

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta

**PSYCHICKY NEMOCNÍ PACIENTI/KLIENTI
NA STANDARDNÍCH ODDĚLENÍCH**

Bakalářská práce

Mgr. Veronika Švábová

Hana Pavlíková

2. 5. 2011

Mentally Ill Patients/Clients at Standard Wards.

Mental health is a hot topic. There are a large number of organizations for the mentally ill - clinics or groups of people with the same psychiatric diagnosis. Mental health is also dealt in many WHO projects. There are psychiatric hospitals for mentally ill. Even though mentally ill may be hospitalized at standard wards. It is necessary to have a certain knowledge and experience for communication with mentally ill. Nurses must know rules how to communicate with a depressive or anxious patient/client or a patient with an impaired intellect. Poor communication techniques can lead to mistrust the patient/client, to cause aggression or anxiety.

The bachelor thesis “Mentally Ill Patients/Clients” is based on a quantitative survey using a questionnaire. For the data collection there were used anonymous questionnaires for nurses in standard units of the following hospitals - Nemocnice České Budějovice, a.s. and Nemocnice Pelhřimov p.o. The work itself is divided into two parts - theoretical and practical. The theoretical part covers the view of mentally ill throughout the history, the definition of mental illness, principles of communication with mentally ill patients/clients and defining the most common mistakes nurses may do when communicating with a mentally ill patient/client. The practical part describes the research leading to verifying the hypotheses.

Two objectives were identified. The first objective was to identify barriers in communication between a nurse and a mentally ill patient/client. The second objective was to determine what nurses lack when caring for mentally ill patients/clients in standard units. Three hypotheses were determined. Hypothesis 1: Older nurses working in standard units have more experience in communicating with mentally ill patients/customers. This hypothesis was confirmed. Hypothesis 2: Organizational work conditions do not impede nurses working in standard units in communication with a mentally ill patient/client. This hypothesis has been disproved. Hypothesis 3: Nurses working in a standard unit have an interest in communicating with a mentally ill patient/client. This hypothesis was confirmed. On the base of the processed results it can be stated that the quality of communication with mentally ill patients is affected by experience, sufficient time and interest in the issue.

Prohlášení:

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenu a literatury uvedených v seznamu citované literatury. Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejich 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 oponenta práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátu.

V Českých Budějovicích

.....

podpis studenta

Poděkování:

Touto cestou bych ráda moc poděkovala vedoucí této práce Mgr. Veronice Švábové za cenné rady a odborné vedení práce a především za trpělivost mi věnovanou.

OBSAH

Úvod.....	3
1. Současný stav.....	4
1.1 Psychicky nemocní pacienti/klienti v dějinách.....	5
1.1.1 Přístup k psychicky nemocným ve starověku.....	6
1.1.2 Přístup k psychicky nemocným ve středověku.....	6
1.1.3 Přístup k psychicky nemocným v novověku.....	7
1.1.4 Přístup k psychicky nemocným v současnosti.....	8
1.2 Zdraví.....	9
1.2.1 Psychické zdraví.....	10
1.3 Normalita.....	12
1.4 Obecné zásady komunikace s psychicky nemocným.....	13
1.4.1 Specifika komunikace s psychicky nemocnými pacienty/klienty.....	14
1.5 Ošetrovatelská péče o pacienta/klienta s demencí.....	16
1.6 Ošetrovatelská péče o pacienta/klienta s mentální retardací.....	17
1.7 Ošetrovatelská péče o pacienta/klienta s poruchou osobnosti.....	18
1.8 Ošetrovatelská péče o pacienta/klienta se schizofrenií.....	19
1.9 Ošetrovatelská péče o pacienta/klienta s autismem.....	20
1.10 Standardní ošetrovací jednotka.....	21
1.11 Chyby sester v komunikaci s psychicky nemocným pacientem/klientem.....	22
2. Cíl práce a hypotézy.....	24
2.1 Cíle práce.....	24
2.2 Hypotézy.....	24
3. Metodika.....	25
3.1 Použitá metoda.....	25
3.2 Charakteristika výzkumného souboru.....	25
4. Výsledky.....	27
5. Diskuze.....	42
6. Závěr.....	49
7. Seznam použitých zdrojů.....	50
8. Klíčová slova.....	55

9. Přílohy	56
-------------------------	-----------

Úvod

Duševní nemoc není problematikou posledních let, jak se může ze zpráv médií poslední doby zdát. Od počátku lidstva se setkáváme s lidmi, jejichž psychika je více či méně narušena, dokládají to mnohé dobové záznamy. S psychicky nemocnými se setkáváme dnes a denně – ve večerních zprávách, v tramvaji, autobuse či v rámci svého zaměstnání (24).

Jako téma své bakalářské práce jsem si zvolila téma „Psychicky nemocní pacienti/klienti na standardních odděleních“. K výběru tématu mě motivovala setkání duševně nemocných v rámci studentské praxe. Prakticky na každém oddělení se sestra setkává s člověkem psychicky nemocným. S rozvojem medicíny dochází k prodloužení věku. S vyšším věkem stoupá riziko vzniku organických duševních poruch. Významnou roli hraje také genetika, životní prostředí, výchova. Duševně nemocní nejsou lidé okraje společnosti, pracují jako generální ředitelé významných firem, národní umělci, významní státníci. Ze studia víme, jak správně pečovat o pacienta/klienta po totální endoprotéze kolene, jak správně aplikovat intramuskulární injekci, umíme převázat operační ránu. Existují stohy standardů ošetrovatelské péče hygienické ošetrovatelské péče, aplikace léků intravenózně. Víme však jak správně komunikovat s lidmi psychicky nemocnými? Máme dostatečné informace o tom, jak postupovat u autistického pacienta/klienta? V které oblasti komunikace pocítujeme největší slabiny? Brání nám v komunikaci s psychicky nemocným něco? (24, 32, 39)

V bakalářské práci bych se ráda zamyslela nad psychickou nemocí, nad problémy v komunikaci s psychicky nemocnými pacienty/klienty. V teoretické části bakalářské práce se snažím o náhled na psychickou nemoc. Při zpracování vycházím s české i zahraniční literatury obsahující problematiku duševní nemoci a komunikace a stanovisek organizací zabývajících se duševním zdravím. Cílem praktické části bakalářské práce je zjistit, zda sestřám standardních oddělení něco brání v komunikaci s psychicky nemocnými, kterou vyhodnocuji na základě šetření, formou dotazníkové techniky.

„Duševní bolest je horší než nemoc tělesná“

DOLOR ANIMI MORBUS GRAVIOR EST QUAM CORPORIS.

(Publius Syrus)

1. Současný stav

V poslední době stále více přibývá jedinců s psychickými onemocněními. Stejně jako máme zásady komunikace s umírajícím pacientem/klientem, nevléčitelně nemocným, tělesně postiženým, jsou i zásady komunikace s psychicky nemocným pacientem/klientem. Ať už se jedná o jedince s demencí, schizofrenií či mentálně retardovaným. Zásady komunikace sestra dodržuje v zájmu bezpečí svého i v zájmu bezpečí pacienta/klienta. Existují specializovaná oddělení v psychiatrických léčebnách, kde jsou psychicky nemocní hospitalizováni. Přesto se psychicky nemocný pacient/klient může být hospitalizován na standardním oddělení. Pak může nastat komunikační bariéra mezi ním a sestrou, která nemá příliš zkušeností s komunikací s duševně nemocnými (41, 42, 44).

Postoje sester k psychicky nemocnému pacientovi/klientovi ovlivňují jeho ochotu ke spolupráci. Je důležité mít na paměti, že jako je individuální každý jedinec, je třeba s ním i individuálně komunikovat. Sestry, lékaři i jiní zdravotničtí pracovníci se řídí zásadami, které jsou pro úspěšnou komunikaci nezbytné. A to jak s psychicky zdravým jedincem, tak i s psychicky nemocným (8, 10, 13).

Hospitalizace sama o sobě je pro člověka stresující událost, dochází ke ztrátě soukromí, narušení intimity, člověk se musí adaptovat na nové prostředí a nový režim, což je těžké pro zdravého člověka, natož pro duševně nemocného jedince. Přístup k duševně nemocnému by měl být přiměřený jeho jak tělesnému, tak duševnímu stavu. Na pacienta/klienta nejsou kladeny vysoké nároky. Sestra je „spoluhračem“, nikoliv nedotknutelnou autoritou. Ale na druhou stranu sestra vystupuje jako profesionál (15, 17, 27).

Důležitou rolí v péči o duševně nemocného pacienta/klienta hraje i spoluúčast rodiny. Vhodné je zjistit míru závislosti nemocného na rodině, vztahy či ekonomickou a sociální situaci. Komunikace sama o sobě není jednoduchý proces a je zapotřebí při

něm uvažovat ať jednáme se zdravým či nemocným jedincem. A to je často velmi náročné (15, 17, 20, 23).

1.1 Psychicky nemocní pacienti/klienti v dějinách

Psychicky nemocní se objevují v kronikách a literaturách od počátku písemnictví. Jedinci s duševním onemocněním žili od počátku lidstva, každá doba k nim přistupovala jiným způsobem. Důvodem bylo chápání podstaty duševních nemocí šamany, léčiteli, bylinkářkami či lékaři. Pokud duševní nemoc způsoboval démon, který se usídlil v těle člověka, bylo nutné jej z těla vyhnat. Jestliže je duševní nemoc trestem od bohů, je nutné si je usmířit formou obětí. Léčení duševních chorob se liší období od období a případ od případu (6, 9).

Dnešní psychiatrie je vyspělá, opírá se o mnoho potvrzených vědeckých faktů. Sestry již nejsou služebnicemi boha, jsou stále ve větší míře vysokoškolsky vzdělané. Dnešní psychiatrie je vyspělá, opírá se o mnoho potvrzených vědeckých faktů. Proč by se tedy sestry měly zajímat o léčbu psychicky nemocných v průběhu dějin? K čemu sestře bude dobré vědět, že ve středověku duševně nemocné jedince ponořovali do studené vody? Pokud se budeme zajímat o terapii minulých dob, nevrátíme se uvažováním zpět? (9, 24)

Znalost historie nemůžeme považovat za něco zcela zbytečného, co nemá sebemenší význam. Vědomosti o lékařských a ošetrovatelských praktikách v průběhu historie by nás měly poučit či pochopit jejich pozdější vývoj. A pomoci nám ve vývoji dalším. Některé praktiky léčby duševně nemocných jedinců z dob antiky se používají i dnes. Například elektroléčba. Již v antice lékaři přikládají na hlavu nemocného elektrického rejnoka či úhoře. Živočich vyšle elektrický výboj, který působí na lidský mozek. Zdánlivě primitivní a barbarská metoda, která nemůže fungovat? Postupem času ale vědci zjišťují, že vyslání elektrické výboje do lidského mozku, má účinek na lidskou psychiku (5, 9).

1.1.1 Přístup k psychicky nemocným ve starověku

Počátek období starověku je datován od vzniku prvních civilizací několik tisíciletí před naším letopočtem a končí rozpadem Říše římské v roce 476. První zmínku o duševně nemocných přináší Ebersův papyrus, asi v 15. století př.n.l. Popisuje léčbu psychicky postižených jedinců. Základem psychoterapie je navození změny vědomí a léčba odpočinkem. Duševní choroba je považována za důsledek působení duchů či démonů. Asi 1000 let př.n.l. vznikají ve starověkém Řecku asklepiony, chrámy zasvěcené bohu Asklepiu. V nich jsou psychicky nemocní shromažďováni a je jim poskytována péče formou skupinového spánku, diet či balneoterapie. Antičtí lékaři a jejich asistenti (v dnešní době bychom mohli říci sestry, ačkoliv byli mužského pohlaví) chápou duševní chorobu jako tělesnou poruchu. Užívají se rostliny, kořínky, kůra stromů, vnitřnosti k různým zábalům odvarům či koupelím (9, 22, 24).

Z antických dob pochází mýty o bájném pastýři Melapusovi, který léčí bludy a melancholii pomocí bylinek a metody šoku. Šok působí na nemocnou mysl a nutit ji k obvyklému prožívání. Další léčebné metody spočívají v aplikaci projímadel, emetik a pouštění žilou. Dále je využíváno stříhání vlasů, držení hladovky či systematickém zavodňování, které má duševní chorobu vyplavit. Nejvýznamnějším lékařem starověku je Hippokrates, který založil první školu pro lékaře. Kládl důraz na diagnostiku, individuální přístup k nemocnému, nemoc chápal jako přirozený proces vznikající působením vnitřních a vnějších faktorů. Všechny duševní nemoci označoval slovem paranoia. Povolání ošetřovatelky/sestry v období antiky je výsadou mužů. Ženám je výhradně určeno povolání „porodní báby“. (5, 7, 9, 24)

1.1.2 Přístup k psychicky nemocným ve středověku

Středověkem se označuje období od roku 476 do roku 1492. Významnou roli v léčbě psychických nemocí hráli arabští lékaři, kteří převzali učení od antických lékařů a snažili se medicínu dále rozvíjet. Evropské lékařství se vrací k tezi, že nemoc je způsobena démony, duchy či ďáblem. V Evropě vzniká exorcismu a objevují se první případy čarodějnických procesů. Hlavním a nejdůležitějším náboženstvím je křesťanství. Významnou roli zde hraje katolická církev v čele s papežem (9, 11, 13, 15).

O psychicky nemocné jedince je pečováno v rámci malých společenství příbuznými. Rozvíjí se zdravotní péče při kláštorech. Kolem počátku 15. století vznikají i městské špitály. Roku 1458 vzniká na našem území vůbec první zařízení určené výhradně duševně nemocným, o které pečují sestry jeptišky. Převažuje snaha o pochopení duševně nemocného jedince. Můžeme dokonce hovořit o jakési svobodě vyjádření šílenství. Lidé mají čím dál silnější tendence shromažďovat nemocné jedince v organizovaných institucích. Vnikají proto takzvané věže bláznů a různá nápravná zařízení - mnohdy ovšem s horšími podmínkami, než tehdejší vězení (5, 9, 24).

Existuje mnoho teorií vzniku duševní choroby. Někteří lékaři se domnívali, že duševní choroba je následkem hnutí tělesných tekutin a tudíž i myšlení. Jiní lékaři se domnívali, že se myšlení přesune do hnisajících lézí a lépe se pak odstraní. K léčbě byly užívány metody jako pálení kůže, aplikace zákožky svrabové, pití kávy či octa, užívání chininu. Při procedurách sestry (jeptišky) pronášejí nad duševně nemocnými motlitby. Z období středověku jsou známa jména žen, které svůj život zasvětily péči o druhé. Mimo řádu diakonek a Alžbětinek historické prameny zmiňují i ženy světské, které svůj život zasvětili pomoci nemocným. Z české historie jsou známa jména Zdislavy z Lemberka či Anežky České (9, 11, 24, 30).

1.1.3 Přístup k psychicky nemocným v novověku

Novověk se datuje na přelom 15.-16. století objevením Amerického kontinentu. Období je poznamenáno čarodějnickými procesy, při kterých je jen v Evropě popraveno a umučeno asi devět miliónů lidí. Lidé a posléze i panovníci se exorcismu nakonec vzepřou. Roku 1755 Marie Terezie ruší zákon o čarodějnictví. Kdokoliv, kdo je za čarodějnicí označen, musí být prohlédnut lékařem, poněvadž čarodějnictví neexistuje. Dochází ke zlomu v léčbě duševně nemocných. Je kladen důraz na rozum. Pokud se jedinec rozumem neřídí, je třeba jej převychovat. Dosud byli psychicky nemocní lidé označováni za šílence. Nyní se poprvé s psychicky nemocnými jedná jako s „nemocnými“. Lékařství zbavuje svéprávnosti psychicky nemocné jedince. Vznikají stále nové a nové ústavy, v nichž se o nemocné starají sestry (jeptišky). Nutno však uvést, že podmínky, v kterých psychicky nemocní žijí, jsou nelidské - černé zatuchlé

kobky bez světla, v kterých je jídlo podáváno do žlabů. Tím pádem o komunikaci sestry s nemocným dochází zřídka (9, 15, 24, 34).

V 18. století vzniká samostatný obor psychiatrie. Se založením psychiatrie jako samostatného oboru je úzce spjata jméno Philippe Pinel. Lékař, který v období Velké francouzské revoluce propustil s psychiatrické léčebny 13 lidí a provádí na nich svou psychoterapii. Pineliho smýšlení o lidské psychice a její léčbě, se stalo základním stavebním kamenem v novodobému pohledu na duševní choroby. Pineli se nepokoušel nemocným vyvracet jejich bludy. Naopak se snažil, aby sami nemocní došli k závěru, že se mýlili. Některé metody byly poněkud rozporuplné. Například léčba člověku, který trpěl bludem, že nemá hlavu, byla připevněna olověná helma, se kterou musel chodit do doby, dokud si neuvědomil, že hlavu vlastní. I přes všechny snahy však v léčebnách nebylo s nemocnými zacházeno nejlépe. Terapeuti kladli silný důraz na kázeň. Znakem, že se nemocný člověk uzdravil, bylo, že doslova zopakoval pravidla, která mu byly pod nátlakem vštěpovány terapeuty. V ústavech o nemocné pečují zejména ošetřovatelé – muži, kteří museli být ženatí. Odpovídali o bezpečnost nemocných, úklid a větrání místností. Ženy jako ošetřovatelky v ústavech pro duševně choré vzhledem k nižší tělesné zdatnosti spíše nepracují. Ošetřovatelé pocházejí z chudých poměrů, poněvadž platy byly velice nízké. K platu ošetřovatelé dostávají přiděl svíček a dřeva. Bydlí většinou v ústavech na pokoji s chorobomyslnými a odejít mohou pouze s vědomím lékaře. Ošetřovatele a ošetřovatelky však k práci v ústavech nemotivuje potřeba pomáhat jiným, ale nuzné poměry (9, 14, 22, 24).

V 18. a 19. století rozkvétá výzkum v oblasti psychiatrie. Objevují se pojmy jako schizofrenie, organická duševní porucha, hysterie a podobně. Dochází také k rozvoji ošetřovatelství a profesionalizaci povolání sestry. O nemocné již nepečují pouze příslušnice různých řádů, ale díky Florence Nightingalové i ženy z řad měšťanů (9, 11).

1.1.4 Přístup k psychicky nemocným v současnosti

Současná psychiatrie klade důraz na zachování lidské důstojnosti. Snaží se zlepšit prostředí psychiatrických léčen. Upouští se od některých drastičtějších metod léčení. Psychicky nemocní klienti již nejsou výhradně soustředováni v léčebnách, ale mohou se

léčit ambulantně. Obor psychiatrie je ovlivněn zejména psychiatrem Sigmundem Freudem, jehož názory značně přispěly k psychiatrizaci nemocí. V období vzniku samostatného Československa prochází psychiatrické ústavy krizí, poněvadž stát přichází o nemalé finanční prostředky. 2. světová válka značně ovlivňuje pohled lidí na psychicky nemocné, dochází k systematickému vyhlazování v rámci vytvoření árijské rasy, která bude nadřazena všem ostatním. V průběhu desetiletí po 2. světové válce rostou tendence o úplné zrušení psychiatrických léčeben, dochází dokonce ke zrušení mnoha zařízení. Později však musejí být znovu otevřeny. V roce 1948 vydává Organizace spojených národů (OSN) Všeobecnou deklaraci lidských práv, ve které je ukotveno právo na péči o zdraví bez rozdílu vyznání, stavu či pohlaví. Sestry se podílejí svým psychologickým působením na zvýšení efektivity psychoterapie. Také přístup v oblasti ošetrovatelské péče se uvolňuje, již není tolik direktivní. Dochází k individualizaci ošetrovatelské péče. Koncem 20. století dochází ke zlomu v péči o psychiatricky nemocné, vznikají chráněná bydlení, chráněná pracoviště, denní stacionáře či krizová centra. Vyrůstá počet psychiatrických ambulancí. V posledních letech v České republice rostou snahy o psychiatrickou komunitní péči, která je již běžně zavedená například v Anglii (11, 24, 25, 28, 29).

Duševním zdravím se také jiné zabývá projekt WHO Zdraví 21. Deklarace stanovující postupy ke zlepšení zdraví lidu, má 21 cílů, které se zaměřují na různé oblasti péče o zdraví. Na oblast duševního zdraví se přímo zaměřuje cíl číslo 6: „Zlepšení duševního zdraví“ (33, str. 12). Zaměřuje se především na snížení počtu sebevražd a na posílení lidské odolnosti vůči stresu (33).

1.2 Zdraví

Stejně tak, jak se měnil pohled na vznik Země a život, měnil se v průběhu tisíciletí, staletí, desetiletí pohled na zdraví a nemoc člověka. Již od pradávna se lidé zajímali o své zdraví, snažili se pochopit příčinný vztah mezi zdravím a nemocí. Jejich výklady se lišily podle kultů či náboženství, které právě uctívali. Zdraví bylo odměnou od různých dobrých duchů a bohů. A naopak nemoc vznikala působením démonů, zlých duchů či jako trest od bohů za hříchy (11, 34, 36, 40).

S vývojem pohledu na zdraví a nemoc šel ruku v ruce i vývoj medicíny a později i ošetrovatelství. Péče o nemocného byla zaměřena zejména na samotnou nemoc. Postupem času se lékaři spíše než na pouhé léčení neduhů a onemocnění zaměřili na předcházení jejich vzniku. Existuje mnoho definic pojmu zdraví. Sami autoři se doposud neshodli na jednotné definici. Obecně mezi nejčastěji užívané definice patří definice WHO z roku 1946: „Zdraví je stav úplné fyzické, duševní a sociální pohody, a ne pouze nepřítomnost choroby či vady.“ (11, str. 49) V pozdější době řada autorů definici zdraví doplnila o stránku spirituální. Tedy duchovní jistoty člověka, hodnoty, které uznává a v kterých hledá pocit jistoty a bezpečí. Někteří autoři dokonce uvádí i další složky ovlivňující zdraví. Jsou jimi například složka intelektuální (rozumová), spočívá v pocitu dostatečné duševní činnosti. A poslední složkou, je environmentální oblast, týká se prostředí, ve kterém člověk žije (5, 6, 11, 24).

V roce 1977 vydává WHO v rámci kampaně „Zdraví pro všechny“ novou definici zdraví: „Zdraví je schopnost vést sociálně a ekonomicky produktivní život.“ (11, str. 49) Pokud dojde k narušení jakékoliv již zmiňované složky, může se objevit nemoc, ať už somatická nebo psychická. Pokud se na tuto problematiku podíváme z ošetrovatelského hlediska, vyplývá nám, že pokud pečujeme o nemocného pacienta/klienta, nesmíme se zaměřovat pouze na léčení jeho choroby. Zaměřujeme se na všechny složky zdraví.

Ošetrovatelství dnešní doby na zdraví pohlíží jako na celek, nesnaží se rozložit na jednotlivé složky. Zdraví není nic konečného, o co není třeba usilovat. Jde o dynamický celek, o který je třeba pečovat a ochraňovat jej (33, 39, 40, 44).

1.2.1 Psychické zdraví

Pojem duševní zdraví se neomezuje pouze na nepřítomnost duševní nemoci. Některé literatury uvádí, že duševní zdraví je možnost přijmout a následně zpracovat zprávy z okolí, řešit potíže a racionálně uvažovat. Člověk je schopen vytyčovat cíle a následně jich dosáhnout. Ve svém okolí se jeví jako člověk činný. Snaží se měnit věci kolem sebe nebo naopak tvořit jiné. Je v interakci se svým okolím. Duševním zdravím se zaobírá stále více spisovatelů (ať už se jedná o odborníky z oblasti medicíny či se jedná o autory

literatury krásné.), filmařů či žurnalistů. Vliv duševního zdraví na chování a jednání lidí se dostává do povědomí laické veřejnosti (7, 24, 32).

Je komplikované definovat, co přináší psychická nemoc. Rozmanitá společenství určují duševní zdraví jinak. - stanoviska projektu Zdraví 21, která poukazují na faktory ovlivňující vznik psychické nemoci. Patří mezi ně ekonomická situace, politická situace, pracovní příležitost, kultura, vliv společnosti, úroveň zdravotní péče či dostupnost farmak (6, 11, 33).

Péče o psychicky nemocné se v rámci Evropy liší. Na západě Evropy se snižují počty lůžek v rámci psychiatrických léčeben a ošetrovatelská péče je poskytována v rámci komunit či agentur domácí péče. Ani Česká republika není výjimkou, ke snižování lůžek pro psychiatricky nemocné však dochází zejména po roce 1989. Léčba psychicky nemocných probíhá, pokud je to možné ambulantně. Což vede k menšímu psychickému zatížení duševně nemocných a dochází ke zkvalitnění života. Od devadesátých let minulého století vznikají také denní stacionáře či krizová centra. V léčbě je kladen důraz na psychoterapii. Po roce 1989 také dochází ke změnám ve vzdělávání sester, v rámci středních škol jsou otevírána jednoletá pomaturitní studia se specializací na ošetrovatelství v psychiatrii. Roku 1997 je otevřen obor Diplomovaná sestra pro psychiatrii v rámci vyšších škol. Od školního roku 2004/2005 je však v souvislosti se změnami ve vzdělávání sester obor Diplomovaná sestra pro psychiatrii ukončen (5, 7, 13, 24).

Projekt Zdraví 21 usiluje o otevřenou debatu o dříve tabuizovaných psychických nemocech, snaží se odstranit stigmatizaci psychicky nemocných. Velký důraz je kladen na odbornou úroveň sester, které jsou speciálně vyškoleny pro péči o psychicky nemocného a jejich znalosti mají být pravidelně obnovovány. Psychiatrické léčebny nahradí oddělení v rámci nemocnic a služby komunitní péče. Studie se pravidelně zabývají postoji společnosti k psychicky nemocným a psychickým nemocem (13, 15, 22, 25, 29).

1.3 Normalita

K definování pojmu duševní zdraví, je třeba se zmínit o pojmu normalita, se kterým se v souvislosti s lidskou psychikou seštra často setkává. Co je „normální“ a co se již považuje za „nenormální“? Vymezení toho normálního a nenormálního je velmi těžké, pomezí je velmi dynamické a závisí na úhlu pohledu. Ovlivňuje jej kultura a čas. Například kultura některého z domorodých kmenů na ostrově Papua – Nová Guinea je charakteristická pojídáním lidského masa. Z hlediska duševně zdravého středoevropana je kanibalství považováno za něco nenormálního (7, 30, 32, 34, 36).

Učebnice psychopatologie uvádí tři základní pojetí normality - hlediska statistického, funkčního a sociokulturního. Ze statistické představy normality vyplývá, že normální je jev, který je v určitém statistickém vzorku nejčastější (zabývá se průměrem). Co je podprůměrné či nadprůměrné, označuje za abnormální až chorobné. Není však vždy pravidlem, nikdo neoznačí člověka s inteligenčním kvocientem (dále IQ) 145 za nenormálního či duševně nemocného. Společnost si ho naopak váží a má oproti průměrně inteligentním lidem výhody (7, 13, 15).

Funkční představa normality si všimá, zda daná soustava plní správně své poslání. Nepohlíží na průměrné hodnoty jevu, důraz klade na správné plnění funkce, ke které je stvořen. Pokud tedy lékař u pacienta/klienta diagnostikuje diabetes mellitus, nepohlíží na statistické údaje a nevyvozuje z nich, že jev je častý a tudíž normální a není třeba zahajovat léčbu. V takovémto případě je tu snaha o kompenzaci funkce dané soustavy.

Poslední je sociokulturní představa normality. Normalita je chápána jako něco, co je v určité náboženské skupině, etniku, národu či státu běžné. Sociální měřítko zde udává, co je či není v dané kultuře normální, určuje názory člověka na odchýlení od jeho normy. Významnou roli v chápání normality hrají zprávy zprostředkované médii. Ne vždy mají kladný dopad na společnost. Jako norma jsou zde často uváděni lidé nadprůměrně krásní, inteligentní či nadaní. A právě zkreslená skutečnost může být spouštěčem duševních poruch (7, 15, 41).

Příslušnost člověka k určitému etniku či náboženství však neznamená, že 100% souhlasí se všemi jejich myšlenkami. Každý člověk je individuum. Rozdílné názory se mohou vyskytnout v souvislosti s dosaženým vzděláním, zážitky či sociální interakcí.

Definice normality je nesnadná a nejasná. Normalitu může sestra chápat z několika hledisek. Mez normality a nenormality je natolik pohyblivá, že k jasnému vymezení pravděpodobně nikdy nedojde (7, 13, 22, 29).

1.4 Obecné zásady komunikace s psychicky nemocným

Komunikace je proces, během kterého dochází k sdělování určitých informací jedním člověkem druhému člověku. Kvalita komunikace závisí na mnoha faktorech, jako jsou intelekt účastníků komunikačního procesu, podmínky, vzdělání či slovní zásoba. Specifickou oblastí je komunikace v ošetrovatelství, je přizpůsobena aktuálnímu psychickému či psychickému stavu pacienta/klienta. V oblasti ošetrovatelství může dojít k mnoha nedorozuměním vzniklým používáním odborných výrazů (kterým pacient/klient nemusí vždy rozumět), úzkostí či strachem pacienta/klienta či psychickou nemocí (6, 23, 28, 30, 32).

Je důležité zapamatovat si několik zásadních informací, které sestře pomohou k úspěšné a kvalitní komunikaci. Významnou roli v jednání s psychicky nemocným hraje klidný a otevřený přístup. Podávání informací je prováděno formou, aby jim nemocný rozuměl. Bude-li pacient/klient sestře rozumět, bude klidnější, získá si důvěru ke zdravotnickým pracovníkům a celkově se zlepší spolupráce. Úkolem sestry je aktivizace nemocného. Rozvíjení soběstačnosti usnadňuje pozdější návrat psychicky nemocného zpět do společnosti. Nemocný není pasivní objekt, který není schopný péče o sebe sama. Sestra klade důraz na kontakt s pacientem/klientem a požaduje aktivní přístup nemocného v oblasti rehabilitace a dodržování léčebného režimu. Nezbytně nutné je zachování společenských pravidel. Některé psychické nemoci způsobují degradaci osobnosti. Zdravotnický personál si uvědomuje, že se stále jedná o člověka nemocného a nejedná s ním degradujícím způsobem. Stejně tak i v případě poruchy vědomí či při agresivním chování (8, 10, 13, 24, 42).

Na počátku hospitalizace sestra seznámí pacienta/klienta s léčebným režimem, stanovuje jasná pravidla, která je nutno dodržovat při hospitalizaci. O nemocného nikdy nepečuje pouze jeden člověk, interpersonální vztahy zákonitě ovlivňují vztah

k pacientovi/klientovi. Narušení důvěry pacienta/klienta může vést k nemalým komplikacím a je nebezpečné (8, 15, 17, 23).

1.4.1 Specifika komunikace s psychicky nemocnými pacienty/klienty

Psychická nemoc je zátěží pro člověka, ztěžuje léčení pacienta/klienta, narušuje interpersonální vztahy a znesnadňuje pochopení podstaty nemoci. Jednání a chování pacienta/klienta ovlivňuje řada věcí, které sestra ani nedokáže rozeznat. Nemocný projevuje zdánlivě nepochopitelné, podivné či nespolečenské chování, které ovlivňují jeho aktuální potřeby (potřeba sounáležitosti, uznání, lásky...) (17, 24, 28, 30).

Stanovit obecná pravidla komunikace s psychicky nemocnými pacienty/klienty není možné. Psychicky nemocní nejsou stejnorodá skupina se stejnými znaky, příznaky, chováním a dynamika psychických nemocí se značně liší v závislosti na psychické nemoci. Jiný postoj sestra zaujímá k nemocnému se schizofrenií a jiný postoj je třeba zaujímat k dementnímu nemocnému. Sestra a jiní zdravotničtí pracovníci mají při přijetí pacienta/klienta stanovené určité cíle. Odráží se v nich vlastní ambice či osobní potřeby, které mohou posléze bránit správné komunikaci. Často dochází k hněvivé reakci, kdy sestra v souvislosti s konfliktem s nemocným zveličí situaci (odrazí se při předání služeb) či „přikurtuje“ nemocného - ačkoliv kurtace nebyla indikována (13, 17, 24, 32).

Indikace kurtace a jiných omezujících prostředků jsou upraveny právními předpisy – Listinou základních lidských práv a svobod, Úmluvou o lidských právech a biomedicíně, zákonem č. 20/1966 Sb., O péči o zdraví lidu, zákonem č. 140/1961 Sb., Trestní zákoník, zákon č. 40/1964 Sb., Občanský zákoník, zákon č. 99/1963 Sb., Občanský soudní řád. Omezující prostředky jsou dle právních předpisů indikovány v případě, že nemocný dal svobodný souhlas s omezením. Další situací je předpoklad, že by pacient/klient s omezením souhlasil či neprojevuje nesouhlas. V situacích, kdy pacient/klient jeví známky duševní choroby či intoxikace a je nebezpečný jak pro sebe, tak pro své okolí. Posledním důvodem indikace omezujících prostředků je situace, kdy od pacienta/klienta nelze vyžádat souhlas a omezení je nutné k záchraně života či zdraví (24, 30, 31, 32).

Psychická onemocnění se projevují různými způsoby – depresemi, úzkostí, narcistickým či neurotickým chováním. Riziko depresivního chování spočívá v možném sebevražedném jednání. Sestra s nemocným jedná s pochopením, umožňuje mu projevovat své pocity, neapeluje na nutnost silné vůle (výsledkem by mohly být pocity selhání či provinilosti), trvá na „protisebevražedné smlouvě“ (dohoda zdravotník x nemocný o nepodnikání sebevražedných pokusů) a zajišťuje bezpečí nemocného (17, 30, 34, 37, 41).

Úzkostné projevy vedou sestry k předčasnému chlácholení nemocného, které pacienta/klienta spíše přesvědčí o jeho nebezpečnosti. Autoritativní přístup sestry může vést k regresi pacienta/klienta či k negativismu. Schopnost náležitě zvážit projevy pacienta/klienta a správně reagovat je pro sestru velice důležitá. Pacient/klient se vůči sestře může chovat vtíravě, úzkostně či alibisticky. Pacient/klient tak neprojevuje své pohrdání či vzhlížení, opakuje pouze nevědomky naučený postoj ke zdravotnickému personálu. Z daného chování může sestra vyčíst postavení pacienta/klienta ve společnosti. Velice důležité je neustálé vyhodnocování svých názorů, pohnutek a vystupování. Neustále si klást otázky. Úkolem sestry je nevystupovat jako sestra č. 1, 2, 3, naopak vystupuje z anonymity a představí se. Při péči o úzkostného pacienta/klienta sestra zachovává klid, ponechává si dostatečný čas na rozhovor s nemocným, volí vhodné prostředí, mluví volnějším tempem, vše nemocnému řádně a srozumitelně vysvětluje a podporuje nemocného v jeho rozhodování. Důležité je nezatěžovat nemocného zbytečnými detaily a nevyhýbat se komunikaci (17, 28, 29, 30).

Podstata komunikace s narcistním (sebestředným) nemocným spočívá v důstojném jednání, na úrovni, pocitu spolupráce, jednání jako s partnerem, poskytování dostatečných informací o alternativách léčby, možnosti samostatného rozhodování. Nemocný by měl mít pocit, že je středem zájmu. Pokud sestra nemá čas se nemocnému věnovat, ujistí ho, že na něho nezapomene. Při konfrontaci sestra jako první nabízí krátkou profesionální omluvu, nikdy nebojuje o moc, nepodbízí se mu a nesnaží se ho změnit (42, 43).

Neurotický pacient/klient se projevuje monologem, špatným přijímáním kritiky, typické jsou časté návštěvy u lékaře. Sestra projevuje zájem o obtíže nemocného, volí

takové komentáře, aby nemocného nepodpořila v somatizaci, neustále nemocného podporuje v přesvědčení, že situaci zvládne (17, 24).

1.5 Ošetrovatelská péče o pacienta/klienta s demencí

Slovo demence vzniklo spojením latinského prefixu de- (od, ve smyslu odchýlení se od něčeho) a podstatného slova mens (mysl). Pokud bychom tedy slovo demence přeložili doslovně, znamenalo by odchylka/odklonění od mysli. Demence je soubor příznaků organické psychické choroby, dochází k poškození poznávacích (kognitivních) funkcí. Jsou poškozeny myšlení, řeč, pozornost, soustředění, schopnost plánování a paměť (1). Dochází k narušení emotivity, zručnosti, sebeovládání, sebekritiky, motivace a poruchám spánku (zejména spánková inverze). V konečné fázi nemoci dochází k celkové degradaci osobnosti. Vznik demence je ovlivněn aterosklerózou, toxickými látkami (alkohol, „čičačství“ toluenu, otravy), traumaty centrální nervové soustavy, infekčními genetickou zátěží (24, 27, 30).

Pacient/klient postižený demencí se projevuje zvláštním chováním. Často si plete současnost a minulost, opakuje některá slova či fráze stále dokola. Bývá úzkostný a bezradný, objevuje se agresivní chování a zmatenost. Nemoc mu nedovoluje prožívat život tak, jak byl doposud zvyklý a následkem toho se objevují deprese. Dochází k rychlým změnám nálady, halucinacím, bludům či paranoidnímu myšlení (10, 14, 27, 45).

První úkolem sestry po přijetí dementního pacienta/klienta na oddělení je zjistit úroveň sebepéče, zaměřuje se na názory, postoje, zkušenosti, vztahy v rodině či ekonomickou situaci. Nemocný se však nesmí cítit jako u výslechu. Péče o dementního pacienta/klienta je pro sestru nesmírně obtížná. Pokud nemocný jedná agresivně, nesmí nad sebou sestra ztrácet kontrolu ani se naopak obviňovat. K nemocnému přistupuje pomalu v jeho zorném poli, neprojevuje strach a nespílá mu. Dementní nemocní většinou na své chování zapomenou (7, 17, 24, 27, 41).

U depresivního dementního pacienta/klienta je kladen důraz na trpělivost, sestra k němu přistupuje klidně a s jistotou. Pokud se objeví bludy, sestra se nesnaží přesvědčovat o opaku. Pokud je pacient/klient přesvědčen, že se mu něco ztratilo (ať už

je to pravda či ne), sestra se vždy snaží danou věc najít. Není však profesionální souhlasit s chybným vnímáním, je nutné neustále připomínat realitu pomocí fotografií, hodin či kalendáře. Sestra s nemocným mluví nahlas v klidném dobře osvětleném prostředí bez rušivých elementů, informace několikrát opakuje, nemluví před ním s jinou osobou (nemocného tak degraduje), každý sebemenší úspěch ocení, při ošetřování komentuje a vysvětluje každý svůj krok (7, 14, 42, 44).

Pokud je dementní pacient náhle hospitalizován, musí se vyrovnat se změnou prostředí, která je pro něj traumatická. Vhodné je označit pokoj různými obrázky či symboly. Na noc nechat svítit malé světlo. Snažit se denní režim v nemocnici co nejvíce přizpůsobit režimu, na který je nemocný zvyklý. Nemocniční pokoj je třeba zajistit tak, aby bylo minimalizováno riziko úrazu dementního pacienta/klienta - zabezpečit elektrické zásuvky, okna, dveře zbavit klíčů, zakrýt veškerá topná tělesa. Důležité je i vyplnění volného času nemocného. Přes den vyplnit čas adekvátním zaměstnáním. Významnou roli zde hraje ergoterapie (13, 15, 21).

1.6 Ošetřovatelská péče o pacienta/klienta s mentální retardací

„Mentální retardace patří k poruchám intelektu. Dochází při ní k nedostatečnému rozvoji intelektu a tím pádem ke snížení rozumových schopností“ (24, str. 306). Postižení pacienti/klienti mají narušeny racionální schopnosti a znalosti. Mentální retardace je vrozená psychická nemoc vzniklá v období od prenatálního vývoje do druhého roku života dítěte, má čtyři stupně - lehkou mentální retardaci, středně těžkou mentální retardaci, těžkou mentální retardaci a hlubokou mentální retardaci (13, 16, 22, 24).

Vytvoření vztahu sestra-mentálně postižený jedinec je velice obtížný. V první řadě by sestra měla zmapovat schopnosti a úroveň soběstačnosti mentálně retardovaného jedince. Pokud není možné odebrat informace přímo od pacienta/klienta, je nutné se obrátit na rodinu či zákonného zástupce. Důležité je posilovat sebevědomí mentálně retardovaných. Sestra pozorně naslouchá, dává najevo pochopení, povzbuzuje, zdůrazňuje přednosti, chválí. Významnou roli hraje i neverbální komunikace, mentálně retardovaní mají často problémy s vyjádřením a proto je nutné si všimnout mimiky a

posunků. Sestra nikdy nevystupuje jako vševědoucí, umí přiznat nevědomost, jedná s nemocným jako se sobě rovným, přistupuje pomalu a empaticky, komunikaci přizpůsobuje úrovni intelektu, nikoliv věku pacienta/klienta. Vhodné je přizpůsobit denní režim návykům nemocného a dodržovat jej každý den. Sestra působí jako pedagožka v oblasti hygieny a stravování, kontroluje veškeré úkony nemocného. Všechny požadavky a pokyny by měli být přesně a srozumitelně specifikovány. Je kladen důraz na klidné vedení. Pochvala je dáována, i když na ní pacient/klient zdánlivě nereaguje. Tresty jsou nepřijatelné. Sestra se může setkat se sexuálně nezdrženlivým chováním (například masturbace na veřejnosti), jedná taktně, následující postup konzultuje s lékařem či psychiatrem (13, 17, 24, 30, 35).

V případě těžšího stupně mentální retardace, kdy je samostatnost pacienta na nízké úrovni či není vůbec, je úkolem sestry hygiena, krmení a oblékání pacienta/klienta. Nemalá pozornost je věnována prevenci dekubitů. Z okolí by měly být odstraněny nebezpečné předměty, zejména s ostrými hranami a podobně. Je třeba zabezpečit okna, elektrické zásuvky či topná tělesa (24, 17, 31, 34, 35).

1.7 Ošetřovatelská péče o pacienta/klienta s poruchou osobnosti

Osobnost je soubor vnitřních a vnějších vlastností člověka. Celistvost udržuje bio-psycho-sociálně-spirituální rovnováha. Poruchou osobnosti se rozumí nerovnováha či nestejný vývoj jednotlivých složek osobnosti, například charakteru. Onemocnění je zpravidla stálé, ke kolísání může dojít při vnitřní či vnější zátěži. Vnější zátěž je například stres vyvolaný zaměstnáním. Vnitřní zátěží jsou myšlena onemocnění. Příčinami poruch osobnosti mohou být biologické působení (genetika, průběh těhotenství, průběh porodu), psychosociální význam (výchova, šikana) či mohou vzniknout sekundárně jako následek traumatu či onemocnění (7, 15, 24).

Dle MKN 10 (mezinárodní klasifikace nemocí vydaná na 43. shromáždění WHO v roce 1990) se specifické poruchy osobnosti rozdělují na několik celků - paranoidní porucha osobnosti, schizoidní porucha osobnosti, disociální porucha osobnosti, emočně nestabilní porucha osobnosti, hysterionská porucha osobnosti, anankastická porucha osobnosti, anxiózní (vyhýbavá) porucha osobnosti, závislá porucha osobnosti. Mezi

obecné projevy poruchy osobnosti patří nedůvěra k okolí, přehnané sebevědomí, vztahovačnost, porušená emotivita, nerespektování léčebného režimu, sebestředné jednání (16).

Sestra si těžko získává důvěru nemocného. Pacienti/klienti s poruchou osobnosti často mají problémy s dodržováním léčebného režimu. Mnoho nemocných již bylo ve výkonu trestu, což komplikuje navázání důvěry se sestrou i dalšími zdravotnickými pracovníky. Jedinec s poruchou osobnosti se často trpí falešným sebevědomím (důvodem je obrana vůči narušené sebeúctě), jedná sebevědomě, povýšeně, agresivně, od ostatních si drží spíše odstup. Úkolem sestry je nejprve zmapovat situace pacienta/klienta – vztahy v rodině a v zaměstnání, ekonomickou situaci. Dále je nutné zjistit obvyklé reakce na stresovou situaci (zda převládá agresivita, bagatelizace či popření). Sestra zvažuje uložení pacienta/klienta s poruchou osobnosti na pokoj s ostatními nemocnými, častým projevem poruchy osobnosti je násilné chování vůči ostatním. Informace sestra získává od pacienta/klienta, z dokumentace či od rodiny. Již při příjmu sestra ohleduplně prohlédne pacientovi/klientovi věci, zda se v nich nenalézají nebezpečné věci, kterými by mohl ohrozit zdraví své či zdraví ostatních. Při seznamování s oddělením sestra nemocnému sdělí práva a povinnosti. U jedinců se sklony k manipulativnímu chování sestra vyhledá svědka, nejlépe zdravotníka. K pacientovi/klientovi s poruchou osobnosti sestra přistupuje s rozvahou, pomáhá pochopit následky jeho jednání, být pacientovi/klientovi oporou, podporovat v péči o zdraví (13, 24, 34, 42).

1.8 Ošetřovatelská péče o pacienta/klienta se schizofrenií

Jedná se o jednu z nejzávažnější a nejbezpečnější duševních nemocí, postihuje veškeré duševní funkce - myšlení, percepci a emotivitu. Jasná příčina vzniku onemocnění není doposud známá, významnou roli hrají genetické dispozice (25). MKN-10 rozděluje schizofrenie dle převažujících příznaků do několika skupin. Je tím paranoidní schizofrenie, hebefrenní schizofrenie, katatonní schizofrenie, nediferencovaná schizofrenie, reziduální schizofrenie, simplexní schizofrenie a jiné

nespecifikované schizofrenie. Nejčastějšími projevy schizofrenie jsou halucinace, bludy, agresivita, násilné chování, narušená emotivita (7, 16, 24, 34).

Při ošetřování schizofrenního pacienta/klienta je důležité dodržovat několik zásad. Schizofrenici jsou často velmi citliví na narušení vlastní intimity, pokud sestra provádí jakýkoliv ošetřovatelský výkon, řádně jej pacientovi/klientovi vysvětlí a odůvodňuje každý svůj krok, zároveň kontroluje nemocného, aby nedošlo k násilným projevům. Sestra zastává roli edukátorky, učí pacienta/klienta co nejvíce o projevech nemoci. Velice důležitý je přívětivý a trpělivý přístup zdravotnického personálu. Nezbytné je zabezpečit okolí pacienta/klienta. Významnou roli hraje aktivizace a rozvíjení soběstačnosti. Motivace k užívání léků by měla být samozřejmostí (10, 13, 24, 34).

Pokud pacient/klient trpí bludy, neměla by být snaha vymlouvat je ani snaha souhlasu za každou cenu. V obou případech by se mohla vyskytnout nedůvěra ze strany pacienta/klienta. Řešením situace by mohlo být prohlášení, že sestra danou situaci vidí jinak. Při jednání se schizofrenikem je vhodné dodržovat dostatečnou vzdálenost (asi délka paže) a vždy si ponechat únikovou cestu. Ošetřování schizofrenního pacienta/klienta je velice náročné. Vyžaduje trpělivost a sebeovládání. Vždy by mělo být pomýšleno na zachování bezpečnosti nemocného, spolupacientů a zdravotnického personálu. Sestra by měla být velice vnímavá k projevům nemoci a mít dostatečně vyvinutou schopnost rychle jednat (15, 24, 32, 42).

1.9 Ošetřovatelská péče o pacienta/klienta s autismem

Autismus se řadí do skupiny pervazivních vrozených poškození lidské psychiky. Pervazivní porucha znamená porucha postihující celou osobnost člověka. Diagnostika je vzhledem k rozmanitým příznakům velice obtížná. Typická je triáda postižených oblastí lidské psychiky, které sestavily Lorna Wing a Judith Gould - sociální interakce, představitivost a komunikace. Nejtypičtějšími příznaky jsou narušená komunikace, nerozeznávání živého a neživého, narušená interakce s okolím, opoždění rozvoj řeči, společensky nepřijatelné chování, přehnané citové projevy a stereotypní chování. 75% autistů je mentálně retardovaných (2, 3, 7).

Péče o autistického pacienta/klienta je složitá. Ke každému jedinci je nutné přistupovat individuálně a přizpůsobit se situaci. Při komunikaci s autistickým jedincem sestra vychází z úrovně myšlení a úrovně intelektu. V první řadě je třeba získat informace, od rodiny či zákonného zástupce, o úrovni komunikace, návykách, režimu dne a tomu přizpůsobit ošetrovatelskou péči. Často je využívána komunikace pomocí obrázků, symbolů či předmětů, poněvadž autisté často nerozumí mluvenému slovu. Sestra zjistí od rodiny, za jakých okolností jedinec s okolím komunikuje a kterým situacím se raději vyhnout (8, 10, 13, 15, 17, 24).

Obečně se vychází z předpokladu, že pokud se autistický pacient/klient dostane do složité situace, může se projevit pasivita až negativismus či naopak afektivita. Není vhodné, aby sestra nutila pacienta/klienta k začlenění do kolektivu. Autisté často nerozumí příkazům daným sestrami či lékaři, a tudíž se mohou objevit reakce, které se nedají očekávat. Sestru by nemělo vyvést z míry, pokud autistický pacient/klient opakuje informace, které mu sama sdělila. Autisté tak projevují potřebu dalších podnětů ke správnému pochopení dané situace. Sestra by měla co nejvíce podpořit pacienta/klienta v rozvoji soběstačnosti v základních oblastech jako je hygiena, oblékání, stravování (2, 3, 22, 23, 28, 30).

1.10 Standardní ošetrovací jednotka

Ačkoliv jsou psychicky nemocní pacienti/klienti nejčastěji hospitalizováni v psychiatrických léčebnách, často dochází k situaci, kdy je léčbu nutno provést na standardním oddělení. Sestra se může setkat s psychicky nemocným pacientem/klientem prakticky na jakémkoliv oddělení.

Standardní ošetrovací jednotka je základní stavební, funkční a organizační prvek nemocnice. Nachází se v každé nemocnici nehledě na její velikost. Pracoviště nemocnice se rozděluje na části ambulantní a části lůžkové. Je zde poskytována preventivní, léčebná, diagnostická a ošetrovatelská péče. Na péči se podílí řada zdravotnických pracovníků a dle jejich kompetencí je pacientům/klientům poskytována určitá úroveň ošetrovatelské a lékařské péče (19).

Spolu s lékaři tu působí sestry, ošetřovatelky, sanitárky, pracovníci úklidové služby. Na oddělení často dochází rehabilitační pracovníci, fyzioterapeuti, logopedi, psychologové apod. Za zdravotní péči na standardní ošetřovatelské jednotce je odpovědný primář (či přednosta) daného oddělení. Odpovědnost za ošetřovatelskou péči na dané jednotce je svěřena vrchní sestře. Jednotlivá oddělení dále mohou být členěna na konkrétní jednotky, za jejich činnost zodpovídají vedoucí lékaři a staniční sestry.

Mezi standardní ošetřovací jednotky patří oddělení chirurgické, ortopedické, interní, pediatrické, neurologické a gynekologické. Standardní ošetřovací jednotka se skládá z pokojů pro nemocné a provozních místností. Provozní místnosti jsou nezbytné ke správnému provozu ošetřovací jednotky - vyšetřovna, pracovna sester, kuchyňka, jídelna, denní místnost určená nemocným, kancelář, sklad, hygienická zařízení, pracovna vrchní sestry, pracovna primáře a další. Uspořádání ošetřovacích jednotek může být trojí - oboustranné (na jedné straně pokoje nemocných, na druhé straně provozní místnosti), kruhové (zevní strana kruhového půdorysu pokoje nemocných, vnitřní strana provozní místnosti) a nakonec jednostranné (provozní místnosti a pokoje nemocných se nacházejí na stejné straně). Stavební uspořádání ošetřovací jednotky je velice důležité pro efektivní poskytování ošetřovatelské péče. Rozmístění nemocných na pokoje hraje významnou roli. Například těžce nemocní by měli být umístěni blízko sesterny a špatně pohybliví blízko WC (18).

1.11 Chyby sester v komunikaci s psychicky nemocným pacientem/klientem

Sestry se často setkávají s lidmi umírajícími, trpícími či úzkostnými. Neméně časté je setkání s psychicky nemocnými pacienty/klienty. Ačkoliv již existují specializovaná oddělení psychiatrických léčeb, často jsou psychicky nemocní hospitalizováni na standardních odděleních. Při ošetřovatelské péči dochází k některým chybám v komunikaci. Chyby sester v komunikaci s psychicky nemocným pacienty/klienty se rozdělují do dvou základních skupin. Jsou jimi efekt pořadí a základní atribuční chyba. Efekt pořadí zjednodušeně spočívá v prvním dojmu. První dojem ovlivňuje následné chování k pacientovi/klientovi. Na pacienta/klienta je utvořen názor již před jeho nástupem na dané oddělení. Vzniká přečtením zdravotnické dokumentace, nepřesnými

informacemi od ostatních zdravotnických pracovníků či předchozí negativní zkušeností sestry. Vlivem efektu pořadí může u pacienta/klienta dojít k regresi či pasivitě (8, 28, 29, 30).

Atribuční chyba je situace, kdy zdravotnický personál z chování pacienta/klienta dojde k závěru chování pacienta/klienta = pacient/klient. Například paní XY se právě chová agresivně, protože je agresivní. Sestra se však musí zaměřit na faktory, které chování ovlivňují. Chování člověka ovlivňují tři faktory - vrozené předpoklady, životní zkušenosti a konkrétní situace. Pokud se pacient/klient chová agresivně, jsou mu podána sedativa, je „přikurtován“ či uložen do síťového lůžka. Nesprávné řešení vede ke gradaci problémového chování (násilné projevy, slovní napadání). V mnoha případech je agrese (či jiná negativní reakce) vyvolána režimem daného oddělení či samotnou hospitalizací. Úlohou sestry je zvážit všechna fakta a poté až dojít ke konkrétním opatřením (8, 17, 22, 24, 28).

Sestra nikdy bagatelizuje problémy nemocného, vyhýbá se ironickému chování či nedostatku zdvořilosti v souvislosti s předejitím agresivity či negativismu. Vyvarovat by se mělo soukromým vztahům k pacientům/klientům, byl by ohrožen léčebný režim. Pokud k důvěrnému vztahu dojde, řešením je přeložení nemocného či zdravotníka. Dalším pochybením, ke kterému ze strany zdravotního pracovníka dochází, je přehnaná péče. Vede k pasivitě, využívání zdravotnického personálu a závislosti na okolí nemocného. Hospitalizace vede k soběstačnosti nemocného. Na pracovišti nepanuje nervózní a napjatá atmosféra, pacient/klienta atmosféru okamžitě vycítí a zdravotničtí pracovníci se v jeho očích stávají nedůvěryhodnými (13, 24, 17, 37).

2. Cíl práce a hypotézy

2.1 Cíle práce

C1: Zjistit, jaké jsou překážky v komunikaci sester s psychicky nemocnými pacienty/klienty.

C2: Zjistit, co sestry postrádají pro poskytování péče psychicky nemocným pacientům/klientům na standardních odděleních

2.2 Hypotézy

H1: Starší sestry pracující na standardních odděleních mají větší zkušenosti s komunikací s psychicky nemocnými pacienty/klienty.

H2: Organizační podmínky práce nebrání sestře pracující na standardním oddělení v komunikaci s psychicky nemocným pacientem/klientem.

H3: Sestry pracující na standardním oddělení mají zájem o problematiku komunikace s psychicky nemocným pacientem/klientem.

3. Metodika

3.1 Použitá metoda

V bakalářské práci „Psychicky nemocní pacienti/klienti na standardních odděleních“ byla využita metoda dotazování, technika dotazníku v rámci kvantitativního výzkumu. Ke sběru dat byl použit zcela anonymní dotazník (viz. Příloha 1). Dotazníky byly určeny pro náhodný výběr sester pracujících na standardních odděleních. Šetření probíhalo v březnu 2011.

Celkový počet otázek dotazníku byl 22. První čtyři otázky byly identifikační (pohlaví respondentů, nejvyšší dosažené vzdělání respondentů, aktuální pracoviště respondentů a počet let praxe u lůžka). Další otázky byly zaměřené na potvrzení či vyvrácení hypotéz týkajících se komunikace s psychicky nemocným pacientem/klientem. Sestry na většinu otázek odpovídali zvolením pouze jedné možnosti, u otázek 6 a 9 bylo možné zvolit více odpovědí. Otázky 1, 2, 3, 4, 5, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 18 a 20 byly uzavřeného typu. Otázky 6, 17, 19, 21 byly polouzavřeného typu. Otázka 22 byla otevřeného typu. Otázky 5, 12 a 20 byly otázkami filtračními. Při sestavování dotazníku bylo postupováno tak, aby byla zmapována problematika komunikace sester s psychicky nemocnými pacienty/klienty, byly objasněny příčiny neefektivní komunikace s psychicky nemocným pacientem/klientem. Byla provedena pilotáž, při kterém bylo šest dotazníků rozdáno sestřím na ortopedickém oddělení v Nemocnici Pelhřimov, a.s. Pilotáž pomohla některé otázky zformulovat jiným způsobem a některé zcela vyřadit.

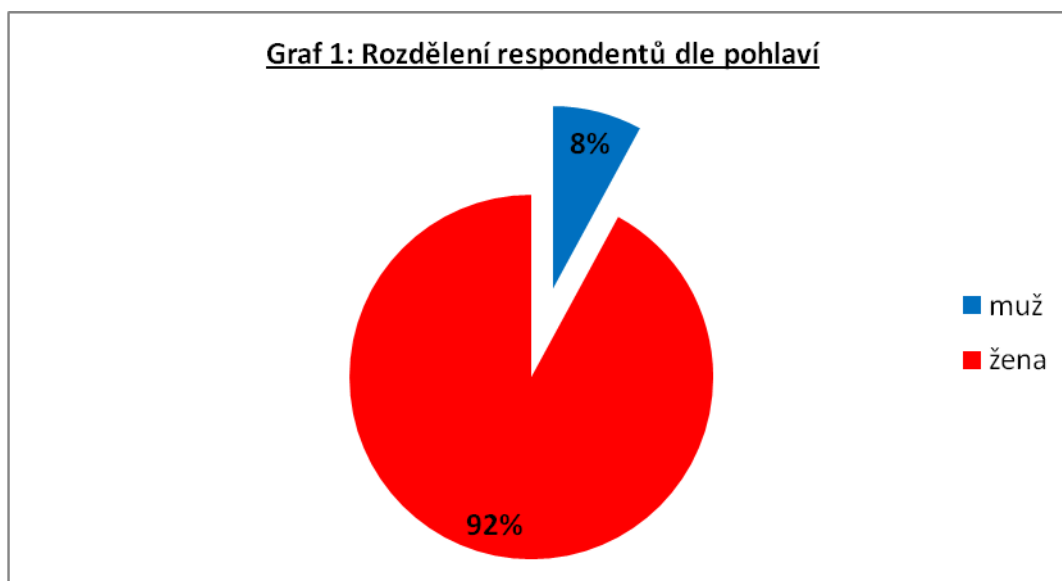
Pro zjednodušení komunikace sester s psychicky nemocnými pacienty/klienty byl na základě získaných poznatků sestaven souhrn doporučení pro sestry standardních oddělení (viz příloha 3).

3.2 Charakteristika výzkumného souboru

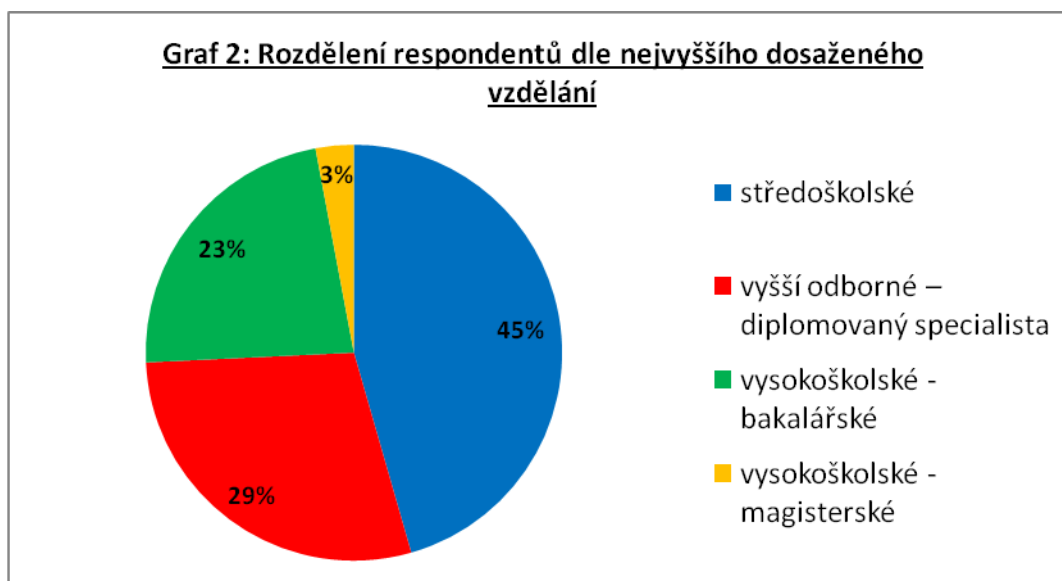
Dotazníky byly rozdány ve dvou nemocnicích – Nemocnici České Budějovice, a.s. a Nemocnici Pelhřimov, p.o. se svolením hlavních sester i sester vrchních a staničních. Domluva probíhala telefonickou a „e-mailovou cestou“. Výzkumný soubor tvořil

náhodný výběr sester standardních oddělení - chirurgického oddělení, interního oddělení, ortopedického oddělení a neurologické oddělení. Během měsíce března bylo celkem rozdáno 120 dotazníků. Po rozdáni dotazníků následovala spolupráce s vrchními a staničními sestrami. Návratnost dotazníků byla 89%, vráceno bylo 107 dotazníků. Pro neúplné vyplnění bylo vyřazeno 6 dotazníků. Pro zpracování bylo použito 101 dotazníků (84%). Ke statistickému zpracování výsledků byl využit Microsoft Office Excel 2007.

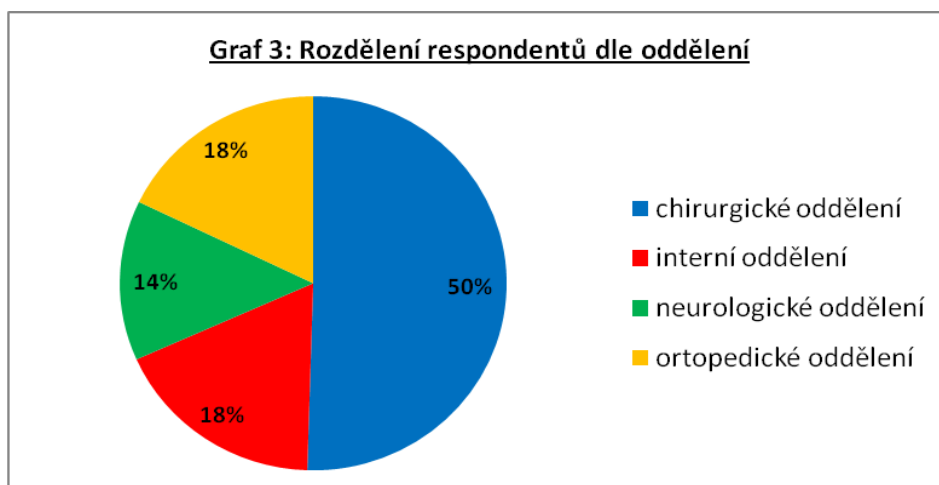
4. Výsledky



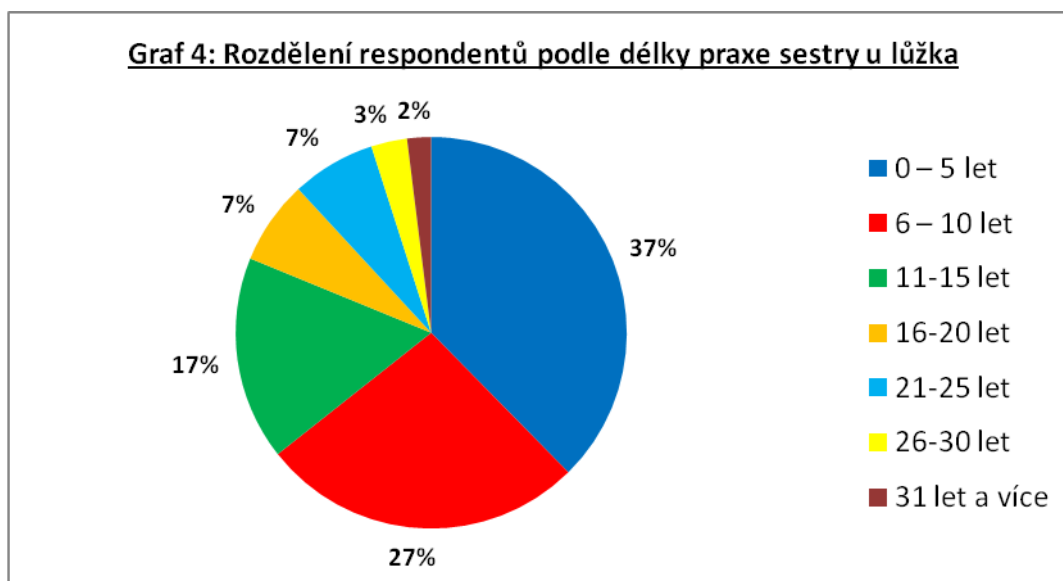
Z celkového počtu 101 (100%) dotázaných respondentů bylo 93 (92%) žen a 8 (8%) mužů.



Ze 101 (100%) dotázaných respondentů uvedlo 46 (45%) nejvyšší dosažené vzdělání středoškolské, 29 (29%) respondentů uvedlo vyšší odborné vzdělání, 23 (23%) respondentů má bakalářské vzdělání a magisterské vzdělání uvedli 3 (3%) respondenti.

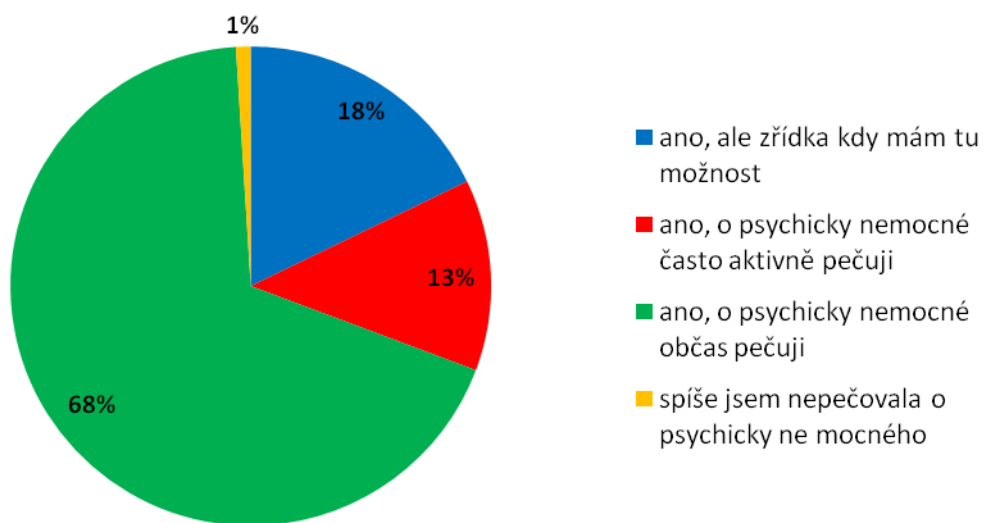


Z celkového počtu 101 (100%) dotázaných respondentů 51 (50%) respondentů uvedlo jako své pracoviště chirurgické oddělení, 18 (18%) respondentů pracuje na interním oddělení, počet respondentů pracujících na ortopedickém oddělení bylo 18 (18%), na neurologickém oddělení pracovalo 14 (14%) respondentů.

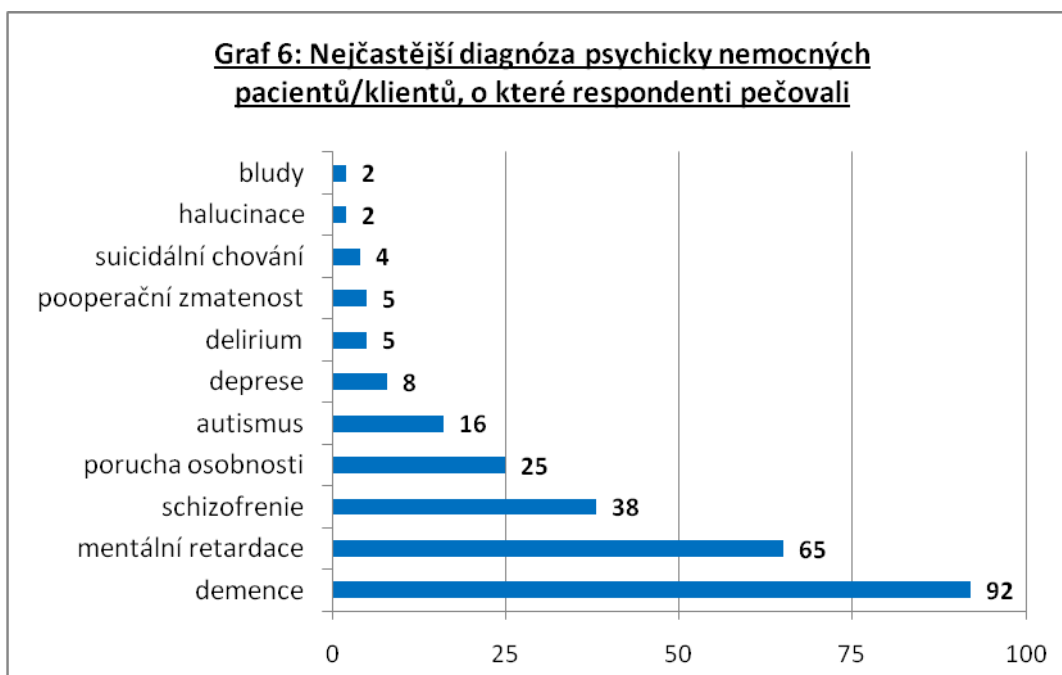


Z celkového počtu 101 (100%) respondentů uvedlo 38 (37%) délku praxe 0-5 let, 27 (27%) respondentů pracovalo 6-10 let, délku praxe 11-15 let uvedlo 17 (17%) respondentů, délka praxe 16-20 let byla uvedena u 7 (7%) respondentů, u 7 (7%) respondentů byla délka praxe 21-25 let, 3 (3%) respondentů mělo délku praxe 26-30 let a nejméně zastoupenou skupinou 2 (2%) byli respondenti s praxí delší 31 let.

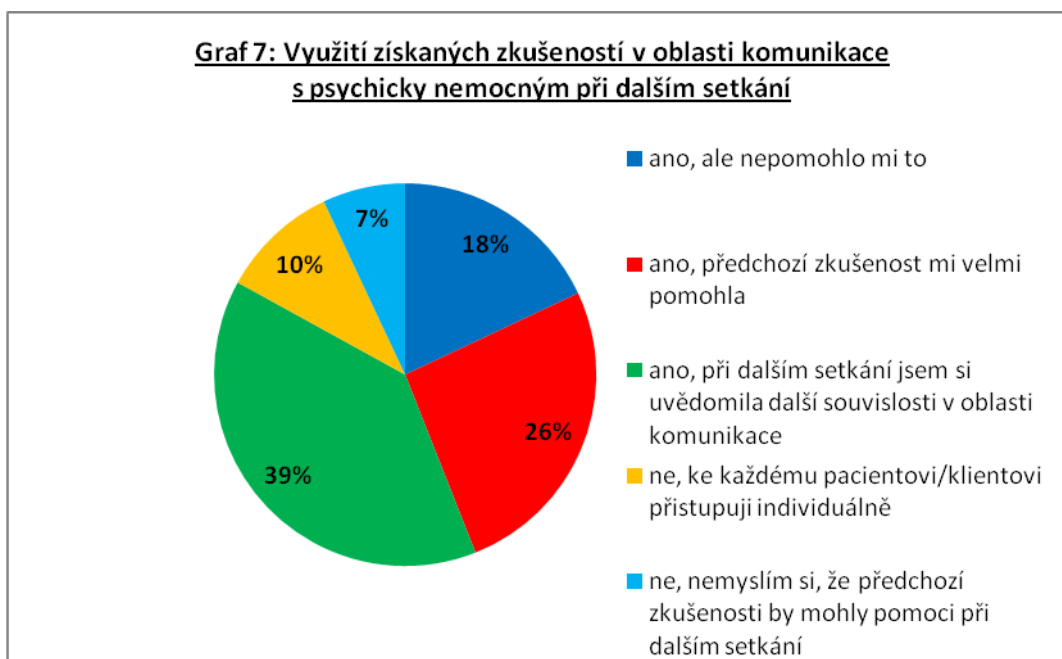
Graf 5: Aktivní péče o psychicky nemocného pacienta/klienta během praxe na standardním oddělení



Z celkového počtu 101 (100%) respondentů během své praxe 69 (68%) respondentů občas pečovalo o psychicky nemocné, 18 (18%) respondentů mělo zřídka kdy možnost o psychicky nemocné pečovat, u respondentů 13 (13%) bylo uvedeno, že často pečovali o psychicky nemocné, pouze 1 (1%) respondent uvedl, že o psychicky nemocného nikdy aktivně nepečoval.

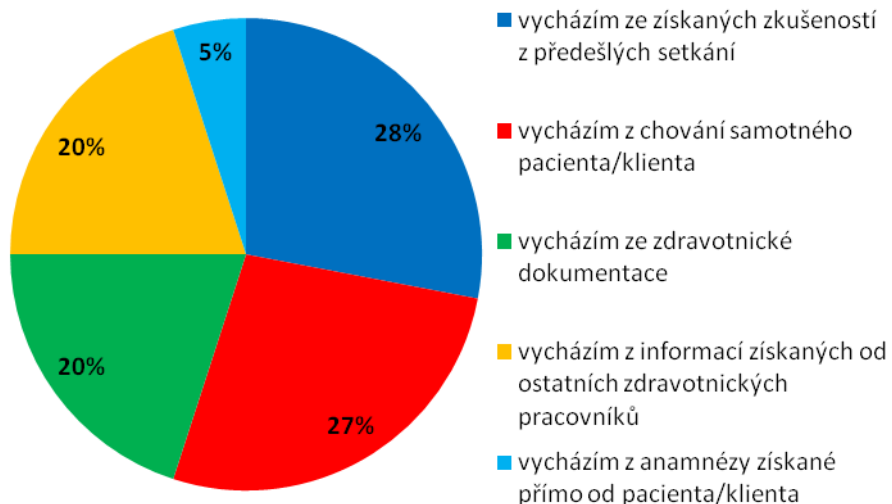


Otázku s jakými diagnózami u psychicky nemocných se respondenti setkali bylo možné označit více odpovědí. Tuto otázku zodpovědělo 100 respondentů (1 respondent na tuto neodpovídal na základě filtrační otázky číslo 5). Označeno bylo celkem 262 (100%) odpovědí. Nejčastěji byla 92x diagnóza demence. 65x byla označena diagnóza mentální retardace. 38x označili respondenti diagnózu schizofrenie, 25 označení získala porucha osobnosti, 16x respondenti označili diagnózu autismus. Jako jiné diagnózy 8 (8%) respondentů zařadilo mezi jiné diagnózy psychické nemoci deprese, u 5 (5%) respondentů byla uvedena diagnóza delirium, 5 (5%) respondentů uvedlo jako psychickou nemoc pooperační zmatenost, u 4 (4%) respondentů byla jako psychická choroba uvedeno suicidální chování, 2 (2%) respondentů se během své praxe setkala s halucinacemi a 2 (2%) respondentů se setkala s bludy

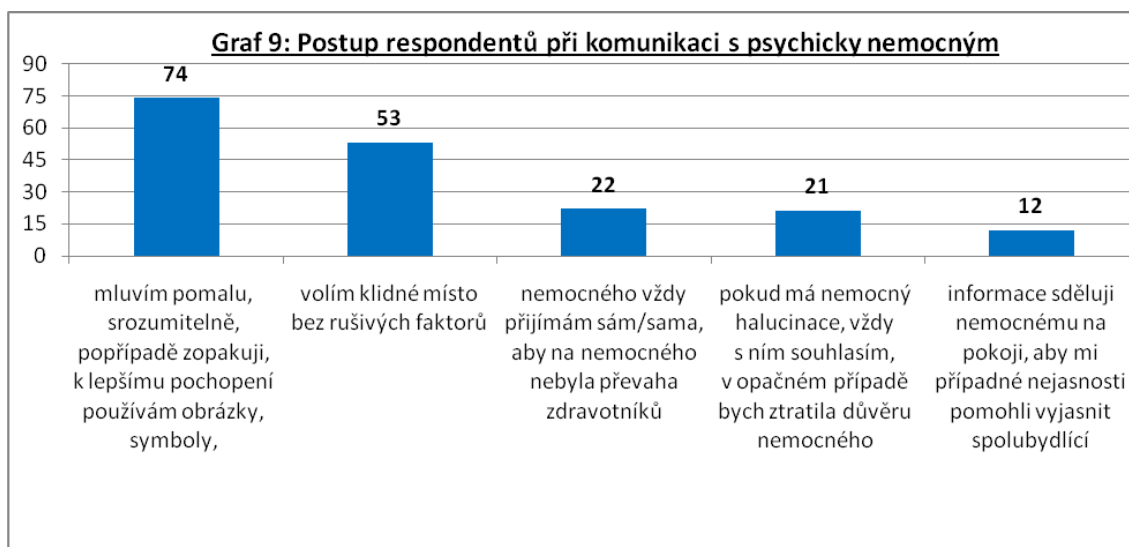


Ze 100 (100%) dotázaných respondentů (1 respondent na tuto neodpovídal na základě filtrační otázky číslo 5) 39 (39%) uvedlo, že pochopil další souvislosti v oblasti komunikace při další setkání, 26 (26%) respondentům předchozí zkušenost s psychicky nemocným velmi pomohla. 18 (18%) respondentů zkušeností využilo, ale nemohly jim. 10 (10%) respondentů nepovažovalo předchozí zkušenosti za prospěšné. 7 (7%) respondentů nevyužívá předchozí zkušenosti s komunikací s psychicky nemocnými, přistupuje ke každému nemocnému přistupuje individuálně.

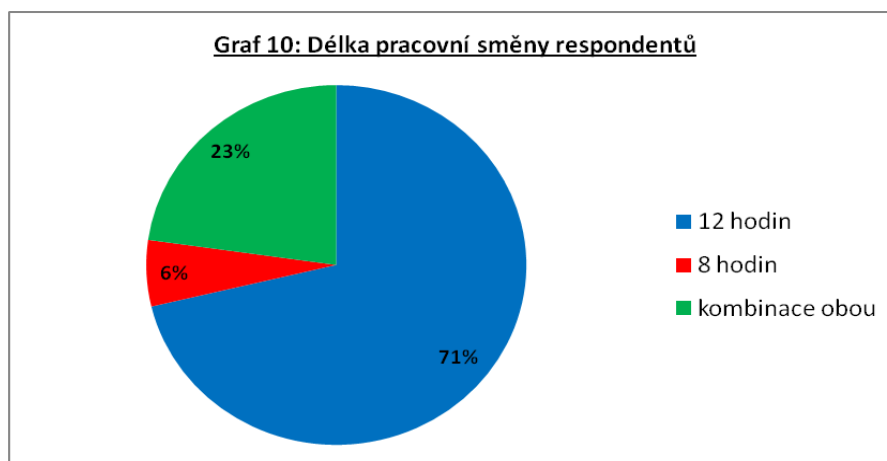
Graf 8: Výchozí zdroj informací respondentů při přijetí psychicky nemocného pacienta/klienta



Ze 100 (100%) dotázaných respondentů (1 respondent na tuto neodpovídal na základě filtrační otázky číslo 5). 28 (28%) respondentů vychází z předchozích zkušeností, 27 (27%) respondentů vychází z chování nemocného, 20 (20%) respondentů při příjmu nemocného vychází ze zdravotnické dokumentace, 20 (20%) respondentů vychází z informací od jiných zdravotnických pracovníků, 5 (5%) respondentů vychází z anamnézy.

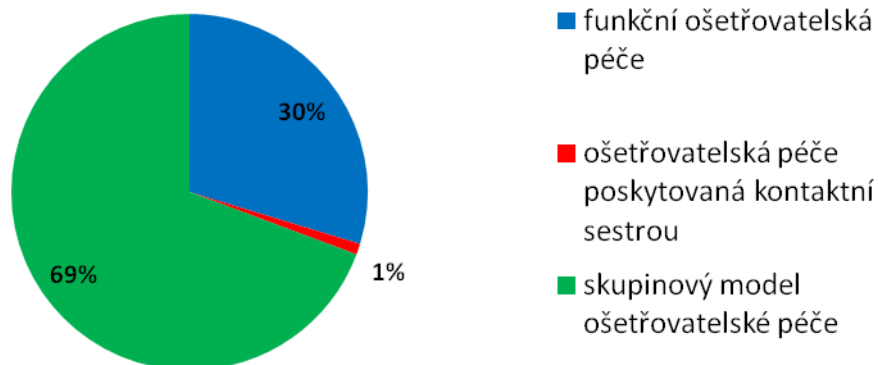


Na otázku, jak sestry postupují při komunikaci s psychicky nemocným bylo možné označit více odpovědí. Tuto otázku zodpovědělo 100 respondentů (1 respondent na tuto neodpovídal na základě filtrační otázky číslo 5). Celkem bylo označeno 182 (100%) odpovědí. 74 označení bylo u odpovědi, že sestra při komunikaci mluví pomalu, srozumitelně, opakuje informace či používá obrázky, symboly. 53x byla označena možnost, že sestry zvolí klidné místo bez rušivých faktorů. Odpověď, že sestra přijímá nemocného sama byla označena 22x. 12x respondenti označili možnost, že informace nemocnému sdělují na pokoji.



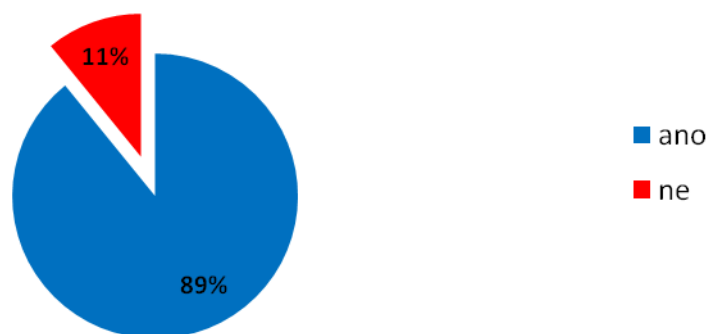
Ze 101 (100%) dotázaných respondentů, 72 (71%) pracovalo ve dvousměnném provozu, u 23 (23%) respondentů je využíváno kombinace obou typů směn a 6 (6%) respondentů pracovalo ve třisměnném provozu.

Graf 11: Systém poskytování ošetrovatelské péče na oddělení dotazovaného



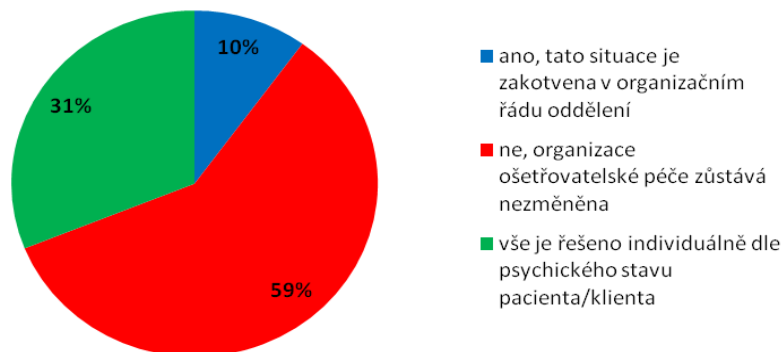
Z celkového počtu 101 (100%) respondentů 70 (69%) respondentů uvedlo, že na pracovišti využívali skupinový model ošetrovatelské péče. Funkční model ošetrovatelské péče využívalo 30 (30%) respondentů. Ošetrovatelskou péči poskytovanou kontaktní sestrou označil 1 (1%) respondent.

Graf 12: Hospitalizace psychicky nemocných pacientů/klientů na oddělení dotazovaného



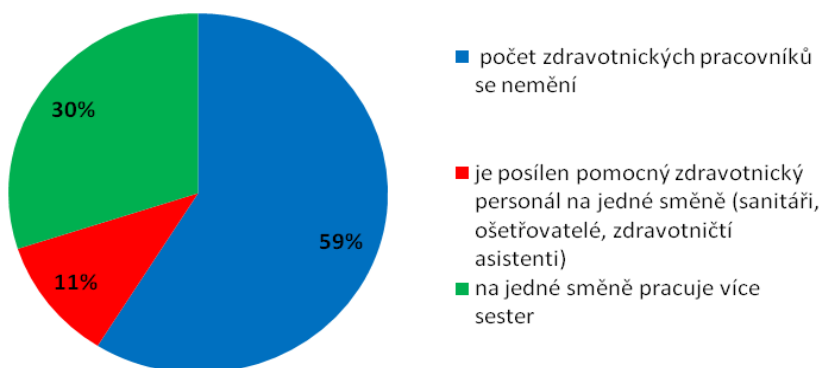
Ze celkového počtu 101 (100%) odpovědělo 90 (89%) respondentů, že na jejich oddělení jsou hospitalizováni psychicky nemocní. 11 (11%) respondentů na otázku odpovědělo záporně.

Graf 13: Změny v organizaci ošetrovatelské péče při hospitalizaci psychicky nemocného na oddělení respondenta

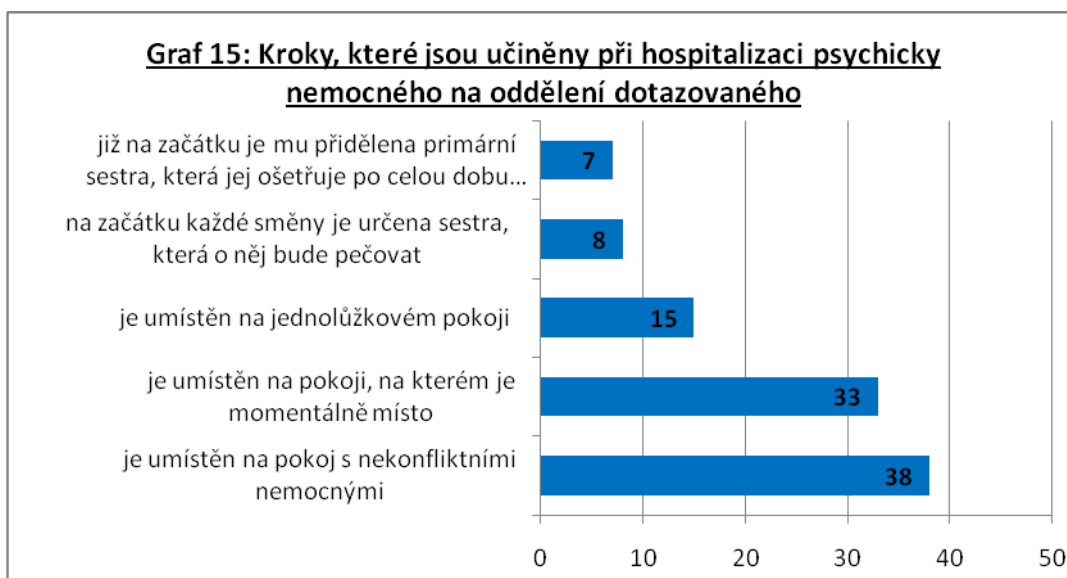


Ze 101 dotazovaných respondentů na otázku odpovědělo 90 (100%) na základě filtrační otázky číslo 12. 53 (59%) respondentů odpovědělo, že organizace ošetrovatelské péče při přijetí psychicky nemocného se nemění, u 28 (31%) respondentů bylo uvedena možnost individuálního řešení dle aktuálního stavu nemocného, změny organizace ošetrovatelské péče zakotvené v řádu oddělení uvedlo 9 (10%) respondentů.

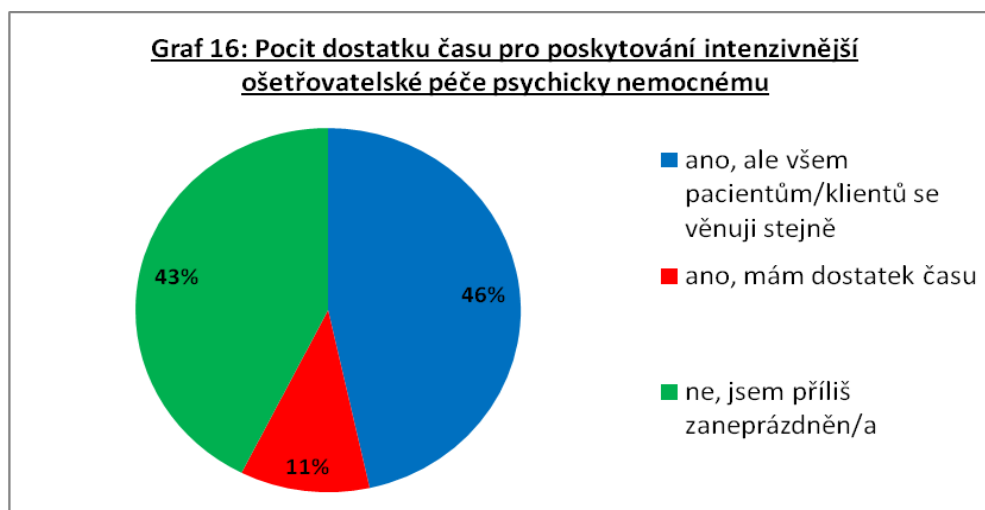
Graf 14: Posílení personálu při hospitalizaci psychicky nemocného



Ze celkového počtu 101 respondentů na otázku číslo 14 odpovídalo 90 (100%) respondentů na základě filtrační otázky číslo 12. 53 (59%) uvedlo, že při přijetí psychicky nemocného se počet zdravotnických pracovníků na oddělení nemění, 27 (30%) respondentů uvedlo, že při hospitalizaci psychicky nemocného pracuje na jedné směně více sester a u 10 (11%) respondentů dojde při k posílení pomocného personálu.

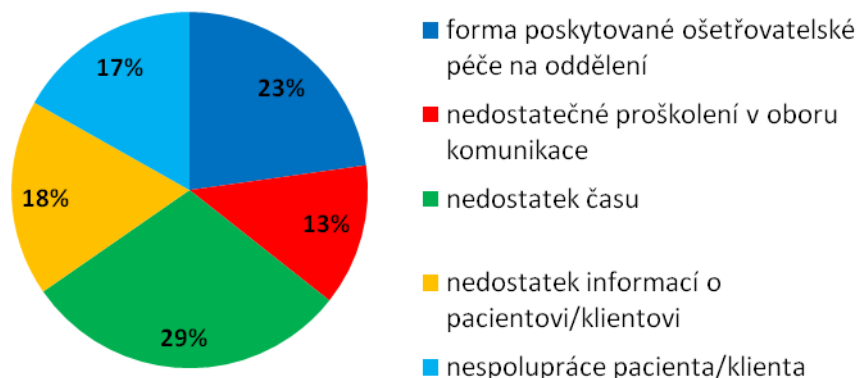


Z celkového počtu 101 (100%) respondentů 38 (38%) by psychicky nemocného umístilo na pokoj s nekonfliktními nemocnými, 33 (33%) dotázaných by psychicky nemocného umístilo na jakýkoliv volný pokoj, 15 (15%) respondentů by psychicky nemocného umístili na jednolůžkový pokoj, 7 (7%) respondentů uvedlo, že je psychicky nemocnému při přijetí přidělena primární sestra.



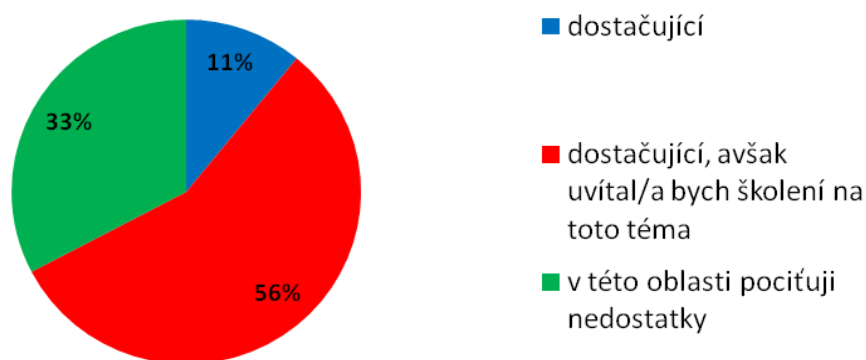
z celkového počtu 101 (100%) dotázaných uvedlo 47 (46%) respondentů, že mají dostatek času, avšak intenzivnější ošetrovatelskou péči psychicky nemocným neposkytují, 43 (43%) respondentů je pro intenzivnější péči o psychicky nemocného příliš zaneprázdněn/a, 11 (11%) respondentů má dostatek času k intenzivnější ošetrovatelské péči.

Graf 17: Hlavní překážka při komunikaci s psychicky nemocnými

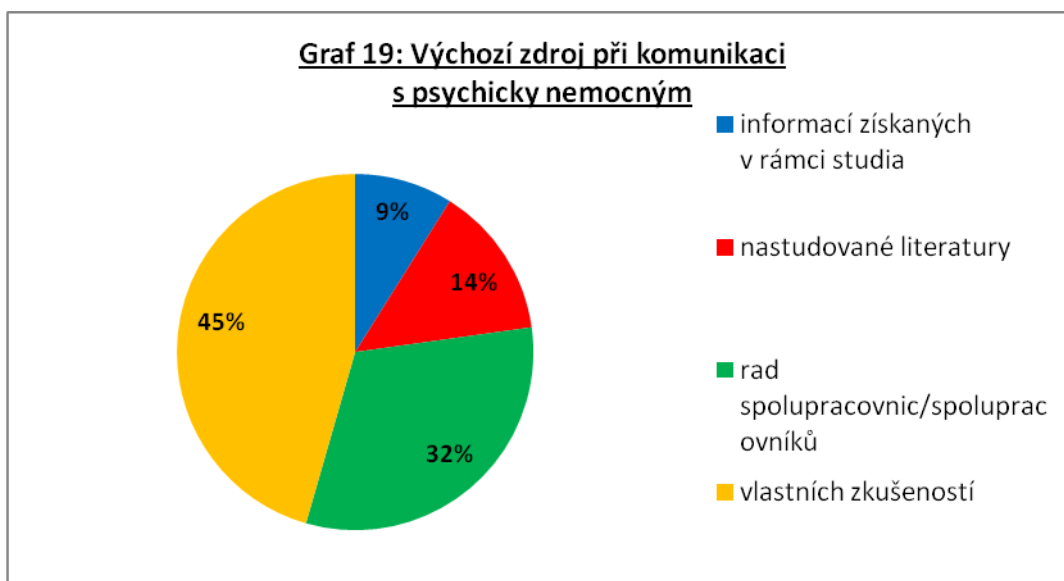


Z celkového počtu 101 (100%) respondentů považuje 30 (29%) za hlavní překážku v komunikaci s psychicky nemocným nedostatek času, 23 (23%) formu poskytované ošetrovatelské péče, 18 (18%) respondentů nedostatek informací o nemocném, 17 (17%) respondentů nespolupráci nemocného a 13 (13%) nedostatečné proškolení v oblasti komunikace.

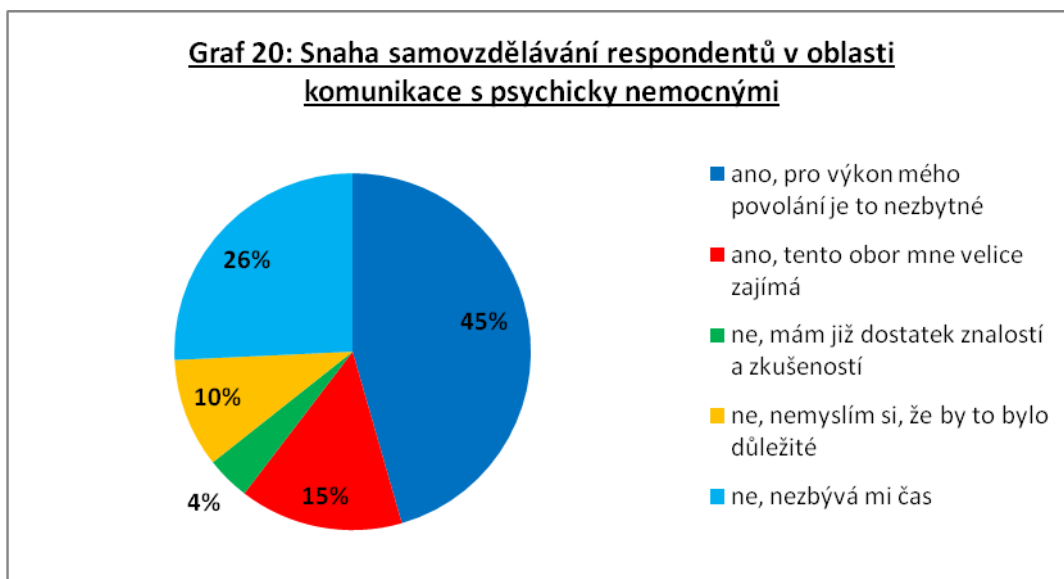
Graf 18: Hodnocení znalostí v oblasti komunikace s psychicky nemocnými pacienty/klienty



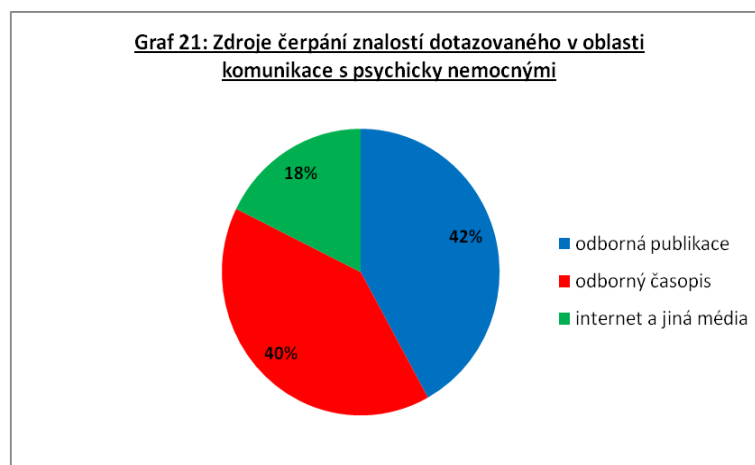
57 (56%) respondentů z celkového počtu 101 (100%) považuje své znalosti v oblasti komunikace s psychicky nemocným za dostačující, ale přivítali by školení, 33 (33%) respondentů pociťuje v této oblasti nedostatky a 11 (11%) respondentů považují své znalosti za dostačující.



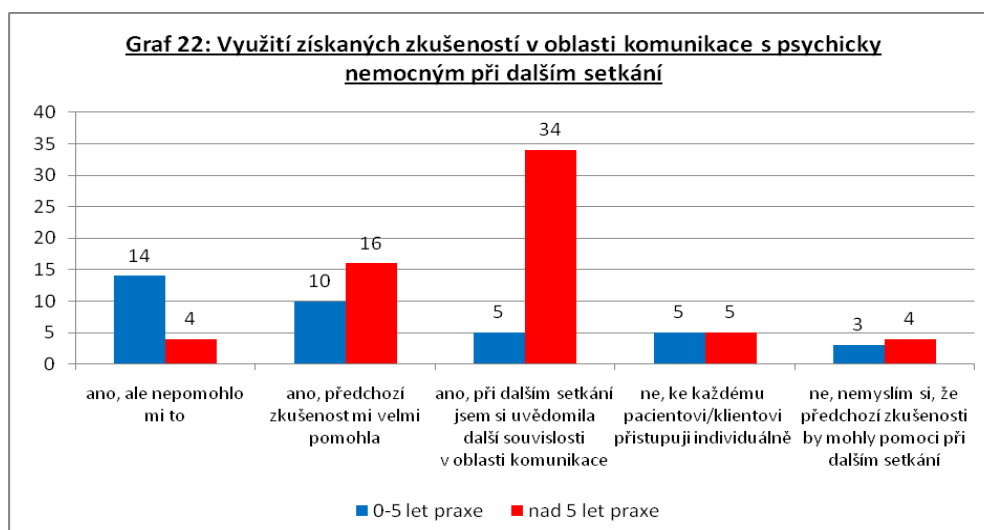
Z celkového počtu 101 (100%) 46 (45%) vychází při komunikaci s psychicky nemocným z vlastních zkušeností, 32 (32%) respondentů se řídí rady spolupracovníků, z prostudované literatury čerpá 14 (14%) respondentů a 9 (9%) vychází z informací získaných během studia.



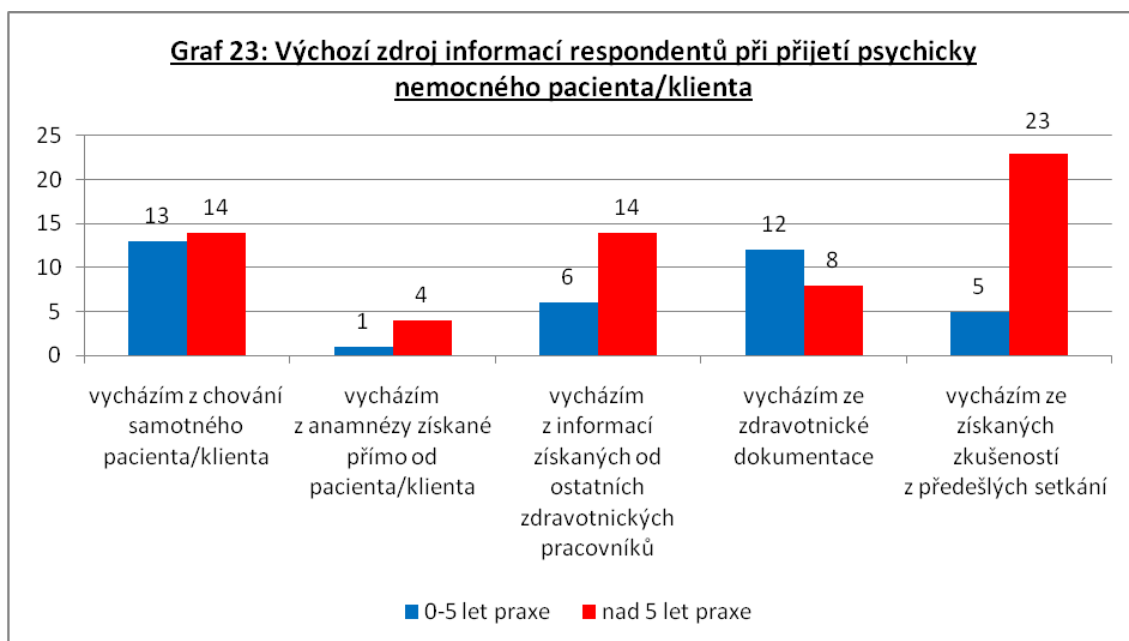
Z celkového počtu 101 (100%) dotázaných respondentů 46 (45%) respondentů se v oblasti komunikace vzdělávalo a považují to za nezbytné, 26 (26%) respondentům na vzdělávání nezbyvá čas, 15 (15%) respondentů se vzdělávalo a oblast komunikace je zajímavá, za nedůležité vzdělávání v oblasti komunikace považovalo 10 (10%) respondentů, dostatek znalostí a zkušeností měli 4 (4%) respondentů.



Ze celkového počtu 101 respondentů na otázku číslo 21 odpovídalo 62 respondentů (100%) na základě filtrační otázky číslo 20. 26 (42%) respondentů čerpá z odborných publikací, 25 (40%) respondentů čerpá z odborných časopisů a 11 (18%) respondentů čerpá informace z internetu.



Z celkového počtu 34 (100%) mladších sester 14 (40%) zkušenost s komunikací s psychicky nemocným nepomohla, předchozí zkušenost pomohla 10 (29%), 5 (14%) respondentů pochopila při dalším setkání další souvislosti, 5 (14%) nevyužila získané zkušenosti. Z celkového počtu 63 (100%) starších sester si další souvislosti při dalším setkání uvědomilo 34 (54%) respondentů, předchozí zkušenost pomohla 16 (26%) respondentům, 5 (8%) respondentů, 4 (6%) si nemyslí, že by jim předchozí zkušenost mohla pomoci, ke každému pacientovi/klientovi přistupuje individuálně a nevyžívá získaných zkušeností 4 (6%) respondentů.



Z celkového počtu 37 (100%) mladších sester 13 (35%) vychází z chování samotného pacienta/klienta, 12 (32%) respondentů vychází ze zdravotnické dokumentace, z informací ostatních zdravotníků vychází 6 (16%) respondentů, z předešlých zkušeností vychází 5 (14%) respondentů, 1 (3%) respondent vychází z anamnézy získané od pacienta/klienta. Z celkového počtu 63 (100%) starších sester vychází z předešlých zkušeností 23 (37%), z chování nemocného vychází 14 (22%) respondentů, 14 (22%) respondentů vychází z informací od ostatních zdravotníků, ze zdravotnické dokumentace vychází 8 (13%) respondentů, 4 (6%) sester vychází z anamnézy získané od nemocného.

Tabulka 1 k otázce číslo 22

Návrhy respondentů na zlepšení komunikace s psychicky nemocným	Počet návrhů
více času na pacienta	35
školení na toto téma	17
více znalostí o dané problematice	15
nevím	13
dostatek personálu	10
více zkušeností	5
méně administrativy	4
více pomocného personálu	3
umístění na oddělení určeném pro tyto pacienty (psychiatrie)	2
odborné časopisy	2
individuální péče	1
jiná organizace oddělení	1
méně pacientů na pokoji	1
sestra na oddělení proškolená speciálně na toto téma	1
užší spolupráce s psychologem	1
získání informací od rodiny nemocného, komunikace, která na nemocného "platí"	1

Otázka co by mohlo vést ke zlepšení komunikace s psychicky nemocným byla otevřená. Respondenti napsali celkem 112 (100%) odpovědí. Nejčastější odpověď byla více času na pacienta 35 (31%), školení na dané téma bylo uvedeno 17x (15%), více znalostí bylo uvedeno 15x (13%), 13x (12%) byla napsána odpověď nevím, 10x (9%) respondenti uvedli více personálu, více zkušeností bylo uvedeno 5x (4%), méně administrativy bylo uvedeno 4x (4%), více personálu bylo uvedeno 3x (3%), umístění na psychiatrii bylo uvedeno 2x (2%), více odborných časopisů zabývajících se danou problematikou bylo uvedeno 2x (2%). Mezi ostatní odpovědi, které byly uvedeny 1x (1%) patří individuální péče, jiná organizace oddělení, méně pacientů na pokoji, speciálně proškolená sestra, užší spolupráce s psychologem a získání informací od rodiny o vhodné komunikaci.

5. Diskuze

Bylo provedeno kvantitativní šetření dotazníkovou metodou. Šetření bylo realizováno v březnu 2011. Kvantitativní šetření jsme zvolili, protože nás zajímaly postoje a překážky v oblasti komunikace s psychicky nemocnými pacienty/klienty u většího množství sester. Výsledky šetření nás překvapili. Jak v kladném slova smyslu, tak i v záporném. Šetření bylo zaměřeno na sestry standardních oddělení, konkrétně oddělení chirurgického, interního, ortopedického a neurologického. Cílem práce bylo zjistit, jaké jsou překážky v komunikaci sester s psychicky nemocnými pacienty/klienty. Druhým cílem bylo zjistit, co sestry postrádají pro poskytování péče psychicky nemocným pacientům/klientům na standardních odděleních. Dotazníky obsahovali 22 otázek - 17 uzavřených položek, 4 polootevřené položky a jednu otevřenou položku. Osloveny byly nemocnice České Budějovice, a.s. a Nemocnice Pelhřimov, p.o. Šetření v obou nemocnicích bylo provedeno se souhlasem hlavních sester. Dotazníky byly určeny všem věkovým skupinám sester. Rozdáno bylo 120 dotazníků, návratnost dotazníků byla 89%, vráceno bylo 107 dotazníků. Pro neúplné vyplnění bylo vyřazeno 6 dotazníků. Pro zpracování bylo použito 101 dotazníků (84%).

Byly stanoveny tři hypotézy. H1: Starší sestry pracující na standardních odděleních mají větší zkušenosti s komunikací s psychicky nemocnými pacienty/klienty. H2: Organizační podmínky práce nebrání sestře pracující na standardním oddělení v komunikaci s psychicky nemocným pacientem/klientem. H3: Sestry pracující na standardním oddělení mají zájem o problematiku komunikace s psychicky nemocným pacientem/klientem.

První část dotazníku byla zaměřena na pohlaví, nejvyšší dosažené vzdělání, oddělení a počtu odpracovaných let jako sestra u lůžka. Z dotazníkového šetření vyplývá, že povolání sestry vykonávají zejména ženy (graf 1). Nejvíce bylo sester se středoškolským vzděláním. Naopak nejméně bylo sester s vysokoškolským magisterským vzděláním (graf 2). Nejvíce oslovených respondentů pracovalo na chirurgickém oddělení. Nejméně oslovených respondentů pracovalo na neurologickém oddělení (graf 3). Největší zastoupení v oblasti délky praxe měly sestry s délkou praxe 0-5 let. Nejméně bylo sester s délkou praxe 31 let a více (graf 4). Ze zjištění lze

předpokládat, že největší zastoupení na standardních odděleních tvoří sestry ve věku 23-30 let. Na otázku číslo 5, zda sestry během své praxe pečovaly o psychicky nemocné, nejvíce respondentů odpovědělo, že občas o pacienty/klienty pečují. Pouze jeden respondent odpověděl, že o psychicky nemocného nikdy nepečoval (graf 5). Pokud bychom měli posuzovat z praxe, dovolujeme si podotknout, že setkání s psychicky nemocným pacientem/klientem není ničím ojedinělým. Což potvrzuje výzkum projektu Zdraví 21, že jen vážných duševních nemocí je v Evropě 1-6% (což je zhruba 5-30 miliónů obyvatel pouze v rámci evropské unie), na který poukazuje Marková (24). Při porovnání výzkumu WHO a výsledku šetření otázky číslo 5 usuzujeme, že setkání sester standardních oddělení není ničím výjimečným.

Hypotéza 1 - Starší sestry pracující na standardních odděleních mají větší zkušenosti s komunikací s psychicky nemocnými pacienty/klienty.

První hypotézu jsme ověřovali otázkami číslo 6, 7, 8, 9. Staršími sestrami byly určeny sestry s délkou praxe delší 6 let. Otázka číslo 6 zjišťovala, s jakými psychickými onemocněními se sestry během poskytování ošetrovatelské péče setkaly. Nejčastěji byla označována diagnóza demence. Venglářová a Mahrová ve své publikaci Komunikace pro zdravotní sestry (42) považují demenci jako nejčastější psychiatrickou diagnózu hospitalizovaných pacientů/klientů. Podle našeho názoru je tvrzení opodstatněné. U pacientů/klientů s demencí dochází často k úrazům, které vznikají na základě poruch hybnosti (vyskytujících se například u Parkinsonovy či Huntingtonovi choroby), dezorientace či zmatenosti. K hospitalizaci pacienta/klienta s demencí proto dochází v souvislosti s úrazy častěji než u pacienta/klienta s autismem, zejména pak na chirurgickém oddělení a oddělení traumatologie. Babiaková, Marková, Venglářová ve své publikaci Psychiatrická ošetrovatelská péče potvrzují: „U pacientů se sníženou soběstačností a pohyblivostí jsou největším nebezpečím pády.“ (24, str. 206)

Následující otázkou číslo 7 jsme zjišťovali, zda sestrám získané zkušenosti v oblasti komunikace s psychicky nemocným pacientem/klientem pomohlo při dalším setkání. Na otázku většina sester odpověděla, že při následujícím setkání si díky předchozímu setkání uvědomili další souvislosti. Je pozoruhodné, že 7% procent respondentů uvedlo,

že si nemyslí, že by jim získané zkušenosti mohly pomoci při následujícím setkání (graf 7). Obzvláště když několik těchto respondentů v poslední otázce, co by mohlo vést ke zlepšení komunikace, uvedli více zkušeností (tabulka 1). Možné vysvětlení se naskýtá v možnostech nezájmu sester o danou problematiku či nesprávně pochopeného pojmu individuální ošetrovatelská péče. Otázka číslo 8 směřovala k situaci příjmu psychicky nemocného (Graf 8). Sestry nejčastěji označily odpověď, že při příjmu psychicky nemocného pacienta/klienta vycházejí ze získaných zkušeností. Zde by mohla nastat chyba při komunikaci, vzniklá na základě předešlých negativních zkušeností sestry se stejně psychicky nemocným pacientem/klientem. Na chybu zvanou Efekt pořadí upozorňuje Jůn v publikaci Agrese u lidí s mentální retardací a autismem (8). Překvapilo nás, že nejméně sestry označovali možnost, že vycházejí z informací získaných od samotného pacienta/klienta. Právě sběr anamnézy je základem správného plánování a realizace ošetrovatelské péče. Ztotožňujeme se s Kozierovou (20), že bez získání informací od pacienta/klienta nelze poskytovat efektivní ošetrovatelskou péči. Pokud sestra při příjmu psychicky nemocného nevychází z anamnézy získané přímo od pacienta/klienta, není podle našeho názoru možné poskytovat efektivní ošetrovatelskou péči. Obzvláště, pokud díky informacím získaným od ostatních zdravotnických pracovníků či možným získaným nepříjemným zkušenostem sestra zaujímá otažitý či negativní postoj k přijímanému pacientovi/klientovi.

Otázkou číslo 9 byly sestry dotazovány, jak postupují při komunikaci s psychicky nemocným pacientem/klientem. Odpověď: „Mluvím pomalu, srozumitelně, popřípadě zopakují, k lepšímu pochopení používám obrázky, symboly.“ byla sestrami označena nejčastěji. Druhou nejčastěji označovanou odpovědí bylo, že si sestry zvolí klidné místo bez rušivých faktorů. Proč byla druhá odpověď označována méně, je otázkou. Souhlasíme s Kozierovou (20), která v publikaci Ošetrovatel'stvo uvádí, že nemocnému se daleko lépe komunikuje v klidném prostředí bez rušivých elementů, s dostatkem intimity. Překvapením pro nás bylo časté označení dalších možností. Například přijímat psychicky nemocného sám/sama není v zájmu zachování bezpečí ani sestry, ani nemocného. A vůbec největším překvapením bylo časté označení možnosti, že informace nemocnému sestra sdělí na pokoji, aby případné nejasnosti pomohli vyjasnit

spolubydlící, tak by mohlo být porušeno několik právních předpisů jako například Úmluva o biomedicíně (č. 96/2001 Sb.), Listiny základních práv a svobod (č. 2/1993 Sb.), Úmluva o ochraně lidských práv a základních svobod (č. 209/1992 Sb.) ve smyslu porušení povinné mlčenlivosti (Uherek 38).

K ověření hypotézy 1 - starší sestry pracující na standardních odděleních mají větší zkušenosti s komunikací s psychicky nemocnými pacienty/klienty, byly sestaveny 4 grafy k otázkám 7 (graf 22) a 8 (graf 23). Mladší sestry představují sestry s praxí do 5 let. Starší sestry jsou sestry s praxí nad 6 let. Mladší sestry se sice nejvíce pokouší použít své zkušenosti získané při komunikaci s psychicky nemocným, ale nepomohou jim (graf 22). Starší sestry, jsou úspěšnější ve využívání získaných zkušeností (graf 22). Důvodem může být způsobeno, že mladší sestry ještě nenasbírali tolik zkušeností jako starší sestry. V následující otázce mladší sestry nejčastěji odpovídaly, že příjmu psychicky nemocného vycházejí nejčastěji z chování pacienta/klienta a ze zdravotnické dokumentace (graf 23). Starší sestry nejčastěji vycházely ze získaných zkušeností (graf 23). Zjištění si vysvětlujeme tezí, že starší sestry díky nabraným zkušenostem (jak kladným, tak záporným) mají více vštípené zásady efektivní komunikace s psychicky nemocnými pacienty/klienty a tím pádem jsou v komunikaci úspěšnější.

Hypotéza 1 - starší sestry pracující na standardních odděleních mají větší zkušenosti s komunikací s psychicky nemocnými pacienty/klienty se potvrdila.

H2: Organizační podmínky práce nebrání sestře pracující na standardním oddělení v komunikaci s psychicky nemocným pacientem/klientem. Hypotézu 2 jsme ověřovali otázkami číslo 13, 14, 15, 16, 17. Z grafu 13 vyplývá, že nejčastěji sestry označovaly možnost „Při přijetí psychicky nemocného ke změnám organizace ošetrovatelské péče nedochází“. Zde může nastat překážka při poskytování ošetrovatelské péče duševně nemocnému. Samozřejmě, že ne vždy, ale v některých případech je nutná intenzivnější péče o psychicky nemocného a pokud není přizpůsobena organizace ošetrovatelské péče, mohl by nastat problém. Stejně tak u otázky 14, jejímž účelem bylo zjistit, zda při nutnosti intenzivnější ošetrovatelské péče je posílen personál oddělení. Většina sester uvedla, že počet zdravotnických pracovníků se nemění (graf 14). Je samozřejmě na zvážení situace, v kterém případě je, a v kterém není třeba posílit zdravotnický personál.

Důležitou roli také hraje fakt, zda dané oddělení má dostatečné množství zdravotnického personálu.

Otázka 15 směřovala na situaci, kdy je na oddělení hospitalizován psychicky nemocný. Nejčastější odpovědí sester bylo, že je umístěn na pokoj s nekonfliktními spolubydlíci (Graf 15). Odpověď nás mile překvapila, vyplývá z ní, že umístěním psychicky nemocného se sestry zabývají. Samotná hospitalizace je pro psychicky nemocného stresující a konflikt se spolubydlíci by mohl vyvolat například stavy úzkosti či agrese. Druhá nejčastější odpověď však byla méně uspokojivá - umístit psychicky nemocného na pokoj, na kterém je momentálně místo není ideální. Může nastat situace, kdy pokoj je příliš daleko od inspekčního pokoje. Dalším problémem může být větší množství lůžek na pokoji. Nejméně sester označilo možnost přidělení primární sestry na začátku hospitalizace. Podle našeho názoru jsou s možností poskytování ošetrovatelské péče primární sestrou stále málo seznámeni. Možné důvody jsou nedostatek personálu v nemocnicích, neochota cokoliv týkající se poskytování ošetrovatelské péče měnit či nedostatečné informace od vedoucího managementu o ošetrovatelské péči poskytované kontaktní sestrou. Jak vyplývá z grafu 11, na většině oddělení je využívána skupinová forma ošetrovatelské péče. Velké množství sester také označilo jako formu ošetrovatelské péče metodu funkční. Souhlasíme s názorem Farkašové: „Funkční ošetrovatelská péče je rozdrobená a důraz se klade na bezchybné výkony a čas, a ne na potřeby a reakce nemocného. Funkční ošetřování se hodnotí jako ošetrovatelská péče s nízkou kvalitou pro nadměrnou fragmentaci, což zapříčiňuje nedostatečnou komplexní péči a pacienta.“ (11, str. 167) Otázka 16 zjišťovala, zda sestry mají dostatek času k intenzivnější ošetrovatelské péči o psychicky nemocného pacienta/klienta. Nejvíce sester označilo možnost, že dostatek času sice mají, ale všem pacientům/klientům se věnují stejně (Graf 16). Ztotožňujeme se s názorem Kříže (22), že sestra by měla věnovat zvýšenou pozornost hygieně a protidekubitární prevenci u osob mentálně retardovaných a dementních. Nedokážeme si proto představit, jak sestra, která se všem pacientům/klientům věnuje stejně, efektivně ošetřuje imobilního nemocného. Možnou příčinu shledáváme v nezájmu sester, argumentací, že intenzivnější péče o psychicky nemocného je prováděna na úkor jiného

pacienta/klienta či výše zmiňovanému špatnému pochopení pojmu individuální ošetrovatelská péče. Druhou nejčastěji označovanou odpovědí bylo, že sestry jsou příliš zaneprázdňeny k poskytování intenzivnější ošetrovatelské péče psychicky nemocnému. Cílem otázky 17 bylo zjistit, co sestry považují za hlavní překážky při poskytování ošetrovatelské péče psychicky nemocnému. Nejvíce sester označilo jako hlavní překážku nedostatek času, což se již promítlo v předešlé otázce (graf 17). Odpověď nás příliš nepřekvapila vzhledem k předešlým odpovědím v otázkách 13, 14 (Graf 13, 14). Pokud se při hospitalizaci pacienta/klienta s potřebou intenzivnější ošetrovatelské péče nemění ani organizace ošetrovatelské péče, ani počet zdravotnických pracovníků, je odpověď, že sestry pocítují málo času, nasnadě. Povinností staničních či vrchních je sester zvážit situaci, kdy je nutné posílit zdravotnický personál nebo provést změny v organizaci ošetrovatelské péče. Pro 23% sester bylo překážkou v komunikaci s psychicky nemocným forma poskytované ošetrovatelské péče. Zejména u sester, které označily, že na jejich oddělení je využíváno funkčního modelu ošetrovatelské péče (graf 11).

Hypotéza 2, organizační podmínky práce nebrání sestře standardního oddělení v komunikaci s psychicky nemocným, se vyvrátila. Hlavní problémem je pro sestry nedostatek času. Do polemik, zda-li je neustále opakovaný argument nedostatku času faktickým problémem, či zda jde pouze o výmluvu bychom se neradi pouštěli.

H3: Sestry pracující na standardním oddělení mají zájem o problematiku komunikace s psychicky nemocným pacientem/klientem.

Hypotézu 3 jsme ověřovali otázkami 18, 19, 20, 21 (graf 18, 19, 20, 21). V otázce 18 nás zajímalo, jak sestry hodnotí své znalosti v oblasti komunikace. Většina sester hodnotila své znalosti za dostačující, avšak školení na dané téma by uvítaly (graf 18). Uvědomění si nutnosti dalších informací pokládáme za pozitivum. Cílem otázky 19 bylo zjistit, z čeho sestry vycházejí při komunikaci s psychicky nemocnými. 45% sester uvedlo, že vycházejí z vlastních zkušeností (graf 19). Do jaké míry je využití zkušeností efektivní, zůstává otázkou. Již při potvrzování/vyvrácení první hypotézy bylo zjištěno, že mladší sestry sice více využívají zkušeností, ale nepomáhají jim. Druhou nejčastější

odpovědí bylo, že sestry při komunikaci s psychicky nemocnými vycházejí z rad spolupracovníci/spolupracovníků. Rizikem je výše zmiňované pochybení v komunikaci, zvané Efekt pořadí, kterou popisuje Jůn (8). Nejméně sester při komunikaci s psychicky nemocným uplatňuje poznatky získané studiem. Můžeme však jen spekulovat, zda je příčinou, že sestry si informace z oblasti komunikace získané za dob studia již nepamatují či zda je nikdo nenaučil. Otázkou 21 jsme zjišťovali, zda se sestry snaží sami vzdělávat v oblasti komunikace. Z grafu 21 vyplývá, že 45% sester považují samovzdělávání v oboru komunikace za nezbytné pro výkon povolání. Zjištění hodnotíme velice kladně. A ztotožňujeme se s názorem Farkašové (11), že pro povolání sestry je zcela nezbytné získávání nejnovějších informací v oblasti ošetrovatelství. Druhá nejčastější odpověď je však pro nás méně potěšující 26%, tedy téměř jedna třetina sester uvedla, že jim na získávání nových informací z oblasti komunikace nezbývá čas. Otázka 22 byla určena sestrám, které se snaží v oblasti komunikace vzdělávat. Většina sester čerpá informace z odborných publikací či odborného časopisu. Hypotéza 3 se potvrdila, i když velké procento sester odpovídalo, že na hloubější studium problematiky komunikace s psychicky nemocným nemají čas.

6. Závěr

Bakalářská práce se zabývá psychicky nemocným pacientem/klientem a jeho umístěním na standardním oddělení. Pro zpracování byly stanoveny dva cíle, které byly splněny. Prvním cílem bylo zjistit, zda existují překážky v komunikaci sester s psychicky nemocnými pacienty/klienty. Druhým cílem bylo zmapovat, co sestry postrádají pro poskytování péče psychicky nemocným pacientům/klientům na standardních odděleních. Stanovené hypotézy - H1: Starší sestry pracující na standardních odděleních mají větší zkušenosti s komunikací s psychicky nemocnými pacienty/klienty se potvrdila, ačkoliv mladší sestry používají při dalším setkání s psychicky nemocným především zkušenosti. H2: Organizační podmínky práce nebrání sestře pracující na standardním oddělení v komunikaci s psychicky nemocným pacientem/klientem byla vyvrácena. Z šetření vyplývá, že sestry za největší překážku v péči o psychicky nemocného považují nedostatek času. H3: Sestry pracující na standardním oddělení mají zájem o problematiku komunikace s psychicky nemocným pacientem/klientem se potvrdila, i když nezanedbatelné množství sester odpovídalo, že mají dostatečné zkušenosti či nemají čas na další vzdělávání.

Výsledky práce budou poskytnuty hlavní sestře Nemocnice České Budějovice, a.s. O výsledky požádala hlavní sestra Nemocnice Pelhřimov p.o., kterou daná problematika vzhledem k časté hospitalizaci psychicky nemocných v nemocnici Pelhřimov, p.o. zajímá. Dále bude vypracován souhrn doporučení jak pečovat o nemocné s psychicky nemocným pacientem/klientem určený sestřám standardních oddělení Nemocnice Pelhřimov, p.o. a Nemocnice České Budějovice, a.s. Myslím si, že problematika péče o psychicky nemocné pacienty/klienty na standardních odděleních je velice aktuální a sestry by se měly o tuto problematiku zajímat. Tato práce pro mě je velikým přínosem, získané znalosti využiji při výkonu povolání všeobecné sestry. Doufám, že stejným přínosem bude i souhrn doporučení pro sestry, které se rozhodnou je prostudovat. Největším pozitivem by však měla být pro pacienty/klienty s psychickým onemocněním, o které sestra s rozšířenými znalostmi z oblasti komunikace bude pečovat.

7. Seznam použitých zdrojů

1. AMBLER, Z. *Základy neurologie*, 1. Praha: Galén, 2006, 351s. ISBN 80-7262-433-4
2. Autismus, [on-line], [cit.2011-1-16], dostupné z www <<http://autismus.dodetailu.cz/druhy-autismu.aspx>>
3. Autismus, Portál o poruchách autistického spektra,[on-line], [cit. 2011-1.10], dostupné z www <<http://www.autismus.cz/komunikacni-terapie/komunikace-u-osoby-s-autismem.html>>
4. BÁRTLOVÁ, S., SADÍLEK, P., TÓTHOVÁ, V. *Výzkum a ošetřovatelství*, 2. Vydání, Brno: Národní centrum ošetřovatelství s nelékařských zdravotnických oborů, 2008, 185 s. ISBN 978-80-7013-467-2
5. BAUDIŠ, P., LIBIGER, J. *Psychiatrie a etika*, 1. Praha: Galén, 2002, 156 s. ISBN 80-7262-104-1
6. BEŠTĚCKÁ, B. a kol. *Psychologie v praxi*, 1. Praha: Portál, 2003. 416 s. ISBN 80-7178-735-3
7. COHEN, R. M. *Nejčastější psychické poruchy v klinické praxi*. 1. Praha: Portál, 2002. 199s. ISBN 80-7178-497-4
8. ČADILOVÁ, V. a kol. *Agrese u lidí s mentální retardací a autismem: Zvládnání problémového chování u lidí nejen v domovech sociálních služeb*. 1. Praha: Portál, 2007. 248 s. ISBN 978-80-7367-319-2.
9. ČERNOUŠEK, M. *Šílenství v zrcadle dějin*, 1. Praha: Grada Avicenum, 1994. 236 s. ISBN 80-7169-086-4

10. DUŠEK, K., VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ, A. *První pomoc v psychiatrii*. 1. Praha: Grada, 2005. 176 s. ISBN 80-247-01979.
11. FARKAŠOVÁ, D. a kol. *Ošetrovatelství teorie*, 1. Martin: Osveta, 2006, 211 s. ISBN 80-8063-227-8
12. FARKAŠOVÁ, D. *Výzkum v ošetrovatelství*, 1. Vydání, Martin: Osveta, 2006, 87 s. ISBN 80-8063-229-4
13. FORTINASH, K. *Psychiatric Nursing Care Plans*, 4. vydání, Missouri: Mosby, 2003, 404 s. ISBN 0-323-01482-8
14. HAŠKOVCOVÁ, H. *České ošetrovatelství 10: Manuál za sociální gerontologie*, 1. Brno: NCONZO, 2006, 72 s. ISBN 80-7013-363-5
15. HORÁČEK, J. *Psychotické stavy v klinické praxi*, 1. Praha: Academia Medica Pragensia, 2003. 263s. ISBN 80-86694-01-1
16. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision Version for 2007, [on-line], [cit.2010-11-19] dostupné z <<http://apps.who.int/classifications/apps/icd/icd10online/>>
17. JANÁČKOVÁ, L., WEISS, P. *Komunikace ve zdravotnické péči*, 1. Praha: Portál, 2008. 136s. ISBN 978-80-7367-477-9
18. KOLEKTIV AUTORŮ, *Základy ošetrování nemocných*, 1. Praha: Karolinum: Universita Karlova v Praze, 2005, 145 s. ISBN 80-246-0845-6.

19. KONTROVÁ, L., KRISTOVÁ J. a kol. *Základy ošetrovania a asistencie*. 1. Martin: Osveta, 2006, 295 s. ISBN 80-8063-235-9.
20. KOZIEROVÁ, B. *Ošetrovatel'stvo*, 1. Vydání, Martin : Osveta, 1995, 836 s. ISBN 80-217-0528-0
21. KRAMULOVÁ, D. Psychologie dnes – Babička si nepamatuje, jak se jmenuje. *In: Psychologie dnes*. 2009, roč. 15, č. 11, s. 42-43, ISSN 1212-9607
22. KRÍŽ, J. *Duševní poruchy a poruchy chování u dětí a mladistvých*, 1. České Budějovice: Zdravotně sociální fakulta, Jihočeská universita v Českých Budějovicích, 2004, 127 s. ISBN 80-7040-724-7
23. LINHARTOVÁ, V. *Praktická komunikace v medicíně: Pro mediky, lékaře a ošetrující personál*. 1. Praha: Grada, 2007. 152 s. ISBN 978-80-247-1784-5
24. MARKOVÁ, E., VENGLÁŘOVÁ, M., BABIAKOVÁ, M. *Psychiatrická ošetrovatelská péče*, 1. Praha: Grada, 2006, 352 s. ISBN 80-247-1151-6
25. MENTZOS, S., *Dynamika duševní nemoci*. 1. Praha: Portál, 2005. 128 s. ISBN 80-7178-992-5
26. NEJEDLÁ, M., SVOBODOVÁ, H., ŠAFRÁNKOVÁ, A. *Ošetrovatel'ství IV/1*, 1. Praha: Informatorium, 2004, 190 s. ISBN 80-7333-032-6.
27. PIDRMAN, V. *Demence*, 1. Praha: Grada, 2007, 187 s. ISBN 978-80-247-1490-5
28. POKORNÁ, A. *Efektivní komunikační techniky v ošetrovatel'ství*, 2. Brno: Národní centrum ošetrovatel'ství a nelékařských zdravotnických oborů, 2008, 100s. ISBN 978-80-7013-466-5

29. SCHMIDBAUER, W. *Psychická úskalí pomáhajících profesí*, 1. vydání, Praha: Portál, 2000. 176s. ISBN 80-7178-312-9
30. SLOWÍK, J. *Komunikace s lidmi s postižením*, 1. vydání, Praha: Portál, 2010, 160s. ISBN 978-80-7367-691-9
31. Stop stigma – Projekt zaměřený proti předsudkům a diskriminaci z důvodu psychiatrického onemocnění, [on-line], [cit.2010-11-25] dostupné z <<http://www.stopstigmapsychiatrie.cz/cile-zmeny.html>>
32. STYX, P. *O psychiatrii; Jak žít a jednat s duševně nemocnými lidmi*, 1. Brno: Computer press, 2003. 178 s. ISBN 80-7226-828-7
33. Světové zdravotnické organizace, [on-line], [cit.2010-12-5], dostupné z <<http://www.who.cz/PDF/Zdravi21.pdf>>
34. SVOBODA, M., ČEŠKOVÁ, E., KUČEROVÁ, H. *Psychopatologie a psychiatrie*. 1. Praha : Portál, 2006. 320 s. ISBN 80-7367-154-9
35. ŠTĚRBOVÁ, D. Psychologie dnes – Sexualita osob s mentálním postižením není tabu!. In: *Psychologie dnes*. 2009, roč. 15, č. 11, s. 52-54, ISSN 1212-9607
36. TRESS, W., KREUSSEJ,J., OTT, J. *Základní psychosomatická péče*. 1. vydání. Praha: Portál, 2008. 400s. ISBN 978-80-7367-209-3
37. TSCHUDIN, V. *Ethics in nursing*, 3. vydání. London: 2003, 201 s. ISBN 0-7506-5265-9

38. UHEREK, P. *Povinná mlčenlivost zdravotnických pracovníků*, 1. Praha: Grada, 2008, 182 s. ISBN 978-80-247-2658-8
39. ULRICH, S. *Nursing care planning: dor adults in acute, extended and home care settings*, 5. vydání, Philadelphia: W.B. Saunders Copany, 917 s. ISBN 0-7216-9215-X
40. JAMES, J., BAKER, C., SWAIN, H. *Principles of science for nurses*, 1. vydání, Oxford: 2002. 244 s. ISBN 0-632-05769-6
41. VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese: Variabilita a patologie lidské psychiky*. 3. Praha: Portál, 2002. 444 s. ISBN 80-7178-678-0.
42. VENGLÁŘOVÁ, M., MAHROVÁ, G. *Komunikace pro zdravotní sestry*, 1. Praha: Grada, 2006. 144 s. ISBN 80-247-1262-8
43. VYBÍHALOVÁ, L. Sestra – agresivní pacient – výzkum, *In: Sestra*. 2010, roč. 20, č. 12, s. 22-23, ISSN 1210-0404
44. ZACHAROVÁ, E., ŠIMÍČKOVÁ-ČÍŽKOVÁ, J. *Psychologie pro zdravotnické obory vybrané kapitoly*, Ostrava: Ostravská universita v Ostravě, Zdravotně sociální fakulta, 2007, 191 s. ISBN 978-80-7368-334-4
45. ZGOLA, J.M. *Úspěšná péče o člověka s demencí*, 1. Praha: Grada, 2003, 232 s. ISBN 80-247-0183-9
46. UHEREK, P. *Povinná mlčenlivost zdravotnických pracovníků*, 1. Praha: Grada, 2008, 182 s. ISBN 978-80-247-2658-8
47. ZUCEKRMAN, E. *Clinician's thesaurus*, 6. vydání, New York: The Guilford Press, 2005, 362 s. ISBN 1-57230-437-5

8. Klíčová slova

Pacient/klient

Sestra

Komunikace

Psychická nemoc

Ošetrovatelská péče

9. Přílohy

Příloha 1: Práva duševně nemocných

Příloha 2: Dotazník pro sestry

Příloha 3: Souhrn doporučení

Příloha 1: Práva duševně nemocných

Základní práva a potřeby duševně nemocných, která musí být zvláště chráněna, protože jsou nejčastěji porušována (případy porušování těchto práv):

- Právo být vnímán a respektován jako jedinečná lidská bytost (nedůstojné zacházení, zvláště při hospitalizaci)
- Právo na svobodné rozhodování o sobě samém (zneužívání nedobrovolné hospitalizace a příliš autoritativního terapeutického přístupu, někdy postup jiných orgánů)
- Právo na soukromí (kontrola pošty při hospitalizaci, nedostatek vlastního teritoria v lůžkových zařízeních)
- Právo na práci a spravedlivou odměnu (předčasná invalidizace, nemožnost sehnat práci při invalidním důchodu, nemožnost připravovat se na práci při dlouhodobé pracovní neschopnosti, odmítání ze strany potenciálních zaměstnavatelů, zadržování autorských honorářů, pracovní vykořisťování ap., nedostatečná odměna za práci)
- Právo na přiměřené hmotné zabezpečení, zvláště při ztrátě či oslabení výdělečných možností (nedostatečná výše invalidního důchodu, nedostatek ostatních sociálních podpor, nemožnost vydělávat peníze při invalidním důchodu)
- Právo na přiměřenou životní úroveň, včetně potravy, šatstva, bydlení, lékařské péče a nezbytných sociálních služeb (nedostupnost adekvátní lékařské péče, nedostupná sociální pomoc, vykazování do neuspokojivého bydlení)
- Právo na spolurozhodování o léčebných výkonech a postupech (direktivní terapeutický přístup, zvl. při nedobrovolné hospitalizaci)
- Právo na informovanost o podstatných skutečnostech nemoci (neposkytování či odmítání informací)
- Právo na lidský kontakt, na osobní svobodu (zakazování nebo omezování návštěv nebo kontaktů)
- Právo na kultivaci a osobní růst (nedostatek podnětů)

Zdroj:

http://capz-esprit.sweb.cz/prispevky/dokumenty/deklar_prava_dusev_nemoc.html

Příloha 2: Dotazník

Vážená kolegyně, vážený kolego,

v poslední době se stále více diskutuje o problematice duševního zdraví. Ačkoliv jsou psychicky nemocní lidé hospitalizováni v psychiatrických léčebnách či ambulantně docházejí k psychiatrovi, často může dojít k situaci, kdy je nutné člověka s duševní nemocí hospitalizovat na standardním oddělení. Dovolte mi, prosím, abych Vám položila několik otázek týkající se Vašich zkušeností s takto nemocnými. Dotazník je zcela anonymní a získané informace budou použity pouze pro účely šetření.

Velice Vám děkuji za čas věnovaný vyplnění tohoto dotazníku, za spolupráci a pravdivost odpovědí. Věřím, že výsledky šetření budou moci být využity v praxi.

Děkuji za spolupráci
Hana Pavlíková
Studentka oboru Všeobecná sestra
Zdravotně sociální fakulty
Jihočeské university v Českých Budějovicích

Instrukce k vyplnění dotazníku

Při vyplňování dotazníku prosím piště tiskacím písmem nebo čitelně označte nabízenou odpověď (zakroužkování či zaškrtnutím). Pokud není uvedeno jinak, je možno označit pouze jednu z uvedených možností odpovědí.

1. Jaké je Vaše pohlaví?

- a) muž
- b) žena

2. Označte Vaše nejvyšší dosažené vzdělání

- a) středoškolské
- b) vyšší odborné – diplomovaný specialista
- c) vysokoškolské - bakalářské
- d) vysokoškolské - magisterské

3. Na kterém oddělení pracujete?

- a) chirurgické oddělení
- b) interní oddělení
- c) ortopedické oddělení
- d) neurologické oddělení

4. Kolik let pracujete jako sestra u lůžka?

- a) 0 – 5 let
- b) 6 – 10 let
- c) 11-15 let
- d) 16-20 let
- e) 21-25 let
- f) 26-30 let
- g) 31 let a více

5. Pečoval/a jste aktivně během své praxe na standardním oddělení o psychicky nemocného pacienta/klienta?

- a) ano, o psychicky nemocné často aktivně pečuji
- b) ano, o psychicky nemocné občas pečuji
- c) ano, ale zřídka kdy mám tu možnost
- d) spíše jsem nepečovala o psychicky nemocného
- e) ne, nikdy jsem o psychicky nemocného aktivně nepečovala

Následující otázky 6, 7, 8, 9 zodpoví respondenti, kteří o psychicky nemocné pečovali.

6. Jakou měli psychicky nemocní, o které jste aktivně pečoval/a diagnózu? (Zde je možné zvolit více odpovědí)

- a) demence
- b) mentální retardace
- c) porucha osobnosti
- d) schizofrenie
- e) autismus
- f) jiná diagnóza,

uved'te.....

7. Využil/a jste získané zkušenosti v oblasti komunikace s psychicky nemocným při dalším setkání?

- a) ano, předchozí zkušenost mi velmi pomohla
- b) ano, při dalším setkání jsem si uvědomila další souvislosti v oblasti komunikace
- c) ano, ale nepomohlo mi to
- d) ne, nemyslím si, že předchozí zkušenosti by mohly pomoci při dalším setkání
- e) ne, ke každému pacientovi/klientovi přistupuji individuálně

8. Jak se zachováte při příjmu nového pacienta/klienta s psychickým onemocněním?

- a) vycházím ze získaných zkušeností z předešlých setkání
- b) vycházím ze zdravotnické dokumentace
- c) vycházím z informací získaných od ostatních zdravotnických pracovníků
- d) vycházím z chování samotného pacienta/klienta
- e) vycházím z anamnézy získané přímo od pacienta/klienta

9. Jak postupujete při komunikaci s psychicky nemocným? (Zde je možné označit více odpovědí)

- a) mluvím pomalu, srozumitelně, popřípadě zopakuji, k lepšímu pochopení používám obrázky, symboly,
- b) volím klidné místo bez rušivých faktorů
- c) informace sděluji nemocnému na pokoji, aby mi případné nejasnosti pomohli vyjasnit spolubydlící
- d) pokud má nemocný halucinace, vždy s ním souhlasím, v opačném případě bych ztratila důvěru nemocného
- e) nemocného vždy přijímám sám/sama, aby na nemocného nebyla převaha zdravotníků

10. Jaká je délka Vaší pracovní směny?

- a) 8 hodin
- b) 12 hodin
- c) kombinace obou

11. Jaký systém poskytování ošetrovatelské péče je využíván na Vašem oddělení?

- a) skupinový model ošetrovatelské péče (sestra během směny pečuje o určenou skupinu nemocných)
- b) funkční ošetrovatelská péče (úkolem sestry jsou určité výkony u větší skupiny pacientů/klientů)
- c) ošetrovatelská péče poskytovaná kontaktní sestrou (po přijetí je pacientovi/klientovi přiřazena sestra, která odpovídá za ošetrovatelskou péči po celou dobu hospitalizace pacienta/klienta)

12. Jsou na Vašem oddělení hospitalizováni psychicky nemocní pacienti/klienti?

- a) ano
- b) ne

Pokud jste odpověděl/a NE, pokračujte na otázku číslo 15

13. Pokud je na Vašem oddělení hospitalizován psychicky nemocný, dochází ke změnám v organizaci ošetrovatelské péče?

- a) Ano, tato situace je zakotvena v organizačním řádu oddělení
- b) Ne, organizace ošetrovatelské péče zůstává nezměněna
- c) Vše je řešeno individuálně dle psychického stavu pacienta/klienta

14. Pokud je na Vašem oddělení hospitalizován psychicky nemocný s potřebou intenzivnější ošetrovatelské péče.

- a) je posílen pomocný zdravotnický personál na jedné směně (sanitáři, ošetrovatelé, zdravotničtí asistenti)
- b) na jedné směně pracuje více sester
- c) počet zdravotnických pracovníků se nemění

15. Pokud je na Vašem oddělení hospitalizován psychicky nemocný pacient/klient

- a) již na začátku je mu přidělena primární sestra, která jej ošetřuje po celou dobu hospitalizace a komunikuje s rodinnými příslušníky
- b) je umístěn na pokoj s nekonfliktními nemocnými
- c) je umístěn na jednolůžkovém pokoji
- d) je umístěn na pokoji, na kterém je momentálně místo
- e) na začátku každé směny je určena sestra, která o něj bude pečovat

16. Máte dostatek času k intenzivnější ošetrovatelské péči u psychicky nemocných pacientů/klientů?

- a) ano, mám dostatek času
- b) ano, ale všem pacientům/klientům se věnuji stejně
- c) ne, jsem příliš zaneprázdněn/a

17. Co vnímáte jako hlavní překážku při poskytování ošetrovatelské péče u psychicky nemocných pacientů/klientů?

- a) nedostatek času
- b) forma poskytované ošetrovatelské péče na oddělení
- c) nedostatek informací o pacientovi/klientovi
- d) nespolupráce pacienta/klienta
- e) nedostatečné proškolení v oboru komunikace
- f) jiná překážka,

uved'te.....

18. Svě znalosti v oblasti komunikace s psychicky nemocnými pacienty/klienty považují za:

- a) dostačující
- b) dostačující, avšak uvítal/a bych školení na toto téma
- c) v této oblasti pociťuji nedostatky

19. Při komunikaci s psychicky nemocnými pacienty/klienty vycházím především z:

- a) nastudované literatury
- b) vlastních zkušeností
- c) rad spolupracovníc/spolupracovníků
- d) informací získaných v rámci studia
- e) jiné,

uved'te.....

20. Snažíte se v oblasti komunikace s psychicky nemocnými pacienty/klienty vzdělávat sama/sám?

- a) ano, tento obor mne velice zajímá
- b) ano, pro výkon mého povolání je to nezbytné
- c) ne, nemyslím si, že by to bylo důležité
- d) ne, mám již dostatek znalostí a zkušeností
- e) ne, nezbývá mi čas

Následující otázku zodpoví respondenti, kteří se sami vzdělávají.

21. Vyberte zdroj, ze kterého především znalosti čerpáte

- a) odborná publikace
- b) odborný časopis
- c) internet a jiná média
- d) jiný zdroj

(uved'te).....

22. Co by podle Vašeho názoru mohlo vést ke zlepšení komunikace s psychicky nemocným pacientem/klientem?

.....
.....
.....

Příloha 3:

Komunikace s psychicky nemocným pacientem/klientem

Šouhrn doporučení pro sestry standardních oddělení





Vážené kolegyně, vážení kolegové,

dovoluji si Vám poskytnout souhrn doporučení vztahující se na komunikaci s psychicky nemocným pacientem/klientem.

Sestra je vykonavatelem ošetrovatelské péče, obhájkyňí pacientových/klientových práv, edukátorka, pečovatelka a především komunikátorka. Sestra umí komunikovat jak s psychicky zdravými, tak psychicky nemocnými pacienty/klienty. Ví kdy a jak v danou chvíli zareagovat. Existují specializovaná oddělení v psychiatrických léčebnách, kde jsou hospitalizováni psychicky nemocní a je o ně pečováno sestrami proškolenými přímo v psychiatrické ošetrovatelské péči. Přesto se psychicky nemocný pacient/klient může být hospitalizován na standardním oddělení. Pak může nastat komunikační bariéra mezi ním a sestrou, která nemusí mít příliš zkušeností s komunikací s duševně nemocnými.

Doufám, že Vám některé postřehy pomohou v praxi.



Obecné zásady komunikace s psychicky nemocným pacientem/klientem

Komunikaci s psychicky nemocnými s vybraným stavu a nemocemi se budou zabývat následující kapitoly.

Zásady:

- + klidné a otevřené jednání
- + empatický přístup
- + ke komunikaci zvolit místo bez rušivých elementů
- + srozumitelné podávání informací
- + psychicky nemocný není pasivní objekt
- + zachování společenských pravidel
- + nejednat degradujícím způsobem
- + nepřijímat sám/sama
- + zachovat klid!!!

Komunikace s úzkostným pacientem/klientem

Úzkostný pacient/klient se vůči sestře může chovat vtíravě, úzkostně či alibisticky. Pacient/klient tak neprojevuje své pohrdání či vzhlížení, opakuje pouze nevědomky naučený postoj ke zdravotnickému personálu. Z daného chování může sestra vyčíst postavení pacienta/klienta ve společnosti. Velice důležité je neustálé vyhodnocování svých názorů, pohnutek a vystupování. Neustále si klást otázky.

Zásady:

- + nechlácholit
- + příliš autoritativní přístup
- + představit se
- + zachovat klid
- + vyslechnout pacienta/klienta
- + volnější tempo řeči
- + podpora v rozhodování
- + nevyhýbat se komunikaci
- + nezatěžovat zbytečnými detaily!!!

Komunikace s depresivním pacientem/klientem

Riziko depresivního chování spočívá v možném sebevražedném jednání. Sestra k depresivnímu pacientovi/klientovi přistupuje s rozvahou.

Zásady:

- + neapelovat na nutnosti silné vůle
- + domluvit se na protisebevražedné smlouvě
- + zabezpečit okolí nemocného
- + umožnit projevit city
- + projevit pochopení

Komunikace s narcistním (sebestředným) pacientem/klientem

Pro narcistního pacienta/klienta je typické sebevědomé vystupování, mívá sklony k manipulaci. Nemocný by měl mít pocit, že je středem zájmu, je sní jednáno jako s partnerem.

Zásady:

- + informace o alternativách péče
- + navodit pocit samostatného rozhodování
- + po konfliktu sestra první nabízí krátkou profesionální omluvu
- + nepodbízet se!!!
- + nebojovat o moc!!!

Komunikace s neurotickým pacientem/klientem

Pro neurotického pacienta/klienta jsou typické časté návštěvy u lékaře a emoční nestabilita. Zásady:

- + pozor na kritiku → špatné přijímání
- + nepodporovat v somatizaci
- + ujišťovat že pacient/klient situaci zvládne

Komunikace s pacientem/klientem s demencí

U pacienta/klienta s demencí dochází k narušení emotivity, zručnosti, sebeovládání, sebekritiky, motivace. V konečné fázi nemoci dochází k celkové degradaci osobnosti.

Zásady:

- + trpělivý přístup
- + u bludů nepřesvědčovat o opaku
- + nesouhlasit však za každou cenu
- + připomínání reality → hodiny, kalendář
- + komentovat každý výkon
- + opakování informací
- + označení pokoje obrázky, symboly

Komunikace s pacientem/klientem s mentální retardací

Postižení pacienti/klienti mají narušeny racionální schopnosti a znalosti. Mentální retardace je vrozená psychická nemoc vzniklá v období od prenatálního vývoje do druhého roku života dítěte.

Zásady:

- + posilovat sebevědomí → povzbuzovat, chválit
- + umět přiznat chybu
- + sledovat mimiku
- + komunikaci přizpůsobit intelektu
- + jasně srozumitelně formulovat požadavky
- + tresty jsou nepřijatelné

Komunikace s pacientem/klientem s poruchou osobnosti

Pro pacienta/klienta je typická nedůvěra k okolí, přehnané sebevědomí, vztahovačnost, porušená emotivita, nerespektování léčebného režimu, sebestředné jednání. Jedná sebevědomě, povýšeně, agresivně, od ostatních si drží spíše odstup.

Zásady:

- + důkladné zmapování situace
- + zabezpečit okolí pacienta/klienta
- + nepřijímat sám/sama!!!
- + rozvážný přístup

Komunikace s pacientem/klientem se schizofrenií

postihuje veškeré duševní funkce - myšlení, percepce a emotivitu. Pacienti/klienti jsou citliví na narušení intimity.

Zásady:

- + řádně vysvětlovat a odůvodňovat každý krok
- + motivovat k užívání léků
- + taktní přístup
- + nevymlouvat bludy za každou cenu
- + nesouhlasit za každou cenu
- + vždy mít únikovou cestu
- + dodržovat vzdálenost na délku paže
- + sebeovládání

Komunikace s pacientem/klientem s autismem

U autistického pacienta/klienta je narušena komunikace, nerozeznávání živého a neživého, interakce s okolím, objevují se přehnané citové projevy a stereotypní chování. Často nerozumí mluvenému slovu. Opakování.

Zásady:

- + komunikaci přizpůsobit úrovni intelektu
- + komunikovat pomocí obrázků, symbolů
- + úzká spolupráce s rodinou – zjistit návyky
- + nenutit do začlenění do kolektivu
- + nenarušovat stereotyp

Nejčastější chyby při komunikaci s psychicky nemocným pacientem/klientem

- + bagatelizace problémů
- + předpojatost
- + ironické chování
- + přehnaná péče
- + konflikt s ostatními zdravotnickými pracovníky před pacientem/klientem
- + degradující chování
- + jednání jako s dítětem
- + nedostatečné vysvětlení ošetrovatelského výkonu
- + rozebírání pacientových/klientových problémů před ostatními spolupacienty
- + utvrzování v bludech
- + netrpělivost
- + spěch

Zdroj: vlastní