU ŽIVOTA ANO

c) vlastním neracionálním jednáním VE SMYSLU SEBEVRAŽEDNÉ POKUSY ANO

d) ztrátou samostatnosti ANO

e) neplatí žádná z uvedených možností

216. V kontaktu s dospělým umírajícím a jeho příbuznými se dodržuje zásada:

a) “milosrdné lži“

b) informovat příbuzné dříve než pacienta, ti sdělí vše pacientovi

c) zásadně neinformovat příbuzné, pacient sdělí sám

d) informovat jedince i příbuzné s ohledem na jeho stav, úroveň rozumových schopností a podle osobní zralosti

e) neplatí žádná z uvedených možností

217. Bolest je

a) komplexní zážitek( má senzorkou, emoční a hodnotící stránku)

b) obecně lidský zážitek

c) subjektivní zážitek

d) součástí lidské existence

e) neplatí žádná z uvedených možností

218. Bolest

a) má ochrannou a signální funkci

b) signalizuje poškození organismu

c) někdy přestává mít ochrannou a signální funkci

d) má vždy destruktivní vliv na funkci organismu

e) neplatí žádná z uvedených možností

219. Bolest má aspekty

a) senzorké (lokalizace, kvalita)

b) emoční (jak jedinec prožívá bolest - příjemné, nepříjemné)

c) hodnotící (očekávání)

d) motivační (tendence k odstranění bolesti)

e) neplatí žádná z uvedených možností

220. Terapie bolesti (biologická i psychologická) spočívá v

a) odstranění příčiny a udržovacích mechanismu bolesti

b) ovlivnění vnímání a prožívání bolesti

c) omezení důsledku bolesti na chování jedince

d) snížení prahu citlivosti bolesti

e) neplatí žádná z uvedených možností

221. Nejčastější způsob léčby bolesti jsou postupy

- a) farmakologické, fyzioterapeutické, chirurgické
- b) psychologické
- c) kineziologické
- d) spirituální
- e) neplatí žádná z uvedených možností

222. Farmakoterapeutické postupy léčby bolesti

- a) působí rychlou úlevu s minimální zátěží
- b) nesou riziko vytvoření závislosti na léku
- c) snižuje možnost působení psycholog. prostředky
- d) snižují trvale intelektové schopnosti
- e) neplatí žádná z uvedených možností

223. Léčba bolesti psychologickými prostředky

- a) odstraňuje příčinu bolesti
- b) ovlivňuje příčinu bolesti nepřímo (fyziologické mechanismy v postižené oblasti)
- c) ovlivňuje intenzitu a četnost výskytu bolesti „jedná se o přímé ovlivňování bolesti co do četnosti jejího výskytu a intenzity...“ ANO
- d) mění postoj jedince k bolesti (očekávání, kontrola průběhu) v závislosti na: učíme pacienta bolest kontrolovat, ovlivňovat a žít s ní ANO
- e) neplatí žádná z uvedených možností

224. Tolerance k bolesti je závislá na

- a) osobnosti jedince (emoční stabilita) bolest zpravidla lépe snášejí lidé emočně stabilní ANO
- b) prahu bolesti ANO
- c) intenzitě bolesti SOUVISÍ S B) ANO
- d) významu a hodnocení bolesti jedincem ANO
- e) neplatí žádná z uvedených možností

225. Tolerance k bolesti se zvyšuje

- a) naději na příznivou změnu ANO
- b) strachem a úzkostí
- c) přípravou na vysokou intenzitu bolesti v případě, že pacient má možnost na bolest připravit; beru v potaz např. zkušenost pacient, subjektivní zátěž činí snesitelnější její předvídatelnost, možnost kontroly ANO
- d) aktivním přístupem ke zvládnutí bolesti ANO
- e) neplatí žádná z uvedených možností

226. Bolest může být udržována

- a) vysokou frustrační tolerancí
- b) vlivem vztahu jedince k okolí (manipulativní jednáním) v odpovědi na Vymětalův termín „bolestivé hry“ – postižený bolestí se vyhýbá povinnostem, vyvolává pocit viny, chování účelové ANO
- c) pasivitou jedince ANO
- d) nízkou adaptabilitou jedince
- e) neplatí žádná z uvedených možností

227. Lékař může v rozhovoru s pacientem pozorovat projevy bolesti nejlépe v rovině

- a) prožitku pacienta
- b) chování pacienta
- c) fyziologické
- d) biochemické
- e) neplatí žádná z uvedených možností

228. Prožívání bolesti bývá zesilováno

- a) napětím
- b) úzkostí, strachem
- c) negativním sebezpojetím
- d) negativním vztahem k lékaři
- e) neplatí žádná z uvedených možností

229. Nejčastější reakcí na akutní bolest bývá

- a) snahou uniknout nebo bojovat
- b) parálýza jedince
- c) sebevražedné jednání
- d) deprese
- e) neplatí žádná z uvedených možností

230. Chronická bolest je provázána

- a) vyčerpáním, bezmocí a depresí jedince
- b) agresivními projevy
- c) hněvem
- d) napětím
- e) neplatí žádná z uvedených možností

231. Tzv. „placebo efekt“ při terapii bolesti svědčí pro to, že

- a) bolest je předstíratelná



- b) bolest má psychologickou složku
- c) má značný význam vztah pacienta s lékařem s možností ovlivnění bolesti sugescí
- d) malý efekt farmakoterapie
- e) neplatí žádná z uvedených možností

232. Psychologické postupy ovlivňující akutní bolest zahrnují

- a) snížení úzkosti, strachu a napětí
- b) odvádění pozornosti od bolesti
- c) sugesci a racionální přípravu jedince
- d) zvýšení prahu bolesti
- e) neplatí žádná z uvedených možností

233. Cílem terapie chronické bolesti

- a) je úplné odstranění bolesti
- b) naučit se žít se „zbytkovou“ bolestí ANO
- c) snížení intenzity bolesti, získání kontroly pacientem nad bolestí ANO
- d) snížit význam bolesti pro život pacienta POKUD MYŠLENO, TAK ABY BYLA STÁLE VNÍMÁNA JAKO SOUČÁST PACIENTOVA ŽIVOTA, ALE NEVEDLA K PACIENTOVĚ ZAMĚŘENÍ SE POUZE NA BOLEST APOD. ASI ANO Vymětal přímo nejmenuje, zatímco předešlé správné odpovědi ano
- e) neplatí žádná z uvedených možností

234. Při terapii bolesti je možné využívat především:

- a) relaxační postupy ANO
- b) hypnoticko-sugestivní postupy (Vymětal uvádí pro případ akutní bolesti, pro chronickou ne) ANO
- c) kognitivně-behaviorální postupy ANO
- d) snižování prahu bolesti
- e) neplatí žádná z uvedených možností

235. Psychologické postupy ovlivňující bolest:

- a) mění svalové napětí
- b) odvádí pozornost od bolesti
- c) mění postoj jedince k bolesti
- d) udržuje pozornost u bolesti, aby se jí jedinec „přesýtil“
- e) neplatí žádná z uvedených možností

236. Používání „biologické zpětné vazby“ při léčbě bolesti působí na regulaci

- a) vegetativního nervového systému
- b) tělesného napětí
- c) kognice
- d) prožívání
- e) neplatí žádná z uvedených možností

237. Cílem kognitivně-behaviorálních postupů při léčbě bolesti

- a) analyzovat situaci, která bolest vyvolává a udržuje s následujícím nácvikem postupu zvládnání bolesti
- b) odstranit pocit bezmocnosti
- c) snížit přeceňování významu bolesti
- d) snížit vyhýbavé chování jedince
- e) neplatí žádná z uvedených možností

238. Uplatňování imaginativních postupů v léčbě bolesti

- a) se nedoporučuje, nepůsobí kauzálně
- b) poškozuje pacienty
- c) působí „placebo efektem“
- d) působí tak, že utváří představy inkompatibilní s bolestí
- e) neplatí žádná z uvedených možností

239. Psychogenní iatropatogeneze se může projevit

- a) ztrátou sebekontroly lékaře
- b) vyvolání nepřiměřených obav, úzkostí a strachu u pacienta
- c) rozvojem různých druhů fobií u pacienta (např. karcinofobie, thanatofobie, nosofobie)
- d) nadměrné sebepozorování vedoucí až k pacientově hypochondrii
- e) neplatí žádná z uvedených možností

240. Psychogenní iatropatogeneze primárně způsobená komunikací pacienta a lékaře vzniká, jestliže lékař

- a) nedostatečně, nejasně či nesrozumitelně informuje pacienta
- b) klade požadavky, které pacient není schopen splnit
- c) aplikuje nesprávnou medikaci
- d) není v komunikaci autentický
- e) neplatí žádná z uvedených možností

241. Psychogenní iatropatogeneze je vyvolávána

- a) nesprávnou komunikací lékaře s pacientem ANO
- b) syndromem vyhaslosti (burn out) V DŮSLEDKU SPOJITOSTI S OVLIVNĚNÍM KOMUNIKACE ANO, nicméně mi nesejde spojitost odpovědí
- c) překvapivými silnými bolestivými zákroky, ANO

d) prostředím, v němž jsou pacienti vystaveni zákrokům u jiných pacientů ANO  
e) neplatí žádná z uvedených možností

242. Iatroplacebogenický účinek je vyvolán

- a) nevhodnou indikací léku
- b) nadužíváním farmak
- c) pacientovým vnímáním nezájmu lékaře k výsledku léčby
- d) pacientovým odmítnutím lékařské péče
- e) neplatí žádná z uvedených možností

243. Při nedirektivním empatickém rozhovoru lékař

- a) pacientovi objasňuje etiologii jeho obtíží
- b) pacienta povzbuzuje
- c) apeluje na logiku a kritické myšlení
- d) vytváří atmosféru bezpečí
- e) neplatí žádná z uvedených možností

244. Autorem nedirektivního empatického rozhovoru je

- a) Freud
- b) Jung
- c) Rogers
- d) Vymetal
- e) neplatí žádná z uvedených možností

245. Při nedirektivním empatickém rozhovoru se nepoužívají

- a) otázky po novém nesděleném obsahu
- b) rady a poučení
- c) povzbuzování a chlácholení
- d) souhrn již řečeného obsahu
- e) neplatí žádná z uvedených možností

246. Při nedirektivním empatickém rozhovoru lékař uplatňuje principy

- a) empatie
- b) inkongruence
- c) přijetí, které si neklade podmínky
- d) opravdovosti a autentičnosti
- e) neplatí žádná z uvedených možností

247. Nedirektivní empatický rozhovor se využívá v lékařské praxi

- a) ve výjimečných případech
- b) v prvním rozhovoru s pacientem k vytvoření bezpečné atmosféry
- c) při pomoci zvládnutí emocí pacienta
- d) v zevrubném explorativním rozhovoru
- e) neplatí žádná z uvedených možností

248. Které z uvedených definic psychosomatických a somatopsychických nemocí platí?

- a) somatopsychické nemoci mají původ v sociální a ekologické stránce člověka
- b) psychosomatické nemoci mají původ v sociální a psychologické stránce člověka Vymětal: Psychosociální vliv mohou stát na začátku kauzálních souvislostí,...., jejichž výsledkem jsou psychosomatické poruchy a onemocnění ANO + otázka je „které“, tak nebude jedna odpověď
- c) somatopsychické nemoci mají původ v biologické a ekologické stránce člověka
- d) psychosomatické nemoci mají původ v biologické a psychologické stránce člověka URČITĚ ANO
- e) neplatí žádná z uvedených možností

249. Jak může lékař navodit pozitivní atmosféru pro první kontakt s pacientem?

- a) plnou akceptací pacienta, empatickým postojem a vlastní upřímností
- b) profesionalitou a zdvořilostí vůči pacientovi
- c) kritikou pacientovy životasprávy a poskytnutím doporučení k jejímu zlepšení
- d) profesionálním odstupem a nerefluktováním emocí pacienta
- e) neplatí žádná z uvedených možností

16: b,c,d // změny ve smyslu cirkulární kauzality, změny probíhají zpětnovazebně, jde o samoregulační proces

21: a,b // při prvním setkání (v ambulanci) nemáme možnost sejmout, musíme se orientovat v problematice zahájit léčbu, uskutečneme co nejdříve, jakmile umožní stav pacienta

36: b,c,d // rozhovor má vlastní dynamiku, průběh určován oběma partnery (iniciativa), převahu má lékař, řídí přímo nebo nepřímo (nemocnému může dovolit vzít si iniciativu), důležitým prvkem je indukce

42: a // prostor k volnějšímu vyjádření, méně konkrétní; "nabízejí více variant k odpovědi" => katalogové: pacienta necháváme vybrat z více než dvou možností

43: d) - slouží k ovlivnění pacienta pozitivním směrem ALE sugestivní ovlivnění se v interakci projevuje buď pozitivně, nebo negativně (iatrogenéza) NICMÉNĚ d) správně: Přesvědčující rozhovor: logické a další argumenty se spojují se sugestivním působením

44: b) by šlo - i když Vymětal přímo neoznačuje u zevrubného explorativního rozhovoru

46: c) - Vymětal rozlišuje mezi nepříznivou zprávou a extrémně špatnou zprávou; v otázce je rovněž "nejčastěji" v textu o nepříznivých zprávách: "...zpravidla se jedná o..., nebo o informaci vyvolávající strach (lékařský zákrok, nutnost hospitalizace)

47: odpověď d) by byla v rozporu s b) (ano, říkat pravdu, ne vždy a za všech okolností - pacient si může být přán být neinformován)), odpověď d) je srovnatelná s a) ZÁLEŽÍ NA VÝKLADU "ŘÍKAT VŽDY A ZA VŠECH OKOLNOSTÍ PRAVDU" - říkat ji, být připraven ji říkat, pokud je pacient také připraven a chce ji slyšet

50: c) neoznačuji - jde o spojení výrazů před a v závorce (obvinění bych přiřadil k "emočně přijme, rozumově odmítne - projevuje se emoční labilita - pláč, hněv! + racionalizace a vytěsňování == > racionalizace a hněv) c) by bylo v případě chápání "rozumově, emočně odmítne" - došlo k omylu, chová se neadekvátně (směje se) či neúčastně

51: c) neoznačuji - výčitky a obviňování jsou podle Vymětala prostě snahou se vyrovnat se negativní informací, "druhý na ně právo"

57: a),b),c),d) "Naopak vyšší sugestibilita je zaznamenána u dětí, u starých osob, osob s nižší inteligencí, nižším sebevědomím, v situacích unavenosti, vysílení" (Aplikovaná forenzní psychologie)

60: d) neoznačuji (Winnicott se zabýval Freudevskou psychoanalýzou, protože metody hypnózy, které viděl v praxi, mu přišli otřesné)

71: d) neoznačuji - VĚTŠINOU NEVĚDOMÉ: potřeba pomáhat, která je nevědomou obranou

94: d) označuji, protože vidím souvislost s "setkání dítěte s nahotou dospělého" = "exhibicionista"

105: Vymětal jasně jmenuje b), d) neoznačuji, působí správně, ale necítím korektní charakter (zní povýšeně)

114: d) neoznačuji OTÁZKY PSYCHONEUROIMUNOLOGIE JSOU VŽDY VZTAŽENY K IMUNITNÍMU SYSTÉMU

128: b) neoznačuji "při prvním setkání s pacientem (v ambulanci) ji OBVYKLE nemáme možnost sejmout" - proto se mi zdá vhodnější odpověď a) než b)

151: b) neoznačuji, ale a) "lékaři mají tendenci přeceňovat spolupráci" VYMĚTAL!

154: a) neoznačuji - subjektivní hypotéza nemoci -> přetrvání = funkční fixace obtíží, jež pak bez objektivního podkladu přetrvávají a nemocný jim věnuje nadměrnou pozornost

165: "žádoucí" je denní návštěva příbuzných, ale "přítomnost" Vymětal chápe 24 hod denně - osobně si vykládám: přítomnost není nutná, vždy záleží na okolnostech, nicméně jsou žádoucí denní návštěvy str. 199

166: d) neoznačuji Okolnosti kvality života Vymětal přímo uvádí: stav psychické, fyzické pohody; sebeobsluha, pohyblivost, sociální zapojení, "řízení" vlastní osudu NE Imunitní systém

## 177-188 NECHÁVÁM NA NÁZORU

- 177 a)
- 178 b)
- 179 d) (toto Vymětal zmiňuje v případě úmrtí životního partnera)
- 180 c) určitě
- 181 a)
- 182 c)
- 183 a)
- 184 b)
- 185 c) / c) + a)
- 186 b), c), d)
- 187 a), b)
- 188 b)

193 c) Cíle intervence: pacient porozumí situaic, hledá možná východiska, uvědomí si a vyvstává tíži krize, analyzujeme problém, otevíráme a nalzáme částečná řešení... jeho problém by měl být z větší části vyřešen <== pomůžeme pacientovi tím, že vše toto s ním provedeme, pomůžeme mu částečně vyřešit problém, tím že pacientovi ukážeme jeho podstatu, společně přistoupíme k té problematice ALE KDO CHCE TAK e)

200 Vymětal hovoří pouze o c) (přístupuji k otázce neosobně, abych se vyhnul střetu názorů)

202 a) není zmíněno a ani nedává smysl

211 Vymětal upozorňuje přímo na neproběhnutí deprese. K otázce dispozice/ dědičnosti zmiňuje pouze dědičnost bipolární deprese, neoznačuji b)

212 d) označuji za správné: v otázce je „důležité zajistit“ – ano, je důležité zajistit, pokud si to pacient přeje nebo cítíme vhodnost ODPOVĚDĚT PODLE VLASTNÍHO UVÁŽENÍ

215 a),b),c),d) sociální izolace; truchlení, nenaleznutí smyslu života -> deprese, neraacionální jednání ve syslu sebevražedných pokusů; ztráta samostatnosti (vše uvádí Vymětal)

223 b) bych neoznačil

225 c) označuji – v případě, že pacient má možnost na bolest se připravit, zkušenost pacient, subjektivní zátěž činí snesitelnější její předvídatelnost, možnost kontroly

226 b) označuji – Vymětal uvádí tzv. „bolestivé hry“ – postižený se vyhýbá povinnostem, vyvolává pocit viny, chování účelové

228 a), b), c), d)

233 d) označuji za správnou, pokud je „snížit význam“, myšleno jako „bolest je součástí života, ale nemá takový význam, že veškerý svůj život zaměřuji na ni“

234 a),b),c)

247 d) rozhodně neoznačuji (nedává smysl)