Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta

Spolupráce psychiatrických sester s rodinami duševně nemocných

DIPLOMOVÁ PRÁCE

Mgr. Hana Hajduchová, Ph.D.

Bc. Ladislava Dugovičová

2010

“Cooperation of psychiatric nurses with families of the mentally ill”

I was inspired to choose this diploma thesis by reading an article written by an anxious family member of a person suffering from a mental illness.

The stigma of a mentally ill patient does not affect only the patient themselves, it also extends to psychiatrists and nursing staff who work with these people, but it also affects their families and close relatives. For them mental illness is a burden from the psychological as well as social perspective; there are changes in family roles, the emotional climate is influenced too.

The theoretical part focuses on the cooperation of nurses, families and a multidisciplinary team. It also deals with the personality of the nurse in psychiatric care, psychiatric rehabilitation limitations, communication and education in psychiatry. It also deals with the family of a mentally ill person and forms of support provided to families.

The objective of this thesis was to determine whether psychiatric nurses involve families of the mentally ill in nursing care. The secondary objective was to determine whether the families of the mentally ill are aware of all the possibilities of psychiatric treatment in all areas of care. These objectives have been met.

A quantitative research, the techniques of a questionnaire and a standardized interview were chosen for this work. The first research set consisted of 212 nurses working in psychiatric care; the second research set consisted of 33 families. Based on the results, it was found that nurses do not have time to educate families during their shifts. The nurses encourage families to participate actively in caring for their relatives and they have no problems in communicating with the families. Furthermore, the results indicate that families do have access to information and they are satisfied with the information from healthcare professionals; families use the information provided in the care of their relatives. Six hypotheses were set to obtain the research objectives, of which 5 hypotheses have been confirmed and a hypothesis has been refuted.

This work also included an educational lesson that can help non-medical professionals to orientate in education. An educational lesson on “Appropriate

behaviour of family members of the mentally ill", which can be used in educating families, was prepared for family members.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci na téma „Spolupráce psychiatrických sester s rodinami duševně nemocných“ vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47 b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své diplomové práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby kvalifikační práce Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích 16. 8. 2010

……..…….

Poděkování

Chtěla bych touto cestou poděkovat vedoucí práce Mgr. Haně Hajduchové, Ph.D., za trpělivost a odborné vedení diplomové práce, za poskytnutí věcných rad a připomínek.

Obsah

Úvod …… 3

1. Současný stav ……..…… 4

1.1 Spolupráce sestry, multidisciplinárního týmu a rodiny ……..……..... 4

1.1.1 Spolupráce sestry a multidisciplinárního týmu ……..…...….. 5

1.1.2 Vztah sestry a nemocného s duševním onemocněním a jeho rodinou 5

1.1.3 Spolupráce sestry a rodiny v psychiatrické rehabilitaci ……...…… 6

1.1.3.1 Psychiatrická rehabilitace v oblasti lůžkové péče …… 7

1.1.3.2 Psychiatrická rehabilitace v oblasti komunitní péče ……...…. 8

1.1.4 Komunikace v práci sestry ……..…. 10

1.1.4.1 Druhy komunikace ……..……..... 10

1.1.4.2 Způsoby komunikace ……. 11

1.1.4.3 Specifické komunikační techniky …….. 12

1.1.5 Edukace v práci sestry …… 13

1.1.5.1 Druhy edukace ……..….. 13

1.1.5.2 Zásady edukace a její realizace …….. 13

1.1.5.3 Cíle edukace ……...… 14

1.1.5.4 Edukace nemocných se schizofrenií ……..… 14

1.1.5.5 Témata edukace nemocných se schizofrenií ……..…… 15

1.1.5.6 Edukace rodin duševně nemocných ……...… 16

1.1.5.7 Témata edukace rodin duševně nemocných ……... 16

1.1.5.8 Duševní hygiena rodin duševně nemocných ……....…… 17

1.2 Sestra a její povolání ……..…… 17

1.2.1 Osobnostní předpoklady sester …… 18

1.2.2 Profesionalita v práci sestry ……..…….... 19

1.2.2.1 Profesionalizace ošetřovatelství a sesterské role ……...…...… 19

1.2.2.2 Profesní přístup sestry …… 20

1.2.2.3 Profesionální image sestry ……..…… 21

1.2.3 Vzdělávání sester v České republice ……..……...…… 22

1.2.4 Specifika práce sester na psychiatrii ……..……...… 23

1.3 Rodina a nemocný s duševním onemocněním …… 25
1.3.1 Pojem rodina a její funkce …… 25
1.3.2 Rodina a duševní onemocnění …… 26
1.3.3 Fáze vyrovnávání rodiny s duševním onemocněním …… 26
1.3.4 Rodina jako zdroj informací …… 27
1.3.5 Formy podpory rodin duševně nemocných …… 28
2. Cíle práce a hypotézy …… 30
2.1 Cíle práce …… 30
2.2 Hypotézy práce …… 30
3. Metodika práce …… 31
3.1 Použité metody …… 31
3.2 Charakteristika výzkumného souboru …… 32
4. Výsledky …… 33
4.1 Vyhodnocení dotazníku pro sestry …… 33
4.2 Vyhodnocení rozhovoru s rodinami duševně nemocných …… 56
5. Diskuse …… 81
5.1 Diskuse k dotazníku …… 81
5.2 Diskuse k rozhovoru s rodinnými příslušníky …… 88
6. Závěr …… 97
7. Seznam použité literatury …… 99
8. Klíčová slova …… 108
9. Přílohy …… 109

Úvod

Stigma duševně nemocného se netýká pouze pacienta samotného, ale zasahuje také psychiatry a ošetřovatelský personál, který s těmito lidmi pracuje, avšak v první řadě postihuje jejich rodiny a blízké. Duševní onemocnění pro ně znamená zátěž jak psychickou, tak i sociální, dochází ke změnám rolí v rodině, je ovlivněno i emocionální klima. Nejlepší prevencí negativního postoje blízkých u duševních onemocnění je jejich aktivní zapojení do péče. Nemocní s duševním onemocněním potřebují stálou podporu a péči hlavně od svých blízkých a okolí, protože pro každého člověka je v procesu uzdravování významná jeho rodina.

V psychiatrickém ošetřování je proto velmi důležité, aby došlo při ošetřovatelské péči k navázání dobrého vztahu mezi ošetřovatelským personálem a rodinou duševně nemocného. Pokud je sestra aktivní při komunikaci s rodinou, získá-li její důvěru, která je dobrým základem pro spolupráci a aktivní zapojení do ošetřovatelské péče, může rodinu zapojit v rámci ošetřovatelského procesu ve všech jeho fázích. Aby se však rodiny mohly angažovat, potřebují srozumitelné informace o aktivitách a službách, o jejich výhodách a možnostech využití při péči o své blízké. Rodinní příslušníci by měli být seznámeni s charakterem, příznaky, léčbou a prognózou onemocnění, protože i sama rodina potřebuje čas adaptovat se na změny, které s sebou onemocnění jejich blízkého přináší. Rodina by měla být poučena, jak svému blízkému mohou pomoci, jak ho mohou povzbudit a rozvíjet jeho samostatnost. Úspěch léčby a následná psychiatrická rehabilitace i resocializace závisí na kladných postojích v okolí nemocného, zvláště jeho rodiny. Kvalitní edukací, aktivní účastí a spoluprací sester s rodinou duševně nemocného lze snížit riziko relapsů, počet hospitalizací a v neposlední řadě tak přispět především ke zkvalitnění života celé rodiny.

K vybrání tématu diplomové práce mě inspirovalo přečtení článku, který napsal znepokojený rodinný příslušník nemocného s duševním onemocněním. Po přečtení jsem se zamyslela, zda má znepokojený rodič pravdu. Proto jsem se tématem spolupráce psychiatrických sester s rodinami duševně nemocných začala více zabývat.

1. Současný stav

Sestry, které pečují a ošetřují nemocné s duševním onemocněním, mají velmi zajímavou, složitou a náročnou práci, která klade velké nároky na komunikační dovednosti, na správný přístup, kvalitní vztah a spolupráci s nemocnými s duševním onemocněním, jejich rodinnými příslušníky a multidisciplinárním týmem (36).

Člověk se zpravidla potřebuje stát aktivním účastníkem na péči o sebe sama, o udržení či navrácení zdraví, soběstačnosti v každodenních činnostech, aktivitách. (25). Nemocný s duševním onemocněním je více závislý na druhých lidech a někdy není ani ze začátku schopen samostatného života, proto je nezbytné k těmto aktivitám získat rodinu a blízké nemocného. Roli rodiny nemůže nahradit žádná jiná instituce, její význam stoupá v době hospitalizace a ještě více po propuštění domů. K tomu, aby rodina pomohla a zajistila veškerou potřebnou péči v domácím prostředí i plnohodnotný život nemocnému, musí získat informace, zkušenosti a dovednosti a to již v době, kdy je nemocný hospitalizován, proto by pro sestry měla být spolupráce s rodinou duševně nemocného samozřejmostí (37). Výsledkem dobré spolupráce je propuštění do rodiny informované, připravené a poučené o potřebné péči, i o možných službách v psychiatrické péči (ambulantní, komunitní) (25).

1.1 Spolupráce sestry, multidisciplinárního týmu a rodiny

V psychiatrické péči je vždy nutná spolupráce rodiny a multidisciplinárního týmu, kdy je podstatné respektovat názory jiných, získat důvěru a ochotu lidí spolupracovat. Pro sestry je prioritní motivování a aktivní zapojení rodin do péče, které povede ke zvýšení úrovně soběstačnosti, napomáhá resocializaci (28).

V kompetencích psychiatrických sester je posuzovat a hodnotit zdravotní stav nemocných s duševním onemocněním, provádět nácvik sebeobsluhy, nácvik sociálních dovedností, ve spolupráci s dalšími členy týmu provádí edukace jak nemocných, tak i jejich rodin v oblasti duševních onemocnění. Vede je k samostatnosti, zapojuje se v rámci ošetřovatelského procesu do psychoterapeutických aktivit, a tím předchází vzniku závislosti na lůžkové péči (40). Pro psychiatrické sestry je velmi podstatné, aby

před i při propuštění z lůžkové péče do intermediální a ambulantní, docházelo k dobré návaznosti, toto se v ČR slibně rozvíjí. Poskytování komplexní ošetřovatelské péče je zajištěno účelnou koordinací všech členů multidisciplinárního týmu ve všech oblastech a zapojením rodiny, blízkých do péče (17, 40).

1.1.1 Spolupráce sestry a multidisciplinárního týmu

Na konci 20. století změnilo ošetřovatelství svou tvář, zvyšují se požadavky na ošetřovatelskou péči, ta přitom zahrnuje velkou škálu náročných činností, proto ji nemůže vykonávat jen jedna kategorie zdravotnických pracovníků. Aby byla péče kvalitní, zajišťuje ji ve všech oblastech multidisciplinární tým (56).

Týmová práce je nezbytným předpokladem pro vysoce účinnou a odbornou péči. Pro fungování týmu je vhodné udržovat dobré vzájemné vztahy. Od sester to vyžaduje zvládnout účinnou komunikaci, která umožní jednoduchou výměnu názorů a myšlenek v rámci ošetřovatelského týmu (53, 57). Na poradách týmu sestra pravidelně vyhodnocuje poskytnutou péči v rámci ošetřovatelského procesu, zohledňuje názory a přání nemocných s duševním onemocněním a jejich příbuzných, jedině tak se dosáhne ošetřovatelské péče, která maximálně využívá schopnosti všech zapojených účastníků (36).

Mezi lékařem a sestrou by měl být partnerský a rovnocenný vztah, protože jejich hlavním společným cílem je pečovat o nemocného. Pro zlepšení vzájemných vztahů je dobré vytvářet příležitosti k otevřené komunikaci, je třeba zvýšit dostupnost vzdělávacích a školících akcí pro sestry a lékaře, které se touto problematikou zabývají.

Při spolupráci je potřeba vycházet z profesních etických kodexů. Sestra vystupuje v rámci povolání v různých rolích a stýká se s různými zdravotnickými pracovníky, proto je nutné podporovat spolupráci v multidisciplinárním týmu, tak aby mohla kvalitně vykovávat svou práci (2).

1.1.2 Vztah sestry a nemocného s duševním onemocněním a jeho rodinou

Vztah mezi sestrou a nemocným, jeho rodinou je postavený na vzájemné úctě, respektu a důvěře. Mají spolu častější a užší kontakt, než který má nemocný s lékařem.

Během ošetřování usilují vhodným způsobem o uspokojování psychických, sociálních, kulturních, terapeutických a duchovních potřeb (34). Sestra nahrazuje nemocnému s duševním onemocněním jeho sociální a společenské vztahy, umožňuje a obstarává komunikaci mezi lékařem, rodinnými příslušníky, identifikuje a uspokojuje jeho potřeby. Snaží se, aby se nemocný i rodina uměli přizpůsobit změněné situaci tím, že vytváří prostředí plné pochopení, motivuje nemocného i rodinné příslušníky k aktivní účasti na léčbě (2, 23).

Sestra a rodina – nemoc, zvláště duševní onemocnění, působí na rodinný život negativně, vyvolává obavy, strach, smutek. Dobré rodinné zázemí a vztahy jsou pro nemocného s duševním onemocněním významným činitelem, který působí na vývoj nemoci, proto sestra musí věnovat při práci pozornost i rodině a informovat ji v rámci svých kompetencí (69, 70). V posledních letech se pro sestry stala rodina rovnocenným partnerem, ta by měla být seznámena s charakterem onemocnění, jeho příčinou, příznaky, léčbou, prognózou. Protože i sama rodina potřebuje čas adaptovat se na změny, které s sebou onemocnění jejich blízkého přináší (1, 38). Nemocní s duševním onemocněním potřebují stálou podporu a péči nejen od sester, ale hlavně od své rodiny a okolí, proto je důležité rodiny motivovat a aktivně zapojit do péče. K tomu, aby se však mohli rodiny angažovat, potřebují srozumitelné informace o péči, aktivitách, o jejich charakteru, výhodách a možnostech využití při péči o jejich blízké (17, 40). Pokud bude rodina i nemocný s duševním onemocněním akceptovat závažnost onemocnění, budou dodržovat navržená doporučení a podmínky léčby, mohou tak pozitivně ovlivnit prognózu a vývoj onemocnění (2).

1.1.3 Spolupráce sestry a rodiny v psychiatrické rehabilitaci

Sestra v současnosti vnímá nemocného s duševním onemocněním holisticky, tak aby ošetřovatelská péče odpovídala jeho potřebám. V tomto pojetí je prováděna i rehabilitace, která se zaměřuje na všechny složky osobnosti, na sociální, psychickou i fyzickou zdatnost, na poruchy psychických funkcí, na problémy s adaptací v domácím a sociálním prostředí. Psychiatrická rehabilitace je dlouhodobý proces, který pokračuje převážně i v rodinném prostředí, proto je potřeba edukovat v rehabilitaci i rodinné

příslušníky (17, 40). Cílem psychiatrické rehabilitace je zachování nebo znovunabytí schopností, součástí je i resocializace, která směřuje k úzdravě a zlepšení začlenění nemocných do rodiny, komunity. Využívá se jak v lůžkových zařízeních, tak i v ambulantních a zvláště komunitních službách (15).

1.1.3.1 Psychiatrická rehabilitace v oblasti lůžkové péče

Během posledních let se snaží všechna psychiatrická lůžková zařízení zlepšit své prostředí, ošetřovatelskou péči, spektrum poskytovaných služeb. Vznikla nová specializovaná otevřená, rehabilitační a doléčovací oddělení, kde jsou prováděny aktivity a služby, které připravují nemocné a rodiny na přechod do domácího prostředí, to vše vede k lepší resocializaci a zkvalitnění života pacientů a jejich rodinných příslušníků (15, 36).

V lůžkové ošetřovatelské péči hraje velkou roli také režim oddělení, který je smysluplný a propojuje všechny aktivity. Je kladen důraz na estetiku prostředí. Velkým pokrokem je zavedení léčebného společenství (terapeutických komunit), kde se uplatňuje komunitní systém, vládne demokracie, všichni nemocní a multidisciplinární tým jsou součástí terapeutického týmu, spoluúčastní se na chodu oddělení, samozřejmostí je styk s rodinou – denní návštěvy, propustky, vycházky do domácího prostředí. Zde má své důležité a nezastupitelné místo sestra. Při práci zachovává psychoterapeutický přístup k nemocným s duševním onemocněním a jejich rodinám. Informuje a zapojuje rodinu do aktivit, motivuje ji k zájmu, dle svých kompetencí ji informuje o nutnosti pravidelného užívání léků, pravidelných návštěv lékaře (17, 40). V rámci ošetřovatelského procesu sestra provádí sama nebo pod dohledem lékaře či psychologa psychoterapii, relaxaci, pracovní terapii, arteterapii, ergoterapii, biblioterapii, pohybovou terapii, tyto aktivity nemocné odvádějí od nečinnosti, snižují tenzi. Sestra motivuje i rodiny k účasti na aktivitách pořádaných v rámci sportovních a kulturních akcí (plesy, divadla, besedy), kde se setkávají s jinými lidmi v neformálním prostředí, tím se významně snižuje sociální izolace, stigmatizace a zvyšuje se sociabilita všech zúčastněných (36, 59). Své místo má v rehabilitaci i nácvik sociálních dovedností a vztahů, kde se rodiny a pacienti učí strukturovat pravidelně čas, zvyšovat samostatnost

a nezávislost, sebedůvěru jejich blízkých (38, 40).

1.1.3.2 Psychiatrická rehabilitace v oblasti komunitní péče

Značná část nemocných s duševním onemocněním je schopna žít dlouhodobě v rodině, komunitě, přesto potřebují profesionální péči. Psychiatrická péče by měla ve všech oblastech (ambulantní, lůžkové, komunitní) navazovat a být propojená, aby fungovala jako systém v daném regionu. Cílem komunitní péče je snaha o celkové zlepšení života a schopností, začlenění do běžných aktivit nemocných s duševním onemocněním v jejich přirozeném prostředí. Péče je zaměřena na využívání přirozených zdrojů v okolí, v rodině nemocného a jeho komunitě (1, 59).

Úkolem Národního psychiatrického programu 2007 byl rozvoj komunitní péče, institucionální zabezpečení péče, i nutnost koordinovat spolupráci mezi multidisciplinárními týmy, rodinami a lidmi s duševním onemocněním. V ČR již tato spolupráce existuje, některá zařízení jsou již cílenou rehabilitací propojena. Zařízení spolupracující s lůžkovou péčí jsou např.: Fokus Vysočina, Fokus Praha, Péče o duševní zdraví v Karlovarském nebo Pardubickém kraji. K lůžkovým zařízením podporujícím komunitní péči patří Denní sanatorium Ondřejov, Psychiatrická léčebna v Havlíčkově Brodě, v Jihlavě, ve Lnářích a jiné (15). Pozitivem komunitního přístupu je zajištění komplexní péče se zaměřením na prostředí nemocných, na jejich možnosti, potenciál, na podmínky, ve kterých žijí a na míru sociální podpory, které se jim dostává hlavně z rodinného prostředí. Do specifických služeb komunitní péče patří: krizové služby, denní centra a stacionáře, podpora v bydlení, podpora v práci a svépomoc, aktivity klientů (17, 38, 40).

Krizová služba je významnou součástí systému v případě akutní psychické krize, je zařízením prvního kontaktu, pomáhá nacházet nové strategie, umožňuje nemocnému zvládnout problém nebo krizi vlastními silami nebo s podporou jeho rodiny či okolí. Jde o rychlou a efektivní pomoc, která má různé články, mezi ně patří telefonická pomoc (anonymní), mobilní krizová služba (převážně využívána rodinou nebo okolím nemocného), krizová lůžka (služba s možností přespání), krizová kontaktní centra – pracují nepřetržitě, 24 hodin denně, 7 dní v týdnu (10, 29).

Denní stacionáře a denní centra – v ČR funguje 35 stacionářů, jsou nejvýznamnější složkou komunitních služeb (15). Slouží k usnadnění přechodu z hospitalizace do běžného života, tedy jako rehabilitační program pro hospitalizované pacienty (29). Pro rodinu je potřebné vědět, jaké aktivity a služby daný stacionář nebo centrum ve spádovém regionu nabízí a čím se zabývá. Spektrum jejich činnosti zahrnuje převážně psychoterapeutickou, socioterapeutickou, rehabilitační i medicínskou péči. Zajišťují i volnočasové aktivity, jako je výuka cizích jazyků, výlety, sportovní akce, edukační programy pro rodiny, psychoterapii (individuální, skupinovou), programy pro dobré zdraví, poradenské služby a jiné. (15, 40).

Podpora v práci navazuje na pracovní terapii v lůžkové péči, jejím cílem je udržení, obnovení a zlepšení dovedností potřebných k pracovní činnosti, a tím zvýšení sebedůvěry a zlepšení duševního stavu. Jednotlivé služby se liší mírou podpory a jsou individuální podle potřeb klientů (15). Nejčastější formou podpory jsou chráněné dílny, nabízející základní pracovní rehabilitaci, jejich cílem je upevňování pracovních návyků, nácvik sociálních vztahů i dovedností ve skupině pod vedením pracovních terapeutů. Náplní a obsahem jsou např.: tréninkové resocializační kavárny, košíkářské a tkalcovské dílny, práce se dřevem, se sklem a jiné (40, 64). Mezi další podpory v práci řadíme: podporované zaměstnávání, přechodné zaměstnávání, sociální firmu (zaměstnává nemocné s duševním onemocněním v nechráněných pracovních podmínkách), pracovní poradenství (podávání informací o pracovní a právní problematice) a Job klub (17, 36, 40).

Pokud žije nemocný s duševním onemocněním mimo rodinu, je vhodné mu podat informace i o těchto službách. Cílem je resocializace a příprava nemocného na samostatný, soběstačný způsob života. Nácvik a trénink každodenních činností probíhá v co nejvhodnějším prostředí a zcela individuálně. S ohledem na rozmanitost duševních onemocnění existuje řada různých forem podpory, mezi ně patří: domy na půli cesty (komunitní bydlení), jejich úkolem je dlouhodobější, ale přechodné ubytování a podpora. Podporované bydlení využívají klienti, žijící ve svém bytě, potřebná podpora je dána jejich aktuálním stavem (64). Další variantou je chráněné bydlení, které je určeno pro dlouhodobě nemocné s velkým nárokem na asistenci a dohled personálu.

Probíhá zde nácvik správných návyků a dovedností, po zlepšení stavu se vrací klienti do rodin či vlastních bytů. Sociální byty jsou spíše pro mladší nemocné, kteří chtějí bydlet samostatně a nepotřebují pravidelnou asistenci. Tyto byty jsou zřizovány ve spolupráci s danou spádovou oblastí (17, 40).

1.1.4 Komunikace v práci sestry

Komunikace je proces sdělování a přijímání informací, uskutečňuje se většinou prostřednictvím jazyka. S ostatními lidmi komunikujeme již od narození, nejdříve pláčem, úsměvem, až později začneme mluvit, pokládáme otázky, někdy křičíme, mračíme se (18). Pomocí komunikace získáváme a předáváme informace, myšlenky, pocity, postoje. K významným dovednostem sestry patří potřeba zvládnutí dobré komunikace, navázání kontaktu s nemocnými, rodinami a komunitami. Pokud sestra zvládne základy správné komunikace, může být iniciátorkou změn v chování lidí, navozuje změny psychického stavu nebo celé osobnosti pomocí psychoterapeutických rozhovorů (32). Vytváří atmosféru spolupráce a spokojenosti, což je pro kvalitní ošetřovatelskou péči podstatné. Jak pro nemocné s duševním onemocněním, tak i pro jejich rodiny je rozhovor a naslouchání ze strany sester stejně důležité jako ošetřovatelská péče. Sdělování informací často komplikují různé komunikační bariéry, v psychiatrické péči se přidružuje i samotné duševní onemocnění a jeho omezení (13, 16).

Udržení kontaktu, podávání informací o charakteru onemocnění, o jeho příčině i dalších možnostech léčby, následné psychiatrické rehabilitaci je velmi důležité k resocializaci a prevenci relapsu (66).

1.1.4.1 Druhy komunikace

Komunikace má velký význam pro realizaci ošetřovatelského procesu. Ve zdravotnické profesi se rozlišují tři druhy komunikace: sociální, strukturovaná (specifická) a terapeutická.

Sociální komunikace je neplánovaná, běžná, spontánní konverzace, uskutečňuje se při každodenním styku s lidmi. Nemocný s duševním onemocněním má ve všech

oblastech psychiatrické péče omezenou možnost sociálních kontaktů, proto je pro ně sestra jednou z osob, s kterou mohou komunikovat (20, 27, 32, 66, 69, 70).

Strukturovaná (specifická) komunikace má svůj obsah a náplň. Zde již sestra sděluje určité důležité informace, působí edukačně, motivuje nemocné i jejich blízké k další léčbě a k aktivnímu zapojení do péče. Sestra musí zvolit pro sdělení srozumitelnou a přijatelnou formu, používat zpětnou vazbu. V psychiatrickém ošetřování je tato komunikace limitována duševním onemocněním, porušením kognitivních funkcí, sníženou schopností chápání, soustředění (27, 66).

Terapeutická komunikace je charakterizována atmosférou porozumění, empatie, důvěry a spolupráce. Sestry využitím této formy poskytují oporu, pomoc v těžkých chvílích, pomáhají překonávat psychické překážky, které vznikají právě u duševních chorob (20, 27, 32, 66, 69, 70). Podpůrný psychoterapeutický rozhovor je nejdůležitější a stěžejní v oblasti psychiatrické péče, kdy se sestry snaží dosáhnout náhledu na nemoc, zlepšit postoje k patologickým prožitkům. Zabraňují nadměrné stimulaci z okolí, stanovují nenáročné a splnitelné úkoly, posilují sebeprosazení a interpersonální role (41).

1.1.4.2 Způsoby komunikace

Komunikace může probíhat verbálně (mluvené, psané slovo), neverbálně (mimoslovně) a pomocí paralingvistických projevů. Tyto složky však nejsou v komunikaci zastoupeny rovnoměrně, převažuje neverbální stránka až 60 %, verbální stránka je zastoupena v 7% a paralingvistické projevy jsou zastoupeny do 30 % (32).

Neverbální (mimoslovní) komunikace je označována někdy i jako řeč těla, zprostředkovává ostatním lidem naše nálady, emoce, postoje, myšlenky a pocity lépe než slova. Mezi prostředky neverbální komunikace patří haptika (tělesný kontakt), mimika, posturologie (postoje, držení těla), gestika, proxemika, kinezika (řeč pohybů), pohledy a úprava zevnějšku (13, 20, 27, 32, 66, 69, 70). Sestry pracující v psychiatrickém ošetřovatelství musí rozpoznat charakteristické znaky, projevy a způsoby nonverbální komunikace u jednotlivých skupin duševních onemocnění (18, 40).

Do paralingvistické komunikace spadají všechny stránky řeči z akustického hlediska. Vše to, co se nedá při konverzaci zaznamenat, ale v práci sester je nutné těmto projevům věnovat pozornost. Akustika hlasu může být indikátorem nálady, emocí, momentálního psychického stavu. Patří sem: intenzita hlasu, pomlky v řeči, délka rozhovoru, barva a výška hlasu, intonace, rychlost (18, 27, 32, 69, 70).

Verbální komunikace je dorozumívání mezi dvěma lidmi pomocí slov. Sestry musí svá sdělení vyjadřovat jasně, zřetelně, srozumitelně, bez cizích a odborných výrazů, tak aby jejich edukace, povzbuzování nemocných, jejich rodin bylo efektivní. (23, 32). Sestry musí při komunikaci dodržovat jistá pravidla. Komunikace by měla být jednoduchá a stručná, s použitím krátkých vět a sdělením jasných informací. Kritérium zřetelnosti vyžaduje od sestry to, aby se snažila vždy vyjádřit podstatu sděleného. Dodržováním kritéria přizpůsobivosti sestra mění styl, množství podaných informací podle aktuálního zdravotního a duševního stavu nemocného. Mezi další kritéria řadíme: kritérium načasovanosti a závažnosti, kritérium důvěryhodnosti, kritérium jednoznačnosti (13, 20, 27, 32, 66, 69, 70).

1.1.4.3 Specifické komunikační techniky

Pro komunikaci je důležité znát a umět používat specifické komunikační techniky, pomocí kterých se snaží sestra podporovat, motivovat a zapojovat nemocné do aktivit a služeb v rámci ošetřovatelské péče.

Technika naslouchání umožňuje sestrám chápat a porozumět sděleným informacím. Naslouchání je pasivní, kdy sestra pouze vyslechne, pomůže ulevit. Aktivní naslouchání používá sestra, pokud chce pochopit, porozumět situaci, problému jiných lidí. Podněcování je technika, kdy se snažíme získat někoho k rozhovoru, navázat kontakt. Sumarizaci lze použít při shrnutí dosavadního sdělení, dochází k ucelení informací bez zpětného hodnocení. Technika mlčení se může používat ve více situacích, poskytnutí času k přemýšlení, zvládnutí emocí, k formulaci dotazů a návrhů. Zrcadlení při komunikaci je součástí zpětné vazby, jde o vlastní pochopení sdělených informací, kdy se snažíme pochopit sdělené informace, shrnout je do celku a interpretovat (13, 23, 32, 66, 69, 70). Ke komunikačním technikám řadíme i empatii, porozumění,

autentičnost, rezonanci, kdy použitím zpětné vazby opakuje sestra přesně sdělené informace (13, 32, 66).

1.1.5 Edukace v práci sestry

Edukace je chápána jako proces vzdělávání a výchovy, kdy dochází k nějakému učení. Je považována za významnou a neodmyslitelnou součást práce sester. Během několika let se stala důležitým aspektem v práci sestry, při využití edukace se dosáhne většího zapojení a účasti nemocných, jejich blízkých do ošetřovatelské péče, a tím se zlepší kvalita života všech zúčastněných (72). Nemocní s duševním onemocněním se při sdělení diagnózy nalézají v situaci, kdy je nutné, aby změnili svůj dosavadní způsob života. Je pro ně důležité, aby byli informováni o charakteru onemocnění, jak předcházet relapsu (znovuvzplanutí), jak předcházet rehospitalizacím a jiné (11).

1.1.5.1 Druhy edukace

Edukaci dělíme na základní, kdy se předkládají člověku nové vědomosti, dovednosti. Reedukační edukace navazuje již na minulé vědomosti, postoje. Na těchto informacích a dovednostech se staví, rozvíjí se nebo napravují dřívější zkušenosti, dovednosti. Komplexní edukací podáváme obsáhlejší informace, které jsou předávány etapově, uceleně, aby došlo k nápravě, udržení či obnovení zdraví (26, 72).

1.1.5.2 Zásady edukace a její realizace

Pokud chce sestra dosáhnout pozitivní změny u nemocných s duševním onemocněním a jejich rodin, musí umět správně využít vzdělávací a výchovnou stránku edukace, tak aby byla účinná, efektivní a srozumitelná pro příjemce (72).

Jednou z podmínek úspěšné edukace je respektování didaktických zásad při realizaci. Mezi zásady se počítá: názornost, zásada komplexního rozvoje osobnosti, spojení teorie s praxí, zásada vědeckosti, individuální přístup, zásada soustavnosti, přiměřenosti, zásada uvědomělosti a aktivity. Zásada názornosti je důležitá, protože 80% sdělených informací vnímáme zrakem, vhodné je používání obrazů, pomůcek, reálných předmětů. Zásady individuálního přístupu a přiměřenosti jsou také velmi

důležité, sestra musí vhodně zvolit formu, způsob i metodu edukace přiměřeně k věku, kulturním odlišnostem, k duševnímu stavu nemocného apod. (26, 62).

K úspěšné realizaci je potřebný vhodně zvolený cíl, příprava prostředí, vhodně zvolený čas, doba a metoda edukace, motivování účastníků a vybudování atmosféry spolupráce (11, 39, 72).

1.1.5.3 Cíle edukace u nemocných s duševním onemocněním

Základním cílem edukace u duševních poruch je prevence relapsu (znovuvzplanutí), je považována za druhou podstatnou formu pomoci (39). Reedukační a komplexní edukace bývá využívána v psychiatrickém ošetřovatelství při nácviku soběstačnosti, nácviku sociálních dovedností (nákupy, vedení domácnosti, jednání na úřadech). Pomáhá rodinám i nemocným s duševním onemocněním rozpoznat včasné příznaky nemoci, kteří tím získávají náhled na nemoc. Edukace poskytuje informace o dalších možnostech léčby, o ambulantních či komunitních službách, o důležitých kontaktech v místě bydliště apod. (7, 48, 49).

1.1.5.4 Edukace nemocných s duševním onemocněním – schizofrenií

Edukačních programů by se měli účastnit nemocní s první nebo druhou psychotickou epizodou. Přístup ze strany zdravotnického personálu je k nemocným s duševním onemocněním velmi náročný, díky svému onemocnění většinou nespolupracují, nedodržují pravidelný režim. Mají často narušenou kritičnost, úsudek, postoje k sobě i druhým, často i ke své rodině, odmítají a popírají svou nemoc, chybí jim náhled, což s sebou nese nízkou míru spolupráce (11).

Prostřednictvím edukace předává sestra ve spolupráci s lékařem, psychologem nebo terapeutem informace o onemocnění, prognóze a léčbě. U duševních onemocnění je podstatné zvolit správný čas, dobu a formu edukace s ohledem na možnou nízkou spolupráci, motivaci a neochotu nemocných. Všechna sdělení by měla mít jasnou, stručnou strukturu a rámec. V důsledku porušených kognitivních funkcí jsou informace rozděleny do několika částí, jsou sdělovány opakovaně, postupně po částech s přihlédnutím na aktuální stav edukantů (39).

1.1.5.5 Témata edukace nemocných s duševním onemocněním - se schizofrenií

Stěžejní oblastí edukace nemocných se schizofrenií je seznámení s charakterem onemocnění. Jsou sdělovány informace vysvětlující: co je psychóza, že jde o vážné duševní onemocnění, které je léčitelné, léčba je však dlouhodobá, někdy i celoživotní. Cílem tohoto celku je dosáhnout náhledu a akceptace onemocnění.

Dalším tématem je seznámení se s příznaky, jak pozitivními, tak negativními. Je nutné upozornit na výskyt obecných příznaků (nejistota, ztráta schopnosti soustředit se, stísněnost, pasivita apod.). Cílem je podat co nejvíce informací o možných příznacích onemocnění, je potřebné zdůraznit, pokud se některé příznaky zhorší nebo objeví, aby nemocný vyhledal lékaře v ambulanci, aby nebyl sám se svými prožitky.

Jednou z oblastí, které se věnuje edukace nemocných se schizofrenií je průběh a prognóza nemoci. Je nutné podat vše citlivě a obezřetně, cílem je dosáhnout u nemocných akceptace závažnosti, dlouhodobosti onemocnění, aby pravidelně navštěvoval psychiatrickou ambulanci.

Dalším tématem edukace jsou možnosti léčby v psychiatrickém ošetřování. Cílem je podat co nejvíce informací o užívaných lécích, jejich vedlejších účincích, ale i psychiatrických ambulantních a komunitních službách, o rehabilitaci, která přispívá k resocializaci duševně nemocných (39, 48, 49).

U nemocného s psychotickou poruchou se musí dávat důraz i na informace týkající se předcházení relapsu (zvovuvzplanutí) onemocnění.

Sestry v rámci svých kompetencí samostatně nebo pod dohledem lékaře edukují v oblasti duševní hygieny, o pravidelném denním i léčebném režimu. Cílem je podat informace, tak aby je byl nemocný ochoten dodržovat a respektovat, a to: pravidelné užívání léků, zachování rytmiky dne (pravidelný spánkový a denní režim, stravování, sprchování). Sestry pomocí edukace učí nemocné s duševním onemocněním, jak si plánovat přiměřenou zátěž, je důležité naplánovat i dostatek odpočinku, klidu, relaxace, navazovat a udržovat sociální vztahy s ostatními i svou rodinou, vyvarovat se alkoholu a drogám (7, 48, 49).

1.1.5.6 Edukace rodin duševně nemocných

Pro každého člověka je u procesu uzdravování potřebná jeho rodina. Duševní onemocnění postihuje nejen nemocné samotné, ale i jejich rodiny a blízké, znamená zátěž jak psychickou, tak i sociální. Příbuzní nemocného jsou jedni z prvních, kteří si uvědomují změny v chování, rozpoznají první příznaky choroby. Ale i příbuzní a blízcí se cítí být někdy opuštěni, mají pocit viny, cítí se málo informovaní a podporovaní svým okolí.

Hlavním cílem edukace rodinných příslušníků je poskytnout důkladné a přesné informace o charakteru onemocnění, zabránit návratu onemocnění. Jedním z hlavních cílů je také snížit stigmatizaci duševně nemocných, tak i jejich rodin (7, 11). Sestra poskytuje edukací rodinným příslušníkům informace o poskytovaných službách, kontakty na svépomocné skupiny i sociální aktivity v jejich okolí. Měla by navrhovat rodině vhodné aktivity na zlepšení soběstačnosti, poskytnout kontakty na odbornou pomoc, doporučit i odbornou literaturu, informační letáky a brožury o činnostech, protože některé služby nejsou využívány právě pro nedostatečnou informovanost rodinných příslušníků (1, 38). Informace rodině pomáhají vytvořit podpůrného rodinné zázemí, protože 65% nemocných se vrací do své rodiny a žije v ní (7, 11).

1.1.5.7 Témata edukace rodin duševně nemocných

Sestra pod dohledem lékaře edukuje rodinu podobným způsobem jako nemocné s duševním onemocněním. Témata pro edukaci jsou informace o charakteru, průběhu a prognóze onemocnění, kde se klade větší důraz na závažnost, rizika a pravděpodobný vývoj. Nejdůležitější pro sestry i pro zkvalitnění poskytované péče je nutné získat pomocí edukace rodiny pro spolupráci, motivovat je k aktivnímu zapojení.

Sestra poskytuje informace o různých psychoterapeutických aktivitách, komunitních a ambulantních službách, dává k dispozici kontakty na důležité odborníky a instituce v okolí nemocného.

Dalším tématem je vhodné a nevhodné chování ze strany rodiny k nemocnému, přispění rodiny k prevenci relapsu, nutnost pravidelné, někdy i celoživotní léčby.

Získání náhledu na nemoc blízkého je dalším tématem edukace, cílem je změnit nebo zmírnit negativní postoje rodiny, snížit konflikty v rodině a jiné (39, 49).

1.1.5.8 Duševní hygiena rodin duševně nemocných

Pokud se vyskytuje v rodině duševní onemocnění, nezasahuje pouze nemocného, ale i jeho rodinu, zvláště pokud se nedaří odstranit zcela některé příznaky dlouhodobou léčbou, je rodina ohrožena fyzickými, psychickými a psychosomatickými obtížemi.

Sestra doporučuje rodinám pro zvládnutí zátěže některá pravidla duševní psychohygieny. Může doporučit používání relaxačních technik ve chvílích napětí a pocitech vyčerpání. Pro psychické zdraví je dobré udržovat smysl pro humor, neomezovat styky a mezilidské vztahy jak s okolím, tak i se svými přáteli, je důležité mít nějakého koníčka, pravidelně cvičit, chodit na procházky a výlety do přírody, je dobré se věnovat četbě. Je nutné upozornit nato, aby se rodinní příslušníci nepřestali věnovat sami sobě. To je jen část zásad, které sestra doporučuje pro zvládnutí zátěže při péči o nemocného s duševním onemocněním (7, 48, 49).

1.2 Sestra a její povolání

Povolání chápeme jako souhrn kvalifikovaných, systematicky prováděných a ustálených činností, osvojení speciálních dovedností, znalostí a zvládnutí určitých pracovních technik, které v jisté míře určují postavení jedince ve společnosti (33).

Zvolit si povolání setry znamená rozhodnout se pečovat a ošetřovat jiného člověka, poskytovat mu pomoc při navrácení a ochraně zdraví, provádět prevenci onemocnění, uspokojovat potřeby jednotlivcům, rodinám i komunitám (34). V této profesi hraje podstatnou a důležitou roli lidský vztah mezi sestrou, ošetřovatelským týmem, nemocným s duševním onemocněním a jeho rodinou, kteří potřebují cítit ze strany sestry zájem, empatii, porozumění (30).

Sesterské povolání může vykonávat osoba, která ukončila základní ošetřovatelské vzdělání v oboru všeobecná sestra, registrovala se, a tím je oprávněna vykonávat profesi sestry ve své zemi. Po absolvování je sestra připravena zapojit se v rámci prevence chorob, podpory zdraví, může pracovat ve všech zdravotnických zařízeních, v ambulanci nebo v komunitě (33). V psychiatrickém ošetřování je sestra

oprávněna snižovat stigmatizaci a resocializovat nemocné s duševním onemocněním tím, že zlepšuje náhled na nemoc a nutnost pravidelných kontrol u lékaře (38).

Současné ošetřovatelství očekává, že je sestra uznávaným odborníkem v oblasti svého samostatného působení, které postupně rozšiřuje nejen na nemocné, ale i o spolupráci s rodinou a komunitou. Sestra motivuje rodiny a společnost, aby se účastnili aktivně na péči o své zdraví a uspokojovali své sociální potřeby.

Sestra vykonává činnosti zaměřené na základní ošetřovatelskou péči, kdy identifikuje a uspokojuje potřeby nemocných a jejich rodinných příslušníků, které vznikly nebo se nemocí změnily. Důležitou oblastí v práci sestry, hlavně v psychiatrickém ošetřování jsou psychosociální činnosti, kdy sestra spolupracuje s nemocnými s duševním onemocněním a jejich rodinou, snižuje stigmatizaci, podává informace (38, 56). Činnosti diagnosticko-terapeutické zahrnují práci spojenou s přípravou a prováděním různých vyšetření, následné sledování a hodnocení zdravotního stavu nemocného, jeho ošetřování (56). V psychiatrické péči sestra musí zvládnout i pozorování nemocného s duševním onemocněním, kdy pozoruje vztahy s okolím a k sobě samému, nápadnosti v chování. Sestra vede a spolupracuje při různých ergoterapeutických aktivitách nemocných s duševním onemocněním (38). Administrativní činnosti jsou také náplní práce sestry, a to vedení ošetřovatelské dokumentace, záznamy o edukacích, vyplňování žádanek na vyšetření a jiné (56).

1.2.1 Osobnostní předpoklady sester

V posledních letech prošla profese sestry i samo ošetřovatelství řadou změn, díky intenzivnímu výzkumu v oblasti ošetřovatelství, vývoji medicíny a jiných věd, společenským změnám a úpravě legislativy, všechny tyto okolnosti posunuly profesi dopředu (2). Ošetřovatelské povolání je velmi náročné a od sestry vyžaduje určité osobnostní předpoklady, mezi které řadíme dostatečnou sebekritičnost, humánní vztah k nemocným, klidné, přiměřené a rozvážné vystupování, trpělivost, takt a empatii, měla by uplatňovat tvořivý přístup k řešení svěřených úkolů (69, 70).

Při výkonu svého povolání nesmí sestra zapomenout, že ošetřovatelství je služba nemocnému, jeho rodině, komunitě nebo společnosti, která je uzpůsobena tak, aby

s ostatními zdravotnickými službami připravila jedince, rodiny na spokojený a produktivní život, tím se sestra podílí nemalou měrou na úspěchu ošetřovatelské péče (53). To znamená, že při ošetřování bere sestra v úvahu objektivní stránku a prognózu nemoci, osobní prožitky a zvláštnosti, sociální a psychickou stránku nemocného. Sestra se snaží vytvářet optimistické ovzduší, aktivuje a motivuje nemocné s duševním onemocněním a jejich rodiny ke spolupráci, projevuje zájem, empatii, náklonnost, k tomu je také potřeba zároveň zvládnout správnou komunikaci s udržováním oboustranného kontaktu (27, 69, 70).

1.2.2 Profesionalita v práci sestry

1.2.2.1 Profesionalizace ošetřovatelství a sesterské role

V materiálech WHO se v současnosti věnuje pozornost problematice ošetřovatelství a postavení sester v zdravotnickém systému. Objevuje se zde požadavek na profesionalizaci sestry, která musí být přizpůsobena možnostem, stavu a podmínkám dané země.

Snaha jak o profesionalizaci sester, tak i ošetřovatelství je způsobena snahou zvýšit prestiž a vážnost sesterského povolání (2). V ČR došlo k novému způsobu profesní přípravy po vstupu do EU. Nejdůležitější změnou, která vedla k profesionalizaci ošetřovatelství, byl přechod k novému pregraduálnímu a postgraduálnímu vzdělávání na základě zákona č. 96/2004 Sb., tak aby se přešlo na vzdělávání vysokoškolského typu a povinnost celoživotního vzdělávání, a tím bylo dosaženo souladu s doporučeními EU (22).

Profesní role jsou vázané na profesi, vztahují se k aktivitám, chování, konání a vystupování příslušníků při výkonu svého povolání. Odrážejí očekávání veřejnosti, proměňují se v čase a jsou dynamické. Aby sestra dosáhla profesionality ve svých rolích, musí rozvíjet souběžně tři oblasti: kognitivní, konativní (praktické dovednosti) a afektivní (63). Sestra tak lépe chápe postoje a hodnoty jednotlivců, rodin a komunit, s nimiž pracuje, rozpozná zdravotní potřeby jednotlivců i komunit mimo nemocnici, v neposlední řadě zná vlastní normy pro jednání a chování v sesterských rolích. (2).

Aktuální struktura profesních rolí se vytváří na základě proměňujícího se očekávání veřejnosti, médií i celé společnosti, ale nejdůležitější pro jejich strukturu jsou cíle a předmět moderního ošetřovatelství. Sestra při výkonu povolání vykonává a naplňuje, zastává roli ošetřovatelky, komunikátorky, edukátorky, manažerky, výzkumnice, obhájkyně a advokátky nemocného a nositelky změn. (63). Být dobrou sestrou znamená vážit si pacientů, dodat jim pocit bezpečí a jistoty, pomáhat jim snížit pocit samoty, strachu a obav, být vstřícná, chápavá, tvořivá. To vyžaduje od sester, aby se stále vzdělávaly, zvyšovaly si odbornou kvalifikaci, aby při práci předcházely pochybení, nebály se přiznat chybu (31).

1.2.2.2 Profesní přístup sestry

Sestra se díky rozvoji své profese stala nepostradatelným a samostatným pracovníkem ve zdravotnictví. Má jasně stanovené kompetence a odpovědnost, kterými získala dostatečný prostor ke své práci, při které uplatňuje vědomosti a poznatky, komunikační dovednosti, znalosti z psychologie nemocných získané vzděláním. Pomáhá jednotlivcům, zvláště pak nemocným s duševním onemocněním a jejich rodinám orientovat se a pochopit prostředí medicíny (53).

K zásadám profesionálního chování patří znalost, respektování a dodržování práv pacientů, zvládání negativních emocí a pocitů (69, 70). Základem je profesní etika a Etický kodex sester, který ve svém chování, jednání se členy týmu, nemocnými a jejich rodinami uplatňuje a řídí se jimi. Sestra jedná s nemocným s respektem a úctou, bez ohledu na jeho rasu, věk, zaměstnání nebo typ choroby. Podává mu pravdivé informace, motivuje ho i jeho rodinu, komunitu k odpovědnosti za své zdraví, tím zajišťuje co nejvyšší kvalitu ošetřovatelské péče (34, 43).

Etické povinnosti, které se vztahují k rolím sestry, jsou založeny na následujících principech. Jedním z nich je odpovědnost za své vlastní činy, jednání a konání, ale i odpovědnost za nemocného. Principem autonomie se rozumí, že je nezávislá. Autonomie nemocných znamená, že mají právo se svobodně rozhodnout při léčbě, rehabilitaci i ošetřování. Dalším etickým principem je zodpovědnost, kdy svým chováním a vystupováním získává důvěru nemocných, jejich rodin, respektuje názory

a zájmy (34, 52). Obhajoba je princip, který je založen na hájení nemocného, který to neumí, nezná, není schopen projevit či saturovat své potřeby, přání. Sestra se tak stává mluvčím, obhájcem a advokátem nemocných nebo jejich rodin (63). Podstatným principem v profesi sestry je spolupráce, která spočívá v aktivní účasti na zajišťování péče s různými zdravotnickými profesemi, společností, rodinou i komunitou. Spolupráce je základem spokojenosti a pohody nemocného (34, 52).

1.2.2.3 Profesionální image sestry

Pokud hovoříme o image sestry, myslíme tím její interní a externí složku. Do interní image spadá to, jak sestra vnímá sebe sama, kultivovanost jejího chování a vystupování, úprava zevnějšku, odborné vědomosti, zdravé sebevědomí, sebedůvěra, solidnost. Zda věří své profesi, zda jako reprezentant vzbuzuje důvěru a zda působí profesionálním dojmem při výkonu svého povolání. Důvěryhodnost působí velmi silně na názor nemocných i společnosti, který mají na zdravotnické profese, a tím spoluvytváří prestiž profese ve společnosti (56).

Externí image je představa veřejnosti o ošetřovatelství, zdravotnictví a samotných sestrách. Je ovlivněna prezentací zdravotnického povolání na veřejnosti, v masmédiích, legislativními orgány, profesními organizacemi, ale i školami. Sestry jsou vnímány veřejností různě, protože během ošetřování vystupují v rozličných rolích.

Existuje mnoho faktorů, které ovlivňují image ošetřovatelství a sester, a tím i prestiž povolání. Největší vliv mají masmédia, která s oblibou ukazují sestru jako sexsymbol. Ovlivňuje ji i způsob vzdělávání zdravotníků v ČR, profesionální chování zdravotníků. Dalším prostředkem, jak mohou sestry ovlivnit hodnocení svého povolání, je dobrá a srozumitelná komunikace při jednání s nemocnými, rodinami, protože rodiny budou doplňovat a dokončovat ošetřovatelskou péči ve svém vlastním sociálním prostředí (50, 60).

Nejpodstatnější pro utváření dobré a vyšší prestiže povolání jsou samotné sestry. Není lehké se změnit, ale každá sestra by měla usilovat o to, aby byla vzdělaná, emancipovaná, ochotná pracovat samostatně, měla by se angažovat pro své povolání, tak aby ji respektoval nemocný, společnost, ale i další členové ošetřovatelského týmu

(56). Prestiž profese ovlivňuje i to, jak sestra vnímá a prezentuje své povolání. V roce 2004 proběhl v ČR výzkum, který vedla Bártlová, účastnilo se ho 1040 sester. Jednou z výzkumných otázek bylo hodnocení společenské prestiže profese sester v ČR, převážná většina respondentů hodnotila vážnost povolání jako průměrnou či spíše nižší, pozitivně své povolání vnímali mladší respondenti, na hodnocení se nepromítlo to, zda respondenti pracovali v ambulantních, komunitních nebo institucionálních službách (3).

1.2.3 Vzdělávání sester v České republice

V ČR je vzdělávání sester rozdělené na základní pregraduální a další postgraduální přípravu, která slouží k celoživotnímu odbornému růstu sester, řídí se zákonem č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů (71).

Podmínkou pro získání odborné způsobilosti k vykonávání profese podle zákona č. 96/2004 Sb., ve znění pozdějších předpisů, je absolvování tříletého studia v oboru diplomovaná sestra na vyšších zdravotnických školách nebo v akreditovaném bakalářském studijním oboru na vysokých školách v souladu se směrnicemi Evropské unie (19, 47).

Zákon č. 96/2004 Sb., ve znění pozdějších předpisů, slouží ke kontrole a úpravě celoživotního vzdělávání, kterým se rozumí průběžné prohlubování, doplňování a obnovování dovedností, vědomostí a způsobilosti pracovníků ve zdravotnictví v souladu s nejnovějšími vědeckými poznatky a s rozvojem oboru. V § 54 zákona č. 96/2004 Sb., ve znění pozdějších předpisů, jsou uvedeny formy vzdělávání, mezi které patří specializační vzdělávání, odborné stáže na akreditovaných pracovištích, účast na kongresech, odborných konferencích a jiné (71).

Sestra pracující v oblasti psychiatrického ošetřování může pro zvýšení kvality péče a zvýšení kvalifikace absolvovat specializační studium. Sestra specialistka je osoba, která má hlubší znalosti v daném oboru, které získala dokončením akreditovaného specializačního studia v určitém oboru specializace, a je oprávněna

vykonávat specializovanou ošetřovatelskou péči (33, 47). Pro zařazení do studia je nutné podat přihlášku, studium probíhá modulovým systémem, obsahuje základní, odborný a speciální modul, ukončení je atestační zkouškou před odbornou komisí. Po ukončení je sestra zařazena jako sestra pro péči v psychiatrii podle Nařízení vlády č. 31/2010 Sb., o oborech specializačního vzdělávání a označení odbornosti zdravotnických pracovníků se specializovanou způsobilostí (55).

1.2.4 Specifika práce sester na psychiatrii

Sestra pracující s duševně nemocnými zaujímá důležité místo v péči o ně. Těžiště její práce je zcela odlišné od práce na jiném oddělení. Do spektra práce patří vytváření bezpečných a nových struktur denního života nemocných s duševním onemocněním, navázání blízkého vztahu k nemocnému s duševním onemocněním a jeho rodině, pomáhá mu v těžkých obdobích nemoci. Snaží se o co nejmenší zásah do sebepéče, aby se snižovala závislost nemocných s duševním onemocněním na zdravotnickém zařízení, pomáhá obnovovat psychické zdraví spolu s lékaři a multidisciplinárním týmem, v rámci ergoterapie partnersky vede nemocného s duševním onemocněním při různých aktivitách, spolupracuje s komunitními a ambulantními službami psychiatrické péče. Sestra pomáhá snižovat stigmatizaci, zaměřuje se na edukaci a resocializaci nemocného s duševním onemocněním i jeho rodiny (40, 61).

Ošetřování nemocného s duševním onemocněním je náročné a vyžaduje dobrý výcvik zdravotnického personálu. Nejdůležitější je psychoterapeutický přístup k nemocným s duševním onemocněním, jímž můžeme zabránit agresivním projevům, násilí (23).

Pozorování patří k důležitým úkolům v ošetřovatelské péči. Sestra pozoruje zevní projevy nemocného, jak neverbální projevy - změnu mimiky, nástavy hlavy, postoj těla (obranný či útočný, zda ustupuje či prchá), vzhled (zanedbanost, čistota oblečení), tak verbální projevy – řeč (její rychlost, obsah, hlasitost, zvláštnosti, zda odpovídá či diskutuje s hlasy). Neklid, případně agrese mohou vznikat náhle, ale často jim předchází varovné signály (stupňující se emoční napětí). Agresi lze předejít

vhodným jednáním. Při zvládání neklidu může sestra použít mírné omezovací prostředky, personál by měl být předem dohodnutý na postupu při zvládání neklidu. Nemocného s duševním onemocněním neponecháváme samotného, vystupuje zde riziko mimořádných událostí – riziko sebevražedného jednání. Sestra nepřetržitě sleduje projevy a chování, navazuje častý kontakt, vše bedlivě pozoruje a zaznamenává do ošetřovatelské dokumentace.

Rovněž důležitý je dohled na příjem tekutin a stravy, dohled na vyprazdňování. Někdy je nutné zabezpečovat vše pomocí injekcí a infuzí, sledováním fyziologických funkcí a zvýšenou péčí o hygienu. Zvláštní pozornost se věnuje při podávání léků. V počátku je nutný dohled nad užíváním léků, sestra sleduje nástup účinku, vedlejší i nežádoucí projevy léků (38,40).

Komunikace s nemocným má v ošetřování své pevné místo, sestra zjišťuje obsah bludů a halucinací, nikdy je však nevyvrací, nevymlouvá ani s nimi nesouhlasí, zaujímá neutrální postoje. Při rozhovoru stojí vždy k nemocnému s duševním onemocněním čelem, mluví klidně, jasně, konkrétně a pevně. Volí vhodné tempo řeči, respektuje intimní zónu. Pokud nemocný s duševním onemocněním sestru pozoruje a nemůže ji slyšet, neměla by mluvit šeptem, také by se neměla nahlas smát. Při vzniku agrese sestra zjišťuje, co jí vyvolalo, její příčiny, přičemž je nutné zvolit vhodné prostředí. Cílem je pomoci nemocnému sdělovat své potřeby a přání, porozumět ostatním, získat důvěru v okolí. Základem je empatický přístup, pochopení situace (27, 66).

Nemocný s duševním onemocněním má tendenci se vyhýbat druhým, sociálně se izolovat, je nedůvěřivý, přesto se ho sestra snaží zapojit na oddělení do rehabilitace. Volba terapeutického prostředí záleží na závažnosti příznaků, sociální izolaci nemocného s duševním onemocněním, míře spolupráce. Sestra ve spolupráci s lékaři a jinými odborníky zavádí různá sociální opatření, jak v rodině, tak v zaměstnání (38).

Sestra pracující v psychiatrické péči musí znát všechna duševní onemocnění, musí se orientovat v právní problematice, která je odlišná. Do právní problematiky spadá hospitalizace bez souhlasu nemocného s duševním onemocněním, ochranná léčba (ústavní nebo ambulantní), taktéž i její druhy jako jsou protialkoholní, psychiatrická, sexuologická a jiné. Při výkonu své profese se může setkat i s mimořádnými událostmi,

do kterých patří suicidium, útěk nemocného, úraz, odmítání léků a jídla. Sestra v psychiatrickém ošetřování je někdy nucena použít při své práci restriktivní postupy za účelem omezení nemocného s duševním onemocněním, a to v situacích, kdy je neklidný, agresivní, agitovaný nebo hrozí sebepoškození. Jedná se o postupy, které výrazně zasahují do osobní svobody nemocného s duševním onemocněním. Při jejich užití sestra musí postupovat a dodržovat zásady, tak aby zabránila vzniku komplikací. Mezi omezující prostředky patří opatření omezující jednání a volný pohyb (izolace, ochranný kabátek, omezení v síťovém lůžku a jiné) a opatření uplatněná bez souhlasu nemocného s duševním onemocněním, a to aplikace psychofarmak. Všechny postupy mají své zásady, které musí sestra znát a respektovat je. Rozhodnutí o použití restriktivních postupů je výhradně v kompetencích lékaře, který použití ordinuje a posuzuje. Všechny okolnosti, které vedly k užití postupů a samotný průběh použití zaznamenává sestra stručně, přehledně a srozumitelně do ošetřovatelské dokumentace (40).

1.3 Rodina a nemocný s duševním onemocněním

1.3.1 Pojem rodina a její funkce

Rodina je nejstarší společenská instituce, jde o specifickou formu sociální skupiny, která tvoří základní a přirozenou jednotku společnosti. U jedince pomáhá formovat mezilidské vztahy, jeho postoje, hodnoty, myšlenky i jeho způsob života (9).

Mezi základní funkce rodiny patří v současnosti funkce materiální (ekonomicko-zabezpečovací), kdy se členové rodiny podílejí na ekonomickém zajištění rodiny. Funkce výchovná znamená, že pomáhá jedinci v učení a formování jeho hodnot, postojů, norem, způsobu života a interakce ve společnosti, do které se během svého života socializuje. Emocionální funkcí se rozumí poskytování emocionální opory a ochrany, uspokojování potřeb jedince, poslední je funkce biologická (reprodukční), která zajišťuje udržení populace. Aby rodina plnila všechny svoje funkce je podstatná přítomnost všech jejích členů (28).

1.3.2 Rodina a duševní onemocnění

Duševní onemocnění nezasáhne pouze nemocného, ale i celou jeho rodinu, blízké. Dojde ke změnám v dělbě práce, ke změnám rolí v rodině, je ovlivněno i emocionální klima, ale může dojít i k finančním a sociálním problémům, které plynou ze závažnosti a dlouhodobosti duševního onemocnění (1, 2, 72). Onemocnění ovlivňuje fungování celé rodiny, je narušena pohoda, harmonie a vyváženost. Úlohy a role nemocných se přesouvají na další členy, dochází k novému uspořádání rodinných vztahů. Duševní choroba vyvolá také u rodiny mnoho otázek, obav i úzkostí, mění se i chování jednotlivých členů k nemocnému (14, 65). S příchodem duševního onemocnění se změní i rodinné klima, nemocný na sobě změnu cítí, ztrácí jistotu v sobě samém, v okolním světě, izoluje se, přestává komunikovat. Členové rodiny mají někdy tendence nemocného izolovat, nastávají obtíže s navazováním kontaktů, minimalizují se také sociální vazby, tím se mění i celková atmosféra (65).

Při kontaktu s rodinnými příslušníky i při realizaci ošetřovatelské péče musí spolupracovat celý multidisciplinární tým, tak aby podané i získané informace o rodině byly kompletní, relevantní a dostatečné. Tým pomáhá rodině vytvořit optimální domácí prostředí, podstatou je, aby rodina byla ochotna poskytnuté rady, doporučení i omezení respektovat a dodržovat, což přispěje ke správné resocializaci a předcházení relapsu nemoci (2, 14). Při špatné spolupráci může však rodina zaujmout negativní postoj k nemocnému, vytvoří si odstup, rodina není schopna akceptovat samotnou nemoc i omezení, které s sebou přináší, izolují a separují nemocného (65).

1.3.3 Fáze vyrovnávání rodiny s duševním onemocněním

Potvrzení diagnózy duševního onemocnění působí jako velké trauma, se kterým se musí rodina vypořádat. Při střetu s duševní chorobou nemá rodina vytvořené strategie pro její zvládnutí, musí se přizpůsobit změněné situaci. Postoje jednotlivých členů a reakce rodiny k nemocnému se mění, lze charakterizovat 4 fáze zpracování situace:

I. fáze - popření skutečnosti, ihned po zjištění duševního onemocnění se u rodinných příslušníků objeví emoce jako je strach, úzkost, hrůza. Okamžitou reakcí bývá popření a bagatelizace, zastírání, odmítání současného onemocnění. Rodina

pociťuje stud, bojí se stigmatizace a snížení jejich sociální prestiže, tak omezuje kontakty se svým okolím, nemoc blízkého tají (44, 65).

II. fáze - hledání příčiny (viny) za vznik onemocnění. Stále přetrvávají příznaky onemocnění i změny v chování, rodina postupně přijímá skutečnost, že jeden z členů trpí duševní chorobou. Rodina začne hledat příčiny vzniku onemocnění. Převážně rodiče se často trápí představou, v čem udělali chybu, kdo to zavinil, zanedbal. Někdy obviňují samotného nemocného, často i zdravotnický personál. Emoční projevy v dané fázi jsou zklamání, zlost, hněv, někdy dochází k zhoršení pracovního výkonu a problémům v práci.

III. fáze - hledání pomoci, léčby, v této fázi se začíná vyskytovat činnost hledání pomoci a léčby. Negativně ovlivňuje přístup k léčbě neznalost a neinformovanost, mohou ji ovlivnit i negativní postoje a předsudky ze strany rodiny, které se projeví odmítáním léčby i hospitalizace. Příslušníci rodiny mohou trpět psychickou únavou, která vede později k rezignaci, nespolupráci apod. (65, 68).

IV. fáze - náhled a přijetí onemocnění, pokud rodina zvládne psychickou zátěž nemoci, získá realistický náhled, který je předpokladem k úspěšné spolupráci, podpoře nemocného s duševním onemocněním. Rodina je ochotna změnit svůj životní styl, denní rytmus i svoje hodnoty, již se neizoluje od okolí. Někdy však rodina situaci nezvládne, rozpadá se nebo vyloučí nemocného do ústavní péče (44, 65).

1.3.4 Rodina jako zdroj informací

Pokud chce sestra zapojit rodinu do ošetřovatelské péče, je důležité si uvědomit její význam a nezastupitelnost. Pro sestru jsou rodinní příslušníci zdrojem informací, které může využít ke zkvalitnění a zefektivnění poskytované péče. Při aktivním zapojení se stávají členové rodiny přímými účastníky péče, kdy plní ochrannou, preventivní a podpůrnou funkci (25, 72).

Pro plánování péče i následné intervence je podstatné získat informace, které poslouží k identifikaci potřeb i k posouzení rodiny a sociálního zázemí nemocného s duševním onemocněním (46). Při rozhovoru musí sestra získat kompletní i komplexní informace o celé rodině. A to z oblasti biologické (rodinná anamnéza, fyzický a duševní

stav členů rodiny apod.), z psychologické oblasti získává informace o vývoji a fungování rodiny, o vzájemných vztazích, životním cyklu a rytmu rodiny, komunikačních vzorcích, způsobech zvládání zátěže (5). V oblasti sociální se sestra zaměřuje na informace o sociálním standardu rodiny, sociální úrovni a zázemí rodiny, finančních možnostech. Zjišťuje schopnost rodiny využívat sociální podporu, pomoc i schopnost využívání psychiatrické a doplňkové služby (46).

Po analýze získaných informací zná sestra model a strukturu rodiny, jejich vzájemné interakce, pak lépe může směřovat edukaci i intervence k podpoře integrity a fungování rodiny jako celku. Snáze rozvíjí nové strategie pro zlepšení vzájemných vztahů a pomáhá rodině chápat důsledky duševních poruch na celou rodinu (5).

1.3.5 Formy podpory rodin duševně nemocných

Přístup k rodině duševně nemocného se mění, je chápána jako otevřený systém, kde se uplatňuje vzájemná závislost, kdy změna u jednoho člena rodiny navodí změnu i u jiných členů. Úspěch léčby a následná rehabilitace i resocializace závisí na kladných postojích v okolí nemocného, zvláště jeho rodiny. Pokud budou mít rodiny podporu sester a multidisciplinárního týmu, mohou pak samy poskytnout ochranu a podporu svému blízkému, pokud nebude schopen samostatného života (58).

Psychoedukativní skupiny jsou jednou z forem podpory pro rodinné příslušníky. Jednotlivá témata edukačních skupin jsou zaměřena na předávání informací, součástí je i následná diskuze na dané téma. Touto podporou se snaží sestry i tým poskytnout rodině určitou podporu, porozumění nemocnému, pomáhají získávat podporu i pro ostatní členy rodiny. Rodina lépe odliší nevhodné způsoby chování, navrhují se zde i dočasná řešení při problémech vzniklých onemocněním apod. (1, 65, 68).

Rodinná terapie patří k nabídce psychiatrických služeb. Je prováděna tam, kde je potřeba více podporovat a pracovat na systému rodinných vztahů, které jsou zhoršené dlouhodobým průběhem duševního onemocnění a jeho závažnou prognózou. Cílem terapie je zapojit rodinu do péče, podat co nejvíce informací, eliminovat pocit viny u rodinných příslušníků, pomáhat řešit krizové situace vhodným způsobem (68). Terapie je vedena v duchu poradenském, kdy je snahou direktivně ovlivnit nemocné

s duševním onemocněním a jejich rodiny, používá se u poruch příjmu potravy, u akutních psychóz a alkoholismu. Terapeutická rodinná terapie se zaměřuje na porušené sociální a rodinné interakce, pomáhá při nácviku komunikace v rodině. Podpůrnou terapií podává mutlidisciplinární tým přímo pomoc, informace, kontakty na doplňkové služby. Podpora je směřována ke všem členům rodiny (44).

Svépomocné skupiny pro rodiny jsou další podstatnou pomocí při zvládání zátěže u duševního onemocnění. V ČR se začaly zakládat před 15 lety, většinou jsou vedeny rodiči nebo rodinnými příslušníky duševně nemocných (68). Svépomocné skupiny jsou převážně malé, dobrovolně se sdružující skupiny lidí, kteří mají obdobné problémy, jde o způsob terapeutického ovlivňování. Rodiny duševně nemocných zde získávají posilu a podporu, sdělují si svoje starosti. Problémy se zde řeší bez studu, snižuje se tak izolace a osamělost jednotlivých členů rodiny. Členové si předávají svoje zkušenosti, prožitky a informace o psychiatrické péči a službách. Tyto skupiny významně doplňují a obohacují profesionální psychiatrickou péči (1, 2). Hlavním přínosem je předávání informací a zkušeností samotných rodinných příslušníků, obhajoba práv duševně nemocných a snaha o destigmatizaci všech zúčastněných (68). V ČR již existuje mnoho svépomocných skupin např.: sdružení rodičů Sympathea, poradenské centrum VIDA a mnoho dalších (7).

2. Cíle práce a hypotézy

2.1 Cíle práce

1. Zjistit, zda psychiatrické sestry zapojují rodiny duševně nemocných do ošetřovatelské péče.

2. Zjistit, zda jsou rodiny duševně nemocných seznámeny se všemi možnostmi psychiatrické léčby ve všech oblastech péče.

2.2 Hypotézy práce

H1: Sestry mají při své práci čas na edukaci rodinných příslušníků.

H2: Sestry motivují rodiny k aktivní účasti na ošetřovatelské péči o duševně nemocné.

H3: Sestry nemají problémy při komunikaci s rodinami duševně nemocných.

H4: Rodiny duševně nemocných mají přístup k informacím o možnostech psychiatrické léčby.

H5: Rodiny duševně nemocných jsou spokojeny s poskytnutými informacemi.

H6: Rodiny duševně nemocných využívají získané informace v péči o své blízké.

3. Metodika

3.1 Použité metody

Ke zpracování empirické části diplomové práce byl použit kvantitativní výzkum, metoda dotazování, techniky sběru dat – dotazník a standardizovaný rozhovor (viz příloha 1 a 2).

Dotazníková metoda byla určena pro sestry pracující v lůžkové nebo ambulantní psychiatrické péči. Sběr dat probíhal do předem předtištěných formulářů, dotazník byl anonymní a obsahoval 30 otázek. První otázky zjišťovaly základní identifikační údaje, další otázky se týkaly edukace v práci sester, komunikace v práci sestry a zapojování rodin duševně nemocných do péče o jejich blízké. V dotazníku byly použity uzavřené otázky, zde byla možnost vybrat vhodnou odpověď i více odpovědí. Dotazník zahrnoval také otázky polootevřené, i zde byla eventualita výběru odpovědi a rovněž eventualita uvést vlastní názor. Poslední otázka dotazníku byla otevřená, sestry zde mohly doplnit své postřehy a zkušenosti z praxe.

Standardizovaný rozhovor byl určen pro rodinné příslušníky duševně nemocných. Rozhovor zahrnovat 28 otázek, pro lepší orientaci byl rozhovor rozdělen do pěti oblastí, byl zcela anonymní a byl vyplňován do připravených tiskopisů. Pro srozumitelnost a přehlednost byly některé otázky umístěny do tabulek, ve kterých bylo možné označit pouze vhodnou odpověď, byla zde možnost doplnit i názor a připomínky rodinných příslušníků. První oblast tvořily otázky zjišťující charakteristiku rodinných vztahů, v druhé oblasti byly otázky věnující se informovanosti rodiny od zdravotnického personálu, třetí oblast byla zaměřena na spokojenost rodiny s personálem a informacemi. Čtvrtá oblast byla zaměřena na aktivní zapojení rodiny do péče a pátá oblast zjišťovala názory respondentů, zda opravdu umí použít rodinní příslušníci získané informace. Při sběru dat byly použity otázky uzavřené, zde byla možnost vybrat vhodnou odpověď, ale i eventualita více odpovědí. V rozhovoru byly také i polootevřené otázky, které nabízely nejen volbu odpovědi i eventualitu přidat vlastní názor. Rozhovor byl se všemi respondenty veden individuálně v ambulanci nebo v soukromí návštěvní místnosti.

3.2 Charakteristika výzkumného souboru

První výzkumný soubor diplomové práce tvořily sestry vykonávající psychiatrickou péči v kraji Vysočina. V průběhu jednoho měsíce byly rozdány dotazníky na většinu oddělení Psychiatrické léčebny v Jihlavě a Psychiatrické léčebny v Havlíčkově Brodě.

Celkově bylo rozdáno 250 dotazníků. Návratnost byla 94%, pro neúplnost bylo vyřazeno 23 dotazníků. Výzkumný soubor tvořilo 212 sester.

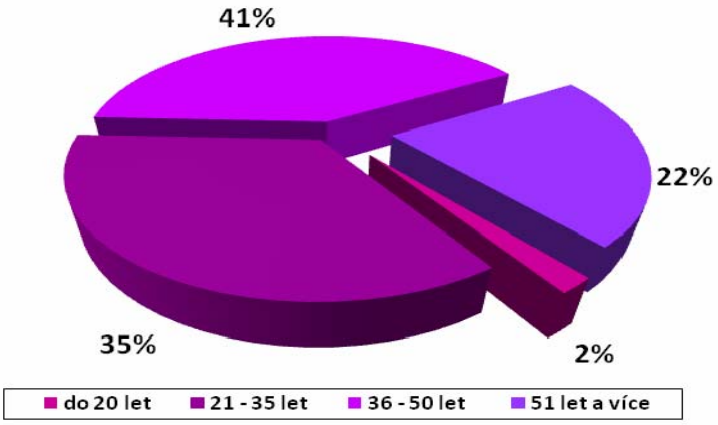
Pro druhý výzkumný soubor diplomové práce byli náhodně vybráni rodinní příslušníci nemocných s duševním onemocněním, kteří využívají služby psychiatrického ošetřování, která je poskytovaná na území kraje Vysočina. Sběr dat probíhal v průběhu 7 týdnů od konce května do července 2010. Osloveno bylo 45 rodinných příslušníků v ústavní oblasti péče v Psychiatrické léčebně Jihlava. Bohužel 12 respondentů se nechtělo podílet na výzkumném šetření. Výzkumný soubor tedy činilo 33 respondentů. Rozhovor byl s respondenty veden v soukromí návštěvní místnosti, ambulanci.

Výsledky šetření byly zpracovány v programu Microsoft Office Excel.

4. Výsledky výzkumu

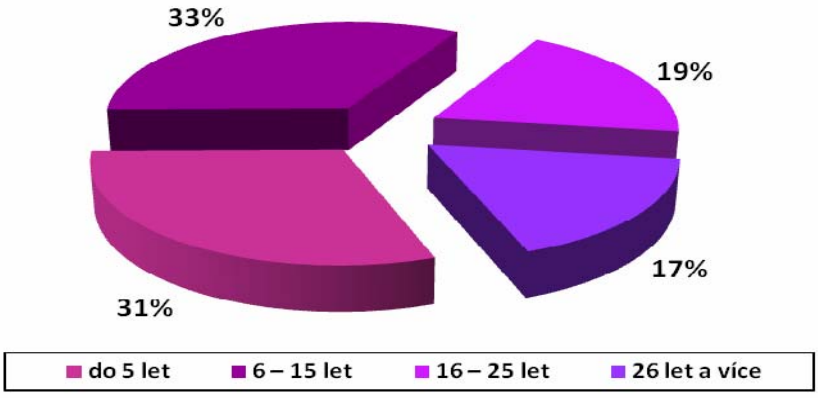
4.1 Vyhodnocení dotazníku

Graf 1 Věková skupina respondentů



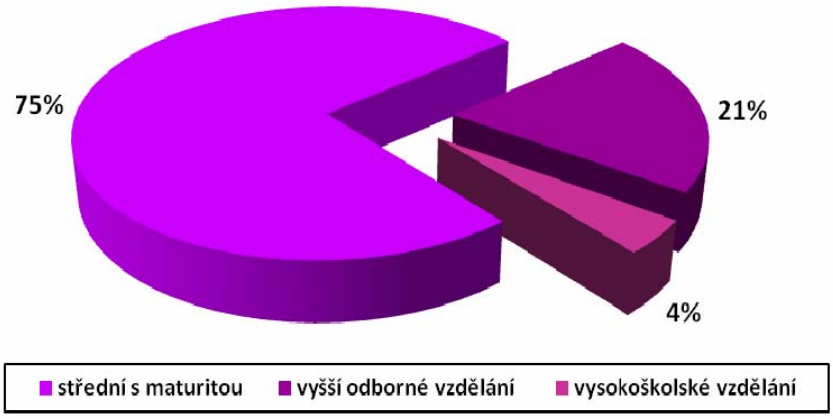
Z celkového počtu 212 dotazovaných, byli ve věku do 20 let 4 (2%) dotazovaní, ve věku od 21 – 35 let bylo 74 (35%) dotazovaných, ve věku od 36 – 50 let bylo 87 (41%) dotazovaných a ve věku od 51 let a více bylo 47 (22%) dotazovaných.

Graf 2 Délka psychiatrické praxe



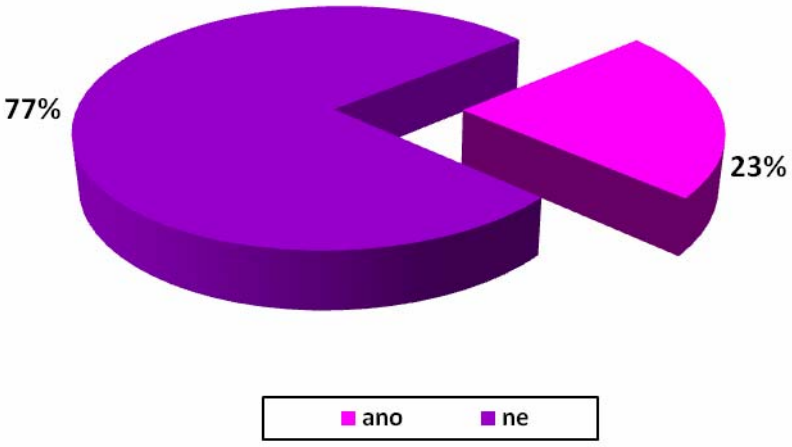
Do 5 let v oblasti psychiatrické péče pracovalo 65 (31%) respondentů, od 6 – 15 let pracovalo 71 (33%) respondentů v psychiatrické péči, od 16 – 25 let pracovalo 41 (19%) respondentů a od 26 a více pracovalo 37 (17%) respondentů.

Graf 3 Nejvyšší dosažené vzdělání



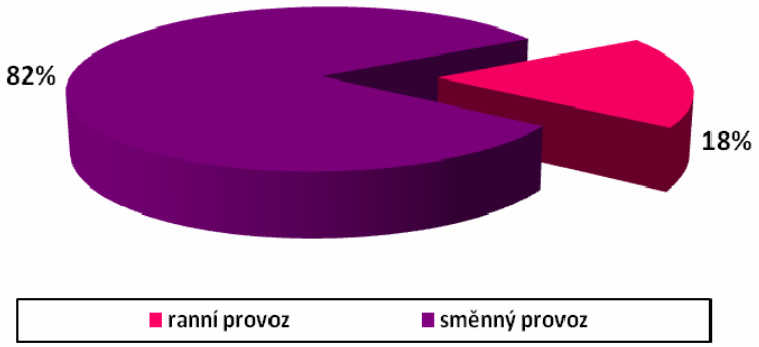
Z celkového počtu 212 respondentů mělo 159 (75%) respondentů střední vzdělání s maturitou, vyšší vzdělání mělo 44 (21%) respondentů, vysokoškolské vzdělání mělo 9 (4%) respondentů.

Graf 4 Specializační vzdělání v oboru



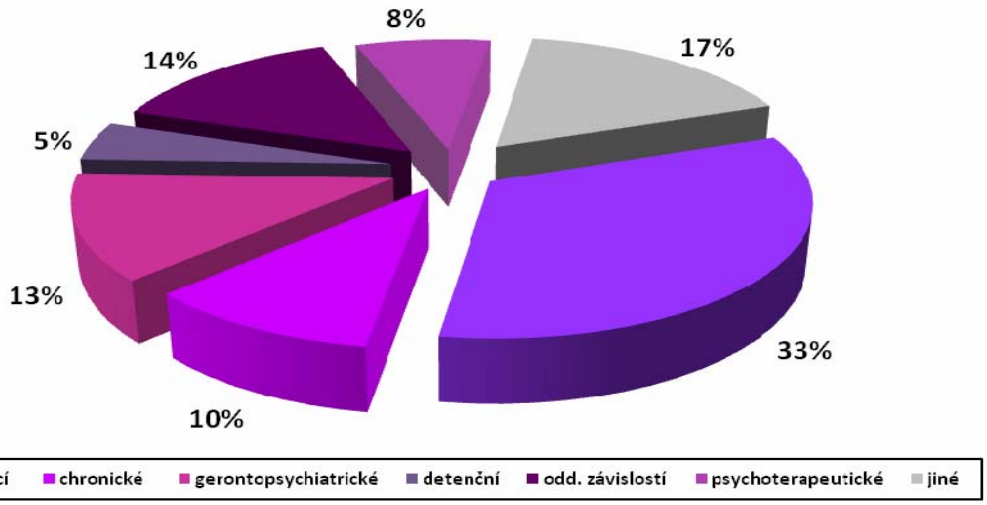
Specializační vzdělání v oboru psychiatrie mělo 48 (23%) dotazovaných a 164 (77%) dotazovaných nemělo vystudováno specializační studium v oboru.

Graf 5 Pracovní zařazení respondentů



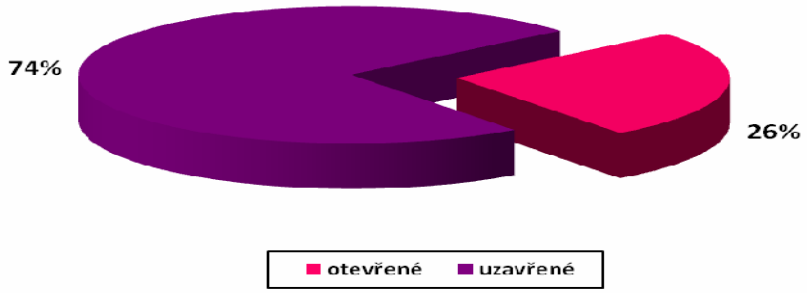
Do ranního provozu bylo zařazeno 38 (18%) dotazovaných a 174 (82%) dotazovaných pracovalo ve směnném provozu.

Graf 6 Charakter oddělení



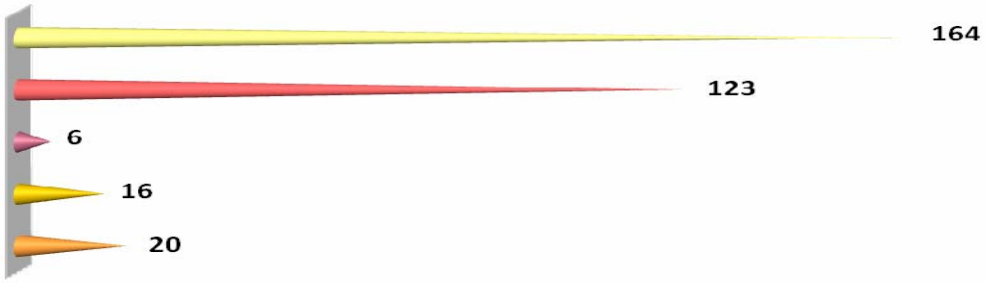
Na přijímacím oddělení pracovalo 70 (33%) respondentů, na chronickém oddělení pracovalo 22 (10%) respondentů, na gerontopsychiatrickém oddělení pracovalo 27 (13%) respondentů a na detenčním 10 (5%) respondentů. Na oddělení závislostí pracovalo 30 (14%) respondentů, na psychoterapeutickém oddělení pracovalo 17 (8%) respondentů a na jiném charakteru oddělení pracovalo 36 (17%) respondentů.

Graf 7 Typ oddělení



Z otevřeného oddělení bylo 55 (26%) dotazovaných a 157 (74%) dotazovaných pracovalo na uzavřeném typu oddělení.

Graf 8 Pojem edukace

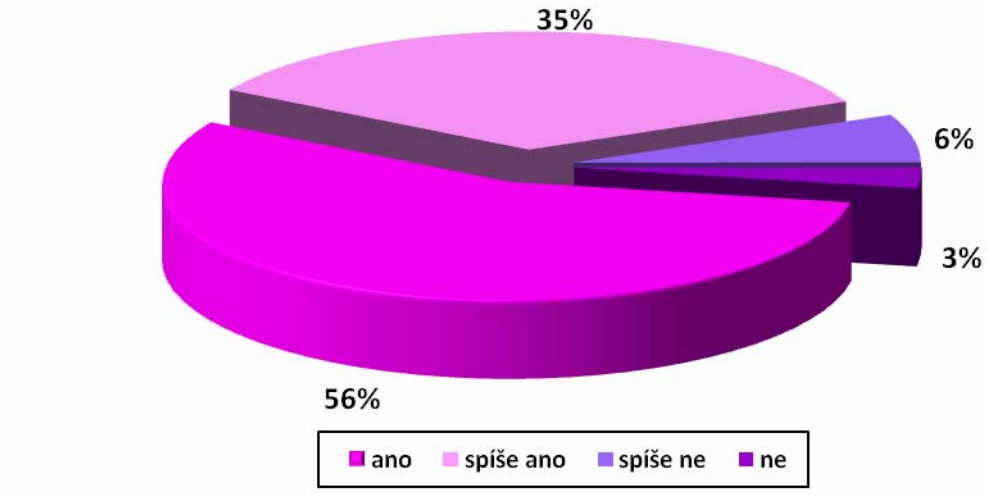


Legenda ke grafu 8

	výchova	**164**
	vzdělávání	**123**
	řízení	**6**
	dodržování nařízení	**16**
	sebevzdělávání	**20**

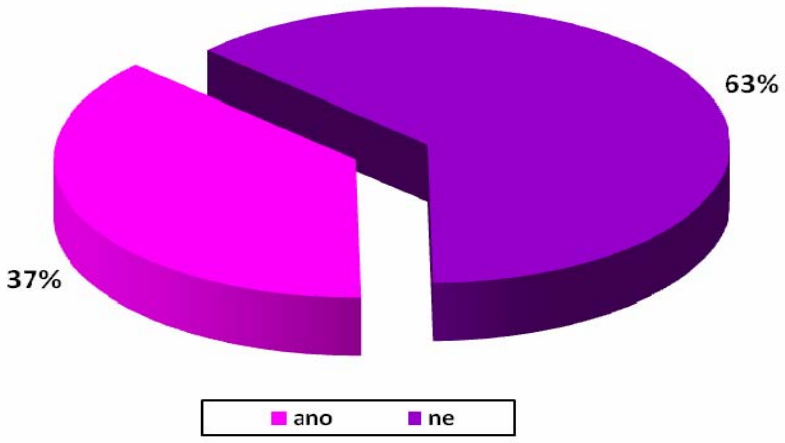
V této otázce bylo možné označit i více odpovědí, získáno bylo 329 odpovědí, z toho 164 respondentů si pod pojmem edukace představovalo výchovu, jako vzdělávání si ji vysvětlovalo 123 respondentů, odpověď řízení zvolilo 6 respondentů. Pro 16 respondentů edukace představovala především dodržování nařízení a 20 respondentů si vysvětlovalo pojem edukace jako sebevzdělávání.

Graf 9 Edukace jako náplň práce sester



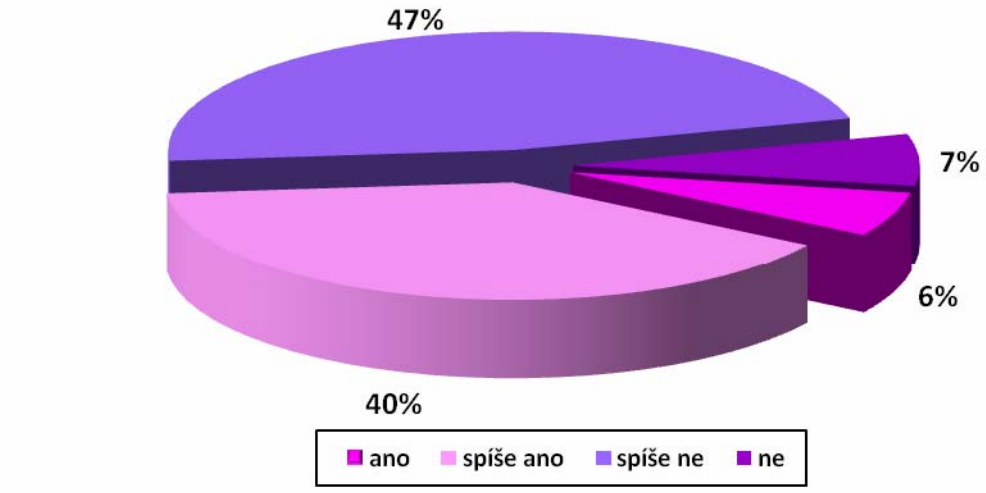
Z celkového počtu 212 respondentů si 118 (56%) respondentů myslelo, že edukace patří do náplně práce sester, 74 (35%) respondentů si myslelo, že spíše patří do náplně sester, 14 (6%) respondentů si myslelo, že spíše nepatří do náplně práce sester a 6 (3%) respondentů nezařadilo edukaci do náplně práce sester.

Graf 10 Čas na edukaci rodinných příslušníku



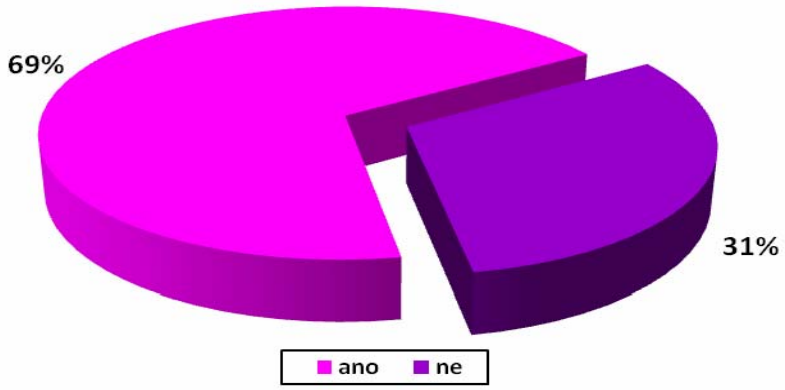
Při své práci mělo čas na edukaci 79 (37%) dotazovaných a při práci nemělo čas 123 (63%) dotazovaných na edukaci rodinných příslušníků.

Graf 11 Zájem rodinných příslušníků o edukaci



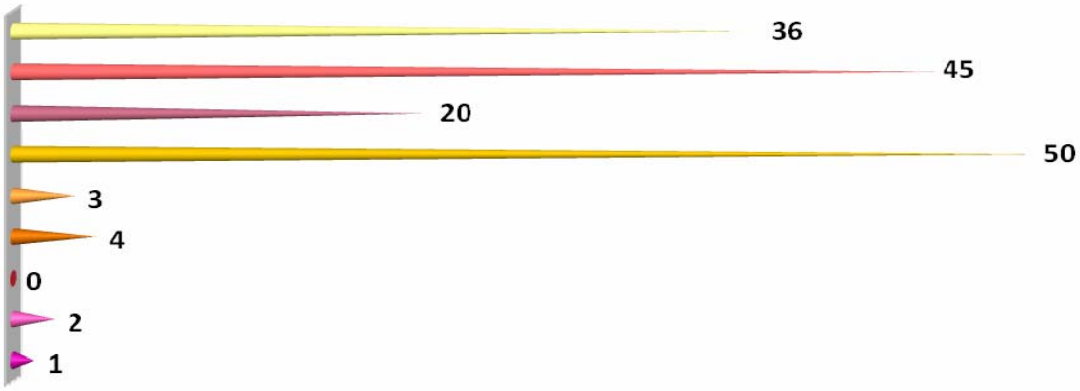
Odpověď „rodiny mají zájem o edukaci ze strany sester“ zvolilo 13 (6%) dotazovaných, odpověď „spíše ano“ zvolilo 84 (40%) dotazovaných, 100 (47%) dotazovaných odpovědělo, že rodiny spíše nemají zájem o edukaci a 15 (7%) dotazovaných odpovědělo, že rodinní příslušníci nemají zájem.

Graf 12 Aktivní zapojení do edukace rodin ze strany sester



Při poskytování ošetřovatelské péče edukovalo rodiny 146 (69%) dotazovaných, needukovalo rodiny při své práci 66 (3 %) dotazovaných.

Graf 12 A Důvody nezapojení se do edukace rodin duševně nemocných

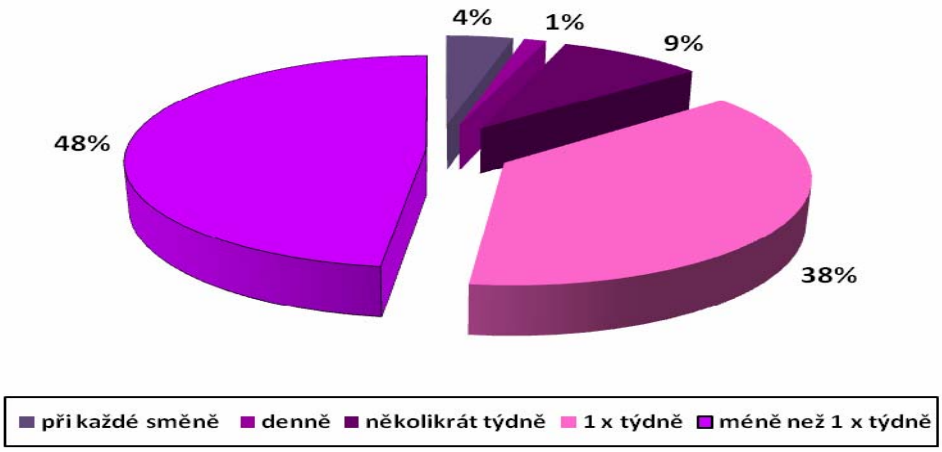


Legenda ke grafu 12 A

	rodiny nemají zájem	**36**
	necítím se být dostatečně profesně připravená/ý	**45**
	edukaci provádí lékař	**20**
	nedostatek času při směně	**50**
	nevyhovující atmosféra na pracovišti	**3**
	nedostatek motivačních faktorů	**4**
	edukaci považuji za zbytečnou	**0**
	nevím	**2**
	jiné	**1**

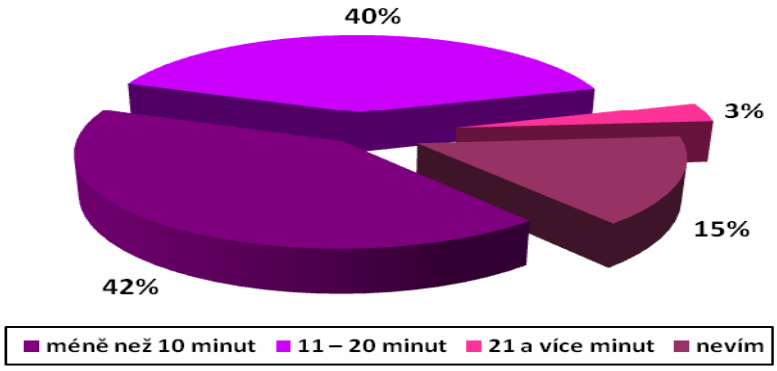
Na dotaz odpovídalo pouze 66 respondentů, graf odůvodňuje odpověď NE z grafu 12. Respondenti měli možnost označit i více odpovědí, získáno bylo 160 odpovědí. Rodiny nemají zájem o edukaci ze strany sester, označilo 36 respondentů, k edukaci se necítilo být dostatečně profesně připraveno 45 respondentů. Edukaci rodin provádí lékař, si myslelo 20 respondentů, nedostatek času na edukaci při směně mělo 50 respondentů, pro nevyhovující atmosféru na pracovišti needukovali 3 respondenti, nedostatek motivačních faktorů k edukaci pociťovali 4 respondenti. Odpověď „edukaci považuji za zbytečnou“, nezvolil žádný respondent, z jakého důvodu needukovali nevěděli 2 respondenti, odpověď „jiné“ označil 1 respondent.

Graf 13 Četnost edukací rodin duševně nemocných



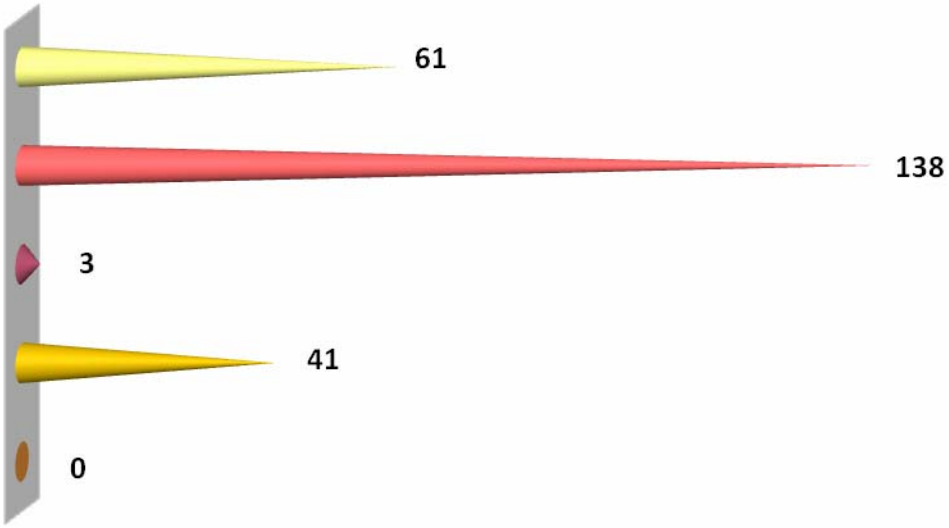
Na tuto otázku odpovídalo pouze 146 (100%) dotazovaných, navazuje na odpověď ANO z grafu 12. Rodiny při každé směně edukovalo 6 (4%) dotazovaných, denně edukovali 2 (1%) dotazovaní, několikrát týdně edukovalo 13 (9%) dotazovaných, jedenkrát za týden edukovalo 55 (38%) dotazovaných a méně než jedenkrát týdně 70 (48%) dotazovaných.

Graf 14 Časová dotace na edukaci rodin duševně nemocných



Na tuto otázku odpovídalo pouze 146 (100%) respondentů, navazuje na odpověď ANO z grafu 12. Méně než 10 minut edukovalo 61 (42%) respondentů, 11 – 20 minut edukovalo 58 (40%) respondentů, 21 a více minut edukovalo 5 (3%) respondentů. Jak dlouho edukovali, nevědělo 22 (15%) respondentů.

Graf 15 Forma edukace

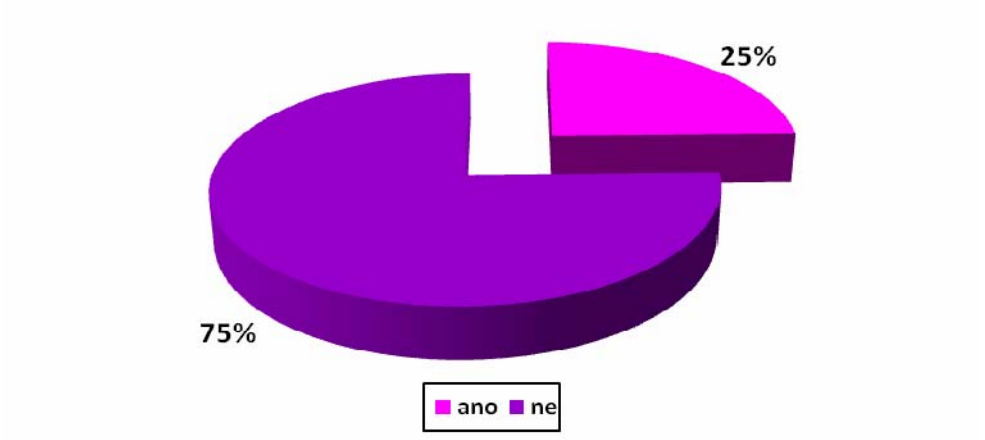


Legenda ke grafu 15

	písemnou	**61**
	ústní	**138**
	elektronické nosiče	**3**
	demonstrace dovedností	**41**
	jiné	**0**

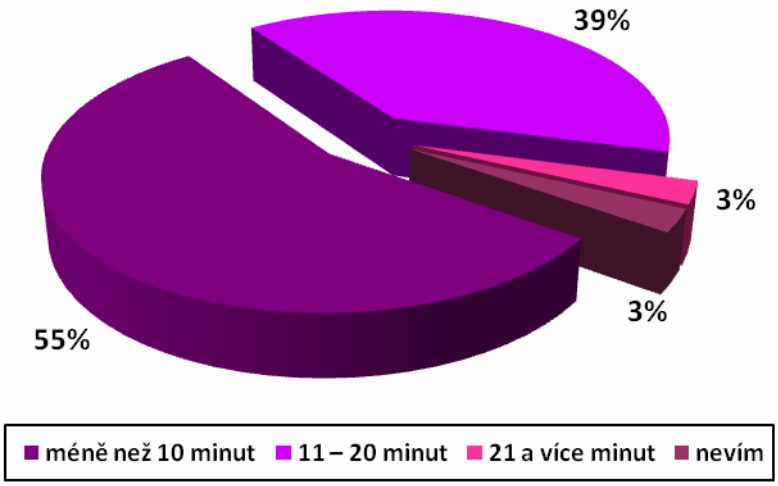
Na tuto otázku odpovídalo pouze 146 respondentů, navazuje na odpověď ANO z grafu 12. Respondenti mohli označit i více možností, získáno bylo 203 odpovědí. Písemnou formu preferovalo 61 respondentů, ústní formu nejvíce využívalo 138 respondentů, elektronické nosiče využívali 3 respondenti. Demonstraci dovedností jako formu edukace používalo 41 respondentů a jiné nezvolil žádný respondent.

Graf 16 Zápis z edukace



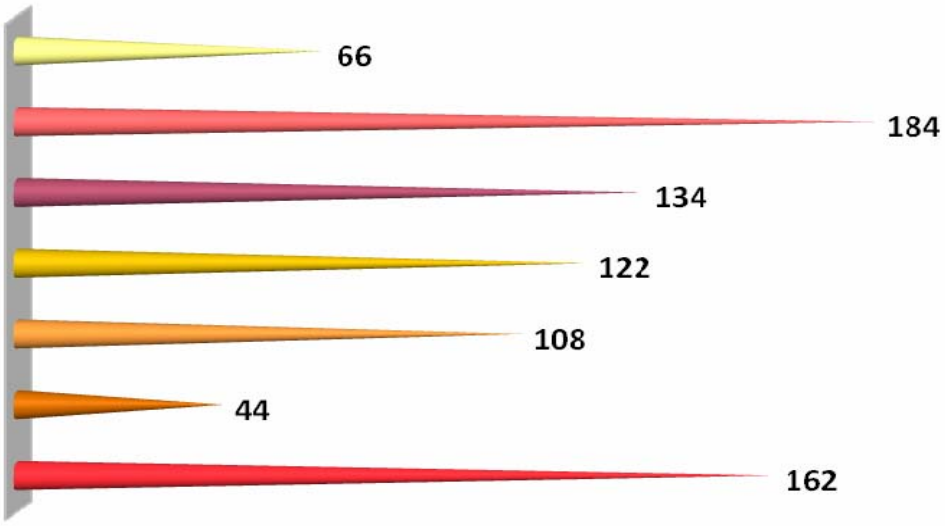
Na tuto otázku odpovídalo pouze 146 dotazovaných, navazuje na odpověď ANO z grafu 12. Zápis z provedené edukace vyhotovovalo 36 (25%) dotazovaných a zápis nevyhotovovalo 110 (75%) dotazovaných.

Graf 17 Časová dotace na vyhotovení zápisu z edukace



Na tuto otázku odpovídalo pouze 36 (100%) dotazovaných, navazuje na odpověď ANO z grafu 16. Méně než 10 minut trvalo vyhotovení zápisu 20 (55%) dotazovaným, 11 – 20 minut zapisovalo edukaci 14 (39%) dotazovaných, 21 a více minut vyhotovoval zápis 1 (3%) dotazovaný a nevěděl 1 (3%) dotazovaný.

Graf 18 Oblasti edukace rodin duševně nemocných

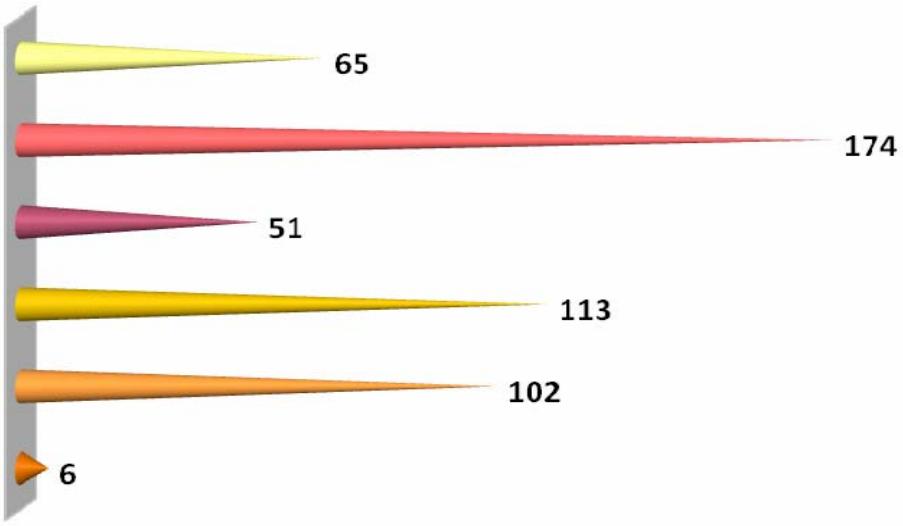


Legenda ke grafu 18

	charakter onemocnění	**66**
	dodržovat pravidelný léčebný režim	**184**
	aktivním zapojení rodinných příslušníků do péče	**134**
	pravidelné návštěvy v psychiatrické ambulanci	**122**
	komplikace při nedodržování léčebného režimu	**108**
	psychosociální problémy rodiny	**44**
	možnosti využívání dalších komunitních služeb	**162**

V této otázce měli respondenti možnost označit i více odpovědí, získaných odpovědí bylo 820. Informace o charakteru duševního onemocnění považovalo 66 respondentů za důležitou oblast pro edukaci, o nutnosti dodržování pravidelného léčebného režimu by edukovalo 184 respondentů, informace rodině o jejich aktivním zapojení do péče považovalo za podstatnou oblast 134 respondentů. Informace o pravidelných návštěvách v psychiatrické ambulanci označilo 122 respondentů, o komplikacích při nedodržování léčebného režimu by edukovalo 108 respondentů, psychosociální problémy rodin duševně nemocných byli důležitou oblastí edukace pro 44 respondentů a informace o možných službách další psychiatrické péče by edukovalo 162 respondentů.

Graf 19 Zdroje informací pro rodiny duševně nemocných

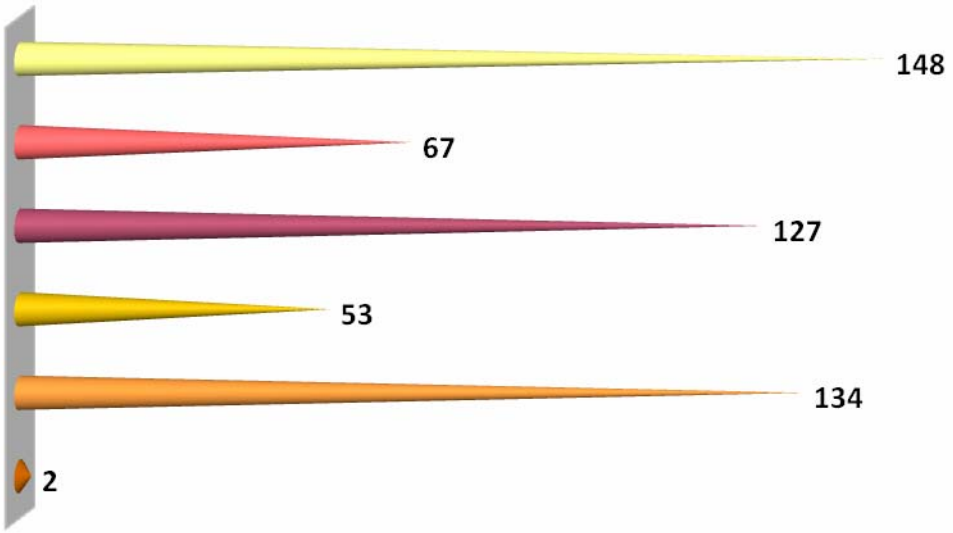


Legenda ke grafu 19

	knihy	**65**
	informační brožury, letáky	**174**
	články v časopisech	**51**
	internetové odkazy	**113**
	svépomocné skupiny	**102**
	jiné	**6**

V této otázce byla možnost označit i více odpovědí, získaných odpovědí bylo 511. Knihy jako zdroj informací pro rodiny by doporučilo 65 dotazovaných, informační brožury a letáky preferovalo 174 dotazovaných, internetové odkazy doporučovalo rodinám 113 dotazovaných. Svépomocné skupiny doporučovalo 102 dotazovaných a jiné zdroje informací pro rodiny využívalo 6 dotazovaných.

Graf 20 Možnosti zlepšení informovanosti rodin duševně nemocných

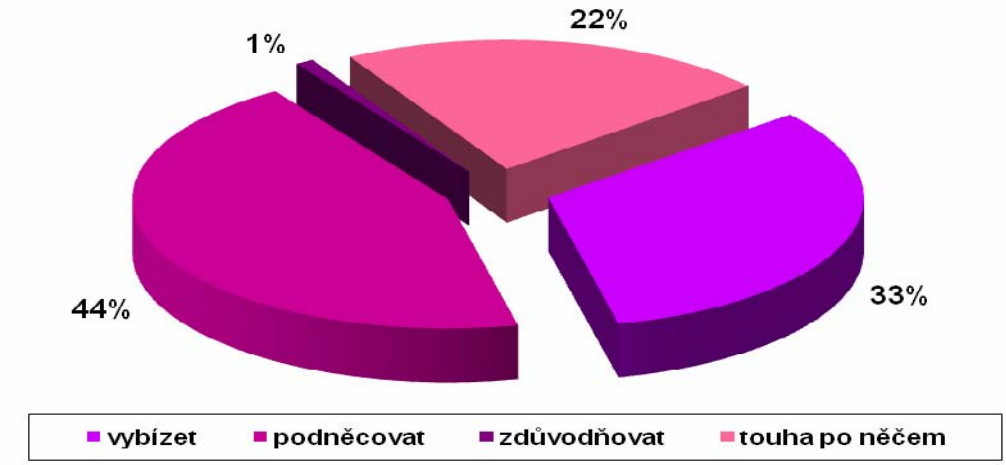


Legenda ke grafu 20

	dostatek času na podání informací	**148**
	klidná, upravená místnost s dostatkem soukromí	**67**
	dostatek srozumitelných materiálů o problematice	**127**
	zvýšení kompetence sester	**53**
	zvýšený zájem ze strany rodiny duševně nemocného	**134**
	jiné	**2**

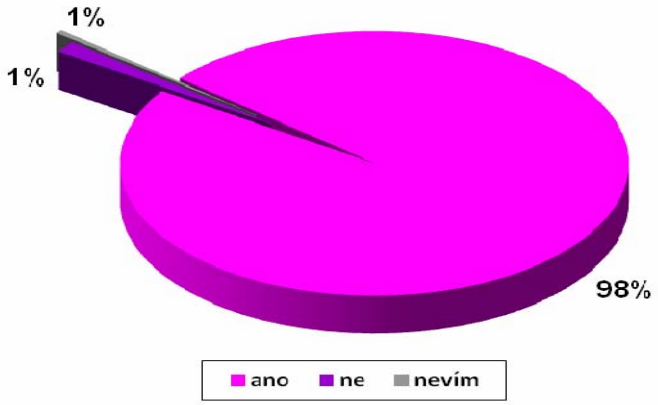
V této otázce měli respondenti možnost zvolit i více odpovědí, získaných odpovědí bylo 531. Dostatek času na podání informací by uvítalo 148 respondentů, klidnou a upravenou místnost s dostatkem soukromí by využívalo pro zlepšení informovanosti rodin 67 respondentů. Dostatek srozumitelných materiálů o problematice psychiatrického ošetřování zvolilo 127 respondentů, zvýšení kompetence sester by uvítalo 53 respondentů. Zvýšený zájem ze strany rodiny duševně nemocného jako jednu možnost zlepšení informovanosti uvedlo 134 respondentů, jiné možnosti uvedli pouze 2 respondenti.

Graf 21 Pojem motivace



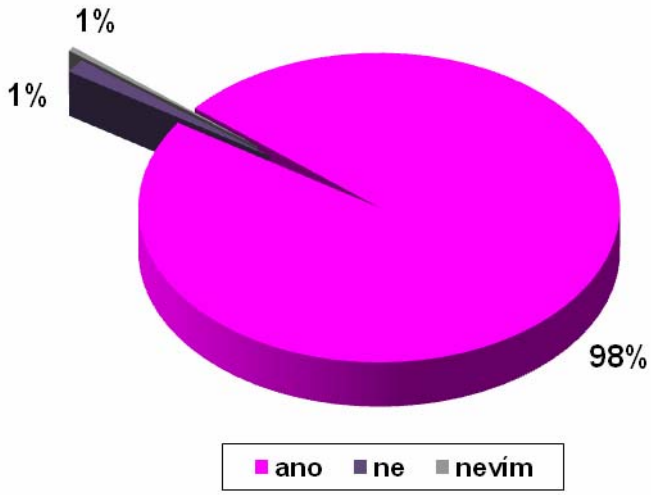
Z celkového počtu 212 dotazovaných si pojem motivace představovalo vybízení 69 (33%) dotazovaných, jako podněcování si ji vysvětlovalo 94 (44%) dotazovaných, zdůvodňování zvolili 2 (1%) dotazovaní a jako touhu po něčem chápalo motivaci 47 (22%) dotazovaných.

Graf 22 Důležitost motivace rodin k aktivnímu zapojení rodin do péče



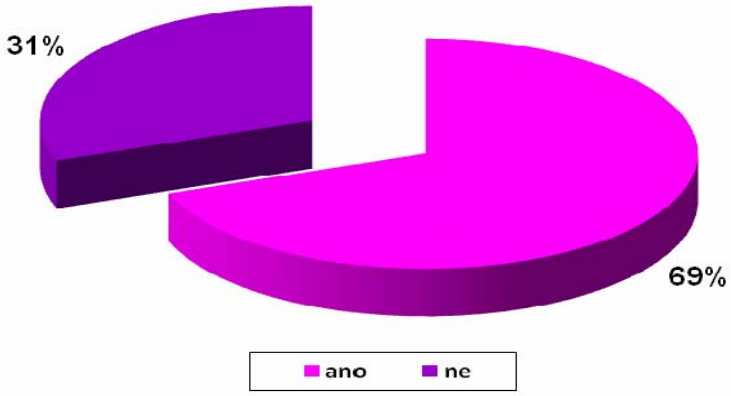
Motivovat rodiny k aktivnímu zapojení považovalo za důležité 208 (98%) respondentů, motivaci rodiny k aktivnímu zapojení nepovažovali za důležitou 2 (1%) respondenti a odpověď „nevím“ zvolili 2 (1%) respondenti.

Graf 23 Spolupráce lékaře při motivaci rodin duševně nemocných



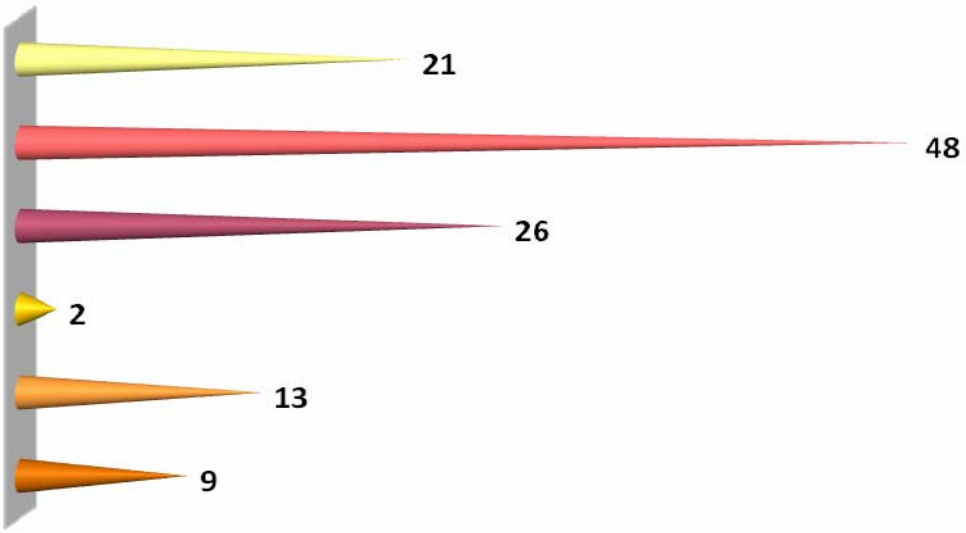
Spolupráci lékaře při motivování rodin na aktivním zapojení považovalo za důležitou 208 (98%) respondentů, nepovažovali ji za důležitou 2 (1%) respondenti a odpověď „nevím“ zvolili 2 (1%) respondenti.

Graf 24 Motivování rodin k aktivnímu zapojení do péče



Z celkového počtu 212 respondentů motivovalo rodinu k aktivnímu zapojení 147 (69%) respondentů, rodiny nemotivovalo k zapojení 65 (31%) respondentů.

Graf 24 A Důvody nezapojení se do motivace rodin k aktivnímu zapojení

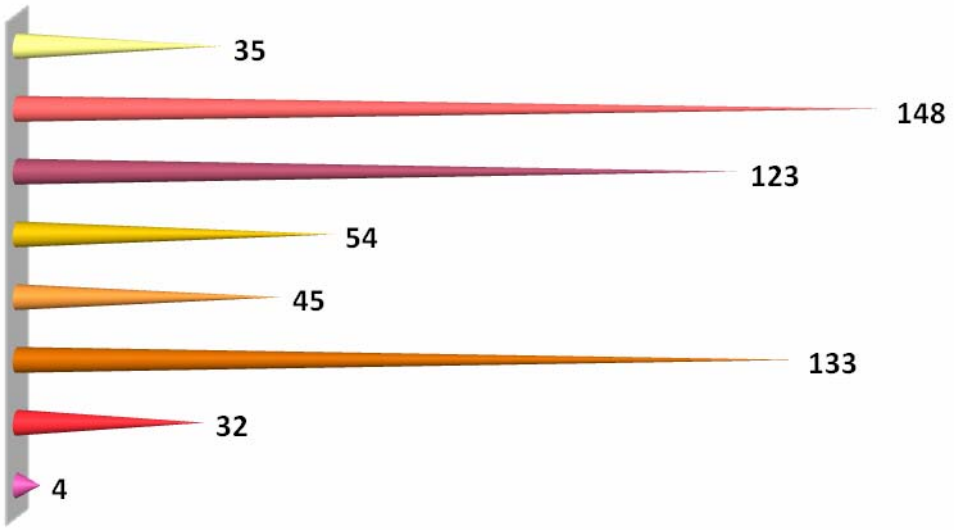


Legenda ke grafu 24 A

	motivaci provádí jen lékař	**21**
	nedostatek času během služby	**48**
	rodiny mají samy zájem zapojit se do péče	**26**
	motivaci rodin považuji za zbytečnou	**2**
	nevím	**13**
	jiné	**9**

Na otázku odpovídalo pouze 65 respondentů, graf odůvodňuje odpověď NE z grafu 26. Respondenti měli možnost označit i více odpovědí, získáno bylo 119 odpovědí, 21 respondentů si myslelo, že motivaci provádí pouze lékař, 48 respondentů nemotivovalo rodiny k aktivní účasti z důsledku nedostatku času během své směny, 26 respondentů nemotivovalo kvůli tomu, že samy rodiny mají zájem se zapojovat do péče. 2 respondenti považovali motivaci rodin za zbytečnou, 13 respondentů nevědělo, proč nemotivovali rodiny, 9 respondentů zvolilo odpověď jiné.

Graf 25 Možnosti pozitivního ovlivnění zájmu rodiny k aktivní účasti na péči

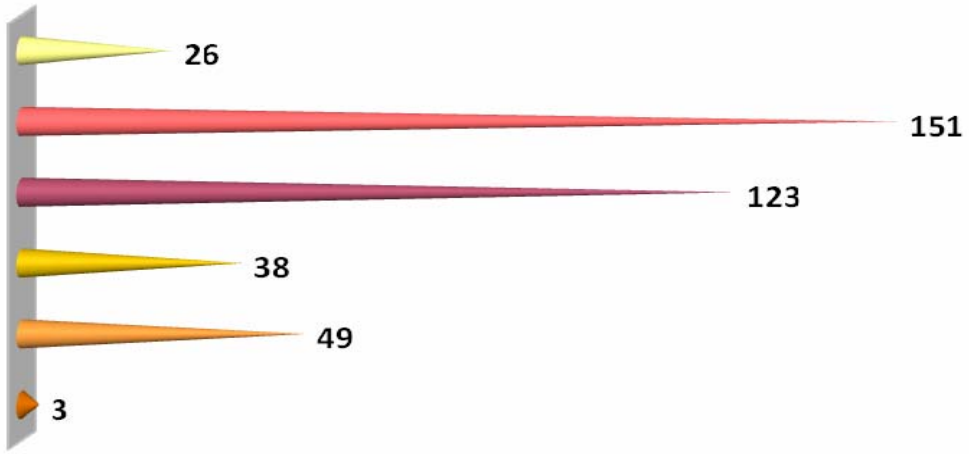


Legenda ke grafu 25

	ovládat svůj emocionální stav	**35**
	správná komunikační technika	**148**
	kladné vztahy, postoje k rodinným příslušníkům	**123**
	tolerovat postoje i vztahy k sobě navzájem (rodina – sestra)	**54**
	stanovení pravidel spolupráce pro ošetřovatelskou péči	**45**
	získat důvěru rodin, nemocného s duševním onemocněním	**133**
	volba vhodného času pro aktivní zapojení rodin	**32**
	jiné	**4**

Při této otázce byla možnost zvolit i více odpovědí, získaných odpovědí bylo 574. Zájem rodiny k účasti na péči lze podle 35 respondentů ovlivnit, pokud by ovládali svoje emoce, 148 respondentů používalo k pozitivnímu ovlivnění rodiny správnou komunikační techniku, 123 respondentů pozitivně ovlivňovalo zájem kladnými vztahy s rodinnými příslušníky. 54 respondentů si myslelo, že mohli ovlivnit rodinu tolerováním vzájemných postojů a vztahů mezi personálem a rodinou. 45 respondentů uvedlo stanovení pravidel spolupráce jako možnost pozitivního ovlivnění zájmu rodin, pro 133 respondentů byla podstatná možnost získat důvěru rodin i nemocného s duševním onemocněním, 32 respondentů by zvolilo k pozitivnímu ovlivnění zájmu vhodný čas k aktivnímu zapojení do péče a 4 respondenti uvedli možnost jiné.

Graf 26 Názor respondentů na pohled rodiny ohledně spolupráce se zdravotnickým personálem

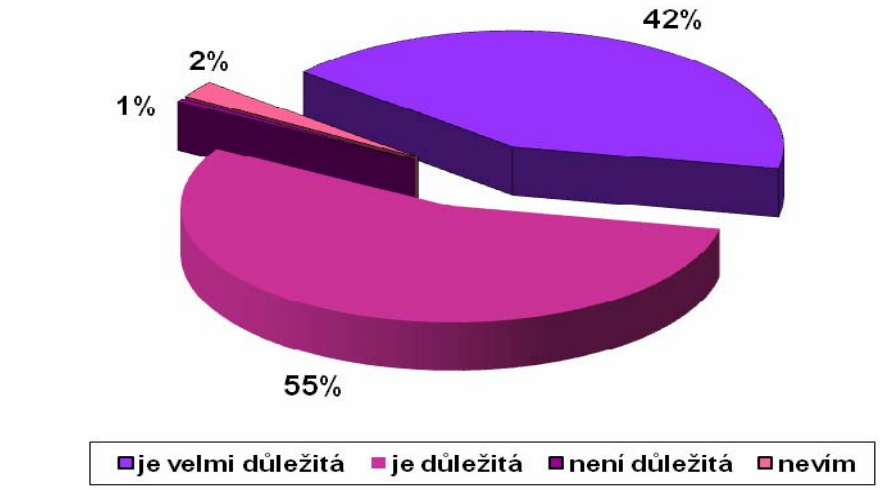


Legenda ke grafu 26

	vzdělání sester	**26**
	chování sester	**151**
	profesionální schopnosti, dovednosti sester	**123**
	prestiž sesterského povolaní	**38**
	organizace práce na pracovišti	**49**
	jiné	**3**

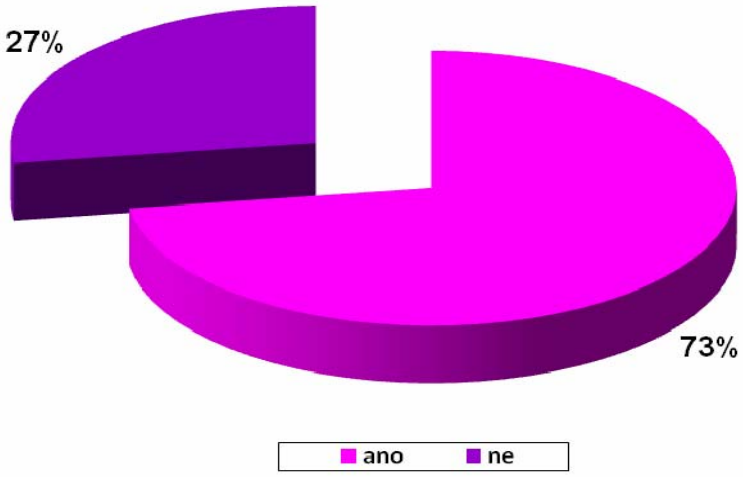
Respondenti měli možnost i zde zvolit více odpovědí, bylo získáno 390 odpovědí. Pohled rodin na spolupráci ovlivňovalo podle 26 respondentů vzdělání sester, podle 151 respondentů ovlivňovalo pohled rodin chování sester, 123 respondentů si myslelo, že profesionální schopnosti a dovednosti měli vliv na názor rodiny. Podle 38 respondentů ovlivňovala pohled rodinných příslušníků prestiž sesterského povolání, 49 respondentů si myslelo, že pohled byl ovlivněn organizací práce a 3 respondenti zvolili možnost jiné.

Graf 27 Význam komunikace v práci sestry



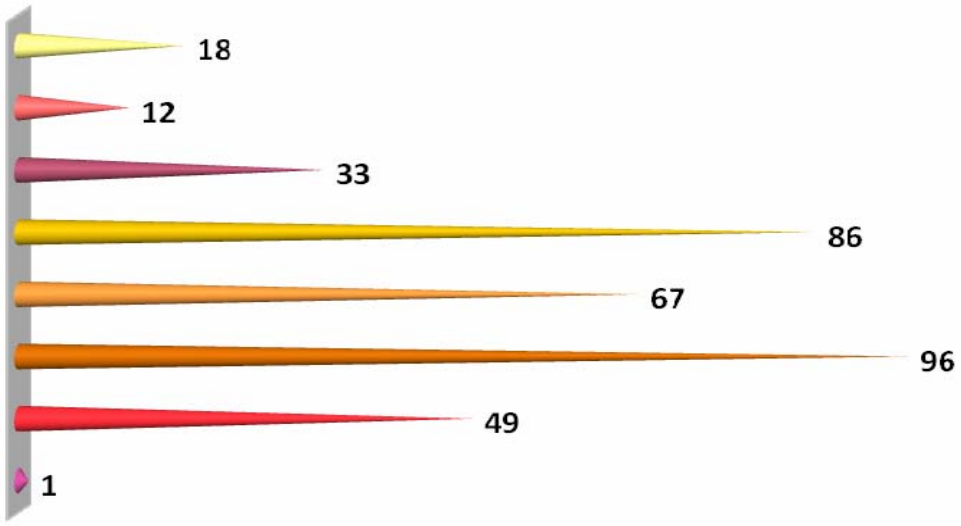
Komunikace v práci sester byla velmi důležitá pro 89 (42%) respondentů, byla důležitá pro 117 (55%) respondentů, nebyla důležitá pro 1 (1%) respondenta. Zda je komunikace důležitá nevědělo 5 (2%) respondentů.

Graf 28 Zájem respondentů o zlepšení komunikace



Z celkového počtu 212 respondentů se chtělo zdokonalovat 154 (73%) respondentů a 58 (27%) respondentů nemělo zájem se zdokonalovat v komunikaci.

Graf 28 A Oblasti zdokonalení komunikace

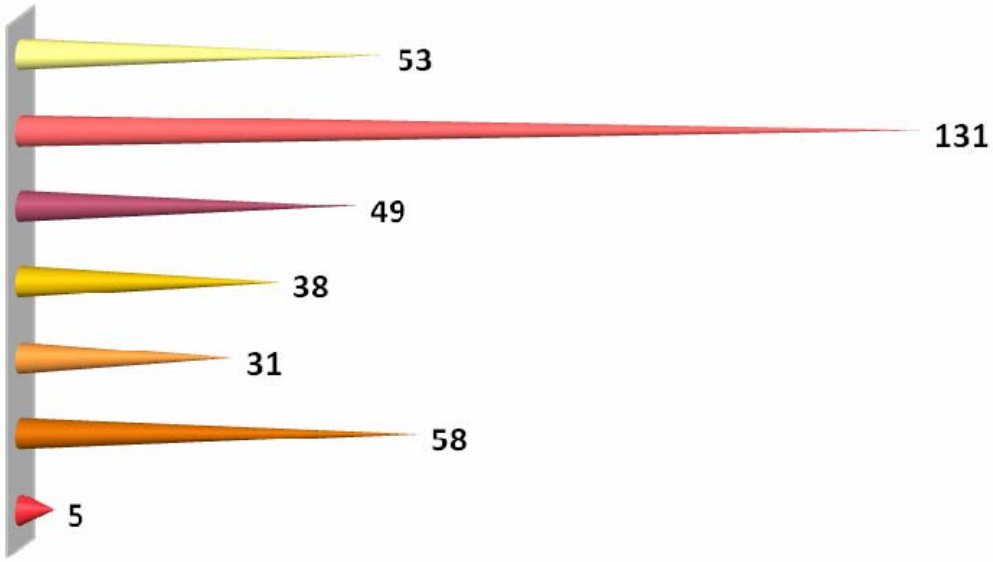


Legenda ke grafu 28 A

	používat zdvořilostní fráze	**18**
	udržovat oční kontakt	**12**
	zvládat neverbální komunikaci (mimika, gestika, apod.)	**33**
	klást správné otázky	**86**
	asertivita při komunikaci	**67**
	zvládat psychoterapeutického rozhovoru	**96**
	komunikační dovednosti	**49**
	jiné	**1**

Na otázku odpovídalo pouze 154 respondentů, graf rozšiřuje odpověď ANO z grafu 30, i zde byla možnost označit i více odpovědí, získáno bylo 362 odpovědí. V používání zdvořilostních frází se chtělo zdokonalovat 18 respondentů, v udržení očního kontaktu se chtělo zlepšit 12 respondentů, ve zvládání neverbální komunikace mělo zájem se dokonalit 33 respondentů. V kladení správných otázek mělo potřebu se zlepšit 86 respondentů, asertivitu při komunikaci chtělo umět používat 67 respondentů. Odpověď zvládnutí psychoterapeutického rozhovoru zvolilo 96 respondentů, v komunikačních dovednostech mělo potřebu se zdokonalit 49 respondentů a odpověď „jiné“ označil 1 respondent.

Graf 29 Aktivity v rámci celoživotního vzdělávání pro zdokonalení komunikace

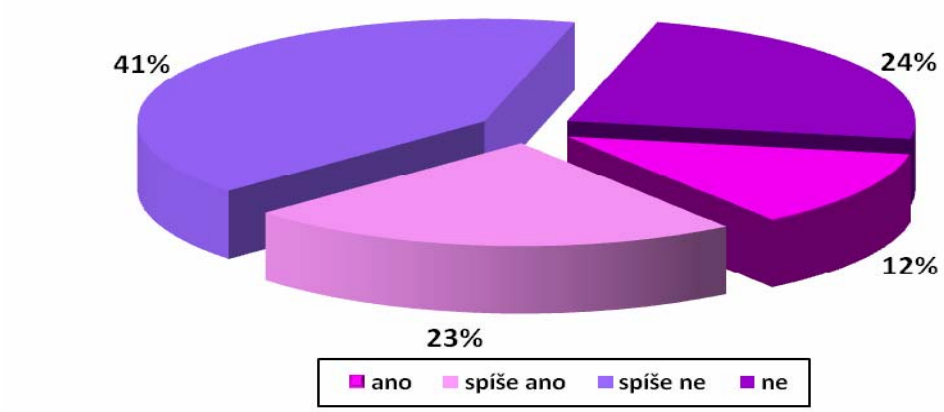


Legenda ke grafu 29

	specializační vzdělávání	**53**
	vzdělávací akce (stáže, konference, semináře)	**131**
	certifikovaný kurz	**49**
	samostudium odborné literatury	**38**
	e-learning	**31**
	internetové zdroje	**58**
	jiné	**5**

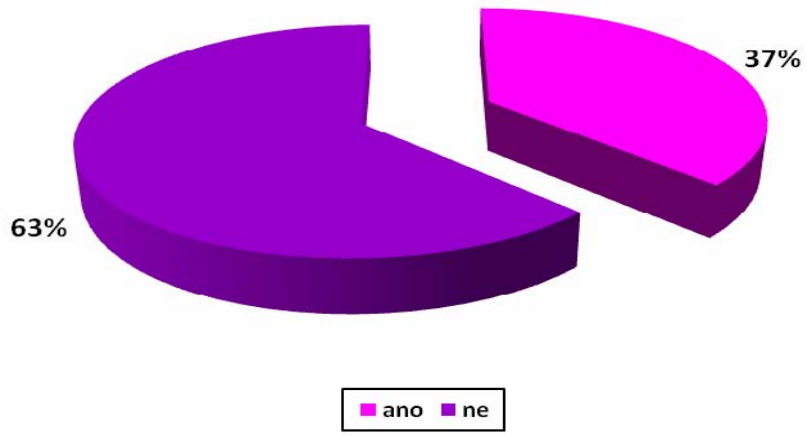
Respondenti zde mohli označit i více odpovědí, bylo získáno 365 odpovědí. Specializační vzdělávání by si zvolilo 53 respondentů, vzdělávací akce (stáže, konference, semináře) preferovalo 131 respondentů, certifikovaný kurz by pro zlepšení komunikace absolvovalo 49 respondentů. Samostudium odborné literatury by využilo 38 respondentů, e-learning označilo 31 respondentů, internetové zdroje preferovalo 58 respondentů a jiné aktivity by využilo 5 respondentů.

Graf 30 Čas na komunikaci s rodinou



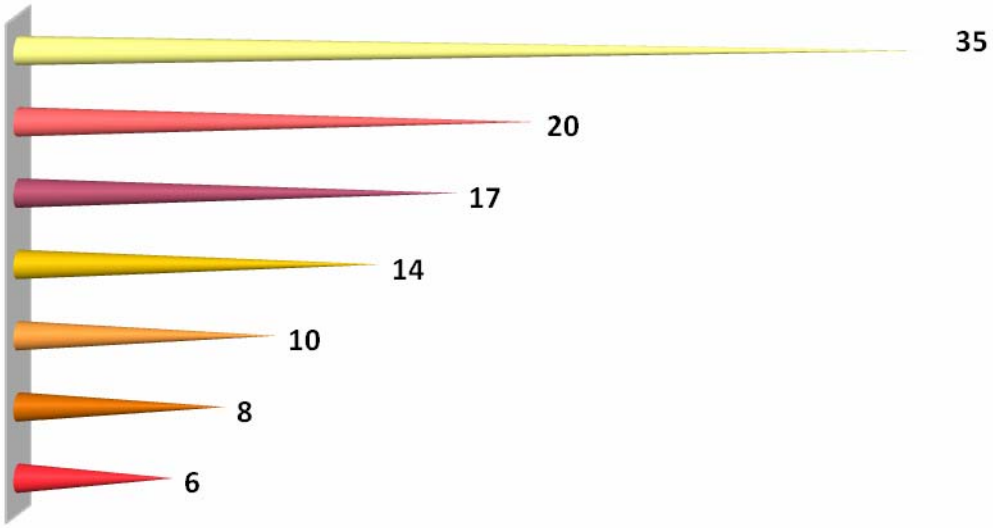
Čas, který měli na komunikaci s rodinou 26 (12%) respondentů vyhovoval. Množství času na podání a získávání informací spíše vyhovoval 49 (23%) respondentů. Množství času, který mělo 87 (41%) respondentů na komunikaci s rodinou jim spíše nevyhovovalo. A čas pro předání a získání informací od rodiny nevyhovoval 50 (24%) respondentům.

Graf 31 Problémy při komunikaci s rodinami duševně nemocných



Problémy při komunikaci s rodinou mělo 79 (37%) dotazovaných, problémy při komunikaci s rodinami duševně nemocných nemělo 133 (63%) dotazovaných.

Graf 32 Nejčastější problémy při komunikaci s rodinami duševně nemocných



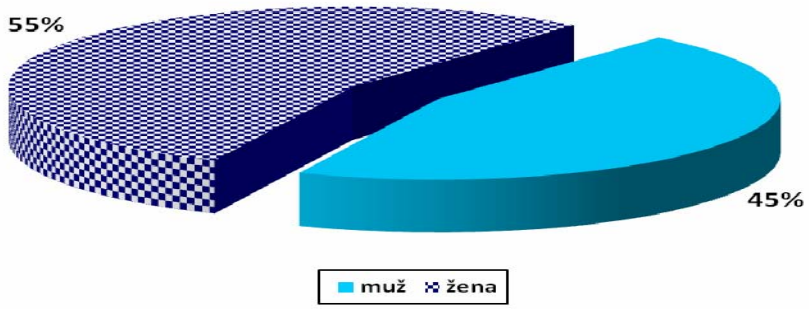
Legenda ke grafu 32

	nezájem ze strany rodiny	**35**
	nedůvěra k sestrám	**20**
	nedostatek času ze strany rodiny	**17**
	neochota komunikovat ze strany rodiny	**14**
	nepochopení při komunikaci ze strany rodiny	**10**
	nedostatečná kvalifikace sester	**8**
	rezignace rodiny u chronicky nemocných	**6**

Na otázku odpovídalo pouze 79 respondentů, graf rozšiřuje odpověď ANO z grafu 31. Při komunikaci s rodinami duševně nemocných se nejvíce setkávalo 35 respondentů s problémem nezájmu ze strany rodin, 20 respondentů se setkalo při práci s problémem nedůvěry k sestrám. Pro 17 respondentů byl problémem při komunikaci nedostatek času ze strany rodinných příslušníků, 14 respondentů se setkalo při svém povolání s neochotou komunikovat ze strany rodiny. U 10 respondentů byl uveden problém nepochopení ze strany rodiny, 8 respondentů bylo konfrontováno s názorem rodiny, že nejsou dostatečně kvalifikováni a odborně připraveni ke komunikaci. A 6 respondentů uvedlo jako problém rezignaci ze strany rodiny u chronicky nemocných s duševním onemocněním.

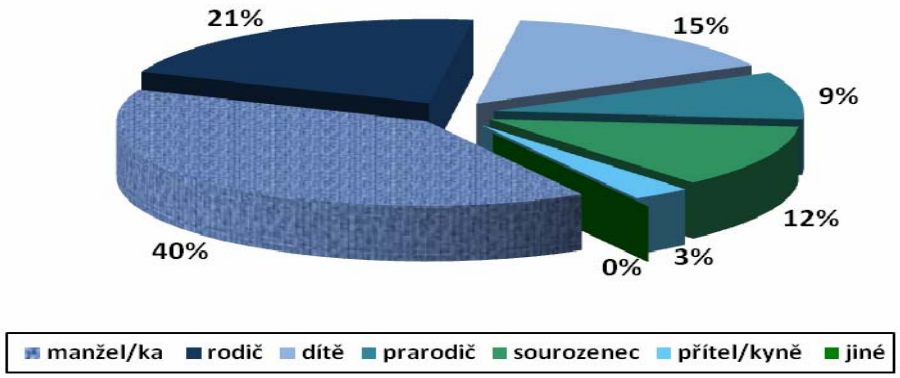
4.2 Vyhodnocení standardizovaného rozhovoru

Graf 33 Pohlaví respondentů



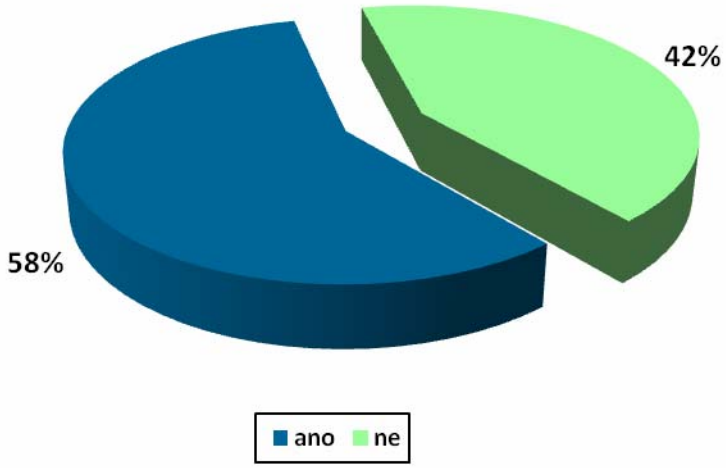
Z celkového počtu 33 respondentů bylo 15 (45%) respondentů mužů a 18 (55%) respondentů bylo žen.

Graf 34 Příbuzenský vztah respondentů



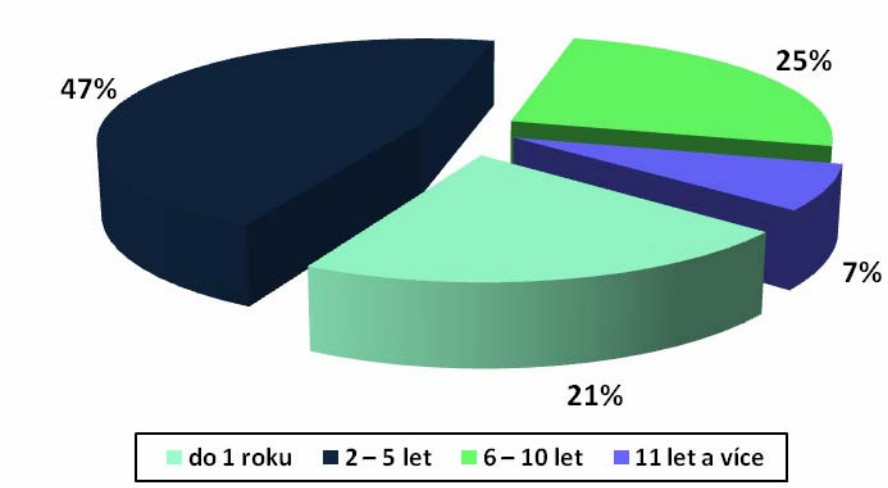
V příbuzenském vztahu bylo z celkového počtu 33 respondentů, manžel/ka 13 (40%) respondentů, v rodičovském vztahu k nemocnému bylo 7 (21%) respondentů, v příbuzenském vztahu syn/dcera bylo 5 (15%) respondentů, možnost prarodič označili 3 (9 %) respondenti. V sourozeneckém vztahu s nemocným byli 4 (12%) respondenti, ve vztahu přítel/kyně byl 1 (3%) respondent a možnost jiné nezvolil žádný (0%) respondent.

Graf 35 Společná domácnost s nemocným s duševním onemocněním



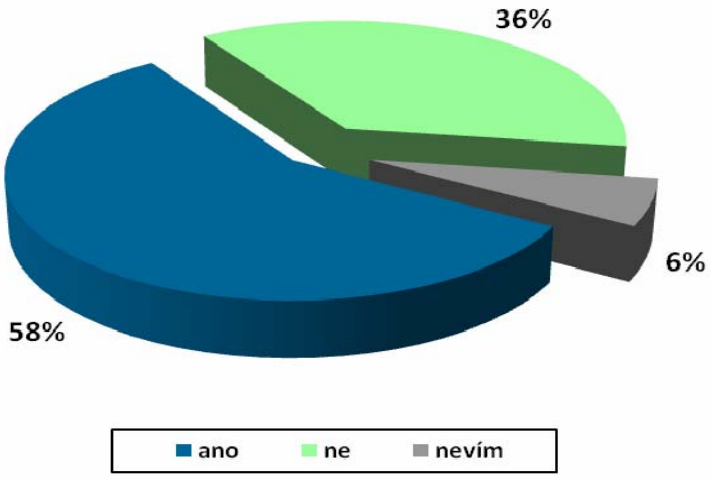
Ve společné domácnosti s nemocným s duševním onemocněním žilo 19 (58%) dotazovaných a společnou domácnost nemělo 14 (42%) dotazovaných.

Graf 36 Délka duševního onemocnění u rodinného příslušníka



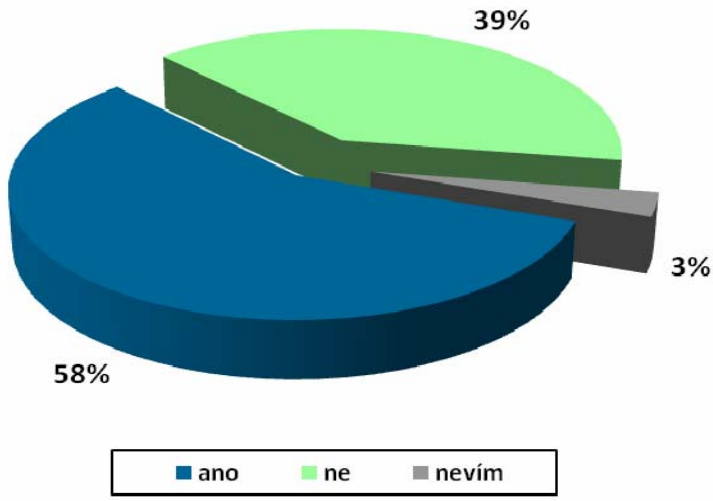
Rodinný příslušník s duševním onemocněním se léčil u 6 (21%) dotazovaných do 1 roku, u 13 (47%) dotazovaných se léčil rodinný příslušník od 2 – 5 let, u 7 (25%) dotazovaných trvalo duševní onemocnění u rodinného příslušníka od 6 – 10 let a u 2 (7%) dotazovaných se léčil jejich příbuzný od 11 let a více.

Graf 37 Informace o možnosti zapojení do péče



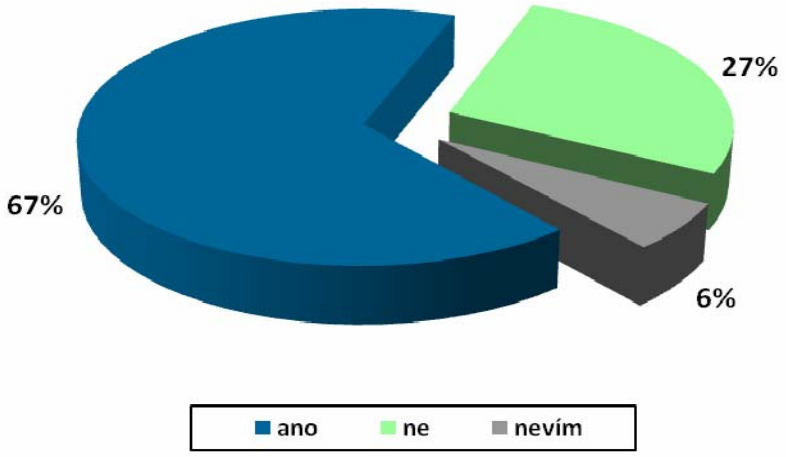
Zdravotnický personál o možnosti zapojení se do péče plně informoval 19 (58%) respondentů, informace nebyly poskytnuty 12 (36%) respondentům a nevěděli 2 (6%) respondenti.

Graf 38 Informace o charakteru duševního onemocnění



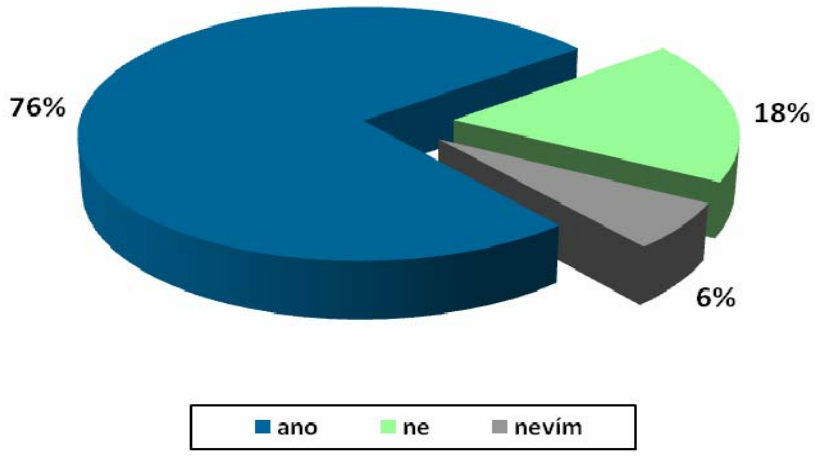
Informace o charakteru duševního onemocnění byly poskytnuty 19 (58%) respondentům, informace nebyly poskytnuty 13 (39%) respondentům a nevěděl 1 (3%) respondent.

Graf 39 Informace o možné léčbě u nemocného rodinného příslušníka



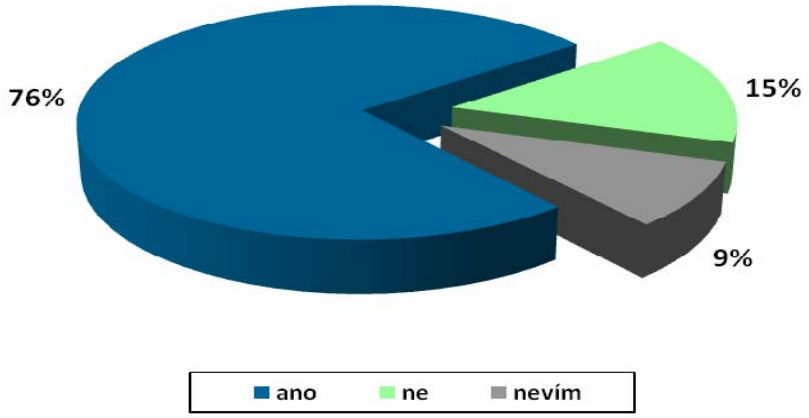
S informacemi o možné léčbě bylo seznámeno 22 (67%) dotazovaných, o možné léčbě nebylo informováno 9 (27%) dotazovaných a nevěděli 2 (6%) dotazovaní.

Graf 40 Informace o dodržování pravidelného léčebného režimu u nemocného rodinného příslušníka



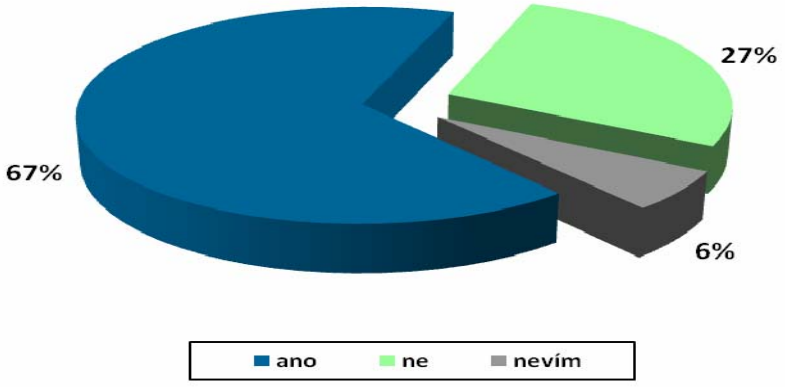
O nutnosti dodržovat pravidelný léčebný režim u nemocného příbuzného bylo informováno 25 (76%) respondentů, nebylo informováno 6 (18%) respondentů, odpověď nevím zvolili 2 (6%) respondenti.

Graf 41 Informace pravidelného užívání léků u nemocného rodinného příslušníka



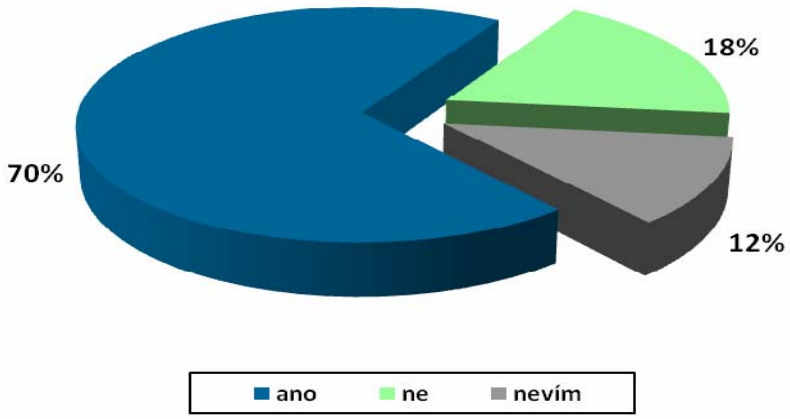
O pravidelném užívání léků u nemocného příbuzného bylo plně informováno 25 (76%) respondentů, o této možnosti nebylo informováno 5 (15%) respondentů, zda byli informováni, nevěděli 3 (9%) respondenti.

Graf 42 Informace o možných psychiatrických službách pro nemocného rodinného příslušníka



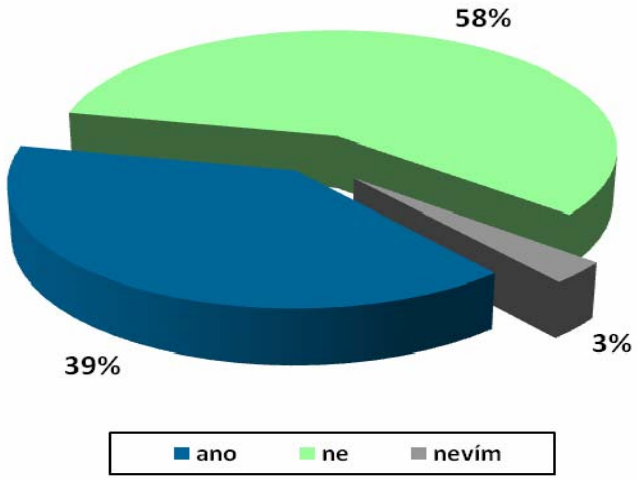
O možnosti využívat psychiatrické služby pro nemocného příbuzného bylo informováno 22 (67%) dotazovaných, o této možnosti nebylo informováno 9 (27%) dotazovaných, zda byli informováni, nevěděli 2 (6%) dotazovaní.

Graf 43 Informace o důležitých kontaktech v bydlišti nemocného rodinného příslušníka



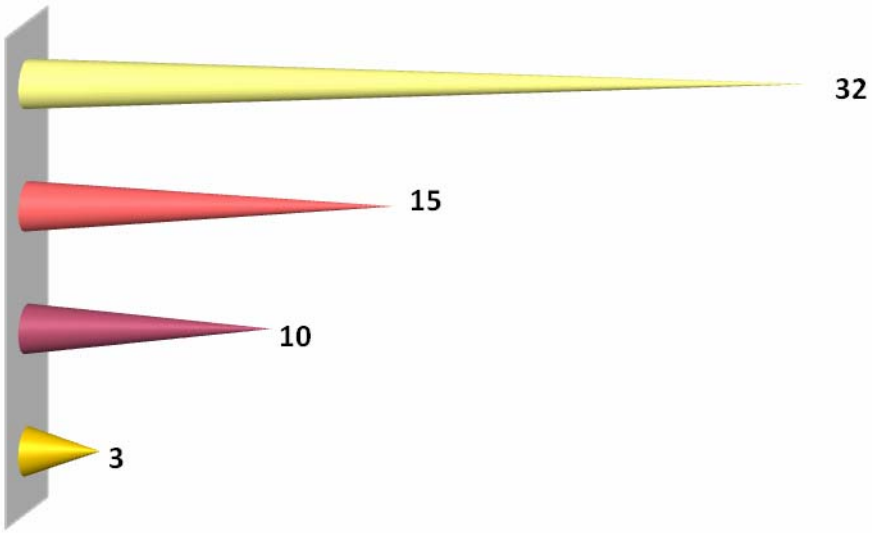
Zdravotnický personál informoval 23 (70%) respondentů o důležitých kontaktech v bydlišti nemocného rodinného příslušníka, o dané možnosti nebylo informováno 6 (18%) respondentů a nevěděli 4 (12%) respondenti.

Graf 44 Informace o možnosti kontaktovat komunitní služby



Zdravotnický personál informoval 13 (39%) dotazovaných o možnosti kontaktovat komunitní služby, zdravotnický personál neinformoval o kontaktech 19 (58%) dotazovaných, zda byl informován o kontaktech, nevěděl 1 (3%) dotazovaný.

Graf 45 Zdroj informací o možnostech psychiatrické léčby

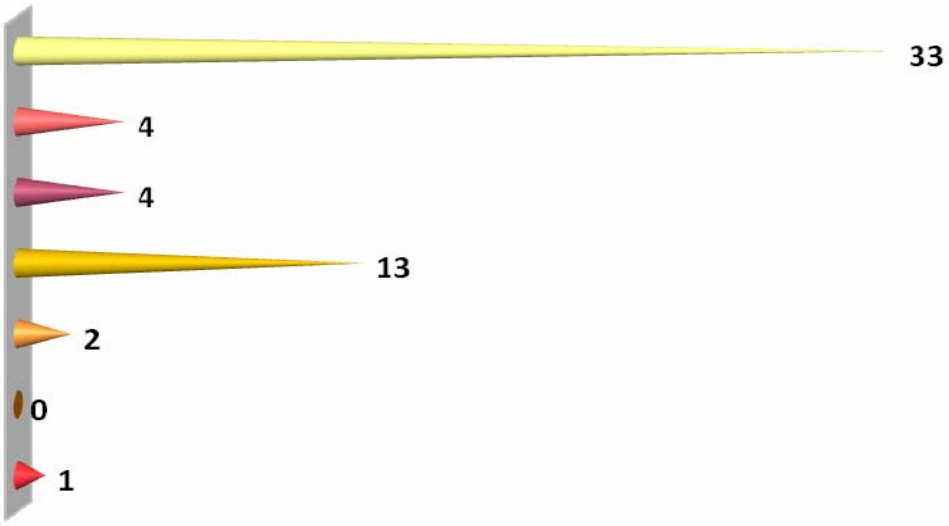


Legenda ke grafu 45

	lékař	**32**
	sestra	**15**
	psycholog	**10**
	jiné	**3**

V této otázce byla možnost označit i více odpovědí, získáno bylo 60 odpovědí. Informace o psychiatrické léčbě poskytl lékař 32 respondentům, sestra jako zdroj informací byla pro 15 respondentů, psycholog seznámil s možnou léčbou 10 respondentů a možnost jiné zvolili 3 respondenti.

Graf 46 Způsob sdělení potřebných informací

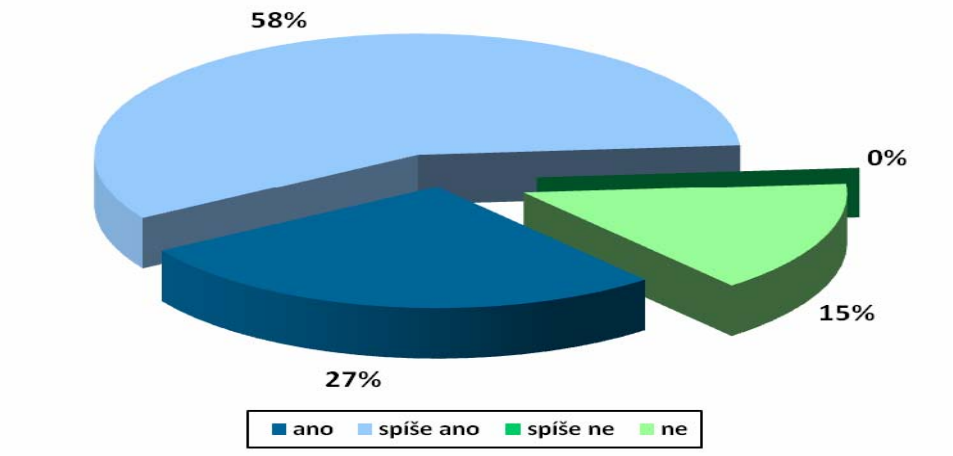


Legenda ke grafu 46

	rozhovor	**33**
	edukace	**4**
	poskytnuta odborná literatura, časopisy	**4**
	poskytnuty informační brožury, letáky	**13**
	doporučené internetové odkazy	**2**
	doporučeny svépomocné skupiny	**0**
	jiné	**1**

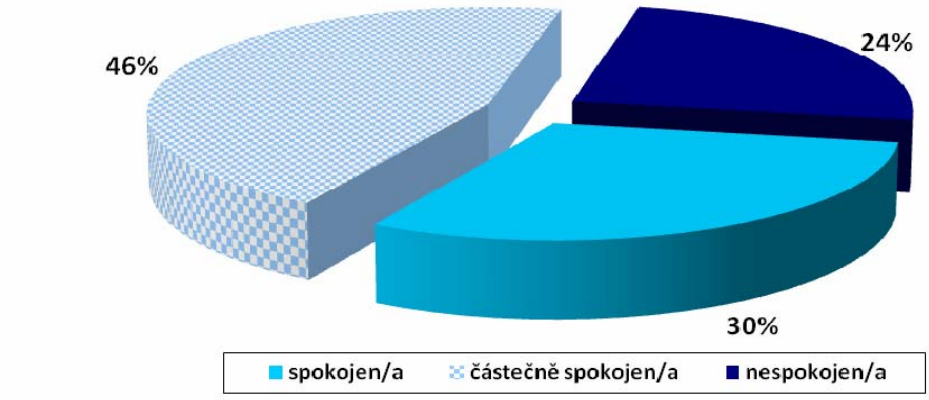
V otázce měli možnost respondenti označit i více odpovědí, bylo získáno 57 odpovědí. Pomocí rozhovoru byly předány informace 33 respondentům, v rámci edukace získali informace o příbuzném 4 respondenti. Pomocí odborné literatury, časopisů získali informace 4 respondenti, zdravotnický personál poskytl informační letáky, brožury 13 respondentům, internetové odkazy byly doporučeny 2 respondentům, svépomocné skupiny nebyly respondentům doporučeny a možnost jiné zvolil 1 respondent.

Graf 47 Názor respondentů na čas věnovaný k zodpovězení jejich otázek



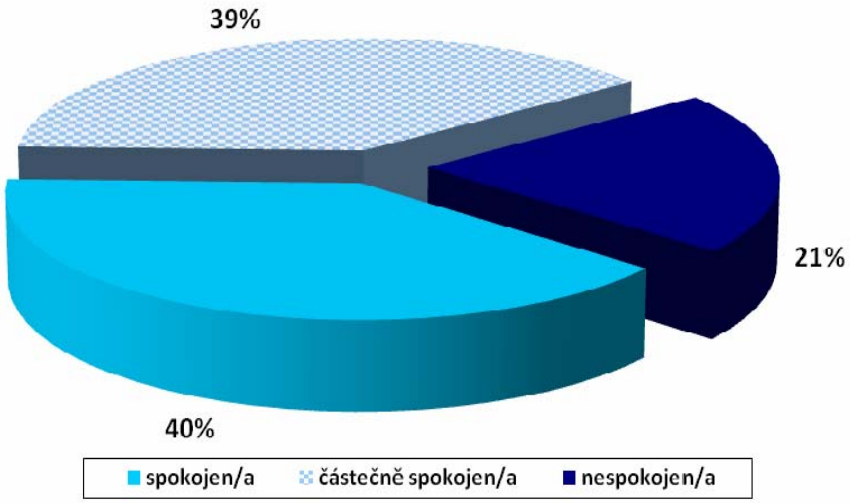
Dostatek času na zodpovězení otázek si udělal zdravotnický personál na 9 (27%) dotazovaných, odpověď „spíše ano“ označilo 19 (58%) dotazovaných, odpověď „spíše ne“ neoznačil žádný (0%) dotazovaný, odpověď „ne“ označilo 5 (15%) dotazovaných.

Graf 48 Spokojenost s informacemi od zdravotnického personálu o charakteru duševního onemocnění



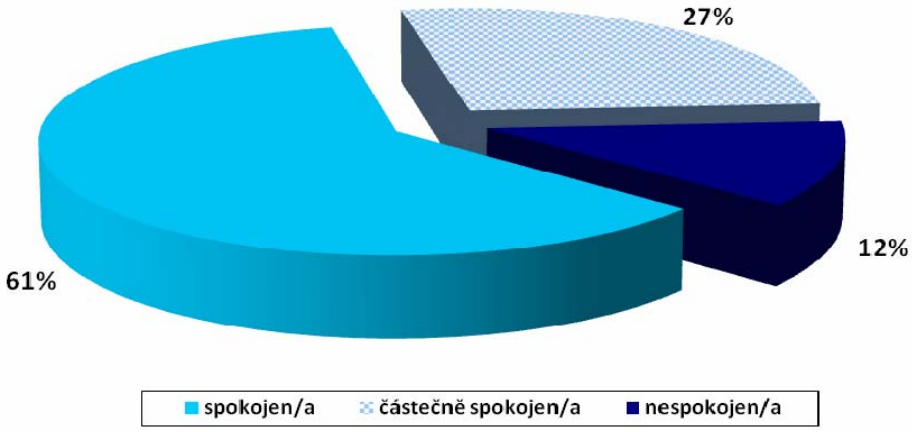
S informacemi o charakteru duševního onemocnění u nemocného příbuzného bylo plně spokojeno 10 (30%) dotazovaných, částečně spokojeno bylo 15 (46%) dotazovaných a odpověď „nespokojen/a“ označilo 8 (24%) dotazovaných.

Graf 49 Spokojenost s informacemi od zdravotnického personálu o možnostech zapojení se do péče



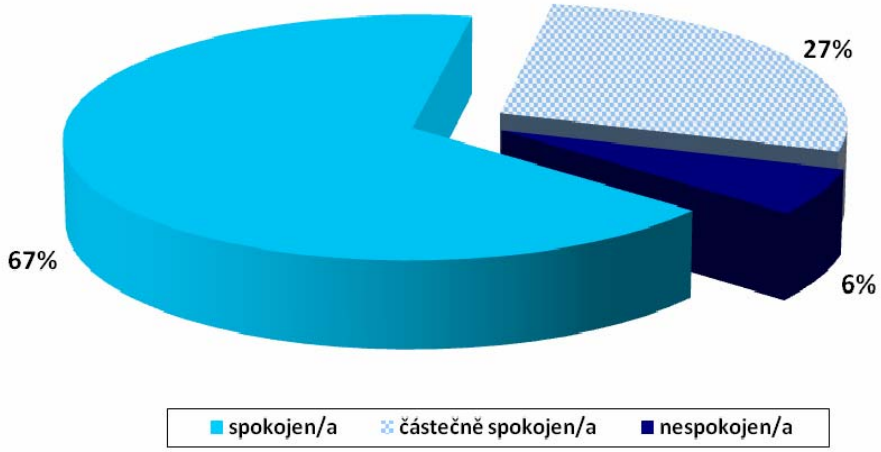
Plně spokojeno bylo s informacemi o možnostech zapojení se do péče 13 (40%) dotazovaných, částečně spokojeno bylo 13 (40%) dotazovaných a odpověď „nespokojen/a“ uvedlo 7 (20%) z dotazových.

Graf 50 Spokojenost s přístupem ze strany zdravotnického personálu



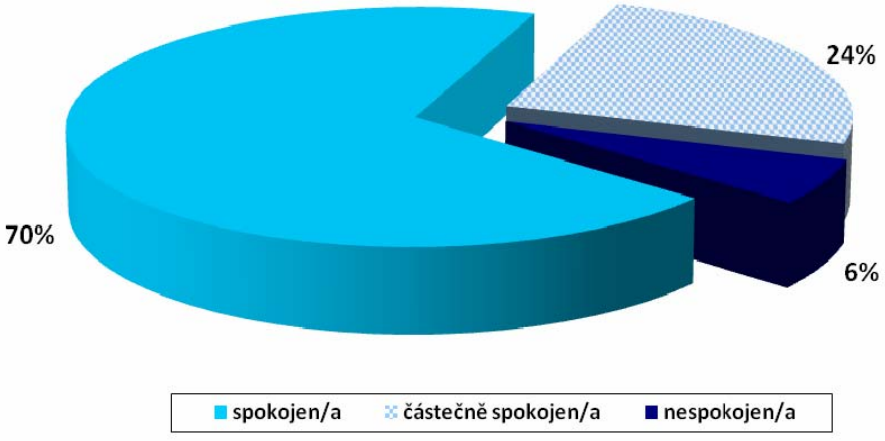
S přístupem ze strany zdravotnického personálu bylo spokojeno 20 (61%) respondentů, odpověď „částečně spokojen/a“ označilo 9 (27%) respondentů a odpověď „nespokojen/a“ označili 4 (12%) respondenti.

Graf 51 Celková spokojenost s informacemi od zdravotnického personálu



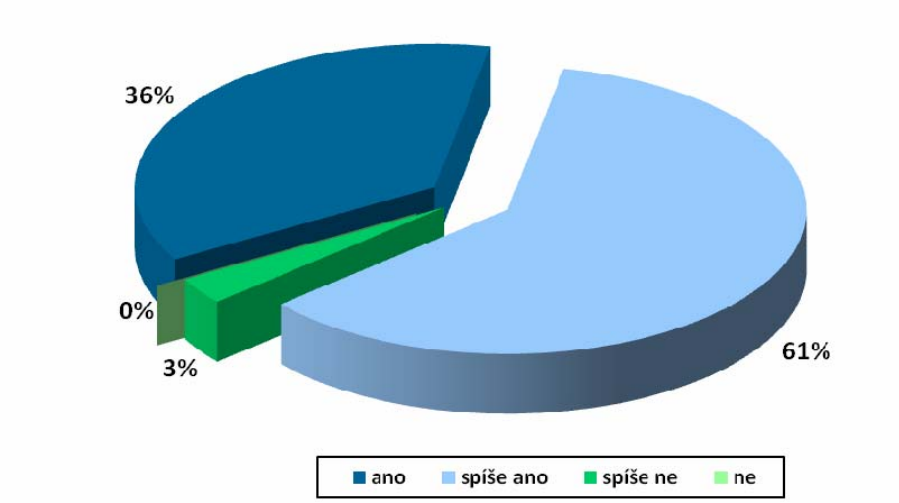
Celkově spokojeno s informacemi bylo 22 (67%) respondentů, odpověď „částečně spokojen/a“ označilo 9 (27%) respondentů a odpověď „nespokojen/a“ označili 2 (6%) respondenti.

Graf 52 Spokojenost se způsobem komunikace ze strany zdravotnického personálu



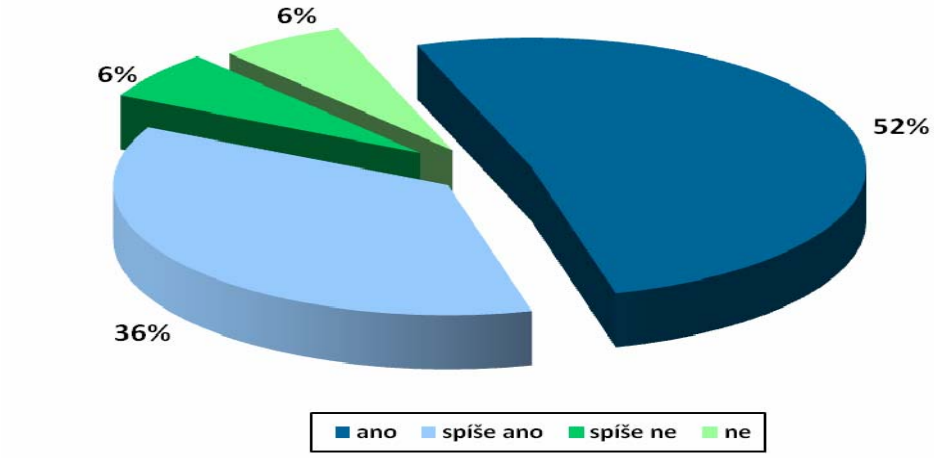
Z celkového počtu 33 respondentů bylo spokojeno se způsobem komunikace 23 (70%) respondentů, částečně spokojeno bylo 8 (24%) respondentů a nespokojeni byli 2 (6%) respondenti.

Graf 53 Srozumitelnost informací od zdravotnického personálu



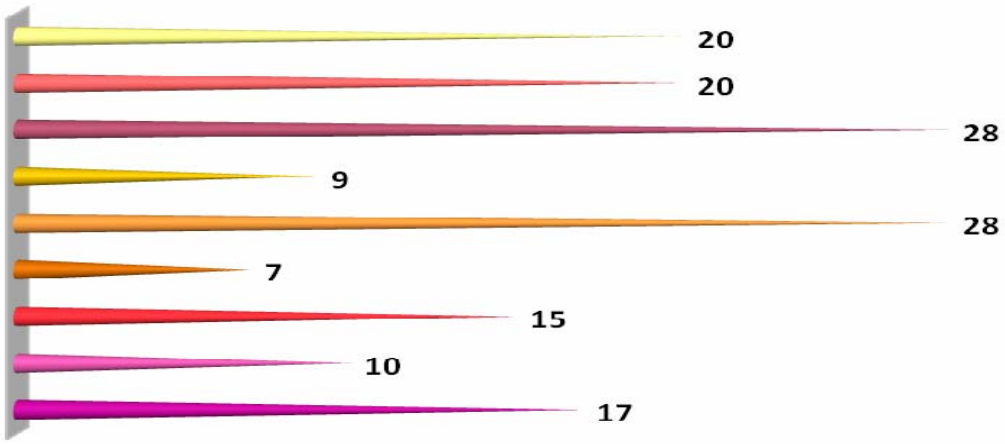
Informace od zdravotnického personálu byly srozumitelné pro 12 (36%) respondentům, spíše srozumitelné byly pro 20 (61%) respondentů, spíše nesrozumitelné byly pro 1 (3%) respondenta a možnost „ne“ neoznačil žádný (0%) respondent.

Graf 54 Rozsah informací od zdravotnického personálu



Informace od zdravotnického personálu byly dostačující pro 17 (52%) respondentů, spíše dostačující byly pro 12 (36%) respondentů, spíše nedostačující byly pro 2 (6%) respondenty a možnost „ne“ označili 2 (6%) respondenti.

Graf 55 Možné oblasti edukace pro rodiny duševně nemocných

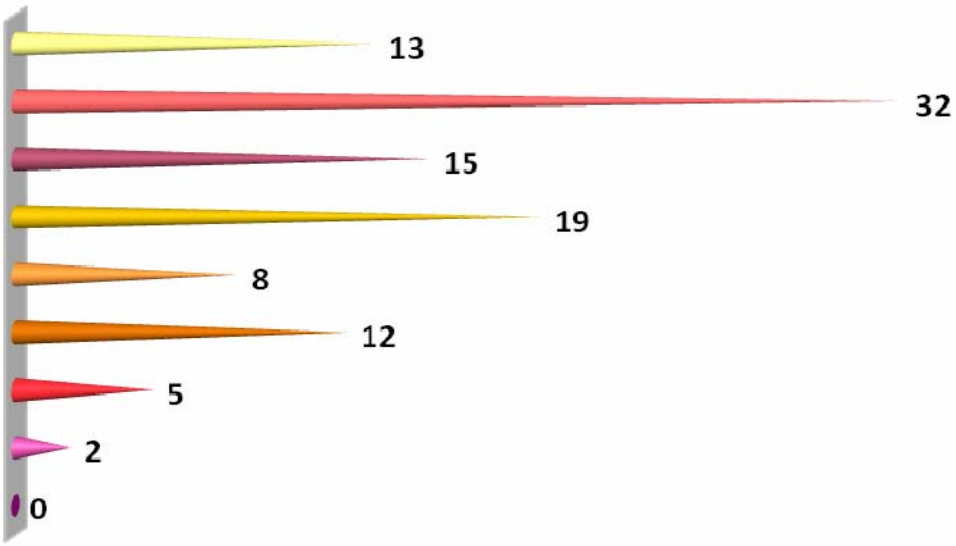


Legenda ke grafu 55

	charakter onemocnění	**20**
	dodržovat pravidelný léčebný režim	**20**
	aktivním zapojení rodinných příslušníků do péče	**28**
	pravidelné návštěvy v psychiatrické ambulanci	**9**
	komplikace při nedodržování léčebného režimu	**28**
	psychosociální problémy rodiny	**7**
	možnosti využívání dalších komunitních služeb	**15**
	poskytnuty kontakty na komunitní služby	**10**
	jiné	**17**

V této otázce mohli respondenti označit i více odpovědí, získaných bylo 154 odpovědí. Informace o charakteru duševního onemocnění by chtělo slyšet 20 respondentů, o nutnosti dodržovat pravidelný léčebný režim se zajímalo 20 respondentů, informace o aktivním zapojení rodiny do péče považovalo za podstatnou oblast 28 respondentů. Informace o pravidelných návštěvách v psychiatrické ambulanci by chtělo získat 9 respondentů, o komplikacích při nedodržování léčebného režimu by rádo vědělo 28 respondentů, psychosociální problémy rodin duševně nemocných byly důležitou oblastí edukace pro 7 respondentů a informace o možných službách další psychiatrické péče byly důležité pro 15 respondentů, poskytnutí kontaktů na komunitní služby v místě bydliště nemocného s duševním onemocněním by uvítalo 10 respondentů a možnost „jiné“ označilo 17 respondentů.

Graf 56 Zdroje informací o problematice duševních chorob pro rodinné příslušníky

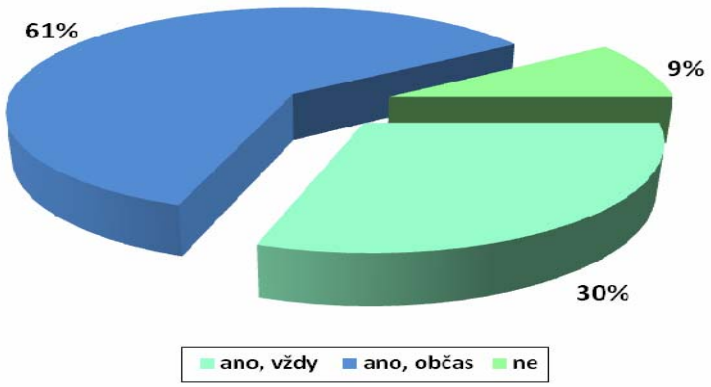


Legenda ke grafu 56

	od sester	**13**
	od lékaře	**32**
	od své rodiny	**15**
	z odborné literatury, brožur	**19**
	z časopisů	**8**
	z internetu	**12**
	z TV	**5**
	informace aktivně nevyhledávám	**2**
	jiné	**0**

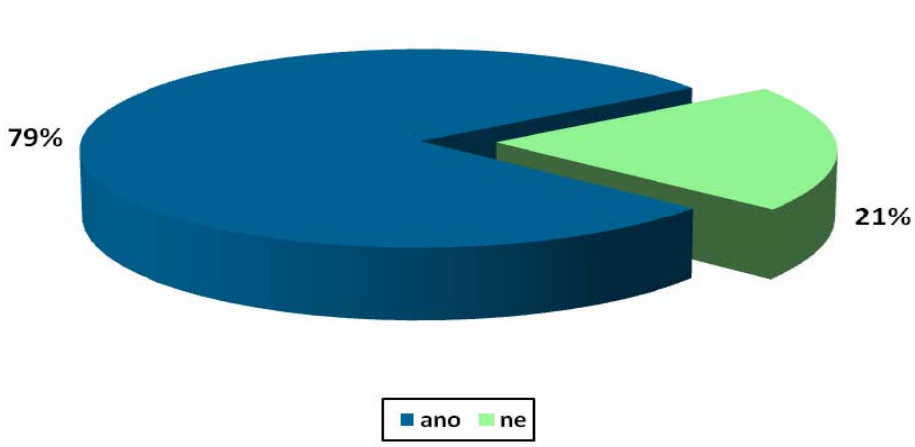
V otázce měli možnost respondenti označit i více odpovědí, bylo získáno 106 odpovědí. Informace od sester si samo získalo 13 respondentů, informace od lékařů získávalo 32 respondentů, zdrojem informací byla pro 15 respondentů jejich rodina. Pro 19 respondentů byla zdrojem informací odborná literatura a brožury, 8 respondentů čerpalo informace o problematice duševního onemocnění z časopisů, 12 respondentů čerpalo z internetu. U 5 respondentů byla zdrojem informací TV, 2 respondenti aktivně nevyhledávali informace a možnost „jiné“ neoznačil žádný respondent.

Graf 57 Motivace od sester k aktivnímu zapojení do péče



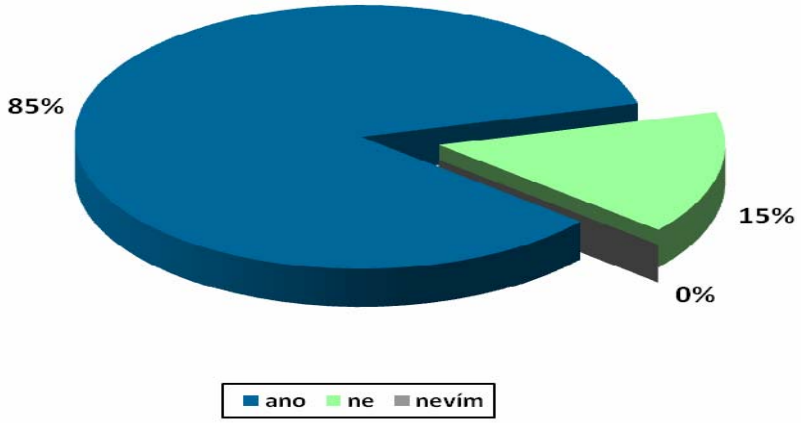
Sestry vždy motivovaly 10 (30%) respondentů, aby se aktivně zapojili do péče o jejich blízkého, občas bylo motivováno k aktivnímu zapojení do péče 20 (61%) respondentů a nikdy nebyli sestrou motivováni k zapojení do péče o člena rodiny 3 (9%) respondenti.

Graf 58 Aktivní zapojení rodin do péče o jejich blízké



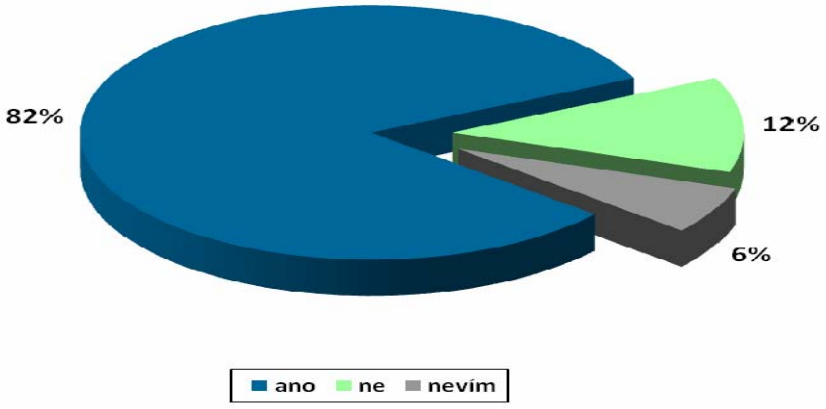
Z celkového počtu 33 dotazovaných se aktivně zapojilo do péče o člena rodiny 27 (79%) dotazovaných a nezapojilo se aktivně 7 (21%) dotazovaných do péče o jejich člena rodiny.

Graf 59 Využití informací od zdravotnického personálu při péči o nemocného člena rodiny



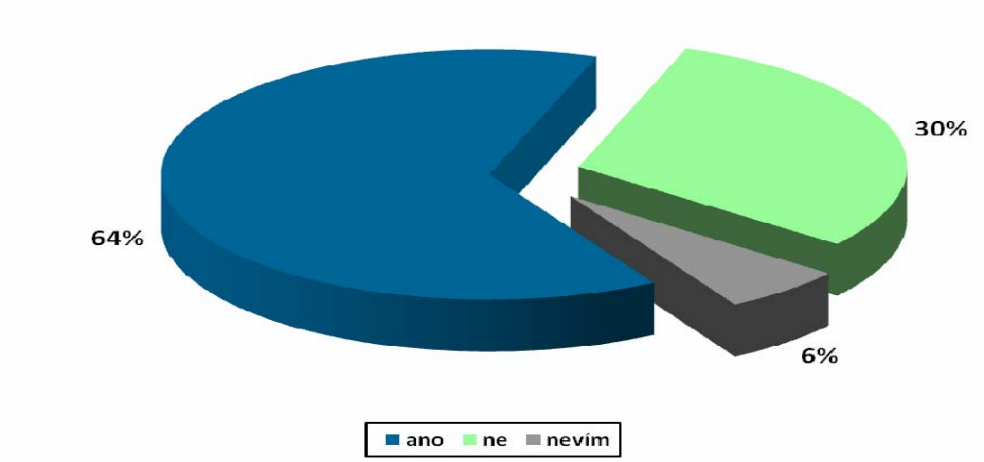
Při péči o nemocného člena rodiny využilo poskytnuté informace 28 (85%) respondentů, informace nevyužívalo 5 (15%) respondentů, zda poskytnuté informace využil, nevěděl nikdo (0%) z respondentů.

Graf 60 Využití informací od zdravotnického personálu při dodržování pravidelného léčebného režimu



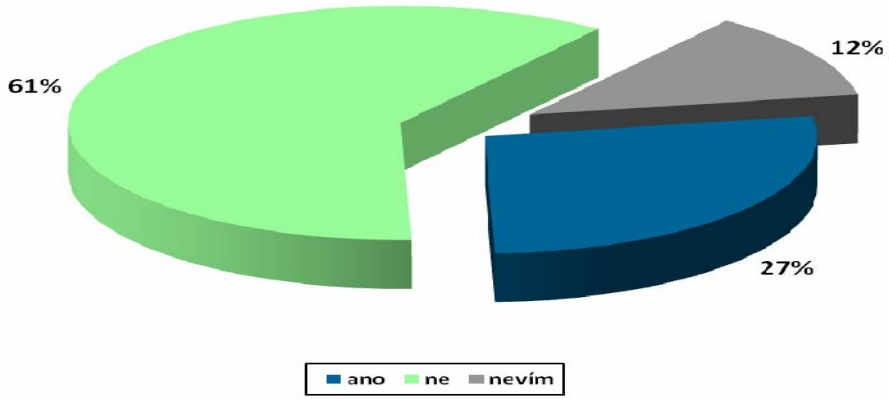
Při dodržování pravidelného léčebného režimu využilo informace od zdravotnického personálu 27 (82%) respondentů, dané informace nevyužili 4 (12%) respondenti a možnost nevím zvolili 2 (6%) respondenti.

Graf 61 Využití informací od zdravotnického personálu při rehabilitaci (nácviku soběstačnosti)



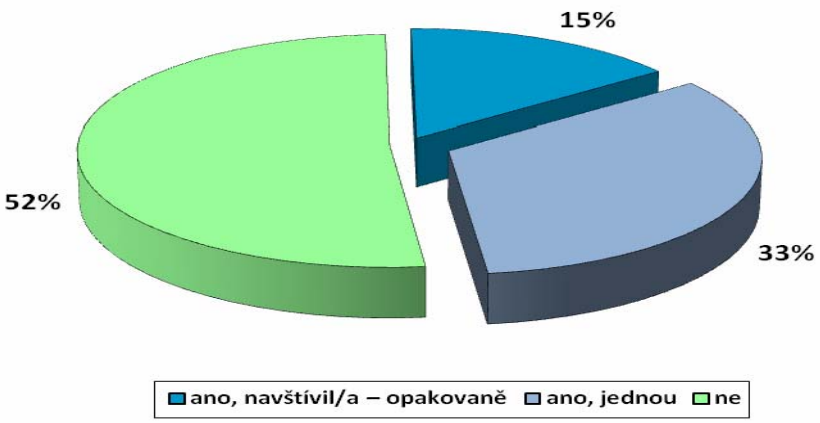
Při nácviku soběstačnosti využilo informace od zdravotnického personálu 21 (64%) respondentů, tyto informace nevyužilo 10 (30%) respondentů a možnost nevím zvolili 2 (6%) respondenti.

Graf 62 Využití informací od zdravotnického personálu při začleňování člena rodiny do komunity



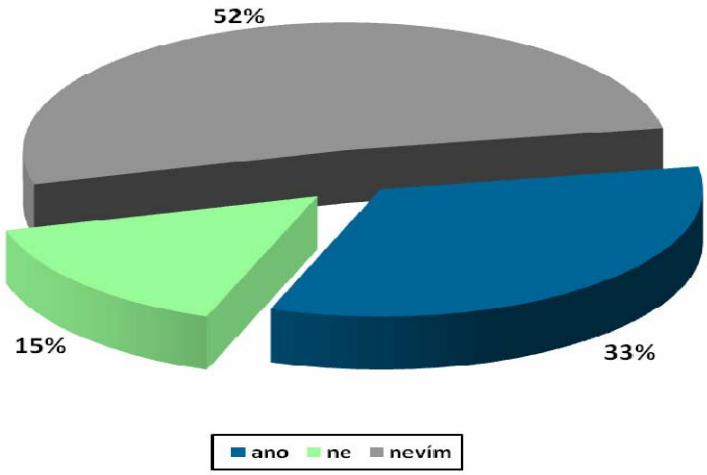
Informace z oblasti začleňování člena rodiny do komunity využilo 9 (27%) dotazovaných, poskytnuté informace nevyužilo 20 (61%) dotazovaných, zda poskytnuté informace využili, nevěděli 4 (12%) respondenti.

Graf 63 Návštěva psychiatrických služeb rodinnými příslušníky



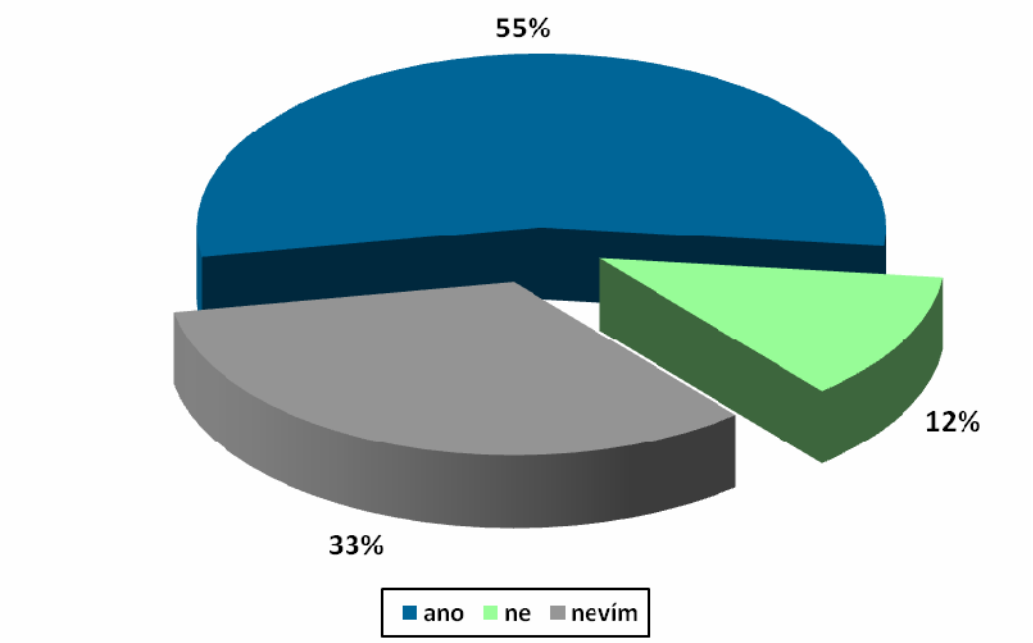
Opakovaně využilo psychiatrické služby pro člena rodiny 5 (15%) respondentů, jednou tyto služby vyhledalo pro člena rodiny 11 (33%) respondentů a nenavštívilo psychiatrické služby 17 (52%) respondentů.

Graf 64 Dostupnost možných psychiatrických služeb pro nemocné s duševním onemocněním z pohledu rodiny



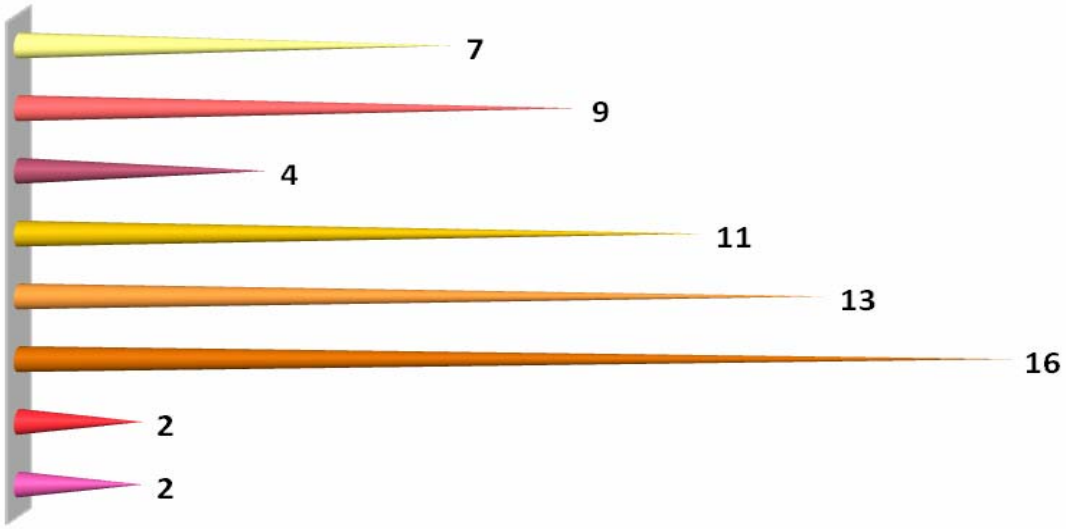
Dostupnost možných psychiatrických služeb pro nemocné s duševním onemocněním vyhovovala 11 (33%) respondentům, nevyhovovala 5 (15%) respondentům a nevědělo 17 (52%) respondentů.

Graf 65 Názor respondentů na přínos psychiatrických služeb pro nemocné s duševním onemocněním z pohledu rodiny



Z celkového počtu 33 respondentů, si myslelo 18 (55%) respondentů, že psychiatrické služby jsou přínosné pro nemocného člena rodiny, 4 (12%) respondenti nepovažovali psychiatrické služby za přínosné a možnost nevím označilo 11 (33%) respondentů.

Graf 66 Smysl psychiatrických služeb pro nemocné s duševním onemocněním z pohledu rodiny

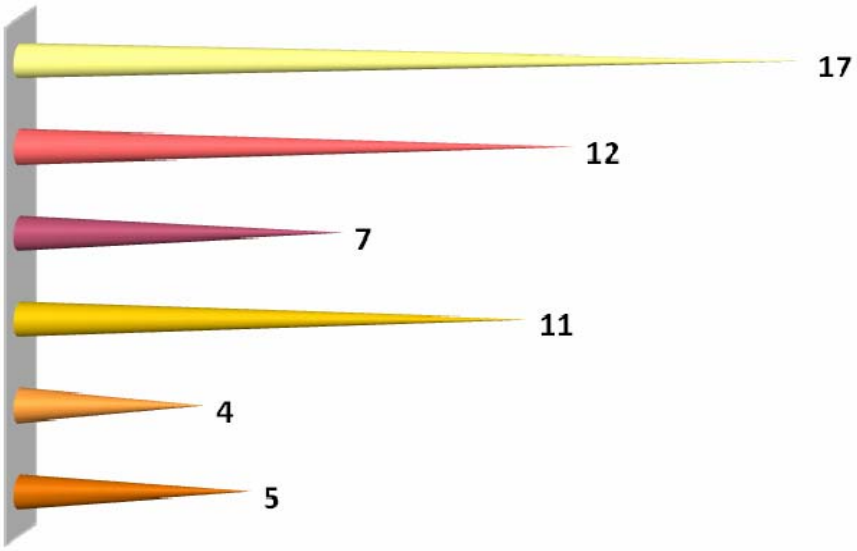


Legenda ke grafu 66

	podporují nemocného	**7**
	aktivizují nemocného	**9**
	motivují nemocného	**4**
	pomáhají nemocnému získat/upřesnit informace	**11**
	vyplňují čas nemocnému	**13**
	nemocný se zde setkává se stejně nemocnými lidmi	**16**
	nevím	**2**
	jiné	**2**

Na tuto otázku odpovídalo pouze 18 respondentů, rozšiřuje odpověď „ano“ z grafu 65, v otázce bylo možné označit i více odpovědí, kterých bylo získáno 64. Že psychiatrické služby podporují nemocného, si myslelo 7 respondentů, že služby aktivizují nemocného, si myslelo 9 respondentů. Jako motivaci nemocného je považovali 4 respondenti, psychiatrické služby pomáhaly nemocnému získat/upřesnit informace, si myslelo 11 respondentů. Smyslem psychiatrických služeb bylo, že vyplňují čas nemocnému, tento názor mělo 13 respondentů. Odpověď nemocný se zde setkává se stejně nemocnými lidmi, zvolilo 16 respondentů, možnost „nevím“označili 2 respondenti a možnost „jiné“ označili také 2 respondenti.

Graf 67 Důvody vedoucí k nezodpovězení otázek od rodinných příslušníků

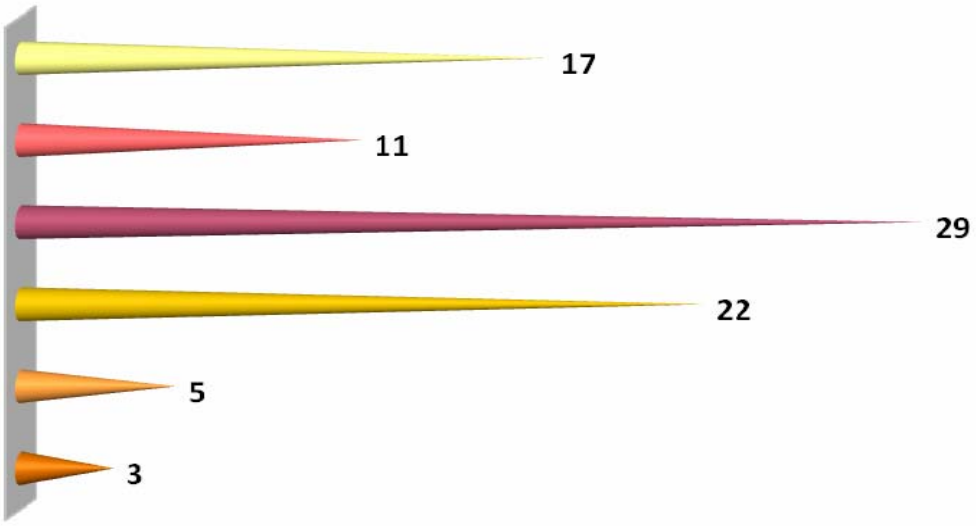


Legenda ke grafu 67

	nedostatek času	**17**
	nedostatek soukromí	**12**
	komunikační překážky	**7**
	chybí klidné, upravené prostory pro rozhovor	**11**
	nevím	**4**
	jiné	**5**

V této otázce byla možnost zvolit i více odpovědí, bylo získáno 56 odpovědí. Nedostatek času vedl podle 17 dotazovaných k tomu, že nebyly zodpovězeny jejich otázky, nedostatek soukromí chyběl 12 dotazovaným, komunikační překážky ze strany sestry uvedlo 7 dotazovaných. Odpověď chybí klidné, upravené prostory pro rozhovor označilo 11 dotazovaných, nevěděli 4 dotazovaní a možnost „jiné“ zvolilo 5 dotazovaných.

Graf 68 Důvody vedoucí ke zlepšení informovanosti rodinných příslušníků

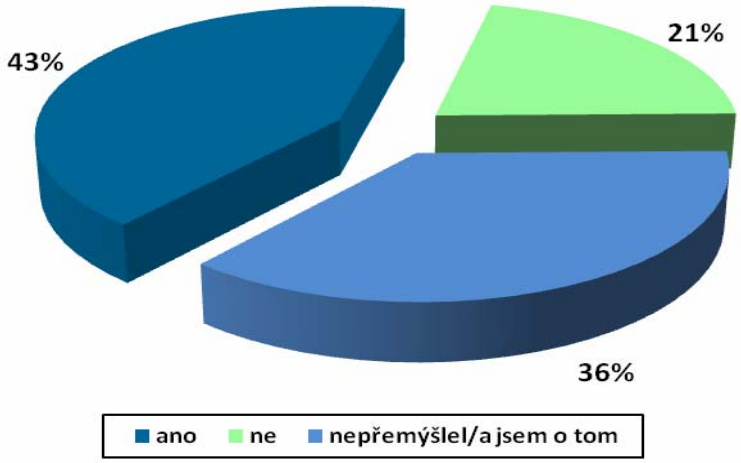


Legenda ke grafu 68

	dostatek času na podání informací	**17**
	dostatek prostoru pro zodpovězení otázek	**11**
	klidná, upravená místnost s dostatkem soukromí	**29**
	dostatek srozumitelných materiálů o problematice	**22**
	nevím	**5**
	jiné	**3**

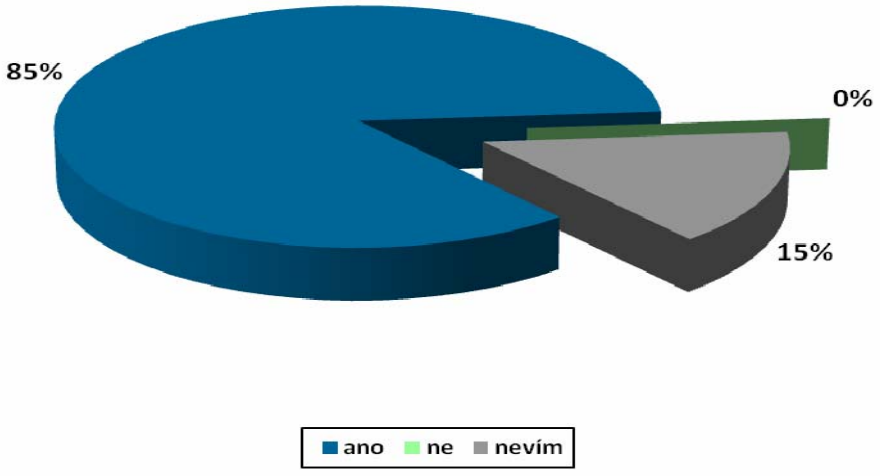
I zde byla respondentům nabídnuta možnost zvolit si více odpovědí, získáno bylo 87 odpovědí. Ke zlepšení informovanosti by podle 17 respondentů přispěl dostatek času na podávání informací, 11 respondentů by uvítalo více prostoru pro zodpovězení otázek o problematice duševního onemocnění, 29 respondentů by uvítalo klidnou, upravenou místnost s dostatkem soukromí. Podle názoru 22 respondentů by přispělo ke zlepšení informovanosti dostatečné množství srozumitelných materiálů o problematice psychiatrického ošetřování, 5 respondentů nevědělo a 3 respondenti označili odpověď „jiné“.

Graf 69 Zájem rodin účastnit se edukace o problematice duševních chorob



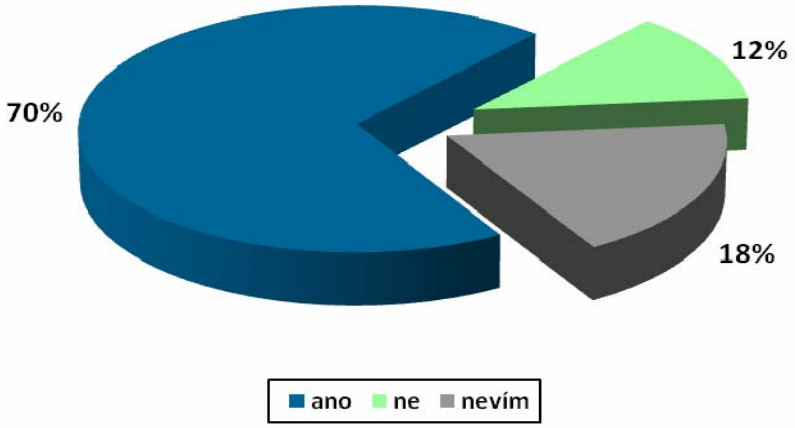
Zájem o účast na edukaci projevilo 14 (43%) dotazovaných, nechtělo se účastnit 7 (21%) dotazovaných a nepřemýšlelo, o tom 12 (36%) dotazovaných.

Graf 70 Dodržování pravidelného denního režimu



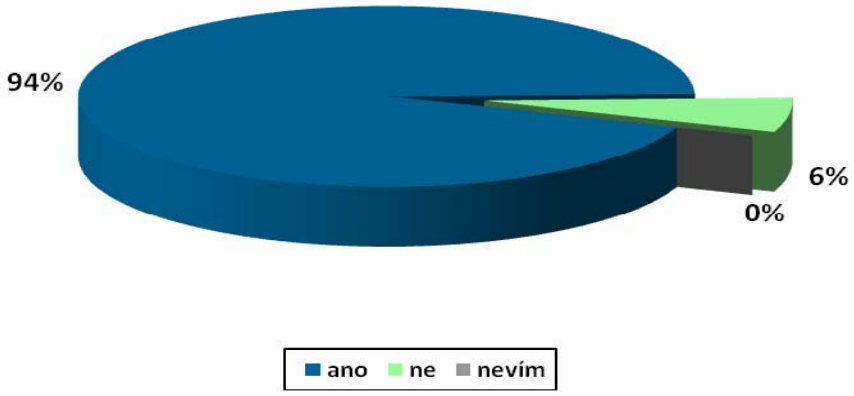
Z celkového počtu 33 respondentů si myslelo 28 (85%) respondentů, že je nutné celoživotně dodržoval pravidelný denní režim u nemocného člena rodiny, nikdo (0%) z respondentů si nemyslel, že to je nutné a 5 (15%) respondentů nevědělo.

Graf 71 Dodržování pravidelného spánkového režimu



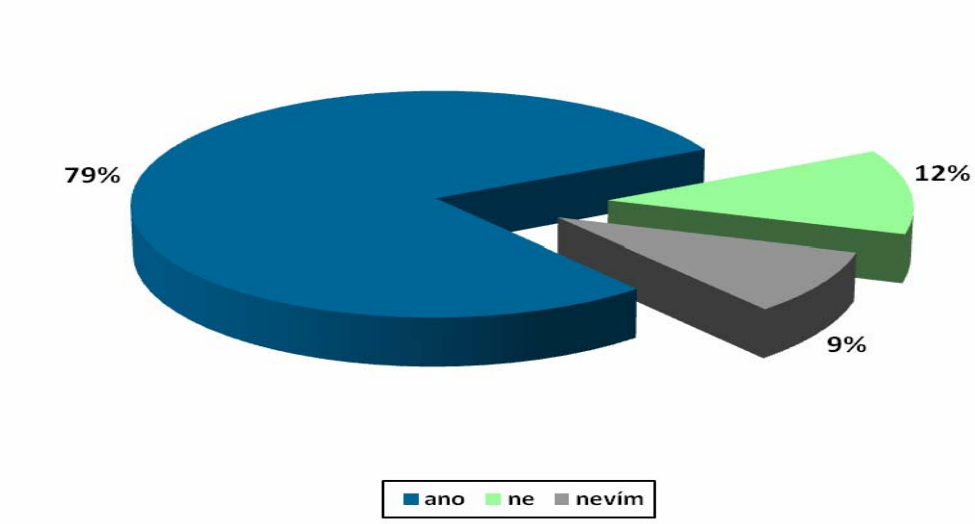
Že je nutné celoživotně dodržoval pravidelný spánkový režim u nemocného člena rodiny, si myslelo 23 (70%) respondentů, že to není nutné, si mysleli 4 (12%) respondenti a nevědělo 6 (18%) respondentů.

Graf 72 Pravidelné kontroly v psychiatrické ambulanci



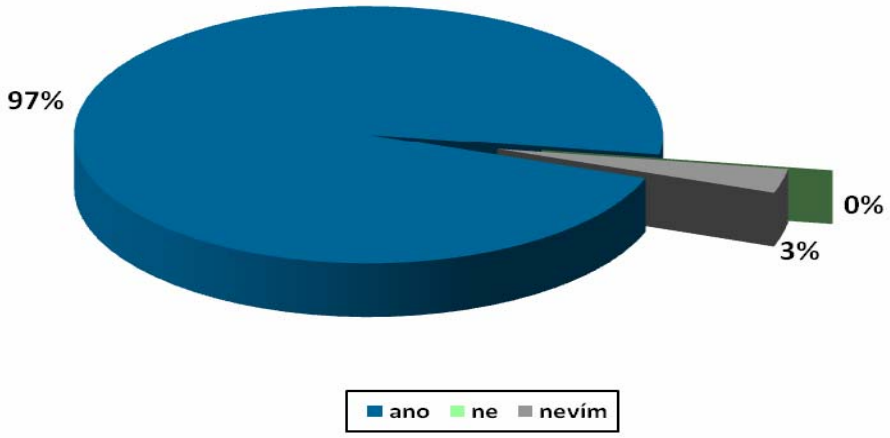
O nutnosti pravidelných kontrol v psychiatrické ambulanci vědělo 31 (94%) respondentů, že to není nutné, se domnívali 2 (6%) respondenti a možnost nevím nezvolil nikdo (0%) z respondentů.

Graf 73 Neužívání alkoholu



O nutnosti neužívat alkohol vědělo 26 (79%) respondentů, že to není nutné, si mysleli 4 (12%) respondenti a 3 (9%) respondenti nevěděli.

Graf 74 Pravidelné užívání léků



Názor 32 (97%) respondentů na celoživotní nutnost pravidelného užívání léků byl, že je nutné toto nařízení respektovat, žádný (0%) respondent neoznačil možnost „ne“ a 1 (3%) respondent nevěděl.

5. Diskuse

5.1 Diskuse k dotazníku

V diplomové práci na téma „Spolupráce psychiatrických sester s rodinami duševně nemocných“, jsme se v první části empirického šetření zaměřili na spolupráci sester, jejich komunikaci, edukaci s rodinami duševně nemocných a zapojování rodinných příslušníků do péče. Cílem pro danou část výzkumu bylo zjistit, zda psychiatrické sestry zapojují rodiny duševně nemocných do ošetřovatelské péče. V dotazníkovém šetření byly získány odpovědi od sester pracujících v Psychiatrické léčebně v Jihlavě a Psychiatrické léčebně v Havlíčkově Brodě. Empirického šetření se zúčastnilo 212 respondentů.

Prvních pět otázek bylo demografických, pomohly specifikovat výzkumný soubor. Tyto otázky se týkaly věku respondentů, délky psychiatrické praxe, nejvyššího dosaženého vzdělání, zjišťovaly charakter a typ oddělení a pracovní zařazení respondentů. Z demografického šetření vyplynulo, že nejméně (2%) respondentů bylo ve věku do 21 let, méně než jedna třetina (35%) respondentů byla ve věku od 21 – 35 let, nejvíce (41%) respondentů bylo ve věku od 36 – 50 let, jedna pětina (22%) respondentů byla ve věku od 51 let a více (viz graf 1). Délku psychiatrické praxe znázorňuje graf 2, do 5 let pracovalo 31% respondentů, od 6 – 15 let pracovalo 33% respondentů, od 16 – 25 let pracovalo 19% respondentů a od 26 a více pracovalo 17% respondentů. Nejvyšší dosažené vzdělání respondentů znázorňuje graf 3, kdy nejvíce (75%) respondentů mělo střední vzdělání s maturitou, jedna pětina (21%) respondentů měla vyšší odborné vzdělání a nejméně (4%) respondentů mělo vysokoškolské vzdělání. Jak uvádí Jarošová (19), specializační studium je důležité k udržení odborné způsobilosti sester a k růstu během profesního života, které je zaměřeno na specifiku ošetřovatelské péče v oboru psychiatrie. Výsledky výzkumu však toto tvrzení nepodporují, jak ukazuje graf 4, který se věnuje problematice vzdělání, a to specializačnímu studiu v oboru psychiatrie, které absolvovalo pouze 23% respondentů a neabsolvovalo ho 77% respondentů. Tento výsledek jsme očekávali s ohledem na věkovou skupinu respondentů. Myslíme si, že i v dnešní době je menší zájem

o specializační studium, který plyne z toho, že je ve značné míře časově i finančně náročné pro respondenty, kteří mají rodiny a děti. Z praxe víme, že zvláště ve směnném provozu mají sestry problém zkombinovat studium, práci a starost o svoji rodinu, proto raději zvolí jiný druh celoživotního vzdělávání. Jak ukazuje graf 4, v ranním provozu pracovalo pouze 18% respondentů a ve směnném provozu pracovalo 82% respondentů.

Jak uvádí Marková (40), v psychiatrických léčebnách poskytují specializovanou péči pacientům s rozličnými psychiatrickými diagnózami, proto je nutné mít více druhů oddělení, mezi něž patří např.: oddělení přijímací, rehabilitační, doléčovací, gerontopsychiatrická, ale i somatická oddělení aj. V našem souboru na přijímacím oddělení pracovalo 33% respondentů, na chronickém oddělení pracovalo 10% respondentů, na gerontopsychiatrickém oddělení pracovalo 13% respondentů, na detenčním pracovalo 5% respondentů. Na oddělení závislostí pracovalo 14% respondentů, na psychoterapeutickém oddělení pracovalo 8% respondentů a 17% respondentů pracovalo na jiném charakteru oddělení. Z jiných oddělení bylo zastoupeno stejným poměrem oddělení rehabilitační, doléčovací a interní psychiatrické oddělení (viz graf 6). Typ oddělení znázorňuje graf 7, kdy méně (26%) respondentů pracovalo na otevřeném oddělení a většina (74%) respondentů pracovala na uzavřeném typu oddělení.

Další otázky ve výzkumném šetření se již vztahovaly ke stanovenému cíli. S přihlédnutím k tématu a cíli dotazníkového šetření jsme stanovili 3 hypotézy. K vyvrácení nebo potvrzení **hypotézy 1:** Sestry mají při své práci čas na edukaci rodinných příslušníků, byly v dotazníku zaměřeny otázky č. 6 – 18 (viz příloha 1).

Pomocí otázek jsme chtěli zjistit, zda a jak sestry edukovaly rodiny duševně nemocných při své práci, zda mají čas na edukaci. Jak uvádí Závodná (72) a Juřeníková (26), pod pojmem edukace si představujeme především vzdělávání, výchovu. Prezentované výsledky empirického šetření toto tvrzení dokládají, jak ukazuje graf 8, pod pojmem edukace si 164 respondentů představovalo výchovu, jako vzdělávání si ji vysvětlovalo 123 respondentů. Na otázku, zda edukaci rodin lze zařadit do náplně práce sester, odpovědělo 35% respondentů, že patří do náplně práce sestry. Spíše patří, si myslelo 55% respondentů a pouze 3% respondentů nezařadilo edukaci do náplně práce

sester. Špirudová (62) uvádí, že je důležité edukovat nejen pacienta, ale i jeho rodinu, aby se zabránilo komplikacím plynoucích z neznalosti a neinformovanosti. S našimi zjištěními korespondují i výsledky výzkumu Magerčiakové (35) z roku 2005, kdy 97% sester zařadilo edukaci do náplně své práce. Myslíme si, že v této otázce se projevila u respondentů znalost kompetencí daných vyhláškou č. 424/2004 Sb., kterou se stanoví činnosti zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, ve znění pozdějších předpisů. Znalost kompetencí má pozitivní vliv nejen na práci sester. Ale má i význam pro zaměstnavatele, pacienty a jejich rodiny. Ve vyhlášce č. 424/2004 Sb., ve znění pozdějších předpisů (67) se uvádí jako jedna z kompetencí sester edukace pacientů a jiných osob při ošetřovatelské činnosti.

Na otázku, zda mají sestry čas na edukaci, označila menší část (37%) respondentů odpověď ano a většina (67%) respondentů neměla při práci čas na edukaci rodinných příslušníků (viz graf 10). Jak znázorňuje graf 12, přes nedostatek času se aktivně zapojuje do edukace rodin 69% respondentů a pouze 31% respondentů při své práci needukovalo. K témuž zjištění došla i Magerčiaková (35) ve výzkumu z roku 2005, kdy až 70% sester provádělo edukaci rodin při své práci. V doplňující otázce respondenti měli možnosti zdůvodnit, proč needukovali rodiny duševně nemocných. Jak vyplývá z grafu 12 A, který není uveden v procentech, protože respondenti mohli uvést i více možností. Z 66-ti respondentů needukovalo pro nezájem rodiny 36 respondentů, nedostatečně profesně připraveno bylo 45 respondentů, nejvíce však, a to 50 respondentů needukovalo pro nedostatek času, edukaci rodin provádí lékař, označilo 20 respondentů. Fričová (11) uvádí, že je nutné vytvořit sestrám prostor a čas k edukaci a samostatné práci. I Magerčiaková (35) doporučuje pro ošetřovatelskou praxi, aby se sestry motivovaly k dalšímu vzdělání v oblastech edukace a edukační činnosti. Je nutné vytvořit prostor pro realizaci sester a vyzvat je k aktivnímu zapojení do vytváření jednotlivých edukačních plánů. S těmito doporučeními nejde jinak než souhlasit. Ze zkušeností jiných sester víme, že pro stále zvětšující se administrativu a snižování počtu sester ve směně není vytvořen dostatečný prostor pro edukaci rodinných příslušníků.

Překvapivým, ale i zároveň alarmujícím zjištěním bylo, že ze všech 146-ti sester, které edukují rodiny duševně nemocných, vyhotovovala pouze menšina (25%)

respondentů záznam z provedené edukace a většina (75%) respondentů nevyhotovovala záznam o edukaci, což ukazuje graf 16. Výsledky výzkumu jsou v rozporu s poznatky jak Špirudové (62), tak i Juřeníkové (26), které uvádějí, že dokumentování poskytnuté edukace je důležitou součástí edukačního procesu. Záznam o edukaci má být součástí ošetřovatelské dokumentace. Záznam je zdrojem informací nejen o vykonané edukaci, ale i zdrojem informací pro ostatní členy multidisciplinárního týmu. Podle našeho názoru by měly být získané výsledky popudem pro management zdravotnických zařízení pro vypracování formuláře edukačního záznamu. *Z empirického šetření je patrné, že byla hypotéza 1 vyvrácena.*

Další hypotézou stanovenou k danému cíli, byla **hypotéza 2**: Sestry motivují rodiny k aktivní účasti na ošetřovatelské péči o duševně nemocné. K dané hypotéze se vztahovaly v dotazníku otázky č. 19 – 24 (viz příloha 1). K tomu, aby mohly sestry motivovat rodiny k zapojení do péče, musí sestry poskytnout rodinám dostatek srozumitelných informací o péči o jejich blízké, o psychiatrických službách aj. Chtěli jsme znát názor sester, jak by mohly ovlivnit a zlepšit informovanost, a tak i motivaci rodiny k aktivnímu zapojení. V grafu 20 jsou znázorněny jednotlivé názory respondentů, graf není vyjádřen procentuelně, neboť respondenti mohli uvést i více možností. Dostatek času by uvítalo 148 respondentů, klidnou a upravenou místnost postrádalo 67 respondentů, že by měl zaměstnavatel zabezpečit dostatek srozumitelných materiálů o problematice psychiatrického ošetřování, zvolilo 127 respondentů, zvýšení kompetencí by uvítalo 53 respondentů a další. S výsledky výzkumu se shodují i doporučení od Fričové (11), která uvádí, že je nutné zabezpečit sestrám dostatek materiálů, prostředků i vhodného prostředí s dostatkem soukromí pro motivování a podávání informací rodinám duševně nemocných. I Praško a kolektiv autorů (49) uvádějí, že poskytnou dostatek informací nejen nemocnému, ale i jeho rodině, je jeden ze způsobů, jak zlepšit spolupráci v péči o duševně nemocné. Ze zkušeností v ošetřovatelské praxi můžeme tato doporučení jenom přivítat. Je ale důležité, aby tato doporučení byla akceptována ze strany ošetřovatelského managementu a vedení jednotlivých zdravotnických zařízení. Pojmem motivace si vysvětlovalo 33% respondentů jako vybízení, 44% respondentů ji chápalo jako podněcování,

22% respondentů uvedlo, touha po něčem a další (viz graf 21). Problematikou motivace se zabývali i Miller, Rollnick (45) ve své monografii, jež chápou motivaci jako připravenost, touhu po něčem. Výsledky výzkumu tuto formulaci potvrzují. Na otázku, zda je důležitá motivace rodiny k zapojení do péče, odpověděla převážná většina (98%) respondentů, že motivace rodin je důležitá, a minimum (2%) respondentů nepovažuje motivaci rodin za důležitou (viz graf 22). S výsledky výzkumu jsou ve shodě i Miller, Rollnick (45), kdy ve své monografii uvádějí, že motivace je důležitá, pomáhá člověku podstoupit cestu ke změně, pomáhá mu překonat ambivalenci. Při využití motivace v rozhovoru dochází pouze k posílení vlastní vnitřní motivace u člověka, na kterého sestra či terapeut působí. Aby duševně nemocní mohli žít ve svém přirozeném prostředí a mohli se zapojit do společnosti, potřebují podporu od svých blízkých. Proto si myslíme, že aktivní přístup ze strany sester k motivování rodin k aktivnímu zapojení do péče o jejich blízkého je velmi důležitý.

S potěšením můžeme konstatovat, jak ukazuje graf 24, že 69% respondentů motivuje a jen 31% respondentů nemotivuje rodiny k aktivní účasti na péči o jejich nemocného člena rodiny. Což odpovídá i poznatkům Juřenové (25), že by se rodina měla aktivně podílet na zdravotní péči o svého člena. Aby se rodina kvalifikovaně využila při péči o své blízké, je nutná motivace a úzká spolupráce sester, multidisciplinárního týmu a rodinných příslušníků. Ze zkušeností víme, že duševní onemocnění vyžaduje dlouhodobou, někdy i celoživotní léčbu. Od rodiny i nemocného s duševním onemocněním se vyžaduje, aby respektovali různá pravidla, omezení i nařízení, která s sebou přináší samotné onemocnění. Většina nemocných žije ve společné domácnosti se svojí rodinou. Proto by měla být rodina co nejdříve aktivně zapojena do péče, tak aby se o svého člena rodiny byla schopna starat i v jeho přirozeném prostředí. To potvrzuje i Praško (48), že rodiny mohou ovlivnit průběh duševního onemocnění. Výzkumy zjistily, že zapojení rodiny do péče snižuje riziko relapsu až o 20%. Následující graf 24 A znázorňuje všechny důvody, proč 65 respondentů nemotivuje rodiny k účasti na péči. Nejvíce, a to 48 respondentů nemotivuje z nedostatku času během své směny, 26 respondentů nemotivuje, protože rodiny mají samy zájem se zapojit do péče, 21 respondentů si myslelo, že motivaci

provádí pouze lékař. Zarážející je, že 2 respondenti považovali motivaci rodin za zbytečnou, 13 respondentů nevědělo a 9 respondentů zvolilo odpověď jiné.

Z poznatků Bártlové (2) vyplývá, že je nutné umožnit co nejširší rozsah péče o nemocného přímo v přirozeném prostředí rodiny. To s sebou přináší uzpůsobení organizace práce a provozních činností zdravotnických zařízení. S tím se shodují i výsledky výzkumného šetření, jak ukazuje graf 26. Sestry zde mohly vyslovit názor, co podle nich ovlivňuje spolupráci rodiny se zdravotnickým personálem. Chování sester ovlivňuje rodiny, označilo 151 respondentů, profesionální schopnosti a dovednosti sester měly vliv na spolupráci podle 123 respondentů, pohled byl ovlivněn organizací práce, si myslelo 49 respondentů, vzdělání sester ovlivňuje rodiny podle 26 respondentů a pohled rodinných příslušníků ovlivňuje prestiž sesterského povolání, uvedlo 38 respondentů. Tento výsledek potvrzuje i Prudíková (50), která uvádí, že existuje mnoho faktorů, které ovlivňují názor rodiny na sestry a spolupráci s nimi. Jedním z faktorů je prestiž povolání, názor rodin ovlivňuje také profesionální chování zdravotníků, jejich dovednosti, srozumitelná komunikace při jednání s nemocnými, rodinami, ale i způsob vzdělávání zdravotníků v ČR. O prestiži povolání se také zmiňuje Maryšková (42), která se domnívá, že rodiny si myslí, že je sice sesterské povolání potřebné a váží si ho, ale nepovažují ho za prestižní. Domníváme se, že tento názor je zčásti pravdivý. Z vlastních profesních zkušeností víme, že sestra je vnímána „laickou" veřejností pouze jako „pomocnice lékaře" a ne jako vzdělaná, erudovaná a kvalifikovaná pro svoji profesi. Jedním z kroků, který by pomohl zvýšit prestiž a vnímání sester veřejností, je samotný postoj lékařů a odborníků ve zdravotnictví, pokud rodiny uvidí, že je sestra respektována lékaři jako jim rovná, získají k ní respekt a důvěru i samotní rodinní příslušníci, ale i veřejnost. *Z prezentovaných výsledků empirického šetření je zjevné, že hypotéza 2 byla potvrzena.*

V rámci diplomové práce byla stanovena k danému cíli i **hypotéza 3**: Sestry nemají problémy komunikovat s rodinami duševně nemocných. K vyvrácení nebo potvrzení hypotézy byly v dotazníku zaměřeny otázky č. 25 – 30 (viz příloha 1).

Horňáková, Štefková (16) zmiňují, že schopnost dobře komunikovat patří k nejdůležitějším schopnostem sester. Samotná komunikace je důležitým aspektem

ošetřovatelské činnosti pro sestry a všechny zdravotnické pracovníky. Což odpovídá i zjištěným výsledkům empirického šetření, jak vyplývá z grafu 27. Komunikace v práci sester byla velmi důležitá pro část (42%) respondentů, důležitá byla pro více než polovinu (55%) respondentů, nebyla důležitá pro minimum (1%) respondentů. Výsledky šetření odpovídají poznatkům Venglářové, Mahrové (66) a Jobánkové (23), ale i Kristové (32), že komunikace zaujímá v práci sestry výlučné místo. Komunikace mezi sestrou, nemocným s duševním onemocněním a jeho rodinou je nevyhnutelná, neopakovatelná, vyžaduje od sester schopnost komunikovat s rodinou i nemocným profesionálně. Domníváme se, že již v pregraduální přípravě na povolání by měl být kladen velký důraz na získání kvalitních komunikačních schopností a dovedností, které budoucí sestry využijí při výkonu svého povolání.

Podle Kristové (32) a Jobánkové (23) je potřebné, aby si sestry osvojily v rámci své profese specifické komunikační techniky. Proto, aby byla komunikace sester co nejproduktivnější, je potřeba ji trénovat, vzdělávat se v různých oblastech komunikace. Na otázku, zda respondenti mají zájem o další zdokonalení v oblasti komunikace, odpovědělo 73% sester, že zájem mají a pouze 27% sester, že zájem nemají (viz graf 28). Respondenti při zdokonalování komunikace preferují různé formy celoživotního vzdělávání, jak vyplývá z grafu 29. Specializačnímu vzdělávání dávalo přednost 53 respondentů, vzdělávací akce (stáže, konference, semináře) preferovalo nejvíce respondentů, a to 131, certifikovaný kurz by absolvovalo 49 respondentů. Samostudium odborné literatury by využívalo 38 respondentů, e-learning značilo 31 respondentů, internetové zdroje preferovalo 58 respondentů a jiné aktivity by využilo 5 respondentů. Z rozhovorů prováděných se sestrami můžeme konstatovat, že absolvovaly častěji vzdělávací seminář, než aby studovaly specializační studium nebo certifikovaný kurz. Z vlastní zkušenosti víme, že někteří zaměstnavatelé nepodporují sestry v jejich dalším vzdělávání, a že jim neposkytnou žádné výhody ke studiu. Domníváme se, že sami zaměstnavatelé by měli využít zájmu a ochoty sester se dále vzdělávat, protože studium umožní sestrám být většími profesionálkami. Takto získané dovednosti a zkušenosti uplatní při ošetřování duševně nemocných, ale i při zapojování rodin do péče.

Na otázku č. 29, zda sestry mají problémy při komunikaci s rodinami duševně nemocných, odpovědělo kladně 37% sester a problémy při komunikaci s rodinou nemělo 63% sester, jak je patrné z grafu 31. Poslední otázka dotazníkové šetření byla otevřená, rozvíjela odpověď „ano“ z otázky č. 29. Odpovídalo na ni pouze 79 respondentů, kteří měli problémy při komunikaci s rodinami duševně nemocných, nejčastější problémy znázorňuje graf 32. Nejčastějším problémem, se kterým se setkalo 35 respondentů, byl nezájem ze strany rodin, s problémem nedůvěry k sestrám se při práci setkalo 20 respondentů. Třetím nejčastějším problémem pro 17 respondentů byl nedostatek času ze strany rodinných příslušníků. S neochotou komunikovat ze strany rodiny se setkalo 14 respondentů, problém nepochopení ze strany rodiny uvedlo 10 respondentů. Jedním z problémů, který uvedlo 6 respondentů, byla rezignace ze strany rodiny u chronicky nemocných s duševním onemocněním. Zarážející, ale ne již tak překvapující bylo, že 8 respondentů bylo konfrontováno s názorem rodiny, že nejsou dostatečně kvalifikováni a odborně připraveni ke komunikaci s rodinou i k předávání informací. K podobnému závěru ohledně kvalifikace sester došla i Maryšková (42), která uvádí, že veřejnost, tedy i rodina se často nevyznají v jednotlivých stupních zdravotnických pracovníků, natož v jejich kompetencích a kvalifikaci. Domníváme se, že v tomto směru chybí v ČR osvěta veřejnosti, která nemá informace o kompetencích jednotlivých kategorií nelékařských pracovníků ve zdravotnictví. *Hypotéza 3 byla na základě výše zmíněných výsledků potvrzena.*

5.2 Diskuse ke standardizovanému rozhovoru

Druhá část empirického výzkumu byla zaměřena na rodiny duševně nemocných, na jejich informovanost od zdravotnického personálu, na spokojenost a využití informací poskytnutých zdravotnickým personálem, na aktivní zapojení rodiny do péče a v poslední otázce jsme zjišťovali, zda opravdu poskytnuté informace umí rodiny využít. Rozhovor byl se všemi respondenty veden individuálně v ambulanci nebo v soukromí návštěvní místnosti. Cílem pro tuto část výzkumného šetření bylo zjistit, zda jsou rodiny duševně nemocných seznámeny se všemi možnostmi psychiatrické léčby ve všech oblastech péče. Náhodně bylo osloveno 45 rodinných

příslušníků v ústavní oblasti péče v Psychiatrické léčebně Jihlava. Bohužel část oslovených respondentů nebyla ochotna se účastnit na výzkumném šetření, a to 12 rodinných příslušníků. Výzkumný soubor tedy činilo 33 respondentů.

Podle Jansové (21) je spolupráce s rodinou nemocného nedílnou součástí při uzdravování nemocného. Zdravotnický personál by měl vysvětlit rodinným příslušníkům jejich nezaměnitelnou a nepostradatelnou roli při péči o jejich blízké, zvláště u duševního onemocnění. Jejich zapojení do péče, motivování k dalšímu životu a obzvláště jeho aktivizaci při znovunabití schopností. Myslíme si, že s postojem autorky se nedá než souhlasit.

První čtyři otázky rozhovoru byly identifikačního a demografického charakteru, pomohly vymezit a přiblížit daný výzkumný soubor (viz přílohy 2). Z oslovených respondentů bylo 45% mužů a 55% žen, jak ukazuje graf 33. Oblasti příbuzenských vztahů se věnuje graf 34, kdy nemocný s duševním onemocněním byl manžel/ka u 40% respondentů, nemocný byl rodič u 21% respondentů, syn/dcera byl nemocný s duševním onemocněním u 15% respondentů, prarodič byl nemocný u 9% respondentů, v sourozeneckém vztahu bylo 12% respondentů, přítel/kyně byli pouze 3% respondentů, v jiném příbuzenském vztahu bylo 0% respondentů. S tímto zjištěním mírně nekorespondují výsledky výzkumného šetření provedené v USA. Jak je uvedeno v analýze NAMI (54) z roku 2008, které provedla průzkum Harris Interactive v Arlingtonu, nejvíce pečují v USA o nemocné s psychózou rodiče, a to v 68%, sourozenci pečují o nemocné v 12% a pak teprve až manžel/ka, a to v 7% a děti pečují o nemocné s psychózou v 7%.

Ve společné domácnosti bydlelo 58% rodinných příslušníků a společnou domácnost nemělo 42% rodinných příslušníků (viz graf 35). Jak ukazuje graf 36, který poukazuje na délku duševního onemocnění u příbuzného, u nejvíce (47%) respondentů se léčil příbuzný s duševním onemocněním od 2 – 5 let a u nejméně (7%) respondentů se léčil jejich příbuzný od 11 let a více.

Další otázky v empirickém šetření se již vztahovaly ke stanovenému cíli. S přihlédnutím k tématu a cíli jsme stanovili 3 hypotézy i ke standardizovanému rozhovoru s rodinnými příslušníky. K vyvrácení nebo potvrzení **hypotézy 4**: Rodiny

duševně nemocných mají přístup k informacím o možnostech psychiatrické léčby. K hypotéze byly v rozhovoru zaměřeny otázky č. 5 – 8 (viz příloha 2).

Dle poznatků Johnsona (24) jsou rodiny frustrovány, pokud nedostávají potřebné informace o jejich blízkých. Rodiny nejvíce potřebují od zdravotnického personálu porozumění. Podle Čechové, Mellanové (6) a Malé (37) je nutné informovat rodinné příslušníky o způsobu ošetřování, o pravidelném užívání léků. Sestry dle svých kompetencí mohou podávat rodinám informace o další péči, o nácviku některých dovedností, informují též o nutnosti dodržovat pravidelný léčebný režim a další. Z grafu 37 je patrné, že více jak polovina (58%) respondentů byla od zdravotnického personálu informována o možnosti zapojit se do péče o jejich blízké, třetina (38%) respondentů o této možnosti nebyla informována. O možné léčbě byla informována zdravotnickým personálem většina (68%) příbuzných a nebyla informována třetina (27%) příbuzných (viz graf 39). Graf 40 poukazuje na to, zda byli rodinní příslušníci informováni o pravidelném léčebném režimu u duševně nemocného. Kladnou odpověď zvolilo 76% respondentů a zápornou 18% respondentů a neví 6% respondentů. Zda rodiny byly informovány o pravidelném užívání léků, uvádí graf 41. Kladně odpovědělo 76% respondentů, záporně 15% respondentů a neví 9% respondentů. Výsledky výzkumného šetření podpořil i ve svém článku Johnson (24), který konstatuje, že rodiny v posledních letech zaznamenaly pokrok v léčení duševně nemocných. V současnosti jsou brány i odborníky jako nepostradatelný článek v léčebném a ošetřovatelském procesu. Rodiny hrají při péči a rehabilitaci duševně nemocných velmi důležitou roli a jsou také tak vnímány. Myslíme si, že toto je krok správním směrem. Podpora ze strany rodiny i ošetřovatelského personálu je důležitá při rehabilitaci, resocializaci duševně nemocných. Zapojení rodin do péče nepomáhá jen nemocným k samostatnému a plnohodnotnému životu ve své rodině, ale pomáhá také rodinným příslušníkům, aby se necítili tak bezmocní a frustrovaní, že nemohou pomoci svým nejbližším v těžké chvíli.

Z profesní zkušenosti víme, že hodně nemocných s duševním onemocněním si myslí, že pokud se zlepší jejich psychický stav, nemusí užívat pravidelně léky, chodit na kontroly a neužívat alkohol. Je tedy vhodné dávat více důrazu na tyto oblasti při

edukacích, také upozornit na význam pravidelného sledování psychického stavu. Přínosem je právě větší zapojení rodin a příbuzných do péče. Je nutné, aby i rodiny měly srozumitelné informace a mohly tak průběžně sledovat psychický stav svých blízkých. Zarážející však je, že pouze 39% respondentů bylo informováno o možnosti využívání komunitních psychiatrických služeb a 58% respondentů nebylo s touto možností seznámeno a neví 3% respondentů (viz graf 44). O kladu komunitních služeb hovoří i Gabriel (12), který uvádí, že duševně nemocný člověk má daleko větší problémy s dodržováním léčby a režimu dne. K tomu, aby se vrátil do zaměstnání, školy, udržel si rytmiku dne, nepotřebuje jen pomoc a podporu své rodiny, ale tato podpora má být poskytnuta ve formě komunitních služeb. Výsledky výzkumu však tyto poznatky nepotvrzují, minimum respondentů o těchto službách bylo informováno. Domníváme se, že zvláště na tuto oblast informací by se měl zaměřit zdravotnický personál. Většina rodinných příslušníku žije ve společné domácnosti, jak ukazuje graf 35, a ještě mají zaměstnání, a tak nemohou trávit s nemocným blízkým většinu času. Při informování a následném využívání komunitních služeb by nemocný měl možnost aktivizace, rehabilitace i mimo vlastní domácnost a rodinu.

Jak uvádí Johnson (24), rodina požaduje od profesionálů informace, rady o možnostech péče u jejich blízkých. Chtějí spíše porozumění a asistenci při rozhodování, tedy poradní vztah. Zdrojem informací pro rodinné příslušníky byl u 32 respondentů lékař, sestra podala informace 15 respondentům, psycholog seznámil s problematikou duševních poruch 10 respondentů, jak znázorňuje graf 45. Výsledky empirického šetření odpovídají i výsledkům Magerčiakové (35) z roku 2005, kdy většinu respondentů edukovali lékaři, a to v 73% a sestry edukovaly pouze 29% respondentů. Domníváme se, že tento stav je způsoben tím, že většina rodinných příslušníků raději navštíví lékaře, než aby se zeptala sester. Myslíme si, že zde hraje roli nízká prestiž sesterského povolání, jak již bylo jednou uvedeno. *Tímto šetřením hypotéza 4: Rodiny duševně nemocných mají přístup k informacím o možnostech psychiatrické léčby, byla potvrzena.*

Druhá oblast, která nás v empirickém šetření zajímala, se zaměřila na stanovenou **hypotézu 5**: Rodiny duševně nemocných jsou spokojeny s poskytnutými

informacemi. K dané hypotéze jsme zjišťovali odpovědi na otázky č. 9 – 17 (viz příloha 2). Graf 48 uvádí, zda byli rodinní příslušníci spokojeni s informacemi o charakteru onemocnění. Plně spokojena byla třetina (30%) dotazovaných, částečně spokojena byla skoro polovina (46%) dotazovaných a nespokojeno bylo nejméně (24%) dotazovaných. Zda rodinní příslušníci byli spokojeni s informacemi o možnostech zapojení se do péče, znázorňuje graf 49. Plně spokojeno bylo 40% dotazovaných, částečně spokojeno bylo také 40% dotazovaných, nespokojeno pouze 20% z dotazových. Graf 51 poukazuje na celkovou spokojenost s informacemi od zdravotnického personálu. Celkově spokojena byla více jak polovina, a to 67% respondentů, částečně spokojena byla třetina, a to 27% respondentů a nespokojeno bylo 6% respondentů. Tento výsledek podpořilo výzkumné šetření Přichystalové a Mlčochové (51), které uvádí, že 30% respondentů hodnotilo informace od zdravotnického personálu jako výborné, necelých 29% respondentů hodnotilo informace jako průměrné a dalších 5% označilo možnost špatné, nedostačující. Graf 54 byl zaměřen na rozsah informací od zdravotnického personálu, dostačující byly pro 52% respondentů, spíše dostačující byly pro 36% respondentů, nedostačující byly pro 6% respondentů. Výše prezentované výsledky odpovídají výsledkům šetření Malé (37) z roku 2007, kdy bylo celkem spokojeno s informacemi 87% respondentů a pouze 13% nebylo spokojeno. Domníváme se, že vzrůstající povědomí rodinných příslušníků o psychiatrické péči i provozovaných službách jsou dobrým krokem k tomu, aby při vzniklých potížích u nemocného s duševním onemocněním věděli, na koho nebo kam se mohou obrátit.

V grafu 55 jsou uvedeny oblasti z problematiky duševního ošetřovatelství, ve kterých by měli rodinní příslušníci zájem získat více informací, není uveden v procentech, protože respondenti mohli uvést i více možností. Nejvíce respondentů, a to 28 mělo zájem o informace o aktivní zapojení rodiny do péče a o komplikacích při nedodržování léčebného režimu. Shodně, a to 20 respondentů chtělo slyšet informace o charakteru duševního onemocnění a o nutnosti dodržovat pravidelný léčebný režim, 15 respondentů se zajímalo o informace na možné služby psychiatrické péče a možnost jiné označilo 17 respondentů a další (viz graf 55). Při bližším dotazu měli zájem o informace na téma stigmatizace 4 respondenti, zásady duševní hygieny zajímaly

6 respondentů, téma vhodné chování k duševně nemocnému zajímalo 9 respondentů. Danou otázku jsme položili i sestrám při dotazníkovém šetření. Jak je patrné z grafu 18, byly zjištěny téměř shodné výsledky, sestry nejvíce považovaly za nutné informovat rodiny o charakteru onemocnění, pravidelném léčebném režimu, pravidelném užívání léků, aktivním zapojení rodin do péče a v neposlední řadě i informace o komunitních službách. S potěšením můžeme konstatovat, že v důležitých oblastech edukace pro rodinné příslušníky došlo v našem výzkumném šetření ke shodě mezi oběma výzkumnými vzorky.

Jak uvádí ve své monografii Dörner (8), důležitými zdroji informací pro rodinné příslušníky jsou ošetřující lékaři a zdravotnický personál, pak také knihy a časopisy, svépomocné skupiny rodinných příslušníků a mnoho dalších. Rodiny potřebují od personálu zvláště poradenskou podporu a pomoc. Na otázku, zda si rodinní příslušníci sami získávají informace a od koho, odpovědělo 13 respondentů, že je získávají od sester, 32 respondentů je získává od lékařů, 15 respondentů je získává od své rodiny, 19 respondentů studuje odbornou literaturu, 8 respondentů čerpalo z časopisů, 12 respondentů čerpalo z internetu, 5 z TV, 2 respondenti aktivně nevyhledávali informace a možnost jiné neoznačil nikdo z respondentů (viz graf 56). Podobné výsledky prokázaly také Přichystalová, Mlčochová (51) ve výzkumu z roku 2009, ve kterém se také zajímaly, z jakých zdrojů si rodina získává informace. Od lékařů si získalo informace 25 respondentů, z internetu 28 respondentů, z tisku si získávalo informace 16 respondentů.

Při dotazu, proč respondenti vyhledávají častěji lékaře, než sestry pro získání informací, zazněla několikrát podobná odpověď. Respondenti z „minulé“ doby mají zažitý názor, že pouze lékař je kompetentní jim sdělit všechny informace, které se týkají péče o jejich blízké. Pouze 3 respondenti věděli, že i sestra může podat informace o možných psychiatrických službách, aktivitách, o důležitých kontaktech. Dalším nepovzbudivým, ale již jednou zmíněným faktem je, že mnoho respondentů se neorientuje v jednotlivých kategoriích zdravotnických pracovníků (sestry, zdravotničtí asistenti, sanitáři, sociální pracovníci apod.). Tato zjištění jsou velmi nepovzbudivá a

znepokojivá. *Je zřejmé, že hypotéza 5*: *Rodiny duševně nemocných jsou spokojeny s poskytnutými informacemi, byla na základě předešlých výsledků potvrzena.*

Poslední hypotézou v našem výzkumném šetření byla **hypotéza 6**: Rodiny duševně nemocných využívají získané informace v péči o své blízké. K poslední hypotéze se vztahovaly otázky v rozhovoru č. 18 – 24 (viz přílohy 2).

Klevetová, Dlabalová (28) podporují zapojení rodiny do péče ve své monografii, pro profesionály by mělo být prioritou zapojit rodiny do péče o jejich blízké. Je důležité si najít čas i na rodinné příslušníky, seznámit je s individuálním plánem ošetřovatelské péče a najít v něm pro rodinu nějakou roli. Výsledky našeho empirického šetření jsou ve shodě s těmito tvrzeními, jak je vidět z grafu 57, 58. Graf 57 uvádí, zda sestry motivovaly rodiny k zapojení do péče, většinu 61% respondentů motivovaly sestry jen občas, pouze 6% respondentů nebylo motivováno sestrami. Aktivně se zapojila do péče o člena rodiny většina (79%) dotazovaných a nezapojila se menší část (21%) dotazovaných (viz graf 58). Při dotazu na důvod, většina dotazovaných odpověděla, že kvůli velké vzdálenosti od nemocného. Někteří rodinní příslušníci, zvláště pak respondenti nemocných prarodičů se nezapojili, protože se o nemocné starali jejich rodiče, tím pádem nebylo jejich pomoci třeba. K aktivnímu zapojení se vyjadřuje i Juřenová (25), která konstatuje, že výsledkem spolupráce a aktivního zapojení rodiny do péče se dosáhne toho, že nemocný s duševním onemocněním je propuštěn do rodiny připravené, poučené a informované o problematice psychiatrické péče. Výsledky výzkumného šetření tato konstatování potvrzují. I z vlastních zkušeností z odborné praxe můžeme potvrdit, že aktivní a vstřícný přístup ze strany rodiny a zdravotnického personálu při ošetřování nemocného s duševním onemocněním může sám o sobě urychlit jejich uzdravení a resocializaci.

Následující otázky se již týkaly samotného využívání informací respondenty při péči o nemocného člena rodiny. Graf 59 poukazuje na to, zda respondenti využili informace od zdravotnického personálu při péči o nemocného člena rodiny, kladnou odpověď zvolilo 85% respondentů, zápornou 15% respondentů. Dalším uspokojivým zjištěním bylo, že 82% respondentů využívalo informace od zdravotnického personálu

při dodržování pravidelného léčebného režimu (viz graf 60), který zahrnuje pravidelné užívání léků, abstinenci a pravidelné kontroly v psychiatrické ambulanci. To odpovídá i poznatkům Bártlové (2), že pokud mají být daná doporučení o léčebném režimu účinná, musí být rodinou akceptována, musí se stát součástí pravidel celé rodiny. Graf 61 uvádí, že více než polovina (64%) respondentů využila informace od zdravotnického personálu při rehabilitaci u duševně nemocného, třetina (30%) respondentů informace nevyužila, zda informace využili, nevědělo minimum (2%) respondentů. Bouček (4) i Praško a kolektiv (49) uvádějí, že rehabilitace zaujímá důležité místo v komplexní péči o duševně nemocné. Rozumná rehabilitace je nejlepší prevencí nového vzplanutí duševní nemoci, slouží k resocializaci, týká se jak práce, rodiny a bydlení. Výsledky výzkumu potvrzují zájem rodin o rehabilitaci a resocializaci jejich blízkých. Myslíme si, že zájem rodin o využívání informací od zdravotnického personálu vede ke zkvalitnění péče o duševně nemocné, jak v lůžkové péči, tak zvláště v domácím prostředí a komunitě duševně nemocných.

Podle Boučka (4) je záměrem všech komunitních služeb pomoci nemocnému s duševním onemocněním převzít část odpovědnosti za svůj stav. Zajímají se o potřeby klientů, umožňují jim trávit čas ve společnosti, tím nedochází k izolaci a pomáhají nemocných chovat se „svépomocně“. Neočekávaným zjištěním bylo, že pouze třetina (27%) respondentů využila informace o komunitních službách, většina (61%) respondentů informace nevyužila, jak znázorňuje graf 62. Domníváme se, že na tuto oblast informací by se měl zdravotnický personál více soustředit. Sestry by se měly snažit o to, aby rodina více využívala komunitních služeb pro jejich blízké. Jak uvádějí Marková (40), Malá s Pavlovským (38) i Höschl (17), pozitivem komunitního přístupu je zajištění komplexní péče se zaměřením na prostředí nemocných, na jejich možnosti, potenciál, na podmínky, ve kterých žijí a na míru sociální podpory, které se jim dostává hlavně z rodinného prostředí. To potvrzují i výsledky výzkumu, jak je patrné z grafu 65, který znázorňuje názor respondentů na přínos psychiatrických služeb pro nemocné s duševním onemocněním. Za přínosné je považovala více jak polovina (55%) respondentů, nepřínosné byly pro desetinu (12%) respondentů a třetina (33%) respondentů nevěděla. V grafu 66 jsou znázorněny názory respondentů na smysl

psychiatrických služeb pro nemocné s duševním onemocněním. Na tuto otázku odpovídalo pouze 18 respondentů, rozšiřuje na odpověď „ano“ z grafu 65. V otázce bylo možnost označit i více odpovědí, proto není uveden procentuelně. Služby podporují nemocného, si myslelo 7 respondentů, aktivizují nemocného, si myslelo 9 respondentů. Motivují nemocného, odpověděli 4 respondenti, pomáhají nemocnému získat/upřesnit informace odpovědělo 11 respondentů. Nemocný se zde setkává se stejně nemocnými lidmi, odpovědělo 16 respondentů, vyplňují čas nemocnému, tento názor mělo 13 respondentů. Podle našeho názoru je zásadní, aby rodiny duševně nemocných využívaly komunitní služby ve své komunitě. Stále více nemocných s duševním onemocněním je v invalidním důchodu, tedy v domácím prostředí a dochází tak k jejich izolaci. V těchto službách se aktivizují, mají možnost navázat nová přátelství a potkat stejně nemocné lidi, mohou si zde vyměňovat informace.

Bouček (4) uvádí, že do edukačního programu je nutné zapojit i rodiny a příbuzné, protože klima v rodině a její interakce mohou významně ovlivnit duševní onemocnění. V otázce 27 jsme se zajímali, zda by rodinní příslušníci měli zájem účastnit se edukací na psychiatrické téma. Zájem o účast na edukaci projevila skoro polovina (43%) dotazovaných, nechtěla se účastnit pětina (21%) dotazovaných a nepřemýšlela, o tom více jak třetina (36%) dotazovaných (viz graf 68). K témuž zjištění došla Fričová (11) ve svém výzkumu, uvádí, že zájem o edukaci mělo 82% respondentů, pouze 2% respondentů nemělo zájem. *Na podkladě prezentovaných výsledků výzkumného šetření lze konstatovat, že hypotéza 6: Rodiny duševně nemocných využívají získané informace v péči o své blízké, byla potvrzena.*

6. Závěr

Prvním cílem práce bylo zjistit, zda psychiatrické sestry zapojují rodiny duševně nemocných do ošetřovatelské péče. Cíl práce byl naplněn s ohledem na výsledky výzkumu, neboť sestry nejen, že edukují, ale i motivují a zapojují rodiny do péče o jejich blízké.

Druhým cílem práce bylo zjistit, zda jsou rodiny duševně nemocných seznámeny se všemi možnostmi psychiatrické léčby ve všech oblastech péče. Cíl práce byl splněn, neboť z odpovědí respondentů je patrné, že mají přístup k informacím, jsou s nimi spokojeni, ale také získané informace při péči o své blízké využívají.

K výzkumným cílům jsme stanovili 6 hypotéz, které byly formulovány na základě prostudovaných literárních zdrojů a klinických zkušeností.

H1: Sestry mají při své práci čas na edukaci rodinných příslušníků. Ze zjištěných výsledků vyplývá, že 37% respondentů mělo při práci čas na edukaci a 67% respondentů nemělo při práci čas na edukaci rodinných příslušníků. *Hypotéza 1 byla vyvrácena.*

H2: Sestry motivují rodiny k aktivní účasti na ošetřovatelské péči o duševně nemocné. Na základě výsledků můžeme konstatovat, že 69% respondentů motivuje a jen 31% respondentů nemotivuje rodiny k aktivní účasti na péči o jejich nemocného člena rodiny. *Hypotéza 2 byla potvrzena.*

H3: Sestry nemají problémy při komunikaci s rodinami duševně nemocných. Problémy při komunikaci s rodinou mělo 37% sester a nemělo 63% sester, *hypotéza 3 byla potvrzena.*

H4: Rodiny duševně nemocných mají přístup k informacím o možnostech psychiatrické léčby. Výsledků šetření vyplývá, že více jak polovina (58%) respondentů byla od zdravotnického personálu informována o možnosti zapojit se do péče o jejich blízké, o možné léčbě byla informována zdravotnickým personálem většina (68%) respondentů, o možnosti využívat psychiatrické služby bylo informována většina (67%) dotazovaných. *Hypotéza 4 byla potvrzena.*

H5: Rodiny duševně nemocných jsou spokojeny s poskytnutými informacemi. S poskytnutými informacemi byla spokojena více jak polovina, a to 67% respondentů, nespokojeno bylo 6% respondentů. *Hypotéza 5 byla potvrzena.*

H6: Rodiny duševně nemocných využívají získané informace v péči o své blízké. Z výsledků vyplývá, že poskytnuté informace využilo 85% respondentů, informace nevyužívalo 15% respondentů. *Hypotéza 6 byla potvrzena.*

Výsledky empirického šetření nás vedly k vytvoření edukační hodiny, která může pomoci nelékařským zdravotnickým pracovníkům orientovat se v oblasti edukace rodin. V rámci celoživotního vzdělávání by mohly být výsledky výzkumu i vypracovaná edukace prezentována jako seminář. Také byla sestavena edukační hodina pro rodinné příslušníky na téma „Vhodné chování rodinných příslušníků k nemocným s duševním onemocněním“, která může být použita při edukování rodin.

7. Použitá literatura

1. BÁRTLOVÁ, S. Postavení laických pečovatelů v péči o seniory a nemocné. *Kontakt*. České Budějovice, 2006. roč. 8, č. 2, s. 235-239. ISSN 1212-4117.

2. BÁRTLOVÁ, S. *Sociologie medicíny a zdravotnictví*. 6. přep. vyd. Praha: Grada, 2005. 188 s. ISBN 80-247-1197-4.

3. BÁRTLOVÁ, S. Zdravotní sestry v ČR: Tradice, životní úroveň a prestiž povolání. *Zdravotnictví v České republice*. Praha: 2005, roč. 8, č. 2, s. 64 – 67. ISSN 1213 – 6050.

4. BOUČEK, J. Rehabilitace v psychiatrii. [online]. [cit. 2010-05-25]. Dostupné z WWW: <http://www.zdravcentra.sk/cps/rde/xber/zc/PSY2005_05_03.pdf>.

5. BOYD, M., A. *Psychiatric nursing: contemporary practice*. 4th ed. Phiadelphia: Lippincott Wiliams & Wilkis, 2007. 952 s. ISBN 9780781791694.

6. ČECHOVÁ, V. et al. Psychologie a pedagogika II. 1. vyd. Praha: Informatorium, 2004. 160 s. ISBN 80-7333-028-8.

7. DOUBEK, P. et al. Psychóza v životě – život v psychóze. 1. vyd. Praha: Maxdorf, 2008. 63 s. ISBN 978-80-7345-156-1.

8. DÖRNER, K. et al. *Osvobozující rozhovor. Psychicky nemocný v rodině.* 1 vyd. Praha: Grada Publishing, 1999. 132 s. ISBN 80-7169-892-X.

9. DRAGANOVÁ, H. et al. *Sociálna starostlivosť*. 1. vyd. Martin: Osveta, 2006. 196 s. ISBN 978-80-8063-240-3.

10. FOITOVÁ, Z., LORENS, J. Možnosti krizové pomoci pro lidi s psychózou. *Psychiatrie pro praxi*. Olomouc, 2009, roč. 10, č. 1, s. 36 – 38. ISSN 1213-0508.

11. FRIČOVÁ, S. Význam a možnosti využití edukace v psychiatrickém ošetřovatelství. *Sestra*. Praha: 2010, roč. 20, č. 3, s. 34 – 36. ISSN 1210-0404.

12. GABRIEL, J. Jak se žije duševně nemocným v České republice (..a zajímá to někoho?). *Esprit.* [online]. [cit. 2009-12-09]. Dostupné z WWW: <http://www.casopis – esprit.blogspot.com>.

13. GODOVÁ, D. Efektívna komunikácia jako prostriedok zlepšovania kvality zdravotnej starostlivosti. *Ošetrovateľský obzor*. Bratislava, 2008, roč. 5, č. 1, s. 42 – 44. ISSN 1336-5606.

14. GULÁŠOVÁ, I. Úlohy zdravotníckého pracovníka v aktívnej účasti zapojenia rodiny do liečby u pacienta s poruchami myslenia. *Kontakt*. České Budějovice, 2006. roč. 8, č. 2, s. 229-234. ISSN 1212-4117.

15. HEJZLAR, P. Sociální rehabilitace duševně nemocných v současných podmínkách. *Psychiatrie pro praxi*. Olomouc, 2009, roč. 10, č. 5, s. 226 – 230. ISSN 1213-0508.

16. HORŇÁKOVÁ, A., ŠTEFKOVÁ, G. Specifika komunikace ve zdravotnické profesy. *Sestra*. Praha: 2009, roč. 19, č. 5, s. 30. ISSN 1210-0404.

17. HÖSCHL, C. LIBIGER. J, ŠVESTKA, J. *Psychiatrie.* 1. vyd. Praha: Tigis, 2002. 895 s. ISBN 80-900130-1-5.

18. CHODURA, V. Komunikace a duševní porucha. 1. vyd. České Budějovice: Jihočeská univerzita, 2000. 54 s. ISBN 80-7040-409-4.

19. JAROŠOVÁ, D. *Organizace studia v ošetřovatelství*. 1.vyd. Ostrava: Ostravská univerzita, Zdravotně sociální fakulta, 2006. [online]. [cit. 2009-11-29]. Dostupné z WWW: <http://www. projekty.osu.cz/mentor/I-organizace%20studia%20 osetrovatelstvi.pdf>.

20. JAROŠOVÁ, D. *Teorie moderního ošetřovatelství*. 1. vyd. Praha: ISV, 2000. 133 s. ISBN 80-85866-55-2.

21. JANSOVÁ, J. Význam spolupráce LDN oddělení s rehabilitační sestrou a dalšími odborníky v léčbě pacientů po mozkových příhodách. *Sestra*. Praha: 2009, roč. 19 č. 7 - 8, s. 80 - 81. ISSN 1210-0404.

22. JIČÍNSKÁ, K. Osobnostní rozvoj jako nedílná součást profesionálního růstu sestry. *Sestra*. Praha: 2008, roč. 18, č. 2, s. 15. ISSN 1210-0404.

23. JOBÁNKOVÁ, M. et al. *Kapitoly z psychoterapie pro zdravotnické pracovníky*. 2. přep. vyd. Brno: IDVPZ, 2002. 225 s. ISBN 80-7013-365-1.

24. JOHNSON, D., L. *Duševně nemocný v rodině*. [online]. [cit. 2009-09-25]. Dostupné z WWW: <http://www.spdn-cr.org/bude-vas-zajimat/duševně-nemocný-v-rodine/>.

25. JUŘEKOVÁ, H. Úloha rodiny a nejbližšího sociálního prostředí v ošetřovatelské péči. *Urologie pro praxi*. Praha: 2005. [online]. [cit. 2009-12-10]. Dostupné z WWW: <http://www.solen.cz/urologiepropraxi/pdfs/uro/2005/01/10.pdf>.

26. JUŘENÍKOVÁ, P. *Zásady edukace v ošetřovatelské praxi*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010. 80 s. ISBN 978-80-247-2171-2.

27. KELNAROVÁ, J., MATĚJKOVÁ, E. *Psychologie a komunikace pro zdravotnické asistenty – 4. ročník*. 1. vyd. Praha: Grada, 2009. 136 s. ISBN 978-80-247-2831-5.

28. KLEVETOVÁ, D., DLABALOVÁ, I. *Motivační prvky při práci se seniory*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008. 208 s. ISBN 978-80-247-2169-9.

29. *Koncepce oboru psychiatrie.* [online]. [cit. 2009-11-29]. Dostupné z WWW: <http://www.capz.cz/dokumenty/documemts/Koncepceoborupsychiatrie.doc>.

30. KOPŘIVA, K. *Lidský vztah jako součást profese*. 4. vyd. Praha: Portál, 2000. 147 s. ISBN 80-7178-429-X.

31. KOSŤOVÁ, T. Obhajoba práv – sestra ochránkyně práv pacientů. *Sestra*. Praha: 2007, roč. 17, č. 5, s. 12. ISSN 1210-0404.

32. KRISTOVÁ, J. *Komunikácia v ošetrovateľstve.* 2 vyd. Martin: Osveta, 2004. 211 s. ISBN 80-8063-160-3.

33. KRIŠKOVÁ, A., WILLARDOVÁ, P. H., CULP, K. *Ošetrovateľstvo v zdraví a při práci*. 1. vyd. Martin: Osveta, 2003. 155 s. ISBN 80-8063-109-3.

34. KUTNOHORSKÁ, J. *Etika v ošetřovatelství*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007. 164 s. ISBN 978-80-247-2069-2.

35. MAGERČIAKOVÁ, M. Edukácia v ošetrovateľskom procese. *Ošetrovateľský obzor*. Bratislava, 2005, roč. 2, č. 4, s. 99 – 101. ISSN 1336-5606.

36. MAHROVÁ, G., VENGLÁŘOVÁ, M. et al. *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008. 176 s. ISBN 978-80-247-2138-5.

37. MALÁ, A. Rodina a hospitalizace. *Sestra*. Praha: 2007, roč. 17, č. 2, s. 20. ISSN 1210-0404.

38. MALÁ, E., PAVLOVSKÝ, P. *Psychiatrie*. 1. vyd. Praha: Portál, 2002. 144 s. ISBN 80-7178-700-0.

39. MALÁ, K., NAVRÁTILOVÁ, H. Edukace při onemocnění psychózou. *Psychiatrie pro praxi*. Olomouc: 2006, roč. 7, č. 3, s. 137 –139. ISSN 1213-0508.

40. MARKOVÁ, E. et al. *Psychiatrická ošetřovatelská péče*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2006. 352 s. ISBN 80-247-1151-6.

41. MARŠÁLEK, M. *Deprese u schizofrenie*. 1 vyd. Praha: Maxdorf, 2007. 80 s. ISBN 978-80-7345-116-5.

42. MARYŠKOVÁ, A. O prestiži sesterského povolání. *Sestra*. Praha: 2010, roč. 20, č. 2, s. 7. ISSN 1210-0404.

43. MASTILIAKOVÁ, D. *Úvod do ošetřovatelství, Díl I., Systémový přístup*. 3 dotisk 1. vyd. Praha: Karolinum, 2004. 187 s. ISBN 80-246-0429-9.

44. MATOUŠEK, O. *Rodina jako instituce a vztahová síť*. 3. roz. a přep. vyd. Praha: Sociologické nakladatelství SLON, 2003. 161 s. ISBN 80-86429-19-9.

45. MILLER, W., R., ROLLNICK, S. *Motivační rozhovory. Příprava lidí ke změně závislého chování.* 1 vyd. Tišnov: Sdružení SCAN, 2004. 332 s. ISBN 80-866620-09-3.

46. MLÝNKOVÁ, J. Význam edukace rodinných příslušníků duševně nemocné pacientky. *Sestra*. Praha: 2010, roč. 20, č. 2, s. 76 - 80. ISSN 1210-0404.

47. POCHYLÁ, K. *České ošetřovatelství 1: Koncepce českého ošetřovatelství. Základní terminologie.* 2. přep. vyd. Brno: NCO NZO, 2005. 49 s. ISBN 80-7013-420-8.

48. PRAŠKO, J. et al. *Léčíme se s psychózou. Co byste měli vědět o schizofrenii a jiných psychózách.* 1. vyd. Praha: Medical Tribune, 2005. 96 s. ISBN 80-239-5482-2.

49. PRAŠKO, J. et al. *Psychotická porucha a její léčba.* 1. vyd. Praha: Pfizer, 2001. 90 s. Příručka pro nemocné a jejich rodiny. ISBN 80-85912-65-1.

50. PRUDÍKOVÁ, O. Celkový dojem sestry na pacienty a veřejnost. *Sestra*. Praha: 2007, roč. 17, č. 3, s. 21. ISSN 1210-0404.

51. PŘICHYSTALOVÁ, P., MLČOCHOVÁ, R. Informovanost pečujících v péči o klienta s Alzheimerovou chorobou. *Sestra*. Praha: 2009, roč. 19, č. 5, s. 75 - 77. ISSN 1210-0404.

52. RICHARDS, A., EDWARDS, E. *Repetitorium pro zdravotní sestry*. 1. vyd. Praha. Grada, 2004. 376 s. ISBN 80-247-0932-5.

53. *Sestra budoucnosti.* In Jak šel čas ve vzpomínkách z minulosti do současnosti 3/2006, s. 7 – 11. [online]. [cit. 2009-11-29]. Dostupné z WWW: <http://www.vfn.cz/Data/files/ VFN/Casopis/2006/ cislo_3_0506_2006.pdf>.

54. *Schizophrenia: Publik Attitudes, Personal Needs.* [online]. [cit. 2009-12-12]. Dostupné z WWW: <http://www.nami.org/ShizophreniaSurvey/SchizeExecSummary.pdf>.

55. *Specializační vzdělávání*. Brno: MZČR a NCO NZO, 2008. [online]. [cit. 2009-12-10]. Dostupné z WWW: <http://www.nconzo.cz/download/SpecializacniVzdelavani.pdf>.

56. STAŇKOVÁ, M. *České ošetřovatelství 11: sestra reprezentant profese.* 1. vyd. Brno: IDVPZ, 2002. 78 s. ISBN 80-7013-368-6.

57. STAŇKOVÁ, M. et al. *České ošetřovatelství 13: Sestra a pacient (komunikace v praxi), Zdravotnické právo v ošetřovatelské praxi II.* 1. vyd. Brno: NCO NZO, 2003. 67 s. ISBN 80-7013-388-0.

58. STYX, P. *O psychiatrii: jak žít a jednat s duševně nemocnými lidmi*. 1. vyd. Brno: Computer Press, 2003. 178 s. ISBN 80-7226-828-7.

59. SVOBODA, M., ČEŠKOVÁ, E., KUČEROVÁ, H. *Psychopatologie a psychiatrie*. 1. vyd. Praha: Portál, 2006. 320 s. ISBN 80-7367-154-9.

60. ŠKRLA, P., ŠKRLOVÁ, M. *Kreativní ošetřovatelský management*. 1. vyd. Praha: Advent-Orion, 2003. 477 s. ISBN 80-7172-841-1.

61. ŠLAISOVÁ, I., HOSÁK, L., MICHÁLKOVÁ, V. *Ošetřovatelství v psychiatrii: pro bakalářské studium*. 1. vyd. Hradec Králové: Nucleus HK, 2004. 92 s. ISBN 80-86225-51-8.

62. ŠPIRUDOVÁ, L. *Multikulturní ošetřovatelství II.* 1. vyd. Praha: Grada, 2006. 248 s. ISBN 80-247-1213-X.

63. ŠPIRUDOVÁ, L., KRÁLOVÁ, J. *Sesterská profesní role „advokátka pacienta“*. In Medicína pro praxi 1/2007. [online]. [cit. 2009-11-29]. Dostupné z WWW: <http://www.solen.cz/pdfs/med/2007/01/09.pdf>.

64. VACHKOVÁ, L. Sociální a rehabilitační programy pro duševně nemocné. *Psychiatrie pro praxi*. Olomouc, 2008, roč. 9, č. 3, s. 130 – 133. ISSN 1213-0508.

65. VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese.* 4. vyd. Praha: Portál, 2008. 872 s. ISBN 978-80-7367-414-4.

66. VENGLÁŘOVÁ, M., MAHROVÁ, G. *Komunikace pro zdravotní sestry*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006. 144 s. ISBN 80-247-1262-8.

67. Vyhláška č. 424/2004 Sb., kterou se stanoví činnosti zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků. [online]. [cit. 2009-10-29]. Dostupné z WWW: <http://aplikace.mvcr.cz/archiv2008/sbirka/2004/sb139-04.pdf>.

68. WENIGOVÁ, B., PŘÍHODA, P. *Komunikace a vztah s duševně nemocným pacientem.* [online]. [cit. 2010-03-29]. Dostupné z WWW: <http://www.cmhcd.cz/dokumenty/ brožury/amepra_brozura_02.pdf>.

69. ZACHAROVÁ, E., HERMANOVÁ, M., ŠRÁMKOVÁ, J. *Zdravotnická psychologie – teorie a praktické cvičení.* 1. vyd. Praha: Grada, 2007. 232 s. ISBN 978-80-247-2068-5.

70. ZACHAROVÁ, E., ŠIMÍČKOVÁ, J. *Psychologie pro zdravotnické obory.* 1. vyd. Ostrava: Ostravská univerzita, Zdravotně sociální fakulta, 2007. 191 s. ISBN 978-80-7368-334-4.

71. *Zákon č. 96/2004 Sb.* o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních), ve znění pozdějších předpisů. [online]. [cit. 2009-10-29]. Dostupné z WWW:<http://www.clk.cz/oldweb/zakpred/zakon_96-2004-2.html>.

72. ZÁVODNÁ, V. *Pedagogika v ošetrovateĺstve*. 2. prep. a dop. vyd. Martin: Osveta, 2005. 117 s. ISBN 80-8063-193-X.

8. Klíčová slova

edukace
komunikace
nemocný s duševním onemocněním
psychiatrická ošetřovatelská péče
rodina duševně nemocného
sestra
spolupráce

9. Přílohy

Příloha 1: Dotazník pro sestry

Příloha 2: Standardizovaný rozhovor pro rodinné příslušníky

Příloha 3: Nabídka edukačního kurzu pro rodinné příslušníky

Příloha 4: Edukační plán pro rodinné příslušníky

„Vhodné chování rodinných příslušníků k nemocným s duševním nemocněním“

Příloha 5: Edukační plán pro nelékařský zdravotnický personál

Příloha 6: Přednáška „Edukace a její význam v ošetřovatelství“- PowerPoint prezentace

Příloha 1: Dotazník pro sestry

Vážená paní, vážený pane!
Jmenuji se Ladislava Dugovičová a jsem studentkou magisterského oboru ošetřovatelství. Dovoluji si Vás požádat o vyplnění následujícího dotazníku, který je součástí diplomové práce na téma „Spolupráce psychiatrických sester s rodinami duševně nemocných“ a jeho výsledky budou použity pouze ke zpracování diplomové práce. Dotazník, který dostáváte do rukou, je zcela anonymní. Při vyplňování označte Vámi zvolené odpovědi křížkem (může být i více odpovědí) nebo doplňte vhodnou odpověď. Předem děkuji za čas, který jste věnovali vyplnění dotazníku.

Bc. Ladislava Dugovičová, studentka 2. ročníku
Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta

1. Jaká je Vaše věková skupina?

- □ do 20 let
- □ 21 – 35 let
- □ 36 – 50 let
- □ 51 a více

2. Jaká je délka Vaší praxe v oblasti psychiatrické péče?

- □ do 5 let
- □ 6 – 15 let
- □ 16 – 25 let
- □ 26 a více

3. A. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

- □ střední s maturitou
- □ vyšší odborné vzdělání (Dis.)
- □ vysokoškolské vzdělání (Bc., Mgr.)

B. Specializační vzdělávání v oboru psychiatrie, dříve PSS

- □ ano
- □ ne

4. V jakém provozu pracujete?

- □ ranní provoz
- □ sestra ve směnném provozu

5. A. Jaký je charakter Vašeho oddělení, na kterém pracujete? (*Prosím vyplňte A i B)*

- □ přijímací oddělení
- □ chronické oddělení
- □ gerontopsychiatrické oddělení
- □ detenční oddělení
- □ oddělení závislostí
- □ psychoterapeutické oddělení
- □ jiné, doplňte……

B.

- □ otevřené
- □ uzavřené

6. Víte, co zahrnuje pojem edukace? *(můžete označit i více odpovědí)*

- □ výchova
- □ vzdělávání
- □ řízení
- □ dodržování nařízení
- □ sebevzdělávání

7. Myslíte si, že do náplně práce sestry patří edukace rodin duševně nemocných?

- □ ano
- □ spíše ano
- □ spíše ne
- □ ne

8. Myslíte si, že máte při své práci čas na edukaci rodinných příslušníků?

- □ ano
- □ ne

9. Mají rodinní příslušníci zájem o edukaci ze strany sester?

- □ ano
- □ spíše ano
- □ spíše ne
- □ ne

10. Edukujete rodinné příslušníky během poskytování ošetřovatelské péče nemocným?

- □ ano
- □ ne, odůvodněte a následně přejděte na otázku č. 16 *(můžete označit i více odpovědí)*
  - □ rodiny nemají o edukaci zájem
  - □ necítím se být dostatečně profesně připravená/ý
  - □ edukaci provádí jen lékař
  - □ nedostatek času při směně
  - □ nevyhovující atmosféra na pracovišti
  - □ nedostatek motivačních faktorů (jistota zaměstnání, úcta k sestrám)
  - □ edukaci považuji za zbytečnou
  - □ nevím
  - □ jiné, doplňte...……

11. Jak často edukujete rodinné příslušníky?

- □ při každé směně
- □ denně
- □ několikrát týdně, doplňte…….....
- □ 1 x týdně
- □ méně než 1 x týdně

12. Kolik času Vám zabere edukace?

- □ méně než 10 minut
- □ 11 – 20 minut
- □ 21 a více minut
- □ nevím

13. Jakou formu sdělení při edukaci preferujete? *(můžete označit i více odpovědí)*

- □ písemnou
- □ ústní
- □ elektronické nosiče (CD, DVD, video, audio)
- □ demonstrace dovedností (názorná ukázka)
- □ jiné

14. Vyhotovujete zápis z provedené edukace do ošetřovatelské dokumentace? (*Pokud odpovíte NE, přeskočte na otázku č. 16).*

- □ ano
- □ ne

15. Kolik času Vám zabere vyhotovení zápisu?

- □ méně než 10 minut
- □ 11 – 20 minut
- □ 21a více minut
- □ nevím

16. Označte, ve kterých oblastech by bylo vhodné edukovat rodiny duševně nemocných v rámci Vašich kompetencí?
(můžete označit i více odpovědí)

- □ informace o charakteru onemocnění (závažnost, příznaky, prognóza)
- □ informování rodiny o nutnosti dodržovat pravidelný léčebný režim (užívání léků, neužívání alkoholu, pravidelný spánek)
- □ informace o aktivním zapojení rodinných příslušníků do péče
- □ informace o nutnosti pravidelných návštěv v psychiatrické ambulanci
- □ komplikace při nedodržování léčebného režimu (zhoršení zdravotního stavu, relaps)
- □ psychosociální problémy rodiny s nemocným s duševním onemocněním
- □ informace o možnostech využívání dalších komunitních služeb v místě bydliště nemocného s duševním onemocněním (denní centrum, chráněné dílny, podpora v bydlení apod.)

17. Jaké zdroje informací byste doporučil/a při edukování rodinám duševně nemocných o dalších možnostech psychiatrické léčby?
(můžete označit i více odpovědí)

- □ knihy
- □ informační brožury, letáky
- □ články v časopisech
- □ internetové odkazy
- □ svépomocné skupiny v blízkosti bydliště
- □ jiné, doplňte……...

18. Označte, co by podle Vás mohlo vést ke zlepšení informovanosti rodinných příslušníků z Vaší strany: *(můžete označit i více odpovědí)*

- □ dostatek času na podání informací
- □ klidná, upravená místnost s dostatkem soukromí
- □ dostatek srozumitelných materiálů o problematice psychiatrického ošetřování (brožury, letáky)
- □ zvýšení kompetence sester

 zvýšený zájem ze strany rodiny duševně nemocného
 jiné, doplňte.....

19. Víte, co zahrnuje pojem motivace?

 vybízet
 podněcovat
 zdůvodňovat
 touha po něčem (vzdělání, informace, novinky)

20. Myslíte si, že je důležité motivovat rodiny duševně nemocných k aktivnímu zapojení do péče o nemocné?

 ano
 ne
 nevím

21. Myslíte si, že je důležitá spolupráce lékaře při motivování rodin k aktivnímu zapojení do péče?

 ano
 ne
 nevím

22. Motivujete rodinu, aby se aktivně zapojila do ošetřovatelské péče?

 ano
 ne, odůvodněte *(můžete označit i více odpovědí)*
    motivaci provádí jen lékař
    nedostatek času během služby
    rodiny mají samy zájem zapojit se do péče
    motivaci rodin považuji za zbytečnou
    nevím
    jiné

23. Označte možnosti, kterými můžete pozitivně ovlivnit zájem rodiny k aktivnímu zapojení do péče: *(můžete označit i více odpovědí)*

 ovládat svůj emocionální stav (strach, smutek, hněv)
 správnou komunikační technikou
 kladnými vztahy a postoji k rodinným příslušníkům (projevy zájmu, potěšení, uspokojení)
 tolerováním postojů i vztahů k sobě navzájem (rodina – sestra)
 stanovením pravidel spolupráce na ošetřovatelské péči
 získat důvěru rodin duševně nemocných i nemocného s duševním onemocněním
 volbou vhodného času pro aktivní zapojení rodin
 jiné

24. Co nejvíce ovlivňuje z pohledu rodiny podle Vašeho názoru spolupráci sester s rodinou duševně nemocného? *(můžete označit i více odpovědí)*

 vzdělání sester
 chování sester
 profesionální schopnosti, dovednosti sester
 prestiž sesterského povolaní
 organizace práce na pracovišti

 jiné, doplňte……..……

25. Jaký význam má komunikace v práci sestry s rodinami duševně nemocných?

 je velmi důležitá
 je důležitá
 není důležitá
 nevím

26. Cítíte potřebu zdokonalit se v některé z oblastí komunikace (verbální a neverbální)?

 ano, zvláště v: *(můžete označit i více odpovědí)*
  používání zdvořilostních frází
  udržení očního kontaktu
  zvládání neverbální komunikace (mimika, gestika, posturologie apod.)
  kladení správných otázek
  asertivita při komunikaci
  zvládnutí psychoterapeutického rozhovoru
  komunikační dovednosti
  jiné, doplňte.....
 ne

27. Označte aktivity, které byste v rámci celoživotního vzdělávání zvolil/a k dalšímu zdokonalení komunikačních dovedností? *(můžete označit i více odpovědí)*

 specializační vzdělávání
 vzdělávací akce (stáže, konference, semináře)
 certifikovaný kurz
 samostudium odborné literatury
 e-learning
 internetové zdroje
 jiné, doplňte……

28. Vyhovuje Vám množství času, které máte k dispozici na komunikaci s rodinou duševně nemocného?

 ano
 spíše ano
 spíše ne
 ne

29. Máte problémy při komunikaci s rodinami duševně nemocných? (*Pokud odpovíte NE, nevyplňujte otázku č. 32).*

 ano
 ne

30. Doplňte, s jakými problémy se nejčastěji setkáváte při komunikaci s rodinami duševně nemocných?

……....
……
……...

Zdroj: Autorka

Příloha 2: Standardizovaný rozhovor pro rodinné příslušníky

Dobrý den, vážená paní/ pane!
Dovolte, abych se představila, jmenuji se Ladislava Dugovičová, jsem studentka 2. ročníku magisterského oboru ošetřovatelství na Zdravotně sociální fakultě na JU v Českých Budějovicích. Ráda bych Vám položila pár otázek, které se budou týkat spokojenosti s poskytovanými informacemi zdravotnickým personálem. Rozhovor je zcela anonymní, je součástí diplomové práce na téma „Spolupráce psychiatrických sester s rodinami duševně nemocných“ a jeho výsledky budou použity pouze ke zpracování diplomové práce.

Bc. Ladislava Dugovičová, studentka 2. ročníku
Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta

Demografické, identifikační otázky

1. Jaké je Vaše pohlaví?

□ muž □ žena

2. Jaký je Váš příbuzenský vztah k nemocnému? Nemocný je Váš:

□ manžel/ka
□ rodič
□ syn/dcera
□ prarodič
□ sourozenec
□ přítel/kyně
□ jiné

3. Žijete spolu s nemocným v jedné domácnosti?

□ ano
□ ne

4. Jak dlouho se léčí nemocný s duševním onemocněním?

□ do 1 roku
□ 2 – 5 let
□ 6 – 10 let
□ 11 let a více

Nyní se Vás zeptám na informace podané zdravotnickým personálem, které se týkaly využití dalších možností psychiatrické léčby

5. Byl/a jste jako člen/ka rodiny u Vašeho příbuzného informován/a:			
	ano	**ne**	**nevím**
o možnosti zapojení se do péče?			

o charakteru duševního onemocnění? (příznaky, závažnost, prognóza)			
o možné léčbě? (léky, psychoterapie, rehabilitace -nácvik soběstačnosti, apod.)			
o nutnosti dodržovat pravidelný léčebný režim? (pravidelný spánek, denní režim)			
o nutnosti pravidelného užívání léků?			
o tom, kam se můžete obrátit při zajišťování psychiatrických služeb? (např. kontakt na právní poradnu, sociální pomoc, osobní asistenci, apod.)			
o důležitých kontaktech v bydlišti Vašeho příbuzného? (např. na ambulantního psychiatra, na právní poradnu, na krizové centrum)			
o možnosti kontaktovat komunitní služby v bydlišti Vašeho příbuzného? (denní centrum, chráněné dílny, podpora v bydlení apod.)			

6. Kdo Vám poskytl informace o možnostech psychiatrické léčby u Vašeho blízkého?

(můžete označit i více odpovědí)

- □ lékař
- □ sestra
- □ psycholog
- □ jiné, doplňte……

7. Jakým způsobem Vám zdravotnický personál poskytl informace o Vašem příbuzném? *(můžete označit i více odpovědí)*

- □ rozhovorem
- □ edukací (podáním potřebných informací)
- □ poskytnutí odborné literatury, časopisů
- □ poskytnutí informativních brožur, letáků
- □ byly mi doporučeny internetové odkazy
- □ byly mi doporučeny svépomocné skupiny v místě bydliště
- □ jiné, doplňte ……..……

8. Pokud jste měli otázky, věnoval zdravotnický personál čas na jejich zodpovězení?

- □ ano
- □ spíše ano
- □ spíše ne
- □ ne

Nyní se Vás zeptám, zda jste byl/a spokojen/a s informacemi od zdravotnického personálu

9. Byl/a jste spokojen/a, jak Vás zdravotnický personál informoval o charakteru duševního onemocnění, kterým trpí Váš příbuzný?

- spokojen/a
- částečně spokojen/a
- nespokojen/a

10. Byl/a jste spokojen/a, jak Vás zdravotnický personál informoval o možnostech zapojení se do ošetřování Vašeho blízkého?

- spokojen/a
- částečně spokojen/a
- nespokojen/a

11. Byl/a jste spokojen/a s přístupem ze strany zdravotnického personálu?

- spokojen/a
- částečně spokojen/a
- nespokojen/a

12. Byl/a jste spokojen/a s informacemi, které Vám poskytl zdravotnický personál?

- spokojen/a
- částečně spokojen/a
- nespokojen/a

13. Byl/a jste spokojen/a se způsobem komunikace ze strany zdravotnického personálu?

- spokojen/a
- částečně spokojen/a
- nespokojen/a

14. Byly pro Vás informace od zdravotnického personálu srozumitelné?

- ano
- spíše ano
- spíše ne
- ne, proč……

15. Byly pro Vás informace od zdravotnického personálu dostačující?

- ano
- spíše ano
- spíše ne
- ne, proč……

16. Označte oblasti, ve kterých byste chtěl/a získat více informací: *(můžete označit i více odpovědí)*

- informace o charakteru onemocnění (závažnost, příznaky, prognóza aj)
- informace o nutnosti dodržovat pravidelný léčebný režim (užívání léků, neužívání alkoholu, pravidelný spánek)
- informace o aktivním zapojení rodinných příslušníků do péče
- informace o nutnosti pravidelných návštěv v Psychiatrické ambulanci
- informace o komplikacích při nedodržování léčebného režimu (zhoršení zdravotního stavu, relaps – znovuvzplanutí onemocnění)

□ informace o psychosociálních problémech rodiny s nemocným s duševním onemocněním

□ informace o možnostech využívání dalších psychiatrických služeb v místě bydliště nemocného s duševním onemocněním (denní centrum, chráněné dílny, podpora v bydlení apod.)

□ poskytnutí kontaktů na komunitní služby v místě bydliště nemocného s duševním onemocněním (denní centrum, chráněné dílny, podpora v bydlení apod.)

□ jiné, doplňte……...

17. Pokud si sami získáváte informace o problematice týkající se psychiatrické péče, z jakých zdrojů čerpáte? *(můžete označit i více odpovědí)*

□ od sester
□ od lékaře
□ od své rodiny
□ z odborné literatury, brožur
□ z časopisů
□ z internetu
□ z TV
□ informace aktivně nevyhledávám
□ jiné, doplňte……

Nyní Vám položím pár otázek vztahujících se k péči o Vašeho příbuzného

18. Motivoval (povzbuzoval) **Vás zdravotnický personál, abyste se aktivně zapojil/a do péče?**

□ ano, vždy
□ ano, občas
□ ne

19. Zapojujete se aktivně do ošetřovatelské péče o Vašeho člena rodiny?

□ ano, jak ……
□ ne, proč ……..

20. Využíváte poskytnuté informace od zdravotnického personálu:			
	ano	**ne**	**nevím**
při péči o Vašeho člena rodiny?			
při dodržování pravidelného léčebného režimu? (pravidelný spánek, denní režim, užívání léků apod.)			
při rehabilitaci – nácviku soběstačnosti? (hygiena, nakupování, vedení domácnosti, jízda dopravou apod.)			
při začleňování Vašeho člena rodiny do komunity? (návštěva komunitních služeb – denní centrum, chráněné dílny apod.)			

21. Navštívil/a jste někdy psychiatrické služby v místě bydliště Vašeho příbuzného (denní centrum, chráněné dílny, podporu v bydlení, krizové služby apod.)**?**

- □ ano, navštívil/a – opakovaně
- □ ano, jednou
- □ ne

22. Vyhovuje Vám dostupnost poskytovaných psychiatrických služeb v místě bydliště Vašeho příbuzného (denní centrum, chráněné dílny, podpora v bydlení, krizové služby apod.)**?**

- □ ano
- □ ne
- □ nevím

23. Myslíte si, že jsou psychiatrické služby pro Vašeho příbuzného přínosné? (ambulantní služby, denní centrum, chráněné dílny, podpora v bydlení, krizové služby apod.)
(*Pokud odpovíte NE, NEVÍM, přeskočte na otázku č. 25).*

- □ ano
- □ ne
- □ nevím

24. V jakém smyslu jsou podle Vás přínosné? *(můžete označit i více odpovědí)*

- □ podporují nemocného
- □ aktivizují nemocného
- □ motivují nemocného
- □ pomáhají nemocnému získat/upřesnit informace
- □ vyplňují čas nemocnému (zaměstnávání, kulturní vyžití)
- □ nemocný se zde setkává se stejně nemocnými lidmi
- □ nevím
- □ jiné, doplňte ……..

Nyní by mě zajímal Váš názor na některé mnou položené otázky

25. Uveďte důvod, který podle Vašeho názoru vede k tomu, že sestry nezodpoví Vaše otázky: *(můžete označit i více odpovědí)*

- □ nedostatek času
- □ nedostatek soukromí
- □ komunikační překážky ze strany sestry
- □ chybí klidné, upravené prostory pro rozhovor
- □ nevím
- □ jiné, doplňte……
  ……

26. Uveďte důvod, který by podle Vašeho názoru mohly vést ke zlepšení informovanosti rodinných příslušníků : *(můžete označit i více odpovědí)*

- dostatek času na podání informací
- dostatek prostoru pro zodpovězení mých otázek k problematice
- klidná, upravená místnost s dostatkem soukromí
- dostatek srozumitelných materiálů o problematice psychiatrického ošetřování (brožury, letáky)
- nevím
- jiné, doplňte ……
  ……

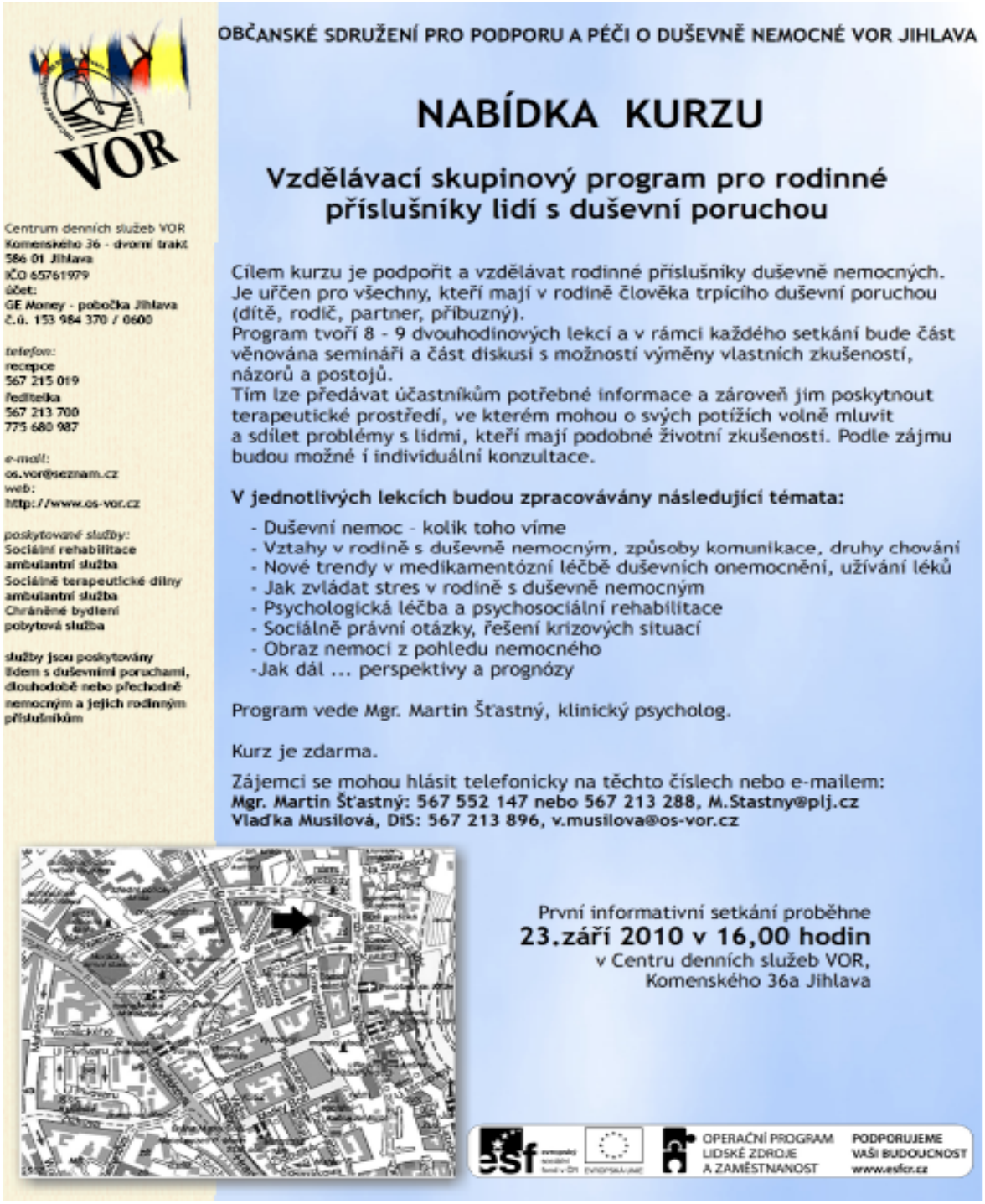
27. Měl/a byste zájem se účastnit edukace (vzdělávací akci, lekci)**, která by se týkala problematiky duševních onemocnění, její léčby?**

- ano, na jaké téma ……
  ……
- ne
- nepřemýšlel/a jsem o tom

28. Myslíte si, že je nutné, aby Váš příbuzný celoživotně:			
	ano	**ne**	**nevím**
dodržoval pravidelný denní režim			
dodržoval pravidelný spánkový režim			
chodil na pravidelné kontroly v ambulanci			
neužíval alkohol			
pravidelně užíval léky			

Zdroj: Autorka

Příloha 3: Nabídka edukačního kurzu pro rodinné příslušníky



Zdroj: Občanské sdružení pro podporu a péči o duševně nemocné VOR Jihlava

Příloha 4: Edukační plán pro rodinné příslušníky
„Vhodné chování rodinných příslušníků k nemocným s duševním onemocněním“

Téma:
Vhodné a nevhodné chování rodinných příslušníků k nemocným s duševním onemocněním.

Edukant:
rodinní příslušníci nemocných s duševním onemocněním, blízcí nemocných s duševním onemocněním

Místo konání:
edukační místnost

Délka edukační hodiny: 45 minut

Organizační forma:
skupinová – přednáška, diskuze

Edukační metody:
monologické: přednáška, vysvětlování
dialogické: kladení otázek, diskuze, rozhovor, brainstorming
didaktické prostředky a pomůcky: PC, dataprojektor, plátno, PowerPoint prezentace, odborné brožury, letáky

Posouzení:
Sběr informací o problematice duševních chorob.
Zjistit, jak se edukanti chovají k nemocným s duševním onemocněním.
Zjistit, jaké vědomosti, informace mají o možném chování k nemocným s duševním onemocněním.

Edukační diagnóza:
Deficit vědomostí o vhodném i nevhodném chování k nemocným s duševním onemocněním.

Cíl:
Edukant bude informován o vhodném i nevhodném chování k nemocným s duševním onemocněním.

Výsledná kritéria:
- Edukant má již znalosti o charakteru duševního onemocnění z předchozích edukací.
- Edukant je informován o vhodné komunikaci s nemocným s duševním onemocněním.
- Edukant je informován o nutnosti dodržovat léčebný režim.

- Edukant je schopen respektovat některá omezení plynoucí z duševního onemocnění u člena rodiny.
- Edukant je informován o významu vytváření vhodné atmosféry v rodině.
- Edukant je informován, jak nejlépe přistupovat k nemocnému s duševním onemocněním.
- Edukant je informován o vhodném chování v krizových či kritických situacích.
- Edukant zná a ví, jak se má zachovat v krizových situacích.
- Edukant má k dispozici kontakty, na které se v krizové situaci může obrátit.
- Edukant umí využít získané vědomosti o vhodném i nevhodném chování k nemocným s duševním onemocněním.

Realizace:

Motivační fáze: (5 minut)

- úvod, přivítání
- představení
- motivační rozhovor - seznámení s tématem a aktuálností tématu
- seznámení s cílem a obsahem přednášky
- brainstorming (vlastní zkušenosti edukantů o možném vhodném chování k nemocným s duševním onemocněním)

Expoziční fáze:(20 minut)

- přednáška zaměřená na chování k nemocným s duševním onemocněním
- seznámení s vhodnou komunikací
- poučení o nutnosti dodržovat pravidelný režim i některá omezení plynoucí z duševního onemocnění
- seznámení s vybudováním vhodné atmosféry v rodině

osnova obsahu přednášky:

- doporučíme edukantům vhodnou formu komunikace s nemocným členem rodiny
- upozorníme edukanty, aby komunikovali jednoduše, přehledně, bez zbytečné kritiky a vyvracení bludů či halucinací
- upozorníme edukanty na to, aby pomohli nemocnému členu rodiny komunikovat s okolím a komunitou
- doporučíme edukantům, jak nejlépe mohou naplánovat pravidelný režim dne pro člena rodiny
- zvláštní pozornost věnujeme tomu, aby nebyl nemocný s duševním onemocněním přetěžován – plánování zátěže jen velmi opatrně a pozvolna
- upozorníme na nutnost a dostatek odpočinku u nemocného člena rodiny
- prodiskutujeme s edukanty podporování nemocného člena rodiny v pravidelných návštěvách v ambulanci
- vyzdvihneme nutnost podpory při abstinenci a pravidelném užívání léků
- předložíme některá doporučení o vybudování vhodné atmosféry v rodině a domácnosti
- upozorníme zvláště na to, že je nutné se vyhýbat hádkám, výčitkám a odmítání či obviňování nemocného člena rodiny

- doporučíme edukantům, aby respektovali potřebu citové podpory a důvěry pro nemocného člena rodiny
- doporučíme edukantům, aby dopřáli nemocnému členu rodiny dostatek klidu (respektovali jeho potřebu klidu)
- vysvětlíme edukantům, aby nepodceňovali výroky nemocných členů rodiny o sebevraždě
- upozorníme i na možnost náhlého zhoršení stavu, zvýšení agresivity či nebezpečnosti nemocného člena rodiny
- upozorníme i na možnost přetrvávání jiných příznaků onemocnění – pasivita, izolace
- vyzdvihneme a upozorníme edukanty na to, aby nezlehčovali zdravotní stav nemocných členů rodiny
- informujeme o možných kontaktech, kam se obrátit v krizových situacích
- informujeme edukanty, jak se nejlépe chovat v krizových situacích
- upozorníme edukanty na to, aby také při péči o nemocné členy rodiny nezapomínali sami na sebe

Fixační fáze:(15 minut)
- zpětná vazba – brainstorming - zopakování nejdůležitějších údajů s edukanty
- diskuze, možnost dotazů, vysvětlení případných nejasností
- ukázky edukačních materiálů

Hodnotící fáze: (5 minut)
Pomocí zpětné vazby (kontrolní otázky), zjištění, zda si edukanti pamatují obsah a důležité body přednášky.
- Edukant dokáže vyjmenovat některá doporučení týkající se vhodného chování k nemocným s duševním onemocněním.
- Edukant zná a umí používat informace o možném vhodném chování k nemocným s duševním onemocněním.
- Edukant zná a respektuje některá omezení plynoucí z duševního onemocnění.
- Edukant zná kontakty, kam se může obrátit o pomoc či radu.

Závěr:
Poděkování, povzbuzení a motivace edukantů k účasti na příští edukační hodině.

Zdroj: Autorka

Příloha 5: Edukační plán pro nelékařský zdravotnický personál

Edukační plán pro nelékařský zdravotnický personál o edukaci, jejím významu v psychiatrické ošetřovatelské péči – ukázka edukační hodiny

Téma:
Informace o edukaci, zásadách edukace, edukačním procesu a významu edukace v psychiatrické ošetřovatelské péči

Edukant:
všeobecné sestry, sestry pro péči v psychiatrii, zdravotničtí asistenti, ošetřovatelé/lky, sociální pracovnice, pracovní terapeutky

Místo konání:
přednáškový sál

Délka edukační hodiny: 45 minut

Organizační forma:
hromadná - přednáška

Edukační metody:
monologické: přednáška, vysvětlování
dialogické: kladení otázek, diskuze, rozhovor
didaktické prostředky a pomůcky: PC, dataprojektor, plátno, PowerPoint prezentace

Posouzení:
Zjistit, zda mají edukanti vědomosti o edukaci.
Sběr informací o edukaci a jejím významu v psychiatrické ošetřovatelské péči.

Edukační diagnóza:
Deficit znalostí o edukaci, zásadách edukace, edukačním procesu a významu edukace v ošetřovatelské péči

Cíl:
Edukant bude informován o edukaci, jejích zásadách, edukačním procesu a významu edukace v ošetřovatelské péči.

Výsledná kritéria:
- Edukant má znalosti o edukaci v ošetřovatelské péči.
- Edukant je informován o významu edukace u nemocných s duševním onemocněním a jejich rodin.
- Edukant je informován o didaktických zásadách edukace.
- Edukant zná průběh edukačního procesu.
- Edukant je informován o možných formách edukace.

- Edukant je informován o možných edukačních metodách.
- Edukant je informován o možných edukačních pomůckách a technice.
- Edukant je informován o záznamu edukace do ošetřovatelské dokumentace.
- Edukant zná možné oblasti edukace u nemocných s duševním onemocněním a jejich rodin.
- Edukant umí využít získané vědomosti o edukaci při své práci.

Realizace:

Motivační fáze: (5 minut)

- úvod, přivítání
- představení
- motivační rozhovor - seznámení s tématem a aktuálností tématu edukace v ošetřovatelství
- seznámení s cílem a obsahem přednášky

Expoziční fáze:(25 minut)

- přednáška zaměřená na edukaci, její zásady a význam v psychiatrické ošetřovatelské péči
- seznámení s edukačními formami, metodami a pomůckami k edukaci
- seznámení s možnými tématy edukace u nemocných s duševním onemocněním a jejich rodin
- poučení o nutnosti dokumentovat edukaci nemocných s duševním onemocněním a jejich rodin

osnova obsahu přednášky:

- seznámit edukanty s pojmem edukace
- upřesnit edukantům základní edukační pojmy
- upřesnit význam edukace v primární, sekundární a terciární prevenci
- upozornit na zásady edukace, které je potřebné dodržovat při edukování nemocných s duševním onemocněním a jejich rodin
- vysvětlit edukantům proces edukace a jeho průběh
- upozornit edukanty na důležité otázky, které je nutné si klást při plánování vlastního edukačního plánu či hodiny
- poučit edukanty, jaké informace mohou v rámci svých kompetencí při edukaci sdělovat nemocným s duševním onemocněním a jejich rodinným příslušníkům, blízkým
- seznámit edukanty s možnými formami edukace nemocných s duševním onemocněním a jejich rodin
- poučit edukanty o možných metodách edukace, které mohou používat
- vyzdvihnout používání alternativních metod edukace
- vysvětlit edukantům nutnost používání didaktických pomůcek a technik při edukování pro zvýšení efektivnosti edukace
- informovat o možných oblastech edukace u nemocných s duševním onemocněním a jejich rodin

- vyzdvihnout a upozornit na nutnost dokumentování edukace nemocných s duševním onemocněním a jejich rodinných příslušníků, blízkých

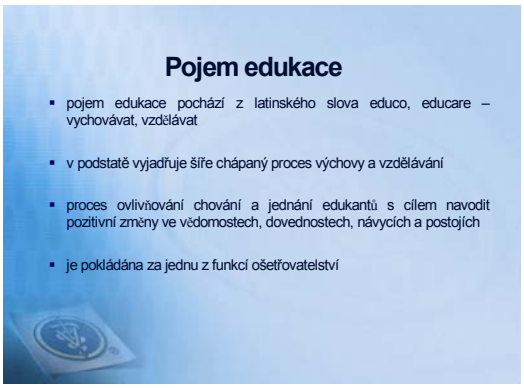
Fixační fáze:(10 minut)
- zpětná vazba - zopakování nejdůležitějších údajů s edukanty
- diskuze, možnost dotazů, vysvětlení případných nejasností
- ukázky edukačních materiálů

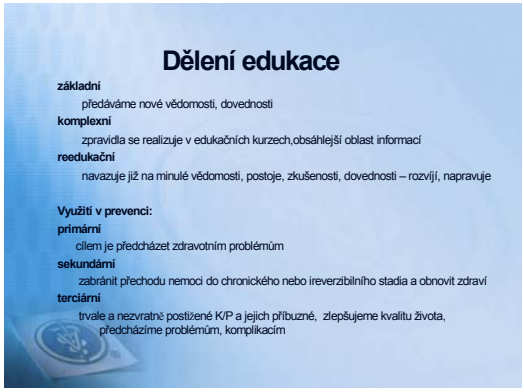
Hodnotící fáze: (5 minut)
Pomocí zpětné vazby (kontrolní otázky), zjištění, zda si edukanti pamatují obsah a důležité body přednášky.
- Edukant dokáže vymezit pojem edukace.
- Edukant zná a umí vysvětlit proces edukace a jeho průběh.
- Edukant zná a umí používat některé metody edukace.

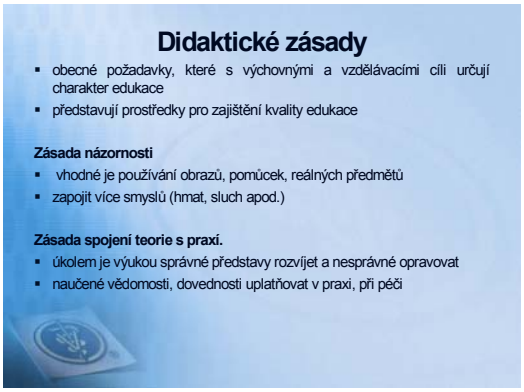
Závěr:
Poděkování, povzbuzení a motivace edukantů k účasti na edukaci nemocných s duševním onemocněním a jejich rodin.

Zdroj: Autorka

Příloha 6: Přednáška “Edukace a její význam v ošetřovatelství”- PowerPoint prezentace







Zásada soustavnosti
- obsah učiva řadit do logických celků a logicky navazovat
- jsou lépe chápany, zapamatovány a používány.

Zásada aktuálnosti
- zjistit úroveň vědomostí, dovedností edukantů
- identifikace edukačních potřeb

Zásada zpětné vazby
- zjišťovat během edukace, zda edukant vše chápe, zda všemu rozumí, pamatuje si, zda umí získané vědomosti použít v praxi

Zásada komplexního rozvoje osobnosti edukanta
- je důležité působit na celou osobnost člověka
- rozvíjet osobnost ve 3 strukturách (kognitivní, afektivní a psychomotorické)

Cíl edukace

- získání nových nebo změna ve stávajících vědomostech, dovednostech, postojích, citech a hodnotách
- musí být především konkrétní a měřitelný

dělíme na :

kognitivní (vzdělávací)
poskytování informací, vysvětlování (používáme Bloomovu taxonomii)

afektivní (postojové, názorové)
zaměřené na postoje, názory, hodnoty, přesvědčení

psychomotorické (výcvikové, praktické)
zaměřené na získání způsobilosti a maximální zručnosti

Edukační proces v ošetřovatelství

- představuje formu odevzdávání informací, které se uskutečňuje v rámci interakce sestra - pacient
- je to výchovný a vzdělávací proces
- je vytvoření záměrně, aby se někdo učil
- je dynamický vzájemný vztah mezi edukátorem a edukantem

Fáze edukačního procesu

se skládá z pěti fází (etap)

1. fáze posouzení
sběr údajů o schopnostech, připravenosti a nedostatcích pacienta z hlediska učení

2. fáze diagnostická
stanovení edukačních diagnóz

3. fáze plánování
příprava edukačního plánu - stanovení priorit a edukačních cílů

4. fáze realizace
realizace edukačního plánu
- · fáze motivační
- · fáze expoziční
- · fáze fixační
- · fáze vyhodnocení

5. fáze vyhodnocení efektivnosti edukace
vyhodnocení procesu a zhodnocení klientových vědomostí

Projektování edukačního procesu

Proč?
stanovíme jasné a jednoznačné cíle zaměřené na rozvoj různých složek edukantů, např. na vědomosti, na dovednosti a na postoje účastníka.

Koho?
stanovené cíle musí odpovídat potřebám edukantů.

Co?
stanovíme obsah a rozsah tématu, rozsah výukových hodin

Jak?
ujasníme si, jaké formy a metody použijeme k dosažení daného cíle edukace.

Kdo?
edukaci realizují edukátoři (např: lékaři, psychologové, sestry, nutriní terapeutky apod.)

Kde?
edukační místnost musí mít dostatek prostoru pro plánovaný počet edukantů, dobré světelné podmínky, dostatek prostoru atd.

Za jakých podmínek?
zde působí aspekty financování, legislativní rámec, řízení.

S jakým očekávaným efektem?
řešíme způsoby sdělování výsledků hodnocení, metody a nástroje hodnocení, provedeme přesný záznam o edukaci

Edukační metody - dělení

Klasické vyučovací metody
- jsou jednoduché, známé, přirozené
- zaměřené na obsah učiva, odevzdáváme informace
- používáme další zdroje a prostředky komunikace např. video, názorné didaktické pomůcky, diapozitivy
- např: přednáška, vysvětlování, demonstrace apod.

Alternativní vyučovací metody
- jsou zaměřené na edukanty, kteří se svou aktivitou a spontánním vyjadřováním učí samostatně
- jsou vedeni k objevování nového, jež mohou uplatnit v situaci, která to nejdříve vyžaduje
- např: hraní rolí, brainstorming, brainwriting, pexeso apod.

Metody teoretické

- nejvhodnější při předávání teoretických poznatků, vědomostí
- např: přednáška, přednáška s diskuzí, cvičení, seminář, vysvětlování apod.

Metody teoreticko-praktické

- poskytují nejen poznatky, zaměřují se na získání předpokladů k úspěšnému jednání v praxi (analýza problémů a jejich řešení)
- např: diskusní metody (řízená diskuze, diskuze ve velké skupině), problémové metody, projektové metody apod.

Metody praktické

- jsou postupy praktického zaučení, zácviku
- např: instruktáž, mentoring, asistování, stáž, exkurze

Formy edukace

- uspořádání vyučovacího procesu, vytvoření prostředí a způsob organizace činnosti edukátora i edukantů

Individuální forma

- osobní kontakt s edukantem
- umožňuje realizovat zásadu individuálního přístupu a respektovat osobitost pacienta
- probíhá v ambulanci, u lůžka K/P, v ambulanci lékaře
- možné eduk. metody: rozhovor, vysvětlování, instruktáž s praktickým cvičením

Individualizovaná forma

- edukátor připraví pro klienta pracovní list, písemnou prezentaci učiva, instruktáž (např. na ambulanci)

skupinová forma

- různě velké skupiny edukantů se stejným problémem (ideální po 3 – 5 dukantech)
- vytváří podmínky pro vzájemnou interakci, spolupráci, výměna vědomostí, zkušeností jeden od druhého
- využití ve svépomocných skupinách, lázeňské péči apod.
- možné eduk. metody: diskuse, přednáška, beseda

Hromadná forma

- zaměřené na širší okruh lidí
- využívá se vnitřní motivace, do jisté míry anonymita
- možná eduk. metoda: přednáška

I

Didaktická technika a pomůcky

- pomáhají zvýšit efektivitu edukace
- přispívají ke zprostředkování obsahu edukace v názorné podobě
- funkce: motivační, informačně-logická, názorná, aktivizační, doplňující, rozšiřující

textové učební pomůcky

- např: učebnice, letáky, brožury, pracovní materiály a sešity, tabulky, atlasy, časopisy, noviny apod.

vizuální učební pomůcky

- např: fotografie, nástěnné obrazy, obrazy z dataprojekturu, folie pro zpětný projektor, modely, zdravotnický materiál apod.
- didaktická technika: tabule, zpětný projektor, dataprojektor s PC

auditivní učební pomůcky

- např: hudební a zvukové záznamy
- didaktická technika: CD, MP3, rozhlas

audiovizuální technika

- např: TV pořady, výukové filmy
- didaktická technika: TV, DVD, video, dataprojektor s PC

počítačové programy a internet

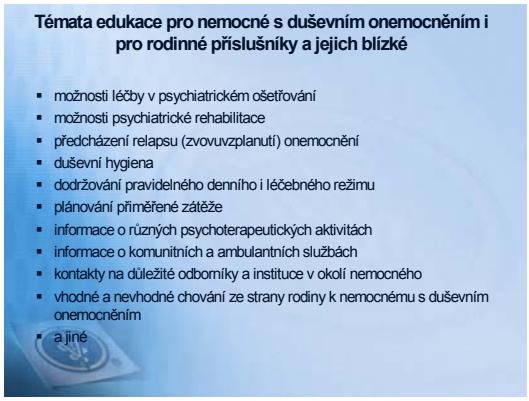
- např: interaktivní učební programy
- didaktická technika: PC

Dokumentace edukace

- vedení záznamu o prováděné edukaci do ošetřovatelské dokumentace nebo na samostatný edukační list
- podporuje kontinuitu (co bylo uděláno, zda K/P rozumí…),
- informovanost zdravotního týmu, soustavnost a hlavně chrání před trestním stíháním
- usnadňuje hodnocení edukace

V záznamu o edukaci musí být uvedeny následující skutečnosti:

- úroveň znalostí, dovedností a motivace k edukaci na začátku i konci
- cíl edukace
- požité metody a formy edukace
- obsah edukace
- učební pomůcky
- odezva na edukaci (hodnocení cílů)
- bariéry ve výuce, např. nedoslýchavost, nevidomost
- kdo, kdy, kde a koho edukoval
- podpis edukátora a edukanta



Zdroj: Autorka