

Komunikace mezi pacientem a všeobecnou sestrou na psychiatrickém oddělení

Anna Stuchlíková

Bakalářská práce
2019



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav zdravotnických věd

akademický rok: 2018/2019

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Anna Stuchlíková**
Osobní číslo: **H15082**
Studijní program: **B5341 Ošetrovatelství**
Studijní obor: **Všeobecná sestra**
Forma studia: **prezenční**

Téma práce: **Komunikace mezi pacientem a všeobecnou sestrou na psychiatrickém oddělení**

Zásady pro vypracování:

Studium odborné literatury.

Vymezení pojmů a teoretických východisek v oblasti psychiatrie a komunikace.

Příprava metodiky kvalitativního výzkumu.

Formulace kritérií pro výběr respondentů.

Realizace výzkumu technikou pozorování.

Zpracování, vyhodnocení a interpretace získaných dat.

Prezentace výsledků výzkumu, jejich shrnutí a návrh doporučení pro praxi.

Rozsah bakalářské práce:

Rozsah příloh:

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

Seznam odborné literatury:

BALZER-RILEY, Julia W. Communication in nursing. Eighth edition. St. Louis, Missouri: Elsevier, 2017. ISBN 978-032-335-410-3.

BAUDIŠ, Pavel a Jan LIBIGER. Psychiatrie a etika. Praha: Galén, c2002. ISBN 80-7262-104-1.

ČEŠKOVÁ, Eva, Hana KUČEROVÁ a Mojmír SVOBODA, ed. Psychopatologie a psychiatrie: pro psychology a speciální pedagogy. Praha: Portál, 2006. ISBN 80-7367-154-9.

STYX, Petr. O psychiatrii: jak žít a jednat s duševně nemocnými lidmi. Brno: Computer Press, 2003. ISBN 80-7226-828-7.

VENGLÁŘOVÁ, Martina a Gabriela MAHROVÁ. Komunikace pro zdravotní sestry. Praha: Grada, c2006. Sestra (Grada). ISBN 80-247-1262-8.

ZACHAROVÁ, Eva. Komunikace v ošetrovatelské praxi. Praha: Grada Publishing, 2016. Sestra (Grada). ISBN 978-80-271-0156-6.

Vedoucí bakalářské práce:

Mgr. Bc. Barbora Plisková

Ústav zdravotnických věd

Datum zadání bakalářské práce:

5. prosince 2018

Termín odevzdání bakalářské práce:

17. května 2019

Ve Zlíně dne 5. prosince 2018

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



Mgr. Jana Doleželová /
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 obhajoby¹⁾;
- 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. 3²⁾;
- podle § 60³⁾ 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 § 60³⁾ 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 Zlíně17.5.2019

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 školních prací

²⁾ Vysoké školy ve zvláštních zveřejňuje disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce, u kterých proběhla obhajoba, včetně posudků oponentů a výsledků obhajoby prostřednictvím databáze veřejných bakalářských prací, kterou spravuje Zvláštní veřejná databáze školních prací 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 vzdělávacímu 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). Odpírá-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 užít 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 jím dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence podle odstavce 2 přiměřeně přispěl na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložily, a to podle okolností až do jejich skutečné výše; přitom se přihlédne k výši výdělku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.

ABSTRAKT

Bakalářská práce s názvem „Komunikace mezi pacientem a všeobecnou sestrou na psychiatrickém oddělení“ se zabývá specifikou práce všeobecných sester na psychiatrických odděleních v oblasti komunikace. V teoretické části jsou shrnuty informace týkající se verbální a neverbální komunikace, psychiatrických onemocnění a práce všeobecné sestry na psychiatrickém oddělení se zaměřením na komunikaci. Praktická část zjišťuje pomocí pozorování, jak sestry komunikují s psychiatrickými pacienty, co je hlavní náplní jejich komunikace a jaká jsou specifika komunikace u vybraných psychiatrických onemocnění. Výzkumné šetření bylo provedeno v psychiatrické nemocnici na několika psychiatrických odděleních a byla zjištěna vysoká profesionalita pozorovaných sester.

Klíčová slova: verbální komunikace, neverbální komunikace, psychiatrie, všeobecná sestra, psychiatrická onemocnění

ABSTRACT

The bachelor thesis called "Communication of Nurses with Psychiatric Department Patients" deals with the specifics of the work of nurses in psychiatric wards in the field of communication. The theoretical part summarizes information concerning verbal and non-verbal communication, psychiatric diseases and the work of a nurse in a psychiatric department with a focus on communication. The practical part investigates by means of observation how nurses communicate with psychiatric patients what is the main content of their communication and what are the specifics of communication in selected psychiatric diseases. The research was conducted at a psychiatric hospital in several psychiatric wards and the high professionalism of the observed nurses was found.

Keywords: verbal communication, nonverbal communication, psychiatry, general nurse, psychiatric diseases

Poděkování, motto a čestné prohlášení, že odevzdaná verze bakalářské/diplomové práce a verze elektronická, nahraná do IS/STAG jsou totožné ve znění:
Prohlašuji, že odevzdaná verze bakalářské/diplomové práce a verze elektronická nahraná do IS/STAG jsou totožné.

Ve Zlíně 16. 5. 2019

Anna Stuchlíková

Za odborné vedení, rady a podněty děkuji své vedoucí bakalářské práce paní Mgr. Bc. Barboře Pliskové. Děkuji všem vyučujícím Ústavu zdravotnických věd Fakulty humanitních studií Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně. Velký dík patří také Psychiatrické nemocnici v Kroměříži, která mi vyšla vstříc s výzkumem k bakalářské práci.

Moc děkuji i své rodině, kamarádům a studentkám z ročníku za velkou podporu a dodávání energie po celou dobu studia.

Motto:

„Komunikace představuje moc. Kdo se naučí ji efektivně využívat, může změnit svůj pohled na svět i pohled, kterým svět pohlíží na něj.“ (Anthony Robins)

OBSAH

| | |
|-------------------------------------------------------|-----------|
| ÚVOD..... | 12 |
| I TEORETICKÁ ČÁST..... | 13 |
| 1 VÝZNAM KOMUNIKACE V PSYCHIATRII..... | 14 |
| 1.1 KOMUNIKACE A JEJÍ VÝZNAM..... | 14 |
| 1.2 FORMY KOMUNIKACE..... | 14 |
| 1.2.1 Verbální komunikace | 15 |
| 1.2.2 Neverbální komunikace | 16 |
| 1.3 DRUHY PROFESIONÁLNÍ KOMUNIKACE | 16 |
| 1.3.1 Sociální komunikace | 16 |
| 1.3.2 Specifická (strukturovaná) komunikace..... | 16 |
| 1.3.3 Terapeutická komunikace | 17 |
| 1.4 SPECIFIKA KOMUNIKACE VE ZDRAVOTNICTVÍ | 17 |
| 1.4.1 Verbální komunikace ve zdravotnictví | 18 |
| 1.4.2 Neverbální komunikace ve zdravotnictví..... | 18 |
| 2 PRÁCE SESTRY NA PSYCHIATRICKÉM ODDĚLENÍ..... | 20 |
| 3 PSYCHIATRICKÁ ONEMOCNĚNÍ A KOMUNIKACE..... | 23 |
| 3.1 DEMENCE | 23 |
| 3.2 ZÁVISLOSTI | 24 |
| 3.3 SCHIZOFRENIE A PORUCHY S BLUDY | 26 |
| 3.4 AFEKTIVNÍ PORUCHY – PORUCHY NÁLAD | 27 |
| 3.5 NEUROTICKÉ PORUCHY | 29 |
| 3.6 PORUCHY OSOBNOSTI A CHOVÁNÍ | 31 |
| 3.7 MENTÁLNÍ RETARDACE..... | 32 |
| II PRAKTICKÁ ČÁST | 35 |
| 4 METODIKA VÝZKUMU | 36 |
| 4.1 CÍLE VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ | 36 |
| 4.2 METODA VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ | 36 |
| 4.3 CHARAKTERISTIKA ZKOUMANÉHO OBJEKTU | 37 |
| 4.3.1 Charakteristika položek v pozorování..... | 37 |
| 4.4 ORGANIZACE ŠETŘENÍ..... | 38 |
| 4.5 ZPRACOVÁNÍ ZÍSKANÝCH DAT..... | 38 |
| 5 ANALÝZA A INTERPRETACE ZÍSKANÝCH DAT | 39 |
| 6 DISKUZE | 61 |
| ZÁVĚR | 65 |
| SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY..... | 66 |
| SEZNAM TABULEK..... | 68 |

| | |
|---------------------------|-----------|
| SEZNAM GRAFŮ | 69 |
| SEZNAM PŘÍLOH..... | 70 |

ÚVOD

Téma bakalářské práce jsem si vybrala proto, že mě velmi zajímá problematika psychiatrických onemocnění a ještě více práce a komunikace sester s pacienty s takovými chorobami.

Cílem práce je zjistit, jak sestry komunikují s pacienty na psychiatrických odděleních. Součástí práce je popsání obsahu komunikace všeobecné sestry a pacienta na psychiatrickém oddělení. Především se bude jednat o verbální a neverbální komunikaci a specifikaci komunikace s pacienty s vybranými psychiatrickými onemocněními.

Bakalářská práce je rozdělena na dvě hlavní části. První část, teoretická se zabývá komunikací a psychiatrickými onemocněními. V úvodní kapitole je popsána komunikace a její význam. Je zaměřena na verbální a neverbální komunikaci a to jak obecně, tak v ošetrovatelské péči. Další kapitola se zabývá náplní práce sestry na psychiatrických odděleních. Poslední kapitola je zaměřena na psychiatrii a vybraná psychiatrická onemocnění, mezi které jsou zařazeny: poruchy chování a osobnosti, schizofrenie a poruchy s bludy, afektivní poruchy, neurotické poruchy, mentální retardace, demence a závislosti. Dále popisuje specifika komunikace s psychiatrickými pacienty trpící těmito chorobami.

Cílem praktické části je zjistit, jak sestry komunikují s pacienty na psychiatrických odděleních ať už verbálně, neverbálně a jaké jsou specifika v komunikaci. Pro praktickou část bude vytvořen pozorovací arch, do kterého budou pečlivě zaznamenány vypořizované skutečnosti. Pozorování bude probíhat na různých psychiatrických odděleních a budou pozorovány všeobecné sestry v průběhu celého dne během celého týdne.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 VÝZNAM KOMUNIKACE V PSYCHIATRII

Psychiatrické léčení je mnohem více než v jiných lékařských oborech závislé na vzájemné důvěře, očekávání a jemném předivu emočního vztahu mezi lékařem, zdravotníkem na straně jedné a pacientem, nemocným na straně druhé. U psychických poruch, které jsou vyvolány nebo udržovány psychologickými vlivy, je pak tento vztah snad nejdůležitějším léčebným prostředkem. (Baudiš, Libiger, 2002, s. 81, 82)

1.1 Komunikace a její význam

Komunikace je univerzálním jevem lidské společnosti a přímým regulátorem úrovně mezilidských vztahů. Zároveň je podmínkou existence každého sociálního systému. Bez ní nemůže existovat žádná sociální skupina. Přispívá k uspokojování potřeby sociálního styku, je prostředkem sociálního začlenění jednotlivce do skupiny.

Na naší komunikaci s druhými lidmi je pozoruhodné, že ji vždy spoluvytváříme a ovlivňujeme, přispíváme k ní a zároveň jsme její součástí. Bývá proto obtížné porozumět komunikační výměně, když se na ní ve stejnou chvíli podílíme. (Zacharová, 2016, s. 8)

V psychologii a medicíně není komunikace považována za pouhý přenos informací mezi sdělujícím a příjemcem. Jde o mnohem více, jde o sebereprezentaci, o sebezpotvrzení. Jde o vyjádření postojů k předmětu, ke komuniké, ale i k příjemci informace. Jde o různou úroveň působení, ovlivňování, znesnadňování či usnadňování porozumění. (Zacharová, 2016, s. 9)

1.2 Formy komunikace

Nejčastěji používané dělení komunikace, které vychází z potřeb klasifikace komunikačního procesu, je dělení na verbální a neverbální komunikaci. Tyto dvě formy se navzájem doplňují, nebo dokonce může jedna druhou zastupovat. Verbální a neverbální projevy mohou být v některých situacích v rozporu. Lidé často něco říkají, ale chování tomu neodpovídá. Může tak vzniknout tzv. dvojná vazba, tedy rozpor mezi slovy a chováním. Neverbální sdělení je možné v takové situaci považovat za věrohodnější než chování verbální.

Komunikaci musíme vždy chápat jako výměnu informací mezi lidmi a interakci jako vzájemné působení, při němž se nevyměňují jen informace, ale dochází také k bezprostřední společenské činnosti. (Zacharová, 2016, s. 29)

1.2.1 Verbální komunikace

Největší vymožeností lidstva je jazyk, řeč. Řeč umožňuje vzájemnou výměnu informací, názorů a zkušeností. Komunikace je vzájemná výměna informací mezi lidmi.

Verbální komunikací rozumíme dorozumívání se jedné, dvou a více osob pomocí jazyka nebo jinými znaky jazykového systému. Verbální komunikace může být přímá nebo zprostředkovaná, mluvená nebo psaná, živá nebo reprodukováná.

Význam verbální komunikace je nepopiratelný. Je nezbytnou součástí sociálního života a nutnou podmínkou myšlení.

Porozumění je jádrem pochopení významu. Jedná se o dvoustranný proces. To znamená, že mluvčí zodpovídá za jasné vyjádření myšlenky a posluchač se snaží pochopit co nejpřesněji to, co mu mluvčí sděluje. Význam řeči tedy určují lidé, ne slova. Specifičnost užívání jazyka je dána i osobnostními zvláštnostmi/ryso osobnosti. Introverti mluví málo, a když mluví, tak klidně, tiše, bez emočního akcentu. Extravert mluví hodně, většinou řekne vše, co má na srdci. Egoista mluví hodně o sobě, co udělal, co by udělal, co si myslí. Autokrat tvrdě prosazuje své názory a myšlenky, vyžaduje, aby se mu co nejvíc lidí podřídilo. Submisivní osobnost se naopak poddává, nestaví se do opozice, je konvenční. Liberál je nestranný, lhostejný, k problémům nemá potřebu se vyjadřovat, nic nekomentuje, nemluví do věcí jiných.

Všechny jazyky fungují v určitém prostředí. Jazykové prostředí je tvořeno čtyřmi základními prvky: lidmi, jejich úmysly, komunikačními pravidly, s jejichž pomocí dosahují svých úmyslů, a skutečně používanou řečí v dané situaci.

Jazykové prostředí může být velmi specializované. Zdravotníci při komunikaci s pacienty musí svůj způsob komunikování změnit. Výrazové prostředky se liší v závislosti na tom, s kým hovoříme, protože hledáme úmyslně ten nejvhodnější jazykový styl, kterému by partner rozuměl. Kdykoliv se změní naše role, změní se také náš způsob vyjadřování, někdy i bez našeho vědomí. Svůj jazyk měníme vhodně a přiměřeně prostředí, v němž se nacházíme.

Specifický systém komunikace má i oblast zdravotnictví, a to nejen z pohledu odbornosti používaného jazyka, ale i bezprostředního vztahu mezi zdravotníkem a pacientem. Zdravotník musí svůj styl hovoru podřizovat mnoha okolnostem, např. zdravotnímu stavu pacienta, věku, bolesti nebo také handicapu (tj. zda pacient špatně slyší či vidí atd.)

1.2.2 Neverbální komunikace

Neverbální komunikace je nejjednodušeji definována jako řeč těla. Řeč těla je považována za upřímnější, než verbální projev. Patří k ní všechny projevy, které vysíláme, aniž bychom mluvili, a i ty, kterými řeč doprovázíme. Výzkumné studie prokázaly, že stejně jako mluvená řeč, jsou i neverbální projevy plynulým jazykem se svým zvláštním tempem, rytmem, slovníkem a gramatikou.

Nabízí se otázka, proč by měly být neverbální projevy pravdivější. Řeč lidského těla je totiž z velké části záležitostí instinktu. Základní gesta a mimika jsou podle výzkumů stejné pro všechny obyvatele planety. Ostatní jsme se mimovolně naučili od lidí kolem sebe s kulturně sociálním kontextem. Neverbální projevy jsou tedy společný světový jazyk, ale mají svá nářečí, ta mohou být někdy velmi odlišná. (Mahrová, 2006, s. 39)

1.3 Druhy profesionální komunikace

1.3.1 Sociální komunikace

Jedná se o běžný hovor, kontakt s nemocným. Celkové ladění vytváří vztah nemocného k osobám, které o něj pečují. Člověk v nemocniční péči nebo v domácím ošetření má omezenou možnost sociálních kontaktů. Pozitivně přijímá možnost hovoru s dalšími lidmi, u zdravotníků navázání vztahu s nemocným usnadní další komunikaci v rámci ošetřování. Situace vhodné pro rozvoj sociální komunikace jsou například při úpravě lůžka, hygieně, pomoci při jídle, volnějších okamžicích denního režimu oddělení, kdy může sestra rozmlouvat s nemocným na pokoji, nebo mu nabídnout rozhovor na denní místnosti. (Mahrová a Venglářová, 2006, s. 12)

1.3.2 Specifická (strukturovaná) komunikace

Jde o oblast komunikace, kdy sdělujeme důležitá fakta, motivujeme nemocného k další léčbě, působíme edukačně atd. Zde jsou zvýšené nároky na srozumitelnost sdělení, přijatelnou formu, vzhledem k aktuálnímu stavu nemocného. Na závěr sdělení je nutné ověřit, zda nemocný sdělení rozuměl a akceptuje ho. Tato oblast komunikace je problematická u nemocných se sníženou schopností komunikovat. Příkladem témat specifické komunikace je sdělení postupů vyšetření, objasnění způsobu stravování při onemocněních a informace o rizicích. (Mahrová a Venglářová, 2006, s. 12)

1.3.3 Terapeutická komunikace

Terapeutická komunikace je součástí holistické a pacientově zaměřené péče, která pokrývá různé aspekty fyzických a psychických potřeb pacientů prostřednictvím informací a interaktivního a uvolňujícího vztahu s ošetřující sestrou. Je nástrojem pro poskytování celostní a trpělivé péče prostřednictvím respektování hranic a empatie. Sestry aplikují terapeutické komunikační techniky k budování vztahu s pacientem. Během procesu terapeutické komunikace využívají interpersonální dovednosti, jako je naslouchání pro spojení s pacientem, správné zodpovězení otázek pacientů a poskytování péče zaměřené na pacienta. Sdělováním informací vytváří sestry interpersonální vztahy s pacientem prostřednictvím empatie, řešení problémů pacientů a uspokojení jejich psychických a fyzických potřeb. (NCBI, 2017)

Odehrává se často formou rozhovoru s nemocným. Při denním kontaktu s nemocným člověkem poskytujeme oporu a pomoc v těžkých chvílích rozhodování, přijímání nepřijemných či velmi závažných skutečností, pomoc při adaptaci na změnu. Podpůrný terapeutický rozhovor s nemocným má za úkol zvýšit účinnost jiných léčebných přístupů u somaticky či psychosomaticky nemocných. (Mahrová a Venglářová, 2006, s. 13)

1.4 Specifika komunikace ve zdravotnictví

Komunikace je dovednost, kterou je možné rozvíjet kdykoliv v životě. Pro všechny, kteří pracují v profesích, kde se setkávají s člověkem jako příjemce své práce, je důležitá oblast sociálních dovedností. Ošetrovatelská praxe klade schopnost interakce s nemocnými i kolegy na významné místo. Veškeré dění uvnitř i styk s okolím se odehrává formou interakcí a komunikace. Interakce je reagování lidí navzájem, probíhá neustále. Zaznamenáváme ji, někdy intenzivně, jindy jen tak mimoděk. Pokud dojde k výměně informací, jde o komunikaci. Komunikační dovednosti potřebujeme i v soukromém životě. Ztráta schopnosti komunikovat je mnohdy závažným ohrožením vztahů.

Sestra používá dovednost komunikovat s pacientem jako součást profesionálního vybavení. Schopnost komunikovat slouží k navázání a rozvíjení kontaktu s pacientem. Nemoc, odloučení od rodiny, nemožnost pracovat, to vše může mít za následek zhoršení pacientových komunikačních dovedností. Tady je pak prostor pro práci sestry na rozvoji komunikačních dovedností nemocného. (Mahrová a Venglářová, 2006, s. 11)

1.4.1 Verbální komunikace ve zdravotnictví

Verbální komunikace je jedním z nástrojů profesionální práce zdravotnických pracovníků. Je nezbytné, aby si každý zdravotník osvojil schopnosti účelné sociální komunikace, která je neoddělitelnou součástí procesu zaměřeného na podporu, uchování a prevenci zdraví.

Společným cílem všech zdravotnických pracovníků by mělo být dosažení spokojenosti pacientů, a to nejen v oblasti somatické péče, ale i v oblasti psychické a sociální. Komunikace je důležitým aspektem ošetrovatelské činnosti. Při vzájemné komunikaci mezi zdravotníkem a pacientem je zapotřebí navodit ovzduší důvěry, které by nemocného uspokojovalo a zbavovalo ho obav a strachu. Na dosažení vzájemné kvalitní komunikace je potřebné respektovat některé požadavky.

Individuální přístup – patří k základním požadavkům úspěšné komunikace. Jde o přizpůsobení našeho jednání specifickým zvláštnostem pacienta. To, co se může zdát jednomu pacientovi jako nepřijatelné, je pro druhého samozřejmostí. Slova, která používáme při hovoru s jedním klientem, se mohou dotknout nebo vyvolat negativní reakci. Neustále je nutné zdůrazňovat potřebu citlivého a taktního přístupu. Je podstatné zjistit všechno, co by mohlo daného pacienta nepříznivě ovlivnit a co by mu naopak mohlo pomoci.

Úcta k pacientovi – znamená vážit si ho jako člověka vždy a za všech okolností, respektovat ho jako osobnost a ponechat mu určitou autonomii. Pacient může mít jiný názor, než má zdravotník, může mít svou vlastní představu a postoj bez obav, že si ho přestaneme vážit.

Pozitivní vztah k pacientovi – vyvíjí se v průběhu vzájemné interakce. Vše, co sestra udělá nebo neudělá, má svůj psychologický vliv na pacienta. Postoj sestry k nemocnému se projeví nejen v řeči, v každém jejím slově, ale i ve výrazu tváře, pohledu či pohybech těla. V obecné rovině můžeme říci, že sestra verbálně i neverbálně odráží postoj k pacientovi, i když by ho chtěla zakrýt.

Empatie – znamená schopnost vcítění se do toho, co pacient právě prožívá, jaký má vztah k nemoci, jak hodnotí svět a sebe v něm. Jde zde o setkání dvou subjektů, a to světa pacienta a světa sestry. (Zacharová, 2016, s. 29 – 32)

1.4.2 Neverbální komunikace ve zdravotnictví

Ošetrovatelskou situaci výrazně ovlivňují interakce mezi sestrou a pacientem. Okolnosti, za kterých se oba setkávají a komunikují, mají nesporně vliv na výběr, použití a intenzitu neverbálních projevů. Zážitky a zkušenosti pacienta z předešlých setkání se sestrou ovlivňují

jeho neverbalitu v následných kontaktech. Osobnostní faktory sestry i nemocného, jako je např. věk, charakterové vlastnosti, typ osobnosti a temperament, dotvářejí obraz mimoslovní komunikace. V průběhu delší interakce může pak sestra od pacienta očekávat určité vžitě způsoby neverbálního projevu. (Zacharová, 2016, s. 56)

Ve zdravotnické praxi budou projevy neverbální komunikace velmi významné. Potřeba do-
rozumění je zde velká, stejně tak jako navázání vzájemné důvěry. Přitom jsme si stále vědomi toho, v jak specifických podmínkách pracujeme a jak často některé zásady správné komunikace nemůžeme dodržet. Vždyť jen podat ruku zraněnému člověku je mnohdy obtížné, gesta nemocného mohou být zkreslená, poloha vleže je v mezilidské komunikaci mimo intimní sféru prakticky nevídaná. Naši pacienti se nacházejí v náročné životní situaci s doprovodným emocionálním podtextem a my jim při ošetřování vstupujeme do zóny, kam pouští jen ty nejbližší, naše doteky jsou už předem spojovány s nepříjemnými prožitky. Je proto významnou a důležitou dovedností sestry vyznat se v řeči těla, umět pracovat se svými neverbálními projevy a umět „naslouchat“ neverbálním projevům svých pacientů. (Mahrová, 2006, s. 40)

2 PRÁCE SESTRY NA PSYCHIATRICKÉM ODDĚLENÍ

Psychiatrická sestra hraje důležitou roli v administraci psychiatrické léčby a péče. Sestry v této profesi pracují vedle psychiatrů, kteří jsou lékaři specializující se na duševní poruchy, od deprese a úzkosti až po schizofrenii a poruchy osobnosti. Sestry, které se zabývají touto profesí, pomáhají rozvíjet léčebný plán a využívat své terapeutické dovednosti, aby pacientům a jejich rodinám nabídly celou řadu možností. (CHRON, Reid)

Psychiatrické péče o duševní zdraví je specializovaná oblast ošetrovatelské praxe zavázaná podporovat duševní zdraví prostřednictvím hodnocení, diagnostiky a léčby lidských odpovědí na duševní problémy a psychiatrické poruchy. Psychiatrická péče o duševní zdraví, základní povolání v oblasti duševního zdraví, využívá cílevědomé využívání sebe sama jako své umění a široké spektrum ošetrovatelských, psychosociálních a neurobiologických teorií. (My health career)

Ošetrovatelství v oblasti psychiatrie je specializované oddělení ošetrovatelství se zaměřením na péči o osoby s duševními problémy. Psychiatrické sestry pracují se svými klienty na podpoře psychické, fyzické pohody a emocionálního zdraví. To může být práce s klienty, aby pochopili jejich duševní zdravotní stav, naučili se zvládat symptomy a uvědomovali si, co může zhoršit jejich duševní stav.

Psychiatrické sestry pracují s klienty, kteří trpí stavy jako je úzkost, deprese, schizofrenie a bipolární porucha. Péče o duševní zdraví je pestrá a zajímavá. Existuje řada dovedností, které psychiatrické sestry vyžadují, jako je podpora a prevence duševního zdraví, hodnocení duševního zdraví a intervence, specializované poradenství a psychoterapie, řízení léků, přímá ošetrovatelská péče, vzdělávání a odborná příprava, výzkum a hodnocení.

Také advokacie je důležitým aspektem ošetrovatelství a zejména v oblasti péče o duševní zdraví. Lidé s psychiatrickým onemocněním jsou v komunitách často stigmatizováni a marginalizováni.

Podmínky duševního zdraví nejsou vybrány a psychiatrické sestry pracují s lidmi ze všech kultur, všech náboženství a socioekonomického prostředí. Spolupráce je nezbytná pro dobrou praxi duševního zdraví, takže psychiatrické sestry spolupracují s řadou dalších zdravotnických pracovníků, včetně dalších zdravotních sester, lékařů, psychologů a dalších příbuzných zdravotnických pracovníků, jako součást multidisciplinárního týmu. (My health career)

Psychiatrický tým zahrnuje psychiatra, psychologa, psychiatrickou sestru, pracovníka sociálních služeb, pracovníka terapeuta, terapeuta zábavy a rehabilitačního specialistu. Každý z nich hraje důležitou a mnohonásobnou roli a postará se o to, aby se pacient přizpůsobil situaci a získal zpět své schopnosti na základě svých dovedností, technik a zásad rady při péči a lékařských zákrocích. Členové psychiatrického týmu musí komunikovat s ostatními členy, aby získali větší úspěch ve své práci, a to vyžaduje neustálou péči a spolupráci s ostatními členy týmu. (NCBI, Mehrabi)

Psychiatrické ošetřovatelství je komplexní profese, která vyžaduje velký soucit, citlivost a budování vztahů. Hlavní cesta, kterou musí psychiatrické sestry vyvinout, je prostřednictvím komunikačních dovedností zaměřených na pomoc svým pacientům vyrovnat se s náročnými poruchami duševního zdraví.

Poskytování verbálních pokynů, vedení a ujištění psychiatrických pacientů je pro sestry nezbytné. Učit pacienty, jak se vyrovnat s duševními poruchami, jim pomáhá cítit se více zmocnění a pod kontrolou, v situaci, kdy mají nad životem velmi malou kontrolu. Psychiatrické sestry musí být schopny znát správná slova pro použití s pacientem - slova, která budou informovat, ale nebudou přemrštěná, a být upřímná, aniž by to způsobilo rozrušení. Sestry musí vědět, jak používat svůj tón hlasu a hlasitost mluvení způsoby, které způsobují, že pacienti reagují klidným a klidným vystupováním. Občas musí sestry komunikovat s uklidňujícím hlasem, zatímco jiné situace vyžadují autoritativní tón.

Řeč těla je forma komunikace, kterou musí psychiatrické sestry vychovávat při rozluštění, aby jim pomohla porozumět svým pacientům. Sestry musí být velmi pozorné, musí si všimnout držení těla pacienta, výrazů obličeje, zvyků a oblečení pro péči o oči a pohybů očí a rukou. Po sledování typických neverbálních podnětů pacienta jsou psychiatrické sestry schopny předpovědět reakce a reakce pacienta. Sestra může také využít neverbální komunikaci s pacienty, jako je ticho a naslouchání, aby pacientovi poskytl potvrzení a pocit kontroly. Předklon, směřující k pacientovi a udržující oční kontakt jsou způsoby, jak může sestra aktivně naslouchat. (CHRON, Windermere)

Mimo komunikaci patří mezi další funkce sester na psychiatrickém oddělení zajištění odborné ošetrovatelské péče u pacienta. Mezi ty, patří pozorování, hodnocení a zaznamenávání stavu pacienta, vyhodnocení potřeby a úrovně soběstačnosti pacientů, měření fyziologických funkcí, edukace pacientů, případně jejich příbuzných, hodnocení sociální situace pacienta,

provádění nácviku sebeobsluhy, zajištění činnosti spojené s přijetím, přemísťováním a propuštěním pacientů, zajištění manipulace s léčivými přípravky a zajištění jejich podání, aplikace kyslíku, odběry biologického materiálu, ošetřování ran, katetrizace močového měchýře u žen, péče o tracheostomickou kanylu, asistence lékaři při provádění odborných výkonů, spolupráce s ostatními členy zdravotnického týmu, provádění rehabilitačního ošetřovatelství, psychická podpora umírajících a jejich blízkých, pečování o tělo zemřelého. (Babíaková, Venglářová, 2006, s. 53 - 55)

Duševní nemoci jsou ničivé poruchy. Bohužel těmto diagnózám veřejnost dobře nerozumí. Často jsou ti, kteří mají duševní nemoc, stigmatizováni jako „šílenci“; miliony trpí v tichu. Psychiatrická sestra musí mít odborné znalosti v oblasti duševních nemocí. Tyto sestry využívají své dovednosti, aby pomohly lidem s duševním onemocněním žít naplňující a produktivní život. Sestry mohou pomáhat při krizové intervenci a terapii duševního zdraví, pomoci při řízení léčby a dokonce pomáhat pacientovi v každodenních činnostech, které jsou pro něj stresující.

Psychiatrické sestry, stejně jako jiné zdravotní sestry, provádějí hodnocení a pohovory. Zaměřují se však na pacientovy pocity, emoce a reakce na životní prostředí. Psychiatrická sestra vyhodnocuje pacientovy symptomy, denní životní návyky, vzorce nemoci, podporu a rodinný život. Sestry mohou pracovat se všemi věkovými skupinami a mohou se zabývat celou řadou poruch. Někdy pracují individuálně s pacienty, ale mohou také pracovat se skupinami pacientů v terapeutickém sezení.

Hlavní podstatou v psychiatrickém ošetřovatelství je, že ve všech směrech a ve všech rovinách ošetřovatelství sestra do péče o pacienta přidává kousek sebe sama a své vlastní angažovanosti pro dobro každého pacienta. (ZAM, Pražský)

3 PSYCHIATRICKÁ ONEMOCNĚNÍ A KOMUNIKACE

Vztah zdravotníka a nemocného je stanoven a určován převážně etickými principy, i když ve zdravotnických právních normách je popsán i jako povinnost. Jeho význam, účelnost i humanitu popisují, předpokládají a vyžadují především etické normy zdravotnické činnosti. Vždy jde o vzájemnou komunikaci a spolupráci. To vyjadřuje již staré ašantské přísloví: „Když dostaneš od doktora lék, nechtěj po něm, aby ho za tebe spolkl.“ (Baudiš, Libiger, 2002, s. 81, 82)

3.1 Demence

Pojem „demence“ pochází z latiny a doslova znamená „bez mysli“. Člověka postiženého demencí čeká postupný úpadek a nemoc je tak destruktivní, že v její poslední fázi se pacient stěží podobá člověku, jímž byl na jejím začátku. Během dlouhé první fáze je demence jako taková sotva patrná. Oči jsou jasné a otevřené, mysl je čistá a pacient chodí a pohybuje se, jak byl zvyklý. V konečné fázi nemoci je závislý na druhých ve všech svých potřebách a zapomněl už všechno, co se kdy naučil. Člověk s těžkou demencí končí svůj život tak, jak do něho vstoupil: jako bezmocné dítě. (Buijssen, Huub, 2006, s. 13)

Dlouhou dobu se myslelo, že lidé s demencí jsou „blázni“, že trpí nějakým druhem duševní nemoci. Teprve docela nedávno začalo být zjevné, že jde o nedorozumění a že demence je způsobena dysfunkcí mozku. Nemocné jsou nervové buňky v mozku. V případě Alzheimerovy nemoci nervové buňky usychají nebo odumírají. Je to jakýsi „podzim mysli“.

Po Alzheimerově nemoci je nejběžnější vaskulární demence. Má různé formy, z nichž nejznámější je takzvaná multiinfarktová demence. Jak název naznačuje, tato demence se vyvíjí z mnoha malých mozkových infarktů, jež způsobují přerušení zásobování kyslíkem v různých částech mozku, což má za následek erozi mozkové tkáně. (Buijssen, Huub, 2006, s. 14, 15)

Komunikace nám dává pocit spojení s druhými. V demenci schopnost sdílet zkušenosti s druhými postupně mizí. Pacient s demencí dokáže stále méně s druhými normálně mluvit. Čím pokročilejší je demence, tím víc energie bude potřeba vynaložit, abychom dosáhli jistého stupně opravdové komunikace. (Buijssen, Huub, 2006, s. 59, 60)

Mezi bariéry komunikace patří poruchy paměti, orientace, neporozumění řeči a neschopnost se vyjádřit. Je nutné mít specifický přístup k nemocnému.

Je důležité, nespoléhat na krátkodobou paměť pacienta. Pomáhat nemocnému s běžnými činnostmi a kontrolovat jeho bezpečí. Vyhnout se otázkám s otevřeným koncem a upřednostnit vedení postižené osoby k jednotlivým krokům při běžných činnostech. Pokud se dotazujeme na něco, co nemocný neví, nutíme jej si vymýšlet a navozujeme pocit selhání. Důležitá je také důslednost, trpělivé opakování stejné informace a dodržování denního programu, které přináší jistotu a možnost nemocného zorientovat se. Vyprávěním o minulosti využíváme dlouhodobé paměti a vracíme se k člověku bez demence. Získáme řadu informací a navodíme dobrou atmosféru. Nemocný si vzpomene na své dovednosti a bude se cítit dobře. (Venglářová, 2006, s. 103 – 105)

Při komunikaci je nutné používat výrazy, kterým nemocný rozumí a ověření skutečného porozumění. Pacientům předáváme informace v malých dávkách a poskytujeme smysluplné podněty. Není správné opravovat ani netrvat na správných výrazech a větných spojeních. U pacientů se tím jen zvýší pocit beznaděje a neschopnosti.

Péče o pacienty s poruchami intelektu klade nároky na trpělivost a takt. Je nutné přizpůsobit očekávání komunikace možnostem osoby s demencí. Přístup sestry může být vzorem pro rodinné příslušníky.

Chybami v komunikaci je apelace na nemocného, aby se více snažil, spěch, nervozita a mnoho podnětů, které mohou působit rušivě. (Venglářová, 2006, s. 103 – 105)

3.2 Závislosti

Závislost představuje životní styl zaměřený na drogu. Závislost se může vytvořit jak na úrovni biologické, tak na úrovni psychické. Projevuje se příznaky, které musí přetrvávat po určitou dobu (12 měsíců). (Vágnerová, 2002, s. 289)

Lidé se vždycky snažili najít možnost uniknout z aktuální situace, dosáhnout pocitů štěstí, pohody, síly a mimořádných schopností, fantastických zážitků, inspirace. Psychoaktivní látky, nejprve přírodní a později i uměle syntetizované, jim žádoucí pocity poskytovaly a poskytují. Po určitou dobu zbavují starostí, strachů, nejistoty, zlepšují sebehodnocení. Přestože se ví o nepříznivých důsledcích užívání psychoaktivních látek – po určité době si začne droga více brát, než člověku dávat – lidé se jich nikdy zcela nedokázali zřici, protože přináší rychlé a snadné uspokojení.

Mezi příčiny závislostí patří potřeba vyřešit problémy, uniknout stresovým situacím, uvolnit zábrany, potřeba dosáhnout uspokojení nebo slasti, potřeba uniknout stereotypu a nudě, potřeba sociální konformity, uchování sociálních vztahů, potřeba být akceptován skupinou, v níž užívání drog patří k standardu chování a další.

Důsledkem závislostí je akutní intoxikace, psychické nebo somatické poškození a další negativní účinky. (Vágnerová, 2002, s. 288)

Charakteristickými znaky pro nadužívání alkoholu jsou kolísání nálad, bolesti hlavy, nespavost, poruchy paměti, halucinace, vidiny, hlasy, agresivita, deprese, poruchy trávení a další.

Pro nadužívání nelegálních drog je typické zvýšení energie a sebedůvěry, uvolněná nálada, následně vyčerpání a deprese, únava, zuřivost, paranoia. (Mahrová, 2006, s. 140, 141)

Péče o pacienty pod vlivem drog a alkoholu je velmi obtížné. Pacienti mohou být agresivní a jejich chování nevypočitatelné. Pacient může mít silné manipulativní tendence a bude s ním velmi obtížné spolupracovat. U těchto pacientů je často rozvinut sociálně problematický kontext závislosti. Nebudou respektovat sociální a často i právní a společenské normy. Zdravotní sestra může trpět předsudky vůči těmto pacientům a přistupovat k nim s odstupem.

Zásadou komunikace s pacientem pod vlivem drog a alkoholu je srozumitelnost, jasnost, konkrétnost, rozhodnost a důslednost. Potřebnou schopností je také nepřijímat manipulativní chování. Důležitý je klid a neutralita, potom je riziko neadekvátních reakcí pacienta mnohem menší. Nutné je hlídat také pacientovy neverbální projevy. Zásadní je zhodnotit pacientův stav a podle něj s ním jednat dle zásad jednání s problematickým typem pacientů (agresor, depresivní pacient apod.). Při dlouhodobějším styku je nutné stanovení pravidel a hranic, které těmto pacientům často chybí nebo je mají tendence porušovat.

Chybami v jednání s pacienty se závislostí je kritizování, ke kterému vedou časté předsudky. Dalšími chybami v přístupu k těmto pacientům je zavrhování, projevy znechucení, zaviňování a výčitky, potřeba hodnotit a kárat, poučovat a poskytovat rady tam, kde není o pomoc zájem. (Mahrová, 2006, s. 141, 142)

3.3 Schizofrenie a poruchy s bludy

Schizofrenie je duševní onemocnění charakterizované poruchami téměř všech psychických funkcí. Zásadní je porucha myšlení a vnímání, oploštělá nebo neadekvátní emotivita a narušené chování a jednání.

Schizofrenie je představitelem psychotického onemocnění. V odborné terminologii je psychóza charakterizovaná bludy, halucinacemi a dezorganizovaným slovním projevem a chováním, v širším pojetí také poruchou vnímání reality. (Češková, Kučerová, Svoboda, 2006, s. 181)

V současné době se domníváme, že jedinec, který onemocní schizofrenií, má specifickou biologickou náchylnost pro tuto poruchu. Schizofrenie se zpravidla projeví atakou akutních psychotických příznaků nejčastěji mezi 20. – 30. rokem. První atace předcházejí prodromy v podobě nespecifických příznaků, jako je podrážděnost a náladovost, nedostatek sebevědomí a energie, a to často již od 15. roku. Z popisu prodromálních příznaků je zřejmé, že se těžko odlišují například od komplikovaného dospívání. Relapsu předcházejí časné varovné signály.

Když je člověk, který onemocněl psychózou, vyzván, aby si vzpomněl, co se dělo před relapsem, často se vrací i do doby několika měsíců před hospitalizací. Nejčastěji si zpětně vybaví problémy v práci, ve škole, horší soustředění, konflikty s okolím. Okolí si všímá uzavřenosti, dotyčný nekomunikuje či je „drzý a úsečný“, zkrátka jiný, než byl. Časné varovné příznaky trvají týdny, někdy i měsíce. Mezi tyto příznaky patří nespavost, nesoustředěnost, nervozita, netrpělivost, pocit, že jsem zmenšován, pocit, že nejsem středem zájmu, zhoršení paměti, nechutenství, ztráta zájmu o společenský kontakt. Je logické, že předcházejí-li varovné příznaky první atace nemoci, jen výjimečně je lze správně rozeznat jako její předzvěst. Pokud již však člověk ataku měl, je dobré si tyto příznaky napsat. Mohou totiž ohlašovat budoucí relaps. (Bankovská Motlová, Španiel, 2013, s. 29, 30)

Příznaky se rozvíjí plíživě a progresivně. První manifestace psychotických projevů předchází různě dlouhé prodromální období, kdy se mohou objevit prodromální příznaky zahrnující zvláštní chování, pocity, myšlenky, ochuzení řeči a myšlenek, vztahovačnost, změny ve vnímání, pocity cizoty. Kromě toho může být přítomna řada nespecifických příznaků (nespavost, úzkost, podrážděnost).

V dlouhodobém průběhu onemocnění je mezi nemocnými velká variabilita, ale u většiny se jedná o celoživotní onemocnění s perzistující symptomatologií a narušeným fungováním. Nemocní schizofrenií nejčastěji prožívají opakované psychotické epizody nebo mohou mít dlouhodobě trvající psychotické příznaky.

Přibližně třetina nemocných se po jedné, dvou či po několika málo atakách dokáže vrátit k normálnímu životu, nemoc u nich ustoupí. U další třetiny se celý život střídají epizody schizofrenie s neúplnými remisemi, v nichž se obvykle nemocní nejsou schopni vrátit ke svému předchozímu zaměstnání. Poslední třetina se ani přes léčbu nezbaví příznaku psychózy, tyto nemocní nejsou schopni samostatného života a jsou celý život odkázáni na pomoc rodiny, popř. zdravotnického zařízení. (Češková, Kučerová, Svoboda, 2006, s. 186)

Schizofrenie je onemocnění, při němž se předpokládá porucha zpracování informací. Je chybou zahlcovat nemocného nestrukturovanou nepřehlednou komunikací, která jej zbytečně stresuje. Obzvláště to může být problémem v akutní fázi onemocnění. Máme zde na mysli například situaci, kdy tazatel položí tři otázky v jedné větě, aniž by čekal na odpověď, či složitá rozvitá souvětí. V nichž se často ztratí i řečník sám. Zatímco pro zdravotníky by měla být dovednost komunikovat podle pravidel samozřejmá, příbuzní se jí mohou naučit během psychoedukačních programů.

Komunikace má být strukturovaná a přehledná, nejlépe doplněná názornými pomůckami. Zásadou komunikace s psychotickým pacientem, je mluvení v krátkých větách. Tito pacienti obtížně udržují pozornost. V jedné větě, je nejlepší předávat pouze jednu jedinou informaci, protože mají pacienti problém se zpracováním více informací najednou. Ze stejného důvodu je dobré, se v pokládání otázky ptát na jednu věc. Pacienti mívají často poruchy paměti, proto slouží k usnadnění zapamatování názorné pomůcky, například kreslení. (Bankovská Motlová, Španiel, 2013, s. 71)

3.4 Afektivní poruchy – poruchy nálad

Základní charakteristikou u těchto poruch je porucha nálady anebo afektu ve smyslu plus nebo minus. Základními komponenty jsou depresivní, manické epizody a smíšené epizody. Z poruch nálady se do popředí zájmu dostává hlavně deprese, a to z řady důvodů, z nichž k hlavním patří nepochybně důvod ekonomický. Podle odhadu se v roce 2020 deprese stane druhou vedoucí příčinou neschopnosti, morbiditu a mortality ve světě bezprostředně za ischemickou chorobou srdeční.

V iniciální fázi onemocnění hrají velkou roli životní události, při opakovaných epizodách nebývá jejich podíl tak zřejmý. (Češková, Kučerová, Svoboda, 2006, s. 201 - 203)

Depresivní porucha je patologicky depresivní nálada, která vzniká bez zjevné příčiny. Není vázána na nějaké konkrétní události. Člověk přestává standardním způsobem reagovat na vnější i vnitřní podněty a má sklon k nepřiměřeným projevům. Depresí postižený člověk často nedovede obvyklým způsobem emocionálně reagovat na podněty, které běžně nějakou reakci vyvolávají. Je k nim podivně a nepochopitelně lhostejný. Depresivní ladění velmi silně ovlivňuje veškeré prožívání, uvažování i chování nemocného. Vede k poruchám psychické regulace, k útlumu potřeb i volní aktivity. Důležitým znakem je ranní pesimum, což znamená, že se člověk cítí nejhůře ráno (v tom je rozdíl mezi nimi a neurotickými pacienty, kteří se cítí špatně spíše večer). Depresí postižený jedinec ztrácí schopnost prožívat radost, je úzkostný a pesimistický. Jeho ladění vede k zobecnění negativního způsobu hodnocení čehokoli. Člověk se stává pesimistou, a to bez ohledu na reálnou kvalitu posuzované situace. Sebehodnocení je významně zhoršeno. Nemocný mívá pocity méněcennosti a neschopnosti. Nepříznivé a pesimistické je i hodnocení okolního světa. Depresivní pacient vidí zvětšeně všechny jeho nedostatky. Na druhé straně si alespoň občas uvědomuje, že přijatelný svět existuje, ale není určen pro něj. Negativní postoj nezahrnuje jen přítomnost, ale i minulost a vztah k budoucnosti. (Vágnerová, 2002, s. 192, 193)

Při zanedbávání kontaktu s depresivním nemocným hrozí nebezpečí z prodlení. Je nutný aktivní přístup k nemocnému na oddělení. Depresivnímu nemocnému často schází náhled, zásadní porozumění situaci a vlastní úloze v ní. Den v nemocnici musí mít od počátku jasnou a pevnou strukturu. (Styx, 2003, s. 121)

Zásadou komunikace s depresivními pacienty je důležité dávat najevo pochopení pro stav i situaci nemocného. Je nutné umožnit nemocnému reagovat podle jeho aktuálního stavu. Snaha nadměrné komunikace může často vyvolat pocity selhání a pacient může pocítit, že dostatečně nevyhověl požadavkům. I tak je potřeba se nevyhýbat rozhovorům a trvat na „antisuicidální (protisebevražedné) smlouvě“. Jedná se o dohodu mezi sestrou a pacientem, že po určitou dobu nepodnikne kroky k ukončení života. V tu dobu je nutné posilovat nemocného, aby vyčkal na příchod zlepšení nemoci a na účinek léků proti depresi. Přes tuto dohodu je nutné věnovat bezpečí nemocného zvýšenou péči.

Chybami v přístupu k pacientům s depresí je bagatelizace a zlehčování obtíží. V tu chvíli mají pacienti pocit, že jejich situaci nikdo nerozumí. Nežádoucí je také doporučování nových

aktivit. Dochází tím k zvyšování nároků na nemocné a jejich přetěžování. Pacienty také není vhodné nutit k rozhodování, jako by pohled do budoucnosti pomohl současnosti. Přílišnou liberálností a ponecháním pacienta sama sobě může dojít k nezvládnutí běžných denních záležitostí. (Venglářová, 2006, s. 90)

Manický syndrom znamená patologicky povznesenou náladu, spojenou s hyperaktivitou a rozjařeností. Nejde ovšem jen o vystupňované veselí, pacient bývá křečovitý, v napětí, a ani jeho nápadně dobrá nálada nevypadá příliš přirozeně. Nemocný je nesoudný, přehnaně optimistický. Sebehodnocení nemocného je nápadně a nepřiměřeně zvýšeno, často až na úroveň neodpovídající skutečnosti. Stejně tak bývá nerealisticky pozitivní i hodnocení okolního světa. Přehnaně optimistický postoj zahrnuje k minulosti, přítomnosti i budoucnosti. Budoucnost se jeví jasná, výborná, že se všechno povede a nic nebude problémem. Pacienti jsou v manické fázi zvýšeně sociabilní, někdy až familiární, snadno iniciují kontakt s druhými lidmi. Bývají zvýšeně, opět až křečovitě hovorní. Mívají silnou motivaci k nejrůznějším aktivitám, avšak z charakteru této činnosti je zřejmé, že ztrácejí standardní sociální zábrany. U nemocných se často objevují bludy, které jsou výrazně ovlivněny jejich manickým laděním. Obvykle se jedná o megalomanické bludy, kdy je nemocný přesvědčen o své významnosti a výlučnosti. Velikášství bývá mnohdy spojováno s pocity ukřivdění a potřebou dokazovat ostatním lidem svou domnělou hodnotu. Občas se také objeví bludy paranoické a reformační, kdy se nemocný cítí spasitelem všeho lidstva, objeví lék na rakovinu a další. Manická nálada se odráží i ve fyziologických procesech. Mívají zrychlené fyziologické potřeby a mění se jejich tělesné potřeby. Mívají nadměrnou chuť k jídlu, ale na jídlo nemají čas. Nepotřebují ani dlouho spát, i přesto se cítí svěží. (Vágnerová, 2002, s. 196 – 198)

3.5 Neurotické poruchy

Neurózy jsou funkční psychické poruchy, které jsou ve významné míře psychosociálně podmíněné a projevují se specifickými, psychickými i somatickými příznaky. Nejsou spojeny s nálezem v oblasti nervového či jiného orgánového systému. Typickým znakem neuróz je narušení subjektivního prožívání, tj. změna emocí. Citové prožitky umožňují člověku základní hodnocení situace. Ovlivňuje je stav aktuálního uspokojení i minulé zkušenosti. Citové hodnocení je jiné než hodnocení rozumové. Je spojené s ostatními psychickými i somatickými funkcemi, které může různým způsobem ovlivňovat. Emoce mají určitou schopnost regulace, mohou stimulovat či tlumit.

Neurotické poruchy jsou typické především změnou prožívání, ale pod vlivem narušených emocí se mohou měnit fyziologické reakce i uvažování a chování. Základem těchto potíží je pocit ohrožení a zhoršení emočního ladění spojené s pocity napětí, strachu a úzkosti, které vedou ke vzniku obranných reflexů. Pokud je aktuální zátěž subjektivně příliš velká, může vyvolávat nadměrné obavy, úzkost či podrážděnost, může člověka neúčelně aktivizovat, nebo naopak. Způsob uvažování se pod vlivem zátěže může také měnit a vést až k neúčelné preferenci takové obranné strategie, jež problém neřeší a vede k neurotickým reakcím.

Chování člověka trpícího neurotickou poruchou může být nápadné a neobvyklé, ale neporušuje základní sociální normy. Ani hodnocení reality není zásadním způsobem narušeno. Postižený člověk si zpravidla odlišnost svých projevů uvědomuje a jsou pro něj i pro jeho nejbližší okolí obtěžující. (Vágnerová, 2002, s. 201)

Charakteristickými znaky pacienta, trpícího neurotickými poruchami jsou časté návštěvy lékaře, tendence vedení monologů, časté svěřování se v rozhovoru, většinou jde o velmi citlivé osoby, někteří nemocní dokonce žádají lázeňskou léčbu nebo hospitalizaci z důvodu úniku z nepříjemných situací.

Při komunikaci s těmito pacienty je základní podstatou umožnit jim rozhovor. Tím dojde k odreagování a zklidnění. Potřeba je důkladně sledovat pacientovy verbální i neverbální projevy. Při komunikaci pacientovi vyjadřujeme pochopení, povzbuzení a zájem o jeho obtíže. Rozhovor vždy ukončujeme pozitivně a podpořením pacientovy situace, že ji určitě zvládne.

Chybným přístupem je doporučování radikálních řešení, pochyby o obtížích pacienta, přístup jako k simulujícím, apelovat na rozum, předčasné sdělování rad či návodu, jak má nemocný správně postupovat. (Venglářová, 2006, s. 94, 95)

Úzkostné poruchy se projevují u celé řady psychických poruch, ale mohou být také součástí reakce na tělesné onemocnění. Bývají doprovázeny celou řadou tělesných příznaků, jako jsou palpitace, závratě, napětí svalstva, třes, zažívací potíže, hyperventilace, zvýšené pocení, sucho v ústech, průjem, bolesti hlavy, břicha, parestezie a další. Chronická úzkost je základním projevem úzkostných poruch. Úzkostné poruchy se vyznačují záchvatovitými stavy, při nichž se bez vazby na reálné nebezpečí objevují tělesné a psychické projevy úzkosti. Úzkost a strach mají pro organismus adaptivní funkci. Problém začíná tam, kde se úzkost a strach objevují příliš často, trvají příliš dlouho a intenzita je vzhledem k situaci, která je spustila, příliš velká nebo když se objevují v nepřiměřených situacích. V těchto případech obyčejně negativně zasahují do života jedince. Pokud se úzkost objeví náhle a bez zjevné příčiny,

mluvíme o spontánní úzkosti, respektive spontánním záchvatu paniky. Jestliže se týká konkrétních situací, kterých se běžně lidé nebojí, jde o fobii. Pokud se rozvine při očekávání ohrožující situace, mluvíme o anticipační úzkosti. (Češková, Kučerová, Svoboda, 2006, s. 223)

Pacienti se vyznačují nejistou řečí, obavami a pochybami. Často opakují dotazy, požadují ujištění ve zlepšení. Je důležitá pozornost a péče zdravotníků i blízkých. Typické jsou také obavy vyjádření vlastního názoru a odkládání rozhodnutí.

Zásadou komunikace s úzkostnými pacienty je zachování klidného přístupu, poskytnutí dostatku času a vhodného prostředí na rozhovor, zvolit volnější tempo řeči. Důležité je podávat přesné informace, pozitivně reagovat na otázky a v případě potřeby zopakovat sdělení. Potřeba je také probrat s pacienty možné varianty a podpora jejich rozhodování. Chybou v přístupu k těmto pacientům je přílišné zatížení nemocných zbytečnými detaily, které podněcují úzkost. Nevhodné je taky vyjádření dominance nad nemocným. Mezi další chyby patří vyhýbání se komunikaci, což přináší zvýšení úzkosti. (Venglářová, 2006, s. 92)

3.6 Poruchy osobnosti a chování

Poruchy osobnosti nejsou nemoci v pravém slova smyslu. Jejich podstatou je disharmonicky vyvinutá osobnost. Jde o extrémně vystupňované povahové charakterové rysy, které vedou k poruchám sociální adaptace. Poruchy osobnosti jsou poruchami stabilními, k výkyvům dochází při nepříznivých vnějších zátěžích (partnerské krize, pracovní problémy), nebo na základě vnitřních faktorů (kritická věková období, závažná onemocnění). Jedná se o etapy kompenzace a dekompenzace stavu. K těmto poruchám vedou také biologické a psychosociální vlivy, mezi které patří genetické odchylky, nadměrná prenatální či perinatální zátěž, nevhodná výchova a zneužívání. (Babiaková, Venglářová, 2006, s. 292)

Porucha osobnosti je trvalý stav a přetrvává celý život. Projevuje se nepříznivými nebo nadměrně zvýrazněnými vlastnostmi osobnosti, odchylkami v oblasti citového prožívání, uvažování i chování, zejména ve vztahu k druhým lidem a společnosti. (Vágnerová, 2002, s. 254)

Narcistická porucha osobnosti je charakterizována velikášstvím, přesvědčením o vlastní jedinečnosti a výlučnosti, silnou potřebu obdivu a relativně nízkou mírou empatie. V případě neúspěchu, nezdarů nebo nadměrné zátěže se snadno rozvíjí komorbidní porucha úzkostného

nebo afektivního spektra. Jedny z nejčastějších komorbidních poruch jsou depresivní porucha nebo dystymie, které významně zhoršují adaptaci i schopnost se se zraněním nebo neúspěchem vyrovnat a zvyšují riziko suicida.

Paranoidní porucha osobnosti je charakterizována trvale přítomnou nedůvěrou vůči druhým lidem, nepřátelským interpersonálním stylem, emočním chladem, přecitlivělostí na kritiku a odmítnutí, či rigidní maladaptivními přesvědčeními o motivech druhých. Jedinci trpící touto poruchou jsou nadměrně podezřaví a žárliví. Mezi typické projevy patří zvýšená senzitivita na kritiku, nezáměr a neúspěch, vztahovačnost, neústupnost, pocit vlastní důležitosti či neschopnost odpouštět. Tito lidé mají tendenci k urážlivosti a trvalé zášti. Velmi těžko vyjadřují náklonnost a je pro ně problémem vytvořit důvěrný vztah. Projevy zesilují v nových, nečekaných či zátěžových situacích. Rysy poruchy se mohou objevit již v dětství nebo adolescenci v podobě zvýšené sociální úzkosti a celkové přecitlivělosti. V reakci na zvýšenou zátěž se mohou objevit přechodné psychotické epizody a při dlouhodobě nepříznivé nebo stresující situaci může dojít k postupnému rozvoji poruchy s bludy.

Schizoidní porucha osobnosti je charakterizována oploštělou afektivitou, emočním chladem, neschopností vyjadřovat city k druhým lidem (kladné ani záporné), neschopností prožívat radost, lhostejností ke chvále i kritice a malým zájmem kontaktu s druhými lidmi. (Babiaková, Venglářová, 2006, s. 293)

Anankastická porucha osobnosti neboli obsedantně-kompulzivní porucha se výrazně odráží v osobnosti jedince a jeho vzorcích chování. Projevuje se nadměrným perfekcionizmem a svědomitostí. Jedinci jsou zranitelní pro rozvoj dalších psychických poruch. Nemocní touto poruchou si udržují kontrolu prostřednictvím lpění na jasných postupech a pravidlech. Jsou velmi opatrní. Při činnostech dávají extrémní pozor, aby neučinili jakoukoliv chybu. Aktivita musí probíhat podle přesně předem naplánované struktury. Pokud nejsou úkoly dokončeny, vyvolává to v nich značný stres. Je pro ně důležitá výkonnost a pracují za každou cenu, i ve volném čase. Strávený čas potřebují vnímat jako efektivně využitý. Nutí však i své okolí, aby se chovalo dle jejich pravidel. Myslí si, že ví nejlépe, jak by se co mělo dělat.

3.7 Mentální retardace

Jedná se o nedostatečný rozvoj intelektu. Je buď vrozený, nebo získaný v raném věku. Při označování úrovně nižšího intelektu se používá kritérium inteligenčního kvocientu. Mentální retardace bývá zapříčiněna hereditárně, metabolicky, prenatálními vývojovými faktory,

perinatálními poškozeními nebo postnatálními poruchami a chorobami v období prvních dvou let života. (Češková, Kučerová, Svoboda, 2006, s. 105)

Typickým znakem mentálně postižených je omezenější potřeba zvědavosti a preference podnětového stereotypu. Bývají obvykle pasivnější a závislejší na zprostředkování informací zdravými lidmi. Myšlení je obecně charakterizováno značnou stereotypností, rigiditou a ulpíváním na určitém způsobu řešení. Řeč těchto jedinců bývá postižena jak v obsahové, tak ve formální složce. Projev bývá typický nepřesnou výslovností. Schopnost učení je velmi omezena v důsledku neporozumění a v nedostatku pozornosti a paměti. Mentálně postižený člověk není schopen odhadnout svoje možnosti a přizpůsobit jim svoje chování. (Vágnerová, 2002, s. 151 – 154)

Jedinci s lehkou mentální retardací (IQ 69-50) jsou vzdělavatelni ve speciálních nebo i v normálních školách s obtížemi, mohou vykonávat méně kvalifikovanou či nekvalifikovanou práci, vesměs manuálního charakteru. Potřebují sociální i emoční podporu. Jsou schopni samostatného života, vhodnější je život ve skupinách nebo pod dohledem.

Pacienti se středně těžkou mentální retardací (IQ 49-35) jsou nevzdělavatelni, ale vychovatelní. Nebývají schopni samostatného života, mohou existovat v rámci rodiny nebo v ústavech. Za vnější pomoci se dokážou o sebe alespoň částečně postarat, někteří jsou zaměstnatelní v chráněných dílnách při velmi jednoduchých činnostech.

Jedinci s těžkou mentální retardací (IQ 34-20) mají většinou i poruchu motoriky. Nízká mentální úroveň se také odráží ve výrazu tváře. Řeč je extrémně chudá, chybí samostatnost při jídle a při dodržování hygienických návyků. Vyžadují stálý dohled a většinou přebývají v ústavech.

Pacienti s hlubokou mentální retardací (IQ pod 20) jsou většinou spojeni také s imobilitou a inkontinencí. Někteří jedinci nejsou schopni sami přijímat potravu a musí být krmeni. Jejich schopnost komunikace je na nejnižší primitivní úrovni. K poruše inteligence se často přidávají poruchy hybnosti a smyslová poškození. Většinou žijí v sociálních nebo psychiatrických ústavech. (Češková, Kučerová, Svoboda, 2006, s. 105, 106)

Při komunikaci s mentálně postiženými pacienty je nejdůležitější přizpůsobit se mentální úrovni pacienta. K odhadnutí úrovně porozumění a vyjadřování u postiženého dochází již během prvních vět. Je třeba reagovat na specifické potřeby pacienta, zachovávat zásady společenského chování, oslovování pacienta přímo a sledovat jeho neverbální projevy. Základem pro komunikaci je trpělivost a tolerance. Především k dospělému nemocnému je nutné

přístupovat partnersky a ne jako k dítěti. V rozhovoru je lepší volit pomalejší tempo řeči, krátké, jasné a srozumitelné věty a ověřit porozumění.

Chybami v komunikaci je používání zdvořilých, netrpělivé reakce, popohánění, posměch a pohrdání. Komunikace pouze s doprovodem nemocného je také nežádoucí a dává najevo bezvýznamnost mentálně postiženého člověka. (Venglářová, 2006, s. 100, 101)

II. PRAKTICKÁ ČÁST

4 METODIKA VÝZKUMU

Znalosti a zkušenosti na straně jedné a umění komunikovat s nemocnými na straně druhé jsou nejdůležitějšími devizami pro psychiatrii. (Baudiš, Libiger, 2002, s. 81, 82)

Komunikace je velmi důležitou součástí ošetrovatelské péče. Sestra potřebuje předat pacientovi množství informací a následně se přesvědčit, zda jim porozuměl. Sestra potřebuje zjistit, co si pacient přeje, co potřebuje a co je eventuálně připraven obětovat v zájmu svého zdraví. V komunikaci s nemocným hledá sestra cesty, jak jej motivovat k co největší a nejefektivnější spolupráci.

Při předávání informací je podstatné, aby ten, kdo informace přijímá, jim také náležitě porozuměl. To znamená zjišťovat, zda druhá strana v komunikaci pochopila sdělení tak, jak bylo zamýšleno. Tak se součástí komunikace stává i starost o druhého člověka. Starost o to, co chce, co potřebuje a co zamýšlí udělat. (ZAM, Pražský)

4.1 Cíle výzkumného šetření

Hlavní cíl je zjistit, jak sestry komunikují s pacienty na psychiatrických odděleních.

Dílčí cíle:

DÍLČÍ CÍL 1

Zjistit, jaký je nejčastější obsah komunikace sestry s psychiatrickým pacientem.

DÍLČÍ CÍL 2

Zjistit, zda sestry využívají verbální komunikaci při kontaktu s pacientem.

DÍLČÍ CÍL 3

Zjistit, zda sestry využívají neverbální komunikaci při kontaktu s pacientem.

DÍLČÍ CÍL 4

Zjistit specifika komunikace mezi sestrou a pacienty s vybranými psychiatrickými onemocněními.

4.2 Metoda výzkumného šetření

V praktické části bakalářské práce byl realizován kvalitativní výzkum technikou pozorování za účelem získání objektivních dat výzkumného šetření.

Pozorování je záměrné, cílevědomé a systematické sledování určitých jevů spojených s charakteristikou registrovaných dat. Cílem pozorování je dospět k objektivnímu popisu jevu. Jedná se o techniku časově náročnou, vyžaduje specifické schopnosti a dovednosti, nezávislost. Úspěšné pozorování je závislé na stupni informovanosti o dané problematice. Musí být objektivní, důkladné a lze využít různých pomůcek, fotoaparát, videozáznam (Kutnohorská, 2009, s. 35 – 37).

U přímého pozorování je sledován průběh činností, pozorovatel zaujme pozici tak, aby co nejméně rušil probíhající činnosti. Zjištěná pozorování jsou zaznamenávána do pozorovacího archu (Žiaková et al., 2009, str. 175).

4.3 Charakteristika zkoumaného objektu

Objektem výzkumného šetření byly všeobecné sestry pracující na psychiatrických odděleních a jejich komunikace s psychiatrickými pacienty. Pozorování probíhalo na několika psychiatrických odděleních. Největší část pozorování probíhala na odděleních s léčbou psychóz, závislostí na alkoholu, drogách a na gerontopsychiatrických odděleních.

4.3.1 Charakteristika položek v pozorování

K pozorování byl sestaven pozorovací arch (viz Příloha P II), obsahující 21 položek.

K dílčímu cíli 1 se vztahují položky 1, 2, 3, 4, 5, 6. Zabývají se obsahem komunikace mezi pacientem a sestrou, například v pozdravení a představení se, projevení zájmu sestry o pacienty a jejich problém, udržení důvěrnosti získaných informací, dodávání jistoty pacientům a projevení empatie.

K dílčímu cíli 2 se vztahují položky 7, 8, 9, 10, 11. Jsou zaměřeny na verbální komunikaci mezi všeobecnou sestrou a psychiatrickým pacientem. Zabývají se jednoznačností a konkrétností komunikace s pacientem, zda sestra rozlišuje správnost situace, kdy použít uklidňující tón a kdy naopak autoritativní, zda pacienta při rozhovoru zbytečně nepřerušuje a zda dochází k závěrečné rekapitulaci informací.

K dílčímu cíli 3 se vztahují položky 12, 13, 14, 15, 16. Jsou zaměřeny na neverbální komunikaci mezi všeobecnou sestrou a psychiatrickým pacientem. Zabývají se použitím správných gest, očního kontaktu s pacienty, úsměvu, udržování správné fyzické vzdálenosti, použitím dotyků a správného vyhodnocení a jednání při rizikovém chování pacientů.

K dílčímu cíli 4 se vztahují položky 17, 18, 19, 20, 21, které se týkají specifiky komunikace s pacienty s demencí, schizofrenií, úzkostnými a depresivními pacienty a s pacienty se závislostmi.

V případě nejasností u pozorovaných položek, byly sestry ochotny vysvětlit danou nejasnost pomocí rozhovoru.

4.4 Organizace šetření

Na základě prostudování doporučených materiálů ke komunikaci v psychiatrické péči o pacienty byl sestaven pozorovací arch.

V březnu 2019 byla schválena Žádost o umožnění výzkumného šetření v Psychiatrické nemocnici v Kroměříži.

Vlastní pozorování probíhalo v dubnu 2019 a bylo provedeno autorkou práce. Během této doby bylo pozorováno 30 všeobecných sester na výše uvedených psychiatrických odděleních.

4.5 Zpracování získaných dat

V dubnu 2019 byla data z pozorovacích archů přepsána do vytvořených tabulek v programu Excel a Word a následně byla vyhodnocena. Získaná data byla vkládána do tabulek absolutní (N) a relativní četnosti (%). Ze získaných dat byly zpracovány tabulky a grafy v programu Microsoft Excel a Microsoft Word 2010.

5 ANALÝZA A INTERPRETACE ZÍSKANÝCH DAT

V Tabulce 1 je uvedeno vzdělání všeobecných sester, které byly pozorovány. Všechny sestry vystudovaly obor Všeobecná sestra.

Tabulka 1 vzdělávání pozorovaných všeobecných sester

| | Relativní četnost [n] | Střední škola s maturitou | Vysokoškolské |
|----------|-----------------------|---------------------------|---------------|
| Vzdělání | 30 | 19 | 11 |

V Tabulce 2 je uvedenou, jakou délku praxe mají za sebou všeobecné sestry, které byly zahrnuty do výzkumu.

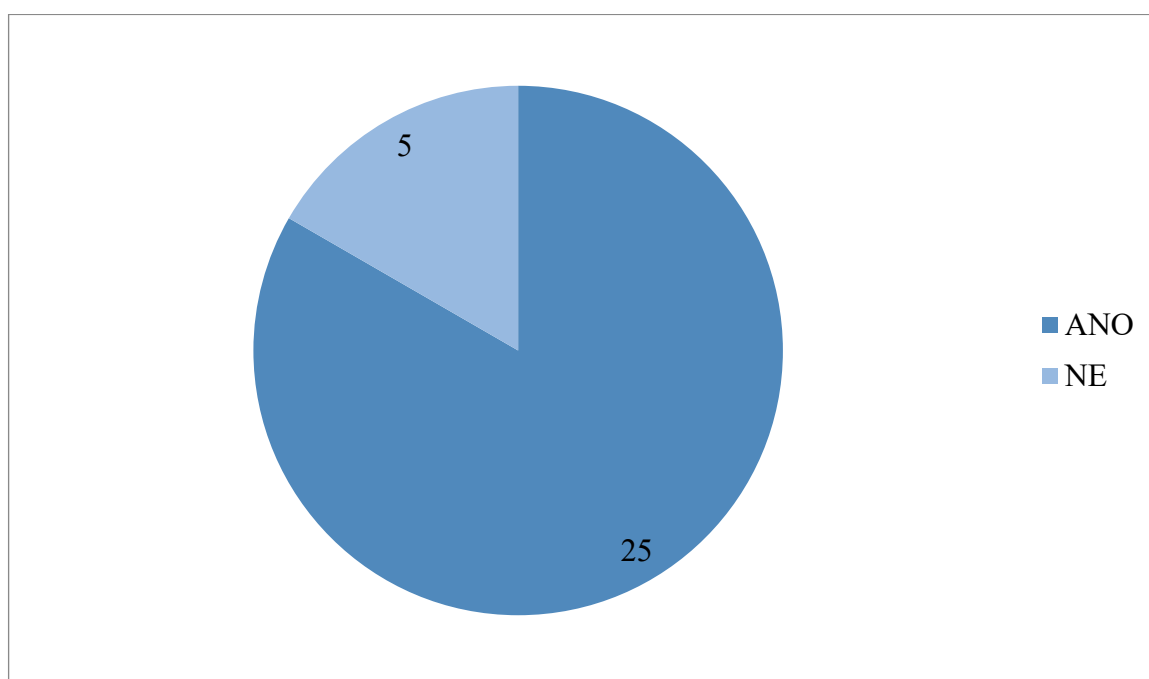
Tabulka 2 Délka praxe pozorovaných všeobecných sester

| | Relativní četnost [n] | do 10 let | 10 - 20 let | více než 20 let |
|----------------------------------------|-----------------------|-----------|-------------|-----------------|
| Délka praxe ve zdravotnictví | 30 | 5 | 17 | 8 |
| Délka praxe na psychiatrickém oddělení | 30 | 5 | 23 | 2 |

Položka č. 1: Sestra při příchodu na pokoj pacientů pozdraví a představí se

Tabulka 3 Sestra při příchodu na pokoj pacientů pozdraví a představí se

| | Absolutní četnost [n] | Relativní četnost [%] |
|--------|-----------------------|-----------------------|
| ANO | 25 | 83 |
| NE | 5 | 17 |
| CELKEM | 30 | 100 |



Graf 1 Sestra při příchodu na pokoj pacientů pozdraví a představí se

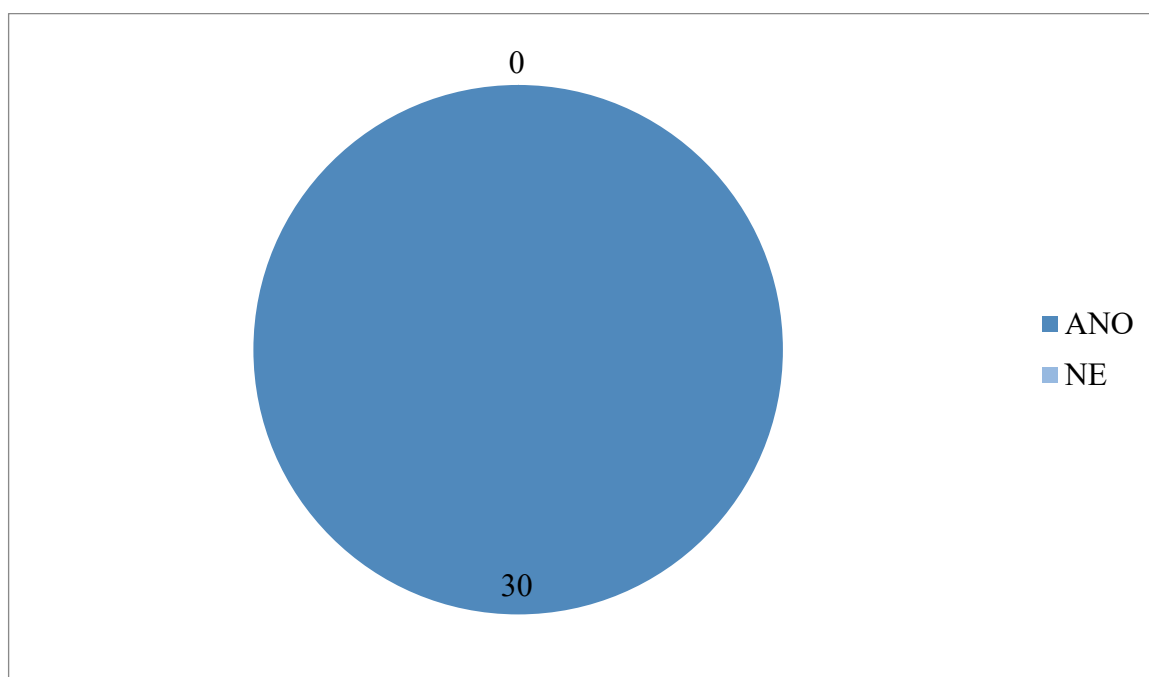
Komentář:

V tabulce 3 a v grafu 1 je uvedeno, kolik sester při příchodu na pokoj pacientů pozdraví a představí se. Při pozorování bylo zjištěno, že celkem 25 sester (83 %) při příchodu na pokoj pozdraví a představí se. U dalších 5 sester (17 %) bylo vyzorováno pozdravení pacientů mimo jejich pokoje, a to při společném posezení v jídelně po snídani, kdy následovalo zhodnocení předchozího dne, plánování dalšího dne a řešení problémů mezi pacienty, popřípadě problémy se zvládnutím léčby a režimu.

Položka č. 2: Sestra při příchodu na pokoj pacientů sdělí důvod svého příchodu

Tabulka 4 Sestra při příchodu na pokoj pacientů sdělí důvod svého příchodu

| | Absolutní četnost [n] | Relativní četnost [%] |
|--------|-----------------------|-----------------------|
| ANO | 30 | 100 |
| NE | 0 | 0 |
| CELKEM | 30 | 100 |



Graf 2 Sestra při příchodu na pokoj pacientů sdělí důvod svého příchodu

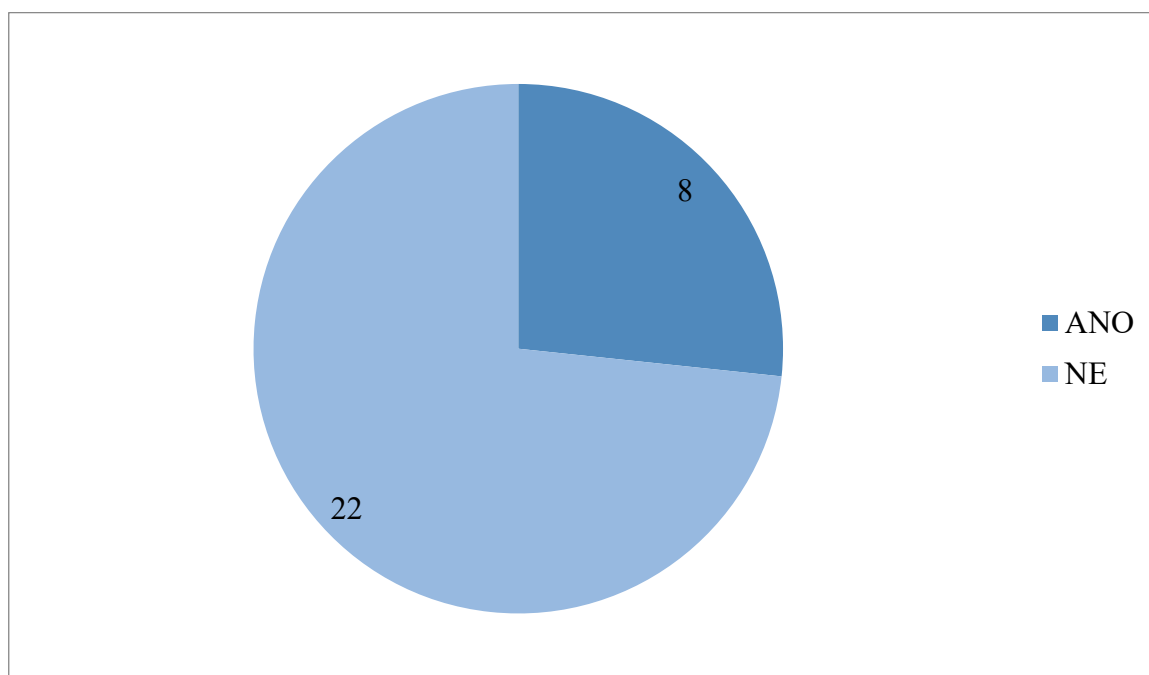
Komentář:

V tabulce 4 a v grafu 2 je uvedeno, kolik sester při příchodu na pokoj pacientů sdělí důvod svého příchodu. Při pozorování bylo zjištěno, že celkem 30 sester (100 %) při příchodu na pokoj sdělí důvod svého příchodu. Ani v jednom případě nebylo vyzorováno, že by sestra nesdělila svůj důvod příchodu.

Položka č. 3: Sestra vždy identifikuje pacienta dle standardů

Tabulka 5 Sestra vždy identifikuje pacienta dle standardů

| | Absolutní četnost [n] | Relativní četnost [%] |
|--------|-----------------------|-----------------------|
| ANO | 8 | 27 |
| NE | 22 | 73 |
| CELKEM | 30 | 100 |



Graf 3 Sestra vždy identifikuje pacienta dle standardů

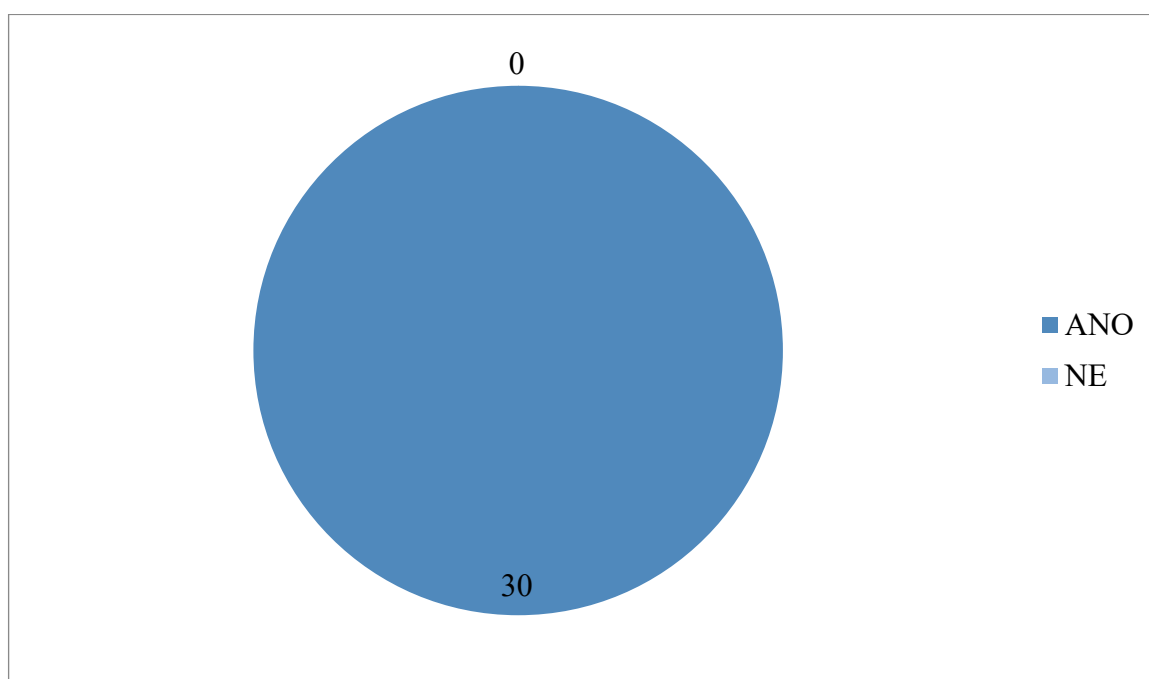
Komentář:

Tabulka 5 a graf 3 ukazuje, zda sestry vždy identifikují pacienty dle standardů. Při pozorování bylo zjištěno, že celkem 8 sester (27 %) vždy identifikuje pacienta dle standardů. U 22 sester (73 %) nebyla vyzorována identifikace pacientů dle standardů. Při doplňujících rozhovorech sestry argumentovaly tím, že jsou pacienti v jejich zařízení dlouhou dobu a že je dostatečně znají a není třeba další identifikace.

Položka č. 4: Sestra dodává pacientovi jistotu

Tabulka 6 Sestra dodává pacientovi jistotu

| | Absolutní četnost [n] | Relativní četnost [%] |
|--------|-----------------------|-----------------------|
| ANO | 30 | 100 |
| NE | 0 | 0 |
| CELKEM | 30 | 100 |



Graf 4 Sestra dodává pacientovi jistotu

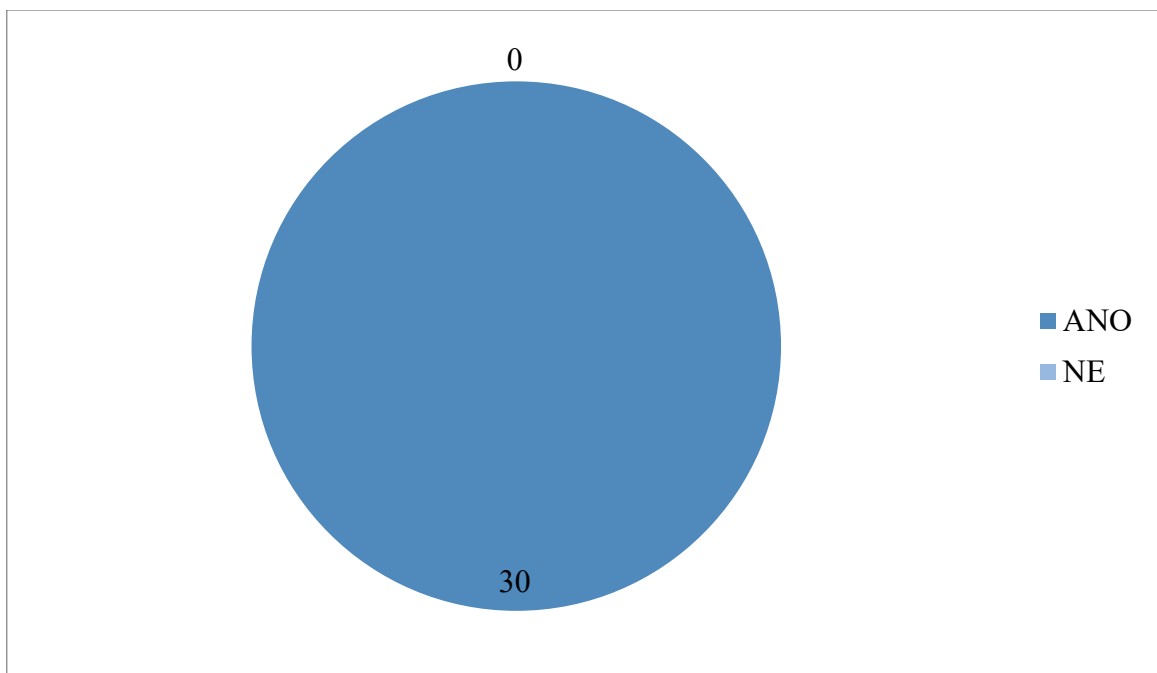
Komentář:

Tabulka 6 a graf 4 ukazuje, zda sestry dodávají pacientům jistotu. Při pozorování bylo zjištěno, že celkem 30 sester (100 %) dodává pacientům jistotu. Z pozorování vyplynulo, že sestry jsou velkou oporou pacientům, dodávají jim velkou jistotu a odvahu. Nebyla vy- pozorována ani jedna sestra, která by nebyla pacientovi oporou a nedodávala mu potřebnou jistotu.

Položka č. 5: Sestra udržuje důvěrnost získaných informací

Tabulka 7 Sestra udržuje důvěrnost získaných informací.

| | Absolutní četnost [n] | Relativní četnost [%] |
|--------|-----------------------|-----------------------|
| ANO | 30 | 100 |
| NE | 0 | 0 |
| CELKEM | 30 | 100 |



Graf 5 Sestra udržuje důvěrnost získaných informací

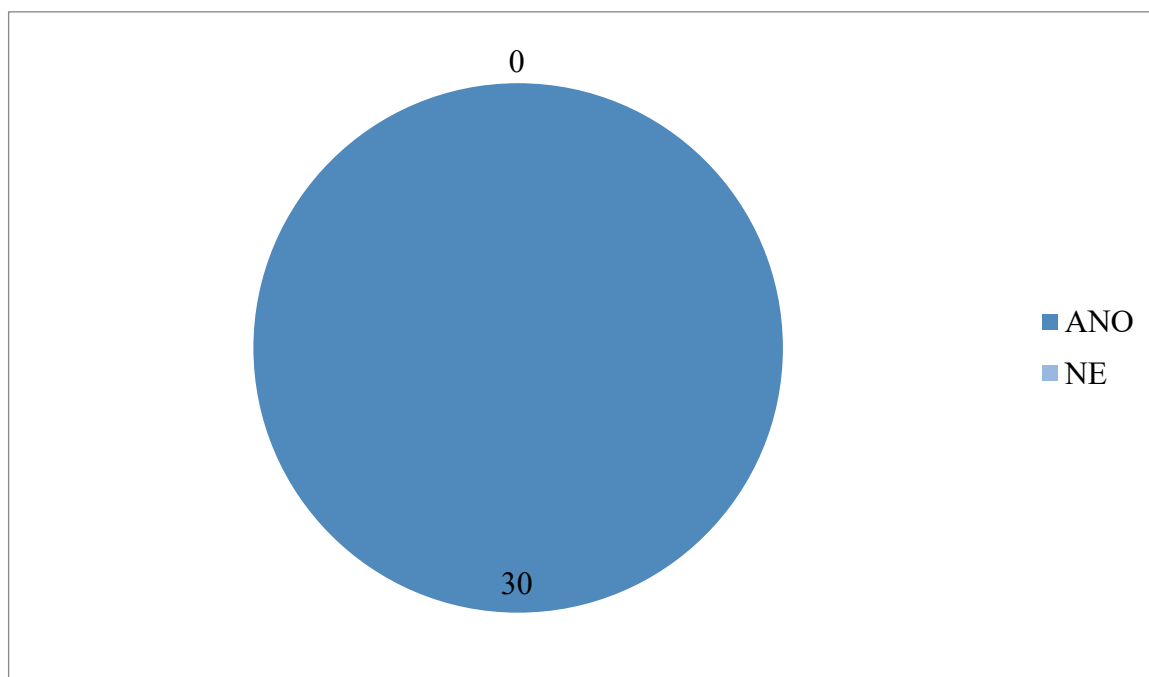
Komentář:

Tabulka 7 a graf 5 ukazuje, zda sestry udržují důvěrnost získaných informací. Při pozorování bylo zjištěno, že celkem 30 sester (100 %) udržuje důvěrnost získaných informací. Při pozorování bylo zjištěno, že je opravdu přísně dbáno na udržování důvěrnosti získaných informací.

Položka č. 6: Sestra projevuje zájem o pacienta a jeho problém, projevuje porozumění a empatii

Tabulka 8 Sestra projevuje zájem o pacienta a jeho problém, projevuje porozumění a empatii

| | Absolutní četnost [n] | Relativní četnost [%] |
|--------|-----------------------|-----------------------|
| ANO | 30 | 100 |
| NE | 0 | 0 |
| CELKEM | 30 | 100 |



Graf 6 Sestra projevuje zájem o pacienta a jeho problém, projevuje porozumění a empatii

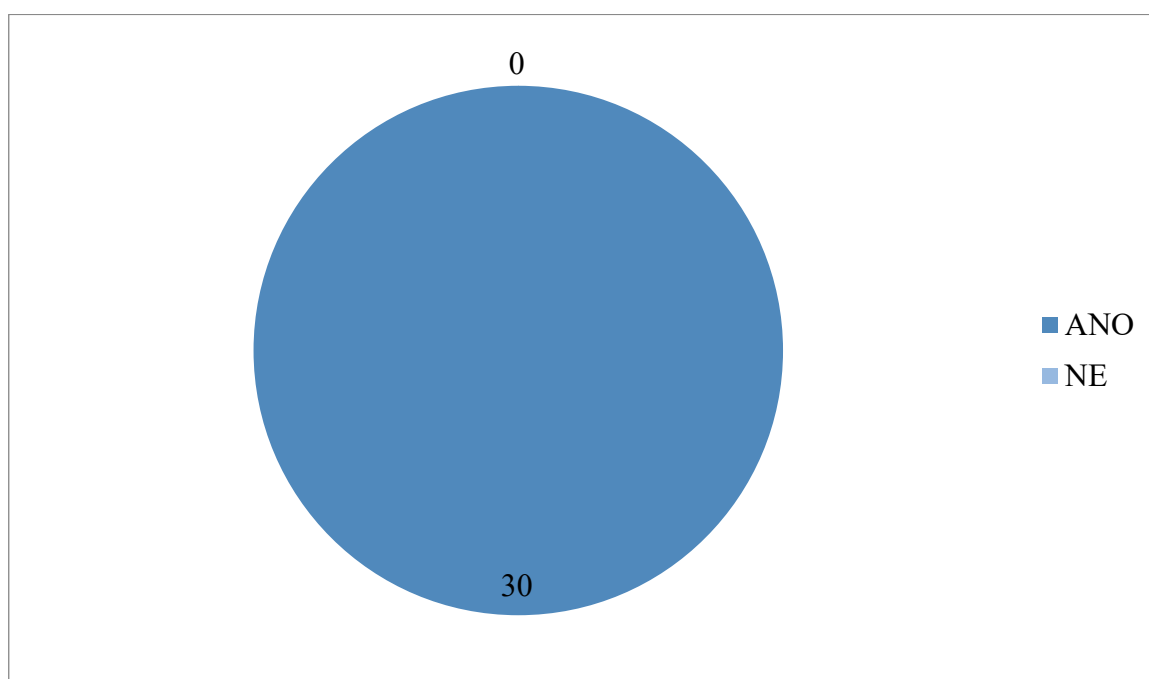
Komentář:

Tabulka 8 a graf 6 ukazuje, zda sestry projevují zájem o pacienta a jeho problém. Při pozorování bylo zjištěno, že celkem 30 sester (100 %) projevuje zájem o pacienta a jeho problém, ani v jednom případě nebyl vyzorován nezáměr ze strany sestry.

Položka č. 7: Sestra se při komunikaci vyjadřuje konkrétně a jednoznačně

Tabulka 9 Sestra se při komunikaci vyjadřuje konkrétně a jednoznačně

| | Absolutní četnost [n] | Relativní četnost [%] |
|--------|-----------------------|-----------------------|
| ANO | 30 | 100 |
| NE | 0 | 0 |
| CELKEM | 30 | 100 |



Graf 7 Sestra se při komunikaci vyjadřuje konkrétně a jednoznačně

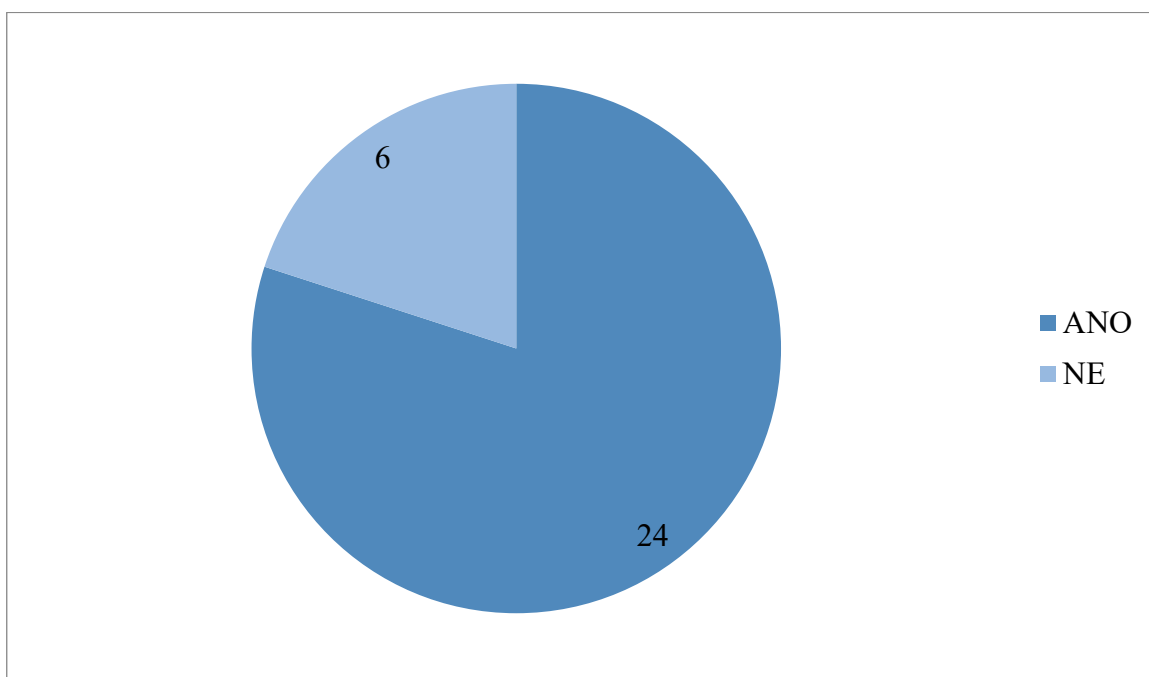
Komentář:

Tabulka 9 a graf 7 ukazuje, zda se sestry při komunikaci vyjadřují konkrétně a jednoznačně. Při pozorování bylo zjištěno, že celkem 30 sester (100 %) se při komunikaci vyjadřuje konkrétně a jednoznačně. Při výzkumu byla vyzorována příkladná konkrétní a jednoznačná komunikace, kdy sestry komunikovaly příkladně. Dle psychiatrického onemocnění bylo často nutné pomalé vyslovování a opakování informací.

Položka č. 8: Sestra zbytečně nepřerušuje pacienta a neskáče mu do řeči

Tabulka 10 Sestra zbytečně nepřerušuje pacienta a neskáče mu do řeči

| | Absolutní četnost [n] | Relativní četnost [%] |
|--------|-----------------------|-----------------------|
| ANO | 24 | 80 |
| NE | 6 | 20 |
| CELKEM | 30 | 100 |



Graf 8 Sestra zbytečně nepřerušuje pacienta a neskáče mu do řeči

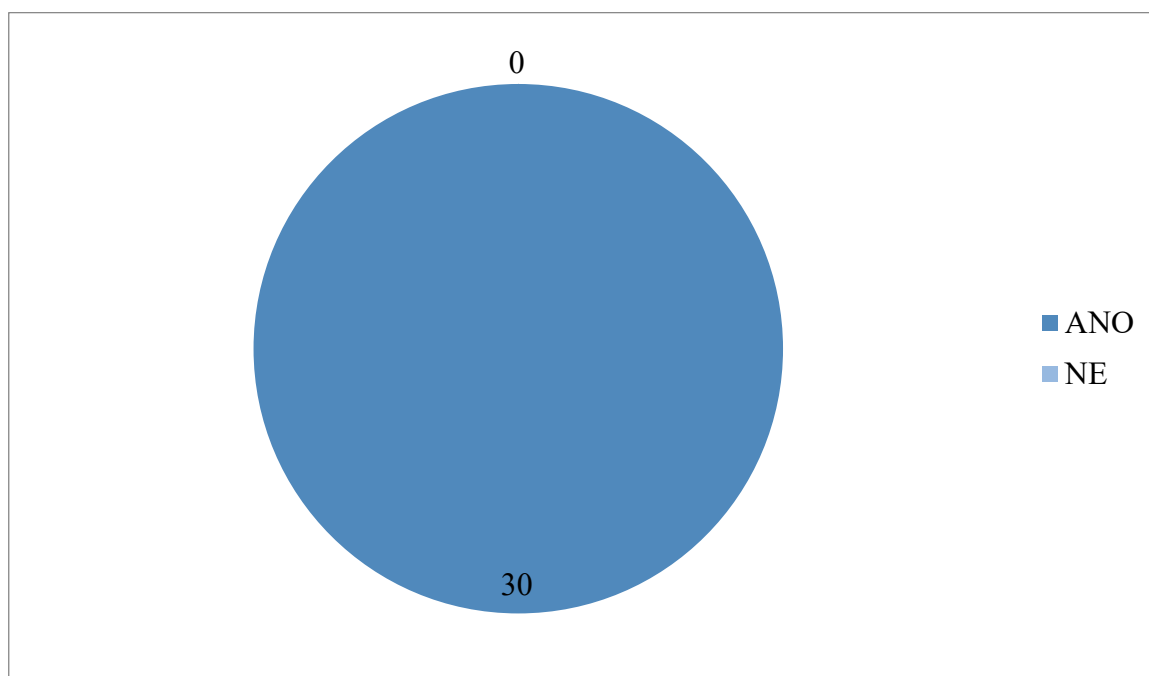
Komentář:

Tabulka 10 a graf 8 ukazuje, zda sestry zbytečně nepřerušují pacienta a neskáčou jim do řeči. Při pozorování bylo zjištěno, že celkem 24 sester (80 %) nepřerušuje pacienty a neskáče jim do řeči. Celkem 6 sester (20 %) při mém pozorování pacienty při komunikaci přerušovalo, ale vždy z určitých důvodů. Většinou se jednalo o konflikty mezi pacienty nebo řešení jiných sporů a problémů.

Položka č. 9: Sestra správně rozlišuje, kdy je třeba použít uklidňující tón a kdy naopak autoritativní

Tabulka 11 Sestra správně rozlišuje, kdy je třeba použít uklidňující tón a kdy naopak autoritativní

| | Absolutní četnost [n] | Relativní četnost [%] |
|--------|-----------------------|-----------------------|
| ANO | 30 | 100 |
| NE | 0 | 0 |
| CELKEM | 30 | 100 |



Graf 9 Sestra správně rozlišuje, kdy je třeba použít uklidňující tón a kdy naopak autoritativní

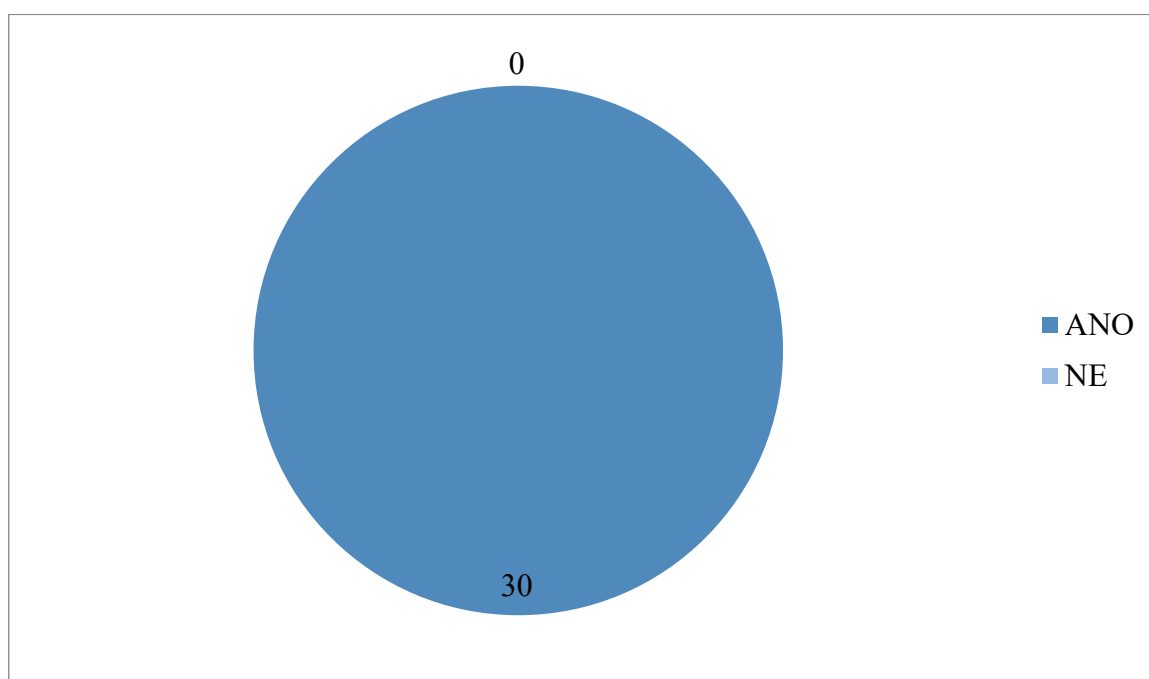
Komentář:

Tabulka 11 a graf 9 ukazuje, zda sestra správně rozlišuje, kdy je třeba použít uklidňující tón a kdy naopak autoritativní. Při pozorování bylo zjištěno, že celkem 30 sester (100 %) správně rozlišuje, kdy je třeba použít uklidňující tón a kdy naopak autoritativní. Ani v jednom případě nebylo pochyb o správném užití autoritativního a uklidňujícího tónu hlasu.

Položka č. 10: Sestra udržuje s pacientem oční kontakt

Tabulka 12 Sestra udržuje s pacientem oční kontakt

| | Absolutní četnost [n] | Relativní četnost [%] |
|--------|-----------------------|-----------------------|
| ANO | 30 | 100 |
| NE | 0 | 0 |
| CELKEM | 30 | 100 |



Graf 10 Sestra udržuje s pacientem oční kontakt

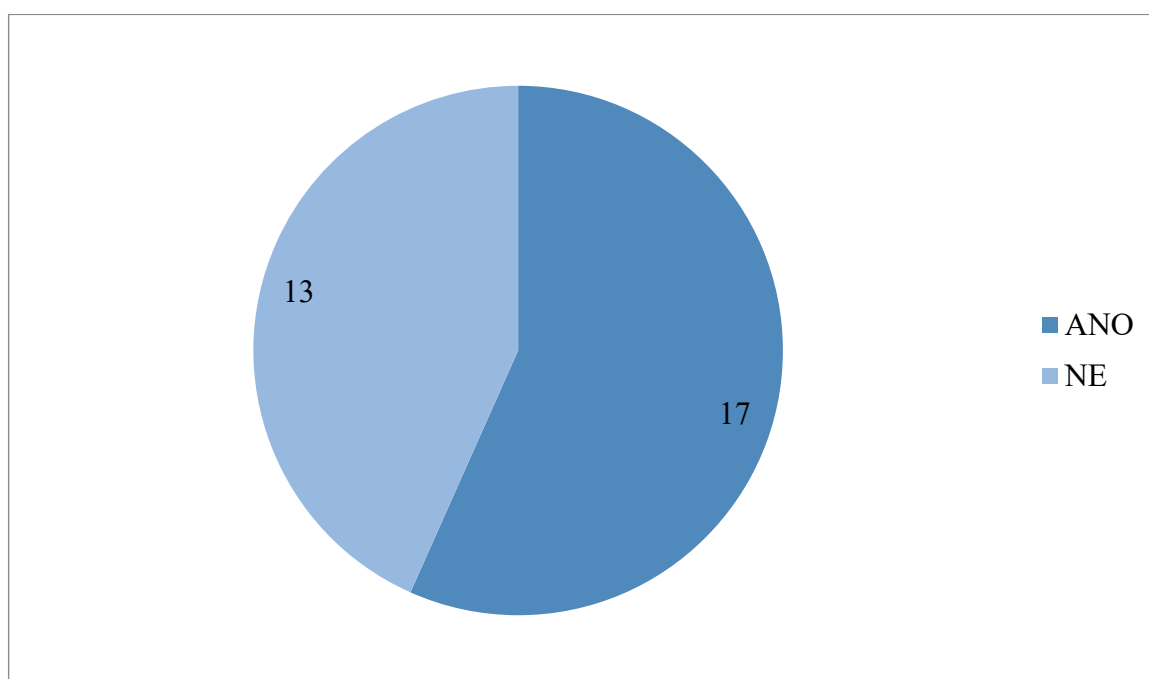
Komentář:

Tabulka 12 a graf 10 ukazuje, zda sestra udržuje s pacientem oční kontakt. Při pozorování bylo zjištěno, že celkem 30 sester (100 %) udržuje oční kontakt s pacienty. Při dodatečných rozhovorech se sestrami bylo zjištěno, že kladou velký důraz na oční kontakt při komunikaci s pacienty. Ti však mají s udržováním očního kontaktu často problém. Záleží to na psychiatrickém onemocnění a fázi jeho léčby.

Položka č. 11: Při komunikaci dochází k závěrečné rekapitulaci

Tabulka 13 Při komunikaci dochází k závěrečné rekapitulaci

| | Absolutní četnost [n] | Relativní četnost [%] |
|--------|-----------------------|-----------------------|
| ANO | 17 | 57 |
| NE | 13 | 43 |
| CELKEM | 30 | 100 |



Graf 11 Při komunikaci dochází k závěrečné rekapitulaci

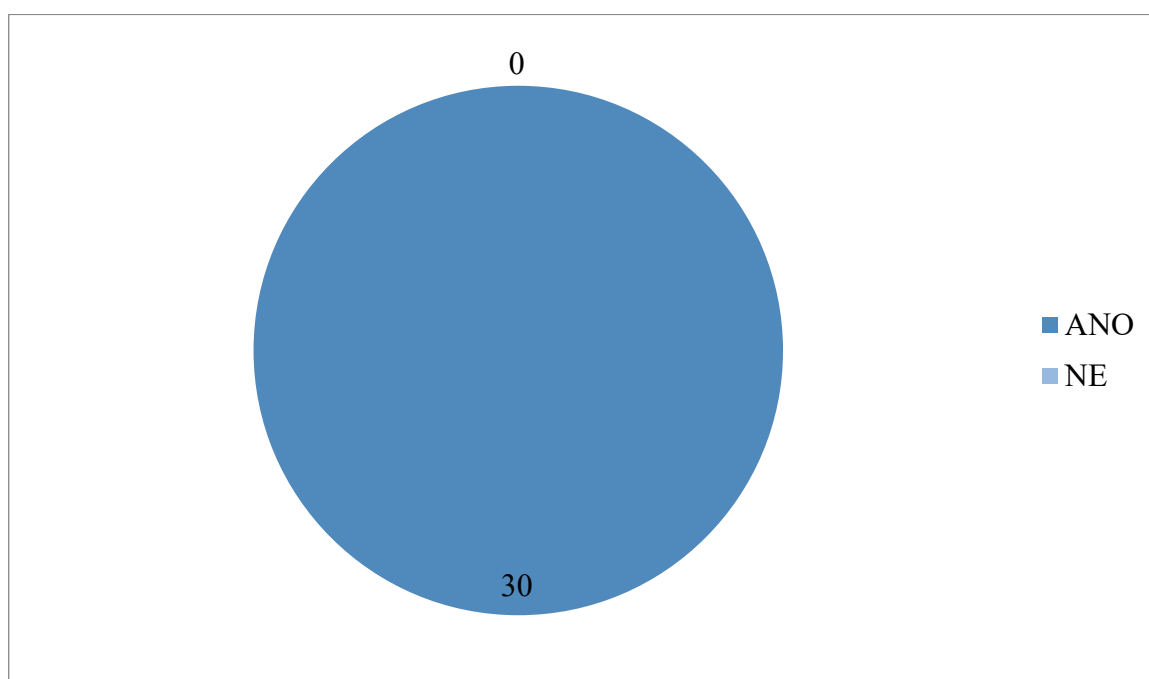
Komentář:

Tabulka 13 a graf 11 ukazuje, zda při komunikaci dochází k závěrečné rekapitulaci. Při pozorování bylo zjištěno, že celkem 17 sester (57 %) při závěru rozhovoru rekapitulovalo informace. Zbýlých 13 sester (43 %) to považovalo za zbytečné a obhajovaly se tím, že dobře znají své pacienty a ví, že pacienti veškeré informace pochopili.

Položka č. 12: Sestra se při komunikaci s pacientem usmívá, je vstřícná a laskavá

Tabulka 14 Sestra se při komunikaci s pacientem usmívá, je vstřícná a laskavá

| | Absolutní četnost [n] | Relativní četnost [%] |
|--------|-----------------------|-----------------------|
| ANO | 30 | 100 |
| NE | 0 | 0 |
| CELKEM | 30 | 100 |



Graf 12 Sestra se při komunikaci s pacientem usmívá, je vstřícná a laskavá

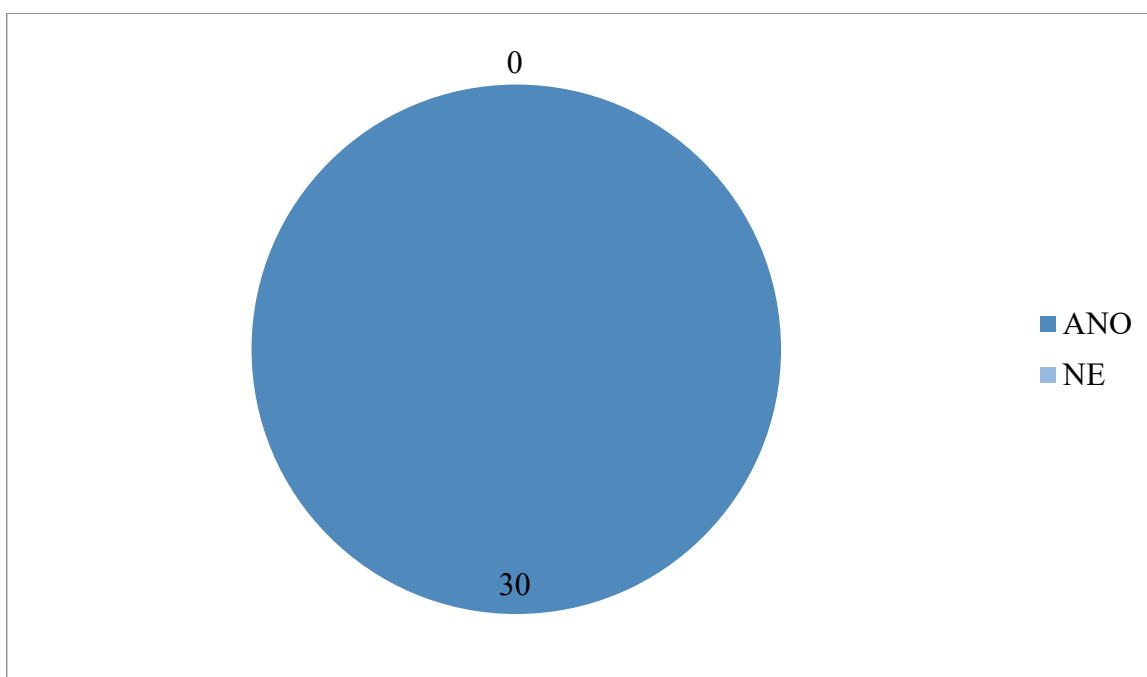
Komentář:

Tabulka 14 a graf 12 ukazuje, zda se sestra při komunikaci s pacientem usmívá, je vstřícná a laskavá. Při pozorování bylo zjištěno, že celkem 30 sester (100 %) se při komunikaci s pacientem usmívá, jsou vstřícné a laskavé.

Položka č. 13: Výraz obličeje sestry a její gesta odpovídají situaci

Tabulka 15 Výraz obličeje sestry a její gesta odpovídají situaci

| | Absolutní četnost [n] | Relativní četnost [%] |
|--------|-----------------------|-----------------------|
| ANO | 30 | 100 |
| NE | 0 | 0 |
| CELKEM | 30 | 100 |



Graf 13 Výraz obličeje sestry a její gesta odpovídají situaci

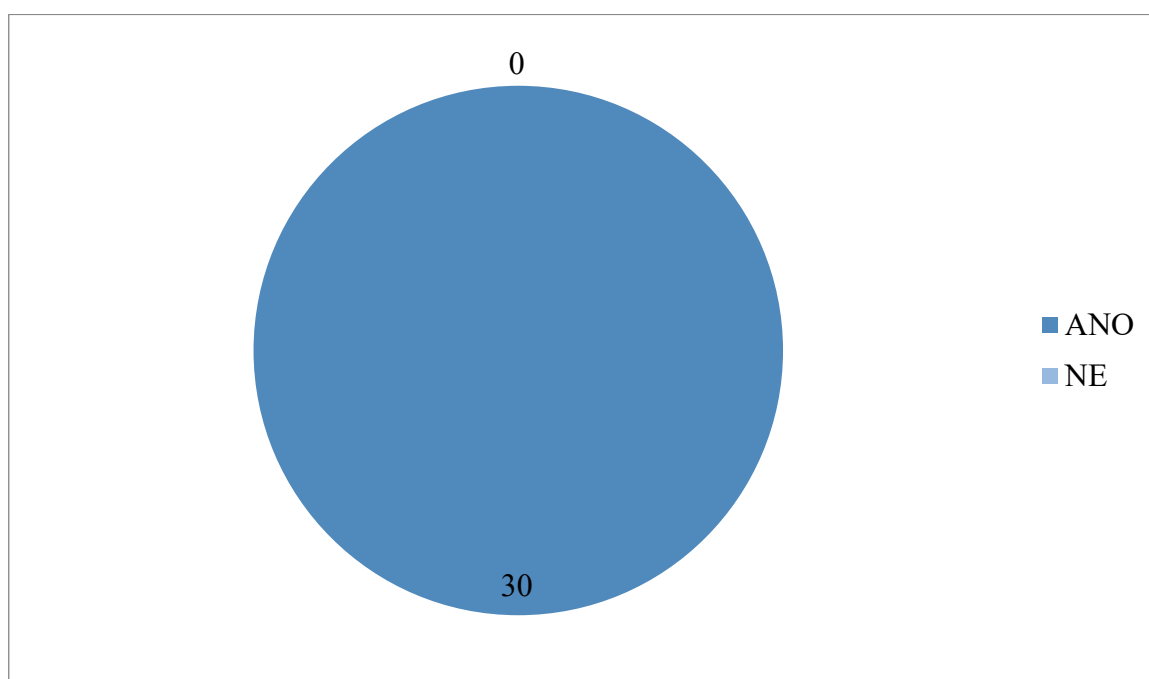
Komentář:

Tabulka 15 a graf 13 ukazuje, zda výraz obličeje sestry a její gesta odpovídají situaci. Při pozorování bylo zjištěno, že celkem u 30 sester (100 %) výraz obličeje sestry a její gesta odpovídají situaci. Pozorované sestry měli vždy profesionální výraz v každé situaci a gesta nepoužívali příliš často, ale vždy vhodně.

Položka č. 14: Sestra dodržuje správnou fyzickou vzdálenost

Tabulka 16 Sestra dodržuje správnou fyzickou vzdálenost

| | Absolutní četnost [n] | Relativní četnost [%] |
|--------|-----------------------|-----------------------|
| ANO | 30 | 100 |
| NE | 0 | 0 |
| CELKEM | 30 | 100 |



Graf 14 Sestra dodržuje správnou fyzickou vzdálenost

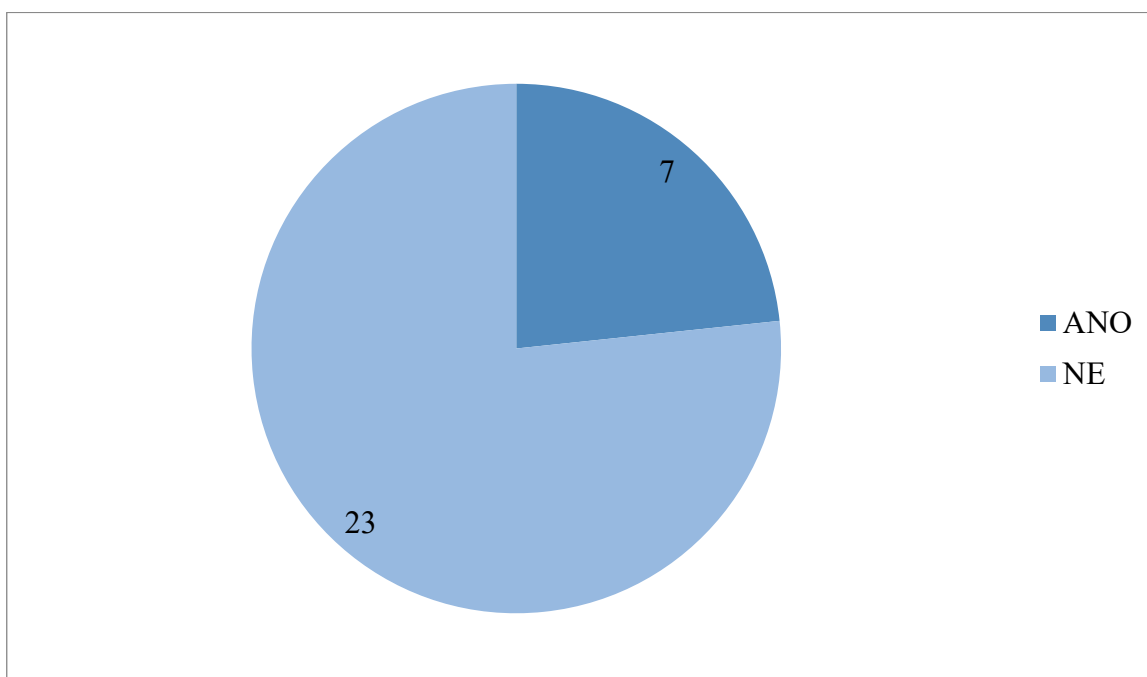
Komentář:

Tabulka 16 a graf 14 ukazuje, zda sestra dodržuje správnou fyzickou vzdálenost. Při pozorování bylo zjištěno, že celkem 30 sester (100 %) dodržuje správnou fyzickou vzdálenost. Ani v jednom případě nebyla vyzorována nesprávná fyzická vzdálenost vzhledem k pacientovi.

Položka č. 15: Sestra používá při komunikaci dotyky

Tabulka 17 Sestra používá při komunikaci dotyky

| | Absolutní četnost [n] | Relativní četnost [%] |
|--------|-----------------------|-----------------------|
| ANO | 7 | 23 |
| NE | 23 | 77 |
| CELKEM | 30 | 100 |



Graf 15 Sestra používá při komunikaci dotyky

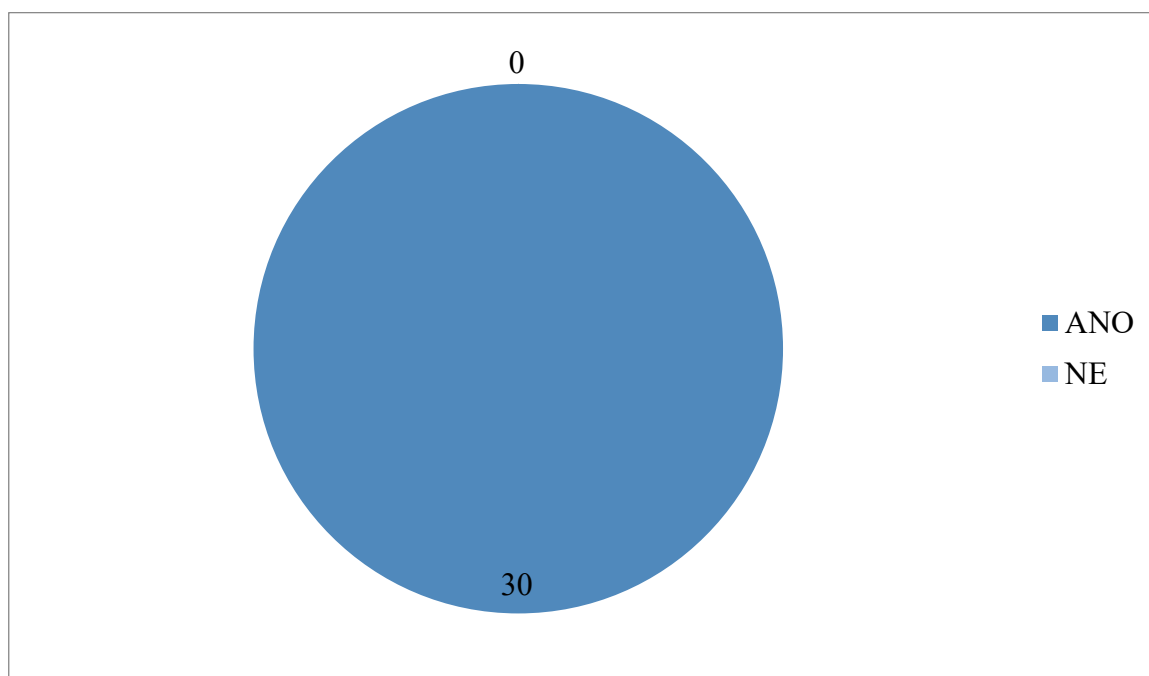
Komentář:

Tabulka 17 a graf 15 ukazuje, zda sestra při komunikaci používá dotyky. Při pozorování bylo zjištěno, že celkem 7 sester (23 %) používá při komunikaci dotyky. Kladná odpověď na tuto položku byla vypořazována především na gerontopsychiatrickém oddělení. Dále bylo při pozorování zjištěno, že celkem 23 sester (77 %) při komunikaci dotyky nepoužívá.

Položka č. 16: Sestra správně vyhodnocuje riziková gesta, postoj a mimiku pacienta a dle toho popřípadě jedná

Tabulka 18 Sestra správně vyhodnocuje riziková gesta, postoj a mimiku pacienta a dle toho popřípadě jedná

| | Absolutní četnost [n] | Relativní četnost [%] |
|--------|-----------------------|-----------------------|
| ANO | 30 | 100 |
| NE | 0 | 0 |
| CELKEM | 30 | 100 |



Graf 16 Sestra správně vyhodnocuje riziková gesta, postoj a mimiku pacienta a dle toho popřípadě jedná

Komentář:

Tabulka 18 a graf 16 ukazuje, zda sestra správně vyhodnocuje riziková gesta, postoj a mimiku pacienta a dle toho popřípadě jedná. Při pozorování bylo zjištěno, že celkem 30 sester (100 %) správně vyhodnocuje riziková gesta, postoj a mimiku pacienta a dle toho popřípadě jedná. Pozorováním byla zjištěna velká profesionalita sester při vyhodnocování a jednání při rizikových situacích u psychiatrických pacientů.

Položka č. 17: Specifika komunikace s pacientem s demencí

Pozorování probíhalo na gerontopsychiatrickém oddělení. Základem komunikace s pacienty s demencí byl klid, protože tito pacienti špatně snáší hluk. Někdy však bylo nezbytně nutné zvýšit hlas z důvodu špatného sluchu pacientů. Komunikace je velmi obtížná. Je nutné opakování veškerých informací, vysvětlování činností a neustálé uklidňování pacientů. Sestry se vyjadřovaly konkrétně a jednoznačně, často přerušovaly pacienta, pro jednodušší vysvětlení, co chce sdělit. Na těchto odděleních bylo výrazné použití neverbální komunikace. Především formou dotyků a úsměvů.

Z dodatečných rozhovorů se sestrami pracujícími na gerontopsychiatrických odděleních bylo zjištěno, že se demence začne u velké většiny pacientů projevovat po úmrtí jejich manžela/manželky a v takovém okamžiku se dostávají na taková oddělení. Sestry také zdůrazňovaly, že je velmi důležitý individuální přístup k jednotlivým pacientům.

Na oddělení je také přísně dbáno na pravidelný denní režim, který je velmi důležitý pro pacienty s demencí. Denní režim vypadá následovně: budíček, hygiena, snídaně, lékařské vizity, popřípadě infuzní terapie, dopolední klid většinou ve společenské místnosti s ostatními pacienty, povídání si a zpívání. Následuje oběd, hygiena, odpolední komunitní program a to formou ergoterapie, návštěvou aktivizační sestry, psychologa popřípadě návštěvou rodinných příslušníků.

Sestry na gerontopsychiatrickém oddělení byly velmi milé, laskavé, vstřícné a měli velmi pěkný vztah k hospitalizovaným pacientům i vzhledem k jejich těžké nemoci.

Položka č. 18: Specifika komunikace s pacientem se schizofrenií

Pacienti se schizofrenií jsou velmi nedůvěřiví. Vyžadují pomalé a klidné jednání. Důležitá je komunikace individuálně, dle osobnosti pacienta. Podle informací poskytnutých od sester pracujících na oddělení s léčbou psychóz, trvá někdy až 14 dní od přijetí, než pacient začne komunikovat s personálem oddělení. Základem je individuální přístup ke každému jedinci. Některý pacient vyžadoval neustálé uklidňování a opakování informací, jiný, v lepším stavu zvládal veškeré činnosti a informace bez opakování. Sestry hovořili vždy velmi uklidňujícím tónem a dodávali pacientům jistotu a podporu při každé činnosti. Snaha o oční kontakt byla ze strany sestry vždy, ale pacienti často nechtěli očima kontaktovat a často pohledem spíše uhýbali pryč.

Neverbální komunikace na oddělení s léčbou psychóz se vyskytovala jen ve velmi malém měřítku. Obecně byla komunikace zde velmi složitá a náročná.

Položka č. 19: Specifika komunikace s pacientem s úzkostným pacientem

Komunikace s úzkostným pacientem je velmi obtížná. Pacienti jsou nedůvěřiví a nekomunikativní. Je nutné posoudit každého pacienta individuálně. Jen málo úzkostných pacientů však chtělo své problémy rozebírat. Častější byli pacienti, kteří celý den jen někde posedávali, nejlépe v koutě místnosti a promluvili jen velmi zřídka. Sestry se k nim chovali mile a pacienty nenutili do žádných činností proti jejich vůli. Dle slov sester, dojde u pacientů ke zmírnění a zlepšení úzkostného stavu a pak dojde k lepší komunikaci s nimi. Je potřeba dát těmto pacientům čas. Někdy i několik dní. Přístup je proto velmi individuální.

Položka č. 20: Specifika komunikace s pacientem se závislostí

Na oddělení, kde se léčí závislosti na alkoholu byla vyzorována komunikace s pacienty na přátelské úrovni. Pravděpodobně se to odvíjí i od toho, že v době mého pozorování nedošlo k žádnému problémovému chování ani u jednoho pacienta. I přes vysoký počet hospitalizovaných pacientů se sestry stále usmívaly, byly vstřícné a laskavé. Velmi často s pacienty žertovali o jejich hospitalizaci.

Podle doplňujících rozhovorů se sestrami však často dochází k abstinčním příznakům, kdy jsou pacienti nervózní a agresivní. Vše se ale snaží řešit klidnou domluvou a správnou komunikací. Rozebírají problém alkoholismu, důvod abstinčního příznaku, stresové situace pacienta popřípadě zhoršené vztahy s ostatními pacienty (mezi pacienty dochází ke stálé spolupráci při plnění denního režimu a úkolů z něj a dobré vztahy mezi nimi jsou velmi důležité).

Na oddělení, kde se léčí drogová závislost už je komunikace komplikovanější. Hospitalizovaní pacienti jsou především mladého věku, do 25 až 30 let. Na oddělení platí velmi přísný denní režim a spousta pacientů s ním má velké problémy. Při pozorování jsem nevyzorovala žádné problémové situace. Sestry se k pacientům chovaly mile a vstřícně. Podle slov sester ale občas dochází k hádkám, které ale většinou souvisí s mladým věkem pacientů (například ohledně pracovních činností).

Pacienti byli schopni normální komunikace a nepotřebovali opakovat informace. Při konfliktních situacích pouze musely sestry využít autoritativního tónu hlasu a nastavit jasná pravidla, pokud nebyla jasná, popřípadě byla porušená. Zásadou komunikace byl především psychologický rozbor a diskuze o jejich problému, který se týkal závislosti na drogách, který ale vedl psycholog z oddělení.

Položka č. 21: Specifika komunikace s depresivním pacientem

Komunikace s depresivními pacienty je velmi obtížná. Často jsou uzavření a nechtějí komunikovat. Dle mého pozorování sestry respektovaly problém pacienta a netlačily je do rozhovorů. Někteří pacienti byli plačtiví, tak je sestry utěšovaly a uklidňovaly. Sestry ale komunikaci specifikovaly tak, že se odvíjí individuálně, od každého jedince. Podle nich, někteří pacienti v depresi vyžadovali rozebrání situace a problému, jiní byli uzavření a nechtěli komunikovat i několik dní. Sestry komentovali tuto situaci tak, že je nejlepší počkat na zlepšení stavu, než jít proti pacientovu zájmu komunikovat.

6 DISKUZE

Hlavním cílem bakalářské práce bylo zjistit, jak sestry komunikují s pacienty na psychiatrických odděleních.

Dílčím cílem 1 bylo zjistit, jaký je nejčastější obsah komunikace sestry s psychiatrickým pacientem. Základem komunikace sestry s pacientem bylo pozdravení a představení se a to ráno nebo večer po začátku nové směny každé sestry. Během pozorování bylo zjištěno, že 25 sester (83%) pozdraví a představí se při příchodu na pokoj pacientů a dalších 5 sester (17%) se s pacienty pozdravilo při společném posezení v jídelně po snídani, kdy následovalo zhodnocení předchozího dne, plánování dalšího dne a řešení problémů mezi pacienty, popřípadě problémy se zvládnutím léčby a režimu.

Dalším zkoumaným bodem bylo, zda sestra vždy sdělí důvod svého příchodu na pokoj pacientů. Bylo vypořádáno, že 30 sester (100 %) sdělilo důvod příchodu na pokoj a důvod komunikace s pacientem. Ani v jednom případě se nestalo, že by sestra svůj důvod příchodu nesdělila. Nejen v tomto bodu pozorování, ale i v ostatních bylo zjištěno, že je komunikace v léčbě psychiatrických pacientů nesmírně důležitá.

V pozorovacím archu se v dalším zkoumaném bodě objevila identifikace pacientů dle standardu. V tomto případě bylo vypořádáno, že celkem 8 sester (27 %) identifikuje pacienty dle standardů, zbylých 22 sester (73 %) však komentovalo tuto skutečnost tak, že pacienty vzhledem k dlouhé době hospitalizace znají dobře a není třeba standardní identifikace.

Dalším bodem pozorování bylo, zda sestra dodává pacientovi jistotu. Bylo vypořádáno, že 30 sester (100 %) pacientovi jistotu dodává a celkově je dodávání jistoty podstatným a častým bodem komunikace pacientů se sestrami. Vzhledem k citlivým informacím od pacientů jsem do dalšího bodu pozorovacího archu zařadila udržování důvěrnosti získaných dat sestrami. Všechny pozorované 30 sester (100 %) dbaly na důvěrnost získaných informací a to až překvapivě přísně.

V pozorovacím archu, v bodu 6 je pojednáváno o projevení zájmu o pacienta ze strany sestry a projevení empatií a porozumění. Tento bod splňovalo 30 sester (100 %) a to opravdu přesvědčivě. Během pozorování byly sestry ke všem pacientům velmi pozorné a to platilo přes všechna oddělení. Při mém rozhovoru se sestrami byla často znát jejich únava, ale když za nimi přišel pacient buď jen s drobným problémem nebo i nějakou závažností, sestry se chovaly velmi profesionálně a zdárná únava šla okamžitě stranou.

Z pozorování vyplynuly shodné poznatky jako uváděné v literatuře (Babiaková, Marková, Venglářová, 2006) „Psychiatrická sestra je sociálně vyzrálou osobností s určitým širším rozhledem, která umí velmi dobře komunikovat s pacientem.“

Dílčím cílem 2 a 3 bylo zjistit, zda sestry využívají verbální a neverbální komunikaci při kontaktu s pacientem. V pozorovacím archu v bodu 7 je zaznamenáno, zda se sestry vyjadřují konkrétně a jednoznačně. Bylo vypořováváno, že 30 sester (100 %) se vyjadřuje konkrétně a jednoznačně. Sestry se vyjadřují a komunikují opravdu na profesionální úrovni a zvládají téměř každou komunikační situaci.

Dále jsem se při pozorování zaměřila na to, jestli sestry vstupují pacientům do řeči a jestli je přerušují. Celkem 24 sester (80 %) pacienty při komunikaci nepřerušovalo, zbylých 6 sester (20 %) ale ano. Důvodem však většinou byly konflikty mezi pacienty popřípadě řešení jiných sporů a problémů.

Položka číslo 9 v pozorovacím archu se zabývá tím, zda sestry rozlišují správné použití uklidňujícího tónu hlasu a kdy naopak autoritativního. U všech 30 pozorovaných sester (100 %) toto platilo. Jak bylo výše zmíněno, komunikace sester byla opravdu na profesionální úrovni a toto jim nečinilo problém. Stejně jako další položka, týkající se udržování očního kontaktu s pacienty. Na ten sestry kladly obzvlášť velký důraz stejně jako na další body pozorování, kterými byl úsměv, laskavost, vstřícnost, použití správných gest a dodržování správné fyzické vzdálenosti.

Co se týká použití dotyků, jako projev neverbální komunikace, bylo odlišné podle typu oddělení. Při pozorování bylo zjištěno, že celkem 7 sester (23 %) používá při komunikaci dotyky a to především na gerontopsychiatrických odděleních. Zbylých 23 sester (77 %) dotyky při komunikaci nepoužívá, naopak dle informací od některých sester bylo zjištěno, že na některé pacienty mohou působit velmi nepříjemně.

Pokud dojde k rizikovému postoji, mimice či gestům, dokáží sestry vždy velmi dobře reagovat. Dle pozorování ukazuje položka 16, že je tomu tak u všech 30 pozorovaných sester (100 %).

V jednom z odborných článků je uvedeno několik způsobů, které jsou základní pro zlepšení komunikace mezi pacientem a sestrou. Mezi tyto způsoby patří projevení empatie, porozumění a zájem o pacienta, udržování očního kontaktu s pacientem, ujasnění nejasných zpráv, vstřícnost, laskavost a trpělivé naslouchání. (SIBIYA, 2018) Při pozorování bylo zjištěno, že sestry tyto způsoby stoprocentně využívaly a došlo tudíž ke shodě se zmíněným článkem.

Dílčím cílem 4 byla specifika komunikace s pacienty s vybranými psychiatrickými onemocněními. Základem komunikace s pacienty s demencí byl klid, protože tito pacienti špatně snášejí hluk. Někdy však bylo nezbytně nutné zvýšit hlas z důvodu špatného sluchu pacientů. Komunikace je velmi obtížná. Je nutné opakování veškerých informací, vysvětlování činností a neustálé uklidňování pacientů.

Pacienti se schizofrenií jsou velmi nedůvěřiví. Vyžadují pomalé a klidné jednání. Důležitá je komunikace individuálně, dle osobnosti pacienta. Podle informací poskytnutých od sester pracujících na oddělení s léčbou psychóz, trvá někdy až 14 dní od přijetí, než pacient začne komunikovat s personálem oddělení. Základem je individuální přístup ke každému jedinci.

Komunikace s úzkostným pacientem je velmi obtížná. Pacienti jsou nedůvěřiví a nekomunikativní. Jen málo úzkostných pacientů chtělo své problémy rozebírat. Častější byli pacienti, kteří celý den jen někde posedávali, nejlépe v koutě místnosti a promluvili jen velmi zřídka. Sestry se k nim chovali mile a pacienty nenutili do žádných činností proti jejich vůli. Dle slov sester, dojde u pacientů ke zmírnění a zlepšení úzkostného stavu a pak dojde k lepší komunikaci s nimi. Přístup je proto velmi individuální.

Na oddělení, kde se léčí závislosti na alkoholu byla vyzorována komunikace s pacienty na přátelské úrovni. Pravděpodobně se to odvíjí i od toho, že v době mého pozorování nedošlo k žádnému problémovému chování ani u jednoho pacienta. I přes vysoký počet hospitalizovaných pacientů se sestry stále usmívaly, byly vstřícné a laskavé. Velmi často s pacienty žertovali o jejich hospitalizaci.

Komunikace s depresivními pacienty je složitá. Často jsou uzavření a nechtějí komunikovat. Dle mého pozorování sestry respektovaly problém pacienta a netlačily je do rozhovorů. Někteří pacienti byli plačtiví, tak je sestry utěšovaly a uklidňovaly. Sestry ale komunikaci specifikovaly tak, že se odvíjí individuálně, od každého jedince. Podle nich, někteří pacienti v depresi vyžadovali rozebrání situace a problému, jiní byli uzavření a nechtěli komunikovat i několik dní.

Podle slov sester, je komunikace ta nejpodstatnější věc při léčbě psychiatrických nemocí a jejich slova se při mém pozorování opravdu naplnila. Velmi obdivuji sestry, pracující na psychiatrických odděleních.

Během svého studia jsem prošla v rámci praxe velkým počtem standardních nepsychiatrických oddělení. Ve srovnání je bohužel znát velký rozdíl v přístupu, komunikaci a jednání s pacienty na psychiatrických a nepsychiatrických odděleních. V některých případech bylo

opravdu velmi zarážející jednání a chování sester na nepsychiatrických odděleních. Především nezájem o pacienty a jejich problémy, netrpělivost, nepříjemné vystupování sester a neochota. Na druhé straně mě potom až nečekaně mile překvapila velká profesionalita sester na psychiatrických odděleních. Zájem o pacienty byl u všech sester na prvním místě. Jejich komunikace byla příkladná a jsem ráda za tuto zkušenost, kterou jsem získala výzkumem na psychiatrickém oddělení a pozorováním sester na vysoce profesionální úrovni. Velmi obdivuji takové jednání, především v často velmi náročných situacích.

Velmi zajímavým výzkumem by také mohlo být srovnání komunikace všeobecných sester s pacienty na psychiatrických a nepsychiatrických odděleních, například oddělení interního, chirurgického typu, popřípadě na odděleních intenzivní medicíny.

Limity studie

Limitem studie by mohlo být, že výzkum byl prováděn v jediné psychiatrické nemocnici, na pěti odděleních. Pozorované sestry věděly, že jsou subjekty výzkumu, ale nebylo specifikováno přesné zaměření, čeho se výzkum týkal.

ZÁVĚR

Tato bakalářská práce se zaměřovala na komunikaci mezi pacientem a všeobecnou sestrou na psychiatrickém oddělení. Hlavním důvodem pro výběr tohoto tématu byl vlastní zájem o psychiatrickou problematiku a případné budoucí působení na psychiatrickém oddělení.

Cílem práce bylo zjistit, jak sestry komunikují s pacienty na psychiatrických odděleních. Součástí práce bylo popsání obsahu komunikace všeobecné sestry a pacienta na psychiatrickém oddělení. Byl kladen důraz na verbální a neverbální komunikaci a specifiku komunikace s vybranými psychiatrickými onemocněními.

Bakalářská práce byla rozdělena na teoretickou část, která se zabývala komunikací a psychiatrickými onemocněními. V úvodní kapitole byla popsána komunikace a její význam. Druhá kapitola byla zaměřena na psychiatrii a vybraná psychiatrická onemocnění, mezi které byly zařazeny: poruchy chování a osobnosti, schizofrenie a poruchy s bludy, afektivní poruchy, neurotické poruchy, mentální retardace, demence a závislosti. Dále byla popsána specifika komunikace s pacienty s těmito onemocněními. Poslední kapitola teoretické části se zabývala náplní práce sestry v oblasti komunikace i odborných činností na psychiatrickém oddělení.

Cílem praktické části bylo zjistit, jak sestry komunikují s pacienty na psychiatrických odděleních. Jednalo se o výzkum prováděný technikou pozorování a byla pozorována verbální a neverbální komunikace. Dále byla pozorována specifika komunikace u vybraných onemocnění na různých psychiatrických odděleních. Pro praktickou část byl vytvořen pozorovací arch, do kterého byly zaznamenávány vypořizované jevy. Pozorování proběhlo v Psychiatrické nemocnici v Kroměříži, kde byla vypořizována vysoká profesionalita všeobecných sester pracujících na psychiatrických odděleních. Byla jsem tímto výsledkem velmi překvapená a jsem moc vděčná za možnost a zkušenosti získané v této nemocnici.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- 1) BABIAKOVÁ, Mira, Eva MARKOVÁ a Martina VENGLÁŘOVÁ, 2006. *Psychiatrická ošetrovatelská péče*. Praha: Grada Publishing. ISBN: 8024711516.
- 2) BANKOVSKÁ MOTLOVÁ, Lucie a Filip ŠPANIEL, 2013. *Schizofrenie: Jak předejít relapsu aneb terapie pro 21. století*. 2. vyd. Praha: Mladá fronta. ISBN: 9788020429933.
- 3) BAUDIŠ, Pavel a Jan LIBIGER, 2002. *Psychiatrie a etika*. 1. vyd. Praha: Galén. ISBN: 8072621041.
- 4) ČEŠKOVÁ, Eva a Hana KUČEROVÁ, 2006. *Psychopatologie a psychiatrie: pro psychology a speciální pedagogy*. 1. vyd. Praha: Portál. ISBN: 8073671549.
- 5) KUČEROVÁ, Helena, 2013. *Psychiatrické minimum*. Praha: Grada. ISBN 9788024747330.
- 6) KUTNOHORSKÁ, Jana, 2009. *Výzkum v ošetrovatelství*. Praha: Grada Publishing. Sestra (Grada). ISBN 9788024727134.
- 7) MADICK, Kelley, 2018. What Does a Psychiatric Nurse do? [online]. Copyright 2019 [cit. 2019-05-05]. Dostupné z <https://www.innerbody.com/careers-in-health/becoming-psychiatric-nurse.html>
- 8) NCBI, 2017. *Therapeutic communication in nursing students: A Walker & Avant concept analysis* [online]. Copyright 2017 [cit. 2019-05-05]. Dostupné z <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5614280/?report=classic>
- 9) PRAŽSKÝ, Bohumil, 2014. *Komunikace ve zdravotnictví* [online]. Copyright 2019 [cit. 2019-05-05]. Dostupné z <https://zdravi.euro.cz/clanek/sestra/komunikace-ve-zdravotnictvi-473723>.
- 10) REID, Stephanie, 2019. *Role of psychiatric nursing* [online]. Copyright 2019 [cit. 2019-05-05]. Dostupné z <https://work.chron.com/role-psychiatric-nursing-6931.html>
- 11) SIBIYA, Maureen Nokuthula, 2018. *Effective Communication in nursing* [online]. 2018 [cit. 2019-05-01]. Dostupné z: <https://www.intechopen.com/books/nursing/effective-communication-in-nursing>

- 12) STYX, Petr, 2003. *O psychiatrii: jak žít a jednat s duševně nemocnými lidmi*. 1. vyd. Brno: Computer Press. ISBN: 8072268287.
- 13) VÁGNEROVÁ, Marie, 2002. *Psychopatologie pro pomáhající profese: variabilita a patologie lidské psychiky*. 3. vyd. Praha: Portál. ISBN: 8071786780.
- 14) VENGLÁŘOVÁ, Martina a Gabriela MAHROVÁ, 2006. *Komunikace pro zdravotní sestry*. Praha: Grada. ISBN: 8024712628.
- 15) WINDERMERE, Anna, 2019. *Communication Skills Needed for Psychiatric Nurses* [online]. Copyright 2019 [cit. 2019-05-05]. Dostupné z <http://work.chron.com/communication-skills-needed-psychiatric-nurses-12694.html>
- 16) ZACHAROVÁ, Eva, 2016. *Komunikace v ošetrovatelské praxi*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing. ISBN: 9788027101566.
- 17) ŽIAKOVÁ, Katarína. *Ošetrovatelstvo: teória a vedecký výskum*. 2., přepracované vydání. Martin: Osveta, 2009. ISBN 978-80-8063-304-2.

SEZNAM TABULEK

| | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Tabulka 1 vzdělávání pozorovaných všeobecných sester..... | 39 |
| Tabulka 2 Délka praxe pozorovaných všeobecných sester | 39 |
| Tabulka 3 Sestra při příchodu na pokoj pacientů pozdraví a představí se..... | 40 |
| Tabulka 4 Sestra při příchodu na pokoj pacientů sdělí důvod svého příchodu | 41 |
| Tabulka 5 Sestra vždy identifikuje pacienta dle standardů..... | 42 |
| Tabulka 6 Sestra dodává pacientovi jistotu | 43 |
| Tabulka 7 Sestra udržuje důvěrnost získaných informací. | 44 |
| Tabulka 8 Sestra projevuje zájem o pacienta a jeho problém, projevuje porozumění a empatii | 45 |
| Tabulka 9 Sestra se při komunikaci vyjadřuje konkrétně a jednoznačně | 46 |
| Tabulka 10 Sestra zbytečně nepřerušuje pacienta a neskáče mu do řeči | 47 |
| Tabulka 11 Sestra správně rozlišuje, kdy je třeba použít uklidňující tón a kdy naopak autoritativní | 48 |
| Tabulka 12 Sestra udržuje s pacientem oční kontakt..... | 49 |
| Tabulka 13 Při komunikaci dochází k závěrečné rekapitulaci..... | 50 |
| Tabulka 14 Sestra se při komunikaci s pacientem usmívá, je vstřícná a laskavá | 51 |
| Tabulka 15 Výraz obličeje sestry a její gesta odpovídají situaci | 52 |
| Tabulka 16 Sestra dodržuje správnou fyzickou vzdálenost..... | 53 |
| Tabulka 17 Sestra používá při komunikaci dotyky | 54 |
| Tabulka 18 Sestra správně vyhodnocuje riziková gesta, postoj a mimiku pacienta a dle toho popřípadě jedná | 55 |

SEZNAM GRAFŮ

| | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Graf 1 Sestra při příchodu na pokoj pacientů pozdraví a představí se | 40 |
| Graf 2 Sestra při příchodu na pokoj pacientů sdělí důvod svého příchodu | 41 |
| Graf 3 Sestra vždy identifikuje pacienta dle standardů | 42 |
| Graf 4 Sestra dodává pacientovi jistotu | 43 |
| Graf 5 Sestra udržuje důvěrnost získaných informací | 44 |
| Graf 6 Sestra projevuje zájem o pacienta a jeho problém, projevuje porozumění a empatii | 45 |
| Graf 7 Sestra se při komunikaci vyjadřuje konkrétně a jednoznačně..... | 46 |
| Graf 8 Sestra zbytečně nepřerušuje pacienta a neskáče mu do řeči..... | 47 |
| Graf 9 Sestra správně rozlišuje, kdy je třeba použít uklidňující tón a kdy naopak autoritativní | 48 |
| Graf 10 Graf 10 Sestra udržuje s pacientem oční kontakt | 49 |
| Graf 11 Při komunikaci dochází k závěrečné rekapitulaci | 50 |
| Graf 12 Sestra se při komunikaci s pacientem usmívá, je vstřícná a laskavá..... | 51 |
| Graf 13 Výraz obličeje sestry a její gesta odpovídají situaci..... | 52 |
| Graf 14 Sestra dodržuje správnou fyzickou vzdálenost..... | 53 |
| Graf 15 Sestra používá při komunikaci dotyky | 54 |
| Graf 16 Sestra správně vyhodnocuje riziková gesta, postoj a mimiku pacienta a dle toho popřípadě jedná | 55 |

SEZNAM PŘÍLOH

PŘÍLOHA P I ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ

PŘÍLOHA P II POZOROVACÍ ARCH

PŘÍLOHA P I: ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ

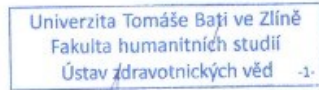


ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ

Obracíme se na Vás s žádostí o umožnění pozorování na Vašem pracovišti, které bude níže uvedený student realizovat v rámci zpracování bakalářské práce, jejíž součástí je i výzkumná část. Jedná se o studenta 3. ročníku bakalářského studijního programu Ošetřovatelství, studijního oboru Všeobecná sestra (prezenční forma studia).

| | | | |
|---------------------------|---------------------------------------------------------------------------|--------|--|
| Jméno a příjmení studenta | Anna Stuchlíková | | |
| Téma bakalářské práce | Komunikace mezi všeobecnou sestrou a pacientem na psychiatrickém oddělení | | |
| Vedoucí bakalářské práce | Mgr. et Bc. Barbora Plisková | | |
| | podpis | | |
| Skupina respondentů | Všeobecné sestry | | |
| Pracoviště | Vyjádření vrchní sestry / vedoucího pracoviště (nehodící se škrtněte) | Podpis | |
| | Souhlasím Nesouhlasím | | |
| | Souhlasím Nesouhlasím | | |
| | Souhlasím Nesouhlasím | | |

Děkujeme za pochopení a spolupráci.



Ve Zlíně dne 27.3.2019

.....
ředitelka Ústavu zdravotnických věd

SOUHLASÍM



.....
razítko a podpis zástupce zařízení



PŘÍLOHA P II: POZOROVACÍ ARCH

POZOROVACÍ ARCH

Sestra:

Vzdělání:

Délka praxe ve zdravotnictví:

Délka praxe na psychiatrickém oddělení:

| | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|----|
| 1. Sestra při příchodu na pokoj pacientů pozdraví a představí se. | ANO | NE |
| 2. Sestra při příchodu na pokoj pacienta sdělí důvod svého příchodu. | ANO | NE |
| 3. Sestra vždy identifikuje pacienta dle standardů. | ANO | NE |
| 4. Sestra dodává pacientovi jistotu. | ANO | NE |
| 5. Sestra udržuje důvěrnost získaných informací. | ANO | NE |
| 6. Sestra projevuje zájem o pacienta a jeho problém, projevuje porozumění a empatii. | ANO | NE |
| 7. Sestra se při komunikaci vyjadřuje konkrétně a jednoznačně. | ANO | NE |
| 8. Sestra zbytečně nepřerušuje pacienta a neskáče mu do řeči. | ANO | NE |
| 9. Sestra správně rozlišuje, kdy je třeba použít uklidňující tón a kdy naopak autoritativní. | ANO | NE |
| 10. Sestra udržuje s pacientem oční kontakt. | ANO | NE |
| 11. Při komunikaci dochází k závěrečné rekapitulaci a ujasnění. | ANO | NE |
| 12. Sestra se při komunikaci s pacientem usmívá, je vstřícná a laskavá. | ANO | NE |
| 13. Výraz obličeje sestry a její gesta odpovídají situaci. | ANO | NE |
| 14. Sestra dodržuje správnou fyzickou vzdálenost. | ANO | NE |
| 15. Sestra používá při komunikaci dotyky. | ANO | NE |
| 16. Sestra správně vyhodnocuje riziková gesta, postoj a mimiku pacienta a dle toho popřípadě jedná. | ANO | NE |

| |
|-------------------------------------------------------|
| 17. Specifika komunikace s pacientem s demencí. |
| |
| 18. Specifika komunikace s pacientem se schizofrenií. |
| |
| 19. Specifika komunikace s úzkostným pacientem. |
| |
| 20. Specifika komunikace s pacientem se závislostí. |
| |
| 21. Specifika komunikace s depresivním pacientem. |
| |