

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta

Problematika ošetrovatelské péče o pacienta se schizofrenií

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Marie Trešlová, PhDr., Ph.D

autor: Lenka Kohoutová

2009

Issues in care of patients with schizophrenia

This bachelor paper deals with communication problems involving schizophrenic patients. The first theoretical part describes the nature of schizophrenic illness; its onset, what the signs are and what treatment options are available. The second theoretical part deals with communication, its types and means and with preconditions and obstacles to quality communication. Also the personality of the psychiatric nurse is mentioned here; she takes care of schizophrenic patients and lives the life of a mother, a wife and a student at the same time.

The aim of this bachelor paper was to find out, whether nurses are trained in the area of communication, how successful they are in communicating with schizophrenic patients, who need their care and also whether communication interventions, which nurses offer to the schizophrenic patients, are in agreement with the therapeutic process, and whether nurses are interested in further communication and schizophrenic patient care education.

The bachelor paper is based on an anonymous questionnaire for nurses, who work in psychiatric care in hospitals, clinics and psychiatric institutions. It involved 100 participants, who filled out and marked answers in a questionnaire.

The research shows that participants would like to gain more education in the area they are working in. Such education is of use in their daily routine, but on the condition that the lecturer is erudite in his field. Many viewpoints stated that education is expensive, nurses must sacrifice a lot of their free time and interesting lectures often take place in another, remote facility than their own. Participants agreed that it is important that the nurse is well groomed and dressed pleasantly, because schizophrenic patients perceive this quite intensely. It is also important for these patients for the nurse to introduce herself and call them by name. According to the survey schizophrenic patients perceive negatively when nurses do not use words „please and thank you“, when nurses walk around with their arms akimbo or when nurses do not keep proper eye contact with their patients. The survey also showed that nurses often use professional terms without even realizing it and patients subsequently don't understand

them. The result of the bachelor paper is that nurses like their job, enjoy their psychiatric work and behave professionally and friendly towards their patients. Education is important to them, because they gain new knowledge in their field and this alone makes their work easier and will contribute to better results in the schizophrenic patient care.

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma **Problematika ošetrovatelské péče o pacienta se schizofrenií** vypracovala samostatně s použitím pramenů literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s §47b zákona. 111/ 1998 Sb. V platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě/v úpravě vzniklé vypuštěním vyznačených databází archivovaných Zdravotně sociální fakultou elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách.

V Českých Budějovicích

podpis

Poděkování

Touto cestou děkuji Marii Trešlové , PhDr., Ph.D. za cenné rady a připomínky při psaní bakalářské práce, RNDr. Petrovi Šímovi za usměrňování a korektury a své rodině za bezmeznou trpělivost a podporu.

Lenka Kohoutová

Obsah

Úvod.....	5
1. Současný stav.....	7
1.1 Etiologie a klinický obraz schizofrenie.....	7
1.1.1 Pozitivní příznaky.....	10
1.1.2 Negativní příznaky.....	13
1.1.3 Druhy schizofrenie.....	15
1.1.3.1 Léčba schizofrenie.....	16
1.1.3.2 Sestra na psychiatrii.....	22
1.2 Komunikace.....	26
1.2.1 Překážky v komunikaci.....	31
2. Cíl práce a hypotézy.....	33
2.1 Cíl práce	33
2.2 Hypotéza práce	33
3. Metodika.....	34
3.1 Charakteristika výzkumného souboru	34
4. Výsledky.....	35
5. Diskuse.....	48
6. Závěr.....	56
7. Klíčová slova.....	57
8. Seznam použité literatury.....	58
9. Seznam příloh.....	61

Úvod

Pojem schizofrenie je odvozen z řečtiny. „Schizo“ znamená štěpit se a „phren“ znamená rozum a myšlení. Tato nemoc byla popsána již v antice v nejstarších medicínských textech. Pojmenování schizofrenie zavedl až významný německý psychiatr Eugen Bleuler (1857-1939). Tímto názvem chtěl zdůraznit přítomnost rozštěpení mezi myšlením, emocemi a chováním. Pojem schizofrenie si mylně vykládá laická veřejnost ještě dnes jako „rozštěpení osobnosti“. Podstata schizofrenního prožívání je však mnohem složitější a termín rozštěpení osobnosti není správný (7).

Schizofrenie se vyskytuje poměrně často, u 1 % populace. Začíná v mladém věku mezi 15-35 lety. Četnost nemocných mužů i žen je stejná i na různých kontinentech a v rozdílných kulturách. Je to vážné psychické onemocnění, které vede ke značnému utrpení nemocných i jejich rodin (29). Vzhledem k tomu, že onemocnění začíná poměrně časně, může podstatně ovlivnit celý život nemocného. Schizofrenie má mnoho různých příznaků symptomů, které se objevují v různých kombinacích a s různou mírou závažnosti. Navíc se tyto příznaky během života mění a ovlivňují zásadně způsob myšlení, vnímání, cítění a jednání nemocných.

Společnost má tendenci duševně nemocné izolovat. Takto postižené lidi okolí pokládá za nevypočitatelné a neschopné, pro které je nejlepší dlouhodobá ústavní péče a kterým nemůžeme nic důležitého svěřit. Onemocnění s sebou nese „cejch“ – stigma a pro mnohé nemocné to znamená, že se musí vzdát své autonomie a akceptovat, že budou považováni za hloupé, nesvéprávné a potencionálně nebezpečné. Často si okolí myslí, že nemoc je nevléčitelná a takový člověk patří do „blázince“.

Dříve většina takto nemocných v ústavní péči opravdu skončila. Společnost se jich bála. Přála si izolaci „bláznů“. Obavy vzbuzovali také ti, kteří pod vlivem schizofrenie spáchali nějaký trestný čin a byla jim nařízena ústavní léčba. V současnosti se spíše opakovaně do ústavní péče vrací, když se znovu objeví příznaky nemoci a ztěžují jim život.

Téma schizofrenie a komunikace s těmito pacienty jsem si vybrala proto, že v psychiatrické léčebně u schizofrenních pacientů pracuji. Popis toho, jak komunikovat s člověkem postiženým schizofrenií není nikde konkrétně napsán. V učebnici je jen

popis komunikace s člověkem s různým postižením chování, jako je manipulace, agrese, pasivita. Z důvodů vlastního studia jsem byla nucena se komunikaci s psychicky nemocným učit při mé vlastní praxi způsobem pokus – omyl. Učila jsem se z vlastních chyb. Ani dnes si nejsem stoprocentně jistá, jestli právě s tímto pacientem jedním správně. Protože je každý pacient individualita, správný způsob komunikace vyžaduje delší kontakt pro zjištění efektivní komunikace s ním. Téma jsem si vybrala proto, že mne zajímalo, zda v jiných psychiatrických léčebnách, ambulancích a psychiatrických odděleních v nemocnicích mají sestry potíže komunikovat se SP, jak tuto komunikaci zvládají a zda mají možnosti se v komunikaci dále vzdělávat.

1 SOUČASNÝ STAV

1.1 Etiologie a klinický obraz schizofrenie

Schizofrenie je duševní onemocnění, které se projevuje zásadní poruchou myšlení a vnímání, oploštělou a neadekvátní emotivitou a narušenou schopností srozumitelného chování a jednání. Často vede k těžkému postižení. Schizofrenie patří mezi endogenní psychózy. Postihuje všechny složky psychiky: myšlení, emotivitu, jednání, i celkovou souhru psychických funkcí (30). V roce 1911 použil pojem schizofrenie švýcarský psychiatr E. Bleuler. Před ním tuto nemoc popsal německý psychiatr E. Kraepelin pod názvem „dementia praecox“, což znamenalo „předčasné zhroupení“.

Schizofrenie je rozšířená po celém světě a trpí jí asi 1 % populace. Onemocnění začíná obvykle mezi 16. a 25. rokem života. Jde o období, kdy jsou na mladého člověka kladeny doposud nezvyklé nároky, mezi které řadíme emocionální odpoutávání se od rodičů, vyhledávání nových kontaktů, upoutávání se na lidi mimo rodinu a na osoby dosud „cizí“. Končí příprava na budoucí povolání. Mladý člověk také musí začít přijímat odpovědnost sám za sebe a za své jednání. Vyhledává partnera pro dlouhodobý citový vztah, zahajuje sexuální život. Řešení takovýchto situací může u určitých lidí vyústit v uzavření se do sebe a vytvoření imaginárního světa. Projevy schizofrenie začínají nespecifickými obtížemi. Jedinec je plachý, má velmi omezené vztahy se svými vrstevníky, mívá depresivní náladu, projevuje sklon ke vztahovačnosti, je neklidný, bývá emocionálně oploštěn. Příznaky onemocnění se později postupně rozvíjejí. Někdy dojde k akutní manifestaci (2).

Nejdůležitější je si uvědomit, že schizofrenní onemocnění je léčitelné. Přibližně jedna třetina nemocných se vyléčí po první atace, třetina má opakované návraty nemoci a třetina nemocných má chronický průběh. Je známo, že schizofrenií onemocněl ve 40 letech i známý fyzik Isaac Newton, matematik a nositel Nobelovy ceny John Nash, či Einsteinův syn a mnoho dalších. Podle dnešních výzkumů není schizofrenie způsobena jedinou příčinou, ale spíše společným působením dílčích příčin. Na vzniku onemocnění se podílí dědičnost, vlivy prostředí, a události, které nemocný prožil (7).

Mnoho úsilí je věnováno prvním atakám, protože tak lze zabránit důsledkům, které s sebou nese nepoznané nebo špatně léčené onemocnění. Pacienti a jejich rodiny

se mohou zdráhat vyhledat odbornou pomoc. Nejčastěji je to proto, že si myslí, že to buď přejde samo, nebo to zvládnou vlastními silami. V řadě rodin vznikne panika a hledá se viník, pak jsou to také obavy z nálepky duševní choroba a svoji roli hraje i nedůvěra ke zdravotníkům. Onemocnění se rozvíjí postupně s prodromálními příznaky. To jsou příznaky, které předcházejí vlastnímu onemocnění. Projevy onemocnění si mohou blízcí vysvětlovat jako normální chování dospívajících, často ho dlouhou dobu tolerují. Pak teprve začnou vyhledávat pomoc. Rozlišení prodromální příznaků může být obtížné, protože se často kryjí s osobnostními rysy. Bývá přítomna uzavřenost, pasivita a z toho plyne nedostatek kontaktů s vrstevníky. S postupující chorobou se objevují další příznaky, jako je hloubání nad maličkostmi a nepodstatnými věcmi, zvláštnosti v oblékání a chování, jídle, podrážděnost, vztahovačnost, úzkost, neklid, bludy, halucinace. Ataky nemoci se neobjevují bez příčiny, nevznikají náhodně, ale bývají spojeny se stresem, bezvýhodnou situací, virózou nebo ztrátou bližního. Po proběhlé atace nemoci přetrvávají zbytkové příznaky nemoci, to se projevuje větší unavitelností, a nižší výkonností, sníženou schopností se soustředit pokleslou náladou, apatií (28).

Vnější svět může být i pro zdravého člověka neutěšenou realitou, před níž utíká do snění a fantazie. Reálný svět ustupuje do pozadí a na jeho místo se dostává svět přeludů a fantazií, ve kterých je člověk uzavřen. Zdravý člověk nebo méně postižený nemocný je zpravidla schopen rozlišovat mezi oběma světy, mezi realitou a sněním. Schizofrenie se vyskytuje poměrně často, zřídka však dochází k onemocnění náhle a nečekaně. V období počátku onemocnění se řada mladých lidí stává členy různých náboženských sekt a hnutí, kde hledají vysvětlení toho, čemu nerozumí (7).

Navzdory intenzivnímu výzkumu, nebyla dosud etiologie schizofrenie uspokojivě vysvětlena. Není známo, co vede k propuknutí onemocnění. Jednou z příčin, i když se zdá, že jen částečnou, je dědičnost. Avšak do určité míry se dědí jen dispozice onemocnět schizofrenií, nikoli schizofrenie jako nemoc. Svou roli mohou hrát také vnější faktory jako infekční onemocnění, intoxikace, a také příčiny psychosociální, např. ztráta partnera, neúspěch v osobním životě, ztráta zaměstnání ap. Někteří jedinci mohou být na působení výše zmíněných stresorů predispozičně citlivější, což se projeví

nástupem onemocnění (19). Uvažuje se také o takových rizikových faktorech jako je podvýživa matky v prvním trimestru, nebo prodělané virové onemocnění matky ve druhém trimestru, nízká porodní hmotnost, či porodní komplikace. K nástupu schizofrenie mohou dopomoci neurovnané rodinné vztahy, neadekvátní komunikace v rodině i škole, vystavení posměchu či neúměrné požadavky na jedince (7).

Na sklonku 19. století shrnul E. Kraepelin tři formy psychotického onemocnění. Jednalo se o hebefrenii, katatonii a paranoidní demenci. K těmto třem formám přiřadil ještě čtvrtou, kterou nazval „dementia praecox“ a vytvořil tak jednu skupinu. Schizofrenii chápal jako předčasný psychický úpadek a pro všechny její formy předpokládal společnou organickou příčinu (2). Dnes se uznávají 4 základní formy této nemoci, simplexní, paranoidní, katatonní a hebefrenní.

Příčinou vzniku většiny psychotických příznaků u schizofrenie je zvýšená tvorba dopaminu. U schizofreniků je jeho produkce narušena a dochází k nekontrolovatelnému vylévání do limbického systému. Ten reguluje změny emocí a chování. Limbický systém přiřazuje důležitým a zásadním událostem jakési znaménko. plus nebo minus, podle toho jestli situaci vnímáme jako libou nebo nelibou. V limbickém systému jsou struktury, které ukládají vzpomínky do paměti. V šedém proudu běžných informací jsou dopaminem označovány jen důležité události a fakta. Celý systém je pod přísnou kontrolou. U nemocných schizofreniků, ale tato kontrola dobře nefunguje. Čas od času dojde k nekontrolovatelnému výlevu dopaminu do limbického systému a zcela náhodně je pak přiřazena speciální významnost zcela nepodstatným informacím. S řetězcem takto náhodně vybraných skutečností, které jsou chybně dopaminem označeny jako významné, si pak mozek neumí poradit. Schizofrenik, aniž by chtěl, nesprávně vyhodnocuje některé vjemy jako důležité, i když k tomu nemá jednoznačný důvod. Musí si však nějak vědomě odůvodnit, proč zrovna tu kterou informaci považuje za důležitou a to potom dává vzniknout bludům (7). Schizofrenii doprovází přítomnost několika charakteristických symptomů. Dochází k výraznému zhoršení výkonnosti po určitou dobu. Příznaky charakteristické pro schizofrenii jsou většinou přítomny déle, některé mohou pacienta obtěžovat i po celý zbytek života (17).

Nemoc se může projevit různě, např. poruchami nálady, změnami kognitivních funkcí, poruchami chování nebo katatonními projevy, kdy je pacient ve strnulých pozicích, dlouho bez pohybu. Lze sem přiřadit i změny očních pohybů, kterými pacient jakoby nenápadně sleduje okolí, poruchy čichu nebo spontánní extrapyramidové pohyby, což jsou nekontrolovatelné mimovolní pohyby (17).

Onemocnění se může vracet v epizodách, je proto důležité vědět, jaké jsou varovné příznaky navracející se nemoci. U někoho je to nespavost, podrážděnost, nesoustředěnost a vnitřní pocit, že „se něco děje“. Při dobré spolupráci s lékařem se lze tyto předzvěsti naučit rozpoznávat a umět předejít návratu nemoci (7).

Třetina nemocných se plně uzdraví, u druhé třetiny se nemoc čas od času vrací a třetí třetina má průběh chronický, který v různé míře narušuje jejich život. Mnoho dobře léčených pacientů s dobrým zázemím vede plnohodnotný život.

1.1.1. Pozitivní příznaky

Typické pozitivní příznaky představují změny v kvalitě vnímání, to jsou halucinace a změny myšlení, které nazýváme bludy.

Když člověk onemocní, prožívá zvláštnosti, které ovlivňují jeho chování a běžní lidé je vnímají jako velmi podivné. Pacient slyší hlasy a vidí věci, které neexistují, má podivné myšlenky a nápady, jinak se cítí a jinak se chová. Také se může uzavírat do sebe a mít potíže mluvit s jinými lidmi. Může také dělat nebo říkat věci, které by normálně nedělal. Včetně neočekávaných výbuchů rozčilení a vzteku. To bývá velmi nepříjemné jak pro samotného nemocného, tak i pro jeho rodinu a přátele (22). Vnější svět může být i pro zdravého člověka neutěšenou realitou, před níž utíká do snění a fantazie. Reálný svět ustupuje do pozadí a na jeho místo se dostává svět přeludů a fantazií, ve kterých je člověk uzavřen. Zdravý člověk, nebo méně postižený nemocný je zpravidla schopen rozlišovat mezi oběma světy, mezi realitou a sněním

Bludy

Blud je nepravdivá, falešná představa, která nemocnému připadá naprosto pravdivá a nelze mu ji vyvrátit a má určitý vývoj. Nejprve nemocného napadá jen

myšlenka a postupně dojde k bludnému přesvědčení. Obsahem bludů jsou pocity pronásledování, ale i přesvědčení o výjimečných schopnostech, nebo nadpřirozené moci. Vlivem bludů např. lidé věří, že je jiní sledují a chystají proti nim spiknutí, nebo že jim z rádia a televize někdo posílá zprávy (28). Setkáváme se s *bludy vztahovačností*. Pacienti jsou nezvratně přesvědčeni, že jsou středem pozornosti a veškeré dění se vztahuje k jejich osobě. Domnívají se, že si o nich povídají nejen lidé na ulici a v dopravních prostředcích, ale jsou jim určeny i zprávy z televize a rozhlasu. Kromě toho cítí, že je někdo ovlivňuje na dálku, manipuluje jimi jako by ztratili vlastní vůli. Jejich vlastní myšlenky jsou ozvučeny, anebo jsou pacienti přesvědčeni, že myšlení není jejich, ale že jim myšlenky do hlavy někdo vkládá nebo je naopak odnímá(22).

Paranoidně-persekuční bludy

Způsobují, že se dotyčný cítí pronásledován rozvědkou, sousedem, mimozemšťany. Má pocit, že na něj někdo působí na dálku, např. laserem, nebo kosmickými paprsky a tím mu ruší myšlení patří mezi bludy ovlivňování a kontrolování.

Religiózní (náboženské) bludy

Jsou spjaty se sebepoškozováním a horším terapeutickým výsledkem. Pacienti vystupují jako církevní hodnostáři, nebo spasitelé světa (22).

Halucinace

Vznikají na podkladě zkresleného vnímání reality a jsou to falešné smyslové vjemy, které vznikají bez jasného zevního podnětu. Mohou se týkat všech smyslů: *Sluchové*, kdy nemocný slyší jednoduché zvuky - zvonění, tikání. Složitější jsou hlasy, které k nemocnému hovoří přímo nebo hovoří o něm. Také mohou komentovat jednání nemocného (27). Halucinace jsou vjemy bez zevně existujícího objektu (22). Nejčastější halucinací je slyšení hlasů. Některé lidi, zejména na začátku nemoci, tyto hlasy uspokojují. Jiní mohou slyšet hlasy, které mluví o hrozných nebo negativních věcech nebo něco příkazují (31). Pacienti slyší hlasy, které komentují jejich chování, často

pacientům nadávají a přikazují jim. Tyto prožitky jsou natolik silné, že pacienti jim dávají přednost před skutečností. Proto také, pokud hlasy přikazují člověku, aby si ublížil, může tak učinit. To vše je doprovázeno intenzivním napětím a strachem a často i velmi nápadným chováním. Pacienti hlasům odpovídají, vůbec na nic se nesoustředí, cítí výrazné napětí a nespí. Někteří pacienti při akutní atace schizofrenie rovněž nepřijímají potravu, protože si pod vlivem halucinací myslí, že jídlo je otrávené, nebo jim hlasy zakazují jíst. Pak lze rovněž předpokládat, že pacient nepolyká léky a je ohrožen i dehydratací (22).

Velmi časté jsou halucinace intrapsychické, při kterých má nemocný pocit, jako by mu jeho myšlenky někdo odnímal, nebo naopak vnucoval.

Při zrakových halucinacích může nemocný vidět barvy, osoby. Čichové halucinace jsou spojeny s chuťovými a jsou součástí bludů. Nemocný cítí různé pachy, většinou nepříjemné. Halucinace tělesné se týkají hlavně zvláštních pocitů, objevují se pocity pálení, změn tělesných orgánů, dotyků (27).

Iluze

Jsou poruchy vnímání reálně existujícího objektu (např. pacient upozorňuje na výskyt hada v pracovně, přičemž se jedná o elektrickou šňůru). Každý kdo přichází do styku s pacienty se schizofrenií, by se měl v první řadě vyvarovat mýtů a předsudků, mezi něž patří například přesvědčení, že schizofrenici mají podprůměrnou inteligenci, že všichni skončí v ústavu a že jsou „nebezpeční a agresivní“. Projevy autoagrese a heteroagrese se mohou u schizofrenie vyskytovat, a to hlavně v souvislosti s imperativními (přikazujícími) sluchovými halucinacemi. Zde pacient podlehe příkazům, které slyší.

Dezorganizované myšlení a řeč

Za dezorganizaci myšlení považujeme nesouvislost, neuspořádanost, lidově řečeno, že slovní projev nemá „hlavu ani patu“. Extrémní podobou je slovní salát. Nemocný nedokáže udržet linii rozhovoru, mluví nelogicky, obšírně, zabíhavě. *Neologismy* naopak jsou pojmy vymyšlené pacientem, jimž nikdo jiný nerozumí

(pacient se domnívá, že je král, který vládne vesmíru, v němž žijí kombilidi a kombilidóni.

Myšlení se rovněž může „zastavit“ (*záraz*) a pacient uprostřed věty přestane komunikovat. Pro *zpomalené myšlení* je typická pomalá řeč s dlouhými pauzami, doprovázená sníženou až vymizelou mimikou a gestikulací (22).

Dezorganizované chování

Neschopnost koordinovat chování v každodenním životě, znamená, že pacient není schopen udržovat osobní hygienu a chod domácnosti, ani není schopen docházet do zaměstnání. Nemocní se chovají většinou v souladu se svými halucinacemi a bludy, mohou být neklidní, urychlení, někdy agresivní, nebo se chovají velmi zvláště (27). Celkový obraz doprovázejí nápadnosti v oblečení, např. vrstvené spodní prádlo a kulich na hlavě v parném létě, neadekvátní sexuální chování (masturbace na veřejnosti), případně nemotivované, nepředvídatelné „pokřikování“ (22).

1.1.2. Negativní příznaky

Negativní příznaky jsou ty, které odrážejí ztrátu duševních funkcí. Můžeme sem zařadit pokles motivace a ochuzení řeči. Tyto příznaky se obtížněji zjišťují, protože nejsou tak silně nenormální jako pozitivní příznaky a mohou být způsobeny celou řadou jiných faktorů. Bývají také trvalejší a hůře léčitelné. Označují ztrátu nebo oslabení normálně přítomných funkcí. Nemocní ztrácejí zájem o své cíle, plány a zájmy. Mají pocit, jakoby jejich energie byla pryč. Mají problém se zvládnutím základních aktivit včetně hygieny. Dochází k ochuzení citového prožívání, jakoby nemocnému bylo všechno jedno. Nemocný ztrácí zájem o své přátele a preferuje trávení času o samotě a časté nicnedělání (28).

Mezi negativní příznaky patří *alogie* (ochuzená řeč, nebo řeč postrádající obsah), *anhedonie* (neschopnost prožívat radost, ztráta zájmu o sociální interakce), *abulie* (neschopnost zahájit nebo setrvat v cílevědomém chování – ztráta vůle něco dělat) (17).

Pro pozorovatele jsou o něco méně nápadné, než příznaky pozitivní, ale pro pacienty jsou rovněž značně nepříjemné. Pacient je výrazně apatický, jeho řeč je

„chudá“, emoční projev ztratí svůj normální náboj a pacient není schopen prožívat ani smutek, ani radost, vše mu připadá „ploché“. Ztrácí schopnost plánovat činnost, nemá žádné cíle. Nesmírně těžko se mu komunikuje s okolím a uzavírá se do sebe. Takovému stavu říkáme sociální stažení (22).

Kognitivní dysfunkce se projevují příznaky, které odrážejí zmatené nebo "popletené" myšlení. To ale neznamená, že lidé se schizofrenií jsou méně inteligentní. Mívají obvykle více potíží s „přímým „uvažováním“, jejich myšlenky rychle přicházejí a odcházejí a tím pádem nejsou schopni se soustředit. Dají se snadno vyrušit, nejsou schopni zacílit pozornost. Dotyční nedokáží spojovat myšlenky do logického pořadí, což se nazývá „porucha myšlení“. Lidé se schizofrenií také mívají potíže s pamětí a schopností plánování. Kognitivní deficit má za následek selhávání v každodenních činnostech, v práci, při studiu, i v kontaktu s ostatními lidmi. Nemocný se nedokáže soustředit, pochopit informace a dále je zpracovávat. Afektivní (citové/emoční) příznaky se schizofrenií souvisejí. Časté jsou pocity beznaděje, zoufalství, pokleslá nálada, stavy vnitřního napětí, neklid, nejistota, nadměrně veselá nálada a nepřiměřené sebevědomí se objevují vzácněji. Časté jsou obavy nemocného, že se už neuzdraví a pak se mohou objevit i sebevražedné myšlenky (27). Z afektivních příznaků bývá často přítomna *deprese*, hlavně v iniciální fázi onemocnění, ale může se objevit kdykoliv. Když jsou lidé depresivní, mohou si myslet, že život nemá smysl a mohou zvažovat, že by si život vzali. Jejich pochmurný životní postoj může ovlivnit kterékoliv rozhodnutí. Není to nejvhodnější období pro důležitá rozhodnutí.

Katatonní příznaky

Vyskytují se ve formě produktivní a neproduktivní se stuporem a negativismem, pacientovi chybí spontánní chování, schopnost měnit životní děje podle změn podmínek prostředí, odmítá potravu. Dále existuje produktivní varianta se *stereotypiemi*, to je dlouhodobé opakování jednoduchého pohybu, řeči nebo mimiky, *echoláliemi*, kdy pacient opakuje poslední slova z věty. Obě varianty mohou přejít ve stav psychomotorického neklidu (30).

Suicidium

Riziko sebevraždy (suicidia) je vysoké především u mladých pacientů, během prvního roku po stanovení diagnózy (38).

Předchozí sebevražedný pokus, deprese, beznaděj, abúzus drog nebo mužské pohlaví, to mohou být rizikové faktory. Sklon k myšlenkám na sebevraždu je vyvolán teprve až uvědomováním si přímých i sekundárních důsledků, jako je zhoršení intelektu, neúspěch v práci a soukromém životě, ztráta důvěry ve své smysly, zhoršením životního pocitu a celkové kvality života (22). Nemocný ztrácí schopnost cítit smutek i radost, jeho mysl zaplňuje pocit prázdnoty a temnoty. Člověk si uvědomuje, že je ohrožena podstata jeho individuality. Každou zmínku o sebevraždě je třeba brát vážně. Není pravda, že když někdo hovoří o sebevraždě, nikdy ji nespáchá. Pokud pacient hovoří o sebevraždě, nebo se sám poraní, je třeba kontaktovat psychiatra a dopravit pacienta do nemocnice. Bezprostřední hrozba sebevražedného jednání opravňuje dle našich zákonných norem poskytnutí pomoci a léčby i proti vůli nemocného (27).

1.1.3 Druhy schizofrenie

Nejčastější typ schizofrenní psychózy je *paranoidní schizofrenie*. Je charakterizovaná paranoidními bludy a sluchovými, zrakovými, čichovými, chuťovými a tělesnými halucinacemi. Emotivní stránka pacienta bývá pod vlivem psychotických prožitků podrážděná, v chování se může objevit agresivita zaměřená proti domnělým nepřátelům. Časté jsou intrapsychické (vnitřní) halucinace v podobě přesvědčení o vlastních telepatických schopnostech, příp. o tom, že jsou člověku jeho myšlenky odnímány a zveřejňovány, nebo naopak mu jsou cizí myšlenky vkládány (30).

Poměrně vzácná je *hebefrenní schizofrenie*. Typické je pro ni klackovité chování, které je nezodpovědné a nepředvídatelné. Nálada je nepřiměřená situaci, takoví pacienti se nepřiměřeně chichotají, mají přihlouplé úsměvy, dělají různé grimasy, manýrují, jsou nezbední. Myšlení je dezorganizované, řeč nesouvislá. Onemocnění začíná ve věku 15 – 25 let a mívá špatnou prognózu. Nemocný ztrácí průbojnost a rozhodnost, opouští své cíle, chová se bezúčelně, povrchně a přehnaně se zabývá náboženskými, filosofickými a jinými abstraktními tématy, což činí potíže při sledování

jeho myšlenkového toku. Osobnost hebefreniků před onemocněním bývá spíš plachá a samotářská (30).

Katatonní schizofrenie se projevuje poruchou motoriky. Dochází ke stavům od hyperkinéze až ke stuporu, od automatické poslušnosti k negativismu. Nemocný může setrvávat dlouhou dobu v nepřírozených polohách, do kterých byl uveden, tomu říkáme *flexibilitas cerea*, neboli vosková ohebnost. Vyhovění každé, i nesmyslné instrukci se nazývá povelový automatismus. Může se stát, že dojde k prudkému vzrušení. Diagnosticky je třeba odlišit organické onemocnění mozku, metabolické poruchy, alkohol a drogy, kdy se také tyto příznaky mohou objevovat (30).

Simplexní schizofrenie je psychóza a probíhá plíživě. Postupně se rozvíjí bizarní chování, neschopnost adaptace na sociální prostředí a celkový pokles výkonnosti. Bludy a halucinace nejsou přítomny a stav není tak jasně psychotický jako u jiných forem schizofrenie. Nemocný se stává ponořený do sebe, bez zájmu, bez cíle, lenošivý, toulavý.

Chronické stadium schizofrenie nazýváme *reziduální schizofrenie*. Zde je zřejmý předchozí vývoj, který zahrnuje několik atak s psychotickými příznaky a přecházející později v ireverzibilní negativní příznaky (30).

1.1.3.1 Léčba schizofrenie

Pro účinnou léčbu schizofrenie je nezbytné určit diferenciální diagnózu. Ta je založena na pozorování lékaře a informacích poskytnutých rodinou a pacientem. Pro diagnózu schizofrenie musí být přítomen nejméně jeden (lépe dva a více) chorobný příznak (y) po dobu nejméně 1 měsíce. Diagnostika se zdá snadná, ale příznaky mohou být málo zřetelné. Proto je možné, že dotyčný člověk má příznaky schizofrenie mnohem déle, někdy i roky (28).

Takto nemocní lidé byli dříve z měst a vesnic vyháněni. Pro výtržnost či jiné asociální činnosti (např. krádeže nezbytného jídla) byli zavíráni do šatlav a káznic. Až v průběhu devatenáctého století se stalo zvykem je bez výjimky umísťovat ve „špitálech“, které se ale podmínkami ze začátku příliš od vězení nelišily. Lékaři však tehdy založili tradici hledání „nemoci“ za jejich vnějším chováním, která inspirovala medicínské

bádání po příčinách této poruchy. Označení schizofrenních delikventů „nemocnými“ je pak vyvinulo z trestních důsledků jejich jednání a předurčilo k léčbě (7).

V druhé polovině dvacátého století se psychofarmaky začali léčit lidé nejen již schizofrenií trpící, ale i ti, u nichž se první příznaky teprve objevily. Včasnou léčbou se pak dostavily i přesvědčivější úspěchy. Neléčený schizofrenní proces, který by probíhal dlouhá léta a vedl ke stále hlubšímu narušení osobnosti, se zbrzdí a mnohdy i zastaví. To vedlo i k rozvoji psychiatrických ambulancí, kde jsou propuštěným pacientům předepisovány „udržovací“ dávky psychofarmak, ale i k psychiatrickým oddělením nemocnic, které bývají časově i místně bližší bydlišti akutně nemocného. Na rozdíl od léčeben, ale nemají dostatečnou kapacitu k léčení všech pacientů (zejména těch, co vyžadují dlouhodobou hospitalizaci), ani dispozice a personální výbavu ke zvládnutí stavů spojených s neklidem a agresivitou. Současně v tomto období byly rozvíjeny i metody sociální rehabilitace, tedy snaha o zachování dosavadního, nebo co nejkvalitnějšího sociálního fungování. Mezi ně patří jednak různě intenzivní podpora terénními (zpravidla sociálními) pracovníky nemocných, kteří jsou léčeni doma, resp. těch, kteří jsou propuštěni z lůžkových psychiatrických zařízení, a dále jde o metody v léčebnách, připravující pacienty na mimoústavní život (7).

Rozlišujeme celkem tři fáze léčby. Nejprve je nutné zvládnout akutní příznaky nemoci, nemoc stabilizovat a dosáhnout remise (úplné vymizení příznaků nemoci) a nakonec udržení remise a prevence relapsu. Příznivější průběh onemocnění mají ti pacienti, kteří mají nějaké koníčky, fungující rodinu, partnera, ti kteří studují nebo mají zaměstnání. Základem léčby je *farmakoterapie*. Podávají se léky ze skupiny neuroleptik, pro které se také používá termín antipsychotika. Všechny léky z této skupiny zabraňují nadměrnému působení vyplavovaného dopaminu v limbickém systému. Umožňují, aby dopamin po určitém čase opět označoval jako důležité pouze ty události, které si to skutečně zaslouží a ostatní opomíjel. To vede k rozpadání bludů a nemocný opět vnímá realitu takovou jaká ve skutečnosti je (7).

Tato léčba sama nestačí a je jí třeba doplnit *podpůrnou psychoterapií*. Nemocný se za její pomoci vypořádá s tím, že onemocněl, že možná nedosáhne toho co chtěl, že přišel o kamarády, protože se mu s nimi obtížně komunikuje a že musí užívat léky. O

tom všem si povídá s terapeutem, tím je ošetřující psychiatr nebo psycholog. Tato psychoterapie se provádí buď individuálně „mezi čtyřma očima“, nebo ve skupině. Každý má možnost si vybrat, který způsob terapie je pro něj přijatelnější. Aby se mohl schizofrenik s nemocí pořádně vypořádat, měl by mít dostatek informací o nemoci a „osvojit si, zacházení s příznaky“. Naučí se to během *psychoedukace*. Je to v podstatě jakési „školení“, poskytování rad a prosté si povídání o tom, co nemocného zajímá a co lékař nebo sestra považují za důležité pacientovi sdělit. Jedním z hlavních témat jsou léky a nutnost jejich užívání (7).

Kognitivní behaviorální psychoterapie je vhodná u chronických bludů nebo halucinací, které trvají přesto, že pacient užívá léky. Terapeut pomáhá pacientovi porozumět příznakům nemoci, snížit míru nepohody, vliv příznaků na chování a přesvědčení o jejich pravdivosti. Rehabilitace kognitivních funkcí používá k tréninku počítačové programy. I bez počítače se lze obejít, pokud pacient dokáže rozložit složitý problém na dílčí potíže a ty řešit postupně. U nácviku sociálních dovedností jde o schopnost zahájit konverzaci, nesouhlasit s názorem jiného člověka, „utéci“ z příliš stresujícího prostředí, odmítnout alkohol apod. Řeší se nejen to jak mluvíme, ale také jak se tváříme, stojíme, gestikulujeme. Některé společenské interakce jsou složité a to může pro nemocného znamenat problém. Důsledkem je potom selhávání v běžné, každodenní komunikaci a prohlubování sociální izolace. sociální dovednosti se nejlépe trénují ve skupině (7).

Velmi účinnou metodou je *rodinná psychoedukace*. K tomuto účelu jsou vytvořeny programy, kde se rodiny dozvídají klíčové informace o nemoci, prognóze a léčbě. Rodinní příslušníci sami identifikují komunikační zlovyky, které mohou nemoc zhoršit a učí se vhodnější komunikaci. Dostanou rady, jak řešit různé svízelné situace“ a jak poskytovat emoční podporu (7).

Zaměstnání s podporou - nejprve zde nemocný trénuje pracovní návyky a dovednosti, o něž byl nemocí připraven. Pak zkouší pracovat. V tomto zaměstnání je nemocný spolu se zdravými lidmi a je chráněn tím, že vykonává jednodušší práci a nejsou na něj kladeny vysoké nároky, jako na ostatní. Tato terapie je teprve u zrodu a pomalu se rozvíjí (6).

Chráněné bydlení má zajistit cenově dostupné a důstojné ubytování. Pacienti bydlí sami nebo po dvojicích. Když si s něčím nevědí rady, mají možnost poradit se s asistentem. Díky chráněnému bydlení se mnozí dokáží osamostatnit (7).

Svépomocné skupiny: Jejich účastníci jsou nemocní a jejich blízcí. Výhodou je, že účastníci sdílejí stejné starosti, mají se komu svěřit a přitom vědí, že se jim nikdo nebude vysmívat nebo se k nim točit zády. Odborníci činnost svépomocných skupin vítají, protože všichni táhneme za jeden konec provazu proti nemoci. Svépomocné skupiny je dnes možno najít na internetu. Existuje sdružení rodičů Sympathea, poradenské centrum VIDA a občanské sdružení Kolumbus (7).

Léčba pacientů se schizofrenií probíhá podle stavu pacienta. Je ambulantní a ústavní v psychiatrických léčebnách. Existují i denní stacionáře pro duševně nemocné. Tady tráví čas, když jsou jejich pečovatelé v práci nebo něco zařizují. Pečovatelé tak nemusí dávat kvůli péči o pacienta výpověď ze zaměstnání. Klienti stacionářů se zde učí soběstačnosti, vykonávají drobné ruční práce, jezdí na výlety, do divadel. Je zde posilována jejich samostatnost, podporována jejich integrace do běžného života, posiluje se samostatnost a sebevědomí. Zaměstnanci stacionáře jim pomáhají při uspokojování sociálních a kulturních potřeb, aby mohli maximálně prožít plnohodnotný život. Snaží se zmírnit nebo odstranit znevýhodnění těchto občanů, vytvářením pracovních míst pro zdravotně postižené na trhu práce. Ve všech fázích je důležitá spolupráce s nejbližšími příbuznými. Kombinace medikamenty s psychosociální intervencí má daleko lepší výsledky, než léčba separovaná (7).

Existují rizikové faktory, které mohou ovlivnit znovuvzplanutí nemoci, takzvaný relaps. Patří sem snížení nebo vysazení medikace bez souhlasu lékaře, stres, užívání alkoholu, drog, silně vyjadřované emoce v rodině, nebo naopak nedostatek podpory ze strany rodiny a přátel. Také špatná spolupráce s lékařem, chaotický životní styl, ztráta zaměstnání nebo odchod ze školy či konfliktní mezilidské vztahy a nenaplněný volný čas mohou být příčinou relapsu (28). Schizofrenní pacient se projevuje různými druhy chování, jako je například agrese, úzkost, paranoidní myšlenky a deprese (28).

Agresivní pacient vyvolává nejnepříznivější odezvu. Takový pacient signalizuje nejen nespokojenost, ale také ohrožení sebe nebo okolí. Agresivní chování se může

projevovat od afektu, který provází fyzické napadení osob, nebo destrukce předmětů, přes slovní výpady až po hostilitu maskovanou ledovou zdvořilostí. Pacientovo chování vyvolává okamžitou instinktivní odpověď. Ta má charakter stresové reakce typu útok nebo útek. Ani jedno však není profesionální odpovědí na agresivitu pacienta. Důležité je nejednat impulsivně a získat čas na rozmyšlenou, např. tím, že pacienta vlídně odkážeme na lékaře. Takto získáme čas, abychom zjistili, jaké motivy vedly pacienta k agresivnímu jednání. Pacient může mít pro svou agresi oprávněný nárok. Znamená to, že po určité frustrační zátěži považuje za přirozené se ohradit proti dalším nepřízním. Pokud za agresí vězí dle pacienta špatná zdravotní péče, je na místě se omluvit, tak jak je to běžné mezi slušnými lidmi (7).

Nemocní v akutní fázi schizofrenie, ale i jiné psychické nemoci jsou neklidní, brání se hospitalizaci, a pod vlivem bludných představ mohou být agresivní. To vychází z velké úzkosti nemocného. V okolí nemocného panuje strach, že se ho nepodaří zvládnout, a proto někdy dochází ke konfliktům, kdy jsou nemocní odvázeni k hospitalizaci za asistence policie. Pro nemocného i jeho okolí je to velký stres, který si všichni pamatují. To pak posiluje představu okolí, že takoví pacienti jsou nebezpeční.

Agresi může vyvolat i snaha překonat úzkost. Nejčastěji to způsobí ztráta pozice, ke které ve zdravotnictví při ošetřování často dochází, úzkost z ohrožení a nejistoty, nebo z bolesti či něčeho neznámého. Tady je namístě zklidnit pacienta a snížit taktně jeho úzkost. Musíme přihlídnout k tomu, že o osobních obavách a strachu se velice obtížně mluví (7).

Pacient, který prožívá stav bezmoci a utrpení se může nacházet ve stavu frustrace a svůj vztek si může vybit na zdravotnickém pracovníkovi. V takové situaci je vhodné vyjádřit pochopení pro pacientovu situaci a říci mu například: „Rozumím vaší špatné náladě. Na vašem místě bych si asi počíнал stejně. Je lepší, že máte vztek, než abyste to vzdával. Zamyslete se ale, jestli je vhodné obracet vztek proti lidem, kteří vám chtějí pomoci. Řekněme si společně, že osud je pes, ale my se mu společně postavíme!“ Výsledkem je mnohem lepší spolupráce s pacientem.

Jsou také pacienti, kteří mají agresivitu v osobnostní výbavě a užívají ji bez ohledu na situaci. Taková osoba vychází z dlouhodobé životní zkušenosti a je připravena na stereotypní odpověď na svoje výpady. Když se jich nedočká, je agresor zaskočen a překvapen. Po čase volí jiné, sociálně přijatelnější způsoby (7).

Úzkostný pacient prožívá většinou mnohem intenzivnější pocity, než jiní pacienti. Úzkost je nepříjemný prožitek, který se projevuje především v jednání, ale má i symptomy vegetativní či somatické. Dochází ke zvýšené aktivaci kardiovaskulárního systému, pacient pociťuje palpitace, arytmie, vazovagální kolaps, nebo i astmatický záchvat. Může dojít ke stresové reakci močových a zažívacích cest a úzkost se projeví inkontinencí. Pacient se dožaduje pocitu bezpečí a jistoty, ochrany, uklidnění a podpory. Dělá to často, ale tak nešťastným způsobem, že následuje odmítavá odpověď a odmítavé chování (7).

Profesionální povinností sestry je snížit nebo odstranit úzkost pacienta. Chrání tak sebe před frustrací, pacienta před komplikacemi a zajistí si tak lepší spolupráci do budoucna. Již prostředí zdravotnického zařízení by mělo působit co nejvíce uklidňujícím dojmem a spíše by mělo připomínat domov, než operační sál. Také zdravotní výchova může působit u pacienta stres, proto by měla být poskytována pacientovi individuálně, formou rozhovoru, nebo letáku. Přístup k úzkostným pacientům má být vlídný, ale pevný. Je velmi žádoucí, aby sestra pacientovi vysvětlila, co všechno se s ním bude dít a jak půjdou výkony za sebou. Pacienta zajímá, jestli to či ono bude bolet a jak to bude všechno nepohodlné. Pokud se situace navzdory snaze vyvine do hrozícího konfliktu, nikdy nepoužíváme věty typu: „Uklidněte se!“, „Chováte se jako malé dítě!“. V první řadě musí dát sestra pacientovi najevo, že ho v jeho tísnivé situaci chápe a musí se snažit mu pomoci úzkost a tíseň překonat a stres zvládnout. Po celou dobu hovoru je s pacientem sestra v očním kontaktu. Také je vhodné šetřit gesty, aby se zklidnila atmosféra (7).

Depresivní pacient. Deprese ničí lidem náladu, zpomaluje jejich psychický i motorický výkon, kazí jim radost ze života, nedovolí, aby se z čehokoliv radovali. Nemocný je smutný, bez zájmu, bez chuti ke spolupráci, nevidí žádnou perspektivu. Věci vzdává předem, cítí se bezmocně a beznadějně. Depresivní člověk nás popuzuje,

vadí nám jeho „neochota“. Většina z nás má dojem, že by stačilo trochu vůle ze strany depresivního pacienta a věci by se zlepšily. Takový pacient špatně spolupracuje, dává nám najevo, že naše práce nemá smysl. Svým nezájmem o život dává skrytě najevo, že žítí je obtížné a nejlepší by bylo ho ukončit. Sebevražedné riziko je u této skupiny velmi vysoké. Po určité době se od depresivního pacienta distancujeme, jako bychom se báli, že se depresí nakazíme také.

My ale naopak musíme pacientovi poskytnout své pochopení a dovolit pacientovi, „aby byl takový jaký je“. Pokud budeme na pacienta apelovat, aby se vzbudil, zmobilizoval síly a hledal lepší stránky života, nejenže mu nepomůžeme, ale může se mu i přitížit. Pacient se v takové situaci cítí provinile, že nám nemůže vyhovět a jeho deprese se ještě prohloubí. V případě sebevražedných tendencí musí sestra s pacientem mluvit o jeho myšlenkách. Tím mu dáme najevo, že jsme ho pochopili, že vnímáme hloubku a závažnost pacientova stavu (7).

Paranoidní pacient. Setkání s takovým pacientem musí být korektní, kontakt nesmí být ze strany sestry poznamenán žádnými projevy nevěle, nebo dokonce nepřátelství. Sestry by se měly vyvarovat žoviálního přístupu nebo chování, protože paranoidní pacient může naše chování vnímat jako narušení vlastní intimity. Musíme počítat s tím, že pacient je neustále připraven na „podceňování vlastní osoby“ a na „vnucování cizích názorů“. Reakce takových pacientů jsou atypické a přehnané. Všechno je třeba pacientovi důkladně a opakovaně vysvětlit. Příčinou nedorozumění s paranoidním pacientem mohou být i malé komunikační znalosti sester, které pacient vnímá jako nezájem o svoji osobu (7).

1.1.3.2 Sestra na psychiatrii

Musí být manuálně zručná a mnohdy pohotovější při běžných sesterských výkonech, např. u neklidného, nespolečujícího a agresivního pacienta. Sestra si udržuje přehled o všech pacientech na oddělení, sleduje jejich stavy nálad, zda přijímají stravu a tekutiny. Také sleduje postoj pacientů k užívání léků, míru neklidu, denní aktivitu, chování, kvalitu spánku. Při svém zařazení by měla sestra znát nejen jednotlivé duševní nemoci, se kterými se na oddělení setkává, jejich etiologii, symptomatologii,

ale také psychopatologii. Velký důraz se klade zejména na znalost klasifikace psychofarmak a jejich vedlejší účinky.

To vše je nutné vědět k tomu, aby sestra pacientovi mohla porozumět, přesvědčit ho ke spolupráci a uklidnit při rozrušení. Sestra má důležitou roli v edukaci pacienta v oblasti spánkové hygieny a nápravě životního stylu. Také podává informace o nemoci a terapii, které jsou v její kompetenci. Často jí znalosti mohou pomoci k tomu, aby dokázala být nad věcí, byla trpělivá a udržela si správný a potřebný odstup. Zvláště proto, že součástí projevů mnoha duševních nemocí je manipulativní jednání, lhavost, verbální agrese či pasivní agresivní chování, nedodržování norem a pravidel (25).

Aktivní přístup sestry je důležitý při sběru ošetřovatelské anamnézy a koncepci ošetřovatelského procesu. Sestra navazuje vztah s pacientem, získává jeho důvěru a dává mu najevo, že se o jeho problémy zajímá. Při realizaci ošetřovatelského procesu musí umět zhodnotit situaci a své kompetence na základě svých znalostí a zkušeností. Výhodou sesterské práce je sebereflexe. Sestra by si měla být vědoma svých chyb v komunikaci s pacientem, aby je mohla napravit a příště se jich vyvarovat.

Zkušená sestra je již během několika setkání s nemocným schopna posoudit o jakou psychiatrickou diagnózu a osobnost pacienta se jedná. Na první úsudek nelze spoléhat a řídit se jím. Mohlo by to vést k chybnému přístupu. Po seznámení s oddělením a uvedení na pokoj se nemocný musí začlenit mezi spolupacienty, zvyknout si na prostředí, sestry, lékaře a přísnější režim. Sestra si přečte dokumentaci a získá tak podrobnější informace o pacientovi. Na základě získaných poznatků lze vyvodit, co lze od nového pacienta očekávat.

Na psychiatrickém oddělení může snadno dojít k psychickému přetížení pečovatele. Manipulace, nemožnost pacienta usměrnit, jím neustálé narušování režimu oddělení a terapeutických skupin často vede k vyčerpání personálu. Ačkoli sestra nevypadne z profesionální role, její schopnost porozumět konkrétnímu pacientovi je v těchto situacích snížena. Práce sestry na psychiatrickém oddělení je náročná, avšak velice pěkná. Nabízí prostor pro kreativitu aktivitu a profesní vzdělávání, zejména v oblasti přímého působení na pacienta.

Sestra navazuje blízký vztah s pacienty, provází je v těžkých obdobích, vytváří nové a bezpečné struktury denního života. Osobnost sestry zde více než jinde ovlivňuje kvalitu ošetrovatelské péče (19).

Velice důležitá je osobnost sestry jako předpoklad pro práci na psychiatrickém oddělení. Sestra musí dosáhnout určité úrovně sebepoznání a zvládat náročné situace. Práce vyžaduje citlivý, empatický postoj k obtížím nemocných. Sestra se musí dostatečně ovládat, zachovat neutrální postoj (neprojevat sympatie ani antipatie). V psychiatrii je extrémně vysoký nárok na přizpůsobení ošetrovatelské péče individualitě klienta (25).

Sestra by měla znát symptomatologii duševních poruch, protože neznalost může vést k závažným chybám v přístupu. Správné posouzení příčin pacientova chování umožní sestře udržet určitý odstup. Toto musí mít na mysli při nepřátelství a agresi vůči personálu.

Zvládnutí metod získávání údajů pomocí pozorování, rozhovoru i specifická ošetrovatelská diagnostika na psychiatrii, to všechno vyžaduje nejen teoretické znalosti, ale také nácvik praktických dovedností. Sestra by měla zvládat efektivní komunikaci, kladení otázek, umět naslouchat, upozadit své potřeby a dát prostor pacientům. Jen tak může správně diagnostikovat pacientův problém a vytvořit efektivní ošetrovatelský plán (25).

Sestra na psychiatrii musí znát účinky psychofarmak. Tyto lékové skupiny mají řadu specifíků, například dobu nástupu účinku, kumulaci léčiva v organismu, apod. Snadno lze potom podle chování pacienta rozpoznat, zda léky užívá, nebo jich bere více, než je třeba. U některých pacientů může dojít ke kumulaci léčiv v organismu a ke změně somatického stavu.

Orientace v psychoterapii je důležitá, sestra je členem terapeutického týmu a účastní se psychoterapeutických aktivit buď přímo, nebo nepřímo svým přístupem k nemocnému, způsobem kontaktu apod.

Sestra by měla znát nové metody ošetřování nemocných, aby mohla podle průběhu onemocnění volit správný model ošetrovatelské péče. Snaží se o co nejmenší

zásah do sebepečce pacienta, vede ho k samostatnosti, snaží se předcházet vzniku závislosti pacienta na zdravotnickém zařízení (25).

Kromě běžné náplně práce sestry, která spočívá v komplexní ošetrovatelské péči včetně plnění ordinací, vykonává sestra na psychiatrii ještě další okruhy činností. Sleduje nemocné ohrožující sebe nebo jejich okolí (spolupacienty, zdravotníky, rodinu), podává léky, zvláště dohlíží na jejich užití u pacientů s problematickým přístupem k léčbě, sleduje nástup účinku, symptomy předávkování. Asistuje při specifických druzích léčby, připravuje nemocného a pečuje o něj po výkonech, podílí se na psychoterapeutických aktivitách, při sběru anamnestických dat hledá psychogenní a sociogenní příčiny duševních poruch, orientuje se v právní problematice, zapojuje se do resocializace nemocných, zaměřuje se na edukaci v oblasti duševního zdraví (25).

Je nutné si uvědomit, že součástí pracovní náplně psychiatrické sestry je nejen péče o tělo, ale také péče o duši. Někdy se však mohou projevit mechanismy obrany (projekce, haló efekt, protipřenos) a v souvislosti se zatížeností zdravotnického personálu může být těžké zachovat se profesionálně (25). Aby sestra úspěšně předcházela syndromu vyhoření, měla by mít reálná očekávání a v ošetrovatelském procesu by si měla dokázat stanovit cíle adekvátní duševnímu stavu pacienta. Neméně důležité je klidné pracovní prostředí, kolektiv, ale i péče o duševní hygienu (25). Zvláště některé skupiny pacientů kladou velké nároky na sebeovládání sestry. Problematickou skupinou jsou poruchy osobnosti s asociálními rysy. Už po relativně krátké době se může dostavit syndrom vyhoření. Okolnosti vzniku jsou častý stres, frustrace z nenaplnění našich představ o postupu léčby, velká emocionální zátěž, vliv pracovní zátěže (25). Schéma rozvoje vyhoření je vždy velmi obdobné. Sestra přichází na nové místo, nebo do nové funkce plná optimismu, elánu, chce realizovat řadu svých plánů. Je nekritická k signálům únavy a trvale se přetěžuje. Přichází emocionální vyčerpání, odosobnění jako obrana před zhroucením. V této fázi sestry vykonává pouze nejnutnější úkony, ztrácí zájem o vazbu na pacienty, dále se nevzdělává. V konečné fázi přicházejí příznaky jako nespavost, bolesti hlavy, psychosomatická onemocnění, funkční poruchy. Komunikace s pacientem je obleněna na minimum a její efektivita je diskutabilní. Kdykoliv v průběhu tohoto procesu lze vhodně zakročit. Jako účinná se

ukazuje prevence vyhoření v náročných profesích, kam práce sestry bezpochyby spadá (25).

Předcházení vyhoření je velmi důležité. Jen tak si sestra zachová správný náhled na své povolání, na práci s pacienty. Je třeba hledat smysl našeho počínání, eliminovat stresory a mít snahu konflikty řešit. Je nutné, aby sestra nepečovala jen o zdraví a blaho pacienta, ale aby se starala také o své zdraví. Důležitý je dostatek odpočinku, relaxace, zdravý způsob stravování a celého života. Pokud má sestra dobré rodinné zázemí a dobré pracovní podmínky, odrazí se to na jejím výkonu v zaměstnání. Velký význam se klade také na pěstování dobrých vztahů s lidmi. Sestra, které něco z toho chybí, by se neměla stydět vyhledat odbornou pomoc (14).

1.2 Komunikace

Slovo komunikace pochází z latinského slova *communicare*, jehož význam je dělat něco společně, řídit se, nebo povídat si. Znamená to také zúčastňovat se s někým na něčem, podílet se, mít podíl na něčem (12). Je to vzájemná výměna informací mezi lidmi, která probíhá prostřednictvím slov a vět, gesty a mimikou (10).

Každé sdělení má úroveň obsahovou a vztahovou. Obsahová úroveň sdělení je věcná informace. Vztahová úroveň sdělení charakterizuje vztah jedinců a význam jejich informací (např. jde-li o žádost, prosbu, nařízení, či zákaz) (10). Mezilidské komunikování zahrnuje přenos a výměny sdělení mezi účastníky. Předáváme si je slovy, tedy verbálně ale též neverbálně, tj. úsměvem, pláčem, podáním či mávnutím ruky, pohledem, pohlazením, polibkem. Komunikování se děje ve zcela určitém prostředí, za zcela určitých okolností. Ty bývají unikátní, neopakovatelné, proto je komunikování jedinečnou, neopakovatelnou událostí (26).

Komunikace může léčit mnohem více, než si myslíme. Je to dovednost, a pokud sestra chce, může ji neustále rozvíjet, protože komunikace v ošetrovatelství má své místo. Kvalitní výměna informací mezi sestrou a pacientem je stejně tak důležitá jako dobrý lék a dobré ošetření. Je základem pro vybudování terapeutického vztahu a její úspěšnost je podmíněna profesionálními znalostmi a dovednostmi. Sociální kontakt je nezbytnou součástí zdravotnické profese. Nemocný člověk vnímá mnohem citlivěji

slova a neverbální projevy než člověk zdravý. Většina sester však získává patřičné dovednosti metodou pokusů a omylů. Jak k tomu ale přijde pacient? (8). Komunikace zaujímá v ošetrovatelství důležité místo a znamená pro sestru celoživotní proces učení se. Kvalitní ošetrovatelská péče je nemyslitelná bez komunikace mezi sestrou a pacientem, nebo mezi zdravotníky navzájem. V ošetrovatelství ale nevystačíme s komunikací, kterou jsme si osvojili v běžném životě, v rodině, nebo ve škole. Komunikace v rámci profese vyžaduje zcela zvláštní dovednosti, kterým by se měli zdravotníci naučit již během profesionální přípravy (20).

Naše doba je přetechnizovaná a pomalu se začíná vytrácet lidskost sester. Většina zdravotníků se více zaměřuje na „ten nemocný orgán“, než na pacienta samotného. Nemoc, odloučení od rodiny, nemožnost pracovat, to vše může mít za následek zhoršení pacientových komunikačních dovedností. Pacient a ten, kdo ho ošetřuje, jsou ve vzájemném vztahu a komunikace je druhem péče (33). Je pro vztah mezi lidmi nevyhnutelnou podmínkou. V mezilidských vztazích nelze nekomunikovat. Vidíme-li např. na ulici jít proti sobě osobu, se kterou se nechceme setkat, přejdeme na druhou stranu ulice a neverbálně oné osobě sdělujeme „chci se ti vyhnout“. Veškeré chování, mluvení či mlčení, má význam sdělení. Abychom komunikaci druhého člověka porozuměli, je potřeba především porozumět jeho záměru. Pokud nám např. pacient sděluje, že dnešní oběd nestál za nic, nemusí být jeho záměrem stížnost na stravu, ale může jít o snahu nebo potřebu navázat kontakt, popovídat si, připoutat na sebe pozornost (10). Řada sester zjistila, že si neví rady s informacemi, které jim pacient při komunikaci sdělí. Na základě takové zkušenosti příště omezí vzájemný kontakt a získávání informací na nejmenší možnou míru. Když se totiž sestra nedozvídá, nemusí reagovat, nemusí pomáhat, nemusí nic řešit (20).

Komunikačním dovednostem se lze naučit do takové míry, do jaké člověk chce a ví jak. Do vínku jsou nám dány genetické předpoklady k tomu, abychom si dokázali osvojit jazyk, jímž se mluví kolem nás. Ovšem samotné vlohy, třeba i nadprůměrné, ještě žádného kvalitního komunikanta nestvořily (26). Základem je umění navázat kontakt s druhým člověkem. Náročnost sestra pochopí ve chvíli, kdy musí komunikovat s nemocným po mozkové mrtvici, pacientem zmateným nebo sklerotickým (20). Ke

schopnosti komunikovat patří v širším slova smyslu i osvojení pravidel společenského chování. Během života se v komunikaci zdokonalujeme zpravidla cestou pokusů a omylů (3).

Zvládnutí problematiky komunikace pomáhá sestře zlepšit si svoje komunikační schopnosti a využít v přístupu k pacientovi širokou škálu účinných komunikačních prvků, které významnou měrou přispívají nejen ke zlepšení vztahů a komunikace na vyšší úrovni, ale také ke zlepšení kvality života pacienta a uspokojení jeho potřeb (12). Proces vzájemného sociálního kontaktu se nazývá interakce. V ní akce jedné osoby může ovlivňovat akci osoby druhé. Základním jevem skupinové interakce je přitažlivost a odpudivost mezi jednotlivými členy skupiny. Vztahy se vytváří každým slovem, symbolem, gestem, kterým lidé na sebe reagují. Interakce mohou být různé, např. interakce pacient-pacient, sestra-pacient, sestra-lékař a další. Pracovní styk může být krátkodobý, jako je např. vyšetření v ambulanci, nebo dlouhodobý - hospitalizace. Minimální pracovní skupina je dvojice. I v ní působí již dva základní druhy sociálních interakcí, a to komunikace verbální a neverbální (10).

Obvykle nemíváme problémy, pokud hovoříme s lidmi, kteří mají stejný životní styl, vyrůstali pod vlivem stejné kultury, nebo jsou lidmi s podobnými povahovými vlastnostmi jako my. V profesi, ale musíme vést dialog s lidmi odmítavými, podezřívavými, nebo i agresivními. Velice těžko se vede rozhovor s nemocným, který nedoslýchá, nebo s pacientem, který trpí intenzivní bolestí. Často sestra selže, protože způsob komunikace, který je obvyklý v běžném životě, nestačí na zvládnutí všech složitých situací, které jí přináší profese (20). Ošetrovatelská praxe klade schopnost interakce s nemocným na významné místo.

Sestra používá dovednost komunikovat s pacientem jako součást profesionálního vybavení. Nevystačí s běžným způsobem komunikace. Je potřeba, aby si osvojila specifické komunikační praktiky a dovednosti, mezi které patří naslouchání, zpětná vazba, respekt, empatie, výklad, zájem, podpora, mlčení, autentičnost, porozumění a rady (33). Učí se navazovat intenzivní kontakt s nemocným, snaží se s ním vést produktivní dialog, naučí se různé formy komunikace s nemocným, s jeho rodinou, ostatními sestrami. Jenom tak je také schopna objektivně stanovit problémy nemocného

a plnit ošetrovatelský plán. Úspěšnost ošetrovatelské intervence je spojena se zvyšováním kvality pomoci nemocnému (20). Umění jednat s lidmi je jedním z klíčových faktorů.

Emoční inteligence je schopnost poznat, jak se druhý člověk cítí, všímat si signálů, které druzí vysílají a reagovat na ně. Dalšími faktory jsou vědomí sama sebe, umění ovládnutí nálady a impulsivního jednání a motivace. Sama vysoká úroveň emoční inteligence ještě nezaručuje její praktické využití. Je to jen potenciál-jakoby člověk měl krásný hlas, ale svůj talent nerozvíjel (23).

Symetrické komunikační chování zdůrazňuje rovnost vztahu. Komunikující mají stejná práva, stejnou možnost a svobodu projevu, aktivitu v komunikaci, usměrňování i kritizování. Takoví jedinci jsou na stejné úrovni, stejně vysoko v mocenské hierarchii. Neverbální komunikace se odehrává vždy rovněž symetricky, dívají se z očí do očí.

Nesymentrické, tzv. komplementární chování je takové, kdy se zdůrazňuje nerovnost nebo vzájemná závislost jednoho na druhém. Jeden je aktivnější, dává příkazy, je kritičtější, udílí rady, dává najevo svou převahu. Je to komunikace slabšího se silnějším. Neverbálně stojí většinou silnější nad slabším, má dominantnější gesta, mimiku, jeho pohled míří shora dolů, apod.

Metakomplementární komunikační chování a manipulace se objevují tam, kde jde o narušení mocenských pozic, kde dochází ke změně rozložení sil při zachovaném zdání o původní asymetrii vztahu. Dítě může např. svým naříkavým chováním přimět rodiče k tomu, aby přistoupili na jeho požadavky. Třebaže je v pozici závislého, určuje svým chováním pravidla ve vztahu. V komunikaci se objevují manipulace, kterými se dosahuje nepřímou žádoucí cíl. Často se používají prostředky, které tyto skutečné cíle a záměry dobře skrývají (10).

Komunikace předpokládá ochotu a vůli komunikovat. Pokud je patrný zájem sestry o nemocného a její ochota s ním být, komunikace má dobrý start. Naopak žádný trénink dovedností nenahradí zájem o druhého člověka. Potřeba komunikace není odtržena od jiných lidských potřeb, ale je integrována v systému biologických i psychosociálních spirituálních potřeb člověka a je nástrojem jejich uspokojování (33). Aby komunikace mohla započít, probíhat a plnit svůj základní smysl, musí být obě

komunikující strany schopny informaci vnímat, zhodnotit, uchovat anebo předat

V rámci sociální interakce se využívá komunikace verbální, neverbální, paralingvistická. Přestože se v komunikaci objevují všechny druhy současně, nemají stejné procentuální zastoupení. Verbální komunikace má zastoupení 7 %, neverbální 55 % a paralingvistická 38 % (11, 12). Motivaci komunikovat, ať už přiměřenou, zvýšenou či sníženou, má každý člověk. Definuje se jako proces aktivity člověka vyvolaný motivem, který končí uspokojením. Má různou intenzitu a trvání, které kolísá a závisí na množství okolností. Motivy ke komunikaci mohou vycházet z vnitřní potřeby komunikovat, anebo jsou podmíněné prostředím či situací, ve kterých je komunikace pro člověka nevyhnutelná (12).

Všeobecné zásady efektivní komunikace sestry s pacientem

Smysluplnost kontaktu a komunikace závisí na tom, do jaké míry je sestra schopna uplatňovat zásady produktivní komunikace. Je důležité začít pozdravem a přivítáním a oslovovat pacienta jak si přeje, příjmením nebo jménem. Během rozhovoru musíme nechat pacienta povídat a aktivně, pozorně a zaujatě ho poslouchat: „Zajímá mě Váš názor“, trpělivě vyslechnout monolog: „...pokračujte dále“, ale také střídat roli hovořícího a posluchače: „Chtěla bych Vám říci ještě toto“ a vyhýbat se skákání do řeči. Je dobré vyvarovat se stereotypnímu poučování „Nesmíte jíst sladkosti, máte přece cukrovku“.

Schopnost poskytnout psychickou podporu, adekvátně využít neverbální projevy, vyloučit odbornou terminologii a slangové výrazy, přizpůsobit se řečovému projevu pacienta, projevit empatii, vytvořit zpětnou vazbu a ubezpečit se, zda pacient porozuměl, patří mezi další základní podmínky efektivní komunikace. Sestra pomáhá najít východisko společně s pacientem: „Co Vás přivedlo k tomuto rozhodnutí?“, všimnout si, čemu se pacient při komunikaci vyhýbá, ubezpečit pacienta že se informace nezneužijí a respektovat jeho přání a rozhodnutí. Ve vztahu k širšímu okolí sestra nesmí pacienta kritizovat před ostatními pacienty, zdravotnickými pracovníky ani příbuznými. Měla by ho naopak veřejně chválit. Konečně by sestra měla umět sladit slovní a neverbální projev, zachovat auditivní složku verbálního projevu a využívat

parafrázování (33)

Pokud chce sestra dobře komunikovat, musí pochopit proces komunikace a osvojit si a rozvíjet vlastní vyjadřování. V neposlední řadě by měla využívat základní zásady slušného chování a účinné komunikace (12). Pokud sestra zvládne a zlepší si svoje verbální znalosti a využije v přístupu k pacientovi řadu komunikačních prvků, tak výraznou měrou přispěje nejen ke zlepšení vztahů, ale i ke zvýšení kvality života pacienta a uspokojení jeho potřeb.

1.2.1 Překážky v komunikaci

Sestra může pacientovi vědomě či nevědomě projevit určitou míru vážnosti, úcty a uznání. V tomto případě se mluví o sociální *evalvací* – zvyšování lidské hodnoty. Pokud tyto prvky v interakci chybí, jde o sociální *devalvací* – snižování lidské hodnoty.

Mezi *evalvační prvky* patří např. pozdrav, schopnost aktivního naslouchání, schopnost vyjádřit pochvalu, respektovat osobnost pacienta. Důležitá je schopnost využít slova podporující pozitivní vztah a komunikaci: „děkuji“, „prosím“, „promiňte“. *Devalvace* znamená hrubé, necitlivé, bezohledné chování bez úcty, respektu či taktu. Nejčastější devalvační projevy sestry jsou např. ignorování pozdravu pacienta, pasivní naslouchání, porušení mlčenlivosti, zesměšňování, infantilizace, skákání do řeči apod. (33). Efektivní interakce může probíhat jedině tehdy, když její průběh neruší žádné vnější nebo vnitřní vlivy. Zatímco vnější bariery si sestra uvědomí, podstatnější bývají *bariery vnitřní*. Ty mohou být na straně pacienta i sestry. Je mnoho překážek, které mohou blokovat efektivní komunikaci mezi sestrou a pacientem, například změněné vnímání a poruchy řeči, nesoustředěnost, apatie, neuvědomělé příčiny chování a jednání – vytvoření prvního dojmu, neslučitelné životní styly a systémy hodnot, komunikační neobratnost a necitlivost (20).

Na otázky sestry se špatně soustřeďuje i nemocný, který má hlad, žízeň, nebo ho něco bolí. Vedle fyzických překážek působí i psychické pocity, jako je strach, úzkost, hněv, pocit křivdy, pocit nepochopení ze strany druhého a podobně (20). V rámci komunikace a interakce mezi sestrou a pacientem mohou vzniknout nejrozmanitější komunikační překážky. Ze strany sestry to může nejčastěji být časový deficit, neochota

vyslechnout pacienta, nadměrné ubezpečování o uzdravení, vnucování vlastních návodů na řešení problémů pacienta, zatěžování pacienta vlastními problémy, nadměrné přikyvování, negace emocí a používání odborné terminologie (33).

Vnější příčiny, které nežádoucím způsobem ruší komunikaci, je celá řada. Patří sem hluk, přítomnost dalších lidí, před kterými se nemocný ostýchá hovořit, horko, či chlad v místnosti.

Vážnou překážkou ze strany sestry se jeví i tzv. bezobsažná komunikace. Ta zpravidla u pacienta vyvolá oprávněný dojem, že ho sestra neposlouchá, nerozumí mu a ani se nesnaží porozumět mu. Jakmile dospěje k takovému přesvědčení, může se u pacienta objevit lhostejnost, nezájem a uzavřenost. Bezobsažné výroky jako například: „Vy si ještě v životě užijete“ apod., mohou pacienta utvrdit v tom, že sestra je pasivní a nemá zájem o jeho hlubší poznání. Překážky v komunikaci mohou vzniknout i ze strany pacienta (12).

Barierou v komunikaci mohou být i slova, kterým nemocný nerozumí, protože jejich pochopení předpokládá určitou úroveň nebo typ vzdělání (20). Pacient nejčastěji neumí komunikovat tehdy, pokud jako cizinec nerozumí jazyku, kterým sestra hovoří, anebo jde o člověka s nízkou mírou komunikačních schopností (12).

Častěji se objevuje jev, kdy pacient nechce komunikovat. Mezi nejčastější důvody patří záporné emoce (strach, úzkost, deprese, apatie), nedůvěra k sestře, hospitalizmus, bolest, narušená komunikační schopnost, únava, strach projevit se, maladaptivní projevy v chování atd. Pacient nemůže komunikovat při vážných chorobách (afázie), po operacích hrdla, když je hluchý, dementní, při intubaci dýchacích cest, při kvalitativních poruchách vědomí a v bezvědomí (12).

Při rozhovoru se SP se snažte naslouchat. Na pacienta příliš nenaléhejte. Komunikace je pro něj, zejména v akutní fázi, nesmírně náročná a může zvyšovat napětí. Buďte mu však na blízku, když o to požádá. Pokud bude pacient hovořit například o svých nevývratných přesvědčeních (bludech), nevyvracejte mu je, ale ani mu nedávejte za pravdu (22).

2. CÍL PRÁCE A HYPOTÉZY

2.1 Cíl práce

Určit možnosti zkvalitnění ošetrovatelské péče o pacienta se schizofrenií v oblasti komunikace a popsat problematiku ošetrovatelské péče o pacienta se schizofrenií, zaměřenou na oblast komunikace.

2.2 Hypotézy práce

H1: Komunikační intervence poskytované sestrami neodpovídají ošetrovatelskému procesu v péči o pacienta se schizofrenií

H2: Sestry nesignalizují potřebu změny své rutinní činnosti při péči o pacienta se schizofrenií v oblasti komunikace.

3. METODIKA

Použité metody

Ke sběru dat byla použita metoda dotazování, technikou dotazníku. Dotazník byl sestaven na základě informací z odborné literatury.

Dotazník byl anonymní, určený pro zdravotní sestry, které pracují v oboru psychiatrie. Dotazník byl sestaven z uzavřených a polouzavřených otázek, kde měli respondenti možnost vybírat z několika možností a nebo vyjádřit svůj názor.

Otázky 1, 2, 3 charakterizují respondenty. Na komunikační dovednosti respondentů jsou zaměřeny otázky 4 – 23. Otázky 24 – 28 se týkají zájmu o vzdělávání respondentů.

3.1 Charakteristika výzkumného souboru

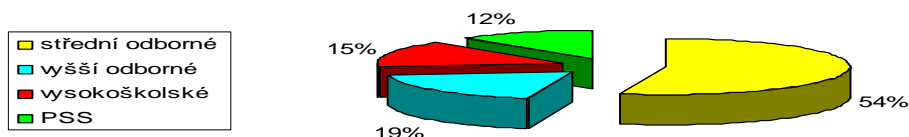
Výzkumný soubor tvořily sestry, které pracují na psychiatrických odděleních nemocnic, v psychiatrických léčebnách a na psychiatrických ambulancích. Dotazníky byly rozdány ve Fakultní nemocnici Plzeň, v Nemocnici České Budějovice, v nemocnici v Liberci, v nemocnici Brno a v nemocnici v Praze - Střešovicích. Dále odpovídaly sestry z psychiatrických léčeben v Dobřanech, Brně – Černovicích.

Celkem bylo osloveno 176 respondentů během února a března 2009. Ke zpracování bylo zařazeno 100 dotazníků, což je 100% návratnost.

4. VÝSLEDKY

Graf 1

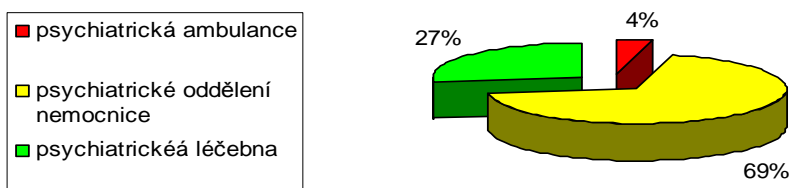
Vzdělání respondentů



54 % respondentů má vzdělání střední odborné, 19% vyšší odborné, 15 % je vysokoškolsky vzdělaných a 12 % má pomaturitní specializační vzdělávání

Graf 2

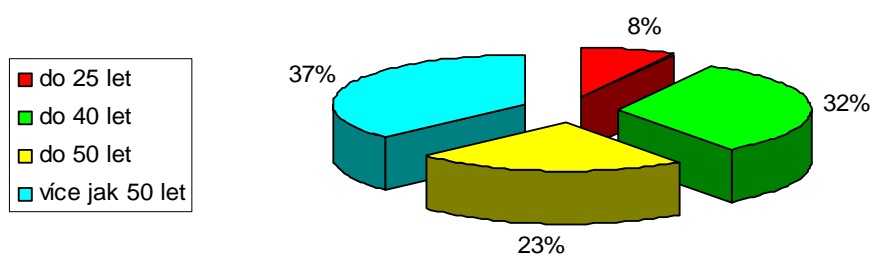
Zaměstnání respondentů



Z celkového počtu 100 respondentů 69 % respondentů pracuje na psychiatrických odděleních nemocnic, 27 % je zaměstnáno v psychiatrických léčebnách a 4 % pracují v psychiatrické ambulanci.

Graf 3

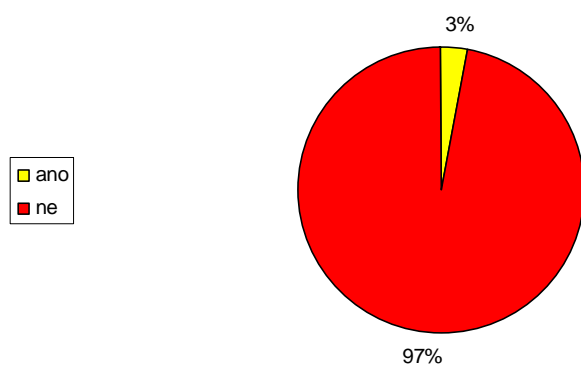
Věk respondentů



37 % respondentů je starších 50 let, 32 % má věk do 40 let, 23 % má věk do 50 let a 8 % respondentů je mladších 25 let.

Graf4

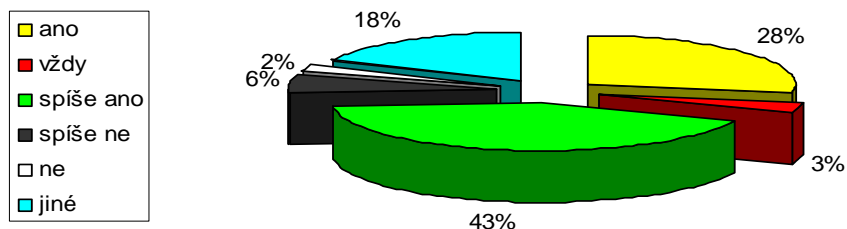
Potíže s komunikací se SP



Potíže komunikovat se SP mají 3 % respondentů. Zbytek, což je 97 %, potíže s komunikací nemá.

Graf 5

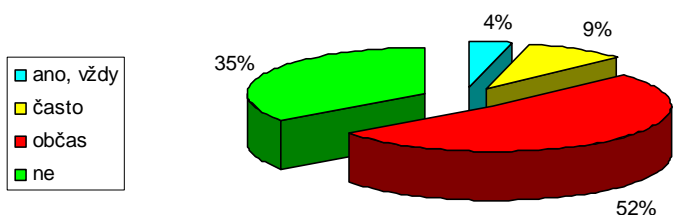
Použití úsměvu při komunikaci



Úsměv při komunikaci používá 43 % respondentů spíše ano, 28 % ano, 18 % odpovědělo jiné, ale ve všech případech to znamená dle situace, 6 % spíše ne, 3 % vždy a 2 % ne.

Graf 6

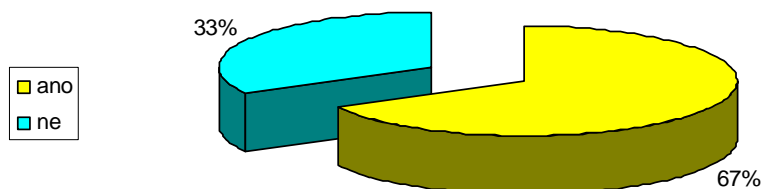
Proxemika



Přílišná blízkost se SP při ošetřování vadí občas 52 % respondentů, 35 % nevádí, 9 % často vadí a 4 % ano, vždy je na překážku.

Graf 7

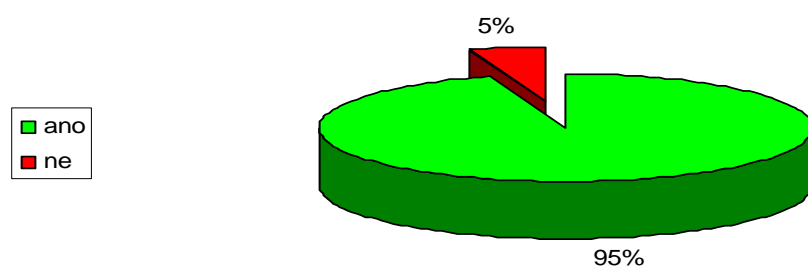
Užití haptiky jako vědomých komunikačních dovedností



67 % respondentů užívá tuto dovednost jako vědomou komunikační techniku, 33 % doteky vědomě neužívá.

Graf 8

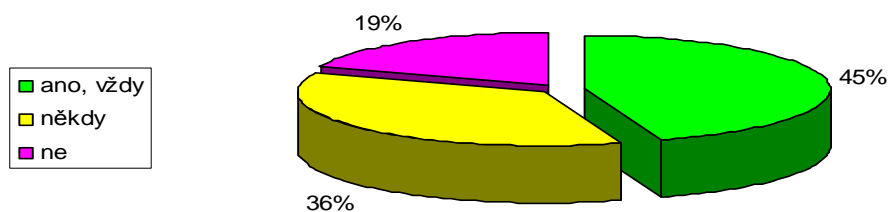
Hodnocení úpravy sestry SP



95 % respondentů se domnívá, že SP hodnotí zevní úpravu sestry, 5 % respondentů si myslí, že SP si úpravy sestry nevšimá.

Graf 9

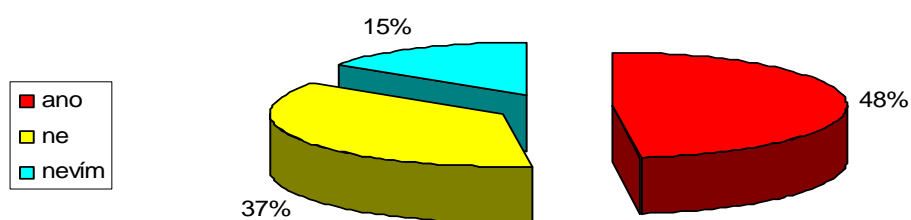
Klepání na dveře před vstupem do pokoje SP



45 % respondentů před vstupem do pokoje SP klepe na dveře, 36 % klepe jen někdy a 19 % neklepe vůbec.

Graf 10

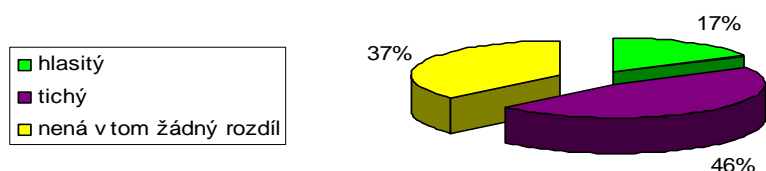
Nepředstavení se sestry a vnímání tohoto aktu SP



48 % respondentů je přesvědčeno, že SP vnímá negativně, pokud se mu sestra nepředstaví, 37 % si myslí, že to SP nevnímá a je mu to jedno a 15 % respondentů odpovědělo, že neví.

Graf 11

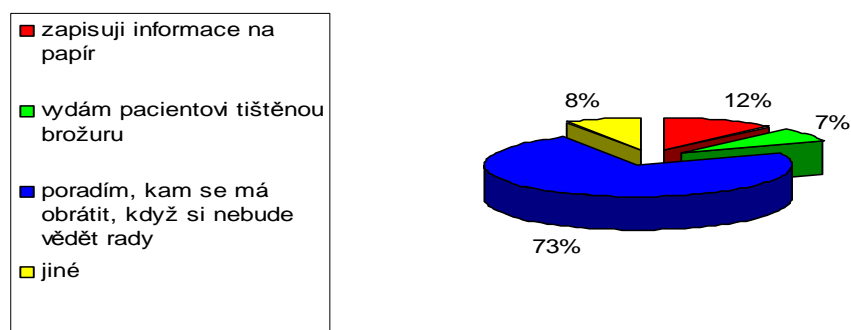
Způsob hovoru, kterým sestra komunikuje se SP



46 % respondentů má za to, že se SP by se mělo komunikovat tichým hlasem, 17 % respondentů se domnívá, že má komunikace být vedena hlasitě a 37 % v tom nevidí žádný rozdíl.

Graf 12

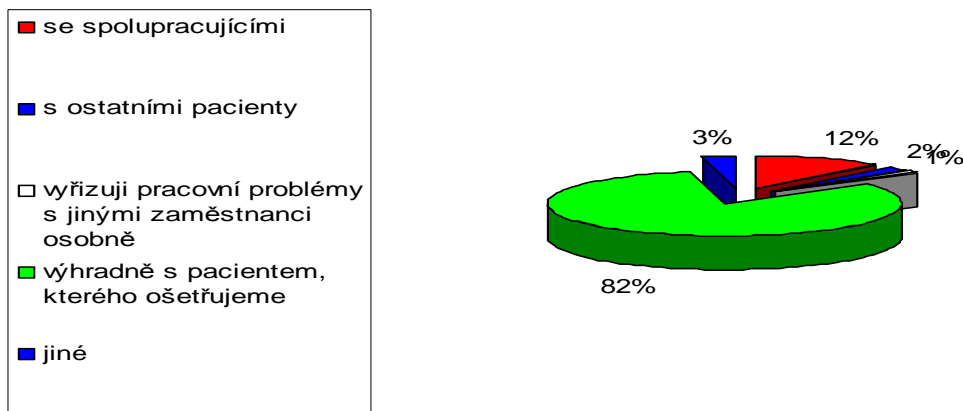
Ústní podání více informací najednou



Pokud sestra podává SP více informací najednou, tak 73 % respondentů k tomuto slovnímu výkladu ještě pacientovi poradí, kam se má obrátit, když si nebude vědět rady. 12 % respondentů zapíše všechny informace SP ještě na papír, 7 % vydá SP tištěnou brožuru a 8 % odpovědělo jiné a mělo na mysli například doprovod SP sestrou.

Graf 13

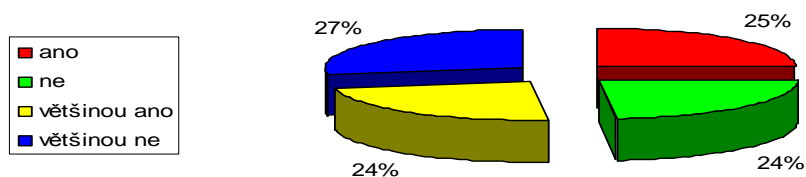
S kým se komunikuje při ošetřování SP



Při ošetřování SP 82 % respondentů komunikuje výhradně s ním, 12 % komunikuje ještě se spolupracujícími, 2 % komunikují ještě s jinými pacienty a 3 % respondentů uvedla, že se zabývají ještě jinou činností, ale neuvedly čím, 1 % při ošetřování SP vyřizuje pracovní problémy s jinými zaměstnanci osobně.

Graf 14

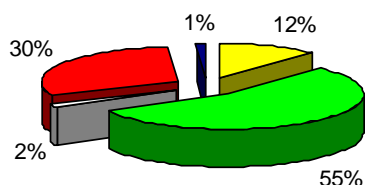
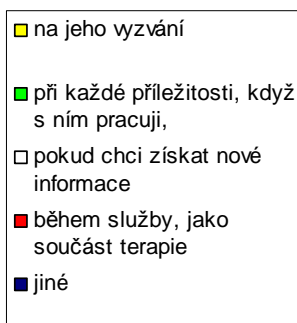
Používání termínů, kterým pacient nerozumí



25 % respondentů si uvědomuje, že používá při komunikaci se SP termíny, kterým pacient nerozumí, 24 % si uvědomuje, že termíny nesrozumitelné pro SP většinou používá, 2 % respondentů si tuto skutečnost většinou neuvědomuje a 24 % si ji neuvědomuje vůbec.

Graf 15

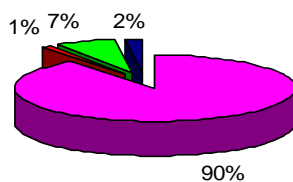
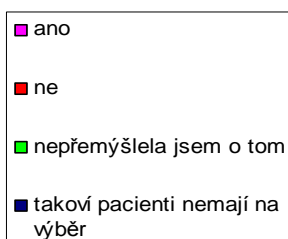
Zahájení rozhovoru se SP



Rozhovor se SP zahajuje 55 % respondentů při každé příležitosti, když s ním pracuje, 30 % zařadí rozhovor jako součást terapie během své služby, 12 % komunikuje s pacientem jen na jeho vyzvání, 2 % respondentů jen pokud chtějí získat nové informace a 1 % odpovědělo jiné.

Graf 16

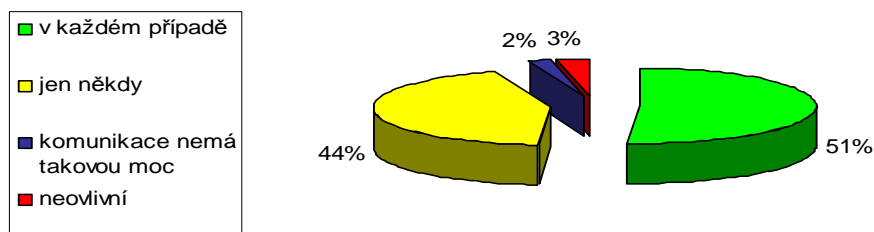
Moderní vybavení oddělení a vliv na léčbu SP



Že má moderní a útulné vybavení vliv na léčbu SP si myslí 90 % respondentů, 7 % respondentů o takové možnosti nepřemýšlelo, 2 % si myslí, že takoví pacienti nemají na výběr a 1 % si myslí, že prostředí nemá vliv na léčbu SP.

Graf 17

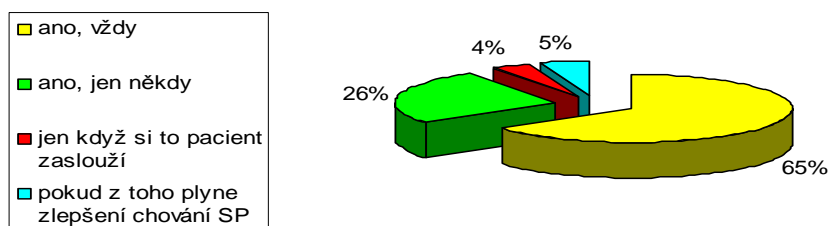
Ovlivnění jednání SP komunikací se sestrou



Komunikace sester dle 51 % respondentů ovlivňuje jednání SP, 44 % si myslí, že jen v určitých případech, 3 % si myslí, že komunikace jednání SP neovlivní a 2 % respondentů se domnívají, že komunikace nemá takovou moc.

Graf 18

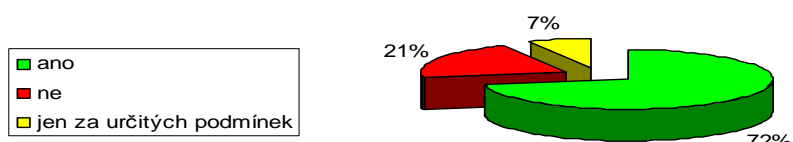
Komunikace a pochvala SP



65 % respondentů užívá při komunikaci se SP pochvalu jako vyjádření souhlasu a povzbuzení, 26 % jen někdy, 5 % takové jednání používá, pouze pokud z toho plyne zlepšení chování pacienta a 4 % pacienta chválí, jen když si to pacient zaslouží.

Graf 19

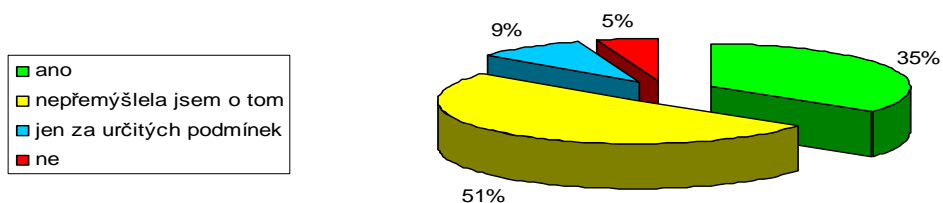
Zájem o kurz zaměřený na komunikační dovednosti



Pokud by se uskutečnil kurz, který by byl zaměřen na komunikační dovednosti, tak by o účast na něm mělo zájem 72 % respondentů. 21 % zájem neprojevalo a 7 % o kurz zájem má, ale jen za určitých podmínek. Zde se respondenti shodli, že kurz by měl být veden skutečným odborníkem na komunikaci a výsledky by měly být uplatnitelné v praxi.

Graf 20

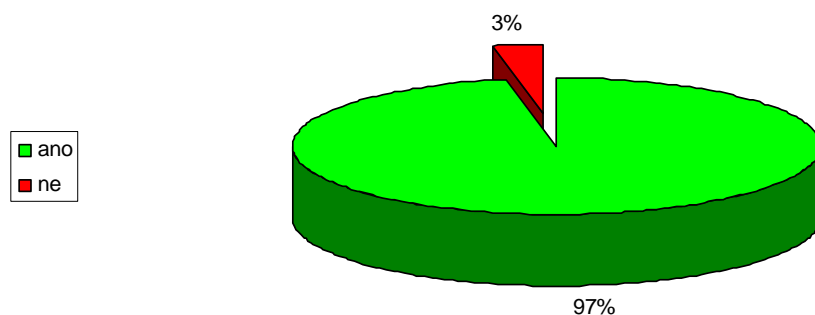
Zájem o celoživotní vzdělávání zaměřené na péči o SP



Zájem o celoživotní vzdělávání, které by bylo zaměřené na péči o SP projevilo 35 % respondentů, 51 % o takové možnosti neuvažovalo, 5 % projevilo nezájem a 9 % pouze za určitých podmínek.

Graf 21

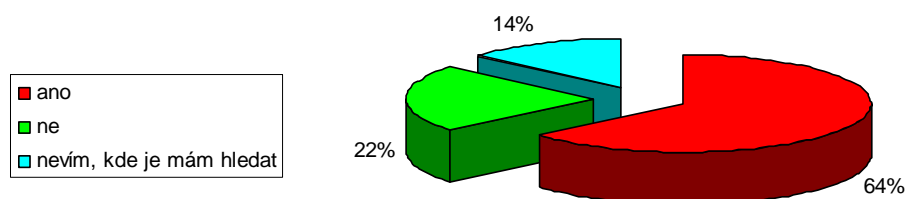
Nabídka zaměstnavatele na vzdělávací akce



Zaměstnavatel nabízí vzdělávací akce 97 % respondentů, 3 % odpověděla, že jim zaměstnavatel takovou možnost nenabízí.

Graf 22

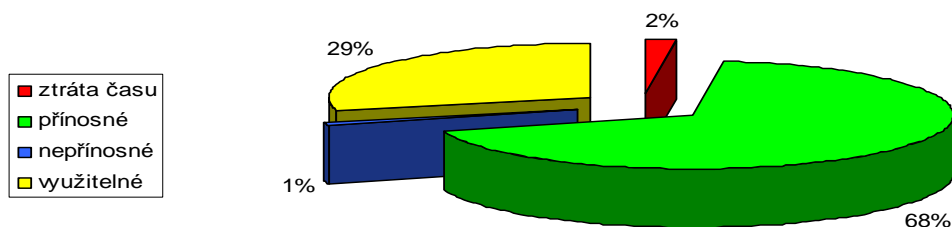
Další možnosti vzdělávání v oblasti péče o SP



64 % respondentů vyhledává další možnosti vzdělávání v oblasti péče o SP, 22 % o takovou možnost nemá zájem a 14 % respondentů uvedlo, že neví, kde takové vzdělávací akce mají hledat.

Graf 23

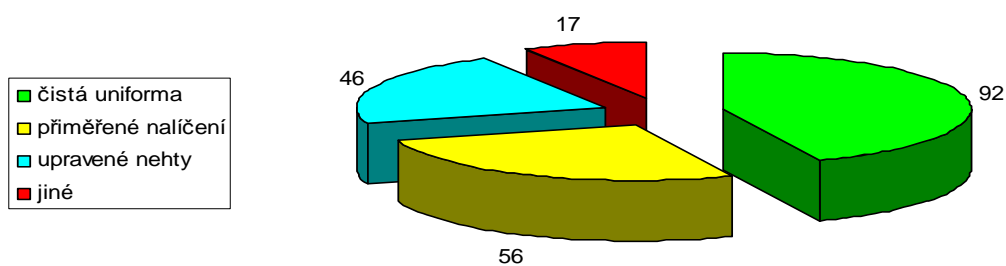
Jak vnímají absolventi vzdělávacího kurzu jeho prospěšnost



Prospěšnost vzdělávacího kurzu hodnotí 68 % respondentů jako přínosné, 29 % udává, že takové znalosti jsou následně využitelné v praxi, 2 % považují účast na kurzu za ztrátu času a 1 % se domnívá, že informace ze vzdělávacího kurzu jsou nepřínosné.

Graf 24

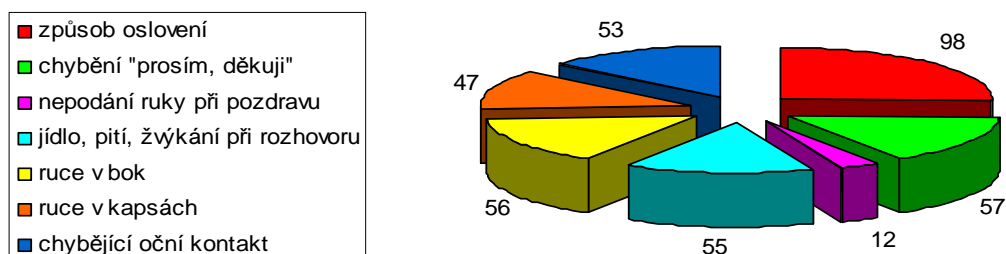
Dobrá úprava sestry



92 respondentů uvedlo, za dobrou úpravu sestry považují čistou uniformu, 56 respondentů také klade důraz na přiměřené nalíčení, 46 respondentů na upravené nehty, tady bylo myšleno krátké a nenalakované a 17 respondentů uvedlo, jiné, pod tímto pojmem zahrnuli úpravu účesu, vhodnou obuv.

Graf 25

Negativní vnímání chování sestry SP



SP negativně vnímá, pokud ho sestra oslovuje jinak, než si přeje. Tuto možnost uvedlo 98 respondentů. 57, respektive 56, 55, nebo 53 respondentů se shodlo na tom, že SP vadí, když sestra nepoužívá slova jako „prosím, děkuji“, má ruce v bok, jí, pije, nebo žvýká při rozhovoru s ním, nebo chybí oční kontakt. 47 respondentů označilo ještě možnost ruce v kapsách.

5. DISKUSE

Dotazníky zaměřené na zjištění dat pro oblast komunikace se SP vyplnilo 99 žen a 1 muž. Všichni pracují jako všeobecné sestry na psychiatrii. Vzhledem k tomu, že zpracovaných dotazníků byla rovná stovka, tak se počty odpovědí a procenta neliší a dávají stejnou hodnotu. Proto uvádím hodnotu v procentech.

Nejpočetnější skupinou byli respondenti ve věku nad 50 let (37 %) a vzápětí následovala skupina respondentů do 40 let (32 %). Ve věku do 50 let se zúčastnilo 23 % respondentů a 8 % jich bylo mladších 25 let. Je to zřejmě proto, že pro mladší sestry je toto povolání velmi psychicky náročné, mnohé mají malé děti a rodinu a pracovat v tak vyčerpávajícím prostředí nezvládnou.

Střední odborné vzdělání mělo 54 % respondentů, vyšší odborné 19 %. 15 % bylo vysokoškolsky vzdělaných a 12 % absolvovalo pomaturitní specializační studium. Vzhledem k tomu, že na psychiatrii pracují převážně sestry ve vyšším věku, převažují středoškolsky vzdělaní respondenti. V minulosti nebyla taková možnost výběru vzdělávání sester. Nyní již jsou respondenti ve věku, kdy jim učení nejde tak lehce jako v mládí a proto se do žádných studií nehrnou. Otázkou je, jak kvalitní péče je pacientům poskytována, když zde pracuje většina sester se středoškolským vzděláním? Na druhou stranu tyto sestry, i když mají jen středoškolské vzdělání, pracují na psychiatrii již dlouho a mají jisté zkušenosti z dlouholeté praxe, které mladým sestřám s vyšším vzděláním chybí.

Ze 100 respondentů jich 69 % pracuje na psychiatrickém oddělení nemocnic, 27 % v psychiatrických léčebnách a 4 % na psychiatrické ambulanci.

Většina respondentů (97 %) nemá potíže s komunikací se SP. 3 % respondentů přiznala, že se SP komunikují s obtížemi, a to proto, že mají strach z chování takového pacienta (2 %) a že nedokáží správně komunikovat (1 %). Nikdo z dotazovaných nevybral možnost, že by se bál, aby pacientovi neublížil, ani že neví jak verbálně či neverbálně komunikovat anebo že nemá trpělivost. Článků, učebnic i kurzů je dost, ale všechny se zabývají komunikací obecně. V odborné literatuře je možné se seznámit se způsoby komunikace s různě postiženými jedinci, s pacienty s poruchami chování,

s lidmi, kteří trpí chronickou nebo nevy léčitelnou nemocí. Ale jak komunikovat s tak specifickým pacientem, jako je SP? Konkrétní komunikační dovednosti nenajdeme.

Při kontaktu se SP používá úsměv 28 % respondentů, 3 % užívají úsměv vždy, 43 % respondentů spíše ano a 6 % spíše ne. 2 % respondentů uvedla, že při kontaktu se SP se vůbec neusmívají a 18 % respondentů uvedlo, že záleží na situaci, ve které se SP nacházejí. Usmívat se stále při péči o SP je diskutabilní. Obzvláště u pacienta s paranoidní schizofrenií, kdy si jakýkoliv bezvýznamný projev jiné osoby vysvětluje jako útok proti své osobě. Užití úsměvu by se mělo dít v situacích, kdy chceme pacienta povzbudit, vyjádřit mu svůj souhlas a podporu.

Otázka č. 7 se týkala vzájemné blízkosti sester a SP. 4 % respondentů je přílišná blízkost se SP nepříjemná pokaždé, 9 % respondentů uvedlo, že je jim přílišná blízkost se SP často nepříjemná, 52 % respondentů má nepříjemný pocit přílišné blízkosti jen občas a 35 % respondentům těsná blízkost se SP nevádí. Tady se nabízí otázka proxemiky, která popisuje členění vlastního prostoru, s dodržováním hranic, které jsou člověku příjemné. Lidé mají potřebu si kolem sebe vytvářet alespoň minimální nenarušitelný prostor. Tato potřeba je individuální. Především jde o zachování vlastní identity jako jedinečně oddělené bytosti (23). Osobní vzdálenost je od 45 do 120 cm. Tato vzdálenost definuje „ochrannou bublinu“, kterou se člověk snaží udržet nenarušenou vniknutím někoho druhého. Jedinec může prožívat překročení této hranice nepříjemně (5, 7). Sestra často provádí výkony v intimní oblasti SP, která je menší než 45 cm. Před „vstupem„ do intimní zóny pacienta by měla sestra pacienta požádat o dovolu a vysvětlit mu, co bude dělat a proč. SP se může cítit ohrožen, pokud mu sestra nic nevysvětlí a bude se k němu přibližovat na minimální vzdálenost.

Sestra by měla znát veškeré komunikační techniky a také je v praxi používat. Na dotaz, zda používají respondenti haptiku vědomě jako komunikační prostředek, odpovědělo ano 67 %. Z toho 32 % haptiku užívá jako vyjádření přátelského vztahu, 23 respondentů pokud chtějí pacienta zklidnit, 10 respondentů se SP dotýká z důvodu povzbuzení a 2 respondenti bez určitého důvodu. Haptiku při komunikaci se SP nepoužívá 33 % respondentů. Jako důvod uvedlo 21 % respondentů, že SP neadekvátně reaguje na dotyky, 6 % respondentů má obavy z agresivní reakce SP a 6 % uvedlo jiné,

ale blíže odpověď nespecifikovalo. Haptický kontakt má mimořádnou důležitost při vytváření dobrých vztahů a důvěry (14). Dotek může být vnímán jako přátelský projev, ale může být SP i nepříjemný (23). V této otázce se přikláním k názoru těch respondentů, kteří užívají haptiku při kontaktu se SP v malém množství. Hrozí nebezpečí, že pacient, který trpí paranoidní schizofrenií si dotyky sestry špatně vysvětlí a bude ho považovat za útok na svou osobu. Na druhou stranu je známé, že dotyk má významnou roli v psychoterapii (31). Jediným dotekem může sestra sdělit více, než mnoha slovy. Doteky jsou pro lidi příjemné, potřebují je, a pokud se jim jich nedostává, mohou trpět i deprivací. Dotek může uklidnit mimořádně rozrušeného pacienta (16). Sestra musí uvážit, jak je důležité se právě pacienty dotýkat, aby haptika splnila svůj účel.

Úprava zevnějšku sestry je také důležitá. Uniformu by měla mít čistou a neměla by celkově působit vyzývavě. 95 % respondentů odpovědělo, že i SP si všímají zevnějšku sestry a hodnotí její úpravu. 5 % respondentů si myslí, že SP si zevnějšku sestry nevšímá a úpravu nehodnotí. Sestry jsou pro pacienty jakýmsi vzorem ve svém chování, oblékání, jednání. Měly by působit přirozeně, protože některého pacienta by mohl nepatřičný vzhled sestry rozrušit.

Otázka 12 se také týkala úpravy sestry. Respondenti si mohli vybrat více odpovědí. 92 respondentů hodnotí úpravu sestry podle čisté uniformy a 56 podle přiměřeného nalíčení. 46 respondentů považuje krátké a nenalakované nehty za kladné image sestry. 6 respondentů odpovědělo jiné a zařadilo sem úpravu účesu a vhodnou obuv (viz graf 24). Již v roce 1921 napsal E. Kretschmer v díle Stavba těla a charakter, že zevnějšek člověka souvisí s jeho individuálními vlastnostmi a není dílem náhody. Osobní upravenost sestry pozitivně působí nejen na ni, ale ovlivňuje i postoj a chování pacienta k ní. Upravená sestra také prezentuje nejen sebe, ale i oddělení kde pracuje (12, 33).

Základem slušného chování je i klepání na dveře před vstupem do pokoje. Nezáleží na tom, kdo v pokoji je, jestli klepeme na dveře někde v kanceláři nebo před vstupem do pokoje SP. Odpověď vždy vybralo 45 % respondentů. Někdy klepe na dveře u pokoje SP 36 respondentů a 15 % respondentů neklepe vůbec. V tomto případě

je také možné, že SP bude považovat vstup sestry do pokoje bez předchozího zaklepaní jako výraz neslušnosti a narušení intimity, nebo i ohrožení své osoby.

Do pravidel slušného chování patří i představení se, pokud se lidé vidí poprvé. Dosud jsme takové chování zdravotnického personálu mohli vidět jen ve filmech, které se točily na západ od našich hranic. Dnes se takové chování lékařů a sester považuje za samozřejmost. Bohužel, ještě tomu tak není všude. Ptala jsem se respondentů, zdali si myslí, že SP negativně vnímá, když se mu sestra nepředstaví. Odpověď ano vybralo 48 %, 37 % odpovědělo ne a 15 % dalo odpověď nevím.

V otázce 15 si mohli respondenti vybrat z několika možností, co ještě by mohl z chování sester SP negativně vnímat. 98 % respondentů uvedlo, že SP vadí způsob oslovení sestrou, 57 respondentů také uvedlo, že když sestra nepoužívá kouzelná slovíčka „prosím a děkuji“, tak to SP vnímá také negativně. 12 respondentů si myslí, že SP vadí, když mu sestra nepodá ruku při pozdravu. V přibližně stejných hodnotách se držely další možnosti, jako když sestra při rozhovoru jí, pije a žvýká (55 respondentů), když má sestra ruce v bok (56 respondentů), když má sestra ruce v kapsách (47 respondentů) a když se SP neudrzuje oční kontakt (53 respondentů). Sestra by neměla oslovovat SP jménem, pokud si to sám nepřeje, a už vůbec by mu neměla tykat. Oslovení starších SP termínem „babi, dědo“ je rovněž nepřijatelné a neetické. Nanejvýš povolené oslovení jakéhokoliv pacienta je „pane, paní“ a mělo by následovat příjmení. Takové oslovení by sestry měly používat i pokud se o pacientovi baví se svými kolegyněmi. Takové chování by mělo být součástí profesionální image sestry .

Také mne zajímalo, jak se sestry dorozumívají se SP, hlavně jestli hovoří nahlas, tiše anebo v tom nevidí žádný rozdíl. 17 % respondentů používá při komunikaci se SP hlasitý hovor, 46 % hovoří tiše a 37 % respondentů má za to, že to je jedno a není v tom rozdíl. Hovor by měl být přiměřeně hlasitý, záleží na tom, zda hovoříme s pacientem, který nemá žádné problémy se sluchem, nebo s nedoslýchavým pacientem. Informace, které SP sdělujeme, by měly být řečeny jasně a srozumitelně. Vady řeči nebo nesrozumitelné vyjadřování můžeme považovat za komunikační překážku ze strany sestry. Vliv na chování SP ale mohou mít všechny komunikační překážky, ať už ze strany pacienta nebo sestry.

Pokud s někým hovoříme, nebo jinak komunikujeme, měli bychom se věnovat výhradně jemu a nezabývat se dalšími činnostmi, které s prací sester sice souvisí, ale jsou z pohledu pacienta v tuto chvíli nepodstatné. Takto se může snadno stát, že se z pacienta stane agresivní a nevladatelný člověk, kterého budeme potom obtížně a zbytečně zklidňovat. 12 % respondentů odpovědělo, že pokud ošetřují SP, komunikují ještě s ostatními spolupracovníky, 2 % komunikují i s jinými pacienty 1 % vyřizuje pracovní problémy s jinými zaměstnanci osobně. 82 % respondentů uvedlo, že komunikuje výhradně s pacientem, kterého ošetřují a jiné odpověděla 3 % respondentů. Zde připsaly poznámku, že je to podle situace a momentálního počtu sester na oddělení. Na tomto místě musím s respondenty souhlasit, protože ne vždy je na oddělení tolik sester, kolik je jich potřeba. Hlavně v období dovolených a pracovních neschopností přítomné sestry často slouží přesčasy a pacientům se tak nemohou plně věnovat, jako když jsou na oddělení všechny. Nemocný člověk si dokáže vážit toho, pokud se mu někdo věnuje. Tak je to i SP, kteří ocení, když má na ně sestra dostatek času, mohou s ní řešit různé záležitosti a problémy spojené s léčbou a mají tak pocit, že nejsou na svou nemoc sami.

Z vlastní zkušenosti víme, jak je někdy těžké zapamatovat si více informací najednou, zvláště pokud člověk není „ve své kůži“. Pokud se nalézáme v prostředí, kde jsme poprvé, velice těžko se orientujeme. Nové budovy nemocnic působí jako bludiště pro relativně zdravého člověka. Jak se v takovém labyrintu má orientovat SP? 12 % respondentů uvedlo, že pokud podávají více informací najednou SP, pak mu zapisují jednotlivé body na papír. 7 % respondentů uvedlo, že pacientovi vydá tištěnou brožuru a 73 % respondentů poradí pacientovi, kam se obrátit, když si nebude vědět rady. 8 % respondentů uvedlo variantu jiné, zde navrhli doprovod pacienta sestrou nebo pomocným personálem.

Všichni bychom se měli vyjadřovat srozumitelně, jasně a stručně, aby informace, které předáváme, byly srozumitelné i pro ostatní. Pacient si v takové situaci ani netroufá požádat o vysvětlení. Pokud přijímáme SP k hospitalizaci, je to proto, že má změněné vjímání a myšlení a v takovém případě bych volila variantu doprovodu.

26 % respondentů si uvědomuje, že používá při komunikaci výrazy, kterým SP nemůže rozumět, 20 % si takovou skutečnost neuvědomuje, 25 % respondentů uvedlo, že si občas uvědomí, že používají pro SP neznámé termíny a 29 % odpovědělo, že si to většinou ani neuvědomí. Takových případů můžeme zažít i venku mimo zdi léčebny a nemocnice nespočet. Stačí, když jdeme něco vyřizovat na úřad a zaměstnanci s námi hovoří v číslech zákonů a předpisů.

V otázce č. 20 jsem se respondentů tázala, na jaký popud zahajují rozhovor se SP. 12 % odpovědělo, že čekají na vyzvání pacienta, 55 % vede rozhovor se SP při každé příležitosti, když s pacientem pracují, 2 % jen pokud chtějí získat nové informace. 30 % respondentů hovoří s pacientem kdykoliv během služby, jako součást terapie, odpověď jiné uvedlo 1 %. Rozhovor s pacientem je nepostradatelný. Získané informace nám říkají o pacientovi důležité věci. Dozvídáme se jak se vyspal, jestli mu chutnalo jídlo, nebo proč nejedl, jestli ho něco trápí, zda něco nepotřebuje. Všechny tyto souvislosti jsou potřebné ke kvalitní ošetrovatelské péči o SP.

Již Florence Nightingalová ve své době dbala na to, aby prostředí v nemocnici bylo útulné, klidné a kladla důraz na to, aby se tam pacient dobře cítil, protože vyzorovala, že i příjemné okolí pacienta dokáže dopomoci k lepším výsledkům v léčbě. Stejnou odpověď dalo i 90 % respondentů, ne odpovědělo 1 %, 7 % o takové možnosti nepřemýšlelo a 2 % uvedla, že SP nemají na výběr. Ta 2 % respondentů mají ve své podstatě pravdu, protože pacient si nemůže vybírat, jestli pojede tam, kde to mají hezké a moderní. Mnoho psychiatrických léčeben je umístěno v původních areálech, kde jsou staré budovy, v nich vysoké stropy, dlouhé chodby a pokoje pro 10 i více pacientů. Tam, kde se oddělení opravují a „převlékají do moderního šatu“, tam naopak hrozí poškození zařízení samotným pacientem buď v agresivní atace, nebo i z nudy. A tak musí provozovatel neustále zajišťovat opravy a vynakládat finance, které mohly být použity jinak. Ne všechny nemocnice a léčebné ústavy mají moderní vybavení a jsou příjemně zařízeny. Většinou v takových prostorách dýchá ještě duch minulých století a o komfortu se nedá hovořit.

51 % respondentů se domnívá, že komunikace sestry ovlivní jednání SP, 44 % odpovědělo, že jen někdy. 2 % respondentů si myslí, že komunikace takovou moc nemá

a 3 %, že chování pacienta neovlivní. Z vlastní zkušenosti vím, že v některých případech se nechá domluvou vyřešit spor, který by jinak vyústil i do použití agrese.

Jako vyjádření podpory nebo souhlasu používají sestry při komunikaci se SP pochvalu v 65 % vždy, ve 26 % jen někdy, ve 4 % pokud si to pacient zaslouží a v 5 % jen pokud z toho plyne zlepšení chování pacienta. SP by měl cítit podporu svého okolí a svých blízkých. Tak se mu mnohem lépe žije s jeho nemocí a nemá pocit, že je odstrčen - devalvován. Proto bychom nikdy neměli pochvalou šéřit a pokud si ji pacient zaslouží, necht' ji má.

Odpovědi na předešlé otázky poukazují na nepravdivost **H1**. To znamená, že komunikační dovednosti dotazovaných sester odpovídají ošetrovatelskému procesu péče o SP.

V otázce č. 24 jsem se dotazovala respondentů, zdali by měli zájem o kurz zaměřený na komunikační dovednosti. 72 % odpovědělo, že ano, 21 % zájem nemělo a 7 % jen za určitých podmínek, všichni se shodli na tom, že kurz by měl vést odborník na komunikaci a výsledky by se měly odrazit v praxi sester. V současné době se pořádají pro sestry konference, kde mohou získat body do kreditního systému tím, že přednesou nějaké zajímavé téma. Také mohou sestry publikovat v odborných novinách a časopisech. Aby se sestra takové akce mohla zúčastnit, musí uhradit registrační poplatek, a vynaložit finanční prostředky na cestu do místa školení, kam většinou jede v době svého volna.

Celoživotní vzdělávání zaměřené na péči o SP by rádo absolvovalo 35 % respondentů, 51 % o takové možnosti vůbec nepřemýšlelo, 5 % zájem nemá. 9 % by zájem mělo, ale opět jen za určitých podmínek a opět uvedli, že by takové vzdělávací akce měl řídit někdo, kdo dané problematice rozumí a výsledky by se kladně odrazily v ošetrovatelské péči o SP.

V současnosti se sestry musí vzdělávat a doplňovat si kreditní bodový systém. Většina zaměstnavatelů nabízí vzdělávací akce pro své zaměstnance. Pouze 3 % respondentů odpověděla, že jim zaměstnavatel nenabízí vzdělávací akce. Tady se nabízí otázka, jak je management takového zařízení kvalitní a kompetentní řídit zaměstnance, když jim neumožňuje se v oboru vzdělávat a získávat nové poznatky v medicíně?

Další možnosti vzdělávání v péči o SP vyhledává 64 %, 22 % se o takové možnosti nezajímá. Kde mají hledat takové akce a možnosti vůbec neví 14 % respondentů. Pokud již někdo z respondentů absolvoval takový kurz, považují jej 2 % za ztrátu času, naopak 68 % jako přínosné pro praxi. Informace takto získané považuje 29 % za využitelné v zaměstnání a 1 % jako nepřínosné. Odpovědi na tyto otázky popřely pravdivost **H2**.

6. ZÁVĚR

V bakalářské práci jsem se zabývala problematikou komunikace a ošetrovatelské péče u schizofrenního pacienta. Šetření bylo prováděno metodou dotazování, technikou dotazníku. Je to soubor otázek, které jsou předem připraveny na formuláři. Právě v ošetrovatelství se stal dotazník velmi rozšířenou technikou získávání informací (1).

Byly stanoveny dvě hypotézy. První hypotéza předpokládala, že komunikační intervence poskytované sestrami neodpovídají ošetrovatelskému procesu v péči o pacienta se schizofrenií. Výsledky dotazníkového šetření prokazují, že se první hypotéza nepotvrdila.

Druhá hypotéza předpokládala, že sestry nesignalizují potřebu změny své rutinní činnosti při péči o pacienta se schizofrenií v oblasti komunikace. Prokázalo se, že sestry mají zájem měnit rutinu za něco nového. Druhá hypotéza se také nepotvrdila.

K tomu, aby sestry měly bohatší znalosti v oblasti komunikace se SP je třeba více dostupné literatury, možnosti se dále vzdělávat a schopný management, kterému bude záležet na tom, aby měl vzdělané a profesionální sestry.

Proto je důležité otázky komunikace věnovat více pozornosti. K tomuto účelu poslouží i výsledky bakalářské práce, které mohou sloužit jako sonda do problematiky komunikace se SP a mohou být podnětem pro vznik další odborné literatury.

7. Klíčová slova

Schizofrenie

Schizofrenní pacient

Psychiatrie

Komunikace

Sestra

Vzdělávání

8. Seznam použité literatury

1. BÁRTLOVÁ, S. a kol. *Výzkum a ošetřovatelství*. Brno: NCONZO, 2008. 185 s. ISBN 970-80-7013-467-2
2. BENDA, J. *Mystika schizofrenie*. Ústí nad Labem, 2007. ISBN 978-80-254- 0367-9
3. BERAN, J. *Základy komunikace s nemocným*. 1.vyd. Praha: Karolinum, 1997. 72 s. ISBN 80-7184-390-3
4. ČEŠKOVÁ, E. *Schizofrenie a její léčba: Průvodce ošetřujícího lékaře*. Praha: Maxdorf, 2005. ISBN 80-7345-056-9
5. DeVITO, J. *Základy mezilidské komunikace*. 1. vyd., Praha: Grada, 2001. 420 s. ISBN 80-7169-988-8
6. HANZLÍKOVÁ, A. a kol. *Komunitné ošetřovatelství*. 2. vyd., Martin: Odveta, 2006. 279 s. ISBN 80-8063-213-8
7. HONZÁK, R. *Komunikační pasti v medicíně*. 2. vyd., Praha: Galin, 1999. 165 s. ISBN 80-7262-032-0
8. IVANOVÁ, K. *Multikulturní ošetřovatelství*. 1. vyd., Praha: Brada, 2005. 248s. ISBN 80-247-1212-1
9. JANKOVSKÝ, J. *Etika pro pomáhající profese*. 1. vyd., Praha: Triton, 2003. 223 s. ISBN 80-7254-329-6
10. JOBÁNKOVÁ, M. a kolektiv. *Kapitoly z psychologie pro zdravotnické pracovníky*. 3.vyd., Brno: NCONZO, 2003. 225 s. ISBN 80-7013-390-2
11. KOPŘIVA, K. *Lidský vztah jako součást profese: psychoterapeutické kapitoly za sociální, pedagogické a zdravotnické profese*. 4. vyd., Praha: Portál, 2000. 147 s. ISBN 80-7178-429-X
12. KRISTOVÁ, J. *Komunikácia v ošetrovatelstve*. 1. vyd., Martin: Osveta, 2004. 212 s. ISBN 80-8063-160-3
13. KŘIVOHLAVÝ, J. *Já a ty, o zdravých vztazích mezi lidmi*. 2.vyd., Praha: Avicenum, 1986. 256 s. ISBN 80-7013-187-X
14. KŘIVOHLAVÝ, J. *Rozhovor lékaře s pacientem*. 2. vyd., Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1995. 155s. ISBN 80-7013-187-X

15. KULHÁNEK, J., *Psychologie.doktorka.cz (online)*, c1999, poslední revize 21.11.2001. Dostupné z <http://psychologie.doktorka.cz/schizofrenie/>.
16. *Lemon2-soubor učebních textů pro sestry, porodní asistentky a další zdravotnické pracovníky*. 1. vyd., Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1997. 134 s. ISBN 80-7013-238-8
17. LIEBIGER, J., HÖSCHEL, C. *Schizofrenie, edukační program*, Praha: Anepra, 2003, ISBN 86694-03-8
18. LINHARTOVÁ, V. *Praktická komunikace v medicíně: pro mediky, lékaře a ošetrující personál*. 1. vyd., Praha: Grada, 2007. 152 s. ISBN 978-80-247-1784-6
19. MARKOVÁ, E. *Psychiatrická ošetrovatelská péče*. Praha: Grada Publishing, 2006. 352 s. ISBN 80-247- 1151-6
20. MELANOVÁ, A., ČECHOVÁ, V., KUČEROVÁ, H., *Psychologie pedagogika*. 1.vyd., 2004. 159 s. ISBN 80-7333-028-8
21. MIKULÁŠTÍK, M. *Komunikační dovednosti v praxi*. 1.vyd., Praha: Grada Publishing, 2003. 368 s. ISBN 80-247-0650-4
22. MOTLOVÁ, L. *Schizofrenie*. Sestra. Praha:1998, roč. 8, č. 5, str. 13-15.
23. MÜLLEROVÁ, S. *Komunikační dovednosti, studijní texty pro distanční studium*. ISBN 80-7083-457-7
24. NAKONEČNÝ, M. *Úvod do psychologie*. 1. vyd., Praha: Academia, 2003. 507 s. ISBN 80-200-0993-0
25. NEUBAEROVÁ, K. *Práce sestry na psychiatrickém oddělení*. Sestra. Praha: 2007, roč. 17, č. 10, s. 49-50.
26. PLAŇAVA, I. *Průvodce mezilidskou komunikací, Přístupy-dovednosti- postupy*. 1. vyd., Praha: Grada Publishing, 2005. 148 s. ISBN 80-247-0858-2
27. PRAŠKO, J., *lecimesespsychozou.cz (online)*,c2003, poslední revize 5.5.2007, (cit. 2008-10-15)
28. PRAŠKO, J.a kol. *Léčíme se psychózou*, Praha: Psychiatrické centrum, 2005 ISBN 80-239-5482-2
29. RABOCH, J. a kol. *Psychiatrie v medicíně a medicína v psychiatrii*, Praha: Galén, 2002, ISBN 80-7262-162-9

30. RADIMSKÝ, M. a kol., *Psychiatrie I.*, IDVPZ Brno, 1997, ISBN 80-7013-218-3
31. ROKYTA, R. *Objevte cestu, jak jít dál*, Praha: Tigris, 2004, ISBN 80-9037-50-2
32. TRPIŠOVSKÁ, D a kol. *Kapitoly ze sociální psychologie*. 1. vyd., Ústí nad Labem: Univerzita J. E. Purkyně, 2000. 126 s. ISBN 80-7044-304-9
33. VENGLÁŘOVÁ, M. *Komunikace pro zdravotní sestry*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006. 144s. ISBN 80-247-1262-8
34. VLČEK, V. *Psychologie pro doteková povolání*. 1. vyd., Olomouc: Poznání, 2003. 126 s. ISBN 80-86606-12-0
35. VORLÍČEK, J., ABRHÁMOVÁ, J. *Klinická onkologie pro sestry*. 1. vyd., Praha: Grada Publishing, 2006. 328 s. ISBN 80-247-1716-6
36. VYBÍRAL, Z. *Psychologie lidské komunikace*. 1. vyd., Praha: Portál, 2000. 264 s. ISBN 80-7178-291-2
37. WORKMAN, B. *Klíčové dovednosti sester*. 1. vyd., Praha: Grada Publishing, 2006. 260 s. ISBN 80-247-1714-X
38. YALOM, I. D. *Existenciální psychoterapie*, Praha: Portál, 2006, ISBN 80-7367-147-6

Příloha 1

Pravidla komunikace s pacientem:

1. poslouchejte pacienta vždy pozorně
2. vysvětlíte vždy všechno jasně a srozumitelně.
3. vytvořte si zpětnou vazbu a ujistěte se, že vám pacient rozuměl
4. vyptejte se pacienta na všechno, co by mohlo vaši spolupráci ztěžovat – obavy, nechuť, odmítání, vliv druhé osoby...
5. zachovejte vždy důvěrnost informací, získaných od pacienta
6. respektujte pacientovo přání
7. nekritizujte pacienta veřejně
8. během rozhovoru udržujte oční kontakt
9. respektujte pacientovo soukromí
10. dejte pacientovi najevo svoji emoční podporu
11. váš upravený zevnějšek je nezbytnou samozřejmostí