

Komunikace s nemocným s psychiatrickou diagnózou

Kateřina Čermáková

Bakalářská práce
2013



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav ošetrovatelství

akademický rok: 2012/2013

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Kateřina ČERMÁKOVÁ**

Osobní číslo: **H10099**

Studijní program: **B5341 Ošetrovatelství**

Studijní obor: **Všeobecná sestra**

Forma studia: **kombinovaná**

Téma práce: **Komunikace s nemocným s psychiatrickou
diagnózou**

Zásady pro vypracování:

Studium odborné literatury.

Koncepce teoretické části.

Příprava výzkumného šetření formou "focus group".

Empirická část - kvalitativní výzkum, výzkumné šetření formou "focus group".

Zpracování, vyhodnocení a interpretace získaných dat.

Aplikace výsledků výzkumného šetření do praxe.

Rozsah bakalářské práce:

Rozsah příloh:

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

Seznam odborné literatury:

KUTNOHORSKÁ, Jana. Výzkum v ošetrovatelství. Praha: Grada, 2009. ISBN 978-80-247-2713-4.

CHROMÝ, Karel. Duševní nemoc. Sociologický a sociálněpsychologický pohled. Praha: Avicenum, 1990. ISBN 80-201-0050-4.

DONĚK, Emanuel. Kroměřížská Psychiatrická léčebna v průběhu devítidesetiletí. Kroměříž: Psychiatrická léčebna, 1999.

POKORNÁ, Andrea. Komunikace se seniory. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-3271-8.

BÁRTLOVÁ, Sylva a Helena HNILICOVÁ. Vybrané metody a techniky výzkumu. Zjišťování spokojenosti pacientů. Brno, 2000. ISBN 80-7013-311-2.

Vedoucí bakalářské práce:

doc. PhDr. Jana Kutnohorská, CSc.

Ústav aplikovaných společenských věd

Datum zadání bakalářské práce:

4. února 2013


Termín odevzdání bakalářské práce:

24. května 2013

Ve Zlíně dne 4. února 2013


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




Mgr. Anna Krátká, 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 1.3.2013

.....


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, užije-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). 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.

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

(3) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení jsou oprávněny požadovat, aby jim autor školního díla z výdělku jim 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 přihlídně k výši výdělku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.

ABSTRAKT

Tato bakalářská práce se zabývá tematikou komunikace s nemocným s psychiatrickou diagnózou. Teoretická část popisuje Psychiatrickou léčebnu v Kroměříži, její vývoj, charakteristiku jednotlivých onemocnění a domácí řád. Zaměřuje se především na geriatrického pacienta a jeho onemocnění. V praktické části výzkumné šetření metodikou „*focus group*“, prováděný na geronto-psychiatrickém oddělení Psychiatrické léčebny v Kroměříži, zjišťuje, jak vnímá a co ovlivňuje pacienta s psychiatrickou diagnózou.

Klíčová slova: Psychiatrická léčebna, geriatrický pacient, komunikace, sestra

ABSTRACT

This thesis deals with the theme of communication with patients with a psychiatric diagnosis. The theoretical part describes the mental hospital in Kromeriz, its development, characteristics of individual departments and domestic order. It focuses primarily on the geriatric patient and his disease. In the practical part of the research methodology "*focus group*", carried out on geronts -Psychiatric Hospital psychiatric ward in Kromeriz, figuring how he feels and what influences a patient satisfaction with psychiatric diagnosis.

Keywords: Psychiatric hospital, geriatric patient, communication, nurse

PODĚKOVÁNÍ

Děkuji paní **doc. PhDr. Kutnohorské Janě, CSc.** za odborné vedení mé bakalářské práce, za její cenné rady, připomínky a velkou trpělivost.

Poděkování patří také **prim. MUDr. Mgr. Lužnému Janovi, Ph.D.** za odbornou korekci mé práce.

Poděkování patří i mé rodině, kolektivu sester Psychiatrické léčebny v Kroměříži oddělení 13A, a všem přátelům, kteří mě během studia podporovali.

„Způsob, jakým pečujeme o své děti v době svítání jejich života, a způsob, jakým pečujeme o staré v období soumraku jejich života, je měřítkem kvality společnosti.“

Hubert Humprey

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

V Kvasicích 20. 5. 2013

Kateřina Čermáková

OBSAH

ÚVOD	11
I TEORETICKÁ ČÁST	12
1 PSYCHIATRICKÁ LÉČEBNA V KROMĚŘÍŽI	13
1.1 HISTORICKÝ VÝVOJ LÉČEBNY.....	13
1.2 CHARAKTERISTIKA JEDNOTLIVÝCH ODDĚLENÍ.....	14
1.2.1 Rozdělení oddělení podle základních lékařských diagnóz.....	15
1.3 CENTRÁLNÍ PŘÍJEM NEMOCNÝCH.....	20
1.3.1 Doporučení k hospitalizaci.....	21
1.3.2 Časté problémy při přijímání pacienta na centrálním příjmu.....	21
1.3.3 Pacienti, s jejichž přijetím jsou problémy.....	21
1.3.4 Pacienti, s jejichž přijetím mohou být problémy.....	21
1.3.5 Dosud neléčený psychiatrický pacient.....	21
1.3.6 Již léčený spolupracující pacient.....	22
1.3.7 Již léčený nespolupracující pacient.....	22
1.4 ODDĚLENÍ DĚTSKÉ PSYCHIATRIE.....	22
1.5 SKUPINOVÁ PSYCHOTERAPIE.....	23
1.6 AUTOGENNÍ TRÉNINK.....	24
1.7 KLUB PACIENTŮ.....	24
1.8 DOMÁCÍ ŘÁD LÉČEBNY.....	24
1.8.1 Režim na lůžkových odděleních.....	24
1.8.2 Zásady stravování.....	25
1.8.3 Celodenní program.....	25
1.8.4 Doba pro návštěvy, vycházky, sportovní, kulturní a pracovní aktivity.....	25
2 GERIATRICKÝ PACIENT	27
2.1 GERIATRICKÝ PACIENT.....	28
2.2 GERIATRICKÉ ODDĚLENÍ.....	29
2.3 NEJČASTĚJŠÍ PSYCHICKÉ PORUCHY A ONEMOCNĚNÍ GERIATRICKÉHO PACIENTA.....	30
2.3.1 Delirium ve stáří.....	31
2.3.2 Syndrom demence ve stáří.....	31
2.3.3 Deprese ve stáří.....	32
2.4 PŘÍSTUP K DUŠEVNĚ NEMOCNÝM.....	32
2.5 KOMUNIKACE SE SENIOREM.....	33
2.5.1 Komunikační bariéry.....	34
II PRAKTICKÁ ČÁST	35
3 VÝSLEDKY ŠETŘENÍ A JEJICH ANALÝZA	36

3.1	CÍLE PRÁCE	36
3.2	METODIKA PRÁCE	36
3.3	CHARAKTERISTIKA RESPONDENTŮ	37
3.4	DESIGN VÝZKUMU	37
3.5	ORGANIZACE ŠETŘENÍ	39
3.6	ZPRACOVÁNÍ ZÍSKANÝCH DAT	40
3.7	ANALÝZA VÝSLEDKŮ ŠETŘENÍ	41
3.8	INTERPRETACE VÝSLEDKŮ ŠETŘENÍ	55
	DISKUZE	68
	NÁVRH ŘEŠENÍ DO PRAXE	72
	ZÁVĚR	73
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	74
	SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK	76
	SEZNAM TABULEK	77
	SEZNAM GRAFŮ	78
	SEZNAM PŘÍLOH	79

ÚVOD

Ve své bakalářské práci se chci zaměřit na problematiku komunikace s pacientem s psychiatrickou diagnózou. Komunikace je neodmyslitelnou součástí poskytování ošetrovatelské a léčebné péče ve zdravotnictví. Jsem si vědoma faktu, že téma „*komunikace*“ je velmi rozsáhlé, proto jsem svou práci zaměřila na komunikaci s geronto-psychiatrickými pacienty, kteří jsou hospitalizováni v Psychiatrické léčebně v Kroměříži. Nezaměřuji se na obecně známé téma „*komunikace*“, ale na prostředí, ve kterém pacient komunikuje.

Porozumět pacientovi trpící jakoukoli duševní poruchou, může být pro pečující tým velmi náročné. Například demence ovlivňuje komunikaci ve všech rovinách. Péče závisí nejen na komunikaci s nemocným, ale také na komunikaci mezi rodinou a ošetřujícím personálem. Důvodem, pro který jsem si zvolila toto téma, je fakt, že s demencí se setkáváme každý den, ale mnoho z nás neví, jak s těmito lidmi komunikovat. V komunikaci rozlišujeme tři základní aspekty: chtít, vědět a moci komunikovat.

Ve svém zaměstnání pracuji se seniory s různým typem demencí a ostatních psychických poruch. Víím, jak tato práce je náročná, jak složitá je komplexní péče o klienty a jak velké nároky jsou kladeny na ošetřující personál.

Úkolem bakalářské práce je podělit se o informace, které se týkají problému komunikace s pacienty s psychiatrickým onemocněním.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 PSYCHIATRICKÁ LÉČEBNA V KROMĚŘÍŽI

Psychiatrická léčebna (dále jen PL) v Kroměříži je psychiatrický specializovaný léčebný ústav. Jejím zřizovatelem je Ministerstvo zdravotnictví České republiky (dále jen ČR). Tato léčebna sídlí ve Zlínském kraji ve městě Kroměříž. Jde o jediné lůžkové zdravotnické psychiatrické zařízení v kraji. Nynějším ředitelem léčebny je od roku 2009 psychiatr a psychoterapeut prim. MUDr. Petr Možný. Uvnitř areálu nalezneme kostel sv. Cyrila a Metoděje.

1.1 Historický vývoj léčebny

Uplynulo již 103 let od slavnostního předání Zemského ústavu císaře Františka Josefa I. v Kroměříži prvnímu řediteli MUDr. Vincenci Návratovi, ten převzal ústav v neděli 11. července 1909. Léčebna prošla obdobím dvou světových válek, nejméně pěti různými politickými režimy, tři změnami revolučními, to vše se odrazilo na jejím vzhledu. Zaujímalá po celou dobu existence první místo mezi ostatními léčebnami v české republice. Zaváděla nejmodernější způsoby léčby. Stavba ústavu pro choromyslné v Kroměříži byla prováděna v letech 1905 – 1909. Roku 1939 – 1945 Zemská léčebna pro duševně a nervově choré v Kroměříži přijala nový název pro Kroměřížský ústav. Ředitelem ústavu je od roku 1933 MUDr. Josef Matoušek. Další změnou názvu bylo přejmenování na Státní PL v Kroměříži v období let 1946- 1960, kdy se uskutečnila i řada společenských a politických změn. K 1. lednu 1946 se využívalo jen 81 % lůžkové kapacity, což znamenalo, že bylo v léčebně 889 duševně nemocných. Vývoj léčebny se přes všechny obtíže nezastavil, zaváděly se nové léčebné metody. Ústav se po 50 letech provozu přeměnil v Zemskou všeobecnou nemocnici. V roce 1955 vznikl první psychiatrický primariát na Moravě v Zemské všeobecné nemocnici. Přednostou prvního primariátu se stal MUDr. Josef Ignác Čermák. Byl to nadaný, pokrokový a iniciativní lékař, kterému bylo umožněno podrobně se seznámit s pražskou psychiatrickou školou. Neustále se zvyšoval počet lůžek na úkor kvality péče o nemocné. Hledala se provizorní řešení, to se pravidelně opakovalo po celá desetiletí. Péče o duševně nemocné v moderním lůžkovém zařízení spadá do roku 1963, kdy léčebna disponovala s 1960 lůžky a od té doby docházelo k jejich postupnému snižování. V roce 1971 se otevřelo oddělení 18B, které se specializovalo na léčbu neuróz. Oddělení dodnes vede odborný psycholog Prof. PhDr. Stanislav Kratochvíl CSc., který uplatňuje různé metody skupinové psychoterapie. Zahájil týdenní kurzy hypnózy a autogenního tréninku. Roku 1991 se léčebna stává samostatnou organizací pod názvem PL v Kroměříži. V roce

2008 disponovala léčebna s 1100 lůžky. Ve srovnání s rokem 1963 se počet o 860 lůžek zmenšil. (Doněk, 1999, s. 7 – 12)

1.2 Charakteristika jednotlivých oddělení

PL v Kroměříži poskytuje řadu terapeutických metod, zaměřených na různé skupiny duševních poruch. Podle zdravotního a psychického stavu je na jednotlivých odděleních pacientům poskytována moderní farmakoterapie, individuální i skupinová psychoterapie, kognitivní nácvik, relaxační nácvik, sportovní aktivity, edukační program pro dobré zdraví, zaměřený na zdravý životní styl. Pacienti absolvující léčbu i ti, jenž léčbu ukončili, se účastní klubových setkání, která jsou na některých odděleních pravidelně pořádána. Za dlouhodobě hospitalizovanými pacienty dochází do léčebny dobrovolníci, kteří s pacienty chodí na vycházky a pomáhají jim tak naplnit jejich každodenní životní potřeby. Spolupráce s příbuznými nemocného je součástí terapeutické péče, jednak formou společenských sezení, tak i formou edukace a řešení problémů. V léčebně kromě lékařů - psychiatrů pracují i lékaři specialisté – internisté, neurolog, chirurg, gynekolog, stomatolog, dermatolog. V případě zajištění jiného ambulantního vyšetření či ošetření jsou pacienti odesláni do Kroměřížské nemocnice a.s. Přítomnost sociálních problémů pomáhá pacientům řešit sociální pracovnice. Léčebna nabízí i možnost využití fyzioterapie a rehabilitace pro pacienty – masáže, elektroléčbu, vodoléčbu, laser, rehabilitační a kondiční cvičení. Volný čas mohou pacienti trávit v „*Klubu pacientů*“, kde mají k dispozici kuželky, kulečnick, přístup na internet i občerstvení. Součástí léčby je pracovní terapie, kdy pacienti docházejí do dílen činnostní terapie, kde se nachází například dřevodílna, šicí dílna, pracovna pro výtvarnou a keramickou činnost, pro vazbu a aranžování suchých květin. V košíkářské dílně mohou uplatnit svoji zručnost.

1.2.1 Rozdělení oddělení podle základních lékařských diagnóz

Léčebnu tvoří 20 pavilonů členěných na 12 primariátů. Je rozdělena celkem na 33 oddělení, z toho je 19 psychiatrických, 6 geronto-psychiatrických, 3 toxirehabilitační, 2 interní, 1 psychoterapeutické a 1 nelůžkové oddělení klinické psychologie.

Tabulka 1 – Rozdělení oddělení

Oddělení	Primář oddělení	Charakteristika jednotlivých oddělení
1	MUDr. Alena Petrikovitsová	Psychiatrické oddělení , určené pro doléčení akutních psychických onemocnění a léčbu spolupracujících klidných pacientek všech diagnostikovaných forem. Ženské otevřené oddělení , pacientky mají volné vycházky. Důraz se klade na psychoterapii individuální i skupinovou, dále na terapii farmakologickou i činnostní terapii v dílnách. Na oddělení panuje komunitní režim, pacientky se zapojují do činností a dalších aktivit. Své aktuální problémy řeší s personálem. Volný čas můžou pacientky zaplnit četbou, sledováním televizních pořadů, kulturními a sportovními aktivitami. Zdravotní stavy pacientek se během hospitalizace ověřuje víkendovými propustkami do domácího prostředí.
2	MUDr. Zuzana Lavická	Psychiatrické oddělení , slouží pro doléčení psychických poruch . Kromě farmakoterapie se organizují psychoterapeutické skupiny. Jsou rozděleny podle diagnózy, věku a počtu hospitalizací. Otevřené oddělení pro muže . U pacientů, kteří jsou hospitalizováni poprvé pro psychotické onemocnění, je zásadou skupinového sezení řádné poučení pacientů, s cílem získat náhled na onemocnění a umět určit příznaky hrozící zpětnému návratu psychózy. U pacientů s dlouhodobým psychickým onemocněním je hlavním cílem zlepšit nácvik sociálních dovedností a trénink kognitivních funkcí.
3		Rehabilitační oddělení pacientům poskytuje elektroléčbu, vodoléčbu, masáže a léčebnou tělesnou výchovu.
4A, 4B	MUDr. Soňa Zlámalová	Interní otevřené koedukované oddělení , slouží k léčbě mužů i žen s psychiatrickým onemocněním a akutním zhoršením tělesného stavu (například vysoké hodnoty krevního tlaku, zápal plic, cévní mozková příhoda, jaterní onemocnění a jiné). Vyšetřuje se celkový zdravotní stav (laboratorní odběry, zobrazovací metody a konziliární vyšetření), diagnostika, léčba. Po zlepšení a úpravě zdravotního stavu se pacienti vrací zpět na psychiatrické oddělení, kde pokračují v léčbě diagnostikovaného psychického onemocnění. Provádí se farmakologická léčba, rehabilitace a fyzioterapie.

5A	MUDr. Alena Petrikovitsová	Psychiatrické uzavřené ženské oddělení , je určeno k léčbě akutních psychiatrických poruch spojených s neklidem, respektive s agresivitou . Změněné chování pacientky může vést k ohrožení jednotlivce či okolí. Oddělení slouží k léčbě pacientek s odvykacími stavy závislostí, též i pro medikamentózní léčbu u výrazných poruch chování, poruch osobnosti, mentálních retardací, ochranné psychiatrické léčby nařízené soudem. Vybavené pracoviště provádějí elektrokonvulzivní terapii pro indikované pacienty léčebny. Po zlepšení spolupráce je možná pouze individuální psychoterapie, stejně jako možnost sledovat televizi či individuální četba.
5B	MUDr. Alena Petrikovitsová	Psychiatrické polouzavřené oddělení pro ženy s možností vycházek, především při léčbě depresí a u klidnějších pacientek, které spolupracují. Oddělení je určeno k léčbě akutního psychotického onemocnění a reaktivní psychické poruchy s rizikem sebevražedného úmyslu či jednání . Více se využívá individuální psychoterapie, včetně arteterapeutických skupin, pod vedením psychologa či pracovní terapie v dílnách léčebny. Na farmakoterapii je kladen důraz. Součástí léčby je ranní komunita, kde pacienti řeší s personálem akutní problémy, rozdělují si činnosti a další aktivity.
6A	MUDr. Zuzana Lavická	Psychiatrické oddělení zaměřené na léčbu akutních psychických stavů spojených s neklidem, odmítáním spolupráce, agresivitou vůči sobě a svému okolí. Uzavřené mužské oddělení . Provádí se biologická terapie schizofrenie, toxických psychóz, mánií i ústavní ochranné psychiatrické léčby.
6B	MUDr. Zuzana Lavická	Psychiatrické oddělení, zaměřené na léčbu akutních psychóz, těžkých demencí a reaktivních stavů spojených s rizikem sebevražedného úmyslu či jednání. Uzavřené oddělení pro muže . Provádí se diagnostika, farmakoterapie, individuální psychoterapie. Pacienti mohou využít činnostní terapii i rehabilitaci. Ranní komunita je léčebnou součástí, řeší se s personálem neodkladné problémy, rozdělení činností a dalších aktivit. Den mohou pacienti vyplnit četbou, cvičením, sledováním televize, společenskými hrami.
7A, 7B	MUDr. Jana Zmeková	Geronto-psychiatrické mužské i ženské otevřené koedukované oddělení. Poskytující diferencovanou a specializovanou péči pacientům starším 65 roků, trpícím duševní nemocí nebo duševní poruchou . Rehabilitační geronto-psychiatrické oddělení se zaměřuje na diagnostiku, léčbu, rehabilitaci pacientů pohybovou i kognitivní. Pacienti, kteří trpí různými poruchami hybnosti, jsou rehabilitováni. Nelze zajišťovat péči o pacienty, kteří jsou trvale imobilní. Na oddělení nemůže být hospitalizovaný pacient vyžadující intenzivní dohled z důvodu sebevražedného jednání nebo z důvodu rušivých projevů chování, která mohou vést k poškození vybavení oddělení.
8A	MUDr. Adéla Stoklasová	Protialkoholní mužské uzavřené oddělení . Pacienti jsou přijímáni na základě předchozího objednání. Oddělení nabízí a poskytuje léčbu závislosti na alkoholu u pacientů s přidruženými onemocněními, léčbu kombinovaných závislostí s možností krátkodobé detoxifikace pro pacienty se závislostí na nealkoholových drogách. Léčba pacientů, kteří mají soudem nařízené ochranné léčby protialkoholní

		nebo protitoxikomanické. Kromě psychiatra pracuje na oddělení i psycholog, internista, sociální pracovníce, zdravotnický a ošetrovatelský personál. Úvodní komplexní fáze protialkoholní léčby trvá 3 měsíce. Jestliže je pacient motivován k léčbě a jeho zdravotní stav to umožňuje, po stabilizaci psychického i tělesného stavu může být přeložen k další fázi léčby na oddělení 8B nebo na oddělení 15.
8B	MUDr. Adéla Stoklasová	Toxirehabilitační, protialkoholní otevřené oddělení pro muže i ženy závislé na alkoholu, nealkoholových drogách, zejména na lécích. Dále poskytuje detoxifikační pobyt pro drogově závislé a kombinované závislosti, než pacient nastoupí do léčebné komunity. Léčba je zajišťována pod vedením lékaře – psychiatra, klinického psychologa, sociální pracovníce, středně zdravotnického personálu. Je rozdělena na režimový a komunitní charakter. Její součástí jsou skupinová sezení, psychoterapie, edukace pacientů, komplex biologické odvykací léčby a činnostní terapie v dílnách. Oddělení se převážně zaměřuje na zvládnání odvykacích stavů a následná stabilizace zdravotního stavu pacientů. Pacienti, kteří mají motivaci, patří do menší psychoterapeutické skupiny pod vedením psychologa, která je zaměřená na bližší sebepoznání a pochopení souvislostí chování závislého člověka. Pacient může být přeložen na oddělení 15, kde je psychoterapie intenzivnější.
9	Prof. PhDr. Stanislav Kratochvíl, CSc.	Oddělení klinické psychologie
10A	MUDr. Adéla Stoklasová	Toxirehabilitační, protialkoholní otevřené mužské oddělení, poskytující komplexní a specializovanou léčbu závislosti na alkoholu, která je stanovena na dobu 3 měsíců. Součástí léčby je terapeutická komunita, kde je dodržován celodenní režim s možností využití například vycházky, relaxace, sportovní aktivity, činnostní terapie. V terapeutické komunitě se pacienti učí, jak zvládnout život bez alkoholu, mají možnost najít řešení svých rodinných i pracovních problémů. Individuální nebo skupinové sezení s lékařem a terapeutem je zajištěné i pro rodinné příslušníky nebo partnery, jejichž cílem je nejenom poskytnutí informací o léčbě, ale také možnost společného řešení aktuálních problémů.
10B	MUDr. Petr Možný	Psychiatrické otevřené oddělení pro muže i ženy. Oddělení pro pacienty ve věku 17 až 65 let, zaměřené na léčbu depresivních poruch, úzkostných poruch, poruchy příjmu potravy (při BMI vyšším než 15). Oddělení slouží i pro léčbu patologického hráčství. Pacient je přijat na základě předchozího objednání. Denně se na oddělení koná ranní schůzka s personálem a řeší se aktuální problémy. Probíhá terapeutická komunita, pacienti si rozdělí činnosti a další aktivity. Mezi léčebné metody se řadí individuální a skupinová psychoterapie, farmakoterapie, nácvik relaxace, sportovní aktivity. Pacienti mají možnost využívat činnostní terapii, rehabilitaci a fyzioterapii (elektroléčbu, vodoléčbu, kondiční a rehabilitační cvičení, laser. Jednou za měsíc se koná setkání pro patologické hráče, kde se hospitalizovaní pacienti setkávají s klienty, kteří již léčbu na tomto oddělení absolvovali.
11A	MUDr. Petr Hříbňák	Psychiatrické koedukované otevřené mužské oddělení, na kterém se podrobují léčbě diagnostikované schizofrenie,

		mentální retardace, afektivní poruchy, situační selhání u pacientů s úzkostnou poruchou nebo poruchou osobnosti. U těchto pacientů se provádí posouzení pracovního potenciálu.
11B	MUDr. Petr Hříbňák	Psychiatrické uzavřené ženské oddělení , na němž se podrobují léčbě chronických psychotických onemocnění, alkoholických demencí a léčba neklidných pacientek s mentální retardací . U těchto pacientek se provádí posouzení pracovního potenciálu. Komplexní psychiatrická léčba je součástí terapie. Docházka na činnostní terapii, rehabilitaci, fyzioterapii je individuální.
12A	MUDr. Petr Hříbňák	Psychiatrické uzavřené oddělení pro muže určené především pro klidné nebo středně dekompenzované pacienty s afektivní poruchou, chronicky probíhající psychózou, mentální retardací . Na oddělení se provádí dynamická psychoterapie. I u těchto pacientů se provádí posouzení pracovního potenciálu. Je možné navštěvovat činnostní terapii, rehabilitaci, fyzioterapii.
12B	MUDr. Petr Hanel	Psychiatrické mužské uzavřené oddělení , které slouží pro léčbu klidných pacientů s chronickým průběhem nemoci (psychózy, mentální retardace) . U chronických psychických poruch je léčba dlouhodobá, zaměřuje se i na sociální a pracovní rehabilitaci. Léčebnou metodou je farmakoterapie, činnostní terapie, režimová léčba, podpurná psychoterapie. Pacientům jsou umožněny vycházky i víkendové proputky domů.
13A, 13B	MUDr. Mgr. Jan Lužný, Ph.D.	Geronto-psychiatrická uzavřená oddělení pro ženy , které jsou starší 65 let. Oddělení zajišťují léčbu všech duševních onemocnění vyskytujících se ve stáří, nejružnější druhy demencí, depresí, psychotické stavy provázené neklidem, zmateností a odmítáním stravy . Oddělení jsou určena i pro léčbu psychických poruch, které vznikají vlivem různých tělesných onemocnění. Umožněny jsou vycházky po areálu léčebny dle aktuálního stavu, a to v doprovodu rodiny nebo i samostatně. Pacientky mají možnost navštívit místní kostel. Na oddělení pracuje psychiatr, jsou k dispozici další lékaři, především internista, neurolog a chirurg. Péče je zajišťována dostatečným množstvím všeobecných sester, nižšího zdravotnického personálu, ošetřovatelek. Péči zajišťuje i rehabilitační pracovnice, jež na oddělení pravidelně dochází. Podle aktuálního stavu jsou pacientky zařazovány do činnostní terapie a rehabilitačního programu.
14A, 14B	MUDr. Petr Hanel	Geronto-psychiatrická uzavřená oddělení pro muže ve věku 65 let a starší. Léčí se zde pacienti s diagnózami demence různé etiologie, psychotickými poruchami, mentální retardací, stavy zmatenosti a s psychomotorickým neklidem, těžkými depresemi . Součástí ošetřovatelského týmu je psychiatr, sociální pracovnice, všeobecné sestry, ošetřující personál, psycholog, ergoterapeut. Konziliáři (internista, neurolog), rehabilitační pracovnice, na oddělení docházejí. Pacienti mají možnost využívat aktivit Klubu pacientů, navštěvovat bohoslužby a jsou zařazováni do rehabilitačních programů a aktivit činnostní terapie. Terapie je farmakologická, vybrané postupy kognitivně behaviorální terapie i kognitivní nácvik, muzikoterapie, arteterapie.

15	MUDr. Adéla Stoklasová	Toxirehabilitační mužské i ženské otevřené oddělení. Je určeno pro komplexní léčbu závislosti, především na alkoholu nebo jiných návykových látkách. Léčba je formou terapeutické komunity s režimovým opatřením a probíhá pod vedením lékaře – psychiatra, klinického psychologa, sociální pracovníce a středně zdravotnického personálu. Intenzivní a komplexní léčba je určena pro motivované pacienty, plně spolupracující v délce trvání tří měsíců. Léčbu je možno i individuálně prodloužit. Oddělení umožňuje ambulantní doléčování, podáváním Antabusu přímo na oddělení nebo čtrnáctidenní rekondiční pobyt při dodržování abstinence. Oddělení 15 pravidelně pořádá A-kluby, které jsou součástí léčby.
16	MUDr. Bořek Špaček	Psychiatrické otevřené rehabilitační oddělení, které slouží pro léčbu pacientů s chronickými psychotickými poruchami (schizoafektivní poruchy, paranoidní schizofrenie), s mentální retardací, organické poruchy včetně poruch osobnosti. Zaměřuje se na diagnostiku, léčbu, nácvik sociálních dovedností, kognitivní rehabilitaci a posílení pracovních dovedností. Pacienti pravidelně docházejí do dílen činnosti terapie, někteří využívají LVS – léčebnou výchovu k soběstačnosti. Součástí léčby jsou terapeutické skupiny, konzultace se sociálním pracovníkem, individuální sezení s psychologem.
17A	MUDr. Petr Nedoma	Psychiatrické mužské uzavřené oddělení. Zaměřuje se na diagnostiku a léčebnou péči u dekompenzovaných chronických psychotických poruch, nekomplikovaných odvykacích stavů při závislosti na alkoholu nebo jiných návykových látkách, psychických poruch, spojené s ohrožením sebe či okolí. Rovněž probíhá léčba ochranného ústavního léčení stanovená soudem. Léčebnou metodou je farmakoterapie, činnosti terapie, psychoterapie. Pacienti dostávají v rámci léčby víkendové propustky domů a vycházky po areálu léčebny.
18A	MUDr. Bořek Špaček	Psychiatrické koedukované otevřené oddělení, které se zaměřuje na léčbu nemocných s diagnózou schizofrenie, schizoafektivních poruch, bipolárních afektivních poruch, periodických depresivních poruch. I toto oddělení nabízí skupinovou i individuální psychoterapii, psychoterapeutické programy čerpající z individuálních potřeb pacientů. Skupinová psychoterapie se zaměřuje na edukaci pacientů s psychózou, zařazeny jsou i sebezobčasná a psychogymnastické techniky, relaxační techniky, kognitivní rehabilitace a nácvik sociálních dovedností. V individuální psychoterapii je využívána podpůrná psychoterapie a kognitivně behaviorální terapie. Denně probíhá ranní komunita a večerní společenský program.
18B	MUDr. Petr Nedoma	Otevřené specializované psychoterapeutické oddělení se zaměřuje na léčbu neurotických poruch, na skupinovou psychoterapii a další psychoterapeutické metody. Přijímají se zde muži i ženy od 18 do 50 let na základě objednávky a s doporučením obvodního psychiatra. Léčba je zaměřena na příčiny neurotického onemocnění, které spočívají v osobních problémech a mezilidských vztazích. Léčba nespočívá v léčbě klidem ani odpočinkem, ale vychází z celodenního programu, který je intenzivní. Probíhá šest týdnů, nelze vyžadovat přerušování léčby.

19A, 19B	MUDr. Jana Zmeková MUDr. Mgr. Jan Lužný, Ph.D.	Geronto-psychiatrická uzavřená oddělení pro ženy ve věku 65 a starší, léčba probíhá dlouhodobě. Léčba je především zaměřena na těžké formy demencí a psychotických onemocnění chronického rázu. Je možnost vycházek v areálu léčebny i přesto, že se jedná o oddělení uzavřené. Pacientky mohou navštívit ústavní kostel. Kromě psychiatrů se podílí na léčbě i konziliární lékaři, především internista, chirurg, neurolog. Ošetrovatelská péče o pacientky je zajištěna dostatkem všeobecných sester, nižšího zdravotního personálu, ošetrovatelek i rehabilitačními pracovníci, které na oddělení docházejí. Podle zdravotního stavu jsou pacientky řazeny do rehabilitačních programů a činnosti terapie v dílnách. Návuk kognitivních funkcí, vybrané kognitivní behaviorální postupy, muzikoterapii a arteterapii poskytuje psycholog a ergoterapeut.
20	MUDr. Petr Možný	Psychiatrické otevřené oddělení pro muže. Zaměřené na léčbu farmakologickou, psychoterapeutickou, rehabilitační u dlouhodobě probíhající schizofrenie, lehké mentální retardace, chronicky probíhající závislosti na alkoholu. Pacienti mohou docházet na fyzioterapii, rehabilitace a do činnosti terapie. I na tomto oddělení probíhají psychoterapeutické skupiny a canisterapie.

1

1.3 Centrální příjem nemocných

Klient, který přichází k hospitalizaci do léčebny, je nejdříve vyšetřen lékařem na centrálním příjmu. Centrální příjem se nachází v přízemí budovy 3. Lékař odesílá pacienta na oddělení, které je pro léčbu jeho obtíží nejvhodnější. Přijetí do léčebny doporučuje obvykle ambulantní psychiatr, méně často praktický lékař. Práce na centrálním příjmu je velmi náročná. Důležitá je komunikace mezi pacientem a lékařem – „*první dojem*“. Lékař zjišťuje informace od pacienta i od doprovázejících osob. Důležitá je také komunikace mezi lékařem centrálního příjmu a lékařem, který pracuje na kterémkoliv oddělení v léčebně. Při vyšetření pacienta je třeba rozhodnutí přijmout či nepřijmout k hospitalizaci, dle psychického a somatického stavu. Pacient může být přijat na uzavřené či otevřené oddělení. Rozhoduje věk, subjektivní potíže, typ problému, volná kapacita lůžek na odděleních v léčebně.

¹[online]. [cit. 2012-11-29]. Dostupné z: <http://www.plkm.cz/cs/oddeleni-lecebny>

1.3.1 Doporučení k hospitalizaci

Přijetí pacienta do léčebny je možné na doporučení psychiatra, psychologa nebo praktického lékaře, které je odeslané písemnou formou na oddělení. Doporučení musí obsahovat výsledky provedených vyšetření nebo výpis ze zdravotního záznamu. Na základě doporučení se pacient objednává na nejbližší volný termín a odesílající lékař o termínu nástupu pacienta informuje. K určenému termínu nástupu si může pacient nechat vystavit doklad o pracovní neschopnosti u svého lékaře, který jej k léčbě odesílá.

1.3.2 Časté problémy při přijímání pacienta na centrálním příjmu

Nedostatečné, nečitelné, nebo žádné parere (doporučení). Rozpory mezi aktuálním chováním či tvrzením pacienta a údaji v parere. Chybějící somatické vyšetření či doporučení u pacienta ve špatném somatickém stavu. Hospitalizaci žádá někdo jiný, pacient ji odmítá. Na příslušném oddělení není volné místo.

1.3.3 Pacienti, s jejichž přijetím jsou problémy

Příjem pacienta je předem domluven na doporučené oddělení. Opakovaný vstup, jehož stav jasně určuje, na které oddělení má být umístěn – podle věku, diagnózy. Dobrovolný vstup, jehož psychický stav umožňuje přijetí na otevřené oddělení.

1.3.4 Pacienti, s jejichž přijetím mohou být problémy

Pacient odmítající hospitalizaci, jeví známky duševní choroby nebo je nebezpečný sobě i okolí. Pacient pod vlivem alkoholu nebo jiné návykové látky, záleží na chování pacienta, jeho diagnóze a stupni opilosti, pacienta přijat obvykle na uzavřené oddělení. Odmítnou příjem s tím, že pacient se dostaví k přijetí, až po vystřízlivění. Pacient ve špatném somatickém stavu, eventuálně výrazně utlumený. Pacienta přijmout a zajistit konziliární vyšetření, odeslat na somatické vyšetření. Dále mohou být problémy při přijetí pacienta bez doporučení lékaře nebo pacienta, který není způsobilý k právním úkonům, je nutný doprovod opatrovníka či zákonného zástupce.

1.3.5 Dosud neléčený psychiatrický pacient

Dosud neléčený pacient přichází k psychiatrovi či k jinému lékaři pravděpodobně ve fázi, kdy nemá záměr měnit své chování na doporučení příbuzných, často proti své vůli. K léčení mívá nerozhodný postoj, doprovázený obavami ze ztráty identity, intelektu či závislosti. V případě, že s pacientem lze navázat kontakt, lékař pacientovi prospěje

nejlépe rozhovorem, v němž vyjdou najevo souvislosti s minulostí pacienta, předchorobím, současnými obtížemi a reakcemi okolí. Vhodné je nabídnout vizi zlepšení, kterou medicína či psychoterapie přinesou a zhruba navrhnu dobu pro toto zlepšení. (Dušek, Večeřová - Procházková, 2005, s. 59)

1.3.6 Již léčený spolupracující pacient

Pacient přichází v naléhavé situaci nejspíše ve chvíli krize, sám žádá o pomoc, souhlasí ochotně dodržovat lékařova doporučení. V ideálním případě jde o pacienta již smířeného s faktem duševní poruchy a užívajícího pravidelně medikaci. V případě, že se jedná o pacienta ve fázi přemýšlení či přípravy, opět upozorňujeme na důsledky nedodržení léčebného režimu a z toho plynoucí komplikace. Psychiatrie nabízí různé možnosti řešení, vede ke správné volbě pro další zdraví pacienta. (Dušek, Večeřová - Procházková, 2005, s. 59)

1.3.7 Již léčený nespolupracující pacient

Jedná se pravděpodobně o pacienta, který setrvává ve fázi ignorování. Nedodržuje doporučení lékařů, nepřijímá fakt, že trpí duševní poruchou a bojuje za iluzi, že je pánem svého života a toto si nedá „zlou“ psychiatrií vzít. Zajisté není v ordinaci lékaře dobrovolně, ale pod nátlakem příbuzných, přátel, partnera či na doporučení lékařské pohotovosti či Policie ČR. V tento okamžik je rozhodující aktuální duševní stav a možnost navázat s pacientem aktivní verbální kontakt. Můžeme se pokusit alespoň o minimální empatii a pochopení. Někdy je i nutné podniknout opatření proti vůli pacienta, pokud není schopen a ochoten v léčení spolupracovat. Zaměřujeme se především na situace, kdy jde o překvapivě rychle nastupující krizový stav. Jde o překonanou, prodělanou krizi, která zanechává individuální dispozici, jež se často vyskytuje u lidí závislých na alkoholu a lécích a u starších lidí. Jde o osoby, které se ocitly v krizové situaci, na níž reagují negativisticky a rezignovaně, čímž se krizová situace vyostřuje. (Dušek, Večeřová – Procházková, 2005, s. 59)

1.4 Oddělení dětské psychiatrie

V psychiatrické léčebně se nachází i dětské oddělení. Jeho hlavní diagnostickou náplní je léčba diagnostikovaných poruch chování, porucha aktivity a pozornosti, noční pomočování, sebepoškozování, poruch s příjmem potravy, tikové poruchy, stavy po sebevražedných pokusech, jiné psychické poruchy jako deprese či úzkostné stavy, léčba týraných

a zneužívaných dětí. Koedukované oddělení, které přijímá děti ve věku od 3 až 16 let do ukončení povinné školní docházky. Výjimečně a výběrově dle diagnózy oddělení přijme mladistvé v prvním ročníku střední školy nebo učilišti. Jsou zde zavedeny speciální programy pro děti s poruchou příjmu potravy a režimové programy pro děti s diagnózou nočního pomočování a poruchou chování. Během letních prázdnin se uskutečňují enuretická soustředění pro děti s diagnózou nočního pomočování a ozdravné pobyty pro děti s poruchou aktivity a pozornosti, kde je zajištěn sportovně a kulturně zaměřený program. Primářkou oddělení je MUDr. Jitka Hájková.

1.5 Skupinová psychoterapie

Při skupinové psychoterapii pacienti většinou sedí v kruhu s jedním nebo několika terapeuti a svěřují se se svými problémy, starostmi a osudem. K základním pravidlům patří:

- Pacient o sobě hovoří otevřeně a upřímně, projeví své skutečné pocity a sdělí citově významné události ze svého života.
- Pacient by měl od skupiny přijímat kritické podněty.
- Pacient se vyjadřuje otevřeně, své pocity k tomu, co slyší od druhých, snaží se do nich vcítit a porozumět jim.

Ve skupině však nejde jen o to, aby se pacienti vzájemně chápali, litovali nebo utěšovali, ale také o to, aby za pomoci druhých dovedli přijímat kritiku. Pacienti často ve skupině očekávají nebo poskytují „rady“. Důležitější však je možnost vyjádření a srovnání vlastních pocitů s pocity, představami a zkušenostmi druhých lidí. Důležitá je též atmosféra skupinové soudržnosti, hraje významnou roli. Někdy skupina sedí v polokroužku před „stupínkem“, na kterém si jako na jevišti mohou pacienti za pomoci terapeutů i spolupacientů své problémy a konflikty „předehrát“, případně si můžou nacvičit vhodnější formy vlastního jednání. Naděje na dobrý léčebný výsledek je větší u těch pacientů, u kterých je projev otevřený a aktivní, než u těch, kteří se snaží uniknout a skrývat. Skupinové sezení se může zabývat postupně jednotlivým členem skupiny. Jindy se zaměřuje na problém, který je společný u více členů (např. vztahy k nadřízeným, konflikty v rodinách), nebo na vztahy, které se vytvářejí v samotné skupině. Jde hlavně o to, jak se odrážejí ve vztazích ve skupině navyklé způsoby chování z domu. (Kalvach, Zadák, Jiráček, Zavázalová, Sucharda a kolektiv, 2004, s. 433)

1.6 Autogenní trénink

Autogenní trénink znamená cvičení svalového uvolňování, prováděný vsedě nebo vleže, jehož cílem je naučit se navozování duševního klidu a autosugestivnímu ovlivňování vlastních pocitů i tělesných funkcí. Zpočátku se cvičí pocity tíhy, tepla, klidného dechu, později se přechází k přímému ovlivňování potíží krátkými formulkami, vytvářenými pro každého pacienta zvlášť.²

1.7 Klub pacientů

Klub pacientů slouží pacientům i jejich terapeutům. Denně se zde scházejí terapeutické skupiny v době od 13:00 do 17:30 hodin. Klub je určen pro sportovně kulturní vyžití. Mimo běžný denní provoz se v klubu pořádají kurzy lékařů a zdravotnického personálu, supervize psychologů nebo besídky pro dětské psychiatrické oddělení.

Pravidelně poslední pátek v měsíci se uskutečňuje „*G klub pro gamblery*“, kde se scházejí hráči po léčbě s hospitalizovanými hráči. Setkání jsou přínosem pro obě strany a jsou formou léčby.

V klubu probíhá sezení „*Společenství anonymních alkoholiků*“ v době od 16:30 do 17:45 hodin, jehož jedinou podmínkou pro členství je odhodlání přestat pít.

1.8 Domácí řád léčebny

Domácí řád, který je zaveden v Psychiatrické léčebně v Kroměříži upravuje podmínky poskytování zdravotní péče. Ustanovení domácího řádu je zavazující pro všechny pacienty přijaté do léčebny, je tedy nutné řád dodržovat.

1.8.1 Režim na lůžkových odděleních

Respektování soukromí spolupacientů je nezbytnou součástí dobrých vztahů na oddělení, které pomáhá léčebnému procesu. Pacienti nesmí rušit ostatní nadměrným hlukem a respektují noční klid. Dodržují budíček, který je ráno v 6:00 hodin a noční klid v době od 22:00 – 6:00 hodin. Televizní programy můžou sledovat do 22:00 hodin. Dle pokynů

²[online]. [cit. 2012-12-05]. Dostupné z: <http://psychosomatika.cz/clanek/autogenni-trenink/>

ošetřujícího personálu pacient dodržuje pořádek, čistotu a úpravu lůžka, nočního stolku, pořádek ve svých věcech. Ošetřující personál provádí kontrolu běžné hygienické péče, pořádek v osobních věcech a nočním stolku, vše provádí s ohledem na soukromí pacientů. Na každém oddělení se dodržuje hygienický režim, ranní a večerní toaleta v koupelně, která je vždy otevřena dle zavedeného režimu.

1.8.2 Zásady stravování

Složení stravy a diety určuje lékař dle zdravotního stavu a je v zájmu pacienta lékařské doporučení respektovat. Ošetřující personál má právo kontrolovat kvalitu, množství a nezávadnost potravin, které si pacient kupuje či získává od rodinných příslušníků. Kontrola se provádí v rámci diety. Strava se na oddělení podává ve společné jídelně, pokud to dovolí pacientův zdravotní stav. Snídaně se podává v době od 7:30 – 8:00 hodin, oběd se vydává od 11:30 – 12:00 hodin, výdej večeře je od 17:00 – 18:00 hodin, druhá večeře u diabetiků ve 20:00 hodin.

1.8.3 Celodenní program

Den začíná ranním vstáváním, budíčkem v 6:00 hodin, následuje autogenní trénink v 6:05 hodin a v 6:45 hodin je rozvíčka. Pacienti se scházejí v 7:30 hodinu snídaně a v 8:15 hodin probíhá ranní schůzka pacientů s personálem, kterou řídí patientská správa. V době od 9:30 do 10:45 hodin je na programu ranní terapeutický program se skupinovou psychoterapií. V 11:30 hodin se pacientům podává oběd, v 12:30 hodin probíhá autogenní trénink. Od 14:00 do 15:00 hodin denní program obsahuje odpolední terapeutické aktivity (skupinovou psychoterapii, psychogymnastiku, arteterapii, přednášky). Doba od 15:15 do 16:15 hodin je vyhrazena pro sportovní odpoledne (volejbal, cvičení apod.), osobní volno mají pacienti od 16:15 do 19:00 hodin, během něj se připravují k večeři v 17:30 hodin. V 19:15 hodin začíná večerní program. Pro pacienty jsou pořádány přednášky, nácvik sociálních dovedností a společenská zábava, která trvá do 20:15 hodin. Den je zakončen nácvikem autogenního tréninku ve 21:50 hodin. Ve 22:00 hodin je dodržována večerka, noční klid na odděleních.

1.8.4 Doba pro návštěvy, vycházky, sportovní, kulturní a pracovní aktivity

Vycházky mimo oddělení po areálu léčebny povoluje lékař dle zdravotního a psychického stavu. Doba vycházek je stanovena dle režimu oddělení, pondělí až pátek v době od 14:00 – 17:00 hodin, o sobotách, nedělích a státních svátcích je stanovena doba vycházek

v dopoledních hodinách od 9:00 – 11:00 a v odpoledních hodinách od 14:00 – 17:00 hodin. Dobu vycházky mohou pacienti využít návštěvou klubu, ústavního parku, kostela i občerstvení. Zdravotnický personál má právo kontrolovat osobní věci, které jsou vnášeny či vynášeny během opuštění oddělení na vycházku. Pacienti mohou využívat telefonních automatů v areálu léčebny. Používání vlastních mobilních přístrojů je na oddělení povoleno pouze se souhlasem lékaře, a to na vlastní zodpovědnost. Návštěvy jsou v léčebně povoleny od pondělí do pátku v době od 14:00 – 17:00 hodin, o sobotách, nedělích a svátcích je možné dopoledne od 9:00 – 11:00 hodin a odpoledne od 14:00 – 17:00 hodin. Výjimku v odůvodněných případech povoluje lékař oddělení. Lékař může návštěvy ze závažných důvodů i omezit nebo zrušit. Probíhají ve vyhrazených místnostech, u pacientů upoutaných na lůžko jsou možné na pokojích. Ošetřující lékař podepíše jedenkrát za 14 dní propustku domů, pokud to umožňuje zdravotní a psychický stav pacienta.

2 GERIATRICKÝ PACIENT

Stárnutí je nenávratný přírodou daný biologický proces. Délka lidského života je geneticky podmíněna a je specifická pro každý živočišný druh. Maximální délka života člověka je teoreticky asi 115 – 120 roků, v praxi znamená mimořádný jev. Fyziologické stárnutí patří mezi normální součást života člověka. Charakteristický je postupný úbytek sil fyzických, ale i psychických. Někteří lidé si dokáží udržet mentální svěžest do vysokého věku, jiní o ni přijdou dávno před tím, než zestárnou. V průběhu stárnutí probíhají i psychické změny, které pokládáme za přirozenou účast tohoto procesu. S přibývajícím věkem se snižuje vitalita a energie člověka. Psychomotorické tempo se postupně zpomaluje a zvyšuje se senzorická funkční koordinace. Nastávají i změny v oblasti citové, city se oslabují, otupuje se estetické cítění, senior může reagovat podrážděně na podněty výbuchy zlosti. Citová labilita souvisí s aktuálním podnětem a fyzickým stavem, který je spojen se vzpomínkou na dávnou událost a je příčinou nepřiměřeného chování. Psychosociální stárnutí ovlivňuje schopnost seniora akceptovat změny, které stáří přináší, například odchod do penze. Na jedné straně penze seniorům umožňuje možnost odpočinku, spánku, zbavit se určitých společenských tlaků. Na druhé straně umožňuje seniorům rozvíjení nových aktivit, dobrovolných služeb nebo uskutečnění rekreačních činností. (Poledníková a kolektiv, 2006, s. 8)

Stáří je konečná etapa procesu stárnutí. Jde o období na konci přirozeného vývojového procesu každého člověka. Pro stáří jsou typické změny nebo poruchy paměti. Klesá schopnost přijímat nové informace, ukládat je do paměti a dál zpracovávat. Znamená to, že je slabší paměť, výbavnost, vnímavost a představivost. Starý člověk si velmi dobře pamatuje a vybavuje vzpomínky na dětství, ale není schopen si vzpomenout, co prováděl například včera. U seniorů je typický sklon k úzkostným a depresivním náladám, které vznikají z pocitů osamění, což může být příčinou smrt partnera, odchod dětí z domu, odchod do penze, ztráta samostatnosti. Ve vysokém věku se často mění osobnost člověka. Může to vést k samotě, uzavírání do vlastního světa. Psychické změny se projevují poklesem celkové psychické adaptability. Staří lidé bývají úzkostní, nejistí v neznámém prostředí i při kontaktu s neznámými lidmi. Často trpí pocitem, že jsou přítěží, překážkou, pro život nepotřební. Uvnitř je starý člověk velmi zranitelný, což u něj podporuje vznik méněcennosti, viny, nejistoty a z tohoto důvodu propukají stařecké psychózy a neurózy. Sklony k sebevražedným úmyslům patří u seniorů k velmi častým.

Chloubová uvádí: „*Ve stáří dochází právě v této úrovni existenciálních potřeb k frustraci – k poruchám zdraví a soběstačnosti, k vzniku sociálních a ekonomických nejistot, ke změnám omezeného příjmu a zpracování podnětů a zkreslení informací, ke změnám nároků na bydlení, bezpečí a pomoci. Starý člověk potřebuje ke svému životu klid – mír, věřit a důvěřovat svému bezprostřednímu okolí a svému „Bohu“, potřebuje znát strukturu a řád svého prostředí, a proto se těžko přizpůsobuje novému prostředí“.* (Chloubová, online, s. 22-23)³

Stáří se také definuje jako období třetího věku, přičemž prvním věkem se rozumí dětství a dospívání, druhým věkem období dospělosti. V nynější době se můžeme setkat i s označením čtvrtý věk, vyplývající z potřeby rozdělit stáří na dvě období s důrazem na jejich odlišné charakteristiky. Starší člověk ve věku 60 - 74 roků více méně netrpí žádnou závažnou chorobou, je aktivní, zapojuje se do společnosti, cestuje. Tento aktivní úsek života je označován jako třetí věk. Čtvrtý věk začíná po 75. roku života v období, kdy se zhoršuje zdravotní stav seniorů. Tento věk je spojován s přítomností choroby, pokles tělesných i psychických funkcí, blížící se smrti. Každý stárnoucí či starý člověk je veden jako člen společnosti, která přijímá stáří jako přirozenou realitu a vnímá populaci seniorů jako svoji nerozdělitelnou součást.

2.1 Geriatrický pacient

Jde zpravidla o staršího člověka ve věku 70 let a více. Jeho onemocnění komplikuje mnoho významných nemocí, což ovlivňuje veškerý diagnostický proces, terapii a rehabilitaci. Zdravotní stav je tím ohrožen zejména zhoršením či ztrátou soběstačnosti, kvalitativními poruchami vědomí a dalšími komplikacemi možné u geriatrického pacienta (porucha hybnosti, dehydratace, malnutrice).

Zájem zdravotníků poukazuje u takového pacienta na komplexnější péči a soustřeďuje se na problematiku chorob i funkčního stavu. U takového pacienta je zapotřebí zastávat specifický přístup (specifický geriatrický režim), stejně jako děti potřebují specializovanou

³CHLOUBOVÁ, Helena. Změny potřeb ve stáří. [online]. s. 22-23 [cit. 2013-02-14]. Dostupné z: http://zpravodaj.marcom-praha.cz/zpr_0502/pdf/22-24.pdf.

pediatrickou péči (s tím rozdílem, že pediatrickým pacientem je každé nemocné dítě – geriatrickým pacientem není zdaleka každý nemocný senior).

2.2 Geriatrické oddělení

Geriatrické oddělení poskytuje geriatrickým pacientům akutní specializovanou péči, zajištěnou diagnostikou a léčbou převážně interních onemocnění se zhodnocením aktuálního funkčního stavu. Za těchto okolností je zapotřebí kompletní multidisciplinární přístup podmíněný multimorbiditou a změnami organismu ve stáří. Přijetí geriatrického pacienta může doporučit lékař, který je specializovaný v oboru geriatrie. Pacienti, kteří ukončili léčbu na geriatrickém oddělení, jsou propuštěni do domácí péče nebo přeloženi do léčeben pro dlouhodobě nemocné takzvané (dále jen tzv.) léčebny dlouhodobě nemocných (dále jen LDN), popřípadě do zařízení sociální péče, kde je geriatrickým pacientům poskytována péče dlouhodobě. Sestra pracující na geriatrickém oddělení zajišťuje péči metodou ošetrovatelského procesu, plánuje si ošetrovatelské činnosti a klade důraz na ošetrovatelské problémy. (Poledníková a kolektiv, 2006, s. 17)

Geronto-psychiatrické oddělení poskytuje péči geronto-psychiatrickou o pacienty s duševními poruchami a poruchami chování a je součástí psychiatrických oddělení, psychiatrických klinik a psychiatrických léčeben. (Poledníková a kolektiv, 2006, s. 19)

Úkoly vyplývající z pracovního zařazení středně zdravotnického personálu (dále jen SZP) v Psychiatrické léčebně v Kroměříži, geronto-psychiatrické oddělení:

Sestra v zájmu předcházení nepříznivých vlivů, které negativně působí na zdravotní stav pacienta, dodržuje stanovený ochranný léčebný režim a dbá o vyplnění volného času nemocných.

Sleduje fyziologické funkce (měří krevní tlak, pulz, tělesnou teplotu, dech, saturaci kyslíku). Sleduje vyprazdňování moče, stolice, sleduje bolest, spánek, celkový zdravotní a duševní stav. Svá pozorování zaznamenává do dokumentace a informuje lékaře.

Sestra provádí odběry biologického materiálu na vyšetření, aplikuje a podává ordinované léky (kontroluje jejich důkladné a správné užití) infuze, provádí hygienickou péči, úpravu pacienta, úpravu lůžka, převazy ran, dekubitů. Kontroluje chování pacienta, zmatenost, obluzenost, negativitu, halucinace, komunikaci.

Sestra se podílí na týmové práci v psychoterapii.

Sestra připravuje nemocné k diagnostickým a ošetrovatelským výkonům a asistuje při jejich realizování, po výkonech o nemocné pečuje. Vede potřebnou dokumentaci, prohlubuje a zdokonaluje své odborné znalosti a provádí zdravotní výchovu.

2.3 Nejčastější psychické poruchy a onemocnění geriatrického pacienta

V populaci vyšší věkové kategorie se nejčastěji vyskytují poruchy, z důvodu změn organické mozkové tkáně, somatickými faktory a psychosociálními faktory typickými pro stáří (ztráta partnera, osamělé žití, ztráta společenské prestiže). Mezi nejčastější zastoupení psychických poruch patří: demence, delirium, deprese. Dále je to celé spektrum poruch, z nichž některé přetrvávají ze středního věku, jiné vznikají až ve stáří. Jsou to například:

- Schizofrenie (přecházejí ze středního věku).
- Poruchy s bludy.
- Organické psychotické poruchy.
- Bipolární afektivní poruchy (přechází ze středního věku).
- Organická úzkostná porucha.
- Organická efektivní labilita.
- Úzkostné poruchy přecházející ze středního věku.
- Reakce na stres.
- Organická disociativní porucha.
- Organické poruchy spánku. (Jiráček, 2013, s. 20)

Rozpoznání jedince s duševní poruchou představuje složitý proces, který probíhá nejednou v dlouhém časovém intervalu a přes mnohé mezičlánky. Psychiatr do tohoto procesu vstupuje obvykle až jako poslední instance. Při vzniku a vývoji duševní nemoci se schází mnoho zevních i vnitřních činitelů, které se vzájemně ovlivňují. Působení vrozeného základu (konstituce) i to, jak se nemocný vyvíjel, jaké životní otřesy prožil, jaký je jeho aktuální tělesný stav a v jakém společenském prostředí žije. Určitou roli hraje i dědičnost, ale zdaleka ne v takové míře, abychom se jí museli obávat. (Janík, 1987, s. 17)

2.3.1 Delirium ve stáří

Delirium:

- Vzniká náhle, nečekaně, akutně.
- Pacient v noci nespí.
- Může se objevit hyperaktivita pacienta nebo hypoaktivita.
- Specifické jsou iluze, halucinace.
- Porucha myšlení.

Delirantní stav je akutní, relativně krátkodobý stav zmatenosti (trvá hodiny až dny). Jde o reverzibilní (v rozdílné míře) mozkovou dysfunkci s poruchou myšlení (nepřiléhavost, inkoherece), paměti (krátkodobé), vnímání (iluze, halucinace), spánku, orientace, bdělosti a pozornosti s retrográdní a anterográdní amnézií, neklid (méně často s apatií), úzkost, pocitem pronásledování a s vegetativní reakcí v podobě tachykardie, pocení a mydriázy. (Poledníková a kolektiv, 2006, s. 158 – 159)

V životě se delirantní stav objevuje jen velmi zřídka, avšak u starších lidí je rozvoj deliria vysoké riziko z důvodu kognitivních poruch, polymorbidity, psychiatrická anamnéza. Delirantní stav je důvodem k hospitalizaci starších dospělých, ale může také vzniknout při hospitalizaci. Nejčastěji delirium postihuje ležící seniory hlavně v pooperačním období. Farmakoterapie může přinést postupné zlepšení zdravotního stavu pacienta. (Poledníková a kolektiv, 2006, s. 159)

2.3.2 Syndrom demence ve stáří

Demence:

- Choroba proniká postupně.
- Postižený demencí je neklidný, v noci málo spí.
- Pacient často popírá, že se necítí dobře.
- Pacient se toulá po domě, nemocnici.
- Postupně se zhoršuje schopnost paměti, ztráta schopnosti pamatovat si.

Demence spadá mezi závažné problémy v péči o seniory. Onemocnění je charakteristické postupnými změnami, ztráta kognitivních funkcí nebo intelektu, ztráta paměti a orientace

v čase, v komunikaci zúžené hledání vhodných slov, změna schopnosti zrakové nebo sluchové identifikovat podnět, porucha chápání (pacient nerozumí pokynům, které po něj personál vyžaduje, nerozumí programům v televizi), ztráta schopnosti nakoupit si, hospodařit s penězi, psychomotorická apraxie, pokles soběstačnosti v oblasti hygienické péče, oblékání, používání toalety, neschopnost přemýšlet, ztráta schopnosti plánovat aktivity. Demence snižuje zábrany člověka, ztrátu osobnosti, pacient je lhostejný k běžným úkonům, objevuje se emoční labilita. (Poledníková a kolektiv, 2006, s. 164)

2.3.3 Deprese ve stáří

Deprese:

- Choroba se objeví postupně nebo náhle.
- Pacient špatně spává, má problémy se spánkem.
- Objevují se pomalé pohyby.
- Pacient ztrácí chuť do života, je smutný, bez zájmu a radosti.
- Nedochází k poruše paměti.

Deprese je závažný stav, který se často se objevuje u starších lidí. Hlavní projev deprese značí strnulý výraz ve tváři, pomalá řeč a zpomalené pohyby, z pacienta vyzařuje smutný dojem. Deprese může vyvrcholit až k sebevražednému pokusu. (Poledníková a kolektiv, 2006, s. 168)

2.4 Přístup k duševně nemocným

Každý zdravotník v přístupu k nemocným a zvláště k duševně nemocným dodržuje základní pravidla:

- Ctí lidskou důstojnost nemocných, chová se taktně, společensky.
- Nepokládá nemocné za malé děti, jedná s nimi jako se zdravými dospělými osobami.
- Mluví vždy pravdu, neslibuje nic i za cenu přechodné ztráty náklonnosti nemocných (pochopitelně nesděljuje nepříznivé údaje o jejich chorobě, předpovědi apod.).
- Respektuje jejich osobní náplň, pokud je to jen možné.

Zdravotník má získat o nemocných co nejvíce informací, najít si vždy vhodný přístup k nemocnému. V projevech musí znát správnou míru, zachovávat společenské chování. Největší nebezpečí může vznikat u vztahovačných a úkorných nemocných. Neurčitá a nejasná odpověď může uvést nemocného do pochybnosti. Pokud sestra neví, jak má odpovědět, kontaktuje lékaře. S nemocnými se může hovořit o všem, co se netýká jejich chorobných představ. Rozhovor s nemocným je důležitým psychoterapeutickým dějem. I těžce duševně nemocný vycítí sympatie a lásku personálu. Neposkytovat planou a nepodloženou útěchu. Pacientům jejich bludy nebo halucinace nevymlouvat, je to bezpředmětné. Sestra se v žádném případě nepouští do sporu s nemocným. Pouze mu sdělí svůj názor. Sestra má být k nemocnému ochotná a mít dobrou vůli. (Jedlička a kolektiv, 1983, s. 170)

2.5 Komunikace se seniorem

U starého člověka zvláště trpící demencí dochází ke změnám příjmu informací. Často pak vznikají dezinformace a důsledkem je dezorientace v reálném prostředí. Dochází k postupnému úbytku mentálních funkcí, k sníženému vnímání a komunikaci. Často zde vzniká pocit hněvu a nepochopení.

Ošetřující nebo pečující personál využívá při kontaktu jak verbální, tak i neverbální komunikaci. Veškerou komunikaci doprovází laskavou řečí, trpělivostí a vysvětlením. Pro dostatečné uspokojování potřeby v oblasti komunikace je velmi nutný kontakt s rodinnými příslušníky. Příjemné pocity může dementní člověk dávat najevo např. uvolněním svalového napětí, mimiky, pohybů těla nebo pousmáním. Naopak nepříjemné pocity pak vyjadřuje křečovitým držením těla, odvracení se od osob nebo neklidem. (Zgola, 2003, s. 72)

Dobrá komunikace s pacientem bývá základem vztahu mezi pečujícím a příjemce péče. Komunikace je předávání informací, pocitů, citů k druhým. Děje se cestou verbální (slovní) a neverbální (mimoslovní). Každý člověk má určitý smysl komunikace. Vrozené tempo řeči, často používaná slova. Je známkou profesionality, naučit se znát, používat slova a termíny, které náš pacient přijímá a rozumí jim. Při práci se seniory je nutné pamatovat na fakt, že většina seniorů je věřících. Mnoho z nich zažilo vykání rodičů. Nebylo běžné používání vulgarizmů. Z druhé strany nás může zaskočit situace, kdy senior užívá nadávky, které překračují společenské hranice. Ne vždy je to vlivem onemocnění. (Venglářová, 2007, s. 74)

Rozhovor: Při navazování kontaktu je nutné přizpůsobit se zvláštnostem nemocného a respektovat jeho občanskou důstojnost. Redukovat záporné emoce (strach, úzkost, obavy) uvedením do léčebného prostředí, projevit zájem, vcítění, náklonnost. Podpora v jistotě, že není osamocen, vyzívání ke spolupráci. Udržovat průběh a prohlubovat kontakt s nemocným, trpělivě a se zájmem vyslechnout pacientův monolog. Dodávat pacientovi odvalu, ocenit jeho snahu a úsilí. Informovat o situaci, vyhýbat se radám o konkrétních změnách v životě (rozvody, změny zaměstnání atd.). Vhodné je povzbuzovat nemocného, aby o svých duševních potížích hovořil bez zábran především se zdravotníky. (Höschl a kolektiv, 1997, s. 126 – 127)

Hlavní součástí psychiatrického vyšetření je rozhovor s nemocným. Účelem rozhovoru s nemocným je:

- Získat anamnézu a přehled o dosavadním životě nemocného.
- Navázat kontakt a terapeutický vztah.
- Vytvořit atmosféru vzájemné důvěry, spolehlivosti a spolupráce.
- Porozumět současnému stavu nemocného.
- Postavit diagnózu.
- Sestavit léčebný plán. (Höschl a kolektiv, 1997, s. 28)

2.5.1 Komunikační bariéry

Do procesu komunikace vstupujeme s určitými představami o druhých, o jejich schopnostech, motivaci, vůli. Tyto představy jsou jen do určité míry objektivní. Mohou být dokonce zcela mylné. Klient se může domnívat, že s ním hovoříme pouze o zdravotních problémech, proto nás stále informuje o potížích či problémech. Všeobecná sestra může předpokládat, že klient nemluví proto, že o rozhovor nestojí. Nezájem komunikovat má mnoho důvodů. Starší lidé obvykle mluví pomaleji. Zvláště, když jsou unaveni, více se musí soustředit nebo jsou ve stresu. Je nutné jim ponechat dostatek času na promyšlení odpovědi. Na straně klienta se objevují různé zábrany. Neochota komunikovat, nedůvěra, obavy, jak bude s informacemi naloženo. Většina klientů komunikuje otevřeně, vzniká pouto mezi pracovníky a klienty. Pak se daří navodit hovor i na závažné téma. Hovor na nepříjemné téma může být do nekonečna odkládán, klient volí jiná témata. (Venglářová, 2007, s. 74 – 75)

II. PRAKTICKÁ ČÁST

3 VÝSLEDKY ŠETŘENÍ A JEJICH ANALÝZA

3.1 Cíle práce

Hlavní výzkumná otázka

Zjistit, jak vnímá pacient s psychiatrickým onemocněním.

Dílčí výzkumná otázka č. 1

Zjistit, co ovlivňuje spokojenost pacienta s psychiatrickou diagnózou.

Dílčí výzkumná otázka č. 2

Zjistit bariéry komunikace u pacienta s psychiatrickou diagnózou.

3.2 Metodika práce

Pro svou práci jsem zvolila metodu kvalitativního šetření technikou „*focus group*“, moderátorem řízený rozhovor malé skupiny 7 – 12 osob na stanovené téma. Cílem je konfrontace názorů a pozorování způsobů jejich modifikace vzájemným ovlivňováním členy skupiny navzájem. Účastníci jsou příslušníky stejné sociální skupiny – jejich homogenita zaručí podobné vnímání a zkušenosti a komunikační dovednosti na srozumitelné úrovni. Diskuze není ovlivněna jinými faktory – účastníci nejsou ve vzájemném příbuzenském poměru.⁴

Zhotovila jsem si osnovu pro vedení rozhovoru. Jednotlivé prvky osnovy se nazývají otázky nebo také položky. Položka je vhodnější označení tehdy, když výrok nemá tázací, ale oznamovací formu. (Gavora, 2000, s. 99)

Osnova vedení rozhovorů obsahuje 12 položek. Úvod osnovy obsahuje oslovení účastníků, představení výzkumníka, důvod šetření a poděkování za čas. Kladu důraz na anonymitu. Poté následují položky osnovy.

⁴[online]. [cit. 2013-04-06]. Dostupné z: <http://www.augurconsulting.cz/metody/kvalitativni-vyzkum.html>

Do osnovy jsem použila otevřené položky. Úlohou respondenta je vyjádřit svůj vlastní názor na kladené položky č. 1 – č. 12.

Kutnohorská uvádí: „*Výzkum v ošetrovatelství umožňuje sestřám zkoumat a kriticky hodnotit zavedené postupy, stejně jako zkoumat efektivitu a hodnotu postupů nových nebo navrhovaných. Výsledky výzkumu mohou ovlivňovat jak vzdělání sester, tak ošetrovatelskou praxi. Vysokoškolsky vzdělaná sestra by měla být schopna vědecké práce, a tak zlepšovat kvalitu péče. Od sestry se očekává také empatický přístup a znalost pacientova stavu.*“

Sestra by měla být schopna:

- *Potřebu výzkumu chápat jako součást své odborné myšlenkové výbavy.*
- *Kriticky hodnotit užívané stereotypy ošetrovatelské péče a hledat způsoby jejího neustálého zlepšování.*
- *Formulovat výzkumné otázky.*
- *Provádět výzkum.*
- *Aplikovat výsledky výzkumu do praxe.*
- *Mít potřebu kontinuálního celoživotního vzdělávání.* (Kutnohorská, 2009, s. 10)

3.3 Charakteristika respondentů

Pro výzkumné šetření jsem zvolila jako respondenty pacientky hospitalizované v Psychiatrické léčebně v Kroměříži na oddělení ženské geronto-psychiatrie. Respondenti se liší psychiatrickou diagnózou. Na základě písemné žádosti určené řediteli PL v Kroměříži, mě bylo schváleno provedení šetření.

3.4 Design výzkumu

Rozhodla jsem se provést výzkumné šetření metodikou „*focus group*“ v PL v Kroměříži na oddělení 13A, geronto-psychiatrie ženy. Staniční sestra oddělení mě pomohla s výběrem vhodných patientek. Patientky vybírala podle spolupráce, komunikace, zdravotního stavu, diagnózy, soběstačnosti. S nimi jsem se osobně seznámila. Patientky projevíly velký zájem o spolupráci v rámci mé bakalářské práce. Doufaly, že poznají něco nového, co není běžnou náplní oddělení. S pacientkami jsem se domluvila na vhodném termínu a to sobotu

či neděli v dopoledních hodinách. V tuto dobu je na oddělení klid. Výzkum proběhl v neděli 10. 2. 2013 a v sobotu 16. 2. 2013. Staniční sestra souhlasila s termíny provádění výzkumu.

Dostavila jsem se na oddělení, sestry byly informovány o mém příchodu i o tom, které pacientky se mnou spolupracují. Jelikož jsem na daném oddělení pracovala, byl mě znám chod oddělení i personál. Pacientky očekávaly můj příchod v domluvenou hodinu. Na jednom z pokojů bylo připraveno posezení, které proběhlo v klidném a příjemném prostředí. Příprava prostředí pro komunikaci a odstranění rušivých elementů, jako je např. telefon či hluk, patří k důležitým úkonům, pro klid a soustředění. Prostředí bylo klidné, nikdo nás nerušil, pacientky byly uvolněné. Na povolení pana primáře, mohly sestry uvařit pacientkám i kávu, což bylo pro ně zpestřením.

Pacientkám jsem se představila, využila jsem haptického kontaktu při podání ruky, navázala jsem oční kontakt, s předstihem se informovala, jak mám pacientky oslovovat. Vysvětlila jsem, v čem spočívá má bakalářská práce, proč mé zaměření provádět výzkum je právě zde na oddělení 13A v PL v Kroměříži. Upozornila jsem je, že se můžou během rozhovoru ptát, pokud něčemu nerozumí, i tehdy, když použijí odborné pojmy. Otázky či připomínky i několikrát zopakují, aby pacientky pochopily, o čem hovořím. Při pohovoru jsem mluvila s pacientkami v krátkých větách, hlasitě, ale rozhodně ne vysokým hlasem. Umožnila jsem, aby odezíraly ze rtů. Aktivně jsem pacientkám naslouchala, akceptovala zdravotní stav tím, že jsem například (dále jen např.) zpomalila komunikaci, chovala se klidně, pozitivně. Pro komunikaci byla zvolena vhodná slova, kterým pacientky rozuměly. Rozhodně jsem pacientkám neradila, vhodnější je poskytnout pomoc v hledání správné cesty, neodpovídat si sama na kladené otázky, nechala jsem je samostatně přemýšlet. Byl jim poskytnut dostatek času připravit si vhodnou odpověď. Byla jsem připravena čelit emočním stavům.

Oddělení má kapacitu 34 lůžek. Spolupracovala jsem se sedmi soběstačnými pacientkami, ty s výzkumem souhlasily. Ostatní pacientky jsou nesoběstačné, ležící, nekomunikující, je u nich nutná celodenní ošetrovatelská péče, nejsou schopny se zapojit do připraveného výzkumu. Proto sezení probíhalo pouze se sedmi pacientkami. Některé pacientky se plně zapojovaly do komunikace jiné méně, spíše jen poslouchaly a plnily zadané úkoly. Předložila jsem jim osnovu. Osnova obsahovala 12 položek. Všechny jsem řádně pacientkám vysvětlila a podrobně jsme je prodiskutovaly. Dotazy jsem pacientkám řádně a podrobně nastínila. Každá pacientka prostudovala uvedené položky v osnově, v případě nejistoty se

na mne raději obrátily. Poté se pustily do vyplňování údajů v předložené osnově. Některé pracovaly samostatně, jiné osnovu vyplňovaly společně, tudíž měly shodné nebo stejné odpovědi. Během sezení si navzájem vyměňovaly názory na péči, ošetřující personál, chod oddělení, spokojenost s léčbou. Skupinu mohly opustit kdykoli bez udání důvodu, pokud byly například vyčerpané nebo unavené. Jedna z pacientek ve skupině nekomunikovala, pouze vyplnila osnovu a ze skupinky odešla. Byla uzavřená, tichá, jen poslouchala, o čem se hovoří, nespocovala, jevila se jako nekonfliktní, do rozhovoru se nezapojovala. Od pacientky jsem se dozvěděla podstatné, co jsem ke své bakalářské práci potřebovala.

Sezení trvalo jednu hodinu a dvacet minut, prodiskutovalo se sedm položek. Usoudila jsem, že bude vhodné pokračovat v příštím sezení za týden, z důvodu psychiatrického onemocnění pacientek. Postřehla jsem, že pacientky jsou nepozorné, unavené, neboť sezení probíhalo v jejich osobním volnu, kdy jsou zvyklé odpočívat. Souhlasily, i přes únavu byly potěšeny, že jejich dopoledne bylo zpestřeno touto zajímavou činností. Před ukončením skupinového sezení jsem je upozornila na možnost kladení dotazů, umožnila jsem jim, aby si na příští sezení připravily písemné připomínky. Těšily se na další setkání, které se uskuteční v sobotu 16. 2. 2013 v dopoledních hodinách. Skupinové sezení probíhalo stejným způsobem, pacientky mne už očekávaly. Téma se týkalo zbývajících pěti položek. Pacientky byly více komunikativní, aktivně se zapojovaly do diskuze, byly otevřenější, veselejší, uvolněné. Prodiskutovaly jsme všechny položky, pacientky vyplnily jednotlivé body osnovy, která jim byla předložena. Přestože na oddělení probíhala psychoterapie, pacientky konstatovaly, že psychoterapeutická sezení jsou velmi krátká na to, aby se každá dostala ke slovu, aby se mohly svěřit se svými problémy. Skupinové sezení bylo pro pacientky přínosem, mohly se uvolnit a volně si pohovořit.

I když jsem očekávala spolupráci s větším počtem pacientek, otevřenější a delší odpovědi, skupinové sezení bylo velkým přínosem pro mou bakalářskou práci. Těšil mě zájem a spolupráce pacientek. Získala jsem dostatek informací a materiálů k dosažení svých cílů.

3.5 Organizace šetření

Ve své práci jsem zjišťovala, jak vnímají pacientky hospitalizované v PL v Kroměříži, prostředí, okolí, kolektiv sester a důvody, které ovlivňují jejich spokojenost. Dále jsem zjišťovala bariéry komunikace u pacientek s psychiatrickou diagnózou.

K dosažení cílů jsem zvolila techniku polostrukturovaného rozhovoru „*focus group*“, předložením osnovy. V rámci výzkumného šetření bylo dotázáno 7 respondentů, respondenty veškeré položky pochopily a vyplnily. Výzkum probíhal v měsíci únoru v PL v Kroměříži na oddělení ženské geronto-psychiatrie. Pro výzkumné šetření bylo zhotoveno 12 osnov, rozdáno a vyplněno bylo 7 osnov.

Osnova vedení rozhovoru má celkem 12 položek, některé položky mají podpoložky. Osnova je určena pro pacientky geronto-psychiatrického oddělení. V položkách č. 1 jsem zjišťovala oční komunikaci mezi personálem a pacientem. V položce č. 2 jsem se zabývala situací, jak se zachová sestra, když se pacientka necítí fyzicky či psychicky dobře. V položce č. 3 jsem zjišťovala, zda sestra s pacientkou komunikuje i po vyřešení problému (uvedeno v položce č. 2), zdali se sestra zajímá, zda se pacientka cítí lépe. V položce č. 4 jsem zjišťovala, jestli se sestra dokáže vcítit do potíží či problémů, které pacientka udává, zdali sestru zajímá aktuální stav pacientky. V položce č. 5 jsem zkoumala spokojenost pacientky se zajišťováním hygienické péče, kterou poskytuje sestra. V položce č. 6 jsem věnovala pozornost zásadám slušného chování sestry. V položce č. 7 jsem se zaměřila na komunikaci sestry při oslovování pacientky. V položce č. 8, respektuje sestra důstojnost pacientky? V položce č. 9 jsem se ptala pacientky, jak je spokojena s přístupem personálu. V položce č. 10 jsem se zajímala, zdali je pacientka spokojena se způsobem podávání informací o svém zdravotním stavu. V položce č. 11 jsem zjišťovala, jestli je pacientka spokojena s poučením před plánovaným vyšetřením. V poslední položce č. 12 jsem se zabývala spokojeností a úrovní péče, která je během hospitalizace pacientce poskytována.

3.6 Zpracování získaných dat

Všechny vyplněné osnovy vedení rozhovoru, které jsem od všech přítomných respondentů získala, byly vyplněny dle osnovy. Řádně jsem osnovy vyplněné sedmi respondenty prostudovala a zaznamenala. Jednotlivá data jsem převedla do tabulek, slovně jsem každou popsala. Pro tvorbu tabulek a grafů jsem použila Microsoft Excel.

3.7 Analýza výsledků šetření

Položka č. 1 – Respondent M. K., narozena (dále jen nar.) 1932

Tabulka 2 – Respondent M. K., nar. 1932

Osnova vedení rozhovorů „focus group“:	Odpovědi respondenta:
1. Dívá se vám zdravotnický personál při komunikaci do očí?	Ano.
2. Jak byste zhodnotila situaci: Necítí se dobře, jdete za sestrou, jak se k vám zachová?	Podle svých možností.
Vyslechne vás?	Ano.
Je vstřícná?	Ano.
Věnuje vám pozornost?	Ano.
Naslouchá vám?	Ano.
Dá vám radu?	Ano.
Podpoří vás pohlazením, vlídným slovem?	Ano.
3. Komunikuje s vámi sestra i po vyřešení problému?	Snaží se.
Zajímá se, zda se cítíte lépe?	Zajímá.
4. Myslíte si, že se sestra dokáže vcítit do vašich potíží či problémů, zajímá ji váš současný stav?	Ano.
5. Jak jste spokojena se zajišťováním hygienické péče, kterou vám sestra poskytuje?	Ano.
Jste spokojena s časem, který vám sestra věnuje při vykonávání hygienické péče?	Starají se o nás hezky, zasmějeme se se sestřičkami.
Je sestra milá? Usměvavá? Hezky upravená?	Ano, jsou.
6. Jste spokojena se zásadami slušného chování sestry, umí sestra slušně pozdravit a taktně vystupovat?	Ano.
Umí sestra pozdravit?	Umí.
Umí sestra poděkovat, požádat se slovíčkem prosím?	Umí.
7. Líbí se vám, jak vás sestra při komunikaci oslovuje?	Ano, hezky oslovuje.
Jak vás sestra oslovuje?	Příjmením.

8. Respektuje sestra vaši důstojnost?	Ano.
Jak vnímáte svou důstojnost?	Zatím nevím.
9. Jak jste spokojena s přístupem ošetrovatelského personálu?	Vyhovuje mi přístup, personál se dost snaží.
10. Jste spokojena se způsobem podávání informací o svém zdravotním stavu a léčbě ze strany ošetřujícího personálu na oddělení?	Spokojena.
11. Jste spokojena s poučením před plánovaným výkonem, ošetřováním či odběrem krve, moče?	Vše jsem vždy pochopila dobře.
12. Jste spokojena s úrovní péče, která je vám během hospitalizace poskytována?	Spokojena velmi, jsou tu ochotní, hodní na nás.

Položka č. 2 – Respondent A. K., nar. 1941

Tabulka 3 – Respondent A. K., nar. 1941

Osnova vedení rozhovorů „focus group“:	Odpovědi respondenta:
1. Dívá se vám zdravotnický personál při komunikaci do očí?	Ne vždy.
2. Jak byste zhodnotila situaci: Necítí se dobře, jdete za sestrou, jak se k vám zachová?	Vyhoví mému požadavku.
Vyslechne vás?	Ano.
Je vstřícná?	Ano.
Věnuje vám pozornost?	Ano.
Naslouchá vám?	Ano.
Dá vám radu?	Ano.
Podpoří vás pohlazením, vlídným slovem?	Ano.
3. Komunikuje s vámi sestra i po vyřešení problému?	Ano.
Zajímá se, zda se cítíte lépe?	Ano zajímá.
4. Myslíte si, že se sestra dokáže vcítit do vašich potíží či problémů, zajímá ji váš současný stav?	Zajímají ji moje problémy.
5. Jak jste spokojena se zajišťováním hygienické péče, kterou vám sestra poskytuje?	Spokojena.
Jste spokojena s časem, který vám sestra věnuje při vykonávání hygienické péče?	Jsem spokojena.
Je sestra milá? Usměvavá? Hezky upravená?	Sestřičky jsou hodné, hrozně fajn.
6. Jste spokojena se zásadami slušného chování sestry, umí sestra slušně pozdravit a taktně vystupovat?	ANO.
Umí sestra pozdravit?	Ano.
Umí sestra poděkovat, požádat se slovíčkem prosím?	Umí se chovat slušně.
7. Líbí se vám, jak vás sestra při komunikaci oslovuje?	Líbí.
Jak vás sestra oslovuje?	Paní.
8. Respektuje sestra vaši důstojnost?	Respektuje.
Jak vnímáte svou důstojnost?	Vystupuji slušně a očekávám totéž od protějšku.

9. Jak jste spokojena s přístupem ošetrovatelského personálu?	Spokojena.
10. Jste spokojena se způsobem podávání informací o svém zdravotním stavu a léčbě ze strany ošetřujícího personálu na oddělení?	Spokojena.
11. Jste spokojena s poučením před plánovaným výkonem, ošetřováním či odběrem krve, moče?	Spokojena, dobře jsem poučena.
12. Jste spokojena s úrovní péče, která je vám během hospitalizace poskytována?	Spokojena.

Položka č. 3 – Respondent M. A., nar. 1937

Tabulka 4 – Respondent M. A., nar. 1937

Osnova vedení rozhovorů „focus group“:	Odpovědi respondenta:
1. Dívá se vám zdravotnický personál při komunikaci do očí?	Dívá.
2. Jak byste zhodnotila situaci: Necítí se dobře, jdete za sestrou, jak se k vám zachová?	Ano.
Vyslechne vás?	Ano.
Je vstřícná?	Velmi.
Věnuje vám pozornost?	Vždy.
Naslouchá vám?	Naslouchá.
Dá vám radu?	Ano.
Podpoří vás pohlazením, vlídným slovem?	Ano.
3. Komunikuje s vámi sestra i po vyřešení problému?	Komunikuje.
Zajímá se, zda se cítíte lépe?	Zajímá.
4. Myslíte si, že se sestra dokáže vcítit do vašich potíží či problémů, zajímá ji váš současný stav?	Dokáže a zajímá se.
5. Jak jste spokojena se zajišťováním hygienické péče, kterou vám sestra poskytuje?	Jsem spokojena.
Jste spokojena s časem, který vám sestra věnuje při vykonávání hygienické péče?	
Je sestra milá? Usměvavá? Hezky upravená?	Vypadá vždy hezky a mile.
6. Jste spokojena se zásadami slušného chování sestry, umí sestra slušně pozdravit a taktně vystupovat?	Ano.
Umí sestra pozdravit?	Ano.
Umí sestra poděkovat, požádat se slovíčkem prosím?	Umí.
7. Líbí se vám, jak vás sestra při komunikaci oslovuje?	Líbí.
Jak vás sestra oslovuje?	Příjmením.
8. Respektuje sestra vaši důstojnost?	Velmi.
Jak vnímáte svou důstojnost?	Zatím špatně.
9. Jak jste spokojena s přístupem ošetřo-	Velmi spokojena.

vatelského personálu?	
10. Jste spokojena se způsobem podávání informací o svém zdravotním stavu a léčbě ze strany ošetřujícího personálu na oddělení?	Jsem moc spokojena.
11. Jste spokojena s poučením před plánovaným výkonem, ošetřováním či odběrem krve, moče?	Velmi.
12. Jste spokojena s úrovní péče, která je vám během hospitalizace poskytována?	Jsem moc.

Položka č. 4 – Respondent E. H., nar. 1929

Tabulka 5 – Respondent E. H., nar. 1929

Osnova vedení rozhovorů „focus group“:	Odpovědi respondenta:
1. Dívá se vám zdravotnický personál při komunikaci do očí?	Ano.
2. Jak byste zhodnotila situaci: Necítí se dobře, jdete za sestrou, jak se k vám zachová?	Dobře, zodpoví mi otázky, na které se ptám.
Vyslechne vás?	Ano.
Je vstřícná?	Ano.
Věnuje vám pozornost?	Samozřejmě je to pro mě velice příjemné.
Naslouchá vám?	Ano.
Dá vám radu?	Už mi taky pomohly.
Podpoří vás pohlazením, vlídným slovem?	Ano.
3. Komunikuje s vámi sestra i po vyřešení problému?	Každá sestra, s kterou jsem se setkala, mi vždy dokázala vyhovět.
Zajímá se, zda se cítíte lépe?	Určitě ano.
4. Myslíte si, že se sestra dokáže vcítit do vašich potíží či problémů, zajímá ji váš současný stav?	Ano myslím si, že každá je inteligentní žena, i muži zde jsou na mě hodní
5. Jak jste spokojena se zajišťováním hygienické péče, kterou vám sestra poskytuje?	Výborné, děkuji.
Jste spokojena s časem, který vám sestra věnuje při vykonávání hygienické péče?	Ano.
Je sestra milá? Usměvavá? Hezky upravená?	Ano.
6. Jste spokojena se zásadami slušného chování sestry, umí sestra slušně pozdravit a taktně vystupovat?	Ano.
Umí sestra pozdravit?	Ano.
Umí sestra poděkovat, požádat se slovíčkem prosím?	Ano.
7. Líbí se vám, jak vás sestra při komunikaci oslovuje?	Ano.
Jak vás sestra oslovuje?	Příjmením.
8. Respektuje sestra vaši důstojnost?	Respektuje.
Jak vnímáte svou důstojnost?	Jako každá sebevědomá žena ano.
9. Jak jste spokojena s přístupem ošetřo-	Nemůžu si stěžovat.

vatelského personálu?	
10. Jste spokojena se způsobem podávání informací o svém zdravotním stavu a léčbě ze strany ošetřujícího personálu na oddělení?	Vše co chci vědět tak to mi řeknou.
11. Jste spokojena s poučením před plánovaným výkonem, ošetřováním či odběrem krve, moče?	Spokojena, děkuji.
12. Jste spokojena s úrovní péče, která je vám během hospitalizace poskytována?	Ano.

Položka č. 5 – Respondent K. D., nar. 1939

Tabulka 6 – Respondent K. D., nar. 1939

Osnova vedení rozhovorů „focus group“:	Odpovědi respondenta:
1. Dívá se vám zdravotnický personál při komunikaci do očí?	Ano.
2. Jak byste zhodnotila situaci: Necítí se dobře, jdete za sestrou, jak se k vám zachová?	Pokusí se situaci vyřešit.
Vyslechne vás?	Ano.
Je vstřícná?	Ano.
Věnuje vám pozornost?	Ano.
Naslouchá vám?	Ano.
Dá vám radu?	Ano.
Podpoří vás pohlazením, vlídným slovem?	Ano.
3. Komunikuje s vámi sestra i po vyřešení problému?	Ano.
Zajímá se, zda se cítíte lépe?	Zajímá se, zda se můj stav zlepšil.
4. Myslíte si, že se sestra dokáže vcítit do vašich potíží či problémů, zajímá ji váš současný stav?	Snad ano.
5. Jak jste spokojena se zajišťováním hygienické péče, kterou vám sestra poskytuje?	Hygienu si provádím sama, nemůžu toto posoudit.
Jste spokojena s časem, který vám sestra věnuje při vykonávání hygienické péče?	
Je sestra milá? Usměvavá? Hezky upravená?	Ano.
6. Jste spokojena se zásadami slušného chování sestry, umí sestra slušně pozdravit a taktně vystupovat?	Ano.
Umí sestra pozdravit?	Ano.
Umí sestra poděkovat, požádat se slovíčkem prosím?	Ano.
7. Líbí se vám, jak vás sestra při komunikaci oslovuje?	Ano.
Jak vás sestra oslovuje?	Příjmením.
8. Respektuje sestra vaši důstojnost?	Chová se taktně, slušně ke staré osobě.
Jak vnímáte svou důstojnost?	Nevím.
9. Jak jste spokojena s přístupem ošetřo-	Dobře.

vatelského personálu?	
10. Jste spokojena se způsobem podávání informací o svém zdravotním stavu a léčbě ze strany ošetřujícího personálu na oddělení?	Spokojena.
11. Jste spokojena s poučením před plánovaným výkonem, ošetřováním či odběrem krve, moče?	Spokojena, vždy je to vysvětleno.
12. Jste spokojena s úrovní péče, která je vám během hospitalizace poskytována?	Ano spokojená.

Položka č. 6 – Respondent P. C., nar. 1938

Tabulka 7 – Respondent P. C., nar. 1938

Osnova vedení rozhovorů „focus group“:	Odpovědi respondenta:
1. Dívá se vám zdravotnický personál při komunikaci do očí?	Ano.
2. Jak byste zhodnotila situaci: Necítí se dobře, jdete za sestrou, jak se k vám zachová?	Podle svých možností.
Vyslechne vás?	Ano.
Je vstřícná?	Ano.
Věnuje vám pozornost?	Ano.
Naslouchá vám?	Ano.
Dá vám radu?	Ano.
Podpoří vás pohlazením, vlídným slovem?	Ano.
3. Komunikuje s vámi sestra i po vyřešení problému?	Snaží se.
Zajímá se, zda se cítíte lépe?	Zajímá.
4. Myslíte si, že se sestra dokáže vcítit do vašich potíží či problémů, zajímá ji váš současný stav?	Ano.
5. Jak jste spokojena se zajišťováním hygienické péče, kterou vám sestra poskytuje?	Ano.
Jste spokojena s časem, který vám sestra věnuje při vykonávání hygienické péče?	Ano.
Je sestra milá? Usměvavá? Hezky upravená?	Ano.
6. Jste spokojena se zásadami slušného chování sestry, umí sestra slušně pozdravit a taktně vystupovat?	Ano.
Umí sestra pozdravit?	Ano.
Umí sestra poděkovat, požádat se slovíčkem prosím?	Ano.
7. Líbí se vám, jak vás sestra při komunikaci oslovuje?	Ano.
Jak vás sestra oslovuje?	Paní L.
8. Respektuje sestra vaši důstojnost?	Ano respektuje.
Jak vnímáte svou důstojnost?	Zatím nevím.
9. Jak jste spokojena s přístupem ošetřo-	Vyhovuje.

vatelského personálu?	
10. Jste spokojena se způsobem podávání informací o svém zdravotním stavu a léčbě ze strany ošetřujícího personálu na oddělení?	Spokojena.
11. Jste spokojena s poučením před plánovaným výkonem, ošetřováním či odběrem krve, moče?	Spokojena.
12. Jste spokojena s úrovní péče, která je vám během hospitalizace poskytována?	Spokojena.

Položka č. 7 – Respondent A. B., nar. 1930

Tabulka 8 – Respondent A. B., nar. 1930

Osnova vedení rozhovorů „focus group“:	Odpovědi respondenta:
1. Dívá se vám zdravotnický personál při komunikaci do očí?	Málo.
2. Jak byste zhodnotila situaci: Necítí se dobře, jdete za sestrou, jak se k vám zachová?	Sestřička mi vždy vyhoví, pomůže.
Vyslechne vás?	Samozřejmě
Je vstřícná?	Ano
Věnuje vám pozornost?	Ano, pokud má čas.
Naslouchá vám?	Ano
Dá vám radu?	Snaží se vyjít vstříc.
Podpoří vás pohlazením, vlídným slovem?	Když je možnost.
3. Komunikuje s vámi sestra i po vyřešení problému?	Pořád.
Zajímá se, zda se cítíte lépe?	Zeptá se na můj stav.
4. Myslíte si, že se sestra dokáže vcítit do vašich potíží či problémů, zajímá ji váš současný stav?	Zajímá, sestřičky jsou hodné, pozorné.
5. Jak jste spokojena se zajišťováním hygienické péče, kterou Vám sestra poskytuje?	Moc jsem spokojena, péče je zajištěna tak jak má být, nešidí nás.
Jste spokojena s časem, který vám sestra věnuje při vykonávání hygienické péče?	Nemůžu si stěžovat.
Je sestra milá? Usměvavá? Hezky upravená?	Jsou milé, usměvavé, hodné.
6. Jste spokojena se zásadami slušného chování sestry, umí sestra slušně pozdravit a taktně vystupovat?	Spokojena.
Umí sestra pozdravit?	Nestalo se mi, že sestry nezdraví.
Umí sestra poděkovat, požádat se slovíčkem prosím?	Ano umí.
7. Líbí se vám, jak vás sestra při komunikaci oslovuje?	Líbí.
Jak vás sestra oslovuje?	Příjmením, paní V.
8. Respektuje sestra vaši důstojnost?	Respektuje ji.
Jak vnímáte svou důstojnost?	Chová se hezky, slušně ke mně.
9. Jak jste spokojena s přístupem ošetřo-	Už jsem stará.

vatelského personálu?	
10. Jste spokojena se způsobem podávání informací o svém zdravotním stavu a léčbě ze strany ošetřujícího personálu na oddělení?	Jsem spokojena.
11. Jste spokojena s poučením před plánovaným výkonem, ošetřováním či odběrem krve, moče?	Spokojena.
12. Jste spokojena s úrovní péče, která je vám během hospitalizace poskytována?	Ano jsem a moc spokojena. Chválím místní sestřičky.

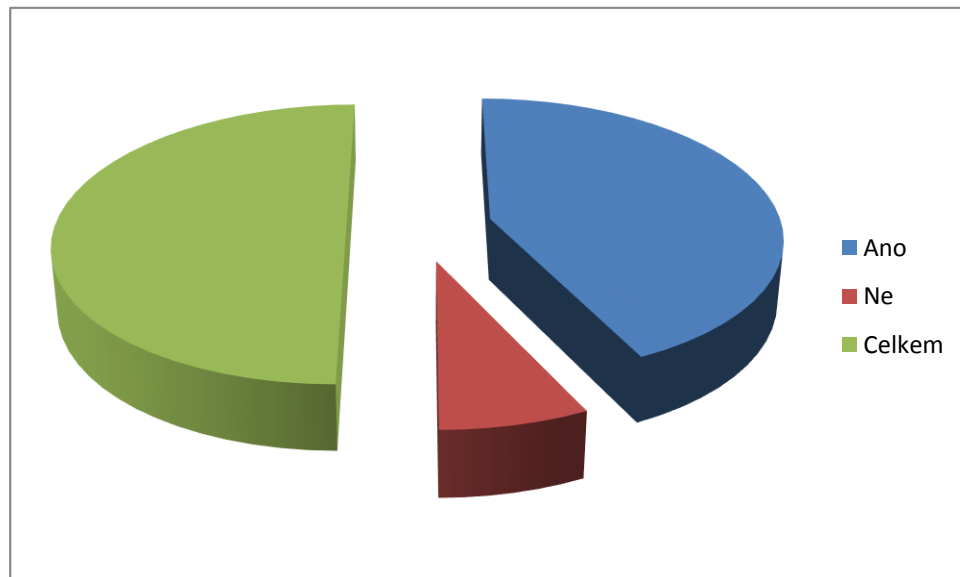
3.8 Interpretace výsledků šetření

Analytické kódování

Položka č. 1 – Dívá se vám zdravotnický personál při komunikaci do očí?

Tabulka 9 – Pohled do očí

Ano	Ne	Celkem
6	1	7



Graf 1 – Pohled do očí

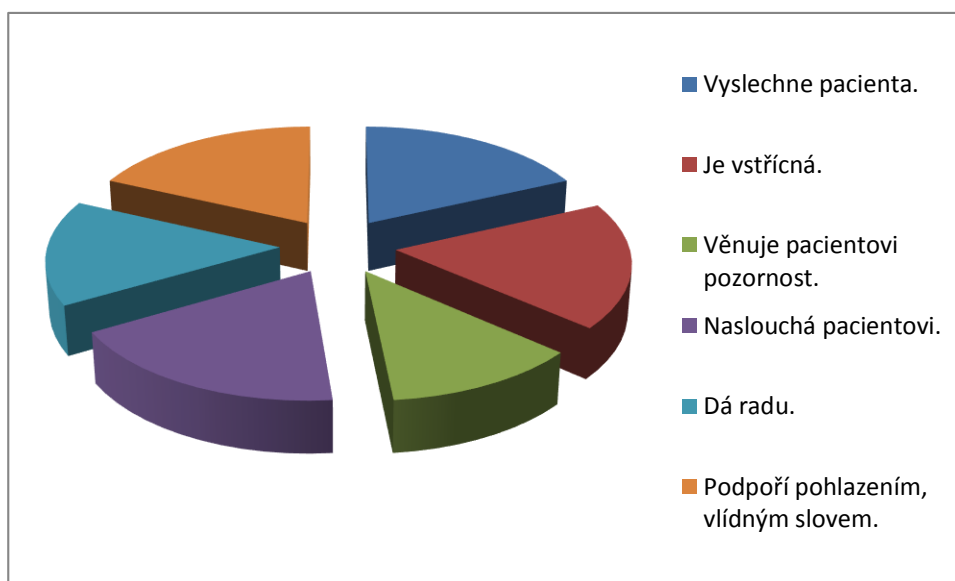
Interpretace:

V položce č. 1 byli respondenti vyzváni, aby se vyjádřili, zdali se zdravotnický personál díval pacientům při komunikaci do očí. Položka s otevřenou odpovědí. Většina respondentů odpověděla, že se zdravotnický personál dívá při komunikaci do očí, zdravotnický personál se do očí nedívá, odpověděl 1 respondent.

Položka č. 2 – Jak byste zhodnotila situaci: Necítí se psychicky nebo dobře, jdete za sestrou, jak se k vám zachová? Vyslechne vás? Je vstřícná? Věnuje vám pozornost? Naslouchá vám? Dá vám radu? Podpoří vás pohlazením, vlídným slovem?

Tabulka 10 – Chování sestry, když se pacient necítí dobře

	Ano	Jiná odpověď
Vyslechne pacienta.	6	1 odpověď Samozřejmě.
Je vstřícná.	6	1 odpověď Velmi
Věnuje pacientovi pozornost.	4	3 odpovědi Ano, pokud má čas. Samozřejmě, je to velice příjemné. Vždy.
Naslouchá pacientovi.	6	1 odpověď Naslouchá.
Poskytne radu.	5	2 odpovědi Snaží se vyjít vstříc. Už mi taky pomohly.
Podpoří pohlazením, vlídným slovem.	6	1 odpověď Když je možnost.



Graf 2 – Chování sestry, když se pacient necítí dobře

Interpretace:

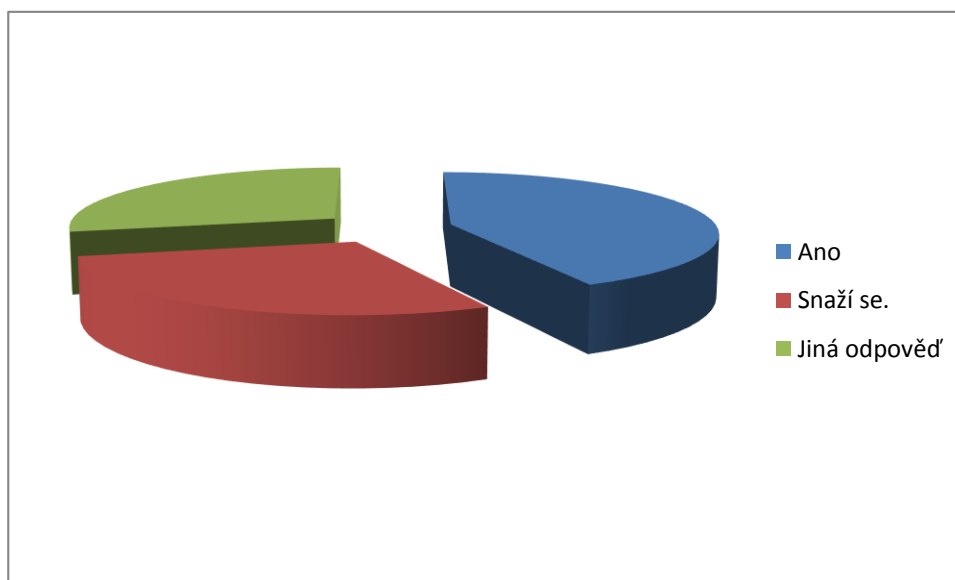
V položce č. 2 jsem se zabývala situací, jak se zachová sestra, když se pacientka necítí fyzicky či psychicky dobře. Položka pro otevřenou odpověď, respondenti uvedli vlastní názor. Vyslechla sestra pacienta, pokud se necítí dobře? Většina respondentů odpověděla kladně. Další odpovědi v této položce na téma, zdali byla sestra vstřícná? Sestra byla vstřícná - odpovědělo 6 respondentů, 1 respondent odpověděl, že sestra byla vstřícná velmi. Věnovala sestra pacientovi pozornost? Položka, k níž se respondenti vyjádřili, zda sestra věnovala pacientovi pozornost, uvedli 4 respondenti – sestra věnovala pozornost. Jinou odpověď uvedli 3 respondenti. Zdali sestra naslouchala pacientovi, odpověděla většina respondentů kladně. Poskytla sestra pacientovi radu, odpovědělo 5 respondentů, 2 respondenti odpověděli celou větou. Závěrečné téma v této položce, zdali sestra podpořila pacienta pohlazením, vlídným slovem, většina respondentů odpověděla kladně.

Položka č. 3 – Komunikuje s vámi sestra i po vyřešení problému? Zajímá se, zda se cítíte lépe?

Tabulka 11 – Komunikace sestry s pacientem po vyřešení problému

Sestra komunikuje

Ano	Snaží se	Jiná odpověď
3 odpovědi	2 odpovědi	2 odpovědi Každá sestra, s kterou jsem se setkala, mi vždy dokázala vyhovět. Pořád.



Graf 3 – Komunikace sestry s pacientem po vyřešení problému

Interpretace:

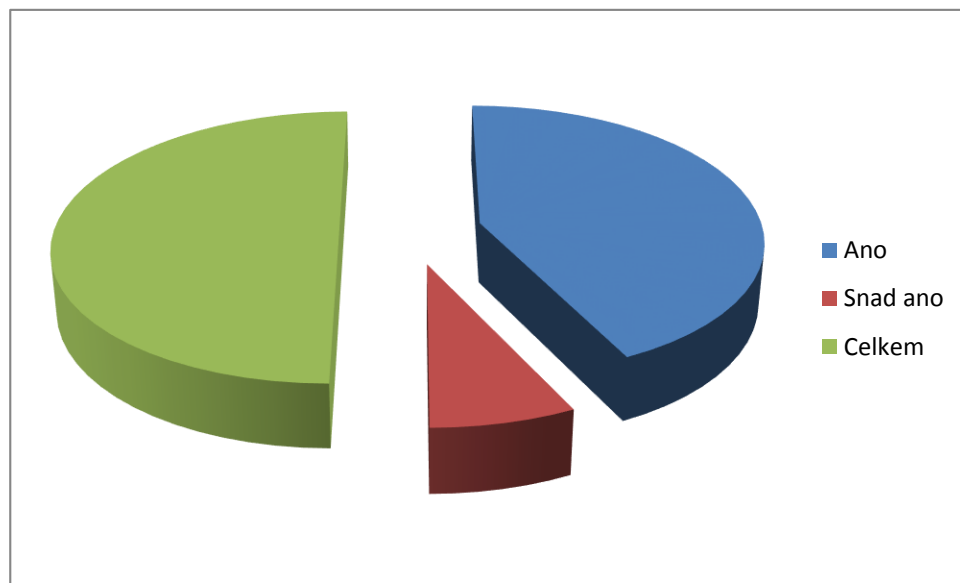
V položce č. 3 jsem zjišťovala, zda sestra s pacientkou komunikuje i po vyřešení problému v době, kdy se necítil dobře. Otevřená položka, ve které respondenti vyjádřili svůj názor. Sestra s pacientem komunikovala, odpověděli 3 respondenti, sestra se snažila s pacientem komunikovat, odpověděli 2 respondenti. Celou větou se vyjádřili 2 respondenti.

Položka č. 4 – Myslíte si, že se sestra dokáže vcítit do vašich potíží či problémů, zajímá ji váš současný stav?

Tabulka 12 – Vcítění sestry do potíží či problémů pacienta

Sestra se zajímá o současný stav pacienta

Ano	Snad ano	Celkem
6 odpovědí	1 odpověď	7 odpovědí



Graf 4 – Vcítění sestry do potíží či problémů pacienta

Interpretace:

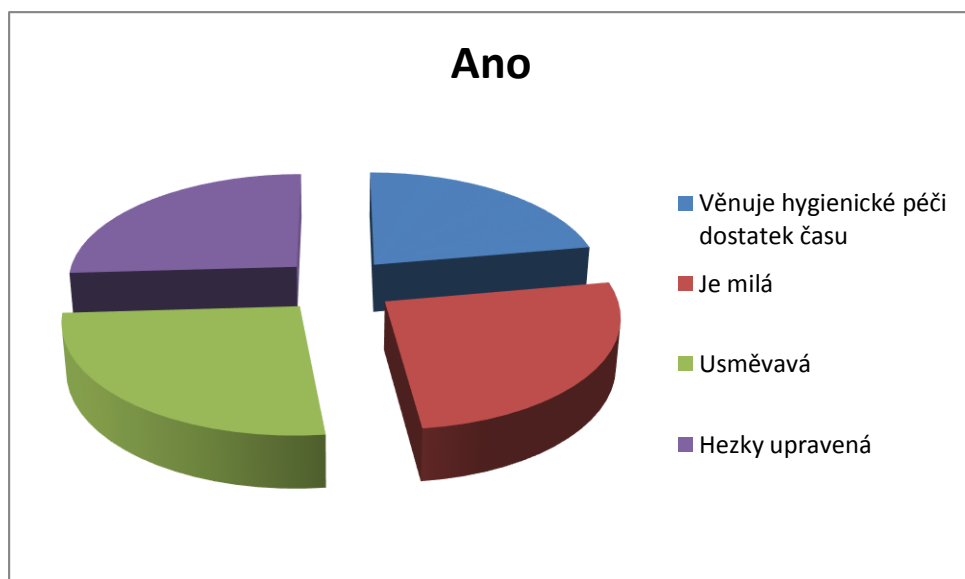
V položce č. 4 jsem zjišťovala od respondentů, zdali se sestra dokázala vcítit do potíží či problémů pacienta. Otevřené odpovědi respondentů. Sestra se zajímala o současný stav pacienta, odpovědělo 6 respondentů, snad se sestra zajímala o současný stav pacienta, udal 1 respondent.

Položka č. 5 – Jak jste spokojena se zajišťováním hygienické péče, kterou vám sestra poskytuje? Jste spokojena s časem, který vám věnuje při vykonávání hygienické péče? Je milá? Usměvavá? Hezky upravená?

Tabulka 13 – Chování sestry při zajišťování hygienické péče

Sestra:

	Ano	Jiná odpověď
Věnuje hygienické péči dostatek času	6	1 odpověď Hygienu si provádím sama, nemůže toto posoudit.
Je milá	7	
Usměvavá	7	
Hezky upravená	7	



Graf 5 – Chování sestry při zajišťování hygienické péče

Interpretace:

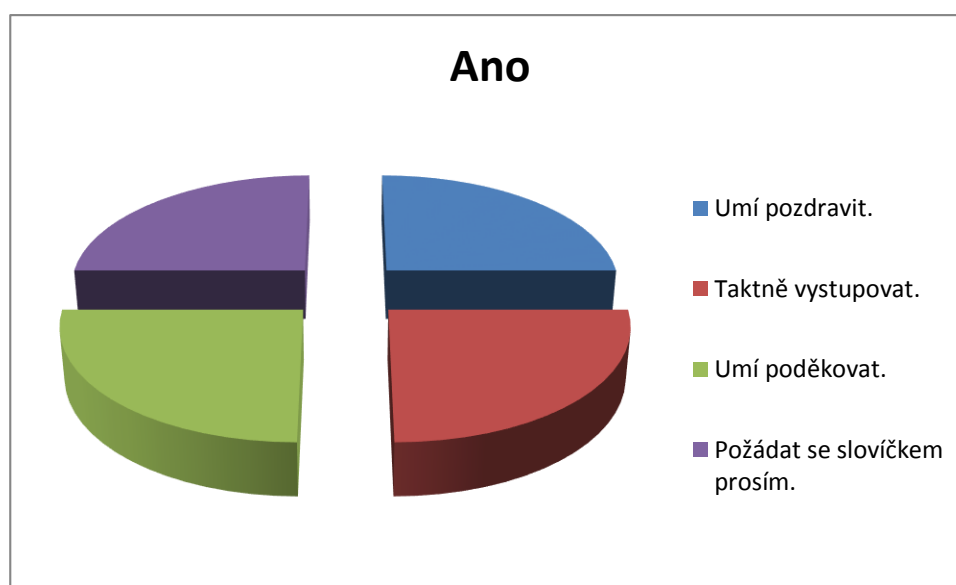
V položce č. 5 jsem zjišťovala od respondentů, zda byli se sestrou spokojeni při zajišťování hygienické péče, i s její osobní úpravou. Měli uvést vlastní názor na témata v této položce. Většina respondentů uvedlo, že sestra věnovala pacientovi dostatek času při zajišťování hygienické péče. Zda-li byla sestra milá, usměvavá, hezky upravená uvedlo všech 7 respondentů.

Položka č. 6 – Jak jste spokojena se zásadami slušného chování sestry, umí sestra slušně pozdravit a taktně vystupovat? Umí sestra pozdravit? Umí sestra poděkovat se slovíčkem prosím?

Tabulka 14 – Sestra a zásady slušného chování

Sestra:

	Ano	Celkem
Umí pozdravit.	7 odpovědí	7 odpovědí
Taktně vystupovat.	7	7
Umí poděkovat.	7	7
Požádat se slovíčkem prosím.	7	7



Graf 6 – Sestra a zásady slušného chování

Interpretace:

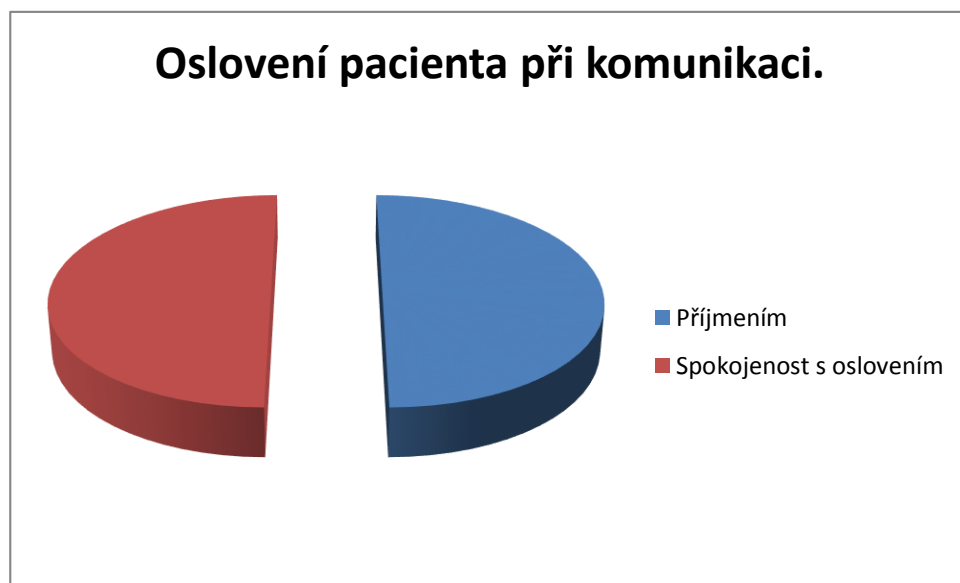
V položce č. 6 jsem se tázala respondentů, zda sestra dodržovala zásady slušného chování. Jde o položku s otevřenou odpovědí. Všech 7 respondentů se vyjádřilo kladně, že sestra pozdravila, taktně vystupovala, poděkovala, požádala slovíčkem „*prosím*“.

Položka č. 7 – Líbí se vám, jak vás sestra při komunikaci oslovuje? Jak vás sestra oslovuje?

Tabulka 15 – Oslovení pacienta při komunikaci

Sestra:

	Příjmením	Spokojenost s oslovením
Oslovení pacienta při komunikaci.	7 odpovědí	7 odpovědí



Graf 7 – Oslovení pacienta při komunikaci

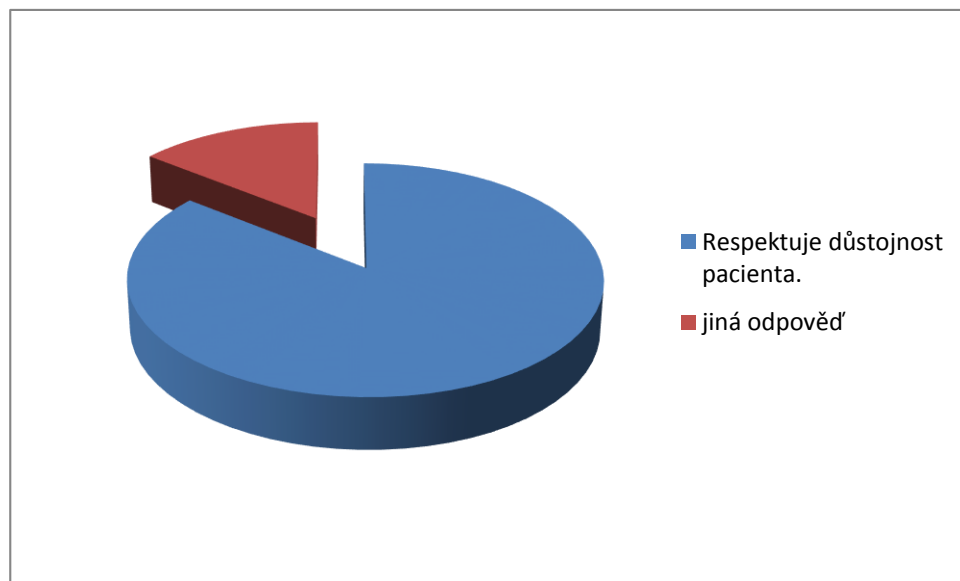
Interpretace:

V položce č. 7 jsem se zaměřila na komunikaci sestry při oslovování pacientky. Jde o položku s otevřenou odpovědí. Všech 7 respondentů odpovědělo, že je sestra při komunikaci oslovovala paní a příjmením, s oslovením byli spokojeni.

Položka č. 8 – Jak sestra respektuje vaši důstojnost?*Tabulka 16 – Sestra a respektování důstojnosti pacienta*

Sestra:

	Ano	Jiná odpověď
Respektuje důstojnost pacienta.	6	1 odpověď Velmi.

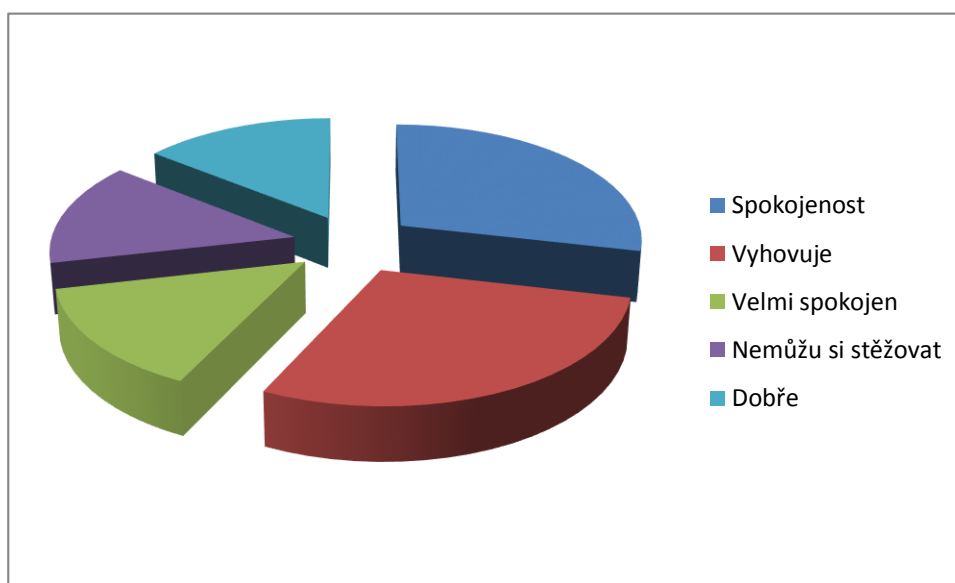
*Graf 8 – Sestra a respektování důstojnosti pacienta***Interpretace:**

V položce č. 8 byli respondenti vyzváni, aby se vyjádřili, zda sestra respektuje pacientovu důstojnost. Respondenti vyjádřili vlastní názor k této položce. Většina respondentů uvedla, že sestra respektuje pacientovu důstojnost. Sestra respektovala pacientovu důstojnost velmi, odpověděl 1 respondent.

Položka č. 9 – Jak jste spokojena s přístupem ošetřovatelského personálu?*Tabulka 17 – Přístup ošetřovatelského personálu k pacientovi*

Pacient:

Spokojenost	Vyhovuje	Jiná odpověď
2 odpovědi	2 odpovědi	3 odpovědi
		Velmi spokojena.
		Nemůžu si stěžovat.
		Dobře.

*Graf 9 – Přístup ošetřovatelského personálu k pacientovi***Interpretace:**

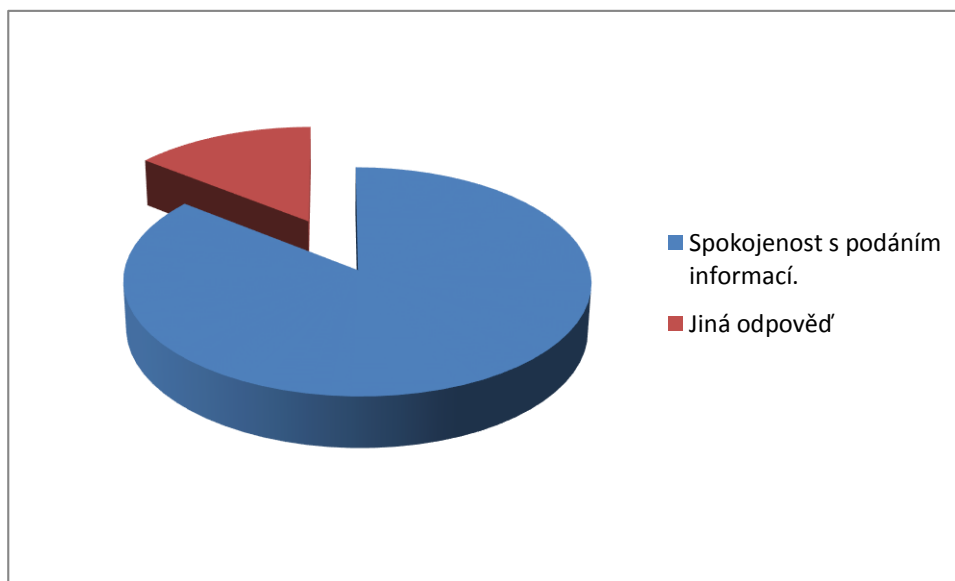
V položce č. 9 jsem se respondentů tázala, jak jsou spokojeni s přístupem ošetřovatelského personálu, aby uvedly vlastní názor. Jde o položku s otevřenou odpovědí. Spokojeni s přístupem ošetřovatelského personálu byli 2 respondenti, přístup ošetřovatelského personálu vyhovoval 2 respondentům, promyšlenou odpověď uvedli 3 respondenti.

Položka č. 10 – Jak jste spokojena se způsobem podávání informací o svém zdravotním stavu a léčbě ze strany ošetřujícího personálu?

Tabulka 18 – Způsob podávání informací o zdravotním stavu pacienta

Pacient:

	Ano	Jiná odpověď
Spokojenost s podáním informací.	6	1 odpověď Co chci vědět tak mi řeknou.



Graf 10 – Způsob podávání informací o zdravotním stavu pacienta

Interpretace:

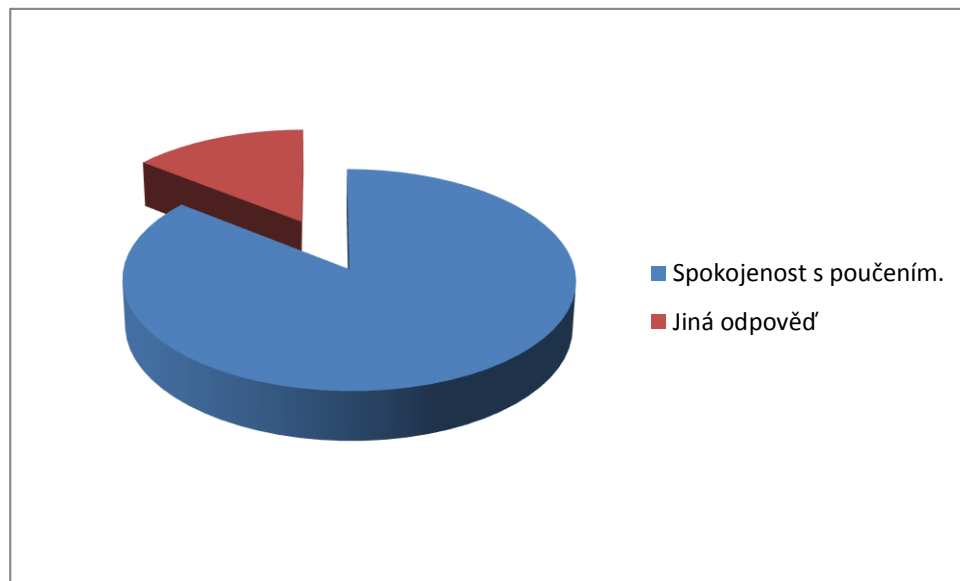
V položce č. 10 se měli respondenti vyjádřit, zda byli spokojeni se způsobem podávání informací o zdravotním stavu. Vyjádřit se měli otevřenou odpovědí. Většina respondentů byla spokojena s podáváním informací o zdravotním stavu.

Položka č. 11 – Jak jste spokojena s poučením před plánovaným výkonem, ošetřením či odběrem krve či moče?

Tabulka 19 – Poučení pacienta před plánovaným výkonem, ošetřením či odběrem krve, moči

Pacient:

	Ano	Jiná odpověď
Spokojenost s poučením.	6	1 odpověď Velmi.



Graf 11 – Poučení pacienta před plánovaným výkonem, ošetřením či odběrem krve, moči

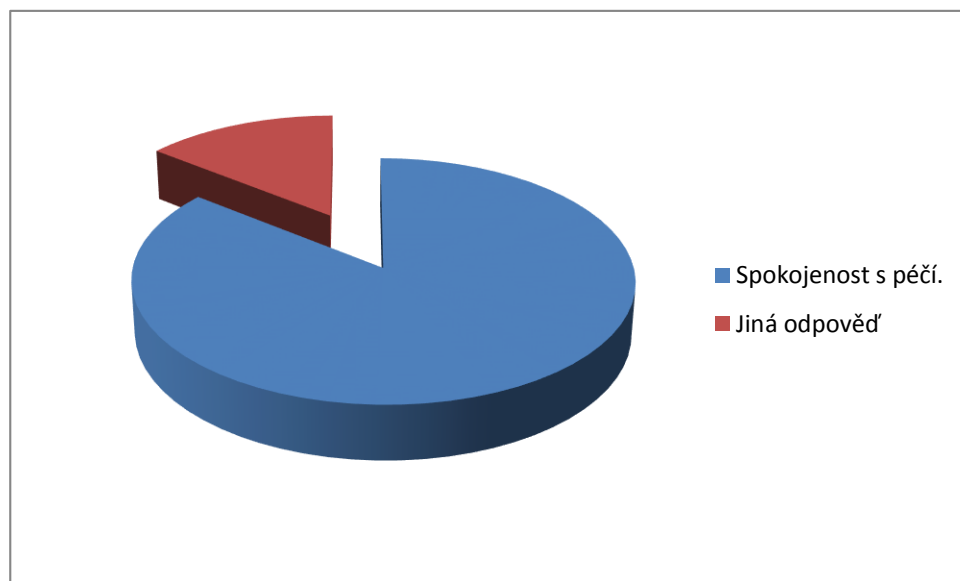
Interpretace:

V položce č. 11 jsem se tázala respondentů, zdali byli spokojeni s poučením před plánovaným výkonem, ošetřením či odběrem krve, moči. Respondenti vyjádřili vlastní názory k této položce. Většina respondentů byla spokojena s poučením před plánovaným výkonem, ošetřením či odběrem krve, moči. Velmi byl spokojen 1 respondent.

Položka č. 12 – Jste spokojena s úrovní péče, která je vám během hospitalizace poskytována?*Tabulka 20 – Úroveň péče, která je během hospitalizace pacientovi poskytována*

Pacient:

	Ano	Jiná odpověď
Spokojenost s péčí.	6	1 odpověď Velmi.

*Graf 12 – Úroveň péče, která je během hospitalizace pacientovi poskytována***Interpretace:**

V položce č. 12 byli respondenti vybídnuti, aby zhodnotili úroveň péče, která je během hospitalizace pacientovi poskytována. Většina respondentů uvedlo spokojenost s péčí. Velmi byl spokojen 1 respondent.

DISKUZE

Ve své práci jsem se zabývala problematikou komunikace s pacientem s psychiatrickým onemocněním. Práci jsem rozdělila na část teoretickou a praktickou.

Hlavní výzkumná otázka

Zjistit, jak vnímá pacient s psychiatrickým onemocněním.

Vnímání patří mezi základní procesy orientace člověka. Zjistila jsem, jak vnímal pacient prostředí, okolí, kolektiv během hospitalizace v PL v Kroměříži. V první položce mého výzkumu jsem zjišťovala informace od respondentů, zdali se zdravotnický personál dívá při komunikaci do očí (viz. Tabulka č. 9, graf č. 1). Původně jsem se domnívala, že sestry neudrží oční kontakt při komunikaci s pacientem. Byla jsem mile překvapena větším zastoupením dotazovaných respondentů, když uvedly, že sestry udržují oční kontakt v době komunikace. Pouze jeden respondent uvedl, že zdravotnický personál při komunikaci oční kontakt neudrží. Respondent vnímal sestru jako komunikativní, udržující oční kontakt při komunikaci.

Domnívala jsem se, že sestra vyslechla pacienta i v době, kdy se necítil dobře. Zajistila potřebnou pomoc, byla vstřícná, věnovala mu pozornost, naslouchala mu, poskytla radu, podpořila pohlazením, vlídným slovem (viz. Tabulka č. 10, graf č. 2). Z odpovědí, i při rozhovoru, jsem zjistila, že respondent vnímal sestru jako ochotnou, vstřícnou, přátelskou. Ochotně vyslechla pacienta i v situaci, kdy se necítil dobře. Respondent č. 4 řekl: „*Samozřejmě je to pro mě velice příjemné, když mne sestra věnuje pozornost, zodpoví mi na otázky, na které se ptám*“. Vnímal sestru pozornou, naslouchající, podpořila radou, vlídným slovem, pohlazením. Respondent vnímal zájem sestry, zdali se jeho problém vyřešil (viz. Tabulka č. 11, graf č. 3). Skupina respondentů vnímala sestru jako snaživou, komunikující.

Během rozhovoru jsem zjistila, jak vnímal respondent pocity sestry, zdali se sestra dokáže vcítit do potíží pacientů (viz. Tabulka č. 12, graf č. 4). Většina respondentů vnímalo sestru jako citlivou bytost nikoli „zlou“, neochotnou. Domnívala jsem se, že se sestra dokáže vcítit do potíží či problémů, které pacienta provázejí, zajímá se i o současný stav pacienta. Myslím si, že „chladná“ sestra by profesí všeobecné sestry neměla vykonávat.

Domnívám se, že slušností sestry je oslovovat pacienty paní a příjmením, nikoli jménem nebo „babi“. Respondenti vnímali komunikaci při oslovování kladně, jsou spokojeni, jak je

sestra oslovuje. Všechny respondenty sestra oslovuje paní a příjmením, podle pravidel slušného chování (viz. Tabulka 15, graf č. 7).

Myslím si, že respektování důstojnosti pacienta je jedním ze základních lidských mravů. Zvláště, když se jedná o úctu ke stáří. Respondent vnímal, že sestra respektuje jeho důstojnost. Totéž potvrdili i další (viz. Tabulka č. 16, graf č. 8).

Z rozhovoru jsem zjistila, že respondent vnímal prostředí léčebny i svou diagnózu pozitivně, důsledkem toho byla i ochota personálu, který se dokázal vcítit do onemocnění, které pacienta provází. Přispěl tomu i klid na oddělení, ale i dostatečná informovanost. Cíl byl splněn.

Dílčí výzkumná otázka č. 1

Zjistit, co ovlivňuje spokojenost pacienta s psychiatrickým onemocněním.

Pacient nehodnotí jen kvalitu poskytované péče, nýbrž i dostupnost péče, vytváří si celkový dojem o kvalitě péče. Spokojenost a následné zlepšení pacienta s psychiatrickým onemocněním může ovlivnit cokoli. Chování a vystupování sestry, spolupráce lékaře, diagnóza, spolupacienti, prostředí, věk. Zjistila jsem, co ovlivňuje spokojenost pacienta během hospitalizace na geronto-psychiatrickém oddělení. Spokojenost a následné zlepšení pacientova zdravotního stavu s psychiatrickým onemocněním, může chování a vystupování sestry výrazně ovlivnit. Většina respondentů byla spokojena s časem, který jim sestra věnovala např. při zajišťování hygienické péče (viz. Tabulka č. 13, graf č. 5). Sestra se chovala ohleduplně, jevila zájem o pacienta, byla trpělivá, nespíchala, péče byla provedena podle představ pacienta. Při výkonu byla sestra milá, usměvavá, hezky upravená, což vedlo k optimistické náladě respondentů, tudíž k velké spokojenosti. Nebyly uvedeny žádné negativní faktory spokojenosti respondentů. Respondent č. 5 řekl: „*Hygienickou péči si provádím sama, nemůžu sestru při výkonu posoudit, každá sestra, se kterou jsem přišla do styku, byla vždy usměvavá, hezky upravené, nejen při zajišťování hygienické péče, jsem spokojena*“. Jelikož znám chod oddělení i ošetřující personál z vlastní praxe, domnívala jsem se, že sestry věnovaly dostatek času při zajišťování hygienické péče. Úsměv a vstřícné chování sestry patří k základním povinnostem její práce.

Dále jsem zjišťovala, zdali ovlivňuje spokojenost respondentů chování sestry, zdali je slušně pozdravila a taktně vystupovala (viz. Tabulka č. 14, graf č. 6). Respondenti udávají spokojenost s přístupem ošetřovatelského personálu (viz. Tabulka č. 17, graf č. 9), že se sestra chovala vždy slušně, v žádném případě nezvýšila hlas, nenapomenula pacienta,

vždy pozdravila, její vystupování bylo profesionální, za opětovanou spolupráci poděkovala, což respondenti zhodnotili velmi pozitivně.

Spokojenost respondentů neovlivnil ani způsob podávání informací ohledně zdravotního stavu (viz. Tabulka č. 18, graf č. 10), tak i s poučení před plánovaným výkonem ze strany ošetřujícího personálu (viz. Tabulka č. 19, graf č. 11). Z pohledu respondentů byly informace podávány jasně a výstižně. Respondent č. 4 řekl: „*Co chci vědět, tak mi řeknou*“.

Na závěr jsem zjišťovala, zda nějakým způsobem ovlivňuje pacientovu spokojenost úroveň poskytované péče během hospitalizace (viz. Tabulka č. 20, graf č. 12). Spokojenost respondentů rozhodně úroveň péče neovlivňuje, což jsem zjistila během rozhovoru. Ba naopak, kvalita zdravotní péče je poskytována na úrovni, což je projevem spokojenosti pacienta. Respondent č. 1 uvedl: „*S úrovní péče jsem spokojena velmi, jsou tu ochotní, hodní na nás*“. Při rozhovoru i z vyplněné osnovy jsem zjistila, že nebyla uvedena žádná negativa, která by mohla ovlivnit spokojenost respondentů. Myslím si, že jsou respondenti s komunikačními dovednostmi sester na oddělení geronto-psychiatrie spokojeni. Způsob komunikace jim vyhovoval, se sestrami i lékaři byla dobrá spolupráce. Cíl byl splněn.

Dílčí výzkumná otázka č. 2

Zjistit bariéry komunikace u pacienta s psychiatrickým onemocněním

Komunikace s psychiatrickým pacientem bývá někdy obtížná. Přinutit pacientky, aby rozvedly větu, je dosti náročné. Ve všech polohách, dochází k úbytku kognitivních funkcí, to může být jednou z bariér komunikace psychiatrického pacienta. K nim patří strach respondentů, aby se uvedené informace z výzkumu nedostaly do rukou sester. Proto jsem zdůraznila anonymitu. Další zjištěnou bariérou je základní psychiatrické onemocnění pacientek s úzkostí, stresem, depresí. Pacientky se zajímaly o výzkum natolik, že si neuvědomovaly své potíže, jejich pozornost byla vedena na téma, které bylo pro ně zajímavé. Aspoň na chvíli zapomněly na své onemocnění, starosti. Samozřejmě se to netýká všech pacientek. Do vyplnění předložené osnovy se zapojila i nekomunikativní pacientka, která ji pouze vyplnila, chvíli si poslechla, o čem se hovoří a ze skupiny odešla. I když byly některé pacientky unavené, po celou dobu seděly pohodlně v křesle, kde únavu překonaly a zabývaly se tématem, které je zajímalo. Bariérou komunikace určitě není chování sestry k pacientům, sestra se aktivně zajímala o pacienty, byla milá, vstřícná, dokázala se vcítit do problémů pacientů, komunikovala s nimi, zdali mají nějaké potíže, zajímalo ji, jak se pacient cítí. Věnovala jim dostatek času při zajišťování hygienické péče,

řádně poučila pacienta před výkonem. Jiné problémy, které by mohly být komunikační bariérou, respondenti během rozhovoru neudali. Zjistila jsem samá pozitiva. Cíle se mi podařilo dosáhnout.

NÁVRH ŘEŠENÍ DO PRAXE

Při návštěvě zařízení, v němž byl prováděn výzkum, a kde jsem dlouhá léta pracovala, jsem zjistila, že by se ošetřující personál rád dověděl výsledky mého výzkumu a jak komunikovat s pacienty s psychiatrickým onemocněním. Při výzkumném šetření bylo téma komunikace zajímavé a z tohoto důvodu chci pro ošetřující personál zorganizovat workshop. Téma by bylo zaměřeno na komunikační dovednosti mezi personálem a pacientem s psychiatrickým onemocněním i problematikou bariér komunikace. Připravený seminář bych chtěla především nabídnout všem, kteří o tuto problematiku projeví zájem, sociálním pracovníkům, zdravotnickým pracovníkům pracujících nejen na gerontopsychiatrických odděleních PL v Kroměříži.

ZÁVĚR

Bakalářská práce na téma „Komunikace s nemocným s psychiatrickou diagnózou“ byla pro mě velkým přínosem, co se týká jak nově zjištěných poznatků v oblasti komunikace, tak nově nabytých teoretických informací. Během své dlouhodobé praxe se s pacienty hospitalizovanými na psychiatrii setkávám pravidelně. Práci jsem směřovala k představení geriatrického pacienta a komunikaci s ním. Bakalářská práce byla vedena podle předem stanovené osnovy. V teoretické části jsem nastínila pohled na minulost a současnost Psychiatrické léčebny v Kroměříži. V praktické části jsem použila metodu kvalitativního výzkumu metodikou „*focus group*“. Ve své práci jsem si stanovila 1 hlavní a 2 dílčí výzkumné otázky. Úkoly byly splněny. Výstupem mé práce je nabídnout zjištěné poznatky jak z praktické, tak i z teoretické části, formou workshopu zdravotnickým pracovníkům, sociálním pracovníkům v PL v Kroměříži. Domnívám se, že poznatky mé práce bude pro ošetřující personál velkým přínosem. Péče o geriatrické pacienty je velmi náročná jak po fyzické, tak po psychické stránce, zejména pak v oblasti komunikace. Práce v takto frekventovaných zařízeních vyžaduje od ošetřujícího personálu trpělivost, laskavost, empatii, profesionalitu, odbornost a v neposlední řadě hlavně kvalitní teoretické znalosti a praktické dovednosti, byť se jedná o takto základní platformu, jako je komunikace se zdravým či nemocným.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

Monografie:

- [1] BÁRTLOVÁ, Sylva a Helena HNILICOVÁ. *Vybrané metody a techniky výzkumu: Zjišťování spokojenosti pacientů*. Brno, 2000. ISBN 80-7013-311-2.
- [2] DONĚK, Emanuel. *Kroměřížská psychiatrická léčebna v průběhu devíti desetiletí*. Kroměříž: Psychiatrická léčebna, 1999. bez ISBN.
- [3] DUŠEK, Karel a Alena VEČEŘOVÁ – PROCHÁZKOVÁ. *První pomoc v psychiatrii*. Praha: Grada Publishing, 2005. ISBN 80-247-0197-9.
- [4] GAVORA, Peter. *Úvod do pedagogického výzkumu*. Brno: Paido, 2000. ISBN 80-85931-79-6.
- [5] HÖSCHL, Cyril. A KOLEKTIV. *Psychiatrie: Učebnice pro vyšší zdravotnické školy*. Praha: Psychiatrické centrum, 1997. ISBN 80-85526-64-6.
- [6] CHRÁSKA, Miroslav. *Úvod do výzkumu v pedagogice*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2006. ISBN 80-244-1367-1.
- [7] CHROMÝ, Karel. *Duševní nemoc: Sociologický a sociálněpsychologický pohled*. Praha: Avicenum, 1990. ISBN 80-201-0050-4.
- [8] JANÍK, Alojz. *Veřejnost a duševně nemocný*. Praha: Avicenum, 1987. ISBN 08-073-87.
- [9] JEDLIČKA, Václav. *Praktická geriatric*. Brno: 1983. ISBN 57-851-84.
- [10] JIRÁK, Roman. A KOLEKTIV. *Gerontopsychiatrie*. Praha: Galén, 2013. ISBN 978-80-7262-873-5.
- [11] KALVACH, Zdeněk, Zdeněk ZADÁK, Roman JIRÁK, Helena ZAVÁZALOVÁ a Petr SUCHARDA. A KOLEKTIV. *Geriatric a gerontologie*. Praha: Grada Publishing, 2004. ISBN 80-247-0548-6.
- [12] KUTNOHORSKÁ, Jana. *Výzkum v ošetrovatelství*. Praha: Grada Publishing, 2009. ISBN 978-80-247-2713-4.
- [13] PACOVSKÝ, Vladimír a Hana HEŘMANOVÁ. *Gerontologie*. Praha: Avicenum, 1981. ISBN 08-044-81.
- [14] POKORNÁ, Andrea. *Komunikace se seniory*. Praha: Grada Publishing, 2010. ISBN 978-80-247-3271-8.

[15] POLEDNÍKOVÁ, Ľubica. A KOLEKTIV. *Geriatrické a gerontologické ošetrovateľstvo*. Martin: Osveta, 2006. ISBN 80-8063-208-1.

[16] VENGLÁŘOVÁ, Martina. *Problematické situace v péči o seniory: Příručka pro zdravotnické a sociální pracovníky*. Praha: Grada Publishing, 2007. ISBN 978-80-247-2170-5.

[17] WHO. *Duševní poruchy a poruchy chování*. Praha: Psychiatrické centrum, 2000. ISBN 80-85121-44-1.

[18] ZGOLA, Jitka M. *Úspěšná péče o člověka s demencí*. Praha: Grada Publishing, 2003. ISBN 80-247-0183-9.

Časopisy:

[19] KRISTOVÁ, Jarmila. Komunikace sestry s pacientem s agresivním chováním. *Sestra: odborný časopis pro sestry a ostatní nelékařské pracovníky*. 2008, 12, s. 23-24. ISSN 1210-0404.

Internetové adresy:

[20] [online]. [cit. 2012-11-29]. Dostupné z: <http://www.plkm.cz/cs/oddeleni-lecebny>

[21] [online]. [cit. 2012-12-05]. Dostupné z: <http://psychosomatika.cz/clanek/autogennitrenink/>

[22] [online]. [cit. 2013-02-25]. Dostupné z: <http://blog.aktualne.centrum.cz/blogy/iva-holmerova.php?itemid=5357>

[23] [online]. [cit. 2013-04-06]. Dostupné z: <http://www.augurconsulting.cz/metody/kvalitativni-vyzkum.html>

[24] CHLOUBOVÁ, Helena. Změny potřeb ve stáří. [online]. s. 22-23 [cit. 2013-02-14]. Dostupné z: http://zpravodaj.marcom-praha.cz/zpr_0502/pdf/22-24.pdf.

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

ČR	Česká republika
LDN	Léčebna pro dlouhodobě nemocné
NAPŘ	Například
NAR	Narozena
PL	Psychiatrická léčebna
SZP	Středně zdravotnický pracovník
TZV	Tak zvaný

SEZNAM TABULEK

<i>Tabulka 1 – Rozdělení oddělení</i>	15
<i>Tabulka 2 – Respondent M. K., nar. 1932</i>	41
<i>Tabulka 3 – Respondent A. K., nar. 1941</i>	43
<i>Tabulka 4 – Respondent M. A., nar. 1937</i>	45
<i>Tabulka 5 – Respondent E. H., nar. 1929</i>	47
<i>Tabulka 6 – Respondent K. D., nar. 1939</i>	49
<i>Tabulka 7 – Respondent P. C., nar. 1938</i>	51
<i>Tabulka 8 – Respondent A. B., nar. 1930</i>	53
<i>Tabulka 9 – Pohled do očí</i>	55
<i>Tabulka 10 – Chování sestry, když se pacient necítí dobře</i>	56
<i>Tabulka 11 – Komunikace sestry s pacientem po vyřešení problému</i>	58
<i>Tabulka 12 – Vcítění sestry do potíží či problémů pacienta</i>	59
<i>Tabulka 13 – Chování sestry při zajišťování hygienické péče</i>	60
<i>Tabulka 14 – Sestra a zásady slušného chování</i>	61
<i>Tabulka 15 – Oslovení pacienta při komunikaci</i>	62
<i>Tabulka 16 – Sestra a respektování důstojnosti pacienta</i>	63
<i>Tabulka 17 – Přístup ošetřovatelského personálu k pacientovi</i>	64
<i>Tabulka 18 – Způsob podávání informací o zdravotním stavu pacienta</i>	65
<i>Tabulka 19 – Poučení pacienta před plánovaným výkonem, ošetřením či odběrem krve, moči</i>	66
<i>Tabulka 20 – Úroveň péče, která je během hospitalizace pacientovi poskytována</i>	67

SEZNAM GRAFŮ

<i>Graf 1 – Pohled do očí.....</i>	<i>55</i>
<i>Graf 2 – Chování sestry, když se pacient necítí dobře.....</i>	<i>56</i>
<i>Graf 3 – Komunikace sestry s pacientem po vyřešení problému.....</i>	<i>58</i>
<i>Graf 4 – Vcítění sestry do potíží či problémů pacienta</i>	<i>59</i>
<i>Graf 5 – Chování sestry při zajišťování hygienické péče</i>	<i>60</i>
<i>Graf 6 – Sestra a zásady slušného chování</i>	<i>61</i>
<i>Graf 7 – Oslovení pacienta při komunikaci.....</i>	<i>62</i>
<i>Graf 8 – Sestra a respektování důstojnosti pacienta</i>	<i>63</i>
<i>Graf 9 – Přístup ošetřovatelského personálu k pacientovi.....</i>	<i>64</i>
<i>Graf 10 – Způsob podávání informací o zdravotním stavu pacienta</i>	<i>65</i>
<i>Graf 11 – Poučení pacienta před plánovaným výkonem, ošetřením či odběrem krve, moči</i>	<i>66</i>
<i>Graf 12 – Úroveň péče, která je během hospitalizace pacientovi poskytována</i>	<i>67</i>

SEZNAM PŘÍLOH

**PŘÍLOHA P I: ŽÁDOST O SOUHLAS K VÝZKUMNÉMU ŠETŘENÍ
V PSYCHIATRICKÉ LÉČEBNĚ V KROMĚŘÍŽI**

**PŘÍLOHA P II: OSNOVA VEDENÍ ROZHOVORŮ METODIKOU „*FOCUS
GROUP*“**

PŘÍLOHA P III: PŘEHLED PSYCHIATRICKÝCH DIAGNÓZ RESPONDENTŮ

PŘÍLOHA P I: ŽÁDOST O SOUHLAS K VÝZKUMNÉMU ŠETŘENÍ PRO BAKALÁŘSKOU PRÁCI V PSYCHIATRICKÉ LÉČEBNĚ V KROMĚŘÍŽI

prim. MUDr. Petr Možný
ředitel PL
Psychiatrická léčebna v Kroměříži
Havlíčkova 1265/46
767 40 Kroměříž

V Kroměříži dne 9.10. 2012

**Věc: Žádost o souhlas k výzkumnému šetření pro bakalářskou práci v Psychiatrické léčebně
v Kroměříži**

Vážený pane řediteli,

obracím se na Vás s žádostí o povolení výzkumného šetření pro empirickou část bakalářské práce „Komunikace s nemocným s psychiatrickou diagnózou“. Jsem studentkou bakalářského studia všeobecná sestra na Institutu zdravotnických studií, Fakulta humanitních studií, Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně. Výzkumné šetření formou „focus group“ bych prováděla na oddělení gerontopsychiatrie ženy, pavilon 13 A. Na tomto oddělení jsem pracovala jako zdravotní sestra, nyní jsem na mateřské dovolené. Při výzkumném šetření bude respektována etika výzkumu.

Vedoucí bakalářské práce: Doc.PhDr.Jana Kutnohorská, CSc.

Odborný garant: prim. MUDr. Mgr. Jan Lužný, PhD.

Za kladné vyřízení předem děkuji

S úctou

9.10.2012

Kateřina Čermáková
Družstevní 644
768 21 Kvasice



Souhlasím

PSYCHIATRICKÁ LÉČEBNA
V KROMĚŘÍŽI
prim. MUDr. Petr MOŽNÝ
ředitel



PŘÍLOHA P II: OSNOVA VEDENÍ ROZHOVORU METODIKOU „FOCUS GROUP“

Osnova vedení rozhovorů metodikou „focus group“.

Vážená paní, jmenuji se Kateřina Čermáková. Několik let jsem po studiu na střední zdravotnické škole pracovala jako všeobecná sestra na oddělení ženské geronto-psychiatrie. Nyní studuji na Fakultě humanitních studií, Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně. Zabývám se tematikou, která se týká problematiky komunikačních bariér. Obracím se na Vás s žádostí o vyplnění následujících položek. Vaše odpovědi mohou přispět k lepší komunikaci a chování zdravotnického personálu. Odpovědi na tyto otázky budou zcela anonymní a budou sloužit pouze pro účely mé práce. Děkuji za Váš čas a vyplnění osnovy.

Osnova: Rozepište svůj názor na kladené položky.

1. Dívá se vám zdravotnický personál při komunikaci do očí?

.....

2. Jak byste zhodnotila situaci: Necítíte psychicky nebo fyzicky dobře, jdete za sestrou, jak se k vám zachová?

.....

Vyslechne vás?

Je vstřícná?

Věnuje vám pozornost?

Naslouchá vám?

Dá vám radu?

Podpoří vás pohlazením, vlídným slovem?

3. Komunikuje s vámi sestra i po vyřešení problému? Zajímá se, zda se cítíte lépe?

.....

.....

4. Myslíte si, že se sestra dokáže vcítit do vašich potíží či problémů, zajímá ji váš současný stav?

.....
.....

5. Jak jste spokojena se zajišťováním hygienické péče, kterou vám sestra poskytuje?

.....

Jste spokojena s časem, který vám sestra věnuje při vykonávání hygienické péče? Je milá? Usměvavá? Hezky upravená?

.....
.....

6. Jste spokojena se zásadami slušného chování sestry, umí sestra slušně pozdravit a taktně vystupovat?

Umí sestra pozdravit?

Umí sestra poděkovat, požádat se slovíčkem prosím?

.....

7. Líbí se vám, jak vás sestra při komunikaci oslovuje?

.....

Jak vás sestra oslovuje?

8. Respektuje sestra vaši důstojnost?

Jak vnímáte svou důstojnost?.....

9. Jak jste spokojena s přístupem ošetrovatelského personálu?

.....

10. Jste spokojena se způsobem podávání informací o svém zdravotním stavu a léčbě ze strany ošetřujícího personálu na oddělení?

.....
.....

11. Jste spokojena s poučením před plánovaným výkonem, ošetřením či odběrem krve, moče?

.....

12. Jste spokojena s úrovní péče, která je vám během hospitalizace poskytována?

.....

.....

PŘÍLOHA P III: PŘEHLED PSYCHIATRICKÝCH DIAGNÓZ RESPONDENTŮ

Respondent č. 1: Psychiatrická diagnóza F 251 – Schizoafektivní porucha, depresivní typ.

Porucha, u které jsou v téže fázi onemocnění stejné výrazné schizofrenní i depresivní příznaky. Depresivní nálada je obvykle doprovázena několika charakteristickými depresivními příznaky nebo odchylkami v chování, jako jsou zpomalení, insomnie, ztráta energie, chuti k jídlu nebo úbytek hmotnosti, apatie, zhoršení koncentrace, pocity viny, beznaděje a sebevražedné myšlenky. Zároveň nebo během tohoto stavu jsou přítomny jiné typičtější schizoafektivní příznaky. Jedinec může např. trvat na tom, že jeho myšlenky jsou vysílány nebo rušeny, nebo že cizí síly se ho snaží kontrolovat. Může být přesvědčen, že je špehován nebo jsou proti němu strojeny úklady, ale tomu neodpovídá jeho vlastní chování. Může slyšet hlasy, které nejsou pouze ponižující a odsuzující, ale které mluví o tom, že ho zabijí, nebo mezi sebou rozmlouvají o jeho chování. Schizoafektivní fáze depresivního typu jsou obvykle méně floridní a alarmující než schizoafektivní epizody manického typu, ale mívají tendenci k delšímu trvání a prognóza je méně příznivá. I když se většina pacientů zcela uzdraví, u některých může dojít k schizofrenní deterioraci.

Diagnostická vodítka: Musí být výrazná deprese, doprovázená alespoň dvěma charakteristickými depresivními příznaky nebo přidruženými abnormalitami chování, jak je uvedeno pro depresivní fázi. (WHO, 2000, s. 114)

Respondent č. 2, č. 7: Psychiatrická diagnóza F 220 – Duševní porucha s bludy.

Porucha charakterizovaná rozvojem buď jediného bludu, nebo souboru příbuzných bludů, které trvají obvykle dlouho, někdy i po celý život. Obsah bludu nebo bludů je velmi variabilní. Často jsou to bludy perzekuční, hypochondrické nebo velikášské, ale mohou být také kverulantské, projevy žárlivosti nebo vyjadřují přesvědčení, že pacientovo tělo je znetvořeno, že si ostatní myslí, že zapáchá nebo, že je homosexuál. Jiná psychopatologie není typicky přítomna, ale mohou být občas přítomny depresivní příznaky a v některých případech se mohou rozvinout čichové nebo taktilní halucinace. Diagnózu vylučují jasné a trvalé sluchové halucinace (hlasy), příznaky schizofrenie, jako např. bludy kontrolovanosti, výrazně otupělá afektivita a jasný průkaz mozkového onemocnění. Zvláště u starších paci-

entů přítomnost občasných nebo přechodných sluchových halucinací tuto diagnózu nevyklučuje, pokud halucinace nejsou typicky schizofrenní a tvoří pouze malou část celkového klinického obrazu. Začátek bývá obvykle ve středním věku, ale někdy v případě bludu o poruše tělového schématu, je začátek v rané dospělosti. Obsah bludu a doba jeho počátku mohou být často spojeny s životní situací pacienta, např. perzekuční bludy u členů menšinových skupin obyvatel. Nehledě na jednání a postoje, které mají přímý vztah k bludům nebo bludným systémům, jsou afektivita, řeč a chování normální.

Diagnostická vodítka: Jedinou nebo nejnápadnější klinickou charakteristikou jsou bludy. Blud nebo bludy musí být přítomny nejméně 3 měsíce a musí být spíše osobní než subkulturní. Občas mohou být přítomny i depresivní příznaky nebo dokonce plně rozvinutá depresivní epizoda, za předpokladu, že blud trvá v době, kdy se nevyskytuje porucha nálady. Nesmí se vyskytovat onemocnění mozku, nesmí být vůbec nebo pouze občas sluchové halucinace a v anamnéze nesmějí být schizofrenní příznaky (bludy kontrolovanosti, vysílání myšlenek atd.). (WHO, 2000, s. 105 – 106)

Respondent č. 3: Psychiatrická diagnóza F 070 – Organicky podmíněná porucha osobnosti.

Tato porucha je charakterizovaná významnou změnou obvyklého vzorce chování u pre-morbidní osobnosti. Změna se týká především projevů emocí, potřeb a impulzů. Kognitivní funkce mohou být narušeny většinou nebo výhradně v oblasti plánování vlastní činnosti a anticipace jejich pravděpodobných osobních nebo sociálních důsledků, jako je tomu např. u tzv. syndromu frontálního laloku. Nyní je však známo, že se tento syndrom vyskytuje pouze u lézí frontálního laloku, ale také u lézí jiných vymezených oblastí mozku.

Diagnostická vodítka: Kromě anamnézy nebo jiného průkazu onemocnění, poškození nebo dysfunkce mozku je diagnóza založena na přítomnosti dvou nebo více následujících rysů:

- Trvale snížená schopnost vytrvat u zaměřené činnosti, zvláště časově náročnější, s pozdějším dosažením cíle.
- Změněné emoční chování charakterizované emoční labilitou, povrchní a bezdůvodnou veselostí (euforie, nepřiměřené vtipkování) a náhlou změnou nálady a krátkých výbuchů zloby a agrese.

- Sklon k impulzivnímu jednání, aniž jsou brány v úvahu důsledky tohoto chování nebo společenské konvence (antisociální jednání, jako jsou krádeže, nevhodné sexuální návrhy, hltavé jedení nebo zanedbávání osobní hygieny).
- Narušené kognitivní funkce, projevující se podezíravostí nebo paranoidním myšlením.
- Nápadná změna, pokud jde o rychlost a tok řeči s rysy, jako jsou „*odbíhání od tématu*“, rozvláčnost, ulpívání.
- změněné sexuální chování (homosexualita nebo změna sexuální preference). (WHO, 2000, s. 77 – 78)

Respondent č. 4: Psychiatrická diagnóza F 252 – Schizoafektivní porucha, smíšený typ.

Porucha je charakterizovaná schizofrenními projevy vyskytující se společně s bipolární afektivní poruchou. Schizofrenní poruchy jsou charakterizovány význačnými poruchami myšlení a vnímání a afektivitou, která je nepřiměřená. Jasně vědomí a intelektové schopnosti jsou obvykle zachovány. Příznaky obzvláště důležité pro diagnózu schizofrenie, a které se vyskytují společně:

- Slyšení vlastních myšlenek, vkládání nebo odnímání myšlenek, vysílání myšlenek.
- Bludy kontrolovanosti, ovlivňování nebo prožitky pasivity, které se jasně vztahují k pohybům těla nebo údů, nebo specifickým myšlenkám, jednání nebo cítění, bludné vnímání.
- Halucinatorní hlasy, které neustále komentují chování pacienta nebo o něm mezi sebou rozmlouvají, nebo jiné typy halucinatorních hlasů, přicházejících z určité části těla.
- Trvalé bludy jiného druhu, které jsou v dané kultuře nepatřičné a nepřijatelné, jako např. náboženská nebo politická identita, nadlidské síly nebo schopnosti (např. schopnost ovlivňovat počasí, schopnost spojení s cizinci z jiného světa).
- Přetrvávají halucinace v kterékoli formě, když jsou doprovázeny buď prchavými, nebo neúplně formulovanými bludy bez jasného afektivního obsahu, přetrvávajícími ovládanými představami, nebo vyskytují-li se denně po několik týdnů nebo měsíců.

- Katatonní jednání, jako např. vzrušenost, negativismus, mutismus a stupor.
- Výrazné a nápadné kvalitativní změny v osobním chování, jako jsou ztráta zájmů, bezcílnost, nečinnost, ztráta vztahů s okolím a sociální stažení. (WHO, 2000, s. 96 – 97)

Respondent č. 5: Psychiatrická diagnóza F 205 – Reziduální schizofrenie.

Chronické stadium ve vývoji schizofrenie, u kterého je jasný postup od počátečního stadia, zahrnujícího jednu nebo více atak s psychotickými příznaky, které odpovídají shora uvedeným všeobecným kritériím pro schizofrenii, k pozdějšímu stavu, charakterizovanému dlouhodobými, i když ne nutně ireverzibilními „negativními“ příznaky a zhoršením.

Diagnostická vodítka: Pro přesnou diagnózu by měly být splněny následující požadavky:

- Výrazně „negativní“ schizofrenní příznaky, tj. psychomotorické zpomalení, snížená aktivita, otupělá afektivita, pasivita a nedostatek iniciativy, ochuzená řeč co do kvality nebo obsahu.
- Průkaz, že se v minulosti vyskytla alespoň jedna jasná psychotická ataka, která odpovídá diagnostickým kritériím pro schizofrenii.
- Období alespoň jednoho roku, během kterého intenzita a frekvence floridních příznaků, jako např. bludů a halucinací byla minimální nebo podstatně snížena a je přítomen „negativní“ schizofrenní syndrom.
- Není přítomna demence ani jiná organická mozková porucha, chronická deprese, hospitalizmus, které by dostatečně vysvětlily negativní příznaky. (WHO, 2000, s. 102 – 103)

Respondent č. 6: Psychiatrická diagnóza F 102 – Duševní porucha vyvolaná užíváním alkoholu.

