

Specifika ošetrovatelské péče o psychicky nemocné

Lucie Kyjovská

Bakalářská práce
2014



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav zdravotnických věd

akademický rok: 2013/2014

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Lucie Kyjovská**

Osobní číslo: **H11098**

Studijní program: **B5341 Ošetřovatelství**

Studijní obor: **Všeobecná sestra**

Forma studia: **prezenční**

Téma práce: **Specifika ošetrovatelské péče o psychicky nemocné**

Zásady pro vypracování:

Studium literatury k tématu bakalářské práce.

Vymezení pojmů a teoretických východisek z oblasti ošetrovatelské péče o psychicky nemocné.

Příprava metodiky průzkumné části.

Realizace, zpracování a analýza pozorování sester na psychiatrickém oddělení.

Příprava, realizace a zpracování dotazníků u sester na psychiatrickém pracovišti.

Prezentace výsledků průzkumné části a formulace závěrů.

Rozsah bakalářské práce:

Rozsah příloh:

Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná/elektronická**

Seznam odborné literatury:

BABIÁKOVÁ, Mira, Eva MARKOVÁ a Martina VENGLÁŘOVÁ. Psychiatrická ošetrovatelská péče. Praha: Grada Publishing, 2006, 352 s. ISBN 8024711516.

ČERNANOVÁ, Andrea. Ošetrovanie chorých s psychickými problémami na somatických oddeleniach: učebnica pre fakulty ošetrovateľstva. Martin: Osveta, c2011, 88 s. ISBN 978-80-8063-354-7.

HOSÁKOVÁ, Jiřina. Ošetrovatelská péče v psychiatrii. Vyd. 1. Opava: Slezská univerzita v Opavě, Filozoficko-přírodovědecká fakulta, Ústav ošetrovatelství, 2007, 158 s. ISBN 978-80-7248-442-3.

MALÁ, Eva a Pavel PAVLOVSKÝ. Psychiatrie. Vyd. 1. Praha: Portál, 2002, 143 s. ISBN 80-7178-700-0.

PRAŠKO, Ján. Obecná psychiatrie. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2011, 527 s. ISBN 978-80-244-2570-2.

RABOCH, Jiří, Pavel PAVLOVSKÝ a Dana JANOTOVÁ. Psychiatrie: minimum pro praxi. 5. vyd. Praha: Triton, 2012, 239 s. ISBN 978-80-7387-582-4.

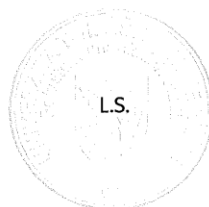
Vedoucí bakalářské práce: **Mgr. Anna Krátká, Ph.D.**
Ústav zdravotnických věd

Datum zadání bakalářské práce: **15. ledna 2014**

Termín odevzdání bakalářské práce: **23. května 2014**

Ve Zlíně dne 15. ledna 2014


doc. Ing. Anežka Lengalová, Ph.D.
děkanka




Mgr. Zlatica Dorková, Ph.D.
ředitelka ústavu

PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

- odevzdáním bakalářské práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, bez ohledu na výsledek obhajoby ¹⁾;
- beru na vědomí, že bakalářská práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k nahlédnutí;
- na moji bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3 ²⁾;
- podle § 60 ³⁾ odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- podle § 60 ³⁾ odst. 2 a 3 mohu užít své dílo – bakalářskou práci – nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen s předchozím písemným souhlasem Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše);
- pokud bylo k vypracování bakalářské práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky bakalářské práce využít ke komerčním účelům.

Prohlašuji, že

- elektronická a tištěná verze bakalářské práce jsou totožné;
- na bakalářské práci jsem pracoval samostatně a použitou literaturu jsem citoval. V případě publikace výsledků budu uveden jako spoluautor.

Ve Zlíně 20.2.2014

.....
.....

1) zákon č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, § 47b Zveřejňování závěrečných prací:

(1) Vysoká škola nevydělečně zveřejňuje disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce, u kterých proběhla obhajoba, včetně posudků oponentů a výsledku obhajoby prostřednictvím databáze kvalifikačních prací, kterou spravuje. Způsob zveřejnění stanoví vnitřní předpis vysoké školy.

(2) *Disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce odevzdané uchazečem k obhajobě musí být též nejméně pět pracovních dnů před konáním obhajoby zveřejněny k nahlížení veřejnosti v místě určeném vnitřním předpisem vysoké školy nebo není-li tak určeno, v místě pracoviště vysoké školy, kde se má konat obhajoba práce. Každý si může ze zveřejněné práce pořizovat na své náklady výpisy, opisy nebo rozmnoženiny.*

(3) *Platí, že odevzdáním práce autor souhlasí se zveřejněním své práce podle tohoto zákona, bez ohledu na výsledek obhajoby.*

2) *zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 35 odst. 3:*

(3) *Do práva autorského také nezasahuje škola nebo školské či vzdělávací zařízení, ušije-li nikoli za účelem přímého nebo nepřímého hospodářského nebo obchodního prospěchu k výuce nebo k vlastní potřebě dílo vytvořené žákem nebo studentem ke splnění školních nebo studijních povinností vyplývajících z jeho právního vztahu ke škole nebo školskému či vzdělávacího zařízení (školní dílo).*

3) *zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 60 Školní dílo:*

(1) *Škola nebo školské či vzdělávací zařízení mají za obvyklých podmínek právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla (§ 35 odst. 3).*

(2) *Škola nebo školské či vzdělávací zařízení mají za obvyklých podmínek právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla (§ 35 odst. 3).*

(3) *Odpirá-li autor takového díla udělit svolení bez vážného důvodu, mohou se tyto osoby domáhat nahrazení chybějícího projevu jeho vůle u soudu. Ustanovení § 35 odst. 3 zůstává nedotčeno.*

(4) *Není-li sjednáno jinak, může autor školního díla své dílo užit či poskytnout jinému licenci, není-li to v rozporu s oprávněnými zájmy školy nebo školského či vzdělávacího zařízení.*

(5) *Škola nebo školské či vzdělávací zařízení jsou oprávněny požadovat, aby jim autor školního díla z výdělku jím dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence podle odstavce 2 přiměřeně přispěl na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložily, a to podle okolností až do jejich skutečné výše; přitom se přihlédne k výši výdělku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.*

ABSTRAKT

Bakalářská práce na téma „Specifika ošetrovatelské péče o psychicky nemocné“ je složena z části teoretické a praktické. První z nich je zaměřena na charakteristiku psychiatrie, její historii a organizaci péči o psychicky nemocné. Dále obsahuje soubor informací o vzdělávání a práci sestry na psychiatrii a přehled nejčastějších psychických onemocnění. V praktické části jsou zpracovány výsledky dotazníkového šetření u sester pracujících na psychiatrickém pracovišti a výsledky pozorování sester na psychiatrickém a interním oddělení.

Klíčová slova: psychiatrie, psychická onemocnění, specifika, sestra, pacient, vzdělávání, dotazník, pozorování

ABSTRACT

The bachelor thesis with topic "Specifics of Nursing Care for the Mentally Ill" and consists of the theoretical and practical part. The first part focuses on characteristics of psychiatry, its history, and organization of care provided to the mentally ill. The following part contains information about education and work of a nurse in psychiatry, and an overview of the most common mental illnesses. In the practical part, results of a questionnaire research on psychiatric nurses are processed along with observation results of nursing care at psychiatric and internal department.

Keywords: psychiatry, mental diseases, particularity, nurse, patient, education, questionnaire, observation

Poděkování

Ráda bych poděkovala vedoucí práce, Mgr. Anně Krátké, Ph.D., za její odborné vedení, cenné rady, za její podporu, trpělivost a připomínky, které pro mě byly přínosem při zpracování této bakalářské práce.

Prohlašuji, že odevzdaná verze bakalářské/diplomové práce a verze elektronická nahraná do IS/STAG jsou totožné.

OBSAH

ÚVOD	10
I TEORETICKÁ ČÁST	11
1 PSYCHIATRICKÁ PÉČE	12
1.1 CHARAKTERISTIKA OBORU	12
1.2 HISTORIE PSYCHIATRIE	12
1.2.1 Dávnověk	12
1.2.2 Středověk.....	13
1.2.3 Novověk	13
1.2.4 Nejnovější dějiny.....	14
1.3 ORGANIZACE PÉČE O PSYCHICKY NEMOCNÉ	14
1.3.1 Ambulantní péče	14
1.3.2 Lůžková péče.....	15
1.3.3 Komunitní péče	15
1.4 PSYCHIATRIE A PRÁVO	15
2 SESTRA V PSYCHIATRICKÉ PÉČI	17
2.1 VZDĚLÁVÁNÍ SESTER V OBLASTI PSYCHIATRIE	17
2.2 OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE NA PSYCHIATRII	18
2.3 SPECIFIKA PRÁCE SESTRY NA PSYCHIATRICKÉM PRACOVÍŠTI	18
2.4 OSOBNOST SESTRY NA PSYCHIATRICKÉM PRACOVÍŠTI	19
2.5 ETICKÝ KODEX SESTER	20
3 PSYCHICKÁ ONEMOCNĚNÍ	22
3.1 VZNIK PSYCHICKÝCH ONEMOCNĚNÍ.....	22
3.2 PREVENCE PSYCHICKÝCH ONEMOCNĚNÍ	22
3.3 STIGMA	23
3.4 VYBRANÁ PSYCHICKÁ ONEMOCNĚNÍ	24
3.4.1 Schizofrenní porucha – Schizofrenie	24
3.4.2 Afektivní porucha – Bipolární afektivní porucha.....	25
3.4.3 Organické duševní poruchy – Demence.....	25
3.4.4 Neurotická porucha – Obsedantně-kompulzivní porucha	26
3.4.5 Specifické poruchy osobnosti.....	26
3.4.6 Poruchy příjmu potravy	27
3.4.7 Poruchy vyvolané psychoaktivními látkami – užíváním alkoholu.....	28
3.5 LÉČEBNÉ METODY V PSYCHIATRII	28

II	PRAKTICKÁ ČÁST	30
4	METODIKA PRÁCE.....	31
4.1	CÍLE PRÁCE	31
4.2	METODIKA PRŮZKUMNÉHO ŠETŘENÍ.....	31
4.2.1	Dotazník	31
4.2.2	Pozorování.....	32
4.3	CHARAKTERISTIKA ZKOUMANÉHO VZORKU.....	32
4.4	ORGANIZACE ŠETŘENÍ	33
4.5	ZPRACOVÁNÍ VÝSLEDKŮ ŠETŘENÍ.....	33
5	VÝSLEDKY PRŮZKUMU	35
5.1	VÝSLEDKY ZÍSKANÉ POMOCÍ DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ	35
5.2	VÝSLEDKY ZÍSKANÉ POMOCÍ METODY POZOROVÁNÍ	70
5.2.1	Psychiatrické pracoviště – 1 den pozorování	70
5.2.2	Psychiatrické pracoviště – 2 den pozorování	72
5.2.3	Psychiatrické pracoviště – 3 den pozorování	75
5.2.4	Interní pracoviště – 1 den pozorování	78
5.2.5	Interní pracoviště – 2 den pozorování	80
5.2.6	Interní pracoviště – 3 den pozorování	83
	DISKUZE	86
	ZÁVĚR	90
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	91
	SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK	95
	SEZNAM GRAFŮ	97
	SEZNAM TABULEK.....	98
	SEZNAM PŘÍLOH.....	99

ÚVOD

Téma bakalářské práce „Specifika ošetrovatelské péče o psychicky nemocné“ jsem si vybrala zejména proto, že v dnešní době duševně nemocných stále přibývá, tedy se s takto nemocným člověkem můžeme setkat na jakémkoliv oddělení. A pro kvalitní péči o psychicky nemocné je potřeba znát její rozdílnost a pochopit komplexně celou osobnost nemocného.

V neposlední řadě, proč jsem si vybrala tímto směrem zaměřenou práci, je přístup populace k psychicky nemocným jedincům a to i přes neustálý společenský vývoj. Smutné je, že odsuzující přístup mají i zdravotníci. Díky negativnímu přístupu je pak pro nemocné velmi obtížné vyhledat odbornou pomoc, protože se za svoje potíže stydí, je to pro ně stigmatizující.

Dalším důvodem je, že dle mého názoru je práce sestry na psychiatrii nedoceněná z pohledu ostatních zdravotníků. Psychiatrická sestra byla dříve označována za tu, která není schopná práce v „normálním“ nemocničním provozu, například na interním oddělení. Ale ve skutečnosti psychiatrická sestra musí mít dobré komunikační dovednosti, být empatická a velmi pozorná ve všech situacích.

V teoretické části je popsána stručná historie psychiatrie, která je důležitá pro rozvoj samotného oboru. Dále teoretická část obsahuje rozdělení organizace péče a právní aspekty, které jsou nezbytnou součástí psychiatrické problematiky. Popisuje také přehled vzdělávání sester v oblasti psychiatrie, poskytování ošetrovatelské péče, specifika práce a osobnostní předpoklady sester pracujících na psychiatrickém pracovišti. Poslední část se zabývá vybranými duševními onemocněními.

Praktická část obsahuje metodologii výzkumného šetření, které probíhalo formou dotazníkového šetření sester pracujících na psychiatrickém pracovišti a formou pozorování na psychiatrickém a interním oddělení. Cílem výzkumného šetření bylo zjistit odlišnost práce sestry na psychiatrickém a interním oddělení, dále zjistit zvláštnosti v přístupu sester k duševně nemocným, zjistit která onemocnění jsou nejčastějším důvodem k hospitalizaci nemocných na psychiatrickém oddělení a vytvořit přehled vzdělávání sester v oboru psychiatrie.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 PSYCHIATRICKÁ PÉČE

Psychiatrická péče prošla velkým vývojem a stále se zdokonaluje. Dle mého názoru k lepšímu, ovšem i přesto je co zlepšovat. Snad i proto byla v roce 2013 představena reforma psychiatrické péče v České republice, která má za cíl zlepšit kvalitu života lidí s psychiatrickým onemocněním.

1.1 Charakteristika oboru

Psychiatrie je lékařský obor zabývající se studiem, diagnostikou, prevencí a léčbou duševních poruch (Slezáková a kol., 2007, s. 168).

Původně byla spojována s neurologií, ale vzhledem ke svému rychlému vývoji byla zpočátku 20. století osamostatněna (Praško a kol., 2011, s. 27).

Psychiatrie se zejména věnuje patologii v lidské psychice, ale také se zabývá tělesnými příznaky a reakcemi člověka, tedy trochu souvisí se všemi medicínskými obory (Praško a kol., 2011, s. 27).

Duševní poruchy mohou ovlivňovat vnímání, emotivitu, myšlení, paměť, jednání, vědomí, pudy, intelekt či identitu člověka. Pro lepší přehlednost konkrétních projevů duševních onemocnění je uvedena příloha P I.

1.2 Historie psychiatrie

Myslím si, že znát historii vývoje psychiatrie od úplných počátků je důležité, a to nejen z hlediska zdokonalování již existujícího oboru psychiatrie, ale i z hlediska pochopení samotných nemocných, pochopení, jak se cítí a jak všemožně bychom jim mohli pomoci. Znalost historie této problematiky nám umožňuje rozvíjet péči o psychicky nemocného, poukazuje na to, co bylo dobré, případně nás upozorní, čeho se vyvarovat.

1.2.1 Dávnověk

V dávnověku lidé psychická onemocnění nechápali, měli za to, že nemocní jsou posedlí zlými duchy. První zmínky o léčbě nemocných jsou zmíněny v Ebersově papyrusu z 15. století př.n.l. v Egyptě. Jedná se o zařikávání zlých duchů, hypnózy, davové sugesce či léč-

bu spánkem, tato léčeni byla prováděna v chrámech boha Imhotepa (Češková, Svoboda, Kučerová, 2006, s. 14).

Podstatnou osobou ve vývoji péče o psychicky nemocné byl **Hippokrates** (cca 460-377 př.n.l.), který určil čtyři temperamenty lidí, podle čtyř základních tělesných tekutin (hlen - flegmatik, krev - sangvinik, černá žluč - melancholik, žlutá žluč - choleric). *Vyjadřoval potřebu léčit celého nemocného, nejenom nemoc.* **Platon** poprvé použil termín „psychoterapie“ a také „anoia“, která může být buď v podobě manie anebo apatie. **Galenos** (řecký lékař působící v období cca 130-200 n.l.) považoval za hlavní centrum těla játra. Mozek viděl jako *centrum duševních chorob* (Češková, Svoboda, Kučerová, 2006, s. 15).

1.2.2 Středověk

Nastává období úpadku vědy, církev jde do popředí a prohlašuje duševně choré za posedlé d'áblem. Nemocní jsou vězněni, týráni, zaklínáni, bití. Mnozí z nich jsou upalováni v procesech za čarodějnictví. Roku 1488 byla vydána kniha „Malleus maleficarum“, kde stojí jak poznat a zničit posedlosti vyvolané d'áblem. To strhlo vlnu, kdy duševně nemocní lidé byli naháněni a následně popravováni. Jistá změna nastala až díky profesoru Lékařské fakulty v Kolíně nad Rýnem, panem **Johannesem Weyerem**. Zastával názor, že psychické nemoci mají medicínskou příčinu. Bohužel protireformní doba nedovolila tento názor rozvíjet (Praško a kol., 2011, s. 16-17).

1.2.3 Novověk

Počátkem novověku se postupně mění názory na duševně nemocné. *Psychiatrie jako lékařský obor vzniká v 18. století.* **Felix Platter** jako první sestavil klasifikaci psychických nemocí. Zařadil problematiku psychiatrie zpět mezi medicínské obory. Lidštnější péče o nemocné se pak zapřičinil **Philip Pinel** (Češková, Svoboda, Kučerová, 2006, s. 17).

Roku 1755 Marie Terezie ruší zákon o čarodějnictví a následně roku 1790 je na našem území v Praze založen ústav pro duševně choré. Následovalo zřizování oddělení a ústavů pro choromyslné. *Za prvního českého psychiatra je považován Jan Theobald Held* (Češková, Svoboda, Kučerová, 2006, s. 20).

Florence Nightingalová, zakladatelka moderního ošetrovatelství, jako první oddělila nemocné podle druhu poskytované ošetrovatelské péče. Zřizováním nemocnic pro psychicky nemocné, tak oddělila duševně nemocné od „duševně zdravých“ (Jarošová, 2006).

1.2.4 Nejnovější dějiny

Během 19. století již není duševně chorý považován za posedlého či prokletého. Ústavy postupně přechází do charakteru nemocnic, nicméně stále se objevují léčebné metody neadekvátního přístupu k nemocným (Praško a kol., 2011, s. 18).

Jiný pohled na teorii psychiky představil Sigmund Freud. *Zabýval se nevědomými procesy a psychickými obrannými mechanismy* (Praško a kol., 2011, s. 22).

V období před druhou světovou válkou se začalo zavádět použití šokových terapií. Elektrokonvulzivní terapie přetrvává dodnes. Nástupem druhé světové války bylo zabito několik tisíc lidí (mezi nimi i děti) trpících duševním onemocněním. Po skončení války byla snaha dále rozvíjet obor psychiatrie. Zavedla se nová léčiva a mnoho nemocných tak mohlo ústavy opustit (Praško a kol., 2011, s. 24-25).

1.3 Organizace péče o psychicky nemocné

Je důležité, aby péče o psychicky nemocné byla dostupná, komplexní a individuální, přičemž bude respektována lidská důstojnost a budou dodržována lidská práva nemocných (Malá, Pavlovský, 2002, s. 121).

1.3.1 Ambulantní péče

Zajišťuje základní psychiatrickou péči, která nenahraditelně poskytuje péči pro většinu klientů s duševním onemocněním (Ministerstvo zdravotnictví České republiky, 2013, s. 35).

V ambulanci se psychické nemoci diagnostikují a léčí. Také zde probíhá jejich rehabilitace a prevence. Součástí ambulantní péče je i domácí služba a výkon ochranného ambulantního léčení. Psychiatrické ambulance se dále člení na specializované jednotky jako je například gerontopsychiatrická ambulance, ambulance zaměřené na léčbu závislostí apod. (Malá, Pavlovský, 2002, s. 121).

1.3.2 Lůžková péče

V České republice je poskytována v rámci lůžkových oddělení nemocnic a psychiatrických léčeben (ÚZIS ČR, 2013, s. 1).

Léčebny se spíše zaměřují na péči o dlouhodobě nemocné. Akutní péči mohou lépe poskytovat oddělení psychiatrických nemocnic, kdy se zejména posuzuje stav pacienta, navrhuje se léčba a ochraňuje se pacient a jeho okolí před poškozením (Slezáková a kol., 2007, s. 189).

Péče je poskytována celým terapeutickým týmem (psychiatr, sestry, psycholog, sociální pracovníce) (Slezáková a kol., 2007, s. 189).

1.3.3 Komunitní péče

Komunitní péče je soubor služeb, programů a zařízení, jehož cílem je pomoci lidem s duševní poruchou žít co nejvíce v podmínkách běžného života tak, aby mohly být co nejvíce uspokojeny jejich zdravotní, psychologické a sociální potřeby (Psychiatrická společnost ČLS J.E.P., 2008, s. 12).

Komunitní služby můžeme rozdělit na intermediární a meziresortní. **Intermediární** služby spadají spíše do zdravotnictví a patří mezi ně denní stacionáře (*denní pobyt psychiatrických pacientů*), krizová centra (*neodkladná, bezbariérová a nestigmatizující psychiatrická péče*) a mobilní krizové týmy (*poskytnutí krizové intervence, neodkladné psychiatrické a psychologické vyšetření, farmakoterapie a emergentní psychoterapii přímo v místě rozvoje krizové situace*). **Meziresortní** služby jsou ve většině případů provozovány nestátními neziskovými organizacemi, a tedy spadají mezi sociální služby. Poskytují široké rozpětí služeb jako například psychiatrické rehabilitace, podporují pacienty v práci, zaměstnání, bydlení, navazování sociálních kontaktů, zapojení sebe i rodiny do různých aktivit (Psychiatrická společnost ČLS J.E.P., 2008, s.13-15).

1.4 Psychiatrie a právo

Každý člověk má svá práva, která jsou zakomponovaná v Listině základních práv a svobod. Práva duševně nemocných jsou pak více specifikována v **Deklaraci práv lidí s duševní poruchou** (příloha P II), která byla usnesena Valným shromážděním OSN dne 20. prosince 1971 (Praško a kol., 2011, s. 339; FOKUS Liberec, 2006).

Každý zdravotník je ze zákona vázán **povinnou mlčenlivostí**. Výjimkou je souhlas pacienta, soudní zproštění mlčenlivosti v souvislosti důležitého státního zájmu nebo skutečnost, kterou zdravotník musí hlásit na základě jiných předpisů (Češková, Svoboda, Kučerová, 2006, s. 36).

Hospitalizace nemocného může být dobrovolná nebo **nedobrovolná**. V případě umístění člověka do psychiatrického zařízení bez jeho souhlasu je nutné tuto skutečnost hlásit soudu, a to do 24 hodin od přijetí nemocného do zařízení. Následně se soud, po výslechu lékaře i pacienta, musí do 7 dní ode dne omezení vyjádřit, zda pokračovat v nedobrovolné hospitalizaci a po jakou dobu má být nemocný zadržován v zařízení (Babiaková, Marková, Venglářová 2006, s. 61).

Podmínky, kdy lze hospitalizovat nemocného bez jeho souhlasu definuje § 38 zákona č. 372/2011 Sb.:

(1) Pacienta lze bez souhlasu hospitalizovat, jestliže

a) mu

1. bylo pravomocným rozhodnutím soudu uloženo ochranné léčení formou lůžkové péče,

2. je nařízena izolace, karanténa nebo léčení podle zákona o ochraně veřejného zdraví,

3. je podle trestního řádu nebo zákona o zvláštních řízeních soudních nařízeno vyšetření zdravotního stavu,

b) ohrožuje bezprostředně a závažným způsobem sebe nebo své okolí a jeví známky duševní poruchy nebo touto poruchou trpí nebo je pod vlivem návykové látky, pokud hrozbu pro pacienta nebo jeho okolí nelze odvrátit jinak, nebo

c) jeho zdravotní stav vyžaduje poskytnutí neodkladné péče a zároveň neumožňuje, aby vyslovil souhlas

(ČESKO, 2011, s. 4752-4753).

V případě **klinických výzkumů léků** existují přesné podmínky a pravidla daná zákonem a Evropskou úmluvou o lidských právech. Každý zájemce musí být plně informován a podepisuje souhlas. Zkoušení nových léčiv nesmí být prováděno u osob ve vazbě, ve výkonu trestu a ve vojenské službě (Češková, Svoboda, Kučerová, 2006, s. 37).

2 SESTRA V PSYCHIATRICKÉ PÉČI

Práce sestry na psychiatrickém pracovišti je specifická. Liší se v mnoha ohledech. Práce na psychiatrii vyžaduje lepší komunikační zdatnosti, sestra musí znát správný přístup k pacientovi podle jeho diagnózy, přičemž každá diagnóza si vyžaduje svůj specifický přístup k nemocnému. Sestra musí být neustále ve střehu, protože hrozí poškození zdraví, ať už pacientovo, tak i její. Podávání léků je u psychicky nemocných naprosto odlišné než na standardním oddělení. Sestra musí být znalá a orientovaná i ve všech ostatních oborech, jelikož přijímaní nemocní mají často kromě psychických chorob i somatické.

2.1 Vzdělávání sester v oblasti psychiatrie

Vzdělání zdravotníků je dáno zákonem č. 105/2011 Sb, kterým se mění zákon č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních), ve znění pozdějších předpisů, a zákon č. 634/2004 Sb., o správních poplatcích, ve znění pozdějších předpisů (ČESKO, 2011, s. 1053).

Do školního roku 2004/2005 byla možnost studia na vyšších odborných školách, obor diplomovaná sestra pro psychiatrii. Ale změnou v souvislosti se vstupem ČR do Evropské unie tento studijní obor zanikl (Babiaková, Marková, Venglářová 2006, s. 36).

Aktuálně mají sestry pracující na psychiatrii možnost specializačního vzdělávání. Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů (NCO NZO) má akreditaci „Sestra pro péči v psychiatrii“ až do roku 2017 (ROZHODNUTÍ o udělení akreditace k uskutečnění teoretické části specializačního vzdělávacího programu, 2011). Ve sbírce předpisů jsou stanoveny úkony, které může sestra s psychiatrickou specializací vykonávat. Tyto úkony jsou dány ve vyhlášce č.55/2011 Sb. § 64 „Sestra pro péči v psychiatrii“ (příloha P III).

Centrum NCO NZO také pro sestry pořádá certifikované kurzy různého zaměření. Vzdělávací kurzy se zaměřením na psychickou stránku člověka pořádá vzdělávací institut „Centra pro rozvoj péče o duševní zdraví“.

2.2 Ošetřovatelská péče na psychiatrii

Ošetřovatelská péče na psychiatrii je velice individuální. Nesmírně záleží na diagnóze pacienta a od ní se následně odvíjí. Velice důležitá je potom komunikace s nemocnými. Dle Babiaková, Marková, Venglářová (2006, s. 87) by se sestra měla řídit podle určitých zásad v přístupu k psychicky nemocným. Nejprve je to **klidný a otevřený přístup**. Když jsou informace podávány přijatelnou formou a jsou dostačující je to bližší krok k důvěře pacienta. **Aktivizace** hospitalizovaného by měla být samozřejmostí v práci každé sestry. **Zachování společenských pravidel** je nezbytnou součástí. Každý má svá práva a zaslouží si, aby se k němu přistupovalo s důstojností. Obzvláště na režimových odděleních musí sestra **stanovit určitá pravidla** i ta, která se zdají být jasnými, aby později nedošlo k nedorozumění. Souhra a vztahy v pracovním kolektivu zdravotníků se mohou odrážet na pacienta, tedy zachování **kolegiálnosti ke členům týmu** je samozřejmostí. Hospitalizovaní jsou velmi často kontrolováni, jejich intimita je narušená a sociální kontakty omezené, mnohdy trpí nejistotou z důvodu nedostatku informací. Sestra by si to měla uvědomit a snažit se tak **ohleduplně** přistupovat k nemocným.

Zároveň by se měla sestra vyvarovat jednání, které není žádoucí a pacientovi rozhodně neprospívá. Jedná se o **ironické, nezdvěřilostní a bagatelizující** chování. Následkem takového jednání se prohlubuje nedůvěra mezi sestrou a pacientem. Udržování **soukromých vztahů s nemocnými** je nepřipustné, zdravotníci si musí zachovat zdravý odstup. **Neosobní vztah**, bez empatie a vlídného slova neprospívá žádnému nemocnému. Na pacienty se lehko přenáší **nervozita a neklid** zdravotníků. To samé platí o **negativním až agresivním** postoji, v případě slovního či tělesného napadení nemocného se jedná o závažné profesionální selhání. **Lhostejnost**, nezájem sestry o hospitalizované jedince, o práci může být projevem syndromu vyhoření. **Přehnaná péče** brzdí zaktivizování pacienta. Ten se postupem stává závislým na personálu a jeho návrat do společnosti je pak o to těžší (Babiaková, Marková, Venglářová 2006, s. 88).

2.3 Specifika práce sestry na psychiatrickém pracovišti

Specifikem psychiatrické sestry je především znalost příznaků duševních poruch. Jejich neznalost může vést k chybnému jednání. Každé onemocnění si vyžaduje specifický přístup. Sestra musí mít zvládnuté metody pro získávání anamnestických údajů. Jedná se

zejména o pozorování a rozhovor. Psychofarmaka, podávaná na psychiatrii, mají také spoustu svých specifíků (např. nástup účinku, apod.), tato specifika by měla sestra znát. Orientace v psychoterapii a neustálé vzdělávání je též nezbytné (Babiaková, Marková, Venglářová 2006, s. 57).

Kromě běžné náplně práce, která je prováděna na všech pracovištích, má sestra za úkol následující činnosti:

- *sleduje nemocné ohrožující sebe a okolí (spolupacienty, zdravotníky, rodinu apod.),*
- *podává psychofarmaka, zvláště dohlíží na jejich užití u pacientů s problematickým přístupem k léčbě, sleduje nástup účinku, symptomy předávkování,*
- *asistuje při specifických druzích léčby (elektrokonvulzivní terapie, spánková deprivace); připravuje nemocného a pečuje o něj po výkonech,*
- *podílí se na psychoterapeutických aktivitách,*
- *při sběru anamnestických dat hledá psychogenní a sociogenní příčiny duševních poruch,*
- *orientuje se v právní problematice (ochranná léčba, nedobrovolná hospitalizace),*
- *zapojuje se do resocializace nemocných,*
- *zaměřuje se na edukaci v oblasti duševního zdraví.*

(Babiaková, Marková, Venglářová 2006, s. 58)

Dalším výrazným specifíkem práce sestry je komunikace s pacienty. Sestry pracující na psychiatrii se velmi často setkávají s pacienty s agresivními a sebevražednými sklony. Pokládáme za nezbytné, aby sestry uměly s těmito jedinci komunikovat. Měly by znát vhodné metody jednání a správného přístupu, jako je postoj těla, tón řeči, naslouchání, empatie, apod. Proto do přílohy přidávám zásady komunikace s agresivním pacientem (příloha P IV) a zásady komunikace s pacientem se sebevražednými myšlenkami (příloha P V).

2.4 Osobnost sestry na psychiatrickém pracovišti

Aby sestra mohla úspěšně pracovat na psychiatrii, musí znát nejen odbornou stránku psychiatrie, ale i sama sebe. Měla by být schopna sebereflexe, umět uznat svoje chyby a příště se jich snažit vyvarovat. Měla by být citlivá, empatická k těžkostem nemocných. Je důleži-

té, aby se za každé situace dokázala ovládnout a byla schopna se odpoutat od vlastních zájmů a potřeb, neprojevovala antipatie ani sympatie. Musí umět rychle jednat a dokázat se pohotově rozhodnout, žádoucí vystupování sestry je její klidné chování, trpělivost, umění naslouchat a mít humánní přístup k nemocnému. Sestra by měla mít i určitý smysl pro humor, takový aby se dokázala smát spolu s pacientem, ne však jemu. Samozřejmostí je individualizovaný přístup k pacientům, sestra si proto nemůže „zaběhnout“ určitý stereotyp ve svých reakcích. Osobnostním předpokladem sestry je také určitá hodnotová orientace. Sestra by měla mít smysl pro povinnost a odpovědnost, být motivována, mít zájem o člověka i o práci. (Babiaková, Marková, Venglářová 2006, s. 57; Čerňanová, 2011, s. 20; Zacharová, Hermanová, Šrámková 2007, s. 63).

Pro práci na psychiatrii se zejména nehodí sestry náladové, psychastenické (takové, co nemají rády změny, v nečekaných situacích nejsou schopné jednat), schizotymní (nechápu nemocného se všemi jeho problémy), sestry citově chladné. Dále se pro práci s duševně nemocnými nehodí sestry podezřivé (vzniklé problémy převádějí samy na sebe, cítí se ukřivděně, vyvolávají konflikty), sestry přecitlivělé, hysterické či popudlivé (mající výbušný charakter) (Zacharová, Hermanová, Šrámková 2007, s. 68).

2.5 Etický kodex sester

Je to základní standard pro jednání sestry s nemocným, jeho rodinou, komunitou i veřejností. Etický kodex sester obsahuje obecná pravidla zdravotní péče, podle nichž by se sestra měla řídit (Zajišťování kvality ošetrovatelské péče: Etický kodex sester; Charty práv pacientů, 1998, s. 41).

Z hippokratovské tradice vycházejí čtyři etické principy. Princip nepoškození (nonmaleficence), který vystihuje známé „nezabiješ“. Princip dobřechinění (beneficence), který znamená předcházení poškození, podpora dobra a celkový prospěch nemocného. Princip autonomie, který vyjadřuje úctu k osobnosti nemocnému, zachování jeho nezávislosti. Princip spravedlnosti, který souvisí s výběrem zdravotních prostředků. (Vrublová, 2006, s. 14)

Tyto čtyři principy jsou zahrnuty v 9 etických normách.

Norma č. 1 → *Sestra si váží jedince jako jedinečné lidské bytosti s jeho hodnotou a důstojností bez ohledu na pohlaví, etnickou skupinu, rasu, kulturu, náboženství nebo ekonomické postavení.*

Norma č. 2 → *Sestra pomáhá jednotlivcům, rodinám i jiným skupinám a také společnostem dosahovat a udržovat optimální zdraví. (zjišťuje ošetrovatelskou anamnézu, potřeby, reakce, kulturní orientaci).*

Norma č. 3 → *Sestra podporuje prostředí bez nebezpečí, aby bylo možné dosáhnout vysoké úrovně celkové spokojenosti, zdraví, resp. uzdravení z nemoci.*

Norma č. 4 → *Sestra využívá vědecké poznatky jako základ pro rozhodování v ošetrovatelské praxi.*

Norma č. 5 → *Sestra vykonává vhodné zákroky a léčebné úkony, aby ulehčila přežití období nemoci, zotavení z onemocnění, nebo přispěla k důstojnému umírání.*

Norma č. 6 → *Sestra hodnotí účinnost poskytnuté péče na základě subjektivního a objektivního stavu pacienta a výsledků ošetrovatelského procesu.*

Norma č. 7 → *Sestra pomáhá klientům dosahovat a udržovat si rovnováhu mezi potřebami osobního růstu a optimálními funkcemi.*

Norma č. 8 → *Sestra odhaluje změny zdravotního stavu a odchylky od optimálního vývoje.*

Norma č. 9 → *Sestra je povinná soustavně se vzdělávat, zvyšovat svoji profesionální úroveň a přispívat k profesionálnímu růstu jiných.*

(Vrublová, 2006, s. 15 – 17).

3 PSYCHICKÁ ONEMOCNĚNÍ

Dříve se duševní zdraví označovalo jako stav bez psychické nemoci, ale díky rozvoji psychiatrie víme, že duševní zdraví úzce souvisí s tělesným zdravím i se sociální stránkou člověka (Praško a kol., 2011, s. 53).

Zdraví je dle světové zdravotnické organizace (World Health Organization, © 2003) definováno jako: *stav úplné fyzické, duševní a sociální pohody a ne pouze nepřítomnost nemoci či vady.*¹

3.1 Vznik psychických onemocnění

Etiologie psychických onemocnění není dobře známá. Jednou z možných příčin jsou **biologické** faktory. Sem můžeme zahrnout genetické (dispozice), vrozené (poškození embrya nebo plodu během těhotenství) či somatické faktory (infekce postihující mozek, endokrinní, srdeční, onkologická onemocnění, apod.). Další může být **fyzikální nebo chemická** příčina. Mezi fyzikální příčiny zahrnujeme úrazy hlavy, traumata prodělaná po porodu a mezi chemické pak hlavně intoxikace (průmyslové jedy, alkohol, drogy i léky). **Psychosociální** faktory mají velký vliv na vznik duševních poruch. V dětství může být negativním sociálním vlivem přístup rodičů k výchově svého dítěte (citová deprivace, nadměrná přísnost rodičů nebo naopak nepřiměřené rozmazlování), v dospělosti pak finanční či zdravotní problémy. Významově důležitá je situace mezi členy rodiny (vztah rodiče s dítětem, úmrtí, rozvod), a vliv prostředí ve škole nebo zaměstnání (šikana) (Slezáková a kol., 2007, s. 168; Praško a kol., 2011, s. 38, 41, 46, 47).

3.2 Prevence psychických onemocnění

Prevenci psychických onemocnění můžeme rozdělit na primární, sekundární a terciární. **Primární** prevence má za úkol snížit počet psychických nemocí a to tím, že budeme vést zdravý životní styl, jako je mít dostatek spánku, zdravou stravu, vhodné pracovní podmín-

¹ Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity.

ky, dodržovat pitný režim a životosprávu, umění relaxovat, snažit se zbytečně nestresovat. **Sekundární** prevencí rozumíme aktivní vyhledávání lidí s počínajícím psychickým problémem. Zahájení jejich léčby a tím včasného zachycení nemoci. Tuto prevencí může zajišťovat rodina nebo blízké okolí nemocného a zejména také sestry a praktičtí lékaři, kteří by měli včas rozpoznat počínající nemoc. Pro rozvoj psychické choroby je člověk nejvíce náchylný v nějakém stresovém období, jako je období po porodu, období klimakteria, odchod do důchodu, úmrtí v rodině, apod. Cílem **terciární** prevence je zmírnění následků již vzniklých poruch a zabránění jejich opakovanému vzplanutí. Každý člověk, u kterého se již projevila nějaká psychická nemoc, i když je nyní bez potíží, je dispenzarizován v psychiatrické ambulanci (Slezáková a kol., 2007, s. 168).

3.3 Stigma

Podle Höschla, Libigera a Švestky (2002, dle Babiaková, Marková, Venglářová 2006, s. 19) je *stigma znamení domnělé méněcennosti. Zdrojem stigmatizace může být viditelná vlastnost (deformita těla) nebo vlastnost neviditelná (příslušnost k určité skupině lidí).*

Stigma negativně ovlivňuje další rozvoj duševní choroby, snižuje sebevědomí. Mnozí z nemocných ani k lékaři nechtějí jít, mají strach, že budou společností odepsaní, mají strach, co na to řekne rodina, že ztratí zaměstnání i přátele. Bohužel i v dnešní době je tomu tak, že společnost spíše použije pojem „blázen“ než člověk s duševní nemocí. Někdy i rodina má strach, že bude-li jejich člen rodiny léčen na psychiatrii, tak to bude ostuda pro celou rodinu. Úspěšná léčba může ovlivnit míru stigmatizace (Praško, Látalová, 2013, s. 92; Babiaková, Marková, Venglářová 2006, s. 19).

Destigmatizace je důležitým, ale také těžkým úkolem. Pokud v této oblasti chceme změnu, tak musíme nejprve pochopit samotný proces stigmatizace a utváření stereotypu. Stereotyp nemocného je velmi dobře udržován v médiích, bohužel více negativně. Některé informace jsou pro laiky neúnosné, proto je třeba se zamyslet, jaké informace se do médií poskytují. Tím nemyslíme informace zatajovat, ale pouze je nepodávat jednostranně. Postoje lidí mohou být měněny edukací rodiny anebo samotnou rodinnou terapií. Existují také svépomocné skupiny, které pomáhají nemocným a jejich rodinám vyrovnat se s psychickými problémy i stigmatizací od okolí. Aby byla destigmatizace účinná je potřeba změnit postoj k duševně nemocným u profesionálů, to znamená provádět komplexnější výcviky nejen o ne-

příznivých projevech nemocí, ale i o samotných lidech a jejich začlenění do společnosti (Praško, Látalová, 2013, s. 99-101).

3.4 Vybraná psychická onemocnění

Světová zdravotnická organizace sestavila mezinárodní klasifikaci psychických poruch, které tvoří samostatnou část a jsou označeny písmenem F s dalšími až čtyřmi číslicemi. Klasifikace poruch je dána příznaky pacienta, dobou jejich trvání a popisem chování (Malá, Pavlovský, 2002, s. 43; Hosáková a kol., 2007, s. 7).

Vzhledem k tomu, že výčet psychických poruch je velmi obsáhlý, tak se v následující kapitole budu zabývat pouze vybranými nemocemi této problematiky.

3.4.1 Schizofrenní porucha – Schizofrenie

Schizofrenie se projevuje narušeným myšlením, vnímáním, jednáním, poruchou emotivity a vůle. Výskyt schizofrenie pokrývá asi 1 % populace, nezávisle na pohlaví. Příčina není známa, vliv mohou mít vnitřní i vnější faktory (Hosáková a kol., 2007, s. 40; Slezáková a kol., 2007, s. 194; Babiaková, Marková, Venglářová, 2006, s. 235).

Schizofrenie má různorodé příznaky. Můžeme je rozdělit na pozitivní – patologicky nadměrné projevy funkcí (bludy, halucinace,...) a negativní – tlumící projevy funkcí (apatie, zpomalení myšlení, sociální i emoční útlum,...) (Vágnerová, 2008, s. 336).

Schizofrenie se vyskytuje několik typů. Nejběžnějším typem je **paranoidní schizofrenie**. Hlavními příznaky jsou paranoidní bludy provázené halucinacemi (převážně sluchovými). Vznik **hebefrenní schizofrenie** je v období dospívání. Projevuje se nepředvídatelným a nezodpovědným chováním, nesouvislým verbálním projevem, bizarními zájmy. **Katatonní schizofrenii** dominují poruchy motoriky a hybnosti. Buď zvýšená (grimasování) nebo snížená motorická aktivita (stupor). Verbální projev a chování je často stereotypní. **Nediferencovaná schizofrenie** má příznaky různorodé, z různých typů schizofrenie. Chronickou formou je **reziduální schizofrenie**, nemocný se chová podivně, nedbá o sebe ani o okolí. Změnami chování, stažení člověka do sebe, oploštěním emotivity se projevuje **simplexní schizofrenie** (Češková, Svoboda, Kučerová, 2006, s. 185-186; Hosáková a kol., 2007, s. 42).

3.4.2 Afektivní porucha – Bipolární afektivní porucha

Projevuje se opakovaným střídáním manické a depresivní fáze. **Mánie** je charakterizována nepřiměřeně veselou náladou, aktivita člověka je nápadně zvýšená, potřeba spánku i příjmu jídla je tlumená. Má náhlé, někdy nesmyslné nápady, je velmi hovorný. **Deprese** následuje po stavu mánie. Nemocný má chorobně smutnou náladu, najednou nemá žádné zájmy, nic ho nebaví. Jeho pozornost je snížena, nedokáže se soustředit, často má suicidiální myšlenky. Fáze deprese je většinou delší a častěji se opakuje, mánie může proběhnout párkrát za život nebo i jen jednou. U těžších forem nemoci se mohou objevovat i bludy (Slezáková a kol., 2007, s. 176; Malá, Pavlovský, 2002, s. 64-65).

3.4.3 Organické duševní poruchy – Demence

Demence je skupina příznaků postihující mozek, může být způsobena řadou nemocí a různými faktory. Demence se kromě ztráty paměti a intelektu také projevuje jako změna v chování, emotivity, pozornosti i změny v osobnosti nemocného. Příčiny demence jsou různé. Vyvolat ji mohou úrazy, nádory hlavy, následek poškození cév (po CMP), toxické látky nebo degenerativní změny mozku (Alzheimerova demence) (Čerňanová, 2011, s. 60; Gililand, 2010).

Nejčastěji se vyskytuje **Alzheimerova demence**. Je to progredující, neurodegenerativní onemocnění. Mezi rizikové faktory patří věk (téměř 50 % výskyt u osob nad 85 let) a ženské pohlaví. Existují teorie, že nižší vzdělání (neprocvičování mozku), špatná životospráva či úrazy hlavy v anamnéze mohou mít vliv na vznik této nemoci. Příznaky se vyvíjí zpočátku plíživě, změny na mozku jsou nevratné. Nemocný trpí poruchami paměti, neschopnost rozhodovat se, poruchy orientace, změny v chování a jednání. V pokročilých stádiích pak neschopnost péče sám o sebe, halucinace, bludy, podezřívavost, ztráta sebeovládání (Gililand, 2010; Pidrman 2007, s. 34-35; Tyrliková, 2005, s. 213).

Pro diagnostiku je nutné provést více vyšetření. Od základní anamnézy až po zobrazovací metody jako je CT nebo MRI. Důležité je také psychiatrické vyšetření, zejména MMSE – Mini Mental State Examination (příloha P VI) nebo test kresby hodin. Léčba spočívá v samotné prevenci onemocnění – žít zdravý životní styl. Nezbytné je edukovat rodinu a snažit se nemocného co nejvíce zapojit do běžného života. Důležitý je i trénink paměti. Z farmakoterapie se užívají kognitiva, která zlepšují paměť i pozornost (Hosáková a kol., 2007, s. 20).

Druhou nejčastější demencí je **Vaskulární demence**. Projeví se, pokud je postižení nervového systému větší, než jaké dokáže mozek zkompenzovat. První příznaky demence se obvykle objeví do 3 měsíců od proběhlé cévní příhody. Mezi rizikové faktory pro vznik nemoci patří hypertenze, respirační insuficience, kouření, obezita (Pidrman 2007, s. 51).

3.4.4 Neurotická porucha – Obsedantně-kompulzivní porucha

Hlavním rysem jsou opakované vtíravé myšlenky a nutkavé činy. Vtíravými myšlenkami jsou nápady, představy nebo popudy, které znovu vstupují do mysli pacienta ve stále stejné formě. Nutkání se neustále opakuje, je neúčelné a mnohdy i pro samotného nemocného nepříjemné. Tato nutkání považuje za své vlastní, snaží se jim odolat, pokud se mu to podaří, zužuje jej úzkost, která se zhoršuje (Praško, Látalová, 2013, s. 506).

Nemoc nejčastěji vzniká postupně v mladém věku v průběhu adolescence až mladé dospělosti. Diagnostika je komplikovaná. Nutné je pečlivě rozlišit nemoc od ostatních úzkostných poruch nebo určit, zda není přítomno více těchto poruch společně. I pouhou zvýšenou pečlivost a přesnost některých jedinců musíme umět rozeznat od obsedantně-kompulzivní poruchy. Léčba může o více než polovinu snížit příznaky nemoci. Používají se anxiolytika, neuroleptika či elektrokonvulzivní terapie (Smolík, 2002, s. 271-272).

3.4.5 Specifické poruchy osobnosti

Lidé s poruchou osobnosti se projevují nepřiměřeným chováním a myšlením ve společnosti. Tato porucha má negativní vliv na nemocného i jeho okolí. Tyto poruchy můžeme specifikovat do několika druhů (Malá, Pavlovský, 2002, s. 80).

Paranoidní porucha osobnosti se projevuje nedůvěřivostí, podezíravostí (nejsou přítomny bludy). Vše si vztahuje na sebe, v běžných situacích cítí spiknutí, podraz své osoby. **Schizoidní porucha osobnosti** je charakterizována neschopností navazovat vztahy mezi lidmi. Jedná se spíše o samotářského člověka, uzavřeného do sebe, není schopen dávat najevo své pocity. **Disociální poruchou osobnosti** trpí jedinci, kteří jsou nezodpovědní, bezohlední. Jejich chování mnohdy překračuje společenské normy. Nemají žádný pocit viny, spíše naopak ji svádí na druhé. Rychle ztrácí trpělivost, což se může projevit až agresí. **Emočně nestabilní a hraniční porucha osobnosti** je specifikována emoční nestálostí. Rozlišujeme dva typy. Impulzivní typ se projevuje nekontrolovatelnou impulzivitou, má časté „výbuchy“ agrese. Při hraničním typu člověk prožívá pocity prázdnoty, má nízké sebevědomí,

uchyluje se k sebepoškozování. **Historiánská porucha osobnosti** byla dříve označována hysterickou psychopatií. Postižený se zabývá sám sebou, snaží se přitahovat pozornost okolí, přehnaně emočně se projevuje, hledá dobrodružství, intrikuje, manipuluje s lidmi a je labilní. **Anankastická porucha osobnosti** se nejčastěji projevuje v zaměstnání nebo domácnosti, a to přehnaným perfekcionismem a puntičkářstvím. Má nerozumné nároky na ostatní osoby. **Vyhýbavá porucha osobnosti** je typická pro osoby cítící se méněcenně, jsou přesvědčeni o svojí nešikovnosti, obávají se kritiky a tím zároveň trpí úzkostnými stavy. **Závislá porucha osobnosti** je taková porucha, že jedinec je závislý na ostatních, potřebuje, aby druzí za něho činili rozhodnutí, aby se o něj starali. Má strach, že jej všichni opustí. **Narcistická porucha osobnosti** se projevuje nebludnými velikášskými představami o svých schopnostech. Sebevědomí takovému člověku rozhodně nechybí, nedokáže se vcítit do druhých, má tendence každého poučovat, není schopen s kýmkoliv spolupracovat. Je také možné, že výše zmíněné poruchy se zkombinují, mluvíme potom o **smíšené poruše osobnosti**. (Hosáková a kol., 2007, s. 85-87; Češková, Svoboda, Kučerová, 2006, s. 258-259; Malá, Pavlovský, 2002, s. 80-81).

3.4.6 Poruchy příjmu potravy

Mezi poruchy příjmu potravy řadíme mentální anorexii a mentální bulimii. Častěji se vyskytují u žen, obvykle v období dospívání. Na jejich vzniku se podílí sociální faktory (nízké sebevědomí z důvodu vyšší váhy, popularizace štíhlosti), vztahy mezi rodinnými příslušníky (nedostatek emocí ze strany rodičů, negativní životní situace), osobnost člověka a genetické faktory (Čerňanová, 2011, s. 80).

Mentální anorexie se projevuje úmyslným snižováním váhy o víc než 15 % předpokládané váhy (BMI méně než 17,5) nebo udržováním podváhy. Nemocní mají pocit, že jsou obézní nebo mají z tloušťky strach, odmítají jídlo. Aby si udrželi svoji nízkou váhu, tak nadměrně cvičí, zvrací, užívají laxantiva či anorektika. Postupem času se začnou objevovat komplikace onemocnění. Psychicky jsou labilnější, trpí depresemi, po fyzické stránce jsou kachektičtí s bledou, suchou kůží. Mají lámavé nehty, vypadávání vlasů, u dívek vynechání menstruace. Při neléčení mentální anorexie může dojít k metabolickému rozvratu a ledvinovému selhání. *Mentální Bulimie je charakterizována opakovanými záchvaty přejídání velkým množstvím potravy.* Následně v důsledku výčitek svědomí se nemocní snaží opakovanými pokusy snížit svoji tělesnou hmotnost. Nejčastěji zvracením, zkoušením drastic-

kých diet či pomocí projímadel. Svoji nemoc si uvědomují, ale bojí se, že nebudou schopni přejít odolat. Jejich váha se mění. Můžou ji mít normální nebo nižší (Babiaková, Marková, Venglářová 2006, s. 287-288).

3.4.7 Poruchy vyvolané psychoaktivními látkami – užíváním alkoholu

Jako psychoaktivní označujeme látky, které mohou měnit psychický stav, obvykle subjektivně žádoucím způsobem (Vágnerová, 2008, s. 548).

Alkohol je nejčastěji užívanou látkou ve všech společenských vrstvách. Závislostí nebo nadužíváním alkoholu trpí přibližně 6-10 % populace. **Akutní intoxikace** vede k hovorosti, ztrátě zábran, euforii, lidé jsou uvolněnější. Těžší forma intoxikace často vede ke zhoršenému úsudku a agresivitě. Může vyústit poruchou vědomí s následkem úmrtí. Komplikací je vznik nehod, úrazy nebo spáchání kriminálních činů. **Patologická intoxikace** se projevuje u jedinců s nízkou tolerancí k alkoholu. Jedinec pocítuje extrémní vzrušenost s agresivitou a následně usne. Po probuzení má úplnou amnézii (Češková, Svoboda, Kučerová, 2006, s. 160-162).

Závislost poznáme, že postižený dává přednost alkoholu před ostatními činnostmi nehledě na společnost ani svoje zdraví. Má obrovskou touhu, užít alkohol, kterou nemůže překonat. Postupem se projevují psychické (deprese) a tělesné potíže (jaterní cirhóza, poškození GIT, ...) (Hosáková a kol., 2007, s. 32-33).

Odvykací stav není pro žádného závislého nic příjemného. Trpí bolestmi hlavy, nespavostí, tachykardií, nevolností, pocítuje třes a celkové pocení. Těžký odvykací stav je delirium tremens. Mimo výše uvedené příznaky se u závislého přechodně objevují halucinace, nejčastěji zrakové v podobě hmyzu nebo malých živočichů. Delirium tremens je závažný stav a může končit smrtí (Češková, Svoboda, Kučerová, 2006, s. 163).

3.5 Léčebné metody v psychiatrii

Léčbu psychicky nemocných můžeme rozdělit na biologickou, psychoterapeutickou a sociální.

Mezi biologickou léčbu v první řadě spadá **psychofarmakoterapie**. Jedná se o léky, které mají za úkol změnit psychický stav člověka. Z těch modernějších pak mají vliv na *specificky určité oblasti a struktury CNS* (Zvolský a kol., 2003, s. 120).

Dále je lze rozčlenit na anxiolytika - potlačující úzkost, antidepresiva – léčí příznaky deprese a patologicky pokleslé nálady, antipsychotika (neuroleptika) – příznivě ovlivňují myšlení, tlumí psychotické symptomy, hypnotika – *navozují spánek a v nižších dávkách sedaci*, tymoprofylaktika – stabilizují nálady, psychostimulancia – upravují nebo zvyšují bdělost a neuroprotektiva – *chrání neurony před poškozením, zvyšují jejich metabolismus a zlepšují průtok krve mozem* (nootropika, antioxidanty, vazodilatancia) (Slezáková a kol., 2007, s. 183).

Další biologickou metodou je **elektrokonvulzivní terapie**. Nejčastěji se používá v léčbě deprese a některých typů schizofrenie. *Elektrokonvulze se vyvolá aplikací střídavého proudu mezi dvěma elektrodami*. Pacient je před léčbou lačný se všemi potřebnými vyšetřeními (EKG, laboratorně, interně). Provádí se v anestezii, čímž je tento výkon zcela bezpečný. Obvykle se aplikuje 10-12 krát za sebou (2x-3x týdně) (Zvolský a kol., 2003, s. 129-130). **Léčba světlem – fototerapie** se využívá nejen k léčbě sezónních depresí. Principem je zharmonizovat biorytmy hormonů (melatoninu) (Slezáková a kol., 2007, s. 184). K urychlení a posílení účinků antidepresiv se využívá **spánková deprivace**. Nemocný se celou noc nebo od půlnoci do rána udržuje vzhůru (Češková, Svoboda, Kučerová, 2006, s. 73).

Psychoterapie má využití nejen léčebné, ale i preventivní u lidí všech věkových kategorií (Zvolský a kol., 2003, s. 134). Lze ji provádět individuálně nebo skupinově. Vede nemocného ke změně postoje k okolí i k sobě samému nebo se může zaměřovat na určité příznaky nemoci. Pacientovi i jeho rodině velice významně napomáhá tzv. rodinná terapie. Aktivizaci nemocného lze docílit komunitní psychoterapií (při hospitalizaci spolupráce na chodu oddělení). Mezi další formy psychoterapie můžeme zařadit muzikoterapii, arteterapii, psychodrama (hraní rolí), hypnózu, sugesci či relaxaci nebo autogenní trénink (Slezáková a kol., 2007, s. 183).

Sociální terapií rozumíme aktivizovat nemocné. Snažit se je naučit rozvrhnout čas v původním, známém prostředí, naučit je pracovní morálce a dochvilnosti, podporovat je v jejich rozhodnutích a pomoci jim s navazováním nových kontaktů. Na sociální terapii se převážně zaměřují denní stacionáře, chráněné dílny, socioterapeutické kluby (slouží zejména pro společenské vyžití), svépomocné skupiny nemocných a jejich příbuzných (spolupráce s rodinou) a další různá chráněná místa. V tomto prostředí si lidé zvyšují sebedůvěru, učí se vážit si sami sebe (Češková, Svoboda, Kučerová, 2006, s. 79).

II. PRAKTICKÁ ČÁST

4 METODIKA PRÁCE

4.1 Cíle práce

Byly stanoveny 4 cíle bakalářské práce:

1. Zjistit, zdali a jak se liší práce sestry na psychiatrickém a interním oddělení.
2. Zjistit zvláštnosti v přístupu sester k psychicky nemocným pacientům.
3. Zjistit, která onemocnění jsou nejčastějším důvodem k hospitalizaci nemocných na psychiatrickém oddělení.
4. Vytvořit přehled vzdělávání sester v oboru psychiatrie.

4.2 Metodika průzkumného šetření

K průzkumnému šetření bakalářské práce byla zvolena metoda dotazníkového šetření a metoda pozorování.

4.2.1 Dotazník

Dotazník je v podstatě standardizovaným souborem otázek, jež jsou předem připraveny na určitém formuláři. Výhodou dotazníku je jednoznačná formulace a možnost hromadného zpracování dat, nevýhodou pak může být nemožnost zpětného doplnění nebo upřesnění odpovědi či nízká návratnost dotazníků. (Kutnohorská, 2009, s. 41 - 42)

Použitý dotazník (příloha P VII) obsahuje celkem 23 otázek určených pro sestry pracující na psychiatrických pracovištích.

Formy položek v dotazníku

Otázky v dotazníkovém šetření jsou v uzavřené, otevřené i v polootevřené formě.

Uzavřené otázky, kdy si respondent zvolil odpověď již z předem určených možností, jsou otázky č. 1, 6, 7, 12, 13, 14, 20, 22.

Otevřené otázky, kdy si respondent mohl zvolit svoji vlastní odpověď, jsou otázky č. 16, 18, 19, 23.

Polootevřené otázky, kdy si respondent zvolil z předem daných možností a upřesnil odpověď svými vlastními slovy nebo svoji odpověď zcela doplnil, jsou otázky č. 2, 3, 4, 5, 8, 9, 10, 11, 15, 17, 21.

Položky vztahující se k cílům práce

Položka č. 8 se vztahuje k cíli číslo jedna a zjišťuje odlišnost práce sester na psychiatrickém a interním oddělení.

Položky č. 15, 16, 17, 18 a 19 se vztahují k cíli č. 2 a zkoumají zvláštnosti přístupu sester k psychicky nemocným pacientům.

Položka č. 11 se vztahuje k cíli č. 3 a má za úkol zjistit, které onemocnění je nejčastější indikací k přijetí na psychiatrické oddělení.

Položky č. 2, 3, 4 a 9 se vztahují k cíli č. 4 a snaží se zjistit způsob vzdělávání sester v oboru psychiatrie.

4.2.2 Pozorování

Metoda pozorování je záměrné, cílevědomé a systematické sledování určitých jevů spojené s registrací charakteristických údajů. Úspěšnost pozorování je závislá na stupni informovanosti o sledované problematice, na schopnostech pozorovatele a na jeho pomůckách. Před pozorováním musíme zvážit to, co, jak a kdy se bude pozorovat a jak se budou zaznamenávat výsledky (Kutnohorská, 2009, s. 35).

Skryté pozorování bylo zaznamenáváno na pozorovací arch (příloha P VIII). Uskutečněno bylo na psychiatrickém a interním pracovišti. Pozorováno bylo 12 položek zaměřených na 1 a 2 cíl.

4.3 Charakteristika zkoumaného vzorku

Zkoumaný vzorek respondentů tvořily registrované sestry pracující na čtyřech různých psychiatrických pracovištích.

Pozorování bylo uskutečněno u šesti sester pracujících na psychiatrickém pracovišti a u šesti pracujících na interním pracovišti.

4.4 Organizace šetření

Dotazník byl vytvořen v průběhu měsíce ledna a února 2014, po vytvoření byl proveden předvýzkum u čtyř studentek 3. ročníku oboru Všeobecná sestra. Následně byly elektronickou poštou osloveny hlavní sestry/náměstkyně ošetrovatelské péče, zda je možné v jejich zařízení provést dotazníkové šetření. Po odsouhlasení byly dotazníky odeslány poštou do příslušné nemocnice. Dotazníky byly celkem odeslány na čtyři různá psychiatrická pracoviště. Odeslány byly v období měsíců únor - březen 2014. Dotazníky byly na pracovištích ponechány 2 – 3 týdny, následně je hlavní sestra/náměstkyně ošetrovatelské péče odeslala poštou zpět na předem uvedenou adresu. Celkem bylo odesláno 120 dotazníků, návratnost byla 105 dotazníků, tedy 87,5 %, jeden dotazník byl však vyřazen ze šetření. Ke zpracování výsledků bylo tedy použito celkem 104 dotazníků, což je 86,67 %.

Pozorování bylo prováděno v prosinci 2013 na psychiatrickém pracovišti a v měsíci březnu 2014 na interním oddělení. Metoda pozorování byla na každém z pracovišť uskutečněna v průběhu tří dnů, vždy u dvou, ten den sloužících sester. Pozorování bylo skryté, sestry tedy o pozorování nevěděly a to z důvodu objektivnosti průzkumu. Vypozorované skutečnosti byly zaznamenány do pozorovacího archu. Byly stanoveny podmínky, že pozorování bude probíhat na dvou pracovištích a bude probíhat po dobu 3 dnů na denní služby (tj. od 6:00 do 18:00 na interním oddělení a od 7:00 do 19:00 na psychiatrickém oddělení). Každý pozorovací den budou pozorovány 2 sestry.

4.5 Zpracování výsledků šetření

Většina respondentů odpověděla na všechny otázky. Zpracovány byly i dotazníky, které nebyly plně vyplněny a to z důvodu zajímavosti jejich výsledků. Celkem tedy bylo zpracováno 104 dotazníků. Zpracování přijatých dotazníků probíhalo ručně do záznamového archu. Následně byla výsledná data znázorněna pomocí tabulek s relativní a absolutní četností a většina položek byla doplněna grafem s relativní četností. Graficky nebyla znázorněna jedna položka, a to položka č. 11, protože toto grafické znázornění nebylo přehledné. Tabulky a grafy byly zpracovány pomocí programu Microsoft Excel.

Absolutní četnost (n_i) znázorňuje celkový počet respondentů, kteří odpověděli na danou otázku stejně, pokud není uvedeno jinak.

Relativní četnost (f_i) je vyjádřena v procentech, poměrem příslušné četnosti absolutní a celkového rozsahu souboru. (Bartlová, Sadílek, Tóthová, 2005, s. 90)

Pozorovací archy byly vyplňovány ihned po skončení pracovní směny na daném pracovišti. Následně pak jednotlivé vypořizované skutečnosti byly přepisovány do počítače. Vždy je uveden den a místo pozorování, pozorovaný jev a pozorovaná sestra. Jsou použity zkratky Sp1 – Sp6, což označuje sestry 1 - 6, pracující na psychiatrickém pracovišti a zkratky Si1 – Si6, což označuje sestry 1 – 6, pracující na interním pracovišti.

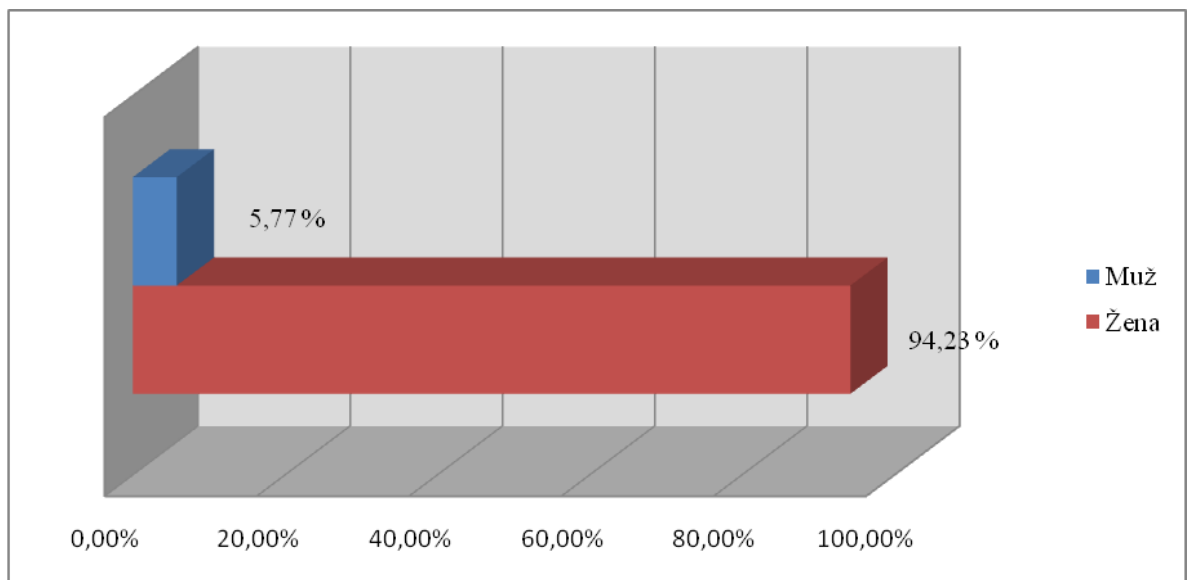
5 VÝSLEDKY PRŮZKUMU

5.1 Výsledky získané pomocí dotazníkového šetření

Otázka č. 1 - Jste:

Tabulka 1: Pohlaví

Možnosti	n_i	f_i
Žena	98	94,23 %
Muž	6	5,77 %
Celkem	104	100 %



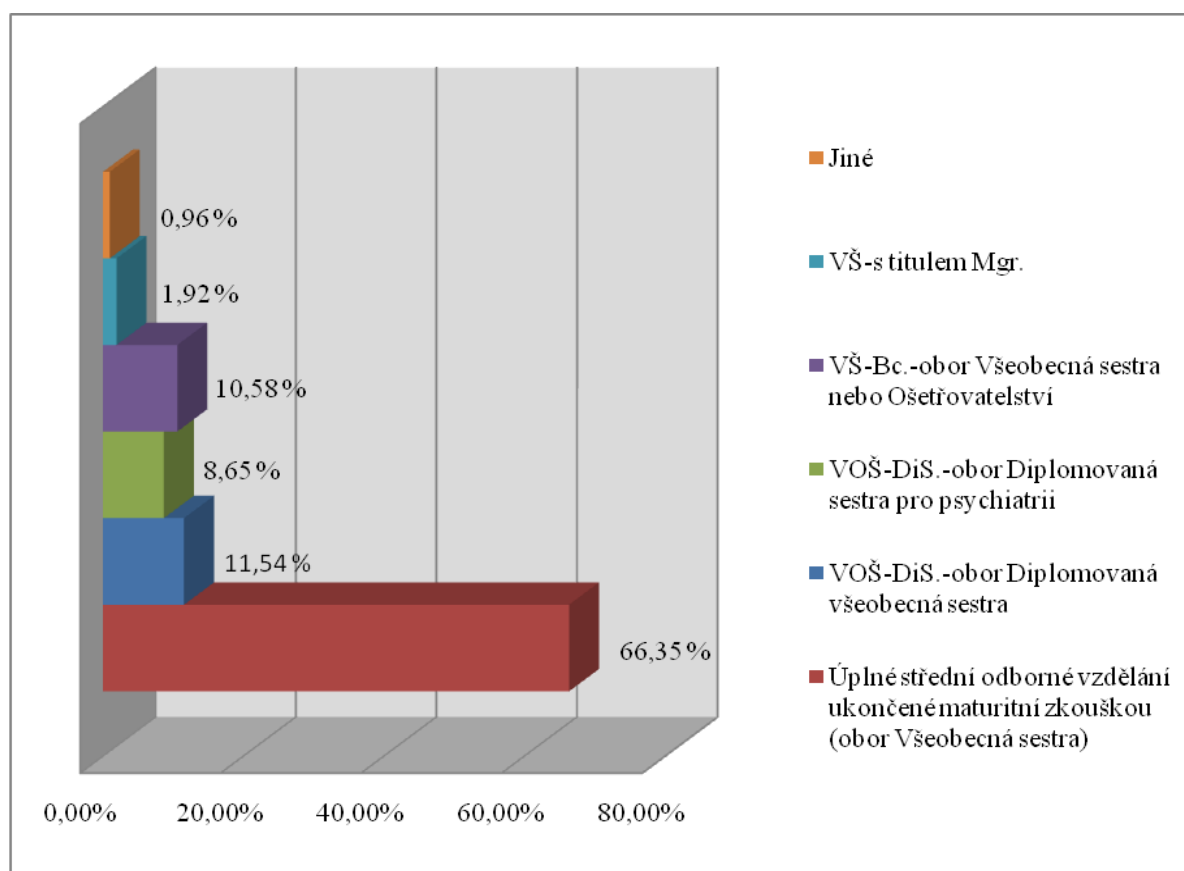
Graf 1: Pohlaví

Dotazníkového šetření se zúčastnilo 98 žen, což je 94% zastoupení a 6 mužů, což je 6% zastoupení.

Otázka č. 2 → Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

Tabulka 2: Nejvýše dosažené vzdělání

Možnosti	n_i	f_i
Úplné střední odborné vzdělání ukončené maturitní zkouškou (obor Všeobecná sestra)	69	66,35 %
VOŠ-DiS.-obor Diplomovaná všeobecná sestra	12	11,54 %
VOŠ-DiS.-obor Diplomovaná sestra pro psychiatrii	9	8,65 %
VŠ-Bc.-obor Všeobecná sestra nebo Ošetřovatelství	11	10,58 %
VŠ-s titulem Mgr.	2	1,92 %
Jiné	1	0,96 %
Celkem	104	100,00 %



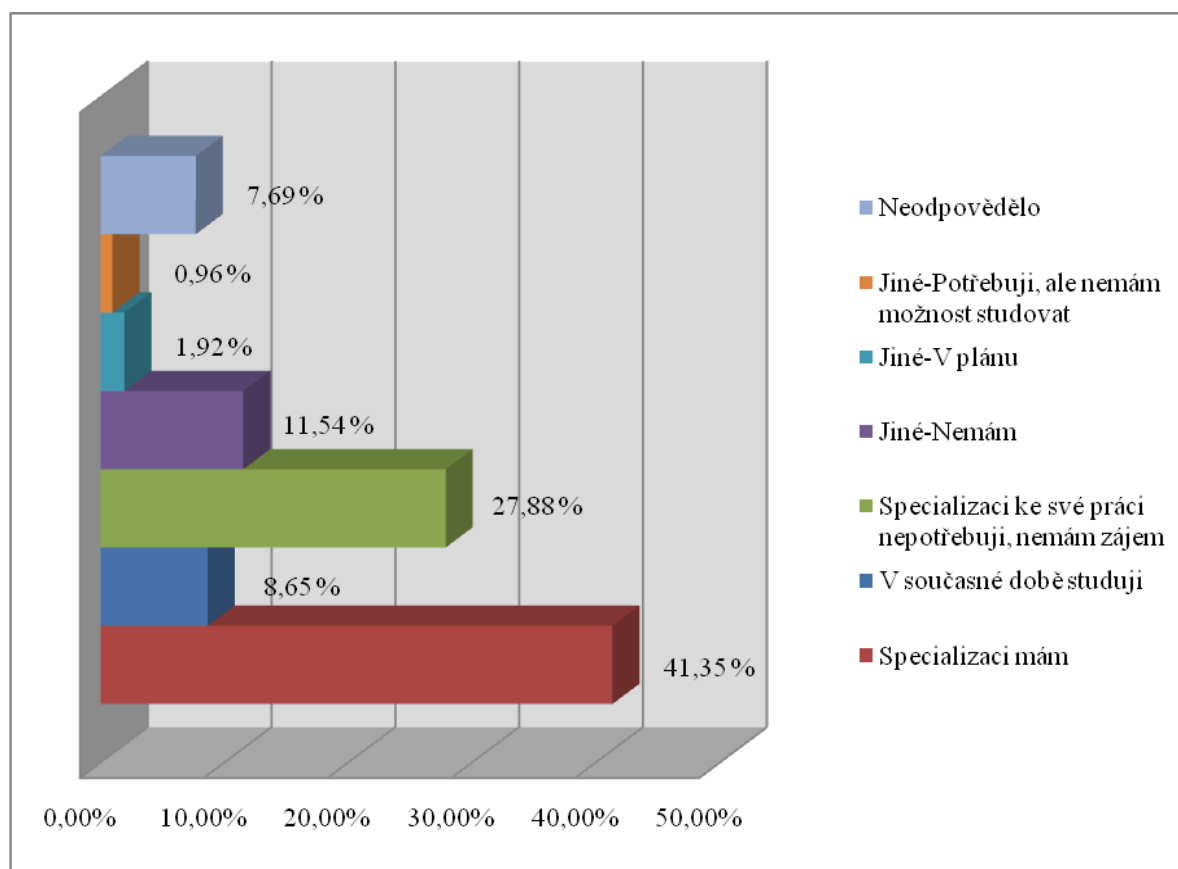
Graf 2: Nejvýše dosažené vzdělání

Z odpovědí vyplynulo, že nejvíce sester pracujících na psychiatrickém pracovišti (66 %, 69 sester) má nejvýše dosažené vzdělání středoškolské s maturitou (obor Všeobecná sestra). Vyšší odbornou školu má vystudovanou 21 % (21) dotázaných, z toho 9 % (9) ze všech sester absolvovalo obor „Diplomovaná sestra pro psychiatrii“. Bakalářské studium oboru „Všeobecná sestra“ nebo „Ošetrovatelství“ dokončilo 11 % (11) sester, magisterské studium pak 2 % (2). Možnost „Jiné“ označila jedna sestra (1%), doplnila jako své nejvýše dosažené vzdělání bakalářský obor „Aplikovaná tělesná výchova“.

Otázka č. 3 → Máte specializaci?

Tabulka 3: Specializace

Možnosti	n_i	f_i
Specializaci mám	43	41,35 %
V současné době studuji	9	8,65 %
Specializaci ke své práci nepotřebuji, nemám zájem	29	27,88 %
Jiné-Nemám	12	11,54 %
Jiné-V plánu	2	1,92 %
Jiné-Potřebuji, ale nemám možnost studovat	1	0,96 %
Neodpovědělo	8	7,69 %
Celkem	104	100,00 %



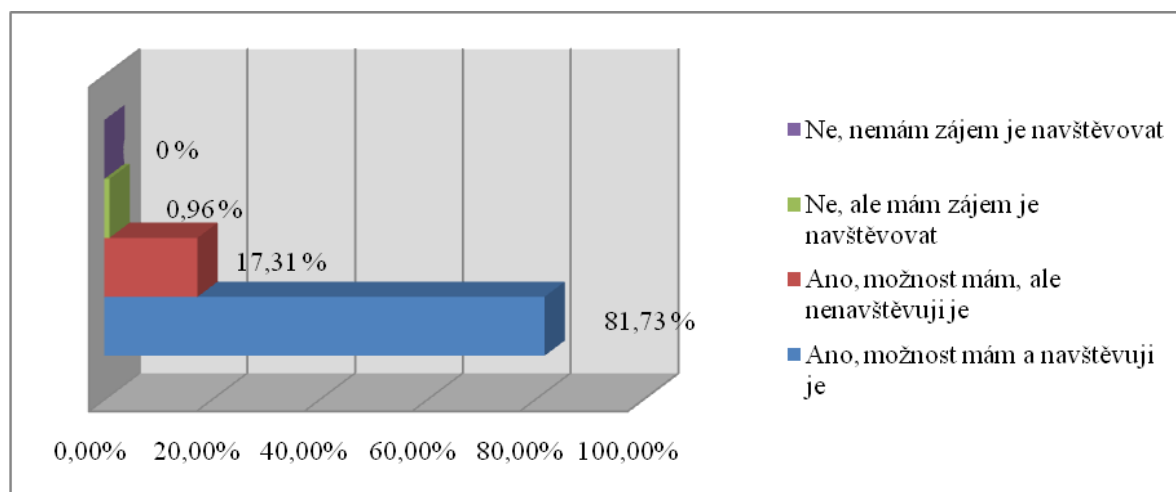
Graf 3: Specializace

Z celkového počtu 104 respondentů odpovědělo na tuto otázku 92 % (96) sester. Z grafu vyplývá, že skoro polovina sester 41 % (43), které odpověděly, má specializaci. Nejčastěji to pak je specializace v oboru psychiatrie, v menším zastoupení geriatric, adiktologie, absolvovaný psychoterapeutický výcvik či specializace jako obvodní sestra. Specializaci nepotřebuje nebo o ni nemá zájem 28 % (29) sester. Do položky „jiné“ uvedlo 12 % (12) respondentů, že specializaci nemají. V současné době specializaci studuje 9 % (9) sester. Nejvíce z nich psychiatrickou specializaci u NCO NZO Brno. Specializaci plánují 2 % (2) respondentů. Jedna respondentka (1%) doplnila, že specializaci potřebuje, ale nemá možnost ji studovat. Zbýlých 8 % respondentů na tuto otázku neodpovědělo.

Otázka č. 4 → Máte možnost navštěvovat vzdělávací akce? (Workshopy, přednášky, semináře, ...)

Tabulka 4: Možnost navštěvování vzdělávacích akcí

Možnosti	n_i	f_i
Ano, možnost mám a navštěvuji je	85	81,73 %
Ano, možnost mám, ale nenavštěvuji je	18	17,31 %
Ne, ale mám zájem je navštěvovat	1	0,96 %
Ne, nemám zájem je navštěvovat	0	0,00 %
Celkem	104	100,00 %



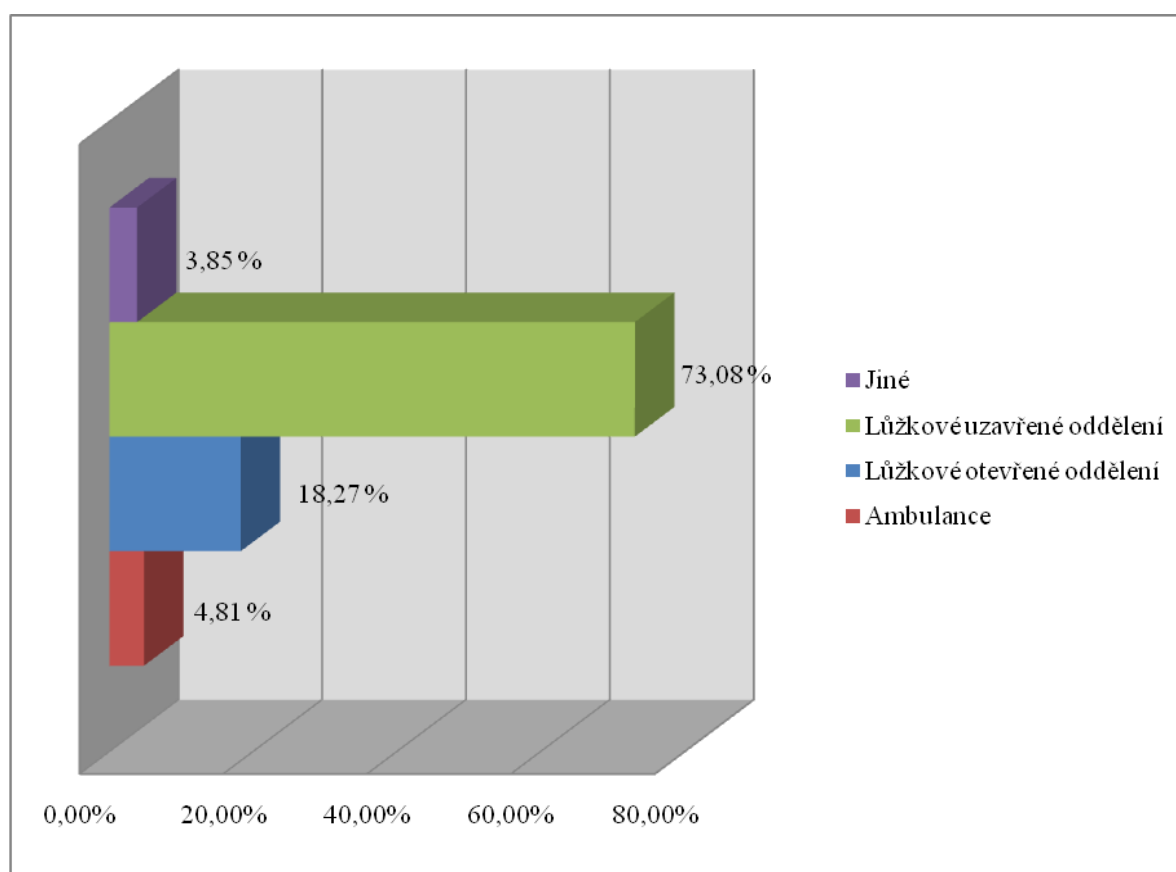
Graf 4: Možnost navštěvování vzdělávacích akcí

Průzkum ukázal, že 82 % (85) respondentů má možnost navštěvovat vzdělávací akce a navštěvuje je. Nejčastěji to jsou semináře zaměřené na problematiku psychiatrie nebo se všeobecným zaměřením. Možnost navštěvovat vzdělávacích akce, ale nenavštěvuje je, 17 % (18) sester. Pouze 1 sestra (1 %) uvedla, že nemá možnost navštěvovat tyto akce, ale měla by o ně zájem. Ne nemám možnost a nemám ani zájem neodpověděl nikdo z dotázaných.

Otázka č. 5 → Na jakém typu pracoviště pracujete?

Tabulka 5: Typ pracoviště

Možnosti	n_i	f_i
Ambulance	5	4,81 %
Lůžkové otevřené oddělení	19	18,27 %
Lůžkové uzavřené oddělení	76	73,08 %
Jiné	4	3,85 %
Celkem	104	100,00 %



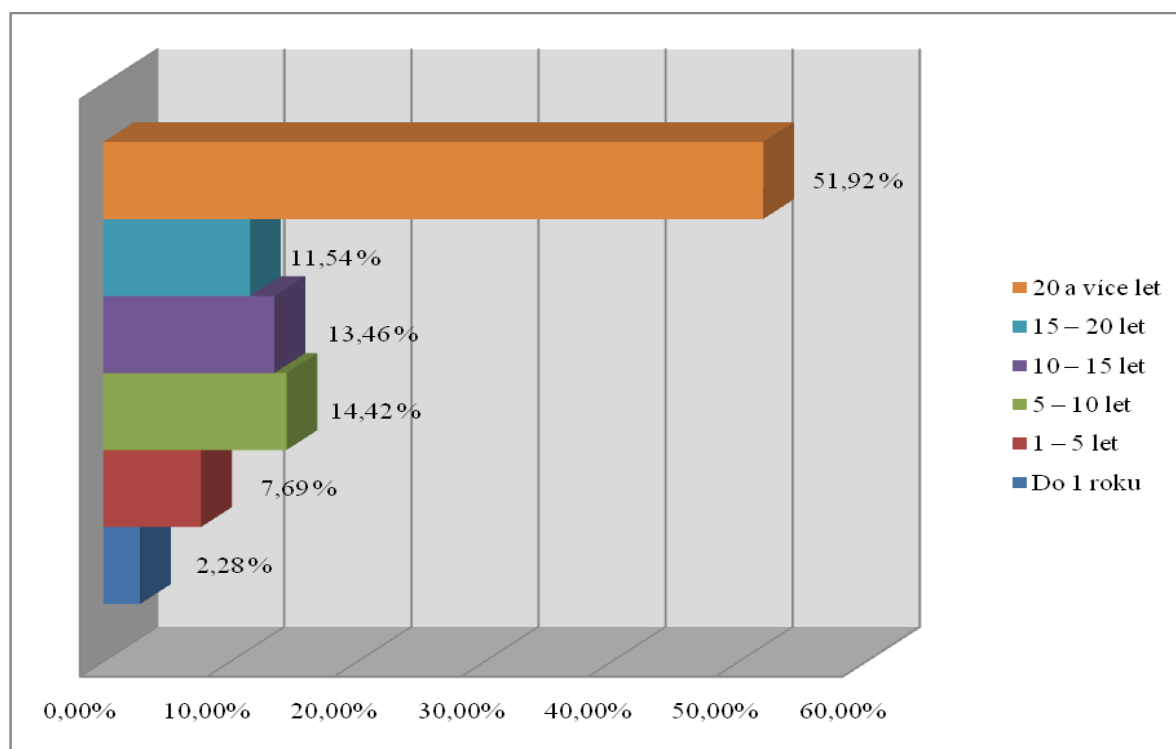
Graf 5: Typ pracoviště

Z celkového počtu 104 respondentů pracuje 73 % (76) na lůžkovém uzavřeném oddělení, 18 % (19) na lůžkovém otevřeném oddělení, 5 % (5) na ambulanci a zbylá 4 % (4) jsou respondenti pracující na lůžkovém uzavřeném i otevřeném oddělení (3 %) a respondenti pracující na ambulanci i na lůžkovém oddělení (1 %).

Otázka č. 6 → Jaká je celková délka Vaší odborné praxe?

Tabulka 6: Celková délka praxe

Možnosti	n_i	f_i
Do 1 roku	3	2,88 %
1 – 5 let	8	7,69 %
5 – 10 let	15	14,42 %
10 – 15 let	14	13,46 %
15 – 20 let	12	11,54 %
20 a více let	54	51,92 %
Celkem	104	100,00 %



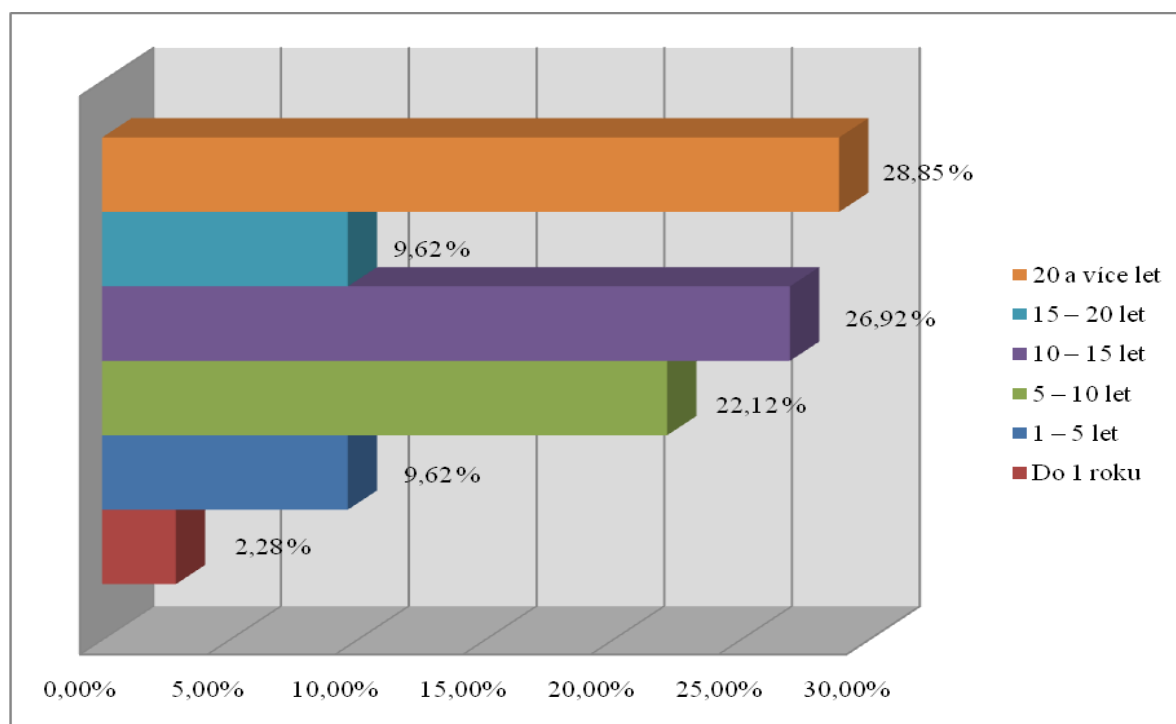
Graf 6: Celková délka praxe

Podle průzkumu je ze 104 respondentů více než polovina 52 % (54 sester) s celkovou délkou praxe 20 a více let, 14 % (15) s celkovou délkou praxe 5 – 10 let, 14 % (14) s celkovou délkou praxe 10 – 15 let, 12 % (12) s celkovou délkou praxe 15 – 20 let. Celková praxe 1 – 5 let je zastoupena 8 % (8) respondentů. Celkovou praxi do 1 roku má 3 % (3) sester.

Otázka č. 7 → Z Vaší celkové praxe uveďte prosím délku praxe na psychiatrických pracovištích?

Tabulka 7: Délka praxe na psychiatrických pracovištích

Možnosti	n_i	f_i
Do 1 roku	3	2,88 %
1 – 5 let	10	9,62 %
5 – 10 let	23	22,12 %
10 – 15 let	28	26,92 %
15 – 20 let	10	9,62 %
20 a více let	30	28,85 %
Celkem	104	100,00 %



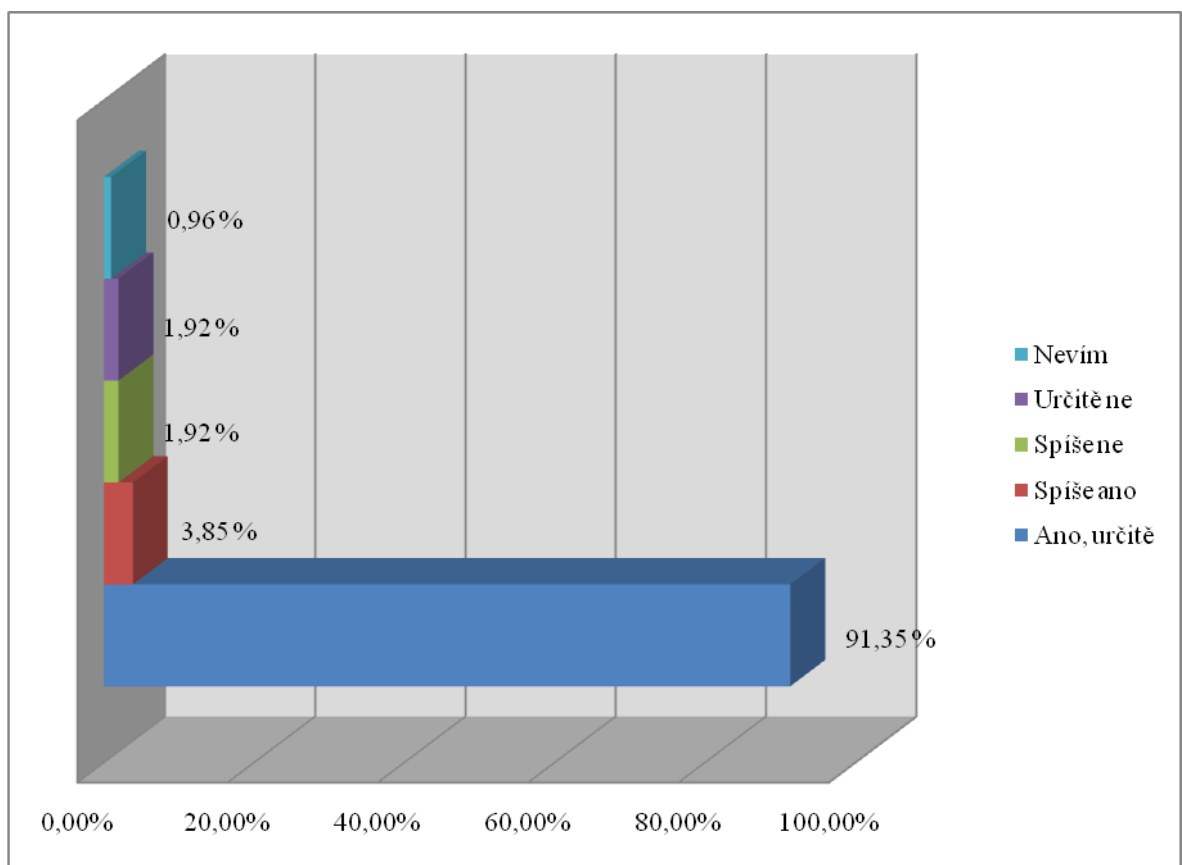
Graf 7: Délka praxe na psychiatrických pracovištích

Ze 104 respondentů jich 29 % (30) pracuje na psychiatrických pracovištích již více než 20 let. 10 – 15 let jich 27 % (28) pracuje na psychiatrii, 22 % (23) sester pečuje o psychicky nemocné 5 – 10 let, 10 % (10) pracuje na psychiatrickém pracovišti 1 – 5 let, dalších 10 % (10) pak 15 – 20 let. Do 1 roku praxe na psychiatrii jsou zastoupeni 3 % (3) respondentů.

Otázka č. 8 → Liší se podle Vás práce sestry na standardním oddělení v nemocnici a na psychiatrii?

Tabulka 8: Odlišnost psychiatrického pracoviště

Možnosti	n_i	f_i
Ano, určitě	95	91,35 %
Spíše ano	4	3,85 %
Spíše ne	2	1,92 %
Určitě ne	2	1,92 %
Nevím	1	0,96 %
Celkem	104	100,00 %



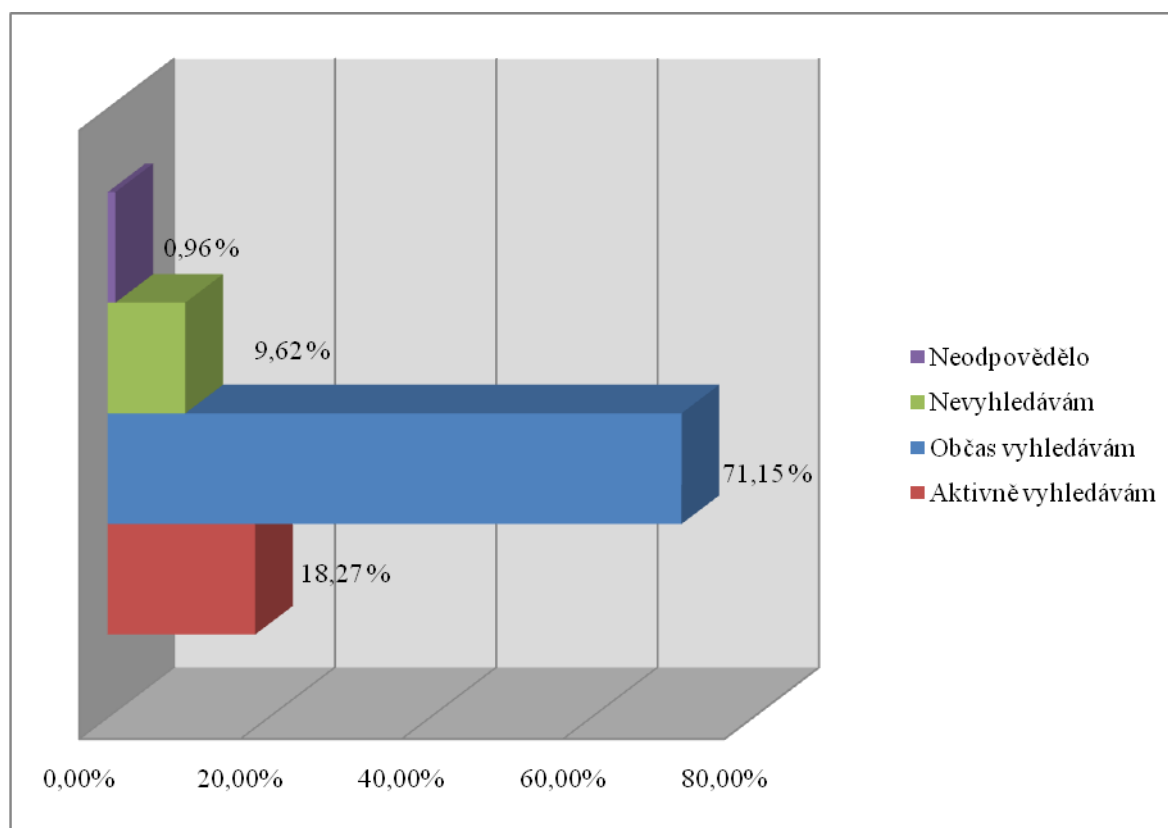
Graf 8: Odlišnost psychiatrického pracoviště

Jednoznačně z grafu vyplývá, že práce sestry na standardním oddělení a psychiatrickém oddělení se liší. Ano, určitě odpovědělo 91 % (95) respondentů z celkového počtu 104. Možnost spíše ano zvolilo 4 % (4) z dotázaných. Dle názorů sester bylo zjištěno, že se práce na psychiatrii od standardních oddělení v nemocnici odlišuje zejména v komunikaci s pacientem, přístupem k němu, v podávání léků či vyšší psychickou zátěží sestry. 14 z nich odpovědělo: „Ve všem“. Jako odlišnost na psychiatrickém pracovišti bylo také uváděno: „zvýšená opatrnost“, „dobré pozorovací schopnosti a empatie“, „umění předvídat i naslouchat“, „neustálý kontakt s pacienty“, „dlouhodobá péče“, specifické psychické problémy“, „nepředvídatelní pacienti“, „méně odborných výkonů“, „denní režim“. Po 2 % (po 2 sestrách) byla otázka zodpovězena Spíše ne a Určitě ne. Jedna z těchto sester uvedla: „Určitě ne, sestra musí znát, umět, chtít dělat dobře“. Nevím označil pouze 1 respondent (1 %).

Otázka č. 9 → Vyhledáváte novinky z oboru psychiatrie? (Odborné časopisy, ošetrovatelské databáze nebo odborné články na internetu zaměřené na zdravotnictví).

Tabulka 9: Vyhledávání novinek z oboru psychiatrie

Možnosti	n_i	f_i
Aktivně vyhledávám	19	18,27 %
Občas vyhledávám	74	71,15 %
Nevyhledávám	10	9,62 %
Neodpovědělo	1	0,96 %
Celkem	104	100,00 %



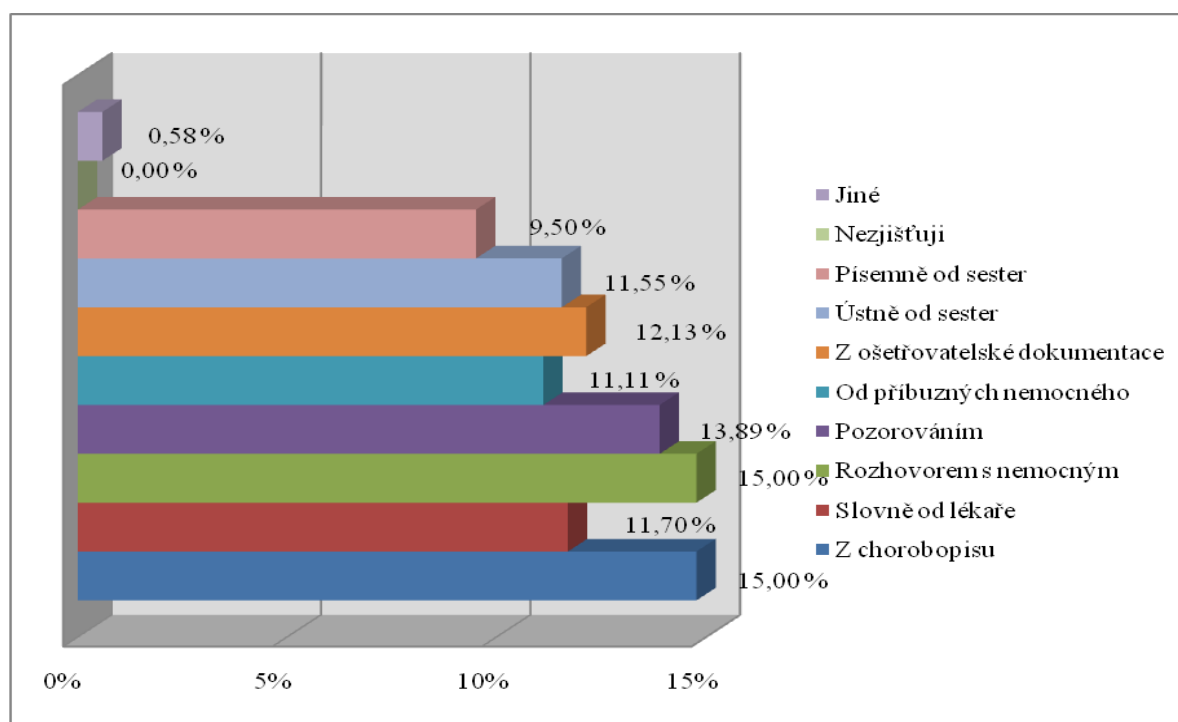
Graf 9: Vyhledávání novinek z oboru psychiatrie

Novinky z oboru psychiatrie v 71 % (74) vyhledávají sestry občas, aktivně je vyhledává 18 % (19) sester. Nejčastěji používaným zdrojem informací je internet, dále pak odborné časopisy jako je „Sestra“ nebo časopis „Psychiatrie“. Překvapivě 10 % (10) ze 104 sester nevyhledává žádné novinky z oboru psychiatrie. 1 respondentka na otázku neodpověděla.

Otázka č. 10 → Jak zjišťujete informace o nemocných?

Tabulka 10: Zjišťování informací o nemocných

Možnosti	n_i	f_i
Z chorobopisu	101	15,00 %
Slovně od lékaře	80	11,70 %
Rozhovorem s nemocným	101	15,00 %
Pozorováním	95	13,89 %
Od příbuzných nemocného	76	11,11 %
Z ošetrovatelské dokumentace	83	12,13 %
Ústně od sester	79	11,55 %
Písemně od sester	65	9,50 %
Nezjišťuji	0	0,00 %
Jiné	4	0,58 %
Celkem	684	100,00 %



Graf 10: Zjišťování informací o nemocných

V otázce č. 10 bylo možno zvolit více odpovědí, tedy v této položce se absolutní četnost (n_i) rovná celkovému počtu odpovědí. Podle grafického znázornění je zřejmé, že 15 % (101) respondentů zjišťuje informace o nemocných z chorobopisu a pomocí rozhovoru s nemocným. Pozorováním pacienta zjišťuje informace 14 % (95) z dotázaných, 12 % (83) z ošetrovatelské dokumentace. Slovně od lékaře zjišťuje informace 12 % (80) sester, ústně od ostatních sester 12 % (79), rozhovorem s příbuznými pacienta pak 11 % (76). Z písemných záznamů ostatních sester informace získá 10 % (65) respondentů, 1 % (4) z dotázaných zjišťují informace jiným způsobem jako je například pacientova tvorba na ergoterapii.

Otázka č. 11 → Jaká onemocnění jsou nejčastějším důvodem k hospitalizaci?

Tabulka 11: Onemocnění jako důvod hospitalizace, část 1

Onemocnění část 1	1		2		3		4		5	
	n _i	f _i %	n _i	f _i %	n _i	f _i %	n _i	f _i %	n _i	f _i %
Onemocnění vyvolané psychoaktivními látkami (alkohol, drogy, ...)	15	14,42 %	11	10,58 %	20	19,23 %	5	4,81 %	12	11,54 %
Schizofrenní poruchy	22	21,15 %	26	25,00 %	15	14,42 %	8	7,69 %	7	6,73 %
Afektivní poruchy (manická fáze, depresivní fáze, ...)	15	14,42 %	33	31,73 %	14	13,46 %	14	13,46 %	4	3,85 %
Neurotické poruchy (fobie, obsedantně-kompulzivní porucha, ...)	14	13,46 %	1	0,96 %	7	6,73 %	26	25,00 %	11	10,58 %
Poruchy příjmu potravy	0	0,00 %	1	0,96 %	6	5,77 %	2	1,92 %	2	1,92 %
Poruchy osobnosti a chování (psychopatie, poruchy pohlavní identity,...)	2	1,92 %	4	3,85 %	11	10,58 %	12	11,54 %	24	23,08 %
Mentální retardace	1	0,96 %	2	1,92 %	0	0,00 %	0	0,00 %	3	2,88 %
Organické duševní poruchy (demence,...)	14	13,46 %	4	3,85 %	7	6,73 %	6	5,77 %	7	6,73 %
Poruchy spánku	0	0,00 %	1	0,96 %	3	2,88 %	10	9,62 %	13	12,50 %
Jiné	0	0,00 %	0	0,00 %	0	0,00 %	0	0,00 %	0	0,00 %
Neodpovědělo	21	20,19 %	21	20,19 %	21	20,19 %	21	20,19 %	21	20,19 %
Celkem	104	100 %	104	100 %	104	100 %	104	100 %	104	100 %

Tabulka 12: Onemocnění jako důvod hospitalizace, část 2

Onemocnění část 2	6		7		8		9		10	
	n _i	f _i %	n _i	f _i %	n _i	f _i %	n _i	f _i %	n _i	f _i %
Onemocnění vyvolané psychoaktivními látkami (alkohol, drogy,...)	8	7,69 %	4	3,85 %	2	1,92 %	2	1,92 %	0	0,00 %
Schizofrenní poruchy	2	1,92 %	1	0,96 %	0	0,00 %	1	0,96 %	0	0,00 %
Afektivní poruchy (manická fáze, depresivní fáze, ...)	4	3,85 %	0	0,00 %	0	0,00 %	0	0,00 %	0	0,00 %
Neurotické poruchy (fobie, obsedantně-kompulzivní porucha, ...)	16	15,38 %	8	7,69 %	0	0,00 %	1	0,96 %	0	0,00 %
Poruchy příjmu potravy	5	4,81 %	19	18,27 %	34	32,69 %	19	18,27 %	0	0,00 %
Poruchy osobnosti a chování (psychopatie, poruchy pohlavní identity, ...)	18	17,31 %	7	6,73 %	1	0,96 %	2	1,92 %	0	0,00 %
Mentální retardace	9	8,65 %	13	12,50 %	23	22,12 %	24	23,08 %	0	0,00 %
Organické duševní poruchy (demence, ...)	9	8,65 %	13	12,50 %	11	10,58 %	15	14,42 %	0	0,00 %
Poruchy spánku	12	11,54 %	18	17,31 %	12	11,54 %	19	18,27 %	0	0,00 %
Jiné	0	0,00 %	0	0,00 %	0	0,00 %	0	0,00 %	83	79,81 %
Neodpovědělo	21	20,19 %	21	20,19 %	21	20,19 %	21	20,19 %	21	20,19 %
Celkem	104	100 %	104	100 %	104	100 %	104	100 %	104	100 %

V otázce č. 11 měli respondenti k daným druhům onemocnění přiřadit čísla od 1 do 10, přičemž 1 byl nejčastější důvod hospitalizace a 10 nejméně častý důvod. Pro lepší přehlednost byla tabulka rozdělena na dvě části, přičemž v první části tabulky můžeme zhodnotit, která onemocnění jsou častějším důvodem k hospitalizaci a ve druhé části lze zhodnotit ta onemocnění, která mají nejméně častý důvod k hospitalizaci. Výsledky odpovídají názorům sester, z pohledu jejich vědomostí a praxe na psychiatrickém pracovišti.

Dle tabulky bylo zjištěno, že 21 % (22) sester si myslí, že nejčastějším důvodem pro hospitalizaci jsou schizofrenní poruchy, 14 % (15) jako nejčastější důvod označilo onemocnění vyvolané psychoaktivními látkami a 14 % (15) uvedlo afektivní poruchy.

Jako druhá nejčastější onemocnění, která jsou důvodem k hospitalizaci, byly ze 32 % (33) uváděny afektivní poruchy, z 25 % (26) schizofrenní poruchy a z 11 % (11) onemocnění vyvolaná psychoaktivními látkami.

V pořadí třetím nejčastějším důvodem byly z 19 % (20) označeny onemocnění vyvolané psychoaktivními látkami, ze 14 % (15) schizofrenní poruchy a ze 14 % (14) afektivní poruchy.

Z tabulky tedy vyplývá, že nejčastějším důvodem k hospitalizaci jsou onemocnění vyvolané psychoaktivními látkami, schizofrenní poruchy a afektivní poruchy.

Nejméně časté byly na desáté pozici uváděny jiné psychické nemoci, uvedlo tak 80 % (83) sester. Pouze 3 sestry doplnily o jaké jiné nemoci se jedná. Uvedly „hysterie“, „vyhoření“ a „neurčené duševní poruchy“.

Na devátou pozici 23 % (24) sester doplnilo mentální retardaci, 18 % (19) poruchy příjmu potravy a 18 % (19) poruchy spánku.

Na osmé pozici byly uváděny u 33 % (34) sester poruchy příjmu potravy, 22 % (23) sester doplnilo mentální retardace a 12 % (12) sester pak poruchy spánku.

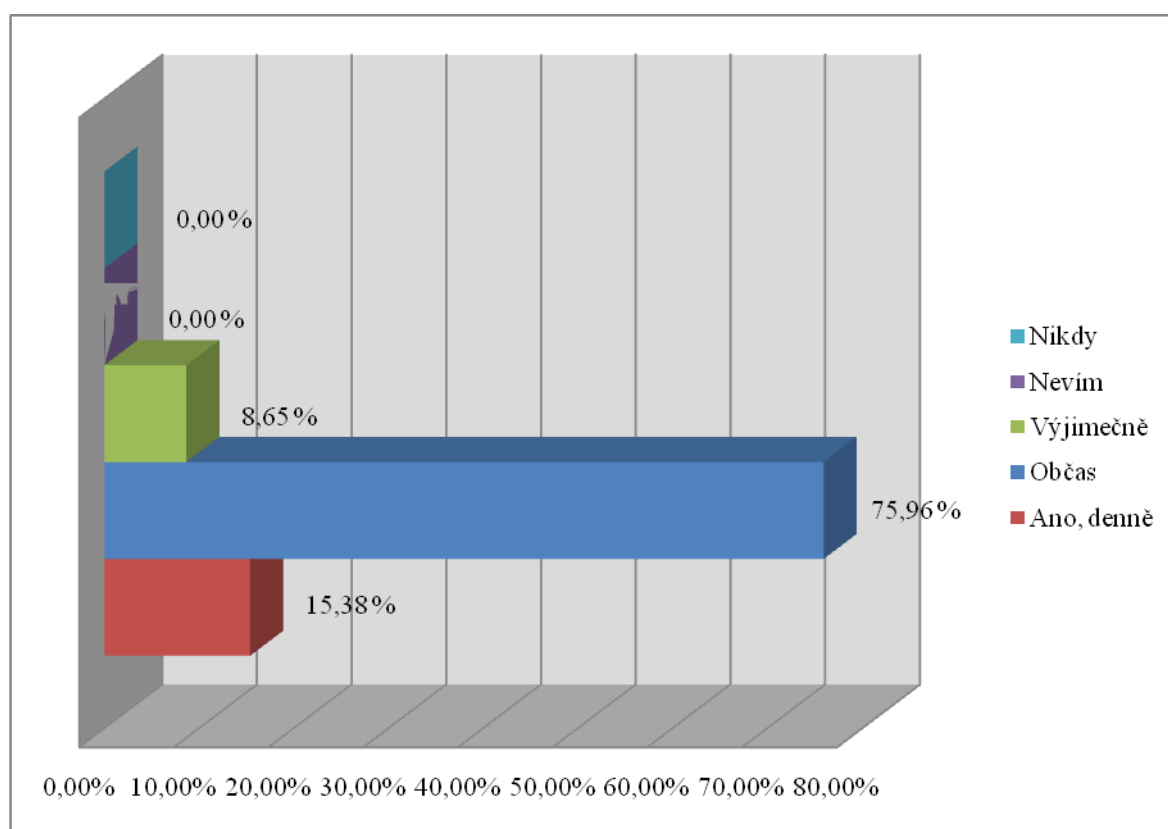
Z tabulky tedy vyplývá, že nejméně častým onemocněním, které by bylo důvodem k hospitalizaci jsou jiná, než uvedená onemocnění a dále mentální retardace, poruchy příjmu potravy a poruchy spánku.

Na tuto položku neodpovědělo 20 % (21) sester. Některé uvedly, že tato otázka přísluší spíše lékařům.

Otázka č. 12 → Setkáváte se s pacienty s agresivním chováním?

Tabulka 13: Kontakt s agresivním pacientem

Možnosti	n_i	f_i
Ano, denně	16	15,38 %
Občas	79	75,96 %
Výjimečně	9	8,65 %
Nevím	0	0,00 %
Nikdy	0	0,00 %
Celkem	104	100,00 %



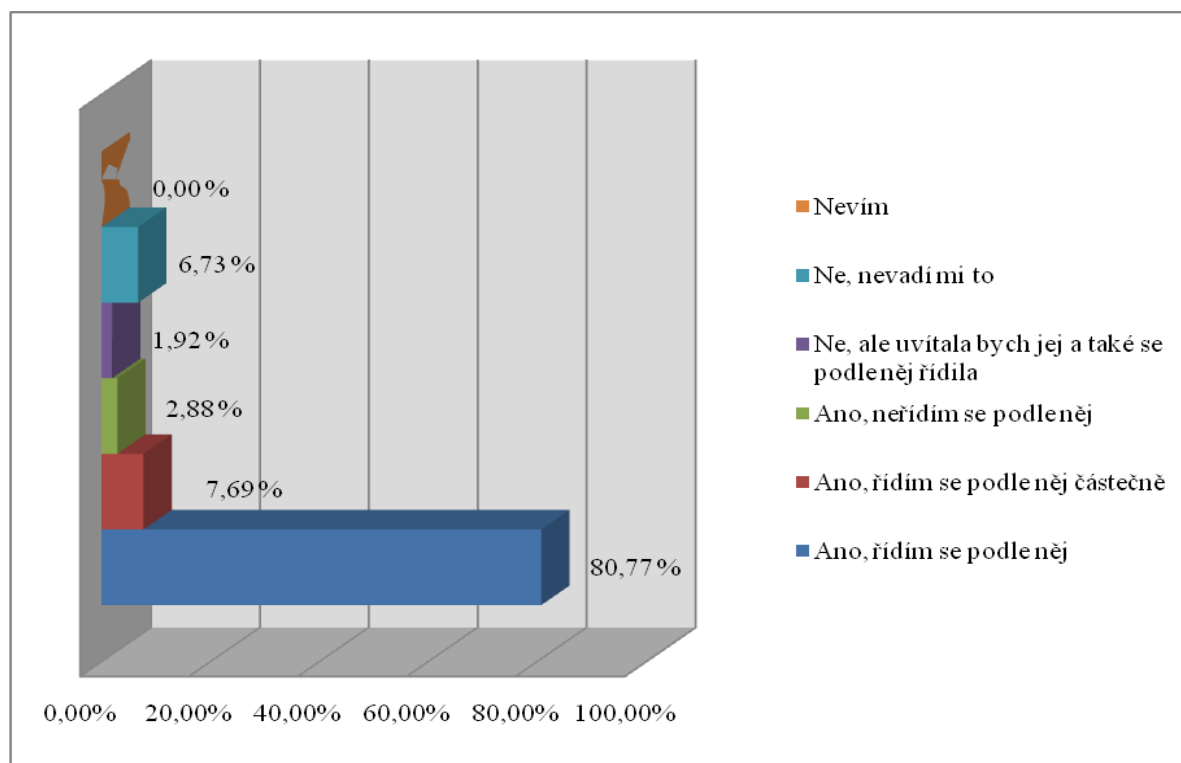
Graf 11: Kontakt s agresivním pacientem

Ze 104 respondentů je 76 % (79) občas ve styku s agresivními pacienty, 15 % (16) v denním kontaktu a 9 % (9) se s agresivními pacienty setkává pouze výjimečně.

Otázka č. 13 → Existuje ošetrovatelský standard jak přistupovat k pacientovi s agresivním chováním?

Tabulka 14: Standard o přístupu k agresivnímu pacientovi

Možnosti	n_i	f_i
Ano, řídím se podle něj	84	80,77 %
Ano, řídím se podle něj částečně	8	7,69 %
Ano, neřídím se podle něj	3	2,88 %
Ne, ale uvítala bych jej a také se podle něj řídila	2	1,92 %
Ne, nevadí mi to	7	6,73 %
Nevím	0	0,00 %
Celkem	104	100,00 %



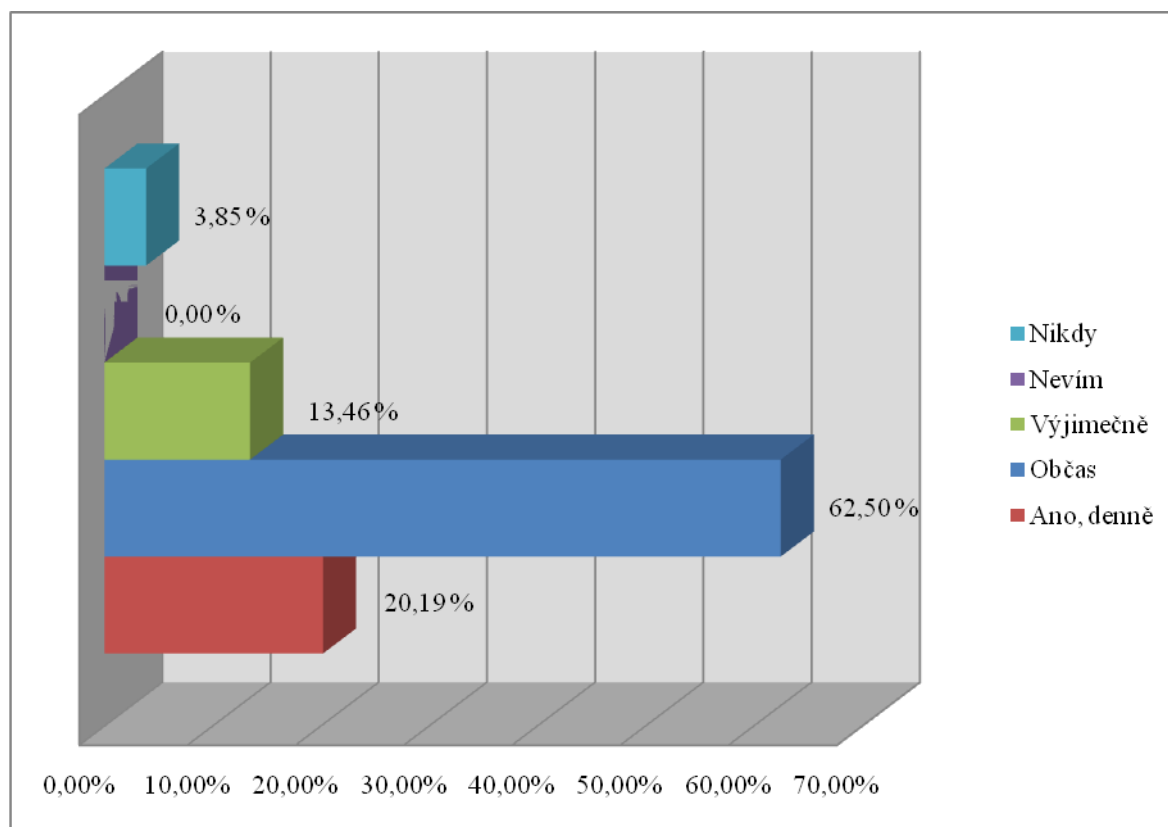
Graf 12: Standard o přístupu k agresivnímu pacientovi

Standardem o přístupu k agresivními pacientovi se řídí 81 % (84) sester, částečně se podle něj řídí 8 % (8), 3 % (3) sester ví, že jej v zařízení mají, ale neřídí se podle něj. Překvapivě 9 % (9) z dotázaných odpovědělo, že takový standard nemají, z toho 7 % (7) to nevadí a zbylé 2 % (2) by jej uvítala.

Otázka č. 14 → Setkáváte se s pacienty se sebevražednými sklony?

Tabulka 15: Kontakt s pacientem se sebevražednými sklony

Možnosti	n_i	f_i
Ano, denně	21	20,19 %
Občas	65	62,50 %
Výjimečně	14	13,46 %
Nevím	0	0,00 %
Nikdy	4	3,85 %
Celkem	104	100,00 %



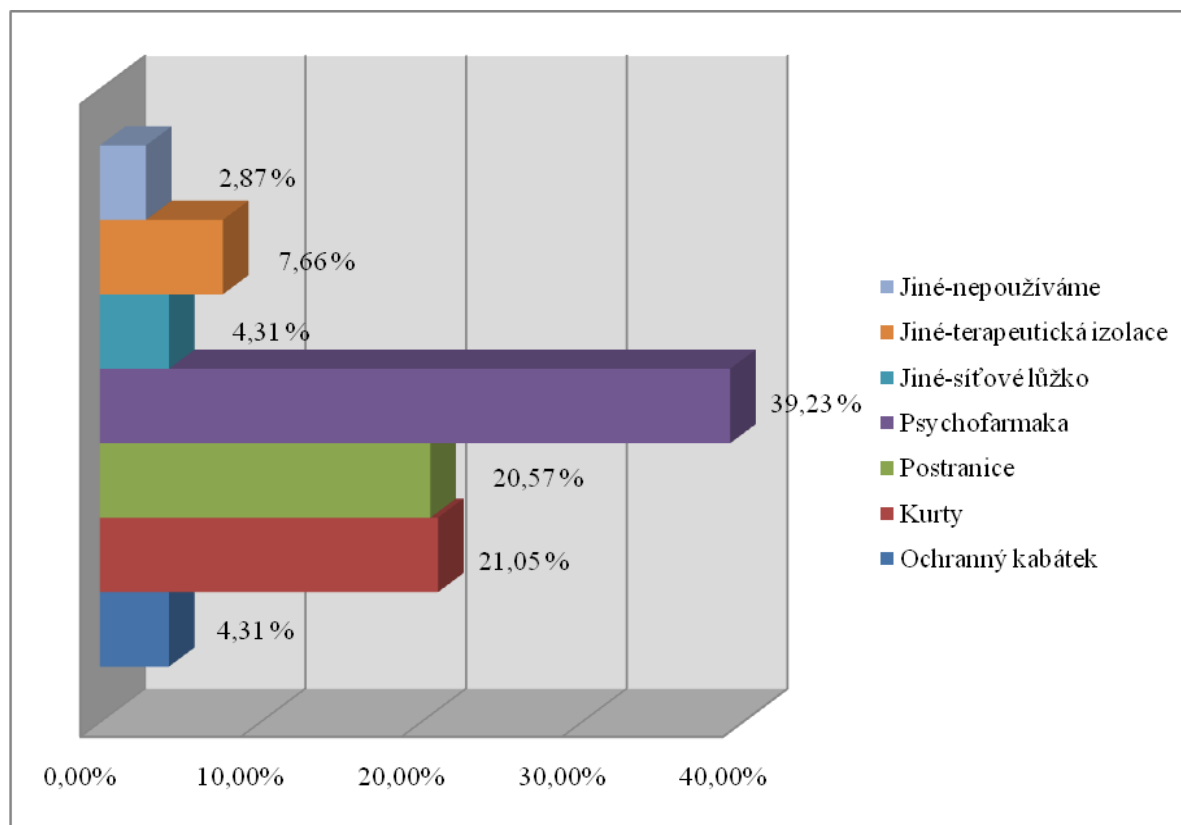
Graf 13: Kontakt s pacientem se sebevražednými sklony

Průzkum ukazuje, že ze 104 respondentů je 63 % (65) občas v kontaktu s pacienty se sebevražednými sklony, 20 % (21) se s nimi pak setkává denně, 14 % (14) výjimečně a 4 % (4) z dotázaných se s pacientem se suicidiálními myšlenkami nikdy neseťkali.

Otázka č. 15 → Jaké omezovací prostředky používáte na vašem pracovišti?

Tabulka 16: Používání omezujících prostředků

Možnosti	n_i	f_i
Ochranný kabátek	9	4,31 %
Kurty	44	21,05 %
Postranice	43	20,57 %
Psychofarmaka	82	39,23 %
Jiné-síťové lůžko	9	4,31 %
Jiné-terapeutická izolace	16	7,66 %
Jiné-nepoužíváme	6	2,87 %
Celkem	209	100,00 %



Graf 14: Používání omezujících prostředků

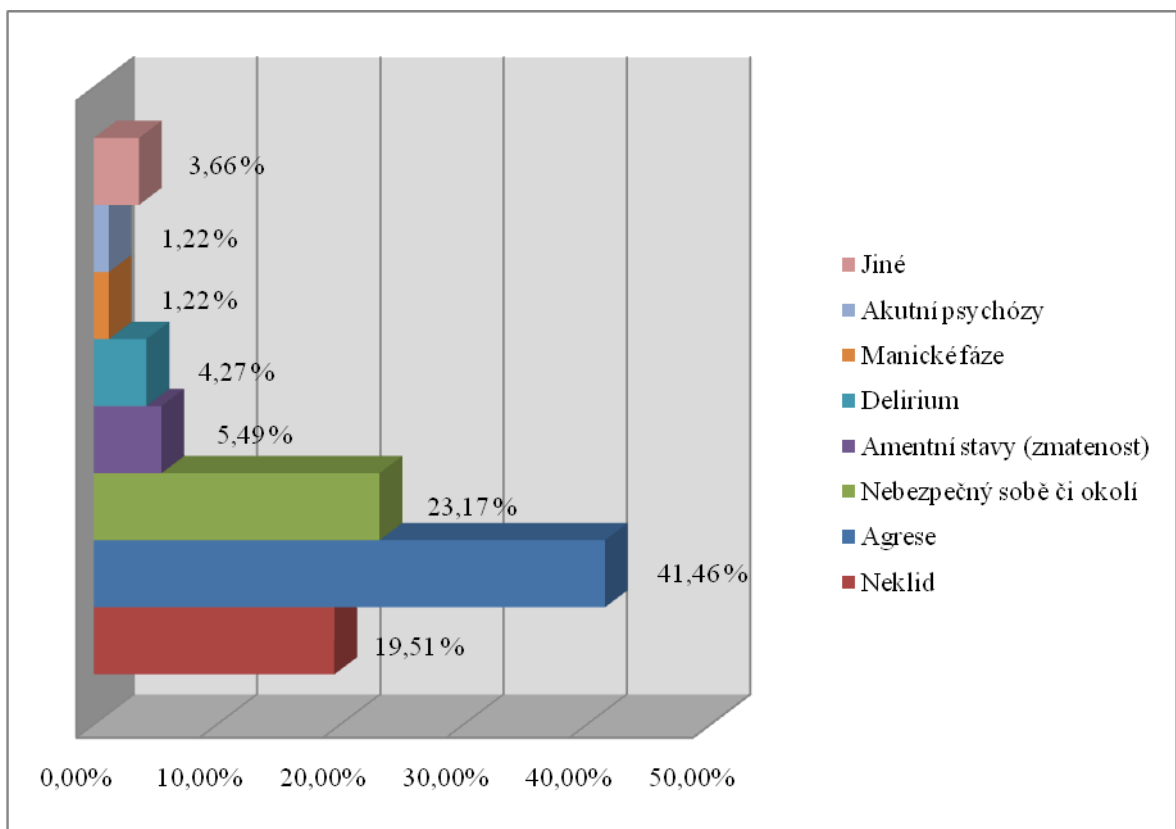
V otázce č. 15 bylo možno zvolit více odpovědí, tedy v této položce se absolutní četnost (n_i) rovná celkovému počtu odpovědí.

Průzkum ukazuje, že nejčastěji používaný omezující prostředek na psychiatrických pracovištích jsou psychofarmaka, uvedlo tak 39 % (82) respondentů. Používání uvedlo 21 % (44) sester, používání postranic uvedlo 21 % (43). Terapeutická izolace je používána u 8 % (16) sester. Tuto otázku 2 % (4) sestry doplnily poznámkou, že se ochranný kabátek již nepoužívá, ale i přesto 4 % (9) sester uvedlo, že na svém pracovišti jej používají. Jako omezující prostředek síťové lůžko označilo 4 % (9) sester. Omezující prostředky nejsou používány u 3 % (6) sester, přičemž tak z větší části odpověděly sestry pracující na psychiatrické ambulanci.

Otázka č. 16 → V kterých případech jsou omezující prostředky nejčastěji indikovány?

Tabulka 17: Indikace omezujících prostředků

Možnosti	n_i	f_i
Neklid	32	19,51 %
Agrese	68	41,46 %
Nebezpečný sobě či okolí	38	23,17 %
Amentní stavy (zmatenost)	9	5,49 %
Delirium	7	4,27 %
Manické fáze	2	1,22 %
Akutní psychózy	2	1,22 %
Jiné	6	3,66 %
Celkem	164	100,00 %



Graf 15: Indikace omezujících prostředků

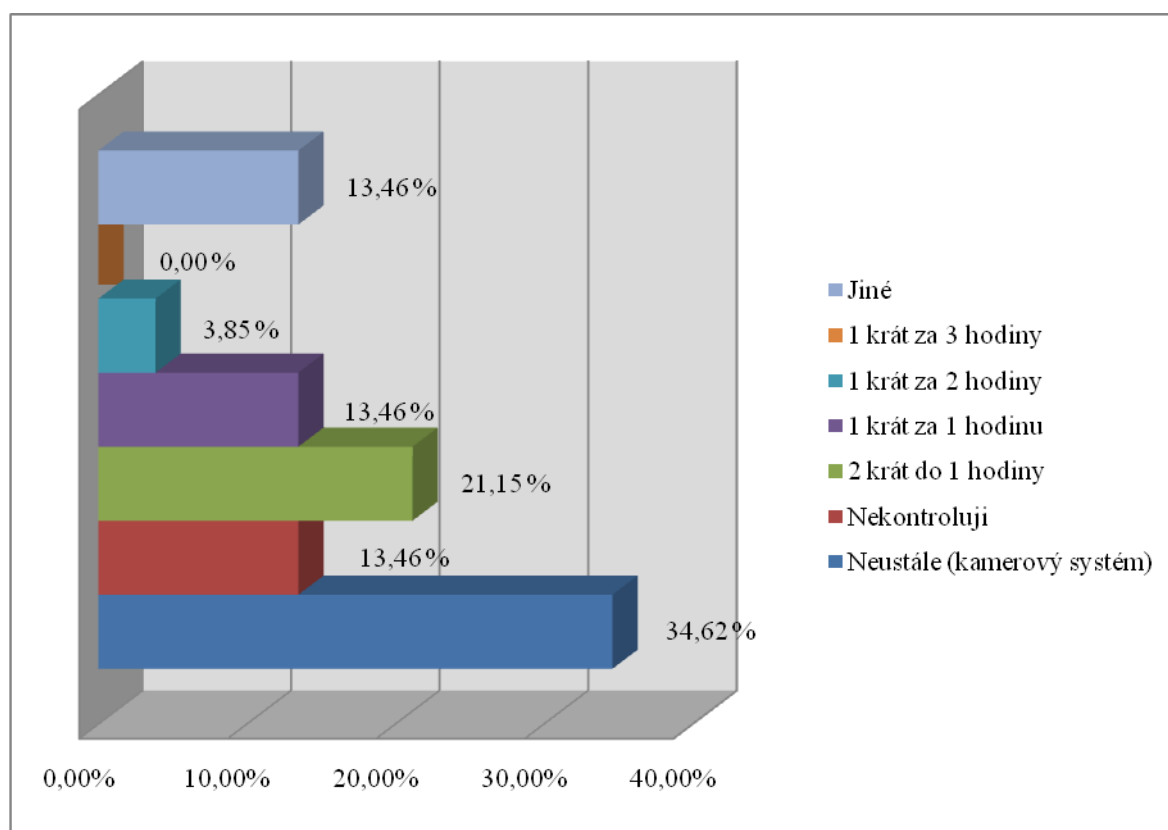
V otázce č. 16 bylo možno zvolit více odpovědí, tedy v této položce se absolutní četnost (n_i) rovná celkovému počtu odpovědí.

Z grafického znázornění vyplývá, že nejčastějším důvodem pro omezení pacienta je jeho agresivita, uvedlo tak 42 % (68) sester. Dále jich 23 % (38) uvedlo stav, kdy je nemocný nebezpečný sobě či okolí, pro 20 % (32) respondentů je důvodem omezení pacienta neklid. Amentní stavy (stavy zmatenosti) uvedlo 6 % (9), 4 % (7) pak delirium (delirium tremens). Manické fáze a akutní psychózy byly každé uvedeny 1 % (2) sester. Jiné další indikace k omezení pacienta doplnilo 4 % (6) sester. Jednalo se o důvody: „úzkost“, „obtěžování pacientů“, „útěkové tendence“, „nespolupráce“, „nezvladatelné stavy“, „nesouhlas s hospitalizací u psychotických pacientů“.

Otázka č. 17 → Jak často kontrolujete pacienty, kteří jsou přikurtováni?

Tabulka 18: Kontrola přikurtovaných pacientů

Možnosti	n_i	f_i
Neustále (kamerový systém)	36	34,62 %
Nekontroluji	14	13,46 %
2 krát do 1 hodiny	22	21,15 %
1 krát za 1 hodinu	14	13,46 %
1 krát za 2 hodiny	4	3,85 %
1 krát za 3 hodiny	0	0,00 %
Jiné	14	13,46 %
Celkem	104	100,00 %



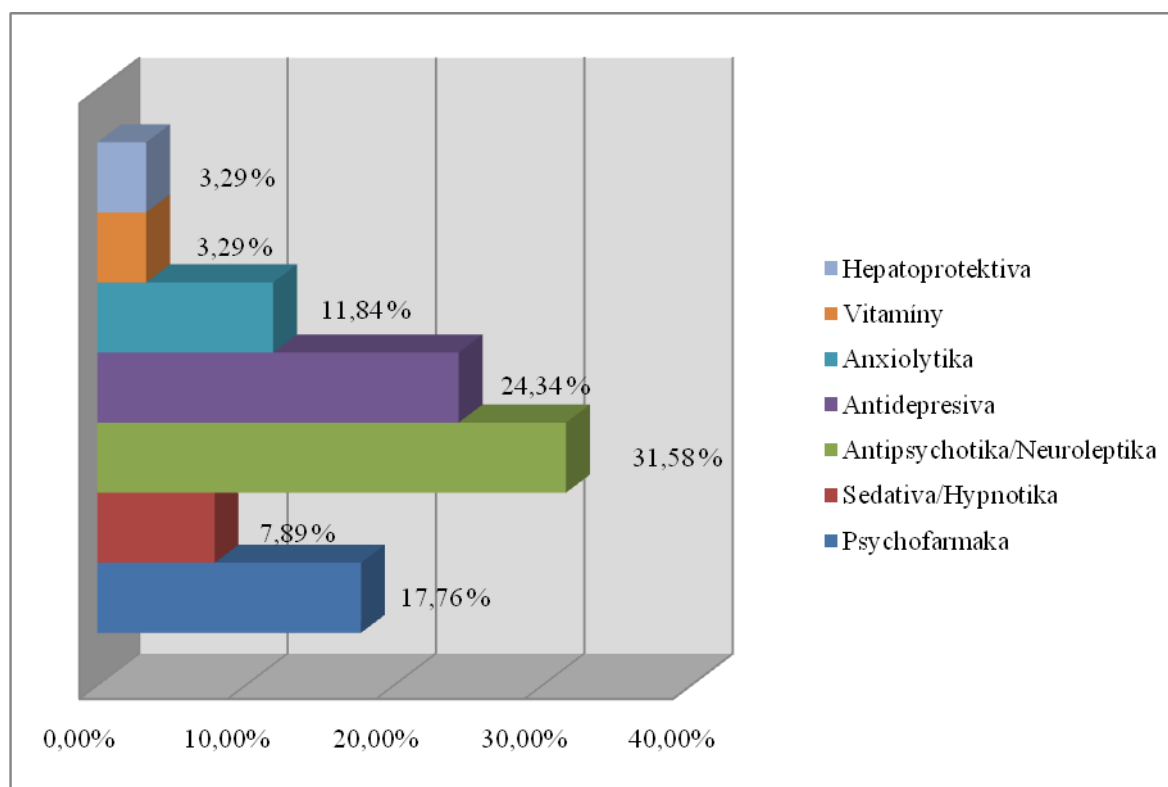
Graf 16: Kontrola přikurtovaných pacientů

Neustálou kontrolu přikurtovaných provádí 35 % (36) respondentů. 2 krát za 1 hodinu kontroluje takto omezené nemocné 21 % (22) sester. Nekontroluje 14 % (14) respondentů a to z důvodu, že kurty na svých pracovištích nepoužívají. Dalších 14 % (14) sester kontroluje 1 krát za 1 hodinu a 14 % (14) sester označilo odpověď jiné, přičemž doplňovaly, že kontrolují 1 krát za 10 minut (1 %), 1 krát za 15 minut (3 %), 1 krát za 20 minut (3 %) nebo individuálně – dle potřeby (5 %). 1 krát za dvě hodiny sleduje přikurtované 4 % (4) respondentů. Necelá 1/6 z dotázaných doplnila, že při kontrole pacienta kontrolují také prokrvení končetin a případně kurty postupně uvolňují.

Otázka č. 18 → Jaké léky, na Vašem pracovišti, pacienti nejčastěji užívají?

Tabulka 19: Nejčastěji užívané léky

Možnosti		n_i	f_i
Psychofarmaka	Psychofarmaka	27	17,76 %
	Sedativa/Hypnotika	12	7,89 %
	Antipsychotika/Neuroleptika	48	31,58 %
	Antidepresiva	37	24,34 %
	Anxiolytika	18	11,84 %
Vitamíny		5	3,29 %
Hepatoprotektiva		5	3,29 %
Celkem		152	100,00 %



Graf 17: Nejčastěji užívané léky

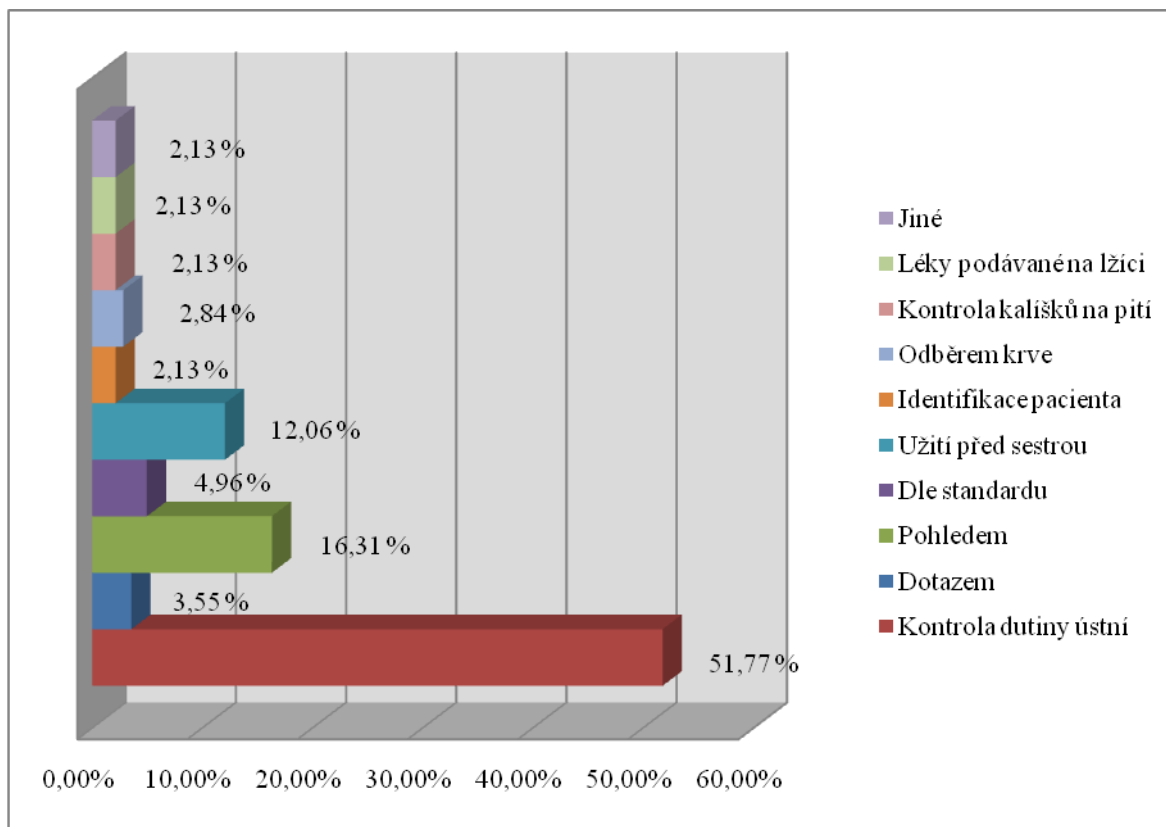
V položce č. 18 byla možnost zvolit více odpovědí, tedy v této položce se absolutní četnost (n_i) rovná celkovému počtu odpovědí.

Největší část respondentů uvedla, že nejčastěji nemocní užívají psychofarmaka. Obecně psychofarmaka uvedlo 18 % (27), zbylí respondenti z oblasti psychofarmak napsali již typ psychofarmaka, popřípadě přímo lék. Nejvíce užívaná jsou antipsychotika/neuroleptika, uvedlo tak 32 % (48) sester, jako zástupce je to pak haloperidol, quetiapin, tiserцин zyprexa, buronil, risperidon či derin. Dalším skupinou psychofarmak jsou antidepresiva, které na svém pracovišti podává 24 % (37) sester. Užívaná antidepresiva sestry uvedly remood, venlafaxin, citalon a mirtazapin. Jako další používané psychofarmakum 12 % (18) sester uvedlo Anxiolytika, zejména diazepam, rivotril a neurol. Sedativa/hypnotika nejčastěji podává 8 % (12) respondentů, jedná se o diazepam a tiapridal. Dalšími léky podávanými na psychiatrických pracovištích jsou u 3 % (5) sester vitamíny (thiamin) a u 3 % (5) sester hepatoprotektiva (Simepar).

Otázka č. 19 → Jakým způsobem kontrolujete užití léků pacientem?

Tabulka 20: Kontrola užití léků

Možnosti	n_i	f_i
Kontrola dutiny ústní	73	51,77 %
Dotazem	5	3,55 %
Pohledem	23	16,31 %
Dle standardu	7	4,96 %
Užití před sestrou	17	12,06 %
Identifikace pacienta	3	2,13 %
Odběrem krve	4	2,84 %
Kontrola kalíšků na pití	3	2,13 %
Léky podávané na lžici	3	2,13 %
Jiné	3	2,13 %
Celkem	141	100,00 %



Graf 18: Kontrola užití léků

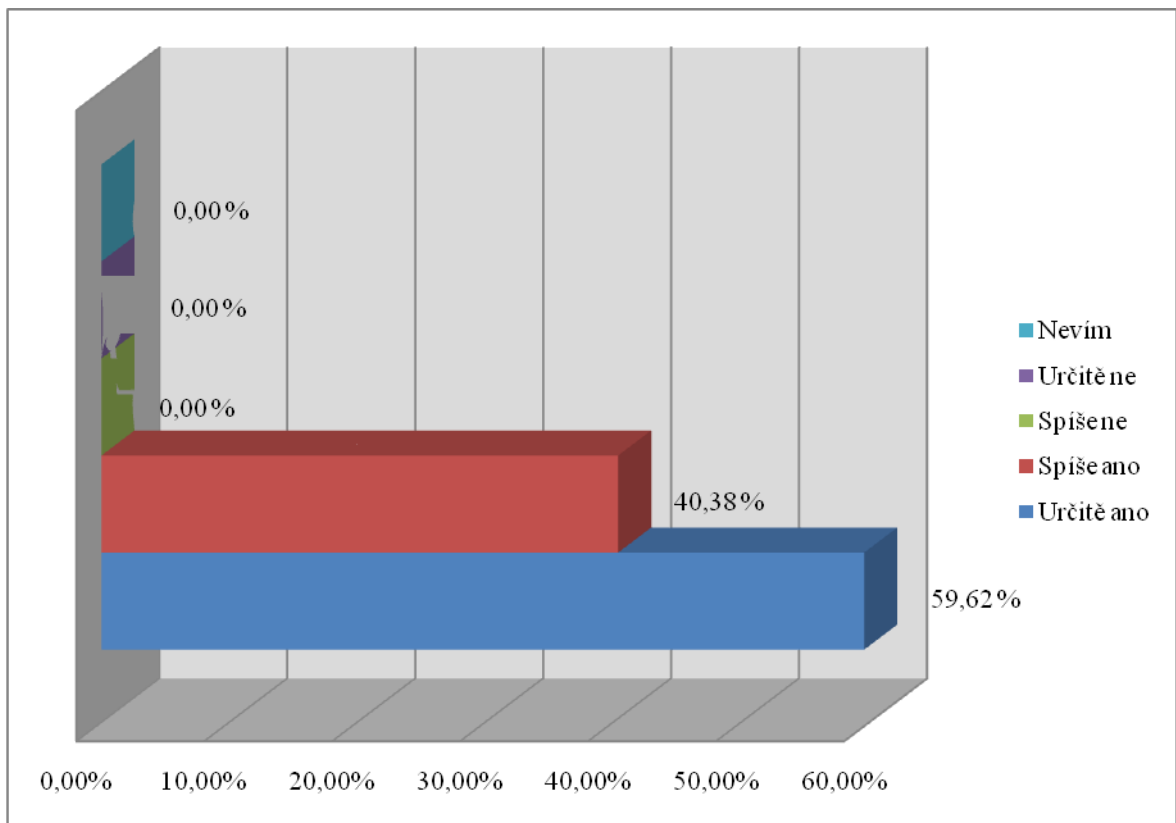
Do otázka č. 19 mohli respondenti vpisovat svůj vlastní názor. Vzhledem k tomu, že odpovědi byly velmi podobné, mnohdy stejné, byla z těchto odpovědí vytvořena tabulka a následně graf. Vzhledem k tomu, že se mohli respondenti rozepsat, tak v této položce se absolutní četnost (n_i) rovná celkovému počtu odpovědí.

Největší část, 52 % (73) respondentů uvedlo, že při podání léků kontroluje dutinu ústní nemocného. Užití léků pohledem zjišťuje 16 % (23) sester. Jako další způsob kontroly je užití léků před sestrou, uvedlo tak 12 % (17) sester. Podle standardu dohlíží na nemocného 5 % (7) respondentů. Dotazem, zda pacient lék užil zjistí 4 % (5) z dotázaných. Odběrem krve, lze zpětně zjistit užívání léčiv, nejčastěji se takový odběr provádí u pacientů, kteří byli v domácím prostředí na propustku nebo se léčí ambulantně. Pomocí odběru krve tak užití léků zjišťovaly 3 % (4) sester. Kontrola užití léků se také provádí identifikací pacienta (2 %, 3 sestry) zkontrolováním kalíšku na pití (2 %, 3 sestry) podáváním léků na lžici (2 %, 3 sestry) a dalšími jinými způsoby (2 %, 3 sestry) jako je kontrola stolců, kontrola rukou pacienta a zpětná kontrola v ošetrovatelské dokumentaci.

Otázka č. 20 → Jste spokojen/á na svém pracovišti?

Tabulka 21: Spokojenost na pracovišti

Možnosti	n_i	f_i
Určitě ano	62	59,62 %
Spíše ano	42	40,38 %
Spíše ne	0	0,00 %
Určitě ne	0	0,00 %
Nevím	0	0,00 %
Celkem	104	100,00 %



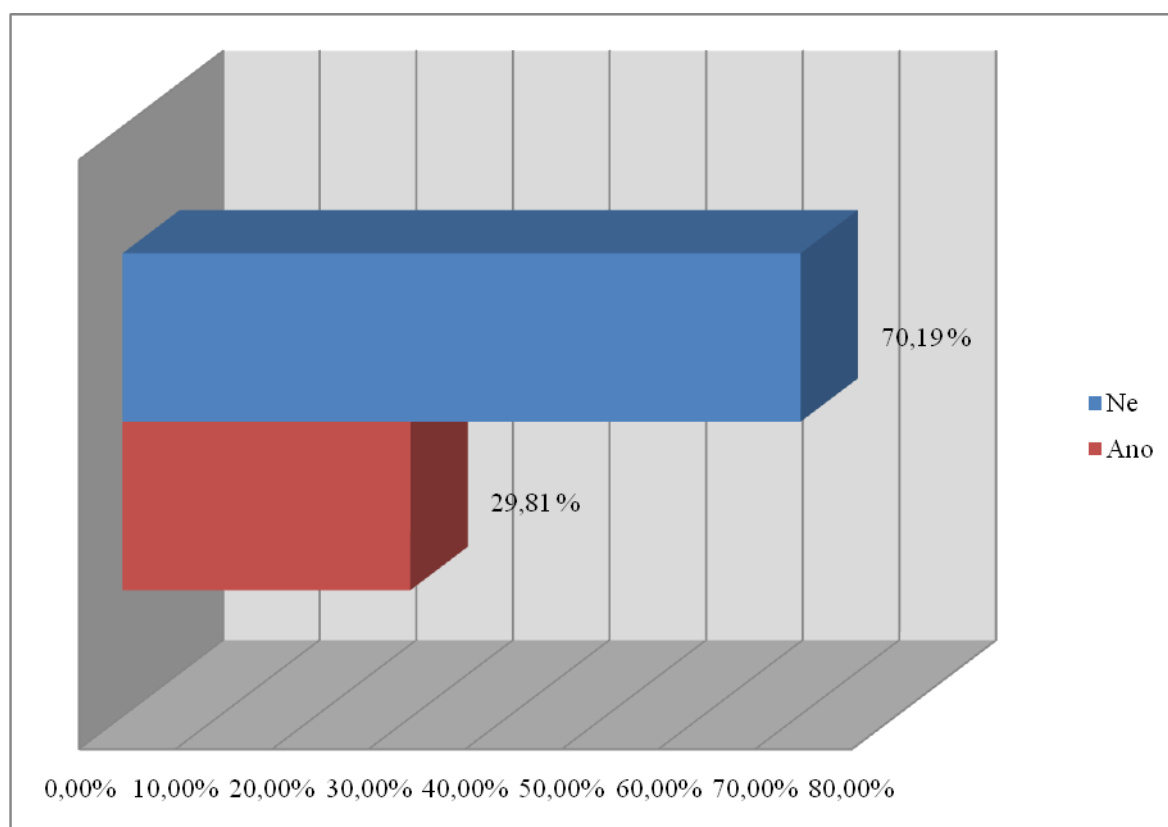
Graf 19: Spokojenost na pracovišti

Z průzkumu jednoznačně plyne, že všech 104 respondentů je na svém nynějším pracovišti spokojeno. Z toho 60 % (62) sester je určitě spokojeno a 40 % (42) odpovědělo spíše ano.

Otázka č. 21 → Je něco, co by jste rád/a zlepšil/a, změnil/a na svém pracovišti?

Tabulka 22: Je co zlepšovat na pracovišti?

Možnosti	n_i	f_i
Ano	31	29,81 %
Ne	73	70,19 %
Celkem	104	100,00 %



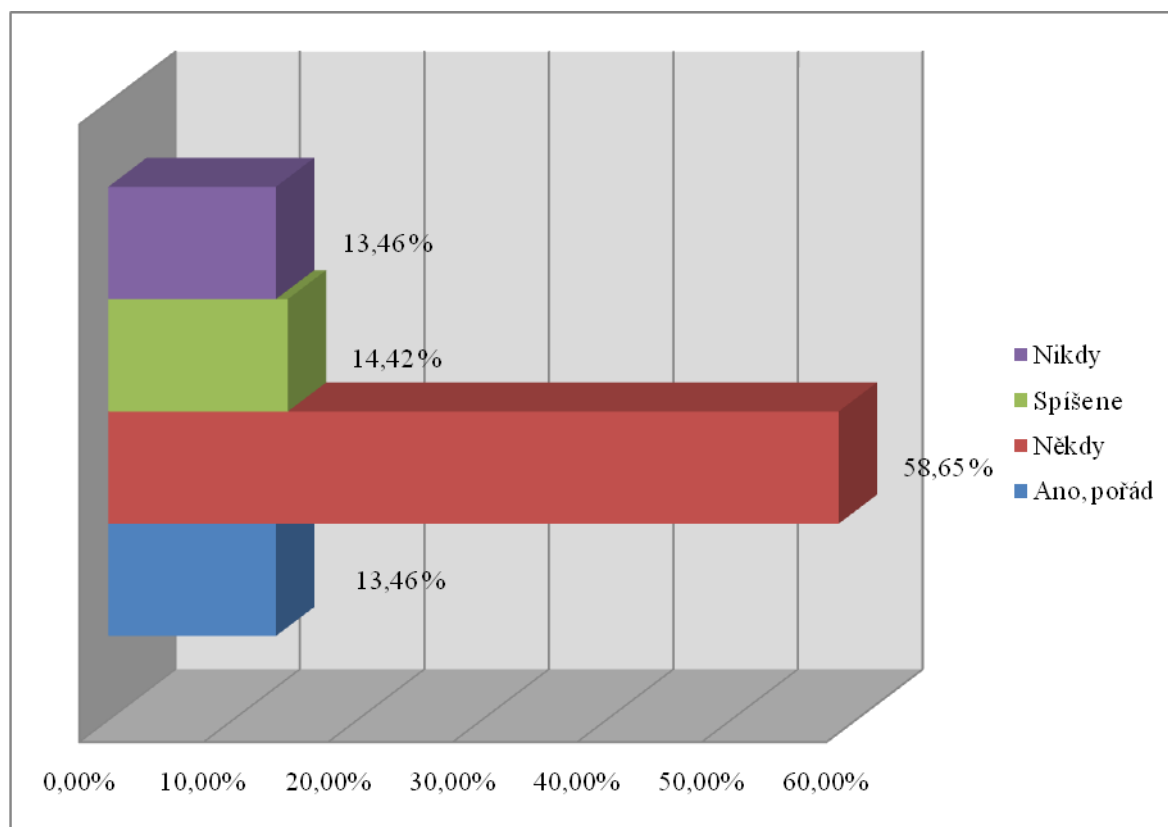
Graf 20: Je co zlepšovat na pracovišti?

Z celkového počtu 104 dotázaných jich 70 % (73) na svém pracovišti nechce nic měnit ani zlepšovat, 30 % (31) by něco rádo pozměnilo nebo vylepšilo. Nejčastěji respondenti, že by rádi zlepšili komunikaci mezi nelékařskými i lékařskými pracovníky, dále by pak sestry uvítaly tato zlepšení: „nižší stav pacientů na oddělení“, „novější vybavení oddělení“, „jednotnost personálu při výkonu práce“, „dovybavit pokoje pacientů“, „stabilnější obsazení lékařů na jednom pracovišti“, „více lékařů“, „méně administrativy“, „více personálu“, „vyšší osobní ohodnocení“, „více soukromí pro pacienty“, 2 % sester odpověděla, že neustále je něco, co se dá zlepšovat.

Otázka č. 22 → Přemýšlíte nad prací i doma?

Tabulka 23: Přemýšlíte nad prací i doma?

Možnosti	n_i	f_i
Ano, pořád	14	13,46 %
Někdy	61	58,65 %
Spíše ne	15	14,42 %
Nikdy	14	13,46 %
Celkem	104	100,00 %



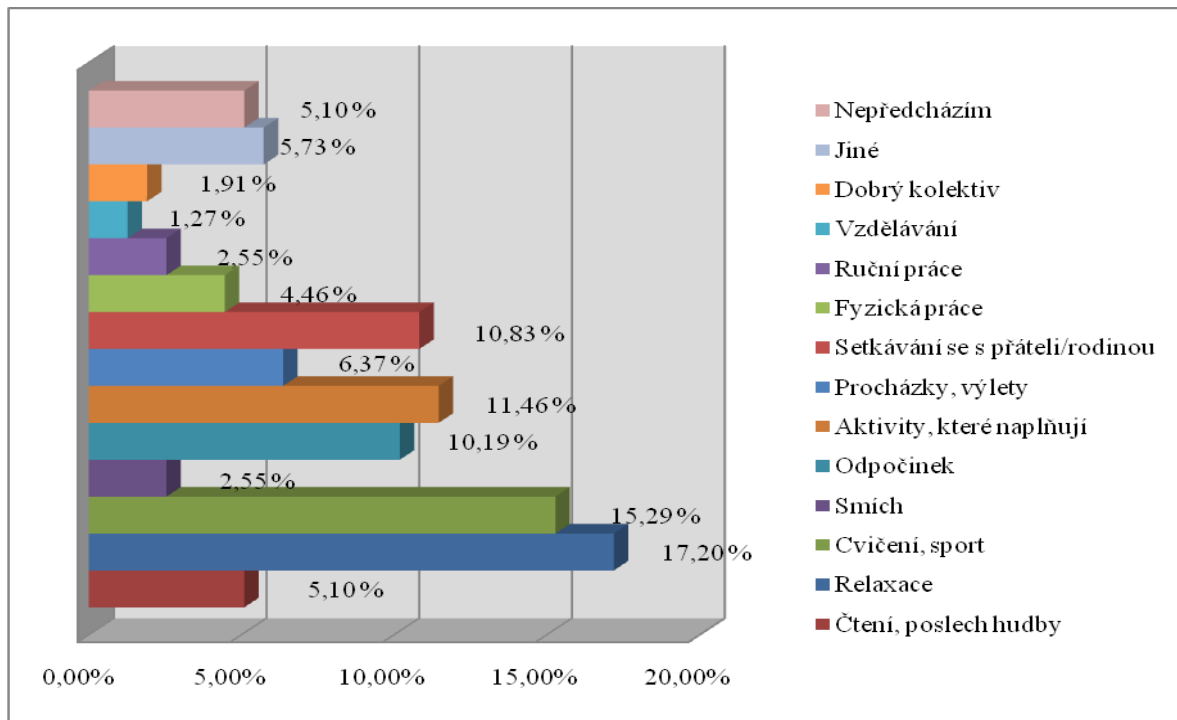
Graf 21: Přemýšlíte nad prací i doma?

Z grafického znázornění je zřejmé, že 58 % (61) respondentů někdy přemýšlí doma nad svojí prací, spíše nepřemýšlí 14 % (15). Pořád nad prací přemýšlí 14 % sester (14), 14 % (14) nad prací, v domácím prostředí, nepřemýšlí nikdy.

Otázka č. 23 → Jakým způsobem předcházíte syndromu vyhoření?

Tabulka 24: Předcházení syndromu vyhoření

Možnosti	n_i	f_i
Čtení, poslech hudby	8	5,10 %
Relaxace	27	17,20 %
Cvičení, sport	24	15,29 %
Smích	4	2,55 %
Odpočinek	16	10,19 %
Aktivita, které naplňují	18	11,46 %
Procházky, výlety	10	6,37 %
Setkávání se s přáteli/rodinou	17	10,83 %
Fyzická práce	7	4,46 %
Ruční práce	4	2,55 %
Vzdělávání	2	1,27 %
Dobrá kolektiva	3	1,91 %
Jiné	9	5,73 %
Nepředcházím	8	5,10 %
Celkem	157	100,00 %



Graf 22: Předcházení syndromu vyhoření

Do poslední otázky mohli respondenti vpisovat svůj vlastní názor. Z odpovědí respondentů byla vytvořena tabulka a následně graf. Vzhledem k tomu, že se mohli respondenti rozepsat, tak v této položce se absolutní četnost (n_i) rovná celkovému počtu odpovědí.

Dle průzkumu bylo zjištěno, že 17 % (27) sester předchází syndromu vyhoření za pomoci relaxace, 15 % (24) tím, že cvičí nebo nějakým způsobem sportuje, 12 % (18) sester dělá aktivity, které je naplňují, 11 % (17) se pravidelně schází s rodinou a s přáteli. Jako prevence syndromu vyhoření může pro některé jedince být odpočinek, v tomto průzkumu tak uvedlo 10 % (16) respondentů, 6 % (10) sester chodí na procházky (např. se psem) nebo na výlety, 5 % (8) si rádo poslechne hudbu nebo si něco přečte. Syndromu vyhoření nepředchází 5 % (8) respondentů. Dále 5 % (7) sester předchází osobnímu vyhoření za pomoci fyzické práce a 3 % (4) za pomoci smíchu, 2 % (3) z dotazovaných mají jako prevenci dobrý pracovní kolektiv, 1 % (2) uvedlo vzdělávání. Celkem 6 % (9) respondentů uvedlo jiný způsob předcházení syndromu vyhoření, sestry pak uváděly: „snažím se doma na práci nemyslet“, „brát práci jako poslání“, „oddělit práci od soukromí“, práce musí bavit, nacházet v ní naplnění, mít dostatek empatie, komunikační dovednosti“, „absolvuji sebezkušnostní psychoterapeutický výcvik“, „žiju“, „sleduji televizi“, „věnuji se kultuře“, „dovolená“. Jedna respondentka navíc doplnila: „Někdy cítím, že to nestačí“.

5.2 Výsledky získané pomocí metody pozorování

5.2.1 Psychiatrické pracoviště – 1 den pozorování

Byly pozorovány dvě registrované sestry, označené jako Sp1 a Sp2, v průběhu denní služby (od 7:00 do 19:00).

Pozorovaný jev - Oslovení K/P

Sp1 - Sestra oslovovala K/P jejich zdrobnělými jmény

Sp2 - K/P neoslovovala, při sdělování informací oslovení vynechala.

Pozorovaný jev - Komunikace s K/P

Sp1 - Komunikace probíhala často ve zdrobnělinách, s K/P mluvila jako s dětmi. Mluvila pomalu, ptala se zda K/P rozumí. Komunikovala s K/P i jen tak o běžných věcech.

Sp2 - Komunikace byla strohá, mluvila rychle, v komunikaci dávala najevo, že nemá na K/P čas. Komunikovala s K/P pouze v případě, když od něj něco potřebovala.

Pozorovaný jev - Předávání informací K/P a edukace K/P

Sp1 - Informace předávala pomalu, ptala se zda K/P rozumí. Nově přijatému K/P vysvětlila, kde je toaleta, sprcha, jak funguje režim oddělení. Informace předávala ve zdrobnělinách, mluvila s ním jako s malým dítětem, i když to jeho aktuální mentální stav nevyžadoval.

Sp2 - Informace předávala pouze jednou, během dne a to při informování K/P o nutnosti aplikace inzulínu. Informace byly strohé, z mého pohledu nedostačující. Dle mého názoru, kdyby se K/P neptal, co mu aplikuje, tak by mu to ani nepověděla.

Pozorovaný jev - Komunikace mezi personálem

Sestry se k sobě i k ostatnímu personálu chovaly přátelsky, na sesterně si povídaly o běžných věcech. O K/P se mezi sebou nebavily.

Pozorovaný jev - Zajištění základních potřeb K/P

Sp1 - O potřeby K/P zajímala. Osobně se starala, aby K/P měli dostatek tekutin.

Sp2 - Téměř po celou službu psala zápisy do dokumentace. S K/P mnoho v kontaktu nebyla, tedy nemohla vědět, zda mají všechny potřeby zajištěny.

Pozorovaný jev - Provádění hygienické péče u K/P

Sp1 - Hygienické péče se nezúčastnila. Vše v oblasti prováděné hygienické péče prováděli sanitáři.

Sp2 - Hygienické péče se nezúčastnila. Vše v oblasti prováděné hygienické péče prováděli sanitáři.

Pozorovaný jev - Používání omezujících prostředků

Sestry společně se sanitáři přikurtovali K/P do lůžka a to z důvodu nepřiměřeného chování K/P (házení jídlem po zemi, křik, pláč, hrubé chování k ostatním K/P) → následně tuto skutečnost nahlásila lékařovi (nutná indikace lékařem+podpis).

Pozorovaný jev - Péče o K/P, kteří jsou nějakým způsobem omezeni

Sp1 - Průběžně sledovala K/P přes kamerový systém. Při výrazném neklidu K/P se šla na něj podívat, slovně jej uklidnit. Po 2 hodinách povolila kurty. Po zklidnění K/P odkurtovala (po 4 hodinách od přikurtování).

Sp2 - Sestra se o přikurtovaného K/P nezajímala, sledování a péči o něj měla na starosti druhá sloužící sestra.

Pozorovaný jev - Reakce sestry na potřeby K/P

Sp1 - Pokud K/P o něco požádal (nejčastěji požádání o uvaření kávy) tak šla a pokud to bylo možné, vyšla mu vstříc. Při požádání K/P o dovezení na toaletu → požádala sanitáře, ať jej tam doveze.

Sp2 - Při požádání K/P o dovezení na toaletu, odpověděla, že má plenku. Byla neochotná aktivně reagovat na individuální potřeby K/P.

Pozorovaný jev - Způsob podání léků

Sp1 - Léky chystala předem do lékovek, nebo již nadrcené na lžičci. Položila si je na dokumentaci K/P. K/P si sami chodili pro léky. Před sestrou je požili, zapili, vyplázli jazyk. Sestra si nezkontrolovala jméno pacienta – znala je.

Sp2 - Roznášela léky K/P, kteří si pro ně nemohli sami dojít na sesternu. Počkala u lůžka, až léky zapili. K/P, který léky odmítal, je na lžičce násilím dala do úst – K/P je po chvíli vyplivl. (Následně dostal léky i.m.).

Pozorovaný jev - Dodržování BOZP u sestry

Sp1 - Pomůcky nosila v ruce-tedy po aplikaci i.m. nebo s.c. Léků nasazovala kryt zpět na jehlu. Při zajišťování PŽK neměla rukavice. Při převazech rukavice použila. Na každého K/P si je měnila. Mytí i dezinfekci rukou prováděla průběžně během dne.

Sp2 - Sestra při provádění ošetřování kůže K/P použila rukavice. Mytí rukou téměř neprováděla, dezinfekci prováděla průběžně během celého dne.

Pozorovaný jev - Popsat prováděné výkony sestry během dne

Sp1 - Nachystání a podání léků; aplikace antikoagulancii (s.c.); podání haloperidolu a tramalu (gtt.); převazy, příjem K/P; chystání a podávání stravy; kontrola přikurtovaného K/P ; provádění záznamu do dokumentace; zajištění PŽK, podání infuzní terapie (zavodnění K/P); doplňování čaje v jídelně, komunikace s K/P.

Sp2 - Podání léků; překlad K/P; odběr glykémie, aplikace inzulínu; nanášení léčebných mastí na kůži K/P (lupénka); chystání a podávání stravy; provádění záznamů do dokumentace; doplňování materiálu; třídění léčiv v lékárně.

5.2.2 Psychiatrické pracoviště – 2 den pozorování

Byly pozorovány dvě registrované sestry, označené jako Sp3 a Sp4, v průběhu denní služby (od 7:00 do 19:00).

Pozorovaný jev - Oslovení K/P

Sp3 - Oslovovala K/P křestním jménem.

Sp4 - Oslovovala K/P křestním jménem ve zdvořilostech.

Pozorovaný jev - Komunikace s K/P

Sp3 - Komunikace byla bez zájmu o nemocného, sestra působila jako by ji K/P obtěžoval. Chovala se odměřeně. K/P spíše tykala. Komunikace probíhala stručně, sestra sama K/P říkala, že na ně nemá čas.

Sp4 - Sestra byla ke K/P celkově odměřená, bez jakéhokoliv pozitivního naladění. K/P tykala.

Pozorovaný jev - Předávání informací K/P a edukace K/P

Sp3 - Během dne jsem si nevšimla žádných informací, které by sestra K/P předávala. Při aplikaci léčiva neřekla, co podává. K/P si měl inzulin aplikovat sám, protože v domácí prostředí to taky dělává, sestra však neměla na něj čas, tak inzulin aplikovala sama, bez předání jakýkoliv informací.

Sp4 - Během dne ani při prováděných převazech nepředávala žádné informace.

Pozorovaný jev - Komunikace mezi personálem

Sestry mezi sebou komunikovaly kamarádsky. Řešily soukromé i pracovní záležitosti. O K/P se bavily ne příliš hezky, smály se jejich chování. Bavily se o K/P při otevřených dveřích, nahlas a používaly jména, což bylo velmi neprofesionální.

Pozorovaný jev - Zajištění základních potřeb K/P

Sp3 - O pitný režim se starala pečovatelka. K/P, který měl stolici v plence, řekla, ať vydrží a odešla pryč. Nikomu nic neřekla, plenu jsem záhy měnila společně s pečovatelkou.

Sp4 - Rozdávala K/P jídlo, o pitný režim se nestarala, zajišťovala jej pečovatelka. Krmení zajišťovali pečovatelé.

Pozorovaný jev - Provádění hygienické péče u K/P

Sp3 - Hygienické péče se nezúčastnila. Vše v oblasti prováděné hygienické péče prováděli sanitáři. Když byla K/P pokálená, nikomu ani nepředala tuto informaci.

Sp4 - Hygienické péče se sestra nezúčastnila. Vše v oblasti prováděné hygienické péče prováděli sanitáři.

Pozorovaný jev - Používání omezujících prostředků

Přikurtována do křesla byla K/P, stejná jako předešlý den, byla přikurtována i silně tlumena léky. Další K/P byla přikurtována k lůžku a to na vlastní žádost. Sestry zpočátku odmítaly, ale K/P dostala hysterický, plačtivý záchvat, ležela na zemi a nechtěla vstát. Následně tedy byla kurty omezena v lůžku. Později lékařka podepsala záznam v dokumentaci.

Pozorovaný jev - Péče o K/P, kteří jsou nějakým způsobem omezeni

Sp3 - Pacientka omezená v sedačce byla ve společenské místnosti u televize. Dohled na ni byl pouze, když někdo procházel kolem této části oddělení. Druhá K/P byla přikurtována

na pokoj se zařízeným kamerovým systémem. K/P byla po celou dobu klidná, odpočívala, ovšem za celé 4 hodiny pacientku nešla osobně zkontrolovat.

Sp4 - Ani o jednu omezenou K/P se příliš nezajímala. Pití nepodala ani jedné K/P, nešla osobně zjistit, jak se K/P daří, zda mají uspokojeny všechny potřeby. K/P přikurtovanou v lůžku občas sledovala přes kamerový systém.

Pozorovaný jev - Reakce sestry na potřeby K/P

Sp3 - Na žádosti K/P reagovala většinou slovy „počkejte chvíli“ nebo „vydržte“, bohužel ale na potřeby K/P zapoměla a nějak tyto potřeby tedy neřešila.

Sp4 - Reakce sestry na potřeby K/P byla po celou dobu negativní. Dávala najevo, že se jí nechce. Reakce sestry, když K/P žádala o doplnění čaje do várnice, byla „Už zase?!“. Čaj však stejně doplnila pečovatelka.

Pozorovaný jev - Způsob podání léků

Sp3 - Léky chystala předem do lékovek, nebo již nadrcené na lžici. Položila si je na dokumentaci K/P. Měla na starosti podání léků polovině pacientům. K/P, kteří si pro léky došli, je užili před sestrou, vyplázli jazyk. Sestra si nezkontrolovala jméno pacienta – znala je. Pacienti, kteří si pro léky nedošli, tak jim je donesla, pár K/P je dala jen do ruky a odešla, nezkontrolovala si jména, někteří K/P ani jmenovky neměli na ruce, ale v šuplíku.

Sp4 – Léky chystala předem do lékovek, nebo již nadrcené na lžici. Položila si je na dokumentaci K/P. Měla na starosti podání léků polovině pacientům. Většina si pro léky došla osobně, nezkontrolovala si jméno pacienta – znala je. Léky i.m. aplikovala bez odezinfikování místa vpichu.

Pozorovaný jev - Dodržování BOZP u sestry

Sp3 - Veškeré pomůcky přenášela v ruce, léky v lékovkách neměla označené, komu jsou, přesto v ruce nesla tři. Rukavice použila pouze při převazech K/P. Mytí a dezinfekci rukou prováděla velmi málo. Před podáváním jídla K/P si například ruce neumyla ani neodezinfikovala.

Sp4 - Dezinfekci rukou prováděla po každém výkonu. Pomůcky i stříkačky s jehlou nosila volně v ruce, bez podnosu či emitní misky. Rukavice použila při ošetření kůže K/P.

Pozorovaný jev - Popsat prováděné výkony sestry během dne

Sp3 - Chystání a podání jídla; nachystání a podání léků; aplikace antikoagulancii (s.c.); podání haloperidolu a tramalu (gtt.); převazy; měření TK; provádění záznamů do dokumentace, aplikace inzulínu; příkurtování K/P.

Sp4 - Chystání a podání jídla; nachystání a podání léků; aplikace antikoagulancii (s.c.); podání haloperidolu a tramalu (gtt.); převazy; provádění záznamů do dokumentace, nanášení mastí na kůži, vytáhnutí PŽK, kontrola věcí K/P; které přinesla návštěva (aby tam nebylo nic, čím by K/P mohl sobě či okolí ublížit).

5.2.3 Psychiatrické pracoviště – 3 den pozorování

Byly pozorovány dvě registrované sestry, označené jako Sp5 a Sp6, v průběhu denní služby (od 7:00 do 19:00).

Pozorovaný jev - Oslovení K/P

Sp5 - Oslovovala K/P křestním jménem ve zdvořilých, zejména ty kteří trpí závažnější duševní nemocí a jejich myšlení je ovlivněno (například s K/P se schizofrenií, s demencí, s K/P v manické či depresivní fázi)

Sp6 - Sestra oslovovala některé K/P křestním jménem, některé však příjmením.

Pozorovaný jev - Komunikace s K/P

Sp5 - Sestra komunikovala s K/P poměrně často, avšak nebyla příliš trpělivá, pokud K/P mluvil déle jak 5 minut, byla nervózní a spíše jej už neposlouchala. Myslím, že u K/P patřila mezi oblíbenější, protože s kdejším problémem chodili právě za touto sestrou. Zpočátku rozhovorů jednala vlídně, uměla povzbudit.

Sp6 - Komunikace se staršími pacienty probíhala jako by byly malé děti, s K/P, kteří se zde léčili s nějakou závislostí, komunikovala hrubě, dávala jim najevo, že obtěžují, projevovalo se to zejména v neverbální komunikaci. K těmto K/P byla neochotná, neusmála se, neřekla nic vlídného, nezeptala se, jak se dnes mají. K ostatním K/P se chovala o poznání lépe.

Pozorovaný jev - Předávání informací K/P a edukace K/P

Sp5 - Během dne informovala K/P o chodu oddělení, informovala jej až více jak 2 hodiny od přijetí. Informace předala velmi v rychlosti, nicméně se ptala, zda všemu K/P rozumí. K/P zde již hospitalizovaná byla, oddělení tedy znala a sestra tedy tuto znalost předpoklá-

dala. Identifikační náramek K/P sice dostala, ale byl ji tak volný, že si jej později stejně sundala.

Sp6 - Informovala K/P o nutnosti častějšího sprchování, protože měla nějaké gynekologické potíže. Mluvila o tom ve společenské místnosti, kde byli i jiní pacienti, což bylo pro danou K/P jistě nepříjemné.

Pozorovaný jev - Komunikace mezi personálem

Sestry spolu i s ostatním personálem komunikovaly bez problémů. Společně s pečovateli řešili zdravotní stav pacientů a bavili se, co kdo zase provedl, jak se chová. O pacientech se bavili buď na sesterně či v odpočinkové místnosti sester, opět při otevřených dveřích, vcelku nahlas, tedy to mohl slyšet každý, kdo procházel kolem.

Pozorovaný jev - Zajištění základních potřeb K/P

Sp5 - Během dne dohlížela na pitný režim, pečovatele upozorňovala, ať doplní čaje i ležícím K/P. Jídlo sestra rozdávala společně s celým personálem. O vyprazdňování i sprchování se starali pečovatelé.

Sp6 - Rozdávala jídlo společně s celým personálem, o pitný režim K/P se nestarala. O vyprazdňování i sprchování se starali pečovatelé.

Pozorovaný jev - Provádění hygienické péče u K/P

Sp5 - Hygienické péče se nezúčastnila. Vše v oblasti prováděné hygienické péče prováděli sanitáři.

Sp6 - Hygienické péče se nezúčastnila. Vše v oblasti prováděné hygienické péče prováděli sanitáři.

Pozorovaný jev - Používání omezujících prostředků

K/P, která byla předešlé dny přes den omezena v křesle, byla odkurtována, celé dopoledne byla klidná, při obědě však házela jídlem po ostatních K/P, byla tedy odvezena od oběda, převlečena do suchého a opět omezena v křesle. Později ji pak byli přidány léky na uklidnění.

Pozorovaný jev - Péče o K/P, kteří jsou nějakým způsobem omezeni

Sp5 - Při měření tlaku dala omezené K/P napít čaje. Kurty nepovolila. Kontrola K/P pak dále více neprobíhala.

Sp6 - Dnes byla omezena jedna K/P. Sestra ji pomohla přikurtovat do křesla, dále provedla záznam a ohlásila skutečnost lékařce, která také provedla potřebné zápisy do dokumentace. Dále K/P nekontrolovala, nějak o ni nepečovala.

Pozorovaný jev - Reakce sestry na potřeby K/P

Sp5 - Na potřeby a žádosti K/P reagovala ochotně, většinou s úsměvem. Jednalo se o dolití čaje, otevření kuchyňky (aby si mohli K/P udělat kávu), podání nabíječky na mobil (byly uschovávány na sesterně, aby si s ní pacienti nemohli ublížit), zapnutí televize.

Sp6 - Když za sestrou opakovaně chodila K/P, že na pokoji ta druhá paní je celá od stolice a má to celé rozmazané v lůžku, odpověděla jí, ať si nevymýšlí. Šla jsem se tam podívat a opravdu jedna z K/P tam ležela v posteli, celá zamazaná od stolice. Sestru jsem na to upozornila a s paní jsem šla do sprchy, aby se celá umyla. Sestra K/P ještě nadala, přitom K/P byla hodně zmatená a měla průjem, tedy za to nemohla.

Pozorovaný jev - Způsob podání léků

Sp5 - Měla na starosti rozdání léků pro polovinu K/P. Léky si předem nachystala do lékovek nebo nadrcené na lžici. Léky pro určitého K/P si položila na jeho dokumentaci (aby věděla, čí léky to jsou). K/P si pro léky chodili sami, ti co nepřišli, ty zavolala, ať si pro léky dojdou. Léky museli K/P spolknout před sestrou a vypláznout jazyk. Aplikaci i.m i s.c léků prováděla s dezinfekcí.

Sp6 - Léky chystala přímo před K/P, kteří si pro ně přišli na sesternu. Léky zapily před sestrou a následně otevřely ústa a vyplázly jazyk. Pacientce, která odmítala haloperidol v kapkách, dala sestra tak, že jí zacpala nos, vstříkla kapky do pusy a přidržela pusu u sebe, aby K/P polkla.

Pozorovaný jev - Dodržování BOZP u sestry

Sp5 - Pomůcky nosila sestra v ruce, bez emitní misky či tácku. Rukavice použila při nanášení léčivých přípravků na kůži a při promazávání kůže. Rukavice mezi K/P měnila. Mytí rukou a dezinfekci prováděla vždy po nějakém kontaktu s K/P.

Sp6 - Pomůcky sestra nosila v ruce, bez emitní misky či tácku. Rukavice použila při převazech. Převazovala 4 K/P a rukavice si vyměnila pouze jednou a proto, že si je umazala od zinkové pasty. Převazy prováděla neaseptickým způsobem. Mytí rukou a dezinfekci prováděla často, pravidelně.

Pozorovaný jev - Popsat prováděné výkony sestry během dne

Sp5 - Chystání a podání jídla; chystání a podání léků; příjem K/P; aplikace s.c a i.m injekcí; promazávání kůže; měření TK; provádění záznamů do dokumentace; kontrola osobních věcí; které přinesla návštěva.

Sp6 - Chystání a podání jídla; chystání a podání léků; překlad K/P → soupis jeho přinesených věcí; převazy; podání haloperidolových kapek; měření TK; omezení K/P v křesle.

5.2.4 Interní pracoviště – 1 den pozorování

Byly pozorovány dvě registrované sestry, označené jako Si1 a Si2, v průběhu denní služby (od 6:00 do 18:00).

Pozorovaný jev - Oslovení K/P

Si1 - Sestra oslovovala K/P paní/pane + příjmením, nebo titulem, který K/P měl (Pane inženýre, apod..).

Si2 - Sestra oslovovala K/P paní/pane + příjmením.

Pozorovaný jev - Komunikace s K/P

Si1 - Sestra komunikovala s K/P vlídně, ochotně a mile. Na K/P se usmívala. Při prováděných výkonech s nimi bez potíží komunikovala.

Si2 - Sestra při všech výkonech s K/P komunikovala, říkala jim o všem, co bude aktuálně provádět, byla usměvavá. Při smutnějším tématu dokázala K/P dát najevo pochopení.

Pozorovaný jev - Předávání informací K/P a edukace K/P

Si1 - Informovala K/P o důvodu proč má PŽK, řekla mu, že při jakýkoliv bolesti či pálení ruky má signalizací přivolat sestru, informovala K/P, že si má kontrolovat, zda infuze kape. Informovala K/P o tom, že další den půjde na CT vyšetření, poučila ho. Informovala K/P o tom, že si má každou vypitou skleničku pití zaznamenávat na papír.

Si2 - Informovala nově přijatého K/P o chodu oddělení, kde je toaleta, sprcha, signalizace, informovala o době návštěv. Informovala K/P, který byl propouštěný do domácího léčení, o užívání léků, a že má na doma léky na tři dny, zbytek mu musí napsat obvodní lékař. Informovala K/P o popíjení roztoku Fortrans na vyprázdnění.

Pozorovaný jev - Komunikace mezi personálem

Sestry mezi sebou komunikovaly velmi kamarádsky, o K/P mluvili vždy hezky, i když se jednalo o problémovější pacienty. S ostatním personálem spolupracovaly bez potíží. Byly sehraný tým.

Pozorovaný jev - Zajištění základních potřeb K/P

Si1 - Během dne dohlížela na pitný režim K/P. Nesoběstačným K/P dávala průběžně napít. Hygienickou péči a péči o vyprazdňování zajišťovaly sanitářky.

Si2 - Během dne dohlížela na pitný režim K/P. Nesoběstačným K/P dávala průběžně napít. Hygienickou péči a péči o vyprazdňování zajišťovaly sanitářky. Ptala se jak se K/P daří, zda něco nepotřebují.

Pozorovaný jev - Provádění hygienické péče u K/P

Si1 - Hygienickou péči prováděla ráno u chodících pacientů. Tedy je pouze vzbudila a upravila K/P lůžko, případně jim dala čisté ložní a osobní prádlo.

Si2 - Hygienickou péči prováděla u K/P ráno společně s celým personálem. Při hygienické péči použila jednu žínku na celé tělo, převlékla špinavé ložní prádlo a promazala dolní končetiny.

Pozorovaný jev - Používání omezujících prostředků

Omezena byla jedna K/P, která si během dne neustále vytahovala PŽK, proto bylo nutné jí přikurtovat HK k lůžku. Na oddělení byl pouze jeden pás na jednu ruku, proto se k omezení druhé končetiny využily nemocniční kalhoty.

Pozorovaný jev - Péče o K/P, kteří jsou nějakým způsobem omezeni

O K/P, která byla omezena se nějak zvlášť nepečovalo. Po ukončení infuze ji Si1 odvázala, ale K/P si i přesto PŽK vytáhla, vzhledem k tomu, že K/P již ten den neměla žádnou infuzní terapii, nemusel se jí zavádět nový PŽK, tedy již nemusela být přikurtovaná.

Pozorovaný jev - Reakce sestry na potřeby K/P

Si1 - Byla velmi ochotná k potřebám K/P. Ochotně jim přinesla čaj nebo podložní mísu.

Si2 - Aktivně naslouchala K/P, snažila se jim vyjít vstříc jak nejvíce to šlo.

Pozorovaný jev - Způsob podání léků

Sestry léky chystaly a rozdávaly společně. Léky si nachystaly na vozík a chystaly je a rozdávaly před pokojem. Jedna sestra léky četla, druhá chystala. Identifikaci K/P neprovedly. Polední a večerní léky si pak předem chystaly na sesterně do lékovek. Kontrola užití léku pacientem neprobíhá. Lék se mu vysypal buď do ruky, nebo i s lékovkou nechal na stole.

Pozorovaný jev - Dodržování BOZP u sestry

Si1 - Pomůcky nosila v ruce, pokud toho bylo více, tak si vzala tácek. Na jehly si vždy s sebou nosila kontejner. Odběry krve a zavádění PŽK prováděla bez rukavic. Na hygienickou péči si rukavice vzala. Mytí rukou a dezinfekci prováděla po celý den.

Si2 - Pomůcky nosila v ruce. Pokud toho bylo více, vzala si emitní misku. Do ní pak dala třeba i jehlu, kterou následně musela najít mezi dalšími věcmi a správně ji vyhodit. Rukavice používala, mezi K/P si je měnila. Pravidelně prováděla hygienickou a dezinfekční péči o ruce.

Pozorovaný jev - Popsat prováděné výkony sestry během dne

Si1 - Předání služby; chystání infuzí; ranní hygienická péče; aplikace inzulínu; chystání a podání léků per os; podání kapek do očí; podání infuzí; podání nebulizace; zapojení kyslíkových brýlí; zavádění PŽK, zavádění PMK ženě; vedení dokumentace; sledování BT; příjem K/P.

Si2 - Předání služby; odběry krve; podání infuzí; ranní hygienická péče; péče o kůži K/P; ošetřování ČŽK; bandáže DK pacienta; doplnění čaje; odběr glykémie; krmení K/P; aplikace s.c. léků; příjem K/P, propuštění K/P; nachystání a podání Fortrans roztoku.

5.2.5 Interní pracoviště – 2 den pozorování

Byly pozorovány dvě registrované sestry, označené jako Si3 a Si4, v průběhu denní služby (od 6:00 do 18:00).

Pozorovaný jev - Oslovení K/P

Si3 - Sestra oslovovala K/P paní/pane + příjmením.

Si4 - Sestra oslovovala K/P paní/pane + příjmením, starší ženy oslovovala „babi“.

Pozorovaný jev - Komunikace s K/P

Si3 - Komunikace probíhala zejména z hlediska zdravotního stavu K/P. Osobněji s K/P nekomunikovala. Komunikace byla vždy jasná a stručná, za nějakým účelem.

Si4 - Sestra komunikovala s K/P přátelsky, někdy až příliš mile, zbytečně zdrobněle. Usmívala se.

Pozorovaný jev - Předávání informací K/P a edukace K/P

Si3 - Informace probíhaly z hlediska: důvodu odběru glykémie; aplikace inzulínu; sběru moče; zavedení PŽK, důležitost bandáží a aplikace antikoagulancií; při příjmu K/P informování o chodu oddělení, kde je toaleta, sprcha, signalizace.

Si4 - Informace probíhaly z hlediska: infuzní terapie; důležitosti ležet i na boku nejen na zádech (prevence dekubitů); zavedení PŽK; aplikaci inzulínu.

Pozorovaný jev - Komunikace mezi personálem

Komunikace mezi sestrami i celým personálem byla vzájemně dobrá. Všichni se k sobě chovaly mile a přátelsky, žádný personální problém nenastal. O K/P se bavili pouze z hlediska ošetrovatelského, mluvili o K/P s úctou.

Pozorovaný jev - Zajištění základních potřeb K/P

Si3 - Sestra během dne dohlížela na pitný režim K/P. Upozorňovala i ostatní personál ať na to dohlíží. Sestra během dne neměla problém jít a přebalit K/P či mu odnést plnou mísu.

Si4 - Sestra průběžně procházela pokoje, nesoběstačným K/P dávala napít. Pokud byla požádána o pomoc při napolohování K/P nebo jeho přebalení, vždy ochotně šla.

Pozorovaný jev - Provádění hygienické péče u K/P

Si3 - Hygienickou péči prováděla ráno při ranní hygieně společně s celým nelékařským personálem. U soběstačných ustlala lůžko, částečně soběstačným K/P dala k lůžku nádobu s vodou a nechala je, ať se umyjí sami. K/P kteří potřebují celkovou pomoc při hygienické péči, umyla, použila jednu žínku, vyčistila dutinu ústní a K/P učesala.

Si4 - Hygienickou péči prováděla ráno při ranní hygieně společně s celým nelékařským personálem. U soběstačných ustlala lůžko, částečně soběstačným K/P dala k lůžku nádobu s vodou a nechala je, ať se umyjí sami, později jim šla umýt záda a ustlat lůžko, popřípadě vyměnit ložní a osobní prádlo. Sestra promazala suché DK pacientů.

Pozorovaný jev - Používání omezujících prostředků

Po té co si, K/P (stejná jako předešlý den) skoro vytrhla nově zavedený PŽK, byly jí opět omezeny HK k lůžku. Po dokapání infuzní terapie byla odkurtována a PŽK jí byl převázán obvazem. K/P byla průběžně kontrolována každých 20 minut.

Pozorovaný jev - Péče o K/P, kteří jsou nějakým způsobem omezeni

K/P, která byla omezena se kontrolovala co 20 minut, dávalo se jí napít, po ukončení infuze byla K/P odkurtována a končetina s PŽK jí byla převázána obvazem.

Pozorovaný jev - Reakce sestry na potřeby K/P

Si3 - Na potřeby K/P reagovala aktivně, ihned. Při požádání přebalila K/P, donesla mu čaj.

Si4 - Pokud K/P cokoliv potřeboval, byla ochotná mu vyhovět nebo říci někomu z personálu (např. vynesení podložní mísy).

Pozorovaný jev - Způsob podání léků

Sestry léky chystaly a rozdávaly společně. Léky si nachystaly na vozík a chystaly je a rozdávaly před pokojem. Jedna sestra léky četla, druhá chystala. Identifikaci K/P neprovedla ani jedna. Polední a večerní léky si pak předem chystaly na sesterně do lékovek. Kontrola užití léku probíhala u starších osob, které by si léky samy nedokázaly vzít.

Pozorovaný jev - Dodržování BOZP u sestry

Si3 - Sestra veškeré pomůcky nosila v emitní misce. Ostrý materiál třídila až po provedení aktuálního výkonu. Rukavice použila vždy, když to bylo nutné. Při ranní hygieně rukavice mezi K/P měnila pouze, pokud je měla znečištěné. Špinavé prádlo i pleny házela na zem, a až dokončila hygienickou péči, tak vše ze země odnesla a roztřídila. Pravidelně prováděla hygienickou a dezinfekční péči o ruce.

Si4 - Pomůcky sestra nosila v ruce nebo v emitní misce. Na ostrý materiál si brala emitní misku zvlášť. Zavádění PŽK prováděla bez rukavic. Na hygienickou péči si brala rukavice, mezi pacienty si rukavice měnila, jen když je měla znečištěné. Pravidelně prováděla hygienickou a dezinfekční péči o ruce.

Pozorovaný jev - Popsat prováděné výkony sestry během dne

Si3 - Předání služby; chystání a podání infuzí; aplikace inzulinu; ranní hygienická péče; chystání a podání léků per os; podání kapek do očí; podání infuzí; péče o kůži K/P; podání

kyslíku; zavádění PŽK, zavádění PMK ženě; vedení dokumentace; sledování BT; příjem K/P, přebalování K/P.

Si4 - Předání služby; odběry glykémie; chystání a podání infuzí; ranní hygienická péče; péče o kůži K/P; ošetřování CŽK; bandáže DK pacienta; doplnění čaje; podání nebulizace; aplikace s.c. léků; příjem K/P, sledování BT.

5.2.6 Interní pracoviště – 3 den pozorování

Byly pozorovány dvě registrované sestry, označené jako Si5 a Si6, v průběhu denní služby (od 6:00 do 18:00).

Pozorovaný jev - Oslovení K/P

Si5 - Sestra oslovovala K/P paní/pane + příjmením, popřípadě titulem.

Si6 - Sestra oslovovala K/P paní/pane + příjmením, popřípadě titulem.

Pozorovaný jev - Komunikace s K/P

Si5 - Komunikace byla dobrá, sestra se snažila s K/P komunikovat při všech činnostech, byla usměvavá, empatická.

Si6 - Sestra komunikovala s K/P o všech záležitostech, jako osobních, zdravotních, rodinných. Byla velmi komunikativní. Nechyběl ani povzbuzující dotek ruky sestry na pacientovo rameno nebo za jeho ruku.

Pozorovaný jev - Předávání informací K/P a edukace K/P

Si5 - Informace probíhaly z hlediska: infuzní terapie, antikoagulační léčby, aplikace inzulinu-edukace o aplikaci inzulinovým perem, důležitosti postranic, vyšetření CT, účinků analgetik, diabetické stravy (ne sladké), propuštění K/P domů-léky na 3 dny.

Si6 - Informace probíhaly z hlediska: infuzní terapie; příjem K/P - signalizace, kde je toaleta, sprcha, dodržování pitného režimu, aktivizace.

Pozorovaný jev - Komunikace mezi personálem

Komunikace mezi sestrami byla spíše jen pracovní. Sestra Si6 se vyhýbala kontaktu se sanitářkami, když s nimi už mluvila, tak působila velmi odměřeně.

Pozorovaný jev - Zajištění základních potřeb K/P

Si5 - Sestra se při vykonávaných činnostech ptala K/P, zda chtějí napít, zda je vše v pořádku.

Si6 - Sestra se při vykonávaných činnostech ptala K/P, zda chtějí napít, zda je vše v pořádku.

Pozorovaný jev - Provádění hygienické péče u K/P

Si5 - Hygienickou péči sestra prováděla ráno s ostatními pracovníky. Prováděla hygienickou péči zejména u nesoběstačných a částečně soběstačných K/P. Částečně soběstačným pomohla umýt zadní část těla. Nesoběstačné umyla sama, jednou žínkou celé tělo, neaktivizovala K/P, opružená místa ošetřila ochranným krémem.

Si6 - Hygienickou péči sestra prováděla zejména ráno s ostatními pracovníky. Provedla dopomoc při hygieně genitálů, promazala dolní končetiny některým K/P. Dutině ústní nevěnovala pozornost u žádného K/P.

Pozorovaný jev - Používání omezujících prostředků

Během dne nebyl žádný K/P nějakým způsobem omezen.

Pozorovaný jev - Péče o K/P, kteří jsou nějakým způsobem omezeni

Během dne nebyl žádný K/P nějakým způsobem omezen.

Pozorovaný jev - Reakce sestry na potřeby K/P

Si5 - Reakce sestry, na jakoukoliv potřebu či žádost pacienta, byla pozitivní. Sestra se snažila K/P vyjít vstříc jak jen to bylo možné.

Si6 - Sestra na potřeby pacientů reagovala pohotově, ihned.

Pozorovaný jev - Způsob podání léků

Sestry léky chystaly a rozdávaly společně. Léky si nachystaly na vozík a chystaly je a rozdávaly před pokojem. Jedna sestra léky četla, druhá chystala. Identifikaci K/P neprovedla ani jedna. Polední a večerní léky si pak předem chystaly na sesterně do lékovek. Kontrola užití léku probíhala u starších osob, které by si léky samy nedokázaly vzít.

Pozorovaný jev - Dodržování BOZP u sestry

Si5 - Sestra si při manipulaci s ostrým materiálem brala kontejner na jehly. Veškeré pomůcky si pokládala do lůžka. Rukavice použila na hygienickou péči i ošetřování kůže. Na zavádění PŽK si rukavice nebrala. Mytí rukou a dezinfekce prováděla po každém výkonu.

Si6 - Sestra nosila pomůcky v ruce nebo v emitní misce. K odběru krve i k vytáhnutí PŽK si vzala rukavice. Mytí rukou a dezinfekce prováděla v průběhu celého dne.

Pozorovaný jev - Popsat prováděné výkony sestry během dne

Si5 - Předání služby; chystání a podání infuzí; aplikace inzulínu; ranní hygienická péče; chystání a podání léků per os; podání kapek do očí; podání infuzí; péče o kůži K/P; zavádění PŽK, vedení dokumentace; sledování BT; propuštění K/P; doplňování materiálů; příjem léků z centrální lékárny a jejich úklid.

Si6 - Předání služby; odběry glykémie; chystání a podání infuzí; ranní hygienická péče; chystání a podání léků per os; péče o kůži K/P; ošetřování CŽK; doplnění čaje; podání nebulizace; aplikace s.c. léků; sledování BT, překládání K/P; příjem K/P; úklid léků do lékárny.

DISKUZE

Na základě zpracování výsledků dotazníkového šetření a výsledků pozorování byly vyhodnoceny předem stanovené cíle, které jsou následně zhodnoceny.

Cíl č. 1 – Zjistit zdali a jak se liší práce sester na psychiatrickém a interním oddělení.

Dle dotazníkového šetření bylo jednoznačně zjištěno, že se práce na psychiatrickém a interním pracovišti liší. Odpovědělo tak 95 % respondentů, z toho 91 % odpovědělo, že určitě ano a 4 % spíše ano. Nejčastěji respondenti odpovídali, že se práce liší zejména v komunikaci s pacientem, přístupem k němu nebo také zvýšenou psychickou zátěží sester.

Metodou pozorování byly vypořádány rozdíly v komunikaci s nemocnými i obecně rozdílný přístup k nim. Na psychiatrickém pracovišti sestry oslovovaly pacienty jménem a to ne vždy na požádání hospitalizovaného. Komunikace s psychicky nemocnými je také obtížnější, ať už z hlediska běžné konverzace nebo z hlediska edukace či předávání informací. Je důležité, aby sestra dokázala s pacientem eticky komunikovat, aby si uměla zachovat zdravý postoj k člověku s duševní nemocí, aby jeho chování nezesměšňovala či nezlehčovala. Bohužel sestry na psychiatrickém pracovišti, kde bylo prováděno pozorování byly buď příliš odměřené, nebo až příliš používaly zdvořiliny, naproti tomu sestry pracující na interním oddělení komunikovaly s pacienty na určité morální úrovni, dokázaly svoje chování přizpůsobit aktuálnímu stavu nemocného.

Jednou z odlišností psychiatrického pracoviště od interního je podávání léků (obzvláště léků per os). Na psychiatrickém pracovišti je nezbytná kontrola užití léku pacientem, kdežto na interním se léky ve formě tabletek můžou ponechat na stolku u lůžka. Používání omezujících prostředků je na psychiatrickém pracovišti častější, mnohdy pacienti sami požadují použití omezujícího prostředku. Sledování omezeného pacienta pak na psychiatrickém pracovišti bylo neustále, a to přes kamerový systém, nebo skoro vůbec, což byla chyba sester, které na pacienta zapomněly, nebo jen neměly potřebu ho zkontrolovat, dát mu napít či povolit kurty. Na interním pracovišti pak kontrola probíhala také velmi poskromnu, kdy byla pacientka jednou sestrou kontrolována až za dvě hodiny, ale další sestra prováděla kontrolu co 20 minut. Na psychiatrickém pracovišti je také prováděno méně odborných výkonů.

Cíl č. 2 – Zjistit zvláštnosti v přístupu sester k psychicky nemocným pacientům.

Formou dotazníkového šetření bylo zjištěno, že zvláštností v přístupu k psychicky nemocným je používání omezujících prostředků. Psychofarmaka byla uvedena jako nejčastější používaný omezující prostředek, uvedlo tak 80 % respondentů z celkového počtu 103. Pro omezení pacienta jsou ve 43 % používány kurty a ve 42 % postranice. Pouze 6 % sester uvedlo, že omezovací prostředky na svém pracovišti vůbec nepoužívají, přičemž tyto údaje uváděly zejména sestry pracující v ambulantní péči o psychicky nemocné. Nejčastější indikací pro použití omezujících prostředků je agresivita pacienta či jeho neklid. Důvodem je také případ, kdy je nemocný nebezpečný sobě nebo okolí. Kontrola omezeného pacienta na psychiatrickém pracovišti pak probíhá neustále (uvedlo 34 % respondentů) nebo 2 krát za hodinu (uvedlo 22 % respondentů). Správně 1/6 sester doplnila, že při kontrole pacienta, kontrolují také prokrvení končetin a případně kurty postupně uvolňují.

Zvláštností je také podávání léčiv. Dutinu ústní, při podání léčiv psychicky nemocným, kontroluje 70 % sester, ostatní podání léků zjišťují pohledem, kontrolou rukou nebo kelímku na pití. Nejčastěji užívané léky na psychiatrickém pracovišti jsou psychofarmaka, mezi nimi pak antipsychotika/neuroleptika, antidepressiva, anxiolytika a sedativa/hypnotika.

Z pozorování vyplynulo, že zvláštností je zejména komunikace s pacienty. Každý vyžaduje individuální přístup, s přihlédnutím na duševní onemocnění, věk, aktuální psychický stav. Tedy je důležitá dokonalá přizpůsobivost chování a jednání sester. Bohužel na pracovišti, kde bylo prováděno pozorování, byly sestry zaběhnuté do jednoho stereotypního chování. Většina ke všem nemocným přistupovala stejně. Myslím si, že to bylo způsobeno nedostatkem motivace k práci s lidmi. Pozorování potvrdilo zvláštnost při podávání léků per os, kdy zde sestry kontrolovaly dutinu ústní nemocného. Sestra musí být také obezřetná při kontrole osobních věcí pacienta (u nově přijatého nebo v případě, kdy osobní věci donese rodina), protože při pochybení by mohlo dojít k fatální chybě, která by v nejhorším případě mohla skončit až smrtí pacienta. Nemocný tedy nesmí mít u sebe nic, čím by se mohl pořezat (skleněné nádoby, voňavky,...), nebo uškrtnit (nabíječka na telefon, sluchátka,...) ani nic podobně nebezpečného, aby si nemohl ublížit.

Cíl č. 3 – Zjistit která onemocnění jsou nejčastějším důvodem k hospitalizaci nemocných na psychiatrickém oddělení.

Na tento cíl byla zaměřena 11 otázka v dotazníkovém šetření a jednalo se o názor sester vyplývající z jejich zkušeností a vědomostí. Po grafickém zpracování bylo zjištěno, že nejčastějším důvodem k hospitalizaci jsou onemocnění vyvolané psychoaktivními látkami (alkohol, drogy,...), schizofrenní poruchy a afektivní poruchy (manická fáze, depresivní fáze,...).

Cíl č. 4 – Vytvořit přehled vzdělávání sester v oboru psychiatrie.

Z dotazníkového šetření vyplynulo, že nejvíce sester má nejvýše dosažené vzdělání středoškolské s maturitou, oboru „Všeobecná sestra“ (66 % respondentů ze 105). Vyšší odbornou školu dostudovalo 20 % dotázaných, z toho 9 % absolvovalo obor „Diplomovaná pro psychiatrii“. Vysokoškolského vzdělání dosáhlo 13 % respondentů.

V současné době, není možno studovat školu se zaměřením na psychiatrickou problematiku, ale sestry mají možnost specializačního vzdělávání u NCO NZO (Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů) v Brně. Pro sestry pracující na psychiatrii se jedná o specializační program „Sestra pro péči v psychiatrii“. Velmi pozitivní je, že skoro polovina dotázaných sester má nějaké specializační studium a nejčastěji se pak jedná právě o specializaci v oblasti psychiatrie.

Mimo jiné mají sestry možnost navštěvovat různé vzdělávací akce zaměřené nejen na problematiku psychiatrie. Dle průzkumu navštěvuje vzdělávací akce 82 % respondentů. Pouze 1 respondentka uvedla, že by o tyto vzdělávací akce měla zájem, ale bohužel nemá možnost je navštěvovat.

Vzdělávání sester na psychiatrii, tak jako na všech jiných pracovištích, je podporováno samovzděláváním a aktivním dohledáváním novinek v ošetrovatelské péči. Ze 103 respondentů novinky z oboru psychiatrie vyhledává 90 % sester, z toho aktivnímu vyhledávání se věnuje 72 %.

Na stejně zaměřenou problematikou byly zpracovány dvě práce.

První bakalářskou práci napsala Hřebejková Blanka s Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích. Jejím tématem byla „Specifika práce sestry na psychiatrickém oddělení“. Ve své práci využila kvalitativní metodu, rozhovor. Jejím cílem bylo charakterizovat specifika

práce sestry, zmapovat komunikační dovednosti sestry na psychiatrickém oddělení, dále zjistit jak jsou sestry připravovány na mimořádné události, které se mohou na jejich oddělení vyskytnout a jaké možnosti mají sestry v rámci celoživotního vzdělávání v oblasti psychiatrické ošetrovatelské péče.

Stejně jako my, zjistila, že práce na psychiatrickém pracovišti se od ostatních oddělení liší. Sestra pracující na psychiatrii by se měla orientovat v psychiatrické problematice a zajímat se o obor, ve kterém pracuje. Sestra by měla být zručná a pohotová. Komunikace je podle Hřebejkové Blanky také velmi specifická a důležitá, a to z důvodu, že se sestra setkává s různými typy pacientů.

Z výzkumného šetření také stejně jako my zjistila, že většina sester se o vzdělání zajímá a vyhledává jej.

Druhou bakalářskou práci napsala Marie Brigantová, také z Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích. Její téma bylo „Specifika ošetrovatelské péče u pacientů hospitalizovaných v psychiatrické léčebně“. Ve výzkumné části využila metody polostandardizovaného rozhovoru se sestrami i pacienty a metodu skrytého pozorování. Jako cíl bakalářské práce si stanovila dva cíle. A to „Zjistit specifika ošetrovatelské péče u pacientů hospitalizovaných v psychiatrické léčebně“, „Zjistit, jaká je informovanost pacientů o možnostech léčby“ a také „Zjistit, jaká je připravenost sester komunikovat s pacienty s psychickou poruchou“.

Náš druhý cíl „Zjistit zvláštnosti v přístupu sester k psychicky nemocným pacientům“ je podobný prvnímu cíli Marie Brigantové. Avšak její výzkumná otázka, směřující k tomuto cíli, byla „Znají sestry specifika ošetrovatelské péče u pacientů hospitalizovaných v psychiatrické léčebně?“, kdežto v této práci jsme tato specifika zjišťovali.

ZÁVĚR

Zpracování práce „Specifika ošetrovatelské péče o psychicky nemocné“ mi byla přínosem v oblasti péče a přístupu k psychicky nemocným.

Cílem práce bylo zjistit, zdali a jak se liší práce sestry na psychiatrickém a interním oddělení, zjistit zvláštnosti v přístupu sester k psychicky nemocným pacientům, zjistit, která onemocnění jsou nejčastějším důvodem k hospitalizaci nemocných na psychiatrickém oddělení a vytvořit přehled vzdělávání sester v oboru psychiatrie

Všechny stanovené cíle byly splněny. Při zpracovávání dotazníků mě velmi mile překvapilo, že necelá polovina z dotázaných sester má nějakou specializaci, nejčastěji psychiatrickou. Naopak jsem nečekala používání ochranného kabátku či síťového lůžka. Dotazníkové šetření mi udělalo pozitivní náhled na péči sester o duševně nemocné.

Bohužel prováděné pozorování sester na psychiatrickém pracovišti, mě spíše zklamalo. Byla jsem zklamána komunikací sester s nemocnými, přístupem k nim i celkově vystupováním sester. Sestry dávaly nemocným najevo, že na ně nemají čas, informace, které jim podávaly, byly mnohdy až příliš stručné. Mezi sebou se velmi nahlas bavily o nemocných, dokonce se jim i smály. Základní potřeby zajišťovali spíše pečovatelé, kteří se hrubému jednání také nevyhýbali. Pozitivum je, že omezovací prostředky nebyly příliš zneužívány. Omezení byli nemocní, kteří ohrožovali sebe nebo okolí nebo ti, kteří si přikurtování vyložně vyžádali. Péče o omezené pacienty byla přijatelná díky kamerovému systému, myslím si, že jinak by dlouhé hodiny leželi sami na pokoji. Znepokojující pro mě byla i skutečnost, že většina nemocných neměla identifikační náramky, měli je tak volné, že si je uschovali do stolků. Chápu, že sestry hospitalizované znaly, ale potom tento systém postrádá na významu. Pro mě bylo toto velmi obtížné, protože pacienty jsem neznala. Vypozorovala jsem, že podávání léků psychicky nemocným, z hlediska kontroly užití bylo dostačující.

Tato zkušenost mě navedla k hlubšímu zamyšlení, jak by péče o nejen psychicky nemocné, neměla vypadat a že i přes neustálý rozvoj společnosti se najdou věci, které se dají zlepšovat.

Každý člověk si totiž zaslouží tu nejlepší možnou péči a vlídné slovo sestry. I my můžeme být na pozici nemocného, a proto by se každá sestra měla zamyslet, jak by chtěla, aby o ni bylo pečováno a podle toho se snažit pečovat i o druhé.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- [1] BABIAKOVÁ, Mira, Eva MARKOVÁ a Martina VENGLÁŘOVÁ, 2006. *Psychiatrická ošetrovatelská péče*. Praha: Grada Publishing. ISBN 8024711516.
- [2] BÁRTLOVÁ, Sylva, Petr SADÍLEK a Valérie TÓTHOVÁ, 2005. *Výzkum a ošetrovatelství*. Vyd. 1. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. ISBN 80-7013-416-X.
- [3] ČERŇANOVÁ, Andrea, 2011. *Ošetrovanie chorých s psychickými problémami na somatických oddeleniach: učebnica pre fakulty ošetrovatel'stva*. Martin: Osve-ta. ISBN 978-80-8063-354-7.
- [4] ČEŠKOVÁ, Eva, Mojmír SVOBODA a Hana KUČEROVÁ, 2006. *Psychopatologie a psychiatrie: pro psychology a speciální pedagogy*. Vyd. 1. Praha: Portál. ISBN 80-7367-154-9.
- [5] HOSÁKOVÁ, Jiřina a kol., 2007. *Ošetrovatelská péče v psychiatrii*. Vyd. 1. Opava: Slezská univerzita v Opavě, Filozoficko-přírodovědecká fakulta, Ústav ošetrovatelství. ISBN 978-80-7248-442-3.
- [6] KUTNOHORSKÁ, Jana, 2009. *Výzkum v ošetrovatelství*. 1. vyd. Praha: Grada. Sestra. ISBN 978-80-247-2713-4.
- [7] MALÁ, Eva a Pavel PAVLOVSKÝ, 2002. *Psychiatrie*. Vyd. 1. Praha: Portál. ISBN 80-7178-700-0.
- [8] PIDRMAN, Vladimír, 2007. *Demence*. Vyd. 1. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1490-5.
- [9] PRAŠKO, Ján a Klára LÁTALOVÁ, 2013. *Psychiatrie v primární péči*. 1. vyd. Praha: Mladá fronta. ISBN 978-80-204-2798-4.
- [10] PRAŠKO, Ján a kol., 2011. *Obecná psychiatrie*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 978-80-244-2570-2.
- [11] SLEZÁKOVÁ, Lenka a kol., 2007. *Ošetrovatelství pro zdravotnické asistenty*. Vyd. 1. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2270-2.
- [12] SMOLÍK, Petr, 2002. *Duševní a behaviorální poruchy: průvodce klasifikací, nástin nozologie, diagnostika*. 2., rev. vyd. Praha: Maxdorf. ISBN 80-85912-18-X.

- [13] TYRLÍKOVÁ, Ivana, 1999. *Neurologie pro sestry*. Vyd. 1. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví. ISBN 80-7013-287-6.
- [14] VÁGNEROVÁ, Marie, 2008. *Psychopatologie pro pomáhající profese: variabilita a patologie lidské psychiky*. Vyd. 4., rozš. a přeprac. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-414-4.
- [15] *Zajišťování kvality ošetrovatelské péče: Etický kodex sester; Charty práv pacientů, 1998*. Vyd. 1. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví. ISBN 80-7013-270-1.
- [16] ZACHAROVÁ, Eva, Miroslava HERMANOVÁ a Jaroslava ŠRÁMKOVÁ, 2007. *Zdravotnická psychologie: teorie a praktická cvičení*. Vyd. 1. Praha: Grada. Sestra. ISBN 978-80-247-2068-5
- [17] ZVOLSKÝ, Petr a kol., 2003. *Obecná psychiatrie*. Praha: Karolinum. ISBN 80-718-4494-2.

Internetové zdroje

- [1] ČESKO, 2011. Zákon č. 105/2011 ze dne 25. března 2011, kterým se mění zákon č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních), ve znění pozdějších předpisů, a zákon č. 634/2004 Sb., o správních poplatcích, ve znění pozdějších předpisů. In: *Sbírka zákonů České republiky* [online]. Částka 40, s. 1053 [cit. 2014-05-12]. Dostupné z: <http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/ViewFile.aspx?type=z&id=23371>
- [2] ČESKO, 2011. Zákon č. 372/2011 ze dne 6. listopadu 2011 o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování. In: *Sbírka zákonů České republiky* [online]. Částka 131, s. 4752-4753 [cit. 2014-05-12]. Dostupné z: <http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/ViewFile.aspx?type=z&id=23497>
- [3] FOKUS Liberec: Výroční zpráva za rok 2006, 2006. In: *FOKUS Liberec* [online]. [cit. 2014-02-24]. Dostupné z: http://www.fokuslbc.eu.uvirt16.active24.cz/data/Vyrocní_zprava_2006.pdf

- [4] JAROŠOVÁ, Darja. Florence Nightingalová, 2006. In: *Nemocnice Jablonec nad Nisou, p.o.* [online]. © 2000-2014 [cit. 2014-04-27]. Dostupné z: <http://www.nemjbc.cz/cs/o-nas/tiskove-zpravy/tiskove-zpravy-2006/kveten-2006/florence-nightingalova.html>
- [5] MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČESKÉ REPUBLIKY, 2013. Reforma péče o duševní zdraví: Strategie reformy psychiatrické péče. In: *Reforma péče o duševní zdraví: Strategie reformy psychiatrické péče* [online]. [cit. 2014-02-20]. Dostupné z: http://www.reformapsychiatrie.cz/wp-content/uploads/2013/10/SRPP_publicace_web_9-10-2013.pdf
- [6] PSYCHIATRICKÁ SPOLEČNOST ČLS J.E.P., 2008. Koncepce oboru psychiatrie – 1. revize 2008. In: *Vytvoření sítě služeb péče o osoby s duševním onemocněním. Rozvoj péče o osoby s duševním onemocněním: na území Karlovarského kraje* [online]. [cit. 2014-02-24]. Dostupné z: <http://www.rpkk.cz/download/model-zdroje/005-koncepce-oboru-psychiatrie2008.pdf>
- [7] ROZHODNUTÍ o udělení akreditace k uskutečnění teoretické části specializačního vzdělávacího programu, 2011. In: *Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů* [online]. 2012 [cit. 2014-02-27]. Dostupné z: http://www.nconzo.cz/c/document_library/get_file?uuid=41a35156-fec0-4b11-a704-31f0286be007&groupId=11063
- [8] ÚZIS ČR, 2013. Psychiatrická péče v psychiatrických lůžkových zařízeních v roce 2012. In: *Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR* [online]. Praha. [cit. 2014-02-26]. Dostupné z: http://www.uzis.cz/system/files/ai_2013_45.pdf
- [9] VRUBLOVÁ, Yvetta, 2006. Etika v ošetrovatelství. In: *Ostravská univerzita: Zdravotně sociální fakulta* [online]. Ostrava. [cit. 2014-05-01]. Dostupné z: <http://projekty.osu.cz/mentor/II-etika.pdf>
- [10] WORLD HEALTH ORGANIZATION, © 2003. WHO definition of Health. *World Health Organization* [online]. [cit. 2014-02-25]. Dostupné z: <http://www.who.int/about/definition/en/print.html>

Elektronický časopis

- [1] GILILLAND, Margaret, 2010. RN,B.S.N., C.C.R.N. Dementia. *Journal of Practical Nursing*, 60(1), 9-15. [online]. [cit. 2014-02-25]. Retrieved from: <http://search.proquest.com/docview/878223560?accountid=15518>

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

a kol.	A kolektiv
apod.	A pododobně
Bc.	Bakalář
BMI	Body Mass Index
BOZP	Bezpečnost a ochrana zdraví při práci
BT	Bilance tekutin
č.	Číslo
cca	Cirka (přibližně)
ČR	Česká republika
CT	Computed Tomography – počítačová tomografie
CŽK	Centrální žilní katétr
DK	Dolní končetina/y
EKG	Elektrogardiograf
gtt.	Guttae – kapky
HK	Horní končetina/y
i.m.	Intramuskulární – do svalu
K/P	Klient/Pacient
MMSE	Mini mental scale examination
MRI	Magnetic resonance paging – magnetická rezonance
např.	Například
NCO NZO	Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů
n.l.	Našeho letopočtu
PMK	Permanentní močový katétr
př.n.l.	Před naším letopočtem

PŽK	Permanentní žilní katétr
s.	Strana
Sb.	Sbírka
s.c.	Subkutánní – pod kůží
Si1 – Si6	Sestra 1 – Sestra 6, pracující na interním pracovišti
Sp1 – Sp6	Sestra 1 – Sestra 6, pracující na psychiatrickém pracovišti
tj.	To je
TK	Tlak krve
VOŠ	Vyšší odborná škola
VŠ	Vysoká škola

SEZNAM GRAFŮ

Graf 1: Pohlaví.....	35
Graf 2: Nejvýše dosažené vzdělání.....	36
Graf 3: Specializace	38
Graf 4: Možnost navštěvování vzdělávacích akcí	40
Graf 5: Typ pracoviště	41
Graf 6: Celková délka praxe	42
Graf 7: Délka praxe na psychiatrických pracovištích	43
Graf 8: Odlišnost psychiatrického pracoviště	44
Graf 9: Vyhledávání novinek z oboru psychiatrie	46
Graf 10: Zjišťování informací o nemocných	47
Graf 11: Kontakt s agresivním pacientem	52
Graf 12: Standard o přístupu k agresivnímu pacientovi	53
Graf 13: Kontakt s pacientem se sebevražednými sklony	54
Graf 14: Používání omezujících prostředků	55
Graf 15: Indikace omezujících prostředků.....	57
Graf 16: Kontrola přikurtovaných pacientů	59
Graf 17: Nejčastěji užívané léky.....	61
Graf 18: Kontrola užití léků.....	64
Graf 19: Spokojenost na pracovišti.....	65
Graf 20: Je co zlepšovat na pracovišti?	66
Graf 21: Přemýšlíte nad prací i doma?	67
Graf 22: Předcházení syndromu vyhoření.....	69

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1: Pohlaví	35
Tabulka 2: Nejvýše dosažené vzdělání	36
Tabulka 3: Specializace	38
Tabulka 4: Možnost navštěvování vzdělávacích akcí.....	40
Tabulka 5: Typ pracoviště.....	41
Tabulka 6: Celková délka praxe	42
Tabulka 7: Délka praxe na psychiatrických pracovištích.....	43
Tabulka 8: Odlišnost psychiatrického pracoviště	44
Tabulka 9: Vyhledávání novinek z oboru psychiatrie.....	46
Tabulka 10: Zjišťování informací o nemocných.....	47
Tabulka 11: Onemocnění jako důvod hospitalizace, část 1	49
Tabulka 12: Onemocnění jako důvod hospitalizace, část 2	50
Tabulka 13: Kontakt s agresivním pacientem.....	52
Tabulka 14: Standard o přístupu k agresivnímu pacientovi.....	53
Tabulka 15: Kontakt s pacientem se sebevražednými sklony.....	54
Tabulka 16: Používání omezujících prostředků.....	55
Tabulka 17: Indikace omezujících prostředků	57
Tabulka 18: Kontrola přikurtovaných pacientů	59
Tabulka 19: Nejčastěji užívané léky	61
Tabulka 20: Kontrola užití léků	63
Tabulka 21: Spokojenost na pracovišti	65
Tabulka 22: Je co zlepšovat na pracovišti?.....	66
Tabulka 23: Přemýšlíte nad prací i doma?.....	67
Tabulka 24: Předcházení syndromu vyhoření.....	68

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha P I: Symptomy duševních poruch

Příloha P II: Deklarace práv lidí s duševní poruchou

Příloha P III: Vyhláška č. 55/2011 Sb. § 64 „Sestra pro péči v psychiatrii“

Příloha P IV: Zásady komunikace s agresivním pacientem



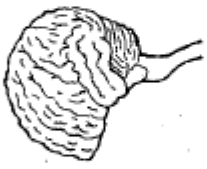
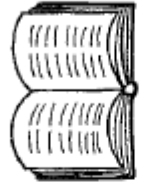
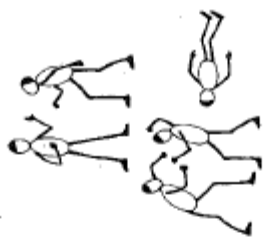




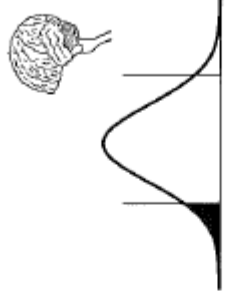


Příloha P V: Zásady komunikace s pacientem se sebevražednými myšlenkami

Příloha P VI: MMSE – Mini mental state examination

Příloha P VII: Dotazník

Příloha P VIII: Pozorovací arch

PŘÍLOHA P I: SYMPTOMY DUŠEVNÍCH PORUCH

Vnímání	Emotivita	Mýšlení a jeho poruchy	Paměť a její poruchy	Jednání
<ul style="list-style-type: none"> • Iluze • Halucinace 	<ul style="list-style-type: none"> • Patický afekt • Anxiózní nálad • Depresivní nálad • Fobie 	 <p>Mýšlení a jeho poruchy</p> <ul style="list-style-type: none"> Kvantitativní (neboli formální) poruchy myšlení <ul style="list-style-type: none"> • Útlum myšlení • Zrychlené myšlení • Zabíhavé myšlení • Uplívané myšlení Kvalitativní (neboli obsahové) poruchy myšlení <ul style="list-style-type: none"> • Myšlenkový záraz • Nesouvislé (inkohereční) myšlení • Zmatané myšlení • Bludy 	<ul style="list-style-type: none"> • Amnézie 	<ul style="list-style-type: none"> • Abulie • Agitovanost • Impulzivní jednání • Zkratkové jednání • Kompulzivní jednání • Raptus 
Vědomí		Pudy		
 <ul style="list-style-type: none"> • Kvantitativní poruchy vědomí o tzv. zastížené vědomí • Somnolence • Sopor • Kóma 	 <ul style="list-style-type: none"> • Kvalitativní poruchy vědomí o tzv. obliuzené vědomí • Delirium • Obnubilace 	  <ul style="list-style-type: none"> • Poruchy pohlavního pudu • Poruchy kořátní aktivity • Poruchy sexuální preference (sedisismus, pedofílie) 	 <ul style="list-style-type: none"> • Mentální retardace • Demence 	 <ul style="list-style-type: none"> • Degradace osobnosti • Dezintegrace osobnosti • Deteriorace osobnosti • Depravace osobnosti • Poruchy identity
 <ul style="list-style-type: none"> • Poruchy sebezáchovného pudu • Automutilace • Suicidium • Poruchy obživného pudu • Bulimie • Anorexie 				

PŘÍLOHA P II: DEKLARACE PRÁV LIDÍ S DUŠEVNÍ PORUCHOU

1. Člověk s duševní poruchou má, pokud je to jen možné, stejná práva jako ostatní občané.
2. Člověk s duševní poruchou má nárok na přiměřené lékařské ošetření a terapii odpovídající jeho potřebám, jakož i nárok na takové vzdělání, trénink, rehabilitaci a podporu, které co nejvíce mohou rozvinout jeho možný potenciál a schopnosti.
3. Člověk s duševní poruchou má právo na hospodářské zajištění a přiměřený životní standart. Má také právo na produktivní práci nebo odpovídající zaměstnání, které odpovídá pokud možno jeho schopnostem.
4. Tam, kde je možné, měl by člověk s duševní poruchou žít se svojí vlastní nebo opatrovnickou rodinou a s ní společně sdílet život. Rodina, ve které žije, by měla ke společnému životu obdržet podporu. Pokud je nutný pobyt v zařízení, pak by se způsob života v tomto zařízení a podmínky v něm měly přiblížit normálnímu životu, jak je to jen možné.
5. Člověk s duševní poruchou má právo na kvalifikovaného opatrovníka, pokud je to k jeho blahu a zájmům žádoucí.
6. Člověk s duševní poruchou má právo na ochranu před zneužíváním, pohrdáním a ponižujícím jednáním. Pokud je obžalován za přečin, pak má právo na řádné soudní vyšetřování a posouzení jeho míry odpovědnosti se zřetelem na jeho postižení.
7. Pokud člověk s duševní poruchou není v důsledku svého postižení schopen v plném rozsahu využít všechna svá práva, nebo pokud by bylo nutné některá nebo všechna práva omezit či odejmout, musí se při průběhu omezení nebo odejmutí práv prokázat příslušná právní jistota proti jakékoliv formě zneužití. Tento proces musí vycházet z odborného posouzení sociálních schopností duševně postižené osoby a musí podléhat pravidelné kontrole jakož i právu se odvolat k vyšší instituci.

FOKUS Liberec: Výroční zpráva za rok 2006, 2006. In: *FOKUS Liberec* [online]. [cit. 2014-02-24].

Dostupné

z:

http://www.fokuslbc.eu.uvirt16.active24.cz/data/Vyrocní_zprava_2006.pdf

PŘÍLOHA P III: VYHLÁŠKA Č. 55/2011 SB. § 64 „SESTRA PRO PÉČI V PSYCHIATRII“

Sestra pro péči v psychiatrii vykonává činnosti podle § 54 při poskytování ošetrovatelské péče o pacienta, který má patologické změny psychického stavu. Dále může

a) bez odborného dohledu a bez indikace lékaře

1. provádět poradenskou činnost v oblasti prevence poruch duševního zdraví a v oblasti resocializace,
2. koordinovat spolupráci mezi ústavními zdravotnickými zařízeními a terénními službami, aktivně pracovat s osobami určenými pacientem, společně vytvářet podmínky pro návrat pacienta do vlastního sociálního prostředí,
3. sledovat chování pacienta z hlediska včasného zachycení nastupující krize,
4. napomáhat adaptaci pacienta na změněné životní podmínky a podporovat zachování fyzických, kognitivních a psychických funkcí prostřednictvím cílených aktivit,
5. provádět psychoterapeutickou podporu,
6. v rozsahu své specializované způsobilosti vykonávat činnosti při začleňování pacienta s poruchou duševního zdraví do vlastního sociálního prostředí;

b) bez odborného dohledu na základě indikace lékaře

1. provádět návštěvní službu a poskytovat ošetrovatelskou péči ve vlastním sociálním prostředí pacienta,
2. poskytovat ošetrovatelskou péči pacientovi, který má patologické změny psychického stavu, vyžadující stálý dozor nebo použití omezujících prostředků z důvodu ohrožení života nebo zdraví pacienta nebo jeho okolí,
3. sledovat dodržování léčebného režimu pacienta, hodnotit známky zhoršování onemocnění, vyhodnocovat, zda pacient není nebezpečný sobě nebo svému okolí, a
4. informovat lékaře, případně zajistit nezbytná opatření pro bezpečnost pacienta a jeho okolí;

c) pod odborným dohledem lékaře se specializovanou způsobilostí v oboru psychiatrie nebo klinického psychologa

1. v rozsahu své specializované způsobilosti vykonávat činnosti při krizové intervenci,
2. v rozsahu své specializované způsobilosti vykonávat činnosti při zajišťování psychologické pomoci rodině,
3. používat pomocné psychoterapeutické techniky včetně individuálních psychoterapeutických rozhovorů,
4. zajišťovat psychoterapeutický režim oddělení

ČESKO, 2011. Vyhláška č. 55 ze dne 14. 3. 2011 o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků. In: Sbírka zákonů České republiky [online]. Částka 20, s. 513 [cit. 2014-21-1]. ISSN 1211-1244. Dostupný z: <http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/ViewFile.aspx?type=c&id=5886>

PŘÍLOHA P IV: ZÁSADY KOMUNIKACE S AGRESIVNÍM PACIENTEM

- Naslouchajte nemocnému. Nechte ho mluvit, neskákejte mu do řeči. Můžete zjistit důvod jeho emočního jednání. Pacient se může sám uklidnit. Pokud nemocný nemluví, můžete se ho zeptat: „Co vás trápí? Co se vám přihodilo?“
- Dodržujte při jednání bezpečnou vzdálenost od nemocného, nenechte ho vstupovat do vaší intimní zóny, může to být pro vás nebezpečné. Chovejte se klidně, nemocného to může také uklidnit.
- Pokud pacient živě gestikuluje, buďte ve střehu, snažte se ho posadit, vyzvěte ho ke klidnému dýchání.
- Nenechte se strhnout ke hrubému chování, nepoužívejte vulgarizmy, vše může být použito proti vám.
- Hovořte jasně, stručně, srozumitelně a klidně.
- Pokud se pacient nezklidní, zavolejte na pomoc lékaře, který mu může naordinovat zklidňující lék.
- Omluvte se nemocnému, pokud bude příčinou jeho hněvu chyba zdravotníků. Můžete pacienta zklidnit a získat i jeho důvěru.
- Dejte pozor na svou neverbální komunikaci (nezvedejte obočí, nešpulte rty, nebouchejte pomůckami, nedělejte prudká gesta apod.). Udržujte oční kontakt.

KELNAROVÁ, Jarmila a MATĚJKOVÁ, Eva, 2009. *Psychologie a komunikace pro zdravotnické asistenty: 4. ročník*. 1. vyd. Praha: Grada. Sestra. ISBN 978-80-247-2831-5.

PŘÍLOHA P V: ZÁSADY KOMUNIKACE S PACIENTEM SE SEBEVRAŽEDNÝMI MYŠLENKAMI

- Chovejte se evalvačně.
- Buďte empatičtí.
- Važte každé slovo, pacienti jsou vztahovační.
- Pacienta neokřikujte a nenabádejte, aby nebyl smutný.
- Věřte pacientovi jeho trýzeň.
- Nevymlouvejte nemocnému jeho smutek (např. „Podívejte, ten je slepý...“).
- Můžete projevit snahu o společné řešení problému.
- Neodsuzujte jednání a chování pacienta.
- Chyby při komunikaci
- Nejsme trpěliví při komunikaci s depresivním pacientem.
- Neuděláme si dostatek času.
- Nutíme pacienta k rozhodování („Co vůbec chcete?“), myslíme si, že když bude přemýšlet o budoucnosti, pomůžeme tím jeho současnému stavu.
- Nejsme ochotni provádět ošetrovatelskou péči u depresivního nemocného.
- Nedáváme nemocnému naději a pronášíme věty: „Víte, lepší už to nebude, už to bude jen horší.“
- Projevujeme nedůvěru vůči nemocnému a hovoříme k němu takto: „Vy si jen vymýšlíte, nesoustřeďte se tak jen na sebe.“
- Bagatelizujeme obtíže nemocného, on má pak dojem, že mu nikdo nerozumí.
- Ponecháváme pacienta sobě samému, přičemž on stěží zvládá denní záležitosti.

KELNAROVÁ, Jarmila a MATĚJKOVÁ, Eva, 2009. *Psychologie a komunikace pro zdravotnické asistenty: 4. ročník*. 1. vyd. Praha: Grada. Sestra. ISBN 978-80-247-2831-5.

PŘÍLOHA P VI: MMSE – MINI MENTAL STATE EXAMINATION

Orientace

Položím vám několik otázek, sloužících pro vyšetření paměti. Některé jsou zcela snadné, jiné jsou obtížnější. Odpovězte na všechny otázky, jak nejlépe dokážete.

Jaké je dnešní datum?

1. Který je rok?
2. Které je roční období?
3. Který je měsíc?
4. Kolikátého je dnes?
5. Který je den v týdnu?

Nyní se vás zeptám několika otázkami na místo, kde teď jsme.

6. Jak se jmenujete?
7. Ve kterém městě jsme?
8. Jak se jmenuje čtvrť, kde je naše nemocnice?
9. Ve kterém státě jsme?
10. Ve kterém jsme poschodí?

Registrace

Řeknu vám 3 slova. Chtěl(a) bych, abyste mi je zopakoval(a) a pokusil(a) si je zapamatovat, protože se vás na ně zeptám později ještě jednou.

11. klobouk
12. citron
13. auto

Pozornost a počty

Počítejte od sta pozpátku, pokaždé odečítejte sedm.

14. 93
15. 86
16. 79
17. 72
18. 65

Paměť

Zopakujte mi prosím ta tři slova, která jste před chvílí měl(a) opakovat a zapamatovat si.

19. klobouk

20. citron

21. auto

Jazyk

22. Ukažte pacientovi tužku.

Můžete mi říci, co to je?

23. Ukažte pacientovi hodinky.

Můžete mi říci, co to je?

24. Pozorně poslouchajte a opakujte po mně:

Žádná jestli, ano, nebo ale.

25. Položte list papíru na stůl, ukažte ho pacientovi a řekněte mu:

Pozorně poslouchajte, co vám teď řeknu: Vezměte papír do pravé ruky.

26. Přeložte ho napolovic.

27. A hod'te ho na podlahu.

28. Držte před pacientem list papíru, na kterém je napsáno: „Zavřete oči“ a řekněte pacientovi:

Prosím udělejte to, co je zde napsáno.

29. Podejte pacientovi list papíru a tužku a řekněte mu:

Napište prosím nějakou větu. Může být o čemkoliv, ale musí být úplná.

Praxe

30. Podejte pacientovi list papíru, na němž jsou nakresleny dva pětiúhelníky, a řekněte mu:

Prosím, nakreslete stejný obrázek.

Celkové skóre (0 až 30)

Skóre mezi 24–27: jedná se o mírnou kognitivní dysfunkci.

Kognitiva jsou pojišťovny hrazena v rozmezí 20–12.

PŘÍLOHA P VII: DOTAZNÍK

Dotazník

Vážené sestry,

jmenuji se Lucie Kyjovská, jsem studentkou Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně studijního programu Ošetřovatelství, oboru Všeobecná sestra.

V rámci ukončení mého studia zpracovávám bakalářskou práci s názvem *Specifika ošetřovatelské péče o psychicky nemocné* pod vedením Mgr. Anny Krátké, Ph.D. Cílem dotazníku je vytvořit přehled vzdělávání sester v oboru psychiatrie a dále zmapovat zvláštnosti v přístupu sester k psychicky nemocným pacientům. Dotazník je určen pro sestry pracující na psychiatrických pracovištích.

Dotazník je anonymní. Prosím, přistupujte k dotazníku samostatně a uvádějte pravdivé údaje.

Pokyny pro vyplňování dotazníku: **Pokud není uvedeno jinak, je pouze jedna možná odpověď. Odpovědi označte zakroužkováním, popřípadě vlastním doplněním.**

Děkuji velmi za Vaši ochotu a za Váš drahocenný čas při jeho vyplňování.

1. Jste:

- a) Žena
- b) Muž

2. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

- a) Úplně střední odborné vzdělání ukončené maturitní zkouškou (obor Všeobecná sestra)
- b) VOŠ – DiS. - obor Diplomovaná všeobecná sestra
- c) VOŠ – DiS. - obor Diplomovaná sestra pro psychiatrii
- d) VŠ – Bc. - obor Všeobecná sestra nebo Ošetřovatelství
- e) VŠ – s titulem - studijní obor (doplňte)
- f) Jiné – (uveďte)

3. Máte specializaci?

- a) Specializaci mám (doplňte)
- b) V současné době studuji (doplňte)
- c) Specializaci ke své práci nepotřebuji, nemám zájem
- d) Jiné – (uveďte).....

4. Máte možnost navštěvovat vzdělávací akce? (Workshopy, přednášky, semináře, ...)

- a) Ano, možnost mám a navštěvuji je (prosím, uveďte zaměření vzdělávacích akcí)
- b) Ano, možnost mám, ale nenavštěvuji je
- c) Ne, ale mám zájem je navštěvovat (napíšte, o jaká témata máte zájem)
- d) Ne, nemám zájem je navštěvovat

5. Na jakém typu pracoviště pracujete?

- a) Ambulance
- b) Lůžkové otevřené oddělení
- c) Lůžkové uzavřené oddělení
- d) Jiné (doplňte).....

6. Jaká je celková délka vaší odborné praxe?

- a) Do 1 roku
- b) 1 – 5 let
- c) 5 – 10 let
- d) 10 – 15 let
- e) 15 – 20 let
- f) 20 a více let

7. Z Vaší celkové praxe uveďte prosím délku praxe na psychiatrických pracovištích?

- a) Do 1 roku
- b) 1 – 5 let
- c) 5 – 10 let
- d) 10 – 15 let
- e) 15 – 20 let
- f) 20 a více let

8. Liší se podle Vás práce sestry na standardním oddělení v nemocnici a na psychiatrii?

- a) Ano, určitě (uveďte prosím v čem)
-
- b) Spíše ano (uveďte prosím v čem)
-
- c) Spíše ne
- d) Určitě ne
- e) Nevím

9. Vyhledáváte novinky z oboru psychiatrie? (odborné časopisy, ošetrovatelské databáze nebo odborné články na internetu zaměřené na zdravotnictví)

- a) Aktivně vyhledávám (doplňte zdroj)
- b) Občas vyhledávám (doplňte zdroj)
- c) Nevyhledávám
- d) Jiné (doplňte)

10. Jak zjišťujete informace o nemocných?

(možno zvolit více odpovědí)

- a) Z chorobopisu
- b) Slovně od lékaře
- c) Rozhovorem s nemocným
- d) Pozorováním
- e) Nezjišťuji
- f) Od příbuzných nemocného
- g) Z ošetrovatelské dokumentace
- h) Ústně od sester
- i) Písemně od sester
- j) Jiné (uveďte)

11. Jaká onemocnění jsou nejčastějším důvodem k hospitalizaci?

(přiřaďte k následujícím onemocněním čísla od 1 do 10, přičemž 1 je nejčastější důvod)

- Onemocnění vyvolané psychoaktivními látkami (alkohol, drogy,..)
- Schizofrenní poruchy
- Afektivní poruchy (manická fáze, depresivní fáze,...)
- Neurotické poruchy (fobie, obsedantně-kompulzivní porucha,...)
- Poruchy příjmu potravy
- Poruchy osobnosti a chování (psychopatie, poruchy pohlavní identity,...)
- Mentální retardace
- Organické duševní poruchy (demence,...)
- Poruchy spánku
- Jiné (případně uveďte)

12. Setkáváte se s pacienty s agresivním chováním?

- a) Ano, denně
- b) Občas
- c) Výjimečně
- d) Nevím
- e) Nikdy

13. Existuje ošetrovatelský standard jak přistupovat k pacientovi s agresivním chováním?

- a) Ano, řídím se podle něj
- b) Ano, řídím se podle něj částečně
- c) Ano, neřídím se podle něj
- d) Ne, ale uvítala bych jej a také se podle něj řídila
- e) Ne, nevaďí mi to
- f) Nevím

14. Setkáváte se s pacienty se sebevražednými sklony?

- a) Ano, denně
- b) Občas
- c) Výjimečně
- d) Nevím
- e) Nikdy

15. Jaké omezovací prostředky používáte na vašem pracovišti?

(možno zvolit více odpovědí)

- a) Ochranný kabátek
- b) Kurty
- c) Postranice
- d) Psychofarmaka
- e) Jiné (uveďte)

16. V kterých případech jsou omezující prostředky nejčastěji indikovány?

(uveďte).....
.....
.....
.....

17. Jak často kontrolujete pacienty, kteří jsou přikurtováni?

- a) Neustále (kamerový systém)
- b) Nekontroluji
- c) 2 krát do 1 hodiny
- d) 1 krát za 1 hodinu
- e) 1 krát za 2 hodiny
- f) 1 krát za 3 hodiny
- g) Jiné (uveďte)

18. Jaké léky, na Vašem pracovišti, pacienti nejčastěji užívají?

Prosím, vypište:.....

19. Jakým způsobem kontrolujete užití léků pacientem?

Prosím, popište:

.....

.....

.....

20. Jste spokojen/á na svém pracovišti?

- a) Určitě ano
- b) Spíše ano
- c) Spíše ne
- d) Určitě ne
- e) Nevím

21. Je něco, co by jste rád/a zlepšil/a, změnil/a na svém pracovišti?

- a) Ano (uveďte co)

.....

.....

.....

- b) Ne

22. Přemýšlíte nad prací i doma?

- a) Ano, pořád.
- b) Někdy.
- c) Spíše ne.
- d) Nikdy.

23. Jakým způsobem předcházíte syndromu vyhoření?

Prosím, popište:

.....

.....

.....

Děkuji Vám za vyplnění tohoto dotazníku ☺

Prostor pro připomínky k dotazníku:

.....

PŘÍLOHA P VIII: POZOROVACÍ ARCH

POZOROVACÍ ARCH

Téma: Specifika ošetrovatelské péče o psychicky nemocné

Místo: Psychiatrické pracoviště / Interní pracoviště

Pozorovatel: Lucie Kyjovská

Den 1	Sestra 1	Sestra 2
Oslovení K/P		
Komunikace s K/P		
Předávání informací K/P a edukace K/P		
Komunikace mezi personálem		
Zajištění základních potřeb K/P		
Provádění hygienické péče u K/P		
Používání omezujících prostředků		
Péče o K/P, kteří jsou nějakým způsobem omezeni		
Reakce sestry na potřeby K/P		
Způsob podání léků		
Dodržování BOZP u sestry		
Popsat prováděné výkony sestry během dne		

Podmínky: Pozorování bude probíhat na dvou pracovištích, po dobu 3 dnů denní služby (ř. od 6:00 do 18:00 na interním oddělení a od 7:00 do 19:00 na psychiatrickém oddělení) u 2 ten den sloužících sester.