

VYSOKÁ ŠKOLA POLYTECHNICKÁ JIHLAVA

Katedra zdravotnických studií

Aktivizace pacientů se schizofrenií

bakalářská práce

Autor práce: Veronika Otrubová

Vedoucí práce: PhDr. Petra Pavlíková

Jihlava 2019



Vysoká škola
polytechnická
Jihlava



ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Autor práce:	Veronika Otrubová
Studijní program:	Ošetřovatelství
Obor:	Všeobecná sestra
Název práce:	Aktivizace pacientů se schizofrenií
Cíl práce:	Zjistit jaké aktivizační techniky využívají všeobecné sestry v praxi

PhDr. Petra Pavlíková
vedoucí bakalářské práce

PhDr. Vlasta Dvořáková, PhD.
vedoucí katedry
Katedra zdravotnických studií

Abstrakt

Bakalářská práce Aktivizace pacientů se schizofrenií se zabývá aktivizací schizofrenních pacientů na vybraných odděleních Psychiatrické nemocnice Havlíčkův Brod. Záměrem práce je zjistit, jaké aktivizační techniky využívají všeobecné sestry v praxi. Teoretická část se zabývá schizofrenií, její charakteristikou, etiologií, jednotlivými typy, diagnostikou, průběhem a léčbou, a také aktivizací, jejími formami, způsoby a cíli. Praktická část se opírá o poznatky teoretické části. Zaměřuje se na vybrané sestry, (dotazované) pracující a zejména aktivizující pacienty se schizofrenií. Výsledky jsou zpracované a prezentované v grafech.

Klíčová slova

Aktivizace; aktivizační techniky; všeobecná sestra; schizofrenie; psychiatrická péče

Abstract

The bachelor thesis Activation of patients with schizophrenia deals with activation of schizophrenic patients at chosen wards of Psychiatric hospital in Havlíčkův Brod. The main goal of the thesis is to discover which of activation techniques are used by nurses in practice. The theoretical part deals with schizophrenia, its characteristics, etiology, individual types, diagnostics, course and therapy, and with activation, its forms, ways and targets. The practical part is grounded in knowledge of the theoretical part. The part is focused on chosen nurses (questioned) working and especially activating patients with schizophrenia. The gathered data are presented in graphs.

Key words

Activation; activation techniques; nurse; schizophrenia; psychiatric care

Prohlašuji, že předložená bakalářská práce je původní a zpracoval/a jsem ji samostatně. Prohlašuji, že citace použitých pramenů je úplná, že jsem v práci neporušil/a autorská práva (ve smyslu zákona č. 121/2000 Sb., o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů, v platném znění, dále též „AZ“).

Souhlasím s umístěním bakalářské práce v knihovně VŠPJ a s jejím užitím k výuce nebo k vlastní vnitřní potřebě VŠPJ.

Byl/a jsem seznámen/a s tím, že na mou mé bakalářskou práci se plně vztahuje **AZ**, zejména § 60 (školní dílo).

Beru na vědomí, že VŠPJ má právo na uzavření licenční smlouvy o užití mé bakalářské práce a prohlašuji, že **s o u h l a s í m** s případným užitím mé bakalářské práce (prodej, zapůjčení apod.).

Jsem si vědom/a toho, že užít své bakalářské práce či poskytnout licenci k jejímu využití mohu jen se souhlasem VŠPJ, která má právo ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, vynaložených vysokou školou na vytvoření díla (až do jejich skutečné výše), z výdělku dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence.

V Jihlavě dne 16. dubna 2019

.....

Podpis studenta/ky

Poděkování

Ráda bych tímto poděkovala PhDr. Petře Pavlíkové za odborné vedení mé bakalářské práce, trpělivost a cenné rady. Děkuji také mé rodině za podporu při studiu. V neposlední řadě patří poděkování respondentům z Psychiatrické nemocnice Havlíčkův Brod.

Obsah

Úvod.....	10
Motivace	11
Cíl práce	11
1 Teoretická část	12
1.1 Schizofrenie.....	12
1.1.1 Charakteristika schizofrenie	12
1.1.2 Etiologie.....	13
1.1.3 Příznaky	14
1.1.4 Diagnostika	16
1.1.5 Typy schizofrenie	17
1.1.6 Průběh onemocnění.....	18
1.1.7 Léčba.....	19
1.2 Aktivizace	20
1.2.1 Skupinová aktivizace	21
1.2.2 Individuální aktivizace.....	23
1.2.3 Předpokládané cíle aktivizace pacientů se schizofrenií.....	23
1.2.4 Aktivizace pacientů se schizofrenií jako terapie.....	24
2 Výzkumná část (praktická část).....	28
2.1 Cíl výzkumu a výzkumné otázky	28
2.2 Metodika výzkumu.....	28
2.3 Charakteristika vzorku respondentů a výzkumného prostředí	29
2.4 Průběh výzkumu.....	29
2.5 Zpracování dat.....	29
2.6 Výsledky výzkumu.....	30
3 Diskuze	49
4 Návrh řešení a doporučení pro praxi.....	53
Závěr	54
Seznam použité literatury	56
Přílohy.....	59

Seznam grafů

Graf 1 Pohlaví respondentů	30
Graf 2 Věk respondentů	31
Graf 3 Nejvyšší dosažené vzdělání respondentů	32
Graf 4 Délka praxe respondentů	33
Graf 5 Postoj respondentů k aktivizaci pacientů	34
Graf 6 Pravidelnost aktivizace pacientů	35
Graf 7 Nejčastější způsob aktivizace	36
Graf 8 Preferovaný způsob aktivizace	37
Graf 9 Formy aktivizace dostupné na oddělení	38
Graf 10 Přizpůsobenost oddělení pro aktivizaci	39
Graf 11 Osobní preference forem aktivizace	40
Graf 12 Dostatečnost nabídky aktivizace	41
Graf 13 Respektování aktuálního stavu pacienta	42
Graf 14 Frekvence předčasného ukončení aktivizace	43
Graf 15 Předčasné ukončení skupinové aktivizace	44
Graf 16 Nejčastější důvody pro ukončení aktivizace	45
Graf 17 Návrhy na zlepšení úrovně aktivizace	46
Graf 18 Subjektivní náhled na vlastní způsobilost	47
Graf 19 Zvyšování znalostí v oblasti aktivizace	48

Seznam použitých zkratk

VO	výzkumná otázka
MKN-10	Mezinárodní klasifikace nemocí
WHO	Světová zdravotnická organizace
DSM V	statistický manuál

Úvod

Každá lidská bytost je tvořena dokonalým propojením těla (sóma) a duše (psyché). Jedna část nemůže fungovat bez druhé a obráceně. Zatímco onemocnění těla (somatologická onemocnění) jsou často vidět na první pohled, jsou snadněji diagnostikována a mají ve většině případů jasnou etiologii, průběh a léčbu, onemocnění mysli (duše) nejsou tak jednoduchá na poznání, pochopení a léčbu. Mohou se umě skrývat v mysli a vyplouvat na povrch až v těch nejméně vhodných chvílích. Tito lidé na první pohled vypadají naprosto zdraví, ale není tomu tak, i oni potřebují pomoci, a pokud není možné jejich onemocnění zvládnout ambulantní formou, přichází na řadu hospitalizace na psychiatrických odděleních nemocnic či v psychiatrické nemocnici. Duševní onemocnění a schizofrenie především, je stále společností negativně vnímána, nemocní jsou proto stigmatizováni, často stojí na okraji společnosti a panují vůči nim předsudky (Žielinská, 2011). Úkolem všeobecné sestry je pomoci se takto nemocným lidem vypořádat se se svým onemocněním a naučit se s ním žít v maximální možné kvalitě. A k tomu jí napomáhají aktivizační techniky, které vhodně využívá ve své práci s pacientem. Aktivizací posilujeme kompetence pacienta a jeho autonomii. Duševně nemocný se znovu učí zapojení do reálného života a také se učí samostatnému žití v naší společnosti. Je tedy nesporné, že aktivizace se nejen podílí na řešení prvotně vzniklé újmy – deficitem kognitivních funkcí (způsoben vlivem chorobného procesu), a druhotně vzniklé újmy (vzniká důsledkem nutného léčebného zákroku, například hospitalismus a nežádoucí účinky léků), ale i té újmy, vznikající jako důsledek onemocnění (Dušek, Večeřová-Procházková, 2015).

Z výše popsaného tedy vyplývá důležitost aktivizace prováděné sestrami u těchto pacientů. Tento důvod vedl k rozhodnutí zjistit pocity a názory všeobecných sester ohledně aktivizace, a také ke snaze zjistit míru povědomí o důležitosti aktivního přístupu k nemocným.

V první kapitole teoretické části bakalářské práce je popsána samotná schizofrenie – charakteristikou, etiologií, příznaky, diagnostikou, jednotlivými typy, průběhem a léčbou. V druhé kapitole teoretické části je popsána problematika aktivizace pacientů. Jsou zde rozebírány způsoby a formy aktivizace, a také cíle aktivizace.

Celá praktická část bakalářské práce se věnuje vlastnímu výzkumnému projektu. Výzkumný projekt je realizován metodou kvantitativního výzkumu pomocí dotazníkového šetření mezi všeobecnými sestrami pracujícími na vybraných odděleních v Psychiatrické nemocnici Havlíčkův Brod. Výsledky jsou zpracovány v přehledných grafech a doplněny o textový komentář. Bakalářská práce odpoví na otázky ohledně názorů a postojů všeobecných sester v problematice aktivizace pacientů se schizofrenií.

Motivace

Téma aktivizace pacientů se schizofrenií jsem si vybrala, protože mě duševní onemocnění vždy velmi fascinovala a praxe na několika psychiatrických odděleních ve mně zanechala hluboký dojem. Aktivizace pacientů je nedílnou součástí práce všeobecné sestry. Společně s farmakoterapií a dalšími formami léčby tvoří komplexní péči o pacienta. Je třeba nepodceňovat její význam a význam sester, které jí každodenně provádí. Ráda bych touto bakalářskou prací upozornila na jejich práci a podnítila větší zájem o aktivizační techniky a jejich využití v terapeutickém přístupu k pacientovi.

Cíl práce

Cílem bakalářské práce bylo zjistit názory a postoje všeobecných sester na aktivizační techniky a jejich využívání v praxi. V rámci toho byly stanoveny dva dílčí cíle:

Dílčí cíl 1: Zjistit, jaké možnosti aktivizace pacientů mají všeobecné sestry v praxi.

Dílčí cíl 2: Zjistit možné překážky v provádění aktivizace pacientů v praxi.

V návaznosti na stanovené cíle byly formulovány tři výzkumné otázky (VO):

VO1: Jaké možnosti mají všeobecné sestry v aktivizaci pacientů?

VO2: Jaké možnosti aktivizace pacientů všeobecné sestry preferují?

VO3: Jaká úskalí spočívají v jednotlivých způsobech aktivizace?

1 Teoretická část

V teoretické části bakalářské práce je vymezen pojem schizofrenie, popsána etiologie nemoci, příznaky, diagnostika, průběh a léčba této nemoci. Také jsou zmíněny jednotlivé typy schizofrenie. Ve druhé kapitole je rozebrán pojem aktivizace, její jednotlivé formy a cíle. Na konci kapitoly jsou popsány některé konkrétní terapie.

1.1 Schizofrenie

Schizofrenní onemocnění je, stejně jako ostatní duševní nemoci, nevyzpytatelné. Narozdíl od tělesných onemocnění u této nemoci nejsou jasně dané zákonitosti a neměnná charakteristika. Schizofrenní poruchy mají vždy jedinečné příznaky, průběh a reakce, a je vhodné k nim tak přistupovat.

1.1.1 Charakteristika schizofrenie

Schizofrenie jako druh onemocnění doprovází lidstvo od nepaměti. Vlastní pojem je starý něco málo přes sto let. Vznikl odvozením z řeckých slov schizein (štípat) a frén (mysl). Schizofrenii můžeme označit za nemoc „sta tváří“. Každý schizofrenik ukazuje konkrétní a odlišný obraz této nemoci (Orel et al., 2016).

Schizofrenie je duševní porucha, která je charakterizována chronickým narušením vnímání a myšlení. Porušena je také emotivita a osobnostní integrita. Mluvíme o multisystémovém poškození mozkových funkcí, které se manifestují uvedenými psychickými projevy (Vágnerová, 2012).

Podle Fišara (Fišar a kol., 2009) se schizofrenie řadí mezi nejčastější a nejzávažnější psychotickou poruchu.

Tomuto onemocnění je přisuzována nepříznivá prognóza k úplnému vyléčení kvůli typickému chronickému průběhu. Schizofrenie se jeví jako trvalé nebo epizodické onemocnění s trvalým nebo narůstajícím defektem. Duševní porucha se projevuje v akutních psychotických atakách střídajících se s úplnou nebo neúplnou remisí (Khollová, Přikryl, 2012).

První manifestace schizofrenie probíhá typicky v adolescentním věku a její výskyt u žen se rovná výskytu u mužů, avšak u žen se může projevovat později (Orel et al., 2016). Jde

o plynoucí proces, který nelze plně vyléčit (Kučerová, 2013). Tuto duševní poruchu můžeme pouze léčit, udržovat ve stavu remise a kompenzovat s průvodním vyšším či nižším úspěchem, protože nemoc postupně ničí organismus, který je jím zasažen.

V poslední fázi onemocnění můžeme pozorovat až deficit osobnosti. Pacient se dostává k lékaři povětšinou až s první manifestací psychotické symptomatologie (Svoboda et al., 2012).

Na vzniku schizofrenie se podílí nejen dědičné vlivy, ale především změny na bázi biochemických poměrů v mozku. Objevují se různé druhy spouštěčů včetně amfetaminu, marihuany, halucinogenů či jiných látek. Příčinou mohou být také některé životní události jako úmrtí v rodině nebo ztráta pracovní pozice. Lze tedy tvrdit, že schizofrenie vzniká kombinací určité predispozice a spouštěče (Peterková, 2008).

Obraz této duševní choroby může být kombinován s příznaky afektivních poruch (deprese, mánie) (Kučerová, 2013). Objevují se sebevražedné rysy, které mohou mít za následek úmrtí u těchto pacientů (Albayrak et al., 2012).

1.1.2 Etiologie

Etiologie tohoto duševního onemocnění je neznámá. Předpokládáme, že nemoc vzniká vzájemným působením mnoha faktorů. Mezi ně můžeme řadit vývojové změny, genetickou výbavu a vlivy prostředí, ve kterém konkrétní osoba žije a mohou se významně podílet na vyvolání nemoci. Za nejsilnější faktor pro vznik nemoci považujeme rodinnou anamnézu (Vágnerová, 2012). Na účast genetických faktorů ukazují výsledky výzkumů provedených u dvojčat. Onemocnění se vyskytuje více u adoptovaných dětí s genetickou predispozicí až ve 22 % (Probstová, 2014).

Za předpokladu, že oba rodiče trpí schizofrenií, jejich děti onemocní touto nemocí se 40 % pravděpodobností. Až 80 % schizofreniků nemá mezi svými příbuznými a blízkou rodinou nikoho se schizofrenním onemocněním (Práško, Látalová a kol., 2013). Výskyt nemoci můžeme také pozorovat v souvislosti se zatěžující situací. Většinou jde

o stresovou událost, například smrt v rodině, těžké životní situace, rodinné problémy, přestěhování nebo pracovní přetíženost. Mezi takzvané spouštěče nemoci můžeme řadit i drogy jako marihuana, amfetaminy a halucinogenní látky. Je tedy zřejmé, že pro vznik schizofrenie je nutná kombinace několika faktorů včetně vulnerability (dispozice pacienta) a spouštěče (drogy, halucinogeny, marihuana) (Vágnerová, 2012).

V souvislosti se schizofrenií je dobré zmínit neurovývojovou hypotézu. Většina odborníků se přiklání k tomu, že vznik schizofrenie souvisí s neurovývojovými vadami. Weinberger (1995) vytvořil hypotézu vzniku schizofrenie, ve které připouští možnost, že pacienti prodělali v prenatálním období chybný vývoj centrální nervové soustavy ve druhém trimestru. Byla prokázána přímá souvislost mezi komplikacemi v těhotenství a při porodu a zvýšeným rizikem vzniku schizofrenie způsobené poškozením mozku. Oproti tomu vliv virové nákazy v těhotenství se na možnosti vzniku nemoci odráží pouze v malém měřítku (Práško, Látalová a kol., 2013).

1.1.3 Příznaky

U pacienta se schizofrenií se mohou vyskytovat skoro všechny psychické příznaky kromě deliria a amence (Kučerová, 2013).

Samotnému duševnímu onemocnění předchází určitě varovné příznaky, které se mohou u některých pacientů objevit náhle a bez varování. Zpravidla ale přicházejí u většiny případů náznaky, které pokračují až do propuknutí první ataky. Tato počáteční fáze se vyznačuje tím, že se lidé se schizofrenií mohou zdát rodině a přátelům nemotivovaní, bezcitní, samotářští a výstřední. Takový člověk se většinou sám izoluje, zanedbává svůj vzhled, ukazuje lhostejný přístup k životu, mluví v nesouvislých větách. Jeho výkon v práci nebo ve škole se zhorší a může se dokonce vzdát svých koníčků. Mezi nejčastější varovné signály a příznaky patří bezvýrazný pohled, zhoršení osobní hygieny, sociální stažení, nepřátelskost nebo podezřívavost, nevhodný smích nebo neodůvodněný pláč. Jindy naopak nastává neschopnost tyto emoce vyjádřit. Dostavuje se skleslost, přílišná spavost nebo nespavost, zapomnětlivost, neschopnost soustředit se, liché nebo iracionální myšlení. Známé jsou extrémní reakce na kritiku, zvláštní projevy řeči, používání nesrozumitelných slov (Schizofrenie a její kompletní příznaky, 2015).

Mezi typické příznaky této duševní choroby patří poruchy myšlení, vnímání, chování a emocí. Poruchy myšlení se projevují stereotypním chováním a myšlením podle vlastních pravidel. Dostavuje se nutkavá potřeba znát ke každému jevu vysvětlení. Za předpokladu, že není poskytnuto, může se objevit i paranoidní myšlení. Schizofrenní pacient se ve svých vlastních myšlenkách neorientuje. Dokonce se u něj mohou vyskytnout chvíle, kdy se zarazí a nemůže v myšlení pokračovat (Peterková, 2008). Při poruchách vnímání jsou typické halucinace. Pacient slyší vlastní myšlenky nebo halucinované hlasy.

Při poruchách emocí je značná citová otupělost, ale v určitých případech se objevuje i chorobná vzrušenost (Orel et al., 2016).

Příznaky schizofrenie můžeme rozdělit na nápadné, méně nápadné a nenápadné. Dále potom na pozitivní a negativní (Kučerová, 2013). Práško, Látalová a kol. (2013) toto rozdělení ještě rozšiřují na příznaky pozitivní, negativní a kognitivní deficit.

Jako nápadné příznaky můžeme označit nesouvislé myšlení, které je poznat hned při konverzaci s pacientem, transformace osobnosti nebo halucinace (Orel, 2016). Můžeme sem také řadit bludy, nápadné chování, deprese, agresivitu vůči sobě či okolí nebo naopak apatii. Méně nápadné nebo nenápadné příznaky zpravidla poznají až lékaři či odborníci, jelikož se manifestují depresivní náladou, emoční oploštělostí a apaticko-hypobulickým syndromem, který je okolím pacienta vnímán spíše jen jako lenost. V neposlední řadě nesmíme zapomínat na sebevražedné myšlenky a úvahy, o kterých pacient nemluví (Kučerová, 2013).

Jako pozitivní příznaky můžeme označit bludy, halucinace, výrazný neklid, inkoherece myšlení a nesouvislou stavbu řeči (Martínková et al., 2018). Negativní příznaky jsou naopak takové, které chybí. Například ochuzení myšlení a slovní zásoby, snížená sociální interakce, oploštělá emotivita a celkové snížení aktivity (Petr et al., 2014). Kognitivní deficit je již přítomen před propuknutím duševní nemoci. Má za důsledek porušení poznávacích schopností. Většinou je nejvíce poškozena pozornost, paměť, schopnost plánovat a řešit úkoly. Největší poškození vykazuje paměť související s učením se nových věcí. Nemocný má problémy s verbálním učením. Často bývá přítomna deprese. Zejména v začátcích při psychotických atakách (Svoboda a kol., 2012).

Jako bludy označujeme mylná přesvědčení vyplývající z choroby. Jsou pro pacienta nevyvratitelné. Je o nich naprosto přesvědčen, jsou pro něj realitou a okolí mu je nemůže nijak vyvrátit. Nemocní mohou být také vztahovační a myslet si, že je někdo sleduje či poslouchá (Petr et al., 2014). Halucinací označujeme poruchu myšlení, kdy se pacientovi jeví vjemy, které vznikají v jeho mozku v důsledku onemocnění. Takto vzniklé vjemy mohou podněcovat jeho následné chování, například zacpávání si uší, aby neslyšel hlasy. Rozlišujeme halucinace zrakové, sluchové, chuťové, čichové nebo dotykové, u kterých je možný i sexuální podtext (Petr et al., 2014). Někteří pacienti však své halucinace popírají. Proto je dobré si všimnout, jak se tito lidé v okolí chovají. Někteří mohou vést dialogy s neexistujícími hlasy (Orel et al., 2016).

Pacient s pomocí sestry by měl umět rozdělit příznaky v návaznosti na životní události a varovné příznaky a zapisovat je jako událost nebo prožitek (stěhování nebo spavost). Je důležité zdůraznit, že životní události mohou, ale nemusí být spouštěčem nemoci. Pacient může být díky tomu připravený, lépe si organizovat čas a vyvarovat se spouštěčům jeho nemoci (Petr a kol., 2012).

1.1.4 Diagnostika

Jak už je zmíněno výše, diagnostika schizofrenie není jednoduchá. V případě této duševní choroby je nutno zaměřit se na širší spektrum. Hned ze začátku je podstatné zjistit obsahové a formální stránky myšlení (například bludy nebo nesouvislosti), pozorovat oploštělost nebo naopak afektivitu, agresivitu a zvýšené manýrování. Agresivně se může pacient chovat i sám vůči sobě. Až 10 % pacientů se schizofrenií ukončí předčasně svůj život (Raboch, 2012).

Diagnostika v případě této duševní choroby využívá dvě velké klasifikace duševních poruch. Jedná se o 10. revizi Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10), která byla vytvořena Světovou zdravotnickou organizací (WHO) a o statistický manuál (DSM V) (Fogáčová, 2014). Dle kritérií MKN-10 lze schizofrenii diagnostikovat pouze v tom případě, kdy se u nemocného vyskytuje alespoň jeden příznak z první skupiny symptomů nebo dva a více příznaků ze skupiny druhé. V první skupině můžeme najít symptomy jako vkládání nebo odnímání myšlenek, ozvučování myšlenek, slyšení vlastních myšlenek, bludy kontrolovatelnosti (ovládání), sluchové halucinace (které mohou komentovat chování nemocného) nebo samomluva. Mezi další bludy, které sem řadíme, patří ty, jež přetrvávají a jsou v dané kultuře nepřijatelné a nepatřičné (přesvědčení o nadlidské síle a schopnostech a podobně). Ve druhé skupině můžeme najít halucinace, katatonní příznaky (setrvání v nastavených pozicích, vosková ohebnost, stupor, negativismus), formální poruchy myšlení (zárazy, neologismy), halucinace, nápadné změny chování závislé na kvalitě (sociální stažení, ztráta zájmů, bezcílnost, nečinnost). Podle MKN-10 musí tyto příznaky přetrvávat alespoň měsíc. Avšak podle DSM V přetrvávají minimálně šest měsíců. Kromě této odlišnosti jsou však definiční znaky schizofrenie podobné (Dušek, Večeřová-Procházková, 2015).

I přes závažnost této nemoci není neobvyklé, že někteří pacienti zažijí jedinou ataku schizofrenie v životě. Po úspěšné léčbě a následné rehabilitaci se mohou nemocní vrátit

ke svým běžným činnostem. Setkáváme se však i s případy, kdy se u nemocných objevují komplikované dlouhodobé příznaky, omezující jejich schopnost pracovat, studovat nebo budovat sociální vztahy. Prioritou by mělo být, aby se schizofrenií dostalo lékařské péče a odborného poradenství (Schizofrenie, 2013).

1.1.5 Typy schizofrenie

Typy schizofrenie dělíme podle souboru dominujících příznaků. Klinické formy: F20.0 Paranoidní schizofrenie, F20.1 Hebefrenní schizofrenie, F20.2 Katatonní schizofrenie, F20.3 Nediferencovaná schizofrenie, F20.4 je vyčleněna pro postpsychotickou depresi, F20.5 Reziduální schizofrenie, F20.6 Simplexní schizofrenie (Svoboda a kol., 2012).

Paranoidní schizofrenie

Paranoidní schizofrenie je nejběžnější forma schizofrenie. Charakteristickým znakem jsou především bludy a s nimi spojené poruchy vnímání a sluchové halucinace. Nemocní často zažívají pocit ohrožení a myslí si, že jsou někým pronásledováni (Svoboda et al., 2012).

Hebefrenní schizofrenie

Tuto formu obvykle vidáme v dospívání a u mladých lidí. Manifestuje se nápadné a nepředvídatelné chování, negativismus, nevhodné chování (dětské způsoby chování) a poruchy (nesouvislosti) v myšlení, které vyústí až v inkoherenci řeči. (Orel et al., 2016).

Katatonní schizofrenie

U pacientů trpících touto formou schizofrenie převládají poruchy motoriky, především grimasování a manýrování. Porucha se může projevit zvýšenou hybností a neklidem, sníženou hybností (Svoboda et al., 2012). Mezi závažný projev se řadí katatonní stupor, při kterém pacient zaujímá nepřírozené pozice.

Nediferencovaná schizofrenie

Jedná se o naprosto jedinečný typ, který neodpovídá žádnému z ostatních uvedených forem. Do této kategorie zahrnujeme více forem symptomů. Nemůžeme rozhodnout, která je převažující (Svoboda a kol., 2012).

Reziduální schizofrenie

Reziduální schizofrenie je chronickou formou a stavem, který zůstává po akutních symptomech ataky. Nejvýraznějším projevem je podivínství. Nemocný nejeví zájem o okolí a zanedbává se. Přetrvává zde zbytková schizofrenní symptomatologie.

Simplexní schizofrenie

U pacienta trpícího tímto typem schizofrenie dochází ke ztrátě společenského života a vlastních zájmů. Pracovní a sociální výkonnost klesá. Projevují se změny chování, ztráta vůle, lhostejnost a celkově se oplošťují emoce. Pacient neumí vyjádřit emoce přiměřené k dané situaci. Následně můžeme pozorovat hypoaktivitu, apatii a chudou neverbální řeč (Práško, Látalová a kol., 2013).

1.1.6 Průběh onemocnění

U každého nemocného probíhá nemoc jedinečně a s konkrétními odchylkami, nicméně můžeme stanovit, jak asi bude nemoc probíhat.

Schizofrenie se začíná projevovat obvykle prodromy (patří sem sociální stažení a změny povahy) v pubertě nebo rané dospělosti. Po akutní epizodě přicházejí různé odlišnosti v dalším průběhu nemoci u každého pacienta. Jedna třetina pacientů se uzdraví, druhá třetina se potýká se střídáním relapsů a remisí. Zbývá třetina pacientů se potýká s chronickým zhoršováním nemoci. Dvě třetiny schizofreniků bohužel trpí chronickým stádiem nemoci a týká se jich i zkrácení délky života. Drtivá většina nemocných se už nikdy nevrátí do práce či do školy (Orel, 2016).

V akutní atace se setkáváme s obrazem porušeného vnímání, emotivity, myšlení a dalších psychických pochodů v mozku. V myšlenkách vznikají paradoxy, které ale pacient nevnímá a nechápe (Kučerová, 2010). V průběhu ataky nemocný žije ve vlastním světě plném bludů a halucinací, a proto není za své činy odpovědný (Honzák, 2014). Pokud všechny příznaky vymizí, mluvíme o remisi. Jestliže, že se tyto příznaky znovu objeví, pak nazýváme relapsem (Fišar a kol., 2009).

V průběhu remise pacient nepocituje žádné příznaky nemoci. Je schopný žít plně svůj život a také je odpovědný za své činy. Zvládá studium nebo chodí (Honzák, 2014). Při každém relapsu dochází k patofyziologickým procesům v centrální nervové soustavě, které bezprostředně vedou k celkovému zhoršení stavu a progresi schizofrenie (Papežová

a kol., 2014). Bylo prokázáno, že počet relapsů má úzkou souvislost s úbytkem šedé hmoty v kůře mozkové. Díky novým přístrojům a technologiím můžeme lépe sledovat, kdy a jak dochází k morfologickým změnám zejména v čelním laloku a levé hemisféře mozku (Bankovská Motlová, Španiel, 2013). Za nejkritičtější období nemoci se považuje prvních pět let po první epizodě. Zhoršení stavu pacienta přichází s každým dalším relapsem. Tělo v důsledku nemoci postupně slábne po fyzické, i po psychické stránce. I přes obvyklé zachování intelektu a vědomí, může se objevit kognitivní deficit (Tsuang 2011). Vyskytuje se zde zvýšená mortalita a setkáváme se s vyšším rizikem suicidia. (Práško, Látalová a kol., 2013). Důležité je vědět, že u každého pacienta je průběh nemoci individuální (Kučerová, 2010).

1.1.7 Léčba

Léčba schizofrenie spočívá v kombinaci psychofarmakologické léčby a nefarmakologické terapie. Farmakoterapií psychofarmaky snižujeme příznaky psychózy a také fungují jako prevence proti relapsu. Psychofarmaky je ovlivněný systém dopaminu v mozku, jelikož panuje obecné přesvědčení, že stav psychózy je způsoben dopaminovou deregulací (Bankovská Motlová, Španiel, 2013). Při akutní fázi nemoci je nutno přistoupit k hospitalizaci. Při nezvladatelném neklidu a u těžkých stavů se indikuje elektrošoková léčba (elektrokonvulzivní terapie) (Honzák, 2014). Stav nemocného se může výrazně zlepšit, pokud má kvalitní dlouhodobou léčbu a rehabilitaci. Pozitivní příznaky podporuje právě farmakoterapie. Zbylé aspekty, jako jsou společenské a kognitivní fungování, redukce sebevraždy a kvalita života, upravuje psychoterapie (Pěč, Probstová, 2009). Je také velmi důležité, aby byl ambulantní psychiatr obeznámen s prostředím kolem pacienta, a aby s ním byl nemocný v kontaktu (Raboch, Wenigová, 2012).

Antipsychotika

Nejdůležitější léčbou pro schizofreniky je léčba antipsychotiky. Tyto léky svými účinky potlačují příznaky úzkosti a následkem dochází ke zklidnění pacienta. Pravidelné užívání antipsychotik je velice důležité. Díky nim ustupují bludy a halucinace a uspořádává se pochod myšlenek (Svoboda a kol., 2012). V praxi se však setkáváme s faktem, že pacienti neberou medikaci pravidelně nebo vůbec. Úspěšnou léčbou rozumíme užití minimálně 80 % z doporučené dávky. Pokud pacient léky vynechá, tělo se dostává do stresu. Psychotické příznaky se rozvíjejí již při denním či týdenním vynechání léků. Po několika

měsících bez léků dochází k relapsu a zpravidla je dokonce nutná hospitalizace. Řešením neužívání léků jsou depotní antipsychotika. Léčba antipsychotiky je dlouhodobá a je nutné při ní průběžně sledovat zdravotní stav pacienta (Češková, Mayerová, 2014).

Klasická antipsychotika (antipsychotika I. generace) mají silný tlumivý účinek, ale jsou známé velkým výskytem nežádoucích účinků. To platí pro léky jako Haloperidol a Tisercin. Mohou se objevovat vedlejší neurologické účinky, například nízká pohyblivost paží, svalové napětí, chudá mimika a může docházet ke zvýšené tvorbě slin (Svoboda a kol., 2012). V dnešní době se upřednostňují atypická antipsychotika (antipsychotika II. generace). Tyto léky mají méně neurologických nežádoucích účinků a pozitivně ovlivňují výše uvedené negativní příznaky. Zvyšují kvalitu pacientova života a také jsou pacienti lépe snášeny. Na trhu se prodává široké spektrum těchto antipsychotik (například amisulprid, klozapin, olazapin, risperidon). Mezi vedlejší účinky u těchto antipsychotik patří například zvýšení hormonu prolaktinu při užívání amisulpridu a risperidonu nebo zvýšení hmotnosti při užívání klozapinu a olanzapinu (Svoboda a kol., 2012).

Psychoterapie

Cílem psychoterapie je naučit pacienta redukovat stres a posílit interpersonální a sociální intervence. Pacienti jsou různým způsobem aktivizováni. Účastní se pracovních rehabilitací, které mají za účel zvládnutí příznaků nemoci a nacvičení dovedností. Celkovým cílem podpůrné terapie je navázání terapeutického vztahu, vytvoření stability duševního života a posílení psychologických obran. Důležité místo má také udržovací terapie, která slouží jako prevence vzniku relapsu. U každého nemocného je nutná komplexní péče o něj samotného i o jeho nejbližší. Nemocný nemá vždy náhled na onemocnění, a proto potřebuje určitý dohled rodiny (Mohr, 2012).

Postižený i jeho rodina by měli včas rozeznat symptomy naznačující přicházející relaps nemoci. Mezi tyto příznaky patří například zhoršená koncentrace, nespavost nebo nechutenství. Je podstatné si tyto projevy uvědomit a správně na ně zareagovat (EUFAMI, 2012).

1.2 Aktivizace

Termín aktivizace v obecném slova smyslu znamená soubor činností (aktivit), pomocí kterých se snažíme docílit navrácení plného fyzického i duševního zdraví nemocnému

člověku, nebo alespoň zpomalení nebo zastavení zhoršování schopností a dovedností vyvolaných nemocí (Kučerová, 2013).

Aktivizace v odvětví psychiatrie obsahuje psychoterapeutické, uměleckovýchovné, ergoterapeutické a další techniky, tělesnou výchovu, zábavu a rekreaci. Účelem aktivizace a uvedených technik je terapeutický účinek bez farmakologické léčby. Tělo se v podstatě léčí biochemickými substancemi, které samo produkuje. Organismus si tedy pomáhá sám. Bohužel ne u všech psychických poruch stačí pouze aktivizace, ale je nutno přistoupit i k léčbě medikamenty, popřípadě k dalším formám léčení. V kombinaci s dalšími léčebnými technikami tvoří tyto metody komplexní psychiatrickou péči (Kučerová, 2013). Druh a forma aktivizace je volena dle duševního i tělesného stavu postiženého nemocí (Petr, Marková, 2014). U mnoha pacientů se vyskytne problém začít s nějakou činností. Velká část duševně nemocných nemá chuť něco dělat. Tyto emoce vyvolává mimo jiné negativismus, obava ze selhání, neschopnost pochopit, jak má pacient pracovat, či následkem psychického vypětí. Tyto pocity lze překonat vhodným vedením s namotivováním nemocného během dané aktivity (Zgola, 2013). V rámci psychiatrické péče by se na řízených činnostech měli podílet terapeuti s různými specializacemi. Pokud nemocný trpí pouze mírnějším postižením, je vhodné se věnovat převážně volnočasovým aktivitám. Pokud se u duševně nemocného projevuje také porucha hybnosti, nakombinují se samotné aktivizační techniky i rehabilitační ošetřovatelství (Petr, Marková, 2014). V praxi funguje aktivizace skupinová nebo individuální.

1.2.1 Skupinová aktivizace

Pod pojmem skupinová aktivizace je ukrytá práce jednoho (či více) terapeuta s několika pacienty.

Účelem této formy aktivizace je naučení se zvládání interpersonálních vztahů, včetně vztahu k sobě samému, získání sebedůvěry a celkové zlepšení psychosociálních funkcí (Peč, 2009)

Tento způsob psychoterapie umožňuje jedinci získat sociálně adaptivnější chování i jednání, zvyšuje schopnost vidět situaci jinými očima a učí snášenlivosti. Díky skupině dostává pacient zpětnou vazbu od více lidí (Práško, Látalová a kol., 2013).

Počet aktivizovaných v konkrétní skupině se odvíjí od druhu činnosti a kapacity místa. Nejprínosnějším počtem pacientů ve skupině je 3-15 nemocných. Menší počet pacientů přestává plnit interakční funkci, vyšší počet znemožňuje terapeutovi celkovou kontrolu a vnímání situace. U nemocných se setkáváme se sníženou pozorností (Kantor, Lipský, Weber, 2009).

Před zařazením do skupinové aktivizace je nutný pohovor s terapeutem. Odhaduje se pacientova připravenost na terapii a vhodnost skupinové terapie (popřípadě potřeba prodloužení terapie individuální). V průběhu rozhovoru se pacient dozvídá základní informace o skupinové terapii (terapeut popisuje význam a optimisticky, jasně a reálně popisuje předpokládané úspěchy v budoucnosti včetně přibližné délky trvání terapie a dobu možného propuštění) (Peč, 2009).

Zvláštnost v práci ve skupině se schizofrenními pacienty spočívá v tom, že se nejlépe s těmito pacienty pracuje ve smíšené skupině. Po stránce diagnóz i pohlaví. Zároveň by skupina měla být otevřená. Taková heterogenní skladba skupiny skýtá významné výhody. Díky pacientům s maniodepresivním onemocněním je skupina obohacena o lepší kontakt i emotivitu a naopak schizofrenní pacienti svými reakcemi pomáhají upravit manické chování a v depresích dokáží povzbudit. Ne všechny duševní choroby je možno kombinovat. Nedoporučuje se kupříkladu kombinovat neurotiky a psychotiky, protože tyto dvě různé diagnózy potřebují dva různé způsoby vedení. Takováto skupina by nemohla fungovat jako celek. Přínos kombinace po stránce pohlaví spočívá v nácviku interpersonálních situací, které jsou v životě běžné. Také můžeme pozorovat zvýšenou sebeúpravu a dodržování společenských norem. Pacienti obou pohlaví se učí mezi sebou komunikovat. Ještě větším přínosem je přítomnost více generací, což umožňuje dokonale předvádět modelové situace. Oproti uzavřené skupině má skupina otevřená nespornou výhodu v tom, že nemocní, kteří jsou už ve skupině delší dobu, jsou jakýmsi vzorem pro nově přicházející, kterým ukazují nový směr. V praxi běžně funguje metoda, kdy každý týden několik lidí odejde a stejný počet lidí přijde. Díky těmto metodám se v této skupině zamezuje vzájemnému posilování psychotických projevů. Naopak nemocní snadněji získávají kritický náhled na psychózu. Prostřednictvím pravidelné výměny nemocných se také zvyšuje počet sociálních kontaktů (Vybíral, 2010).

Neopomenutelnou součástí skupinové aktivizace je tzv. skupinová dynamika (jde o souhrn skupinového dění a interakcí vzniklých v dané době v určité skupině) (Kantor,

Lipský, Weber, 2009). Nespornou výhodou skupinové aktivizace a činností je získávání nových názorů spojených vzájemným ovlivňováním osob, které se aktivizace účastní, i fyzický kontakt (Mlýnková, 2010).

1.2.2 Individuální aktivizace

Podstatou individuální aktivizace je práce jednoho (nebo více) terapeuta s pouze jedním pacientem. Nespornou výhodou je fakt, že pacientovi je věnována plná pozornost a celá aktivizace se mu plně přizpůsobuje (Mlýnková, 2010). Individuální psychoterapie je prováděna pomocí psychoanalytické terapie s ohraničenou indikací, která má za cíl podporu rozlišování mezi přítomností a minulostí, a podporu verbalizace myšlenek a pocitů. Pacient a terapeut vytvářejí mezi sebou terapeutické spojení, pomocí kterého využívají nepsychotickou část osobnosti a celkové okolní podpůrné prostředí k vytvoření objektivního náhledu na sebe sama a vlastní nemoc. Metoda využívaná k porozumění symptomů psychózy se nazývá metoda protipřenosu a je nutné, aby se sezení odehrávalo „tváří v tvář“. Přínos této metody je vidět až po dlouhé době trvání (řádově několik let). Terapeut praktikující tuto metodu musí mít dostatek zkušeností a také není zanedbatelná časová náročnost. Je zde posílen vztah pacient-terapeut. Individuální aktivizace se využívá u pacientů, u kterých nebyly jiné léčebné postupy úspěšné (Peč, 2009).

Tento způsob terapie je vhodná zejména pro duševně nemocné, kteří nejsou z různých důvodů schopni pracovat ve skupině (například nerespektují pravidla, odmítají spolupráci, jsou agresivní), popřípadě pro duševně nemocné, pro které by byla skupinová terapie příliš náročná. Také je možné využít individuální terapii jako přípravu na skupinovou terapii (pro pochopení základních principů, pozorování snášení terapie a podobně) (Kantor, Lipský, Weber, 2009).

1.2.3 Předpokládané cíle aktivizace pacientů se schizofrenií

Při aktivizaci se snažíme využít maximum zachovalých funkcí duševně nemocného k dosažení společenského zapojení (resocializace). Jako hlavní cíl aktivizace můžeme označit stabilizaci nemocného, zabránění vzniku komplikací a možnost úplného uzdravení. Také snahu zabránit opakování onemocnění můžeme označit za další cíl, stejně jako zachování kvality života, udržení soběstačnosti a důstojnosti (Dušek, Večeřová-Procházková, 2015).

Můžeme tedy prohlásit, že aktivizací posilujeme kompetence pacienta a jeho autonomii. Duševně nemocného zapojujeme do reálného života a zároveň ho učíme, jak samostatně obstat v naší společnosti. Je tedy zřejmé, že se aktivizace podílí na řešení primárně vzniklé újmy, která je způsobena vlivem chorobného procesu, což označujeme jako deficit kognitivních funkcí. Sekundární újmy mohou být důsledkem léčebného zákroku, například hospitalismem, nežádoucími účinky léků, ale i újmy, která se objevuje důsledek onemocnění (vyloučení ze společnosti) (Dušek, Večeřová-Procházková, 2015).

1.2.4 Aktivizace pacientů se schizofrenií jako terapie

Aktivizace je považována za podpůrnou léčebnou metodu v rámci komplexní péče. Vrací pacienta do života, zlepšuje náladu, zklidňuje, učí zapojení se do kolektivu. Pacient získává pocit výkonnosti a jistoty. Aktivizaci by měl provádět proškolený personál, jelikož nevhodně zvolené techniky, či špatný způsob aktivizace se mívá účinkem. Aktivizace je dosahováno pomocí psychologických prostředků a konkrétní aktivity se plánují vždy podle potřeb konkrétního pacienta. Za úspěch můžeme označit využívání schopností, které pacient během aktivizace získal, a také zvýšenou motivaci pacienta pro další aktivity. Mezi členy personálu je nutná týmová spolupráce pro dosažení kýženého výsledku. Je nutné, aby aktivizace probíhala pozvolně, smysluplně a tak, aby v pacientovi vyvolávala pocit úspěchu. Pro aktivizaci využíváme dané schopnosti pacienta, omezujeme možnost samostatné volby, minimalizujeme rozptylující podnět. Dáváme podrobné instrukce a vyhýbáme se možné mystifikaci. Názorně využíváme konkrétní vizuální podněty a předem vyloučíme neúspěch (Zgola, 2013).

Canisterapie

Canisterapie je terapie probíhající s pomocí psa. Canisterapeut dokáže společně se psem u duševně nemocného zaktivovat paměť, komunikaci, učení se a myšlení (zlepšuje projevy neverbální i verbální). Může dojít i ke zlepšení motoriky. V praxi také velice dobře funguje komunikace pacienta s dalším osobou právě prostřednictvím psa. Pacientovo uvolnění a zlepšení nálady také spočívá v tom, že pes má o 2 °C vyšší teplotu než člověk, a tudíž hřeje (Galajdová. Z., Galajdová, L., 2011).

Canisterapie klade důraz na řešení sociálně integračních a citových problémů a na problémy psychologické. Tuto metodu využíváme v situacích, kdy využití jiných metod selhalo nebo není možné je zvolit (apatie, bezmocnost, deprese, úzkosti, emocionálně poškození pacienti, smyslové postižení) (Galajdová. Z., Galajdová, L., 2011).

Výzkumy provedené v přítomnosti psů v nemocničním prostředí dokazují okamžité zmenšení pocitu ohrožení u nemocných s akutní i chronickou psychózou, dále potom zmenšení úzkosti, zvětšení otevřenosti, aktivní účast při terapii. Podílí se na zvýšení společenské pohody (Galajdová. Z., Galajdová, L., 2011).

Hiporehabilitace

Při této formě rehabilitace využíváme pohyb koňského hřbetu a jeho přenos na člověka. Tímto pohybem je prostřednictvím nervových drah ovlivňován mozek a mícha pacienta a aktivují se svaly a klouby. Celkově se zlepšuje jeho motorika a držení těla. Hiporehabilitaci můžeme tedy označit jako trénink centrální nervové soustavy (Nerandžič, 2006). Duševně nemocný nachází svou identitu a cestu k ostatním lidem pomocí citových vazeb ke koni (Hollý, Hornáček, 2005).

Ergoterapie

Ergoterapie spočívá v aktivitách typu ručních a řemeslných prací, zejména zahradničení a dalších (Kučerová, 2013). Provozuje se především v psychiatrických zařízeních a je součástí rehabilitace (Krivošíková, 2011). Terapie by měla být rozmanitá a svou náročností odpovídat schopnostem pacienta. Jejím cílem je naučit pacienta společenským

návykům, zlepšit jeho sebedůvěru a podporovat spontánní projev nemocného (Dušek, Večeřová-Procházková, 2015).

Pohybové aktivity

Sport a tělesné aktivity patří neodmyslitelně k životu. V přiměřené míře a přizpůsobené formě je velmi vhodný i pro duševně nemocné. Dostatek pohybu má blahodárný účinek především na zdraví, tělesnou kondici, sociální vztahy, sebevědomí, posilování vůle a sebeuplatnění nemocného (Kučerová, 2013).

V praxi se převážně využívají různé rozcvičky, skupinová cvičení a procházky, které pomáhají pacientům nastavit určitý řád dne a pravidelnost v aktivitách. Uplatňují se také dechová a gymnastická cvičení, která napomáhají uvědomění si vlastního těla a pocitu reality (Dušek, Večeřová-Procházková, 2015).

U schizofrenie je vhodná zejména metoda vzájemného soupeření či souhra více lidí. Pomáhá proti celkovému postupu tohoto onemocnění až do trvalého defektu osobnosti (Kučerová, 2013).

Autogenní trénink a relaxace

Autogenní trénink vyžaduje nácvik a pravidelné zdokonalování, ale přináší duševně nemocným příval energie (Orel, 2016).

Princip relaxace spočívá v uvolnění kosterního svalstva, pomocí čehož dojde ke zklidnění dechu a srdeční frekvence a k soustředěnému sebeuvědomování. Tímto způsobem zvyšujeme odolnost vůči stresu, harmonizujeme psychický stav a zlepšujeme celkovou koncentraci (Orel, 2016).

Trénink kognitivních funkcí

Kognitivní funkce (zejména základní) umožňují člověku plnohodnotné zapojení se do života. Vytvářejí pozornost, paměť, myšlení, řeč a zrakově prostorové schopnosti (Klucká, Volfová, 2009).

Stále více psychiatrů chápe, že postižení kognitivních funkcí je pro pacienta mnohem více poškozující než samotná psychóza nebo poruchy nálad. Bohužel se v minulosti zaměřovalo na poškození kognitivních funkcí velice málo (Preiss, Krivohlavý, 2009).

V této metodě aktivizace se snažíme o znovunabytí a rehabilitaci ztracených schopností, o jejich prohloubení a zdokonalení těch, které ztraceny nebyly. Je vhodné, aby se nároky na soustředěnost a jednotlivé aktivity střídaly (usnadňujeme tak koncentraci). Cvičení probíhá nejčastěji komplexním trénováním, které trvá nejdéle 45 minut.

Pro pozitivní vliv na sociální chování nemocných se vhodná práce ve skupině 7 až 10 pacientů (Klucká, Volfová, 2009).

Režimová terapie

Pod tímto názvem se skrývá jasně strukturovaný denní program, který platí pro všechny zúčastněné. Řídí se závazným systémem pravidel. Pevný řád nabízí pacientům jistotu a bezpečí, dává jasný smysl. Pacienti jasně vědí, co je teď a co bude následovat později. Pomáhá pacientům vyvarovat se nudě a negativním myšlenkám. Naprosto se odlišuje od neuspořádaného života, který v drtivé většině případů nemocní vedou

před příchodem do zařízení. Aktivita obsažené v denním řádu se ovlivňují, prolínají a doplňují. V ideálním případě dochází k obnovení pacientových ztracených návyků, získání zdravého sociálního chování a uvědomování si následků všeho, co dělá (Mahrová, Venglářová, 2008).

Režimová terapie si bere za cíl naučení duševně nemocného vytvořit si dle potřeb svůj vlastní denní program, do kterého je začleněn zdravý způsob života. Zároveň se u pacienta snaží dosáhnout sebedisciplíny, poučení se z vlastních chyb a radost ze svých úspěchů (Mahrová, Venglářová, 2008).

2 Výzkumná část (praktická část)

Ve výzkumné části bakalářské práce je rozebrán cíl výzkumu a výzkumné otázky s ním související, nadále je zde popsána metodika výzkumu, charakteristika vzorku respondentů a výzkumného prostředí a v neposlední řadě samotný průběh výzkumu a následné zpracování dat.

2.1 Cíl výzkumu a výzkumné otázky

Cílem bakalářské práce bylo zjistit názory a postoje všeobecných sester na aktivizační techniky a jejich využívání v praxi. V rámci toho byly stanoveny dva dílčí cíle:

Dílčí cíl 1: Zjistit, jaké možnosti aktivizace pacientů mají všeobecné sestry v praxi.

Dílčí cíl 2: Zjistit možné překážky v provádění aktivizace pacientů v praxi.

V návaznosti na stanovené cíle byly formulovány tři výzkumné otázky (VO):

VO1: Jaké možnosti mají všeobecné sestry v aktivizaci pacientů?

VO2: Jaké možnosti aktivizace pacientů všeobecné sestry preferují?

VO3: Jaká úskalí spočívají v jednotlivých způsobech aktivizace?

2.2 Metodika výzkumu

Metodiku sběru dat pro výzkum této bakalářské práce jsem volila podle stanoveného cíle a výzkumných otázek. Zvolila jsem metodu kvantitativního výzkumu pomocí dotazníkového šetření. Dotazník byl vytvořen pro tuto účely této bakalářské práce. Je v něm obsaženo devatenáct otázek různého charakteru (uzavřené, polootevřené a otevřené). Uzavřené otázky jsou č. 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 10, 12, 13, 14, 15, 18, 19. Polootevřené jsou otázky č. 9, 11, 17 a otevřené je otázka č. 16. U otázky č. 9 bylo možné označit více odpovědí.

První sada otázek (č. 1, 2, 3, 4) zjišťuje demografické údaje. Pro naplnění cíle i dílčích dílů slouží otázky č. 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19. Na první výzkumnou otázku (Jaké možnosti mají všeobecné sestry v aktivizaci pacientů?) odpovídají otázky č. 5, 6, 7, 9, 10. Pro zodpovězení druhé výzkumné otázky (Jaké

možnosti aktivizace pacientů všeobecné sestry preferují?) slouží otázky č. 8, 11, 12. Odpovědi pro třetí výzkumnou otázku (Jaká úskalí spočívají v jednotlivých způsobech aktivizace?) dávají otázky č. 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19.

Dotazník je přiložen v Příloze A.

2.3 Charakteristika vzorku respondentů a výzkumného prostředí

Výzkumný soubor tvořily zdravotní sestry pracující s duševně nemocnými pacienty v psychiatrické nemocnici. Na základě souhlasu vedení Psychiatrické nemocnice Havlíčkův Brod (Příloha B) byly dotazníky rozděleny na vybraných odděleních (oddělení určená pro pacienty se schizofrenií) a výsledky použity k výzkumu této bakalářské práce. Respondentům bylo sděleno, že vyplnění dotazníku je dobrovolné a anonymní, a že výsledky budou použity pro potřeby této práce.

Pro výzkum bylo použito 120 dotazníků s návratností 83 % (tj. 100 dotazníků). Pro zmapování situace v Psychiatrické nemocnici Havlíčkův Brod bylo tedy k dispozici 100 plnohodnotně vyplněných dotazníků. Charakteristika výzkumného souboru byla určena pomocí odpovědí na otázky č. 1, 2, 3, 4 v dotazníku. Průměrným respondentem byla žena ve věku 41 až 59 let, která dosáhla středního odborného vzdělání s maturitou a délka její praxe s duševně nemocnými je v rozmezí 6 až 15 let. Výzkumným prostředím byla Psychiatrická nemocnice Havlíčkův Brod.

2.4 Průběh výzkumu

Výzkum probíhal na vybraných odděleních Psychiatrické nemocnice Havlíčkův Brod. Distribuce a sběr dotazníků probíhal na jednotlivých odděleních po předběžném schválení a za pomoci staničních sester od ledna 2019 do dubna 2019.

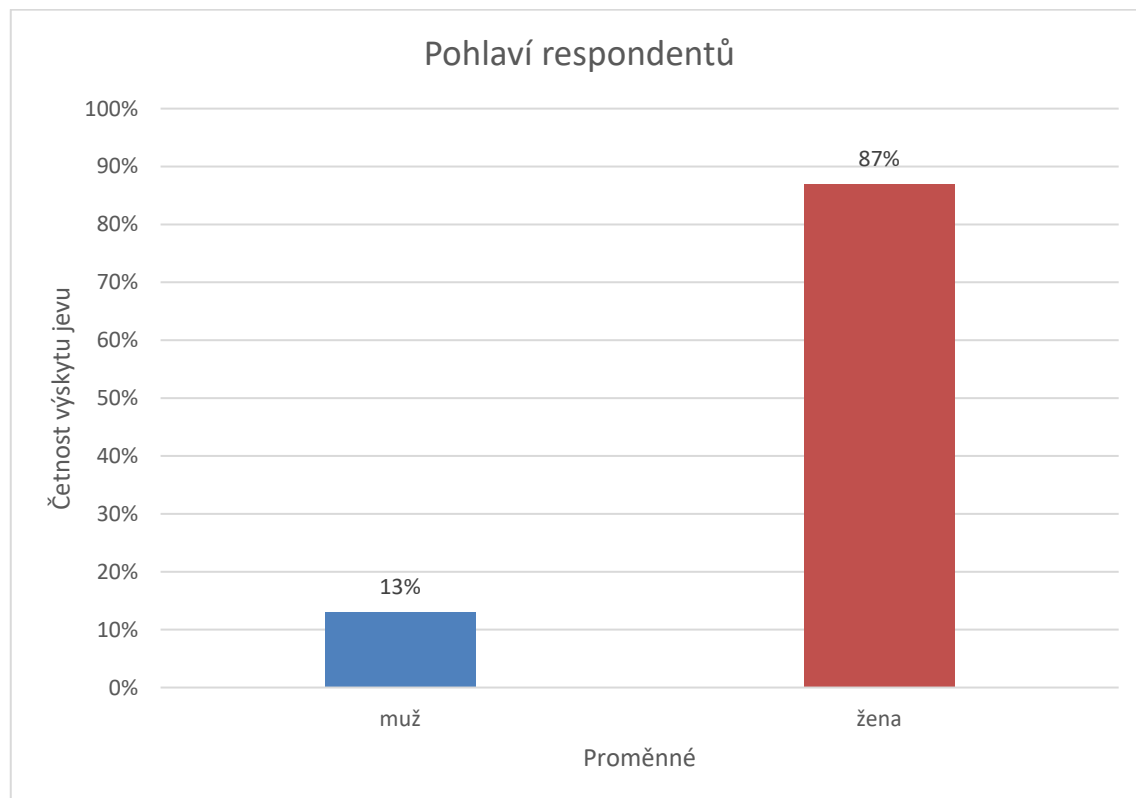
2.5 Zpracování dat

Po konečném sběru dotazníků byl počet respondentů určen na 100. Následně byly dotazníky vyhodnoceny, zpracovány a rozebrány na jednotlivé otázky, jejichž výsledky jsou prezentovány ve výsledcích výzkumu. Pro zpracování dat a vygenerování grafů byl použit program Microsoft Office Excel 2010.

2.6 Výsledky výzkumu

V této kapitole prezentuji pomocí grafů odpovědi na otázky v dotazníku. Ke každé otázce v dotazníku je vytvořen samostatný graf. Ve všech grafech jsou jednotlivé sloupce označeny výslednými procenty. Grafické výsledky jsou dále podrobněji rozebrány v textu pod jednotlivými grafy.

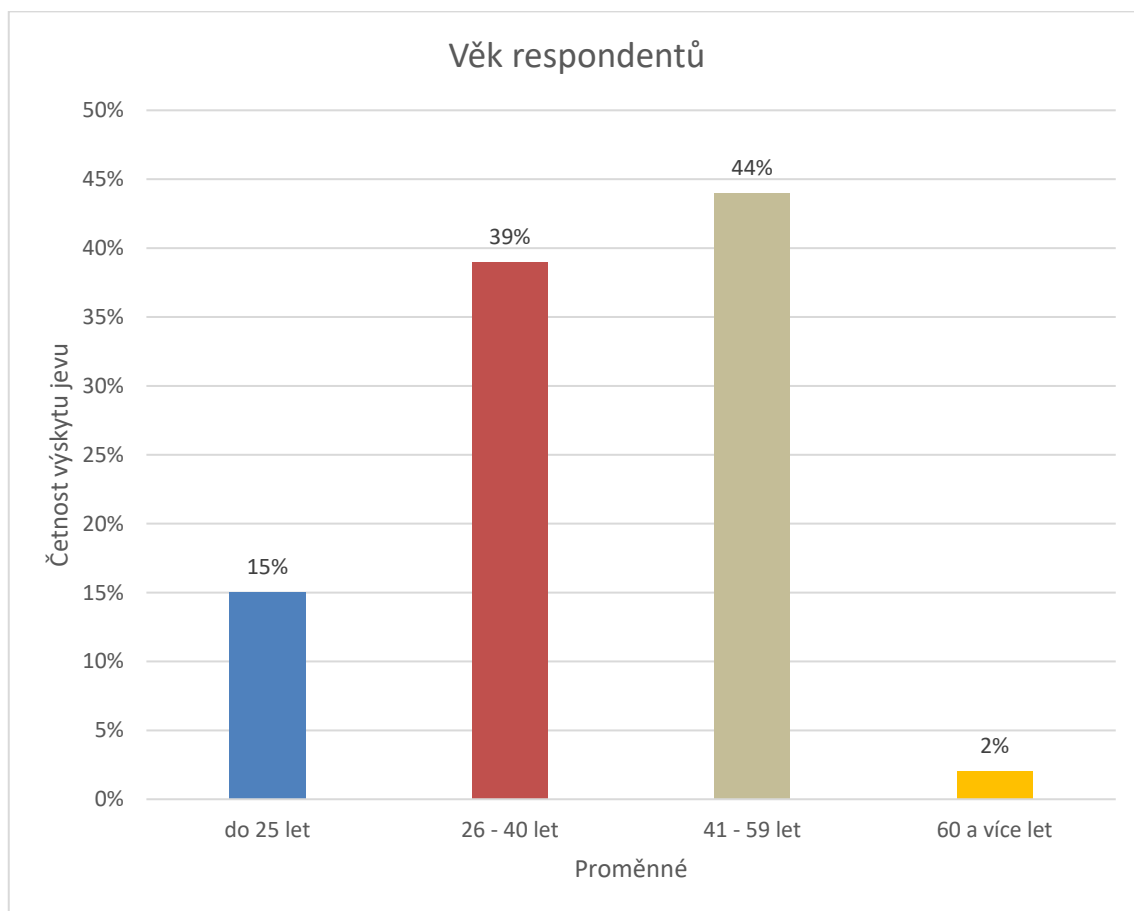
Otázka č. 1: Jakého jste pohlaví?



Graf 1 Pohlaví respondentů

Graf 1 graficky znázorňuje odpovědi na otázku jakého je dotazovaný pohlaví. Ze sta respondentů (100 %) označilo 87 (87 %) odpověď žena a 13 (13 %) odpověď muž.

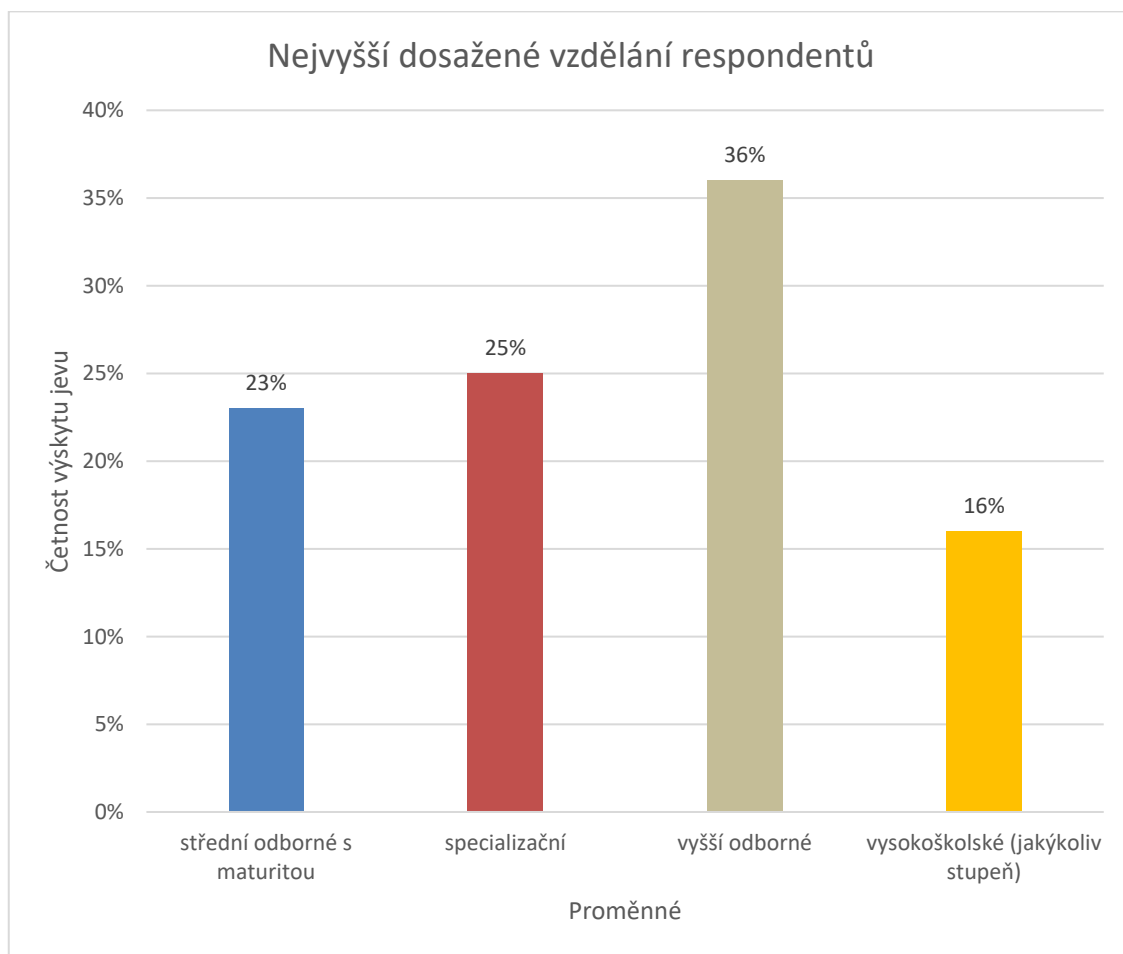
Otázka č. 2: Jaký je Váš věk?



Graf 2 Věk respondentů

V Grafu 2 vidíme věkové složení dotazovaných. Z celkového počtu 100 respondentů (100 %) bylo nejvíce osob - 44 (44 %) ve věku mezi 41 a 59 lety, 39 osob (39 %) ve věku od 26 do 40 let, 15 (15 %) respondentů bylo ve věku do 25 let a pouhé dvě osoby (2 %) byly šedesátileté nebo starší.

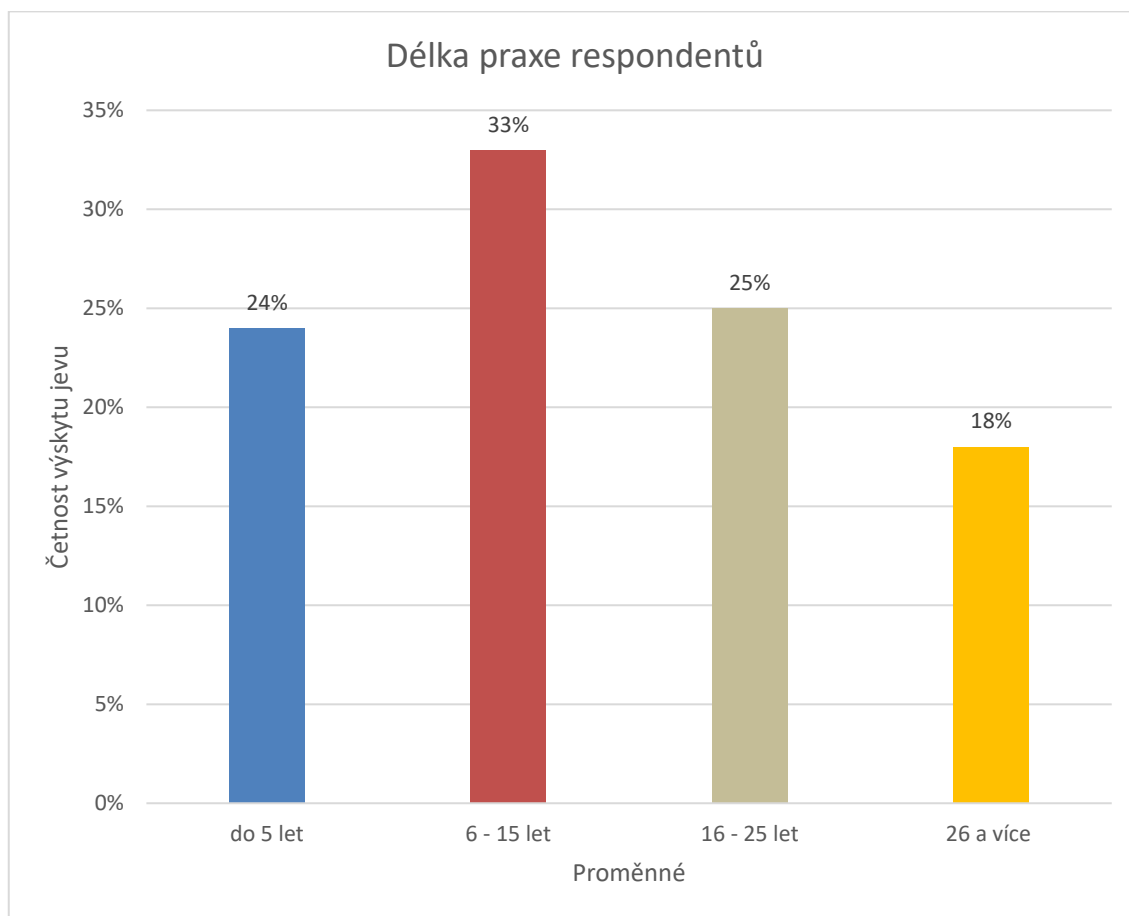
Otázka č. 3: Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání v oboru?



Graf 3 Nejvyšší dosažené vzdělání respondentů

Z celého výzkumného vzorku 100 osob (100 %) mělo 36 osob (36 %) úspěšně ukončené vyšší odborné vzdělání ve zdravotnickém oboru, 25 dotázaných (25 %) mělo úspěšně ukončené specializační vzdělání v jejich oboru, skoro stejný počet (23 = 23 %) dotázaných jako své nejvyšší dosažené vzdělání označilo střední odborné vzdělání zakončené maturitou a 16 (16 %) vlastnilo vysokoškolský titul (jakýkoliv dosažený stupeň) (viz. Graf 3).

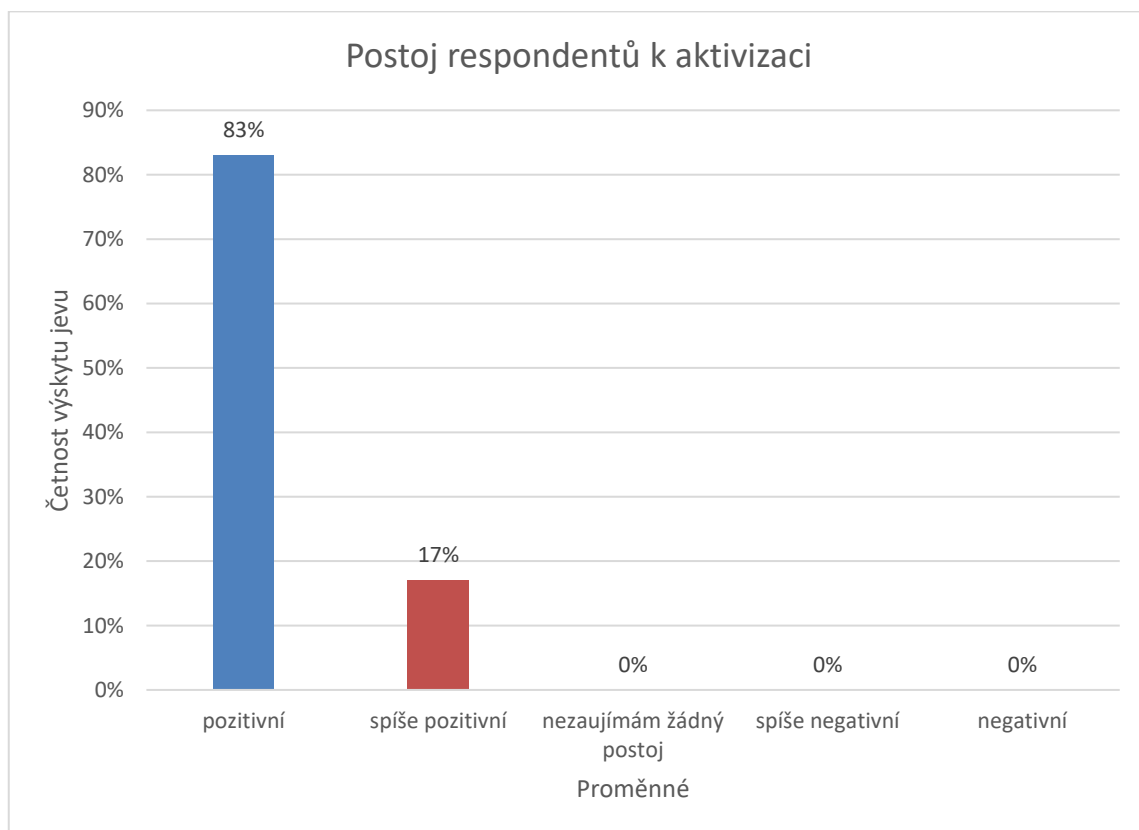
Otázka č. 4: Jaká je délka Vaší praxe v oboru?



Graf 4 Délka praxe respondentů

Čtvrtá otázka měla za úkol zmapovat průměrnou délku praxe dotazovaných s duševně nemocnými pacienty. Nejvíce ze 100 dotazovaných (100 %) tj. 33 (33 %) respondentů pracují v oboru nejméně 6 a maximálně 15 let. Celá čtvrtina dotazovaných pracuje s duševně nemocnými více než 16 a zároveň méně než 25 let. Dalších 24 dotazovaných (24 %) má maximálně pětileté zkušenosti a zbylých 18 (18 %) pracuje v oboru minimálně 26 let (viz. Graf 4).

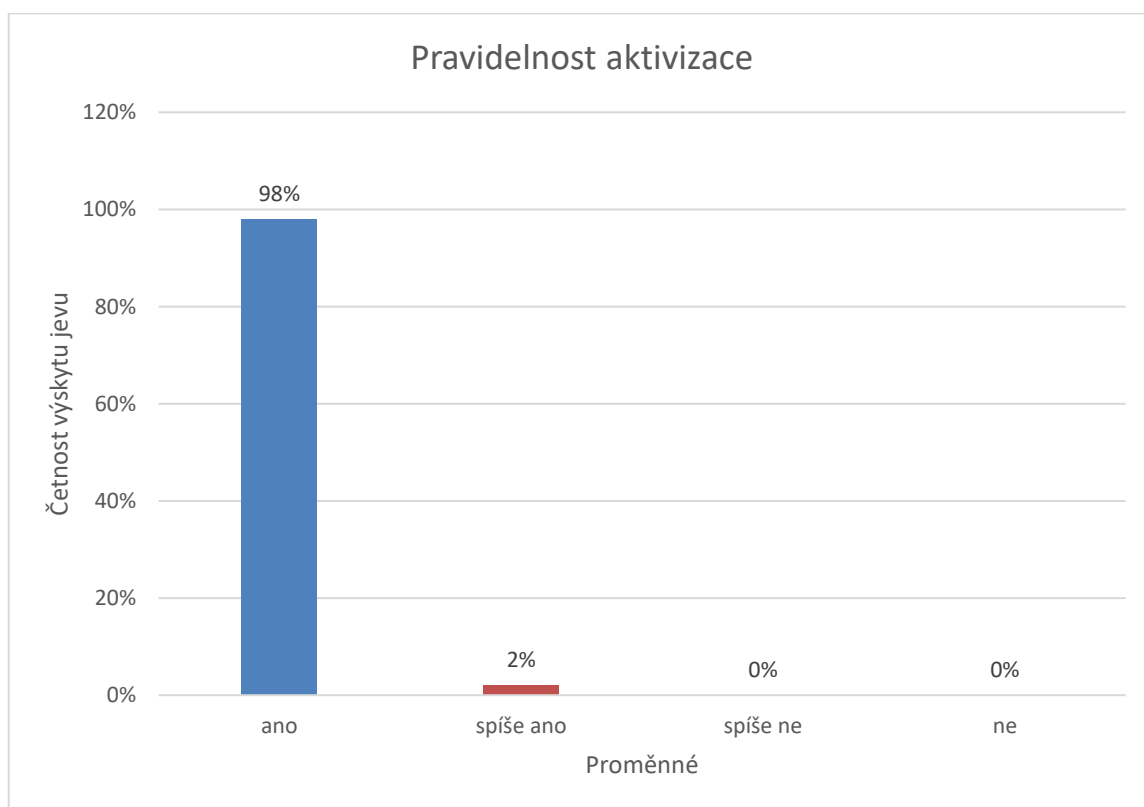
Otázka č. 5: Jaký je Váš postoj k aktivizaci duševně nemocných?



Graf 5 Postoj respondentů k aktivizaci pacientů

Graf 5 znázorňuje odpovědi na otázku postoje všeobecné sestry k aktivizaci duševně nemocných. Ze sta dotázaných (100 %) jich 83 (83 %) označilo svůj postoj za naprosto pozitivní. Zbylých 17 dotázaných (17 %) svůj postoj označilo za spíše pozitivní. Nikdo z respondentů neoznačil svůj postoj za spíše negativní ani negativní a nevyskytl se nikdo, kdo by nezaujímal žádný postoj k výše uvedenému tématu.

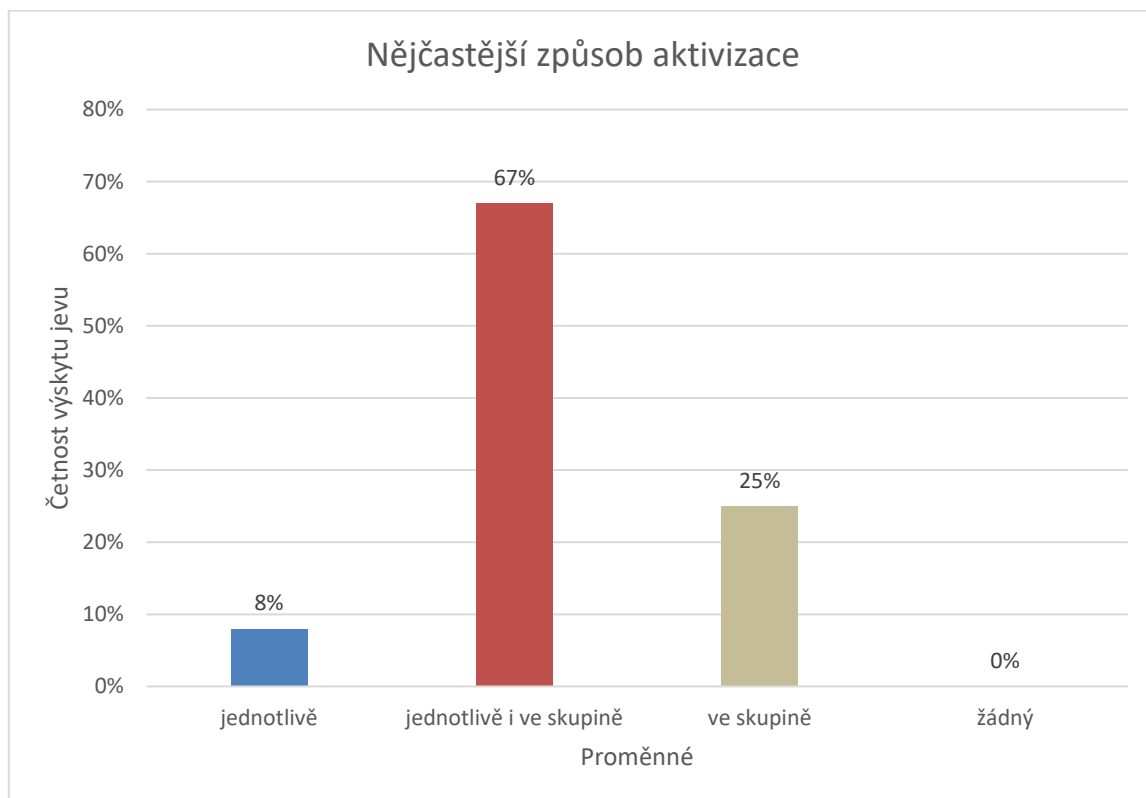
Otázka č. 6: Aktivizujete pravidelně duševně nemocné pacienty na Vašem oddělení?



Graf 6 Pravidelnost aktivizace pacientů

Při dotazu na pravidelnost aktivizace duševně nemocných na konkrétním oddělení odpovědělo 98 respondentů ze sta (98 %) kladně odpovědí ano a zbylí 2 respondenti (2 %) shledali za vhodnější odpověď spíše ano. Nikdo z tázaných neoznačil odpovědi spíše ne a ne (viz. Graf 6).

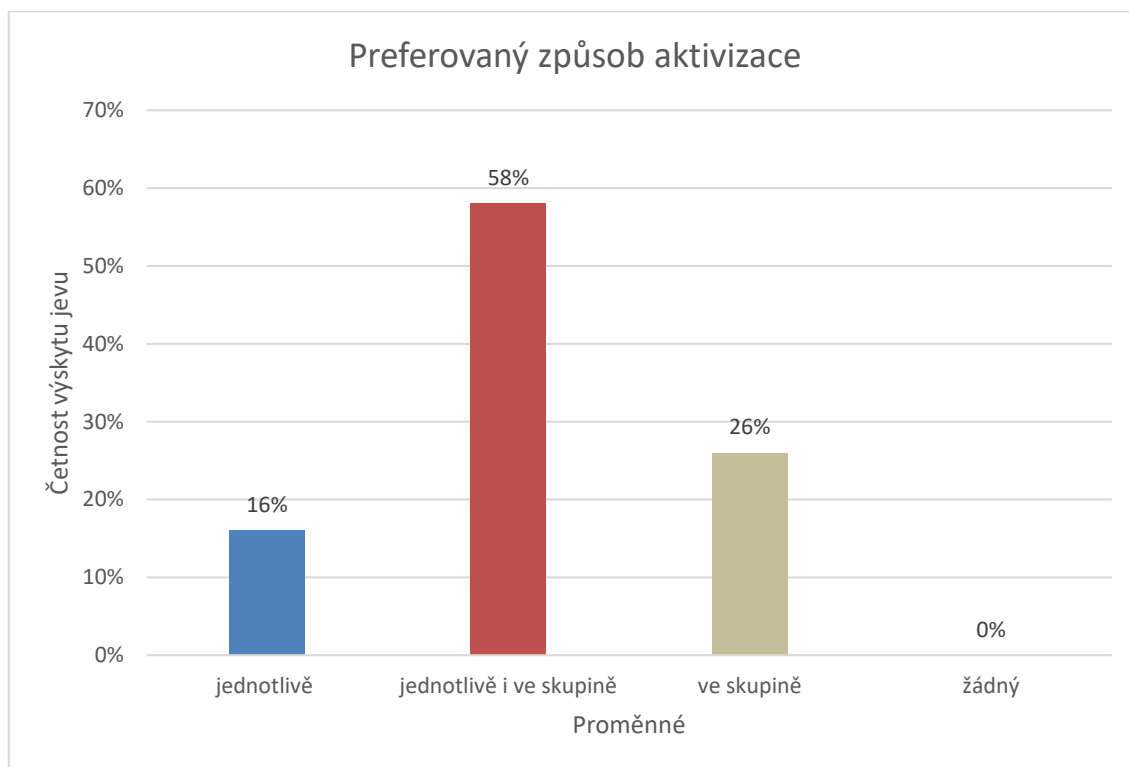
Otázka č. 7: Jakým způsobem se nejčastěji aktivizují duševně nemocní pacienti na Vašem oddělení?



Graf 7 Nejčastější způsob aktivizace

Graf 7 mapuje skladbu odpovědí na otázku, jakým způsobem se nejčastěji aktivizují duševně nemocní pacienti na jednotlivých odděleních. Většina respondentů z výzkumného vzorku (67 %) aktivizuje jak jednotlivě, tak i ve skupině. Čtvrtina z dotázaných (25 %) aktivizuje pacienty na oddělení pouze ve skupině a pouhých 8 dotázaných (8 %) aktivizuje pacienty na oddělení pouze jednotlivě. Nikdo neuvedl, že na oddělení neaktivizuje.

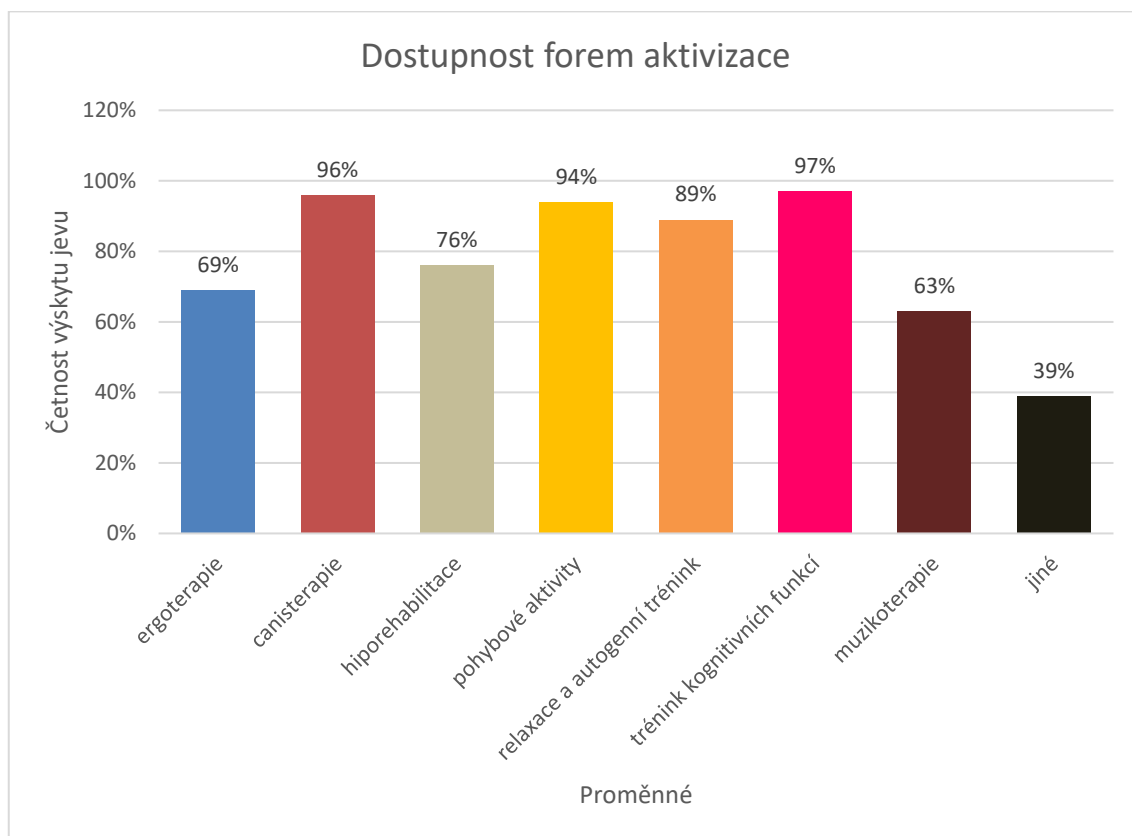
Otázka č. 8: Jaký způsob aktivizace Vy osobně preferujete?



Graf 8 Preferovaný způsob aktivizace

Graf 8 graficky znázorňuje preference způsobu aktivizace všeobecných sester. Nadpoloviční většina dotázaných (58 %) preferuje kombinovaný způsob aktivizace (jak jednotlivě, tak i ve skupině), více než čtvrtina (26 %) respondentů preferuje spíše aktivizaci ve skupině a zbylých 16 % dotázaných upřednostňuje spíše aktivizaci jednotlivců. Nikdo z dotázaných nevedl, že neupřednostňuje žádný ze způsobů aktivizace.

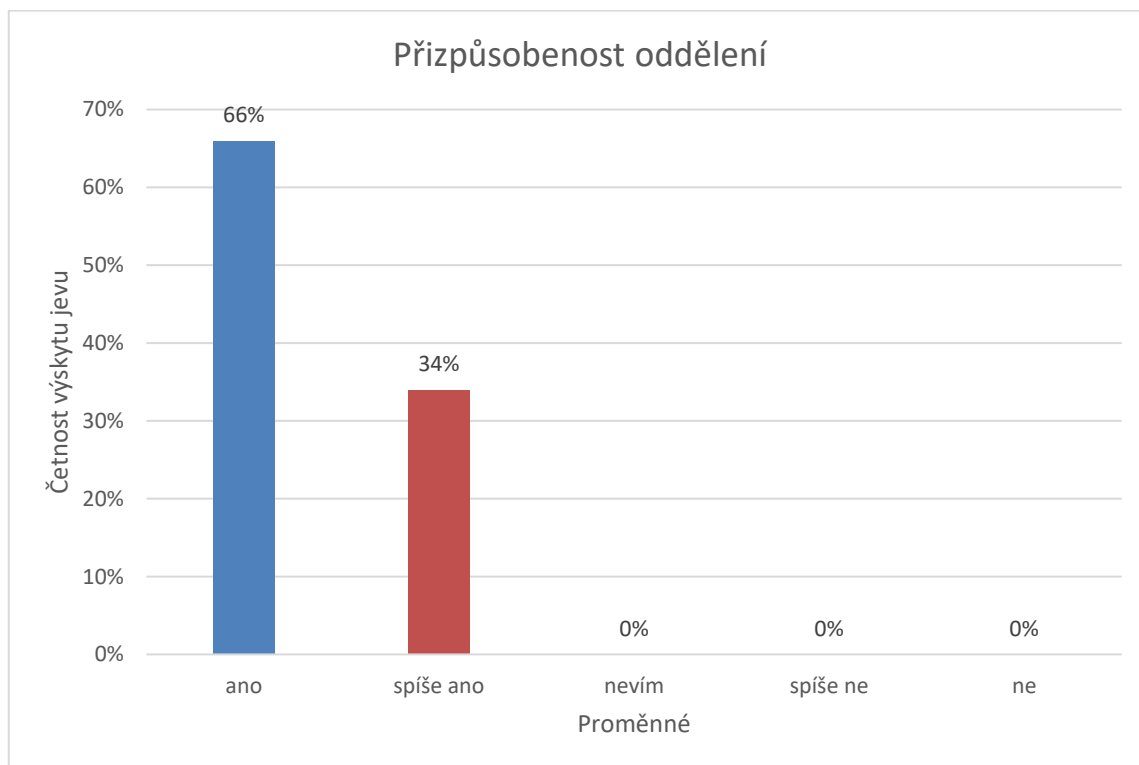
Otázka č. 9: Jaké formy aktivizace jsou dostupné na Vašem oddělení?



Graf 9 Formy aktivizace dostupné na oddělení

Graf 9 podává informaci o formách aktivizací, dostupných na vybraných pracovištích. Dotázaní mohli označit více odpovědí z nabídky. Z výzkumného vzorku sta respondentů (100 %) je nejvíce dostupný trénink kognitivních funkcí. Jako dostupný na oddělení ho označilo 97 respondentů (97 %). Hned za ním je nejvíce rozšířená canisterapie, kterou označilo za dostupnou 96 dotázaných (96 %). Třetí nejvíce dostupnou terapií je terapie za pomoci pohybových aktivit (94 %). Relaxaci a autogenní trénink má k dispozici 89 respondentů (89 %). Terapie za pomoci koní – hiporehabilitace je dostupná pro 76 dotázaných (76 %). Ergoterapie dostupná na oddělení u 69 sester (69 %) a podobným číslem se pyšní i muzikoterapie dostupná pro 63 sester (63 %). Celých 39 % dotázaných zaškrtovalo také odpověď jiné, u které byla možnost vypsát vlastní terapie, které nebyly v nabídce. Mezi nejčastější jiné aktivizace patřila arteterapie, tělová terapie, vycházky do města, vaření, sledování TV, hraní společenských her, četba, taneční terapie, socioterapie a informatika.

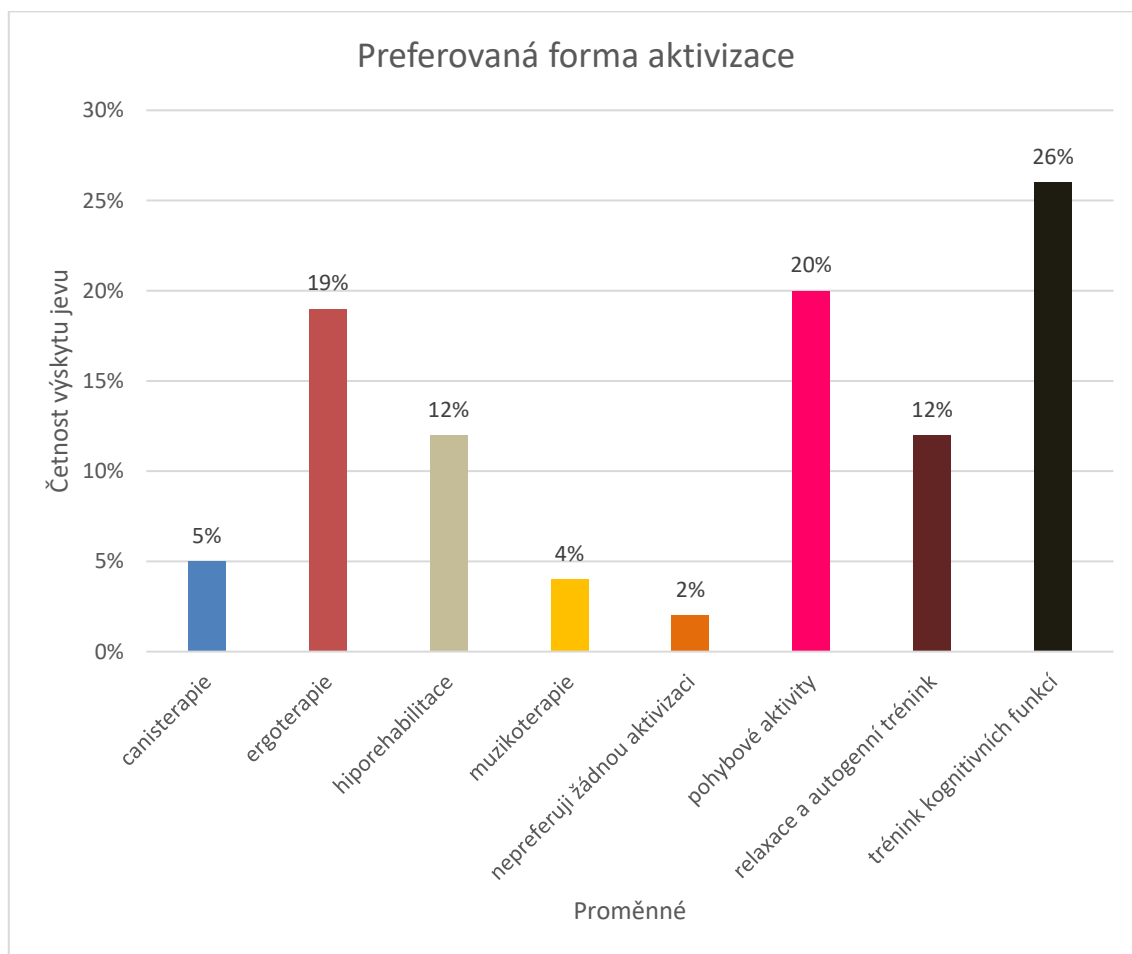
Otázka č. 10: Je, podle Vašeho názoru, Vaše oddělení přizpůsobené pro aktivizaci pacientů?



Graf 10 Přizpůsobenost oddělení pro aktivizaci

Dalším ukazatelem zjišťovaným v dotazníku bylo zjištění názoru, zda je oddělení přizpůsobené pro aktivizaci pacientů. Všichni respondenti vyjádřili kladný názor, přičemž pro 66 z nich (66 %) je platná jasná odpověď ano a pro zbylých 34 (34 %) je přesnější odpověď spíše ano. Nikdo z dotázaných neoznačil záporné odpovědi ne nebo spíše ne, ani neutrální odpověď nevím (viz. Graf 10).

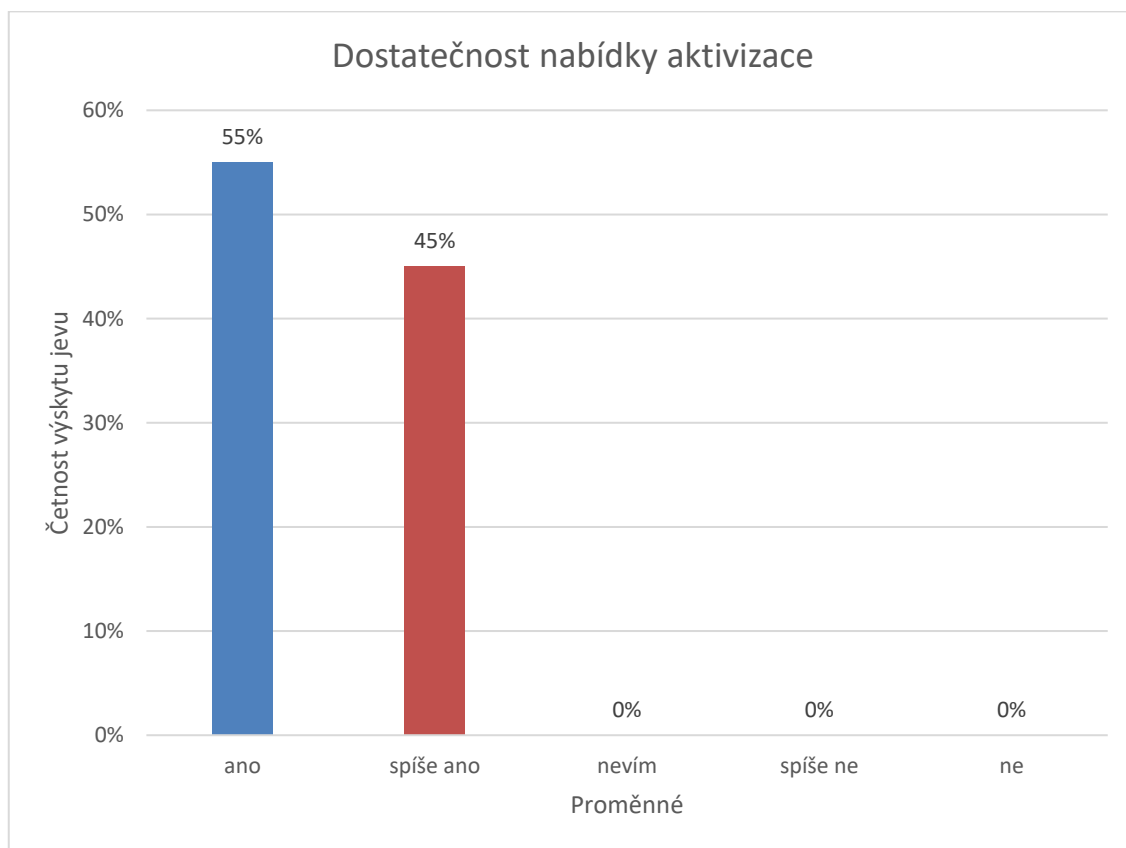
Otázka č. 11: Jakou formu aktivizace Vy osobně preferujete?



Graf 11 Osobní preference forem aktivizace

Graf 11 zpracovává data sesbíraná ohledně otázky osobních preferencí ve formách aktivizace. Nejvíce oblíbeným je trénink kognitivních funkcí s 26 %, druhá v oblíbenosti je aktivizace pomocí pohybových aktivit, kterou označila pětina respondentů (20 %). Ergoterapie vychází z průzkumu jako třetí nejoblíbenější aktivizace – označilo ji 19 respondentů (19 %). Hiporehabilitace se těší stejné oblíbenosti jako relaxace a autogenní trénink. Jakou oblíbenou formu aktivizace je označilo 12 dotázaných (12 %). Pro 5 respondentů (5 %) je upřednostňovanou aktivizací canisterapie a pro další 4 (4 %) je preferovanější muzikoterapie. Dva respondenti (2 %) neupřednostňují žádnou aktivizaci.

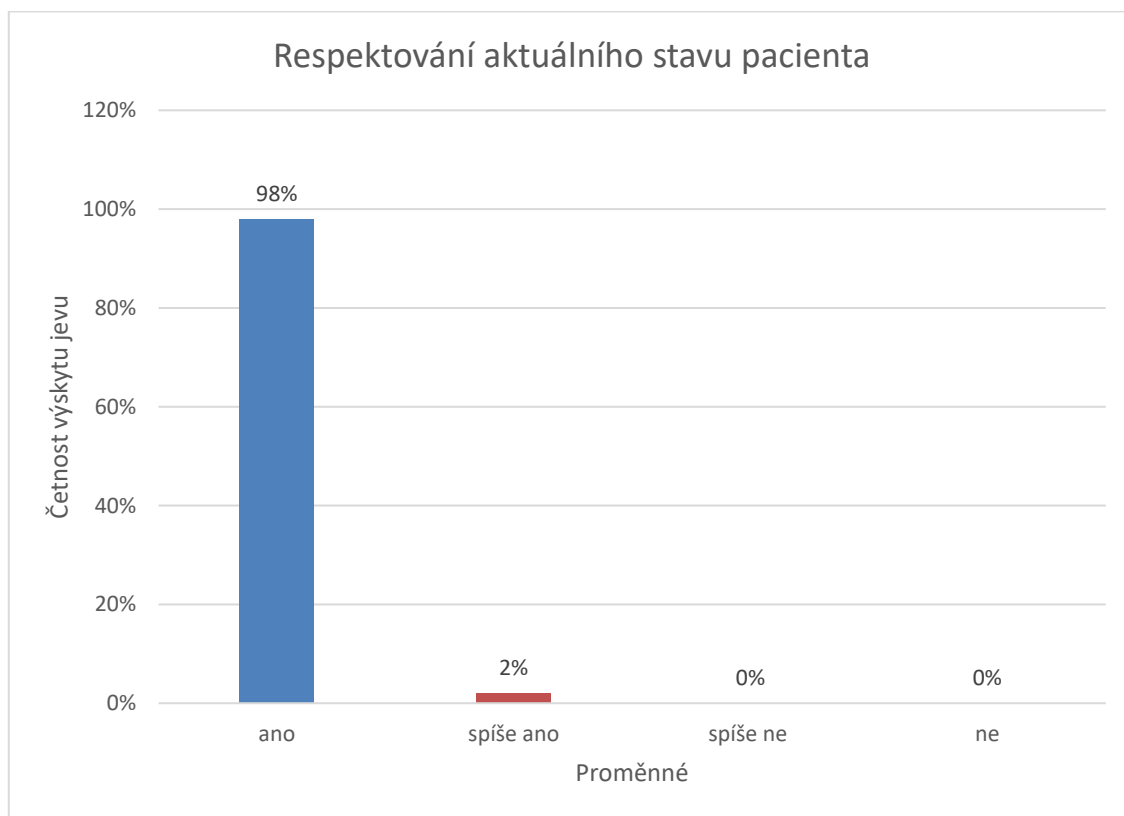
Otázka č. 12: Považujete nabídku aktivizací na Vašem oddělení za dostatečnou?



Graf 12 Dostatečnost nabídky aktivizace

Dvanáctá otázka v dotazníku měla za úkol zjistit názor všeobecných sester na nabídku aktivizací na jejich oddělení a zhodnotit, zda je tato nabídka, podle jejich subjektivního názoru, dostatečná. Ze sta dotazovaných (100 %) si 55 respondentů (55 %) myslí že ano, nabídka je dostatečná a zbylých 45 (45 %) si myslí, že nabídka je spíše dostatečná. Nikdo z dotázaných neoznačil za odpověď ne, spíše ne nebo nevím (viz. Graf 12).

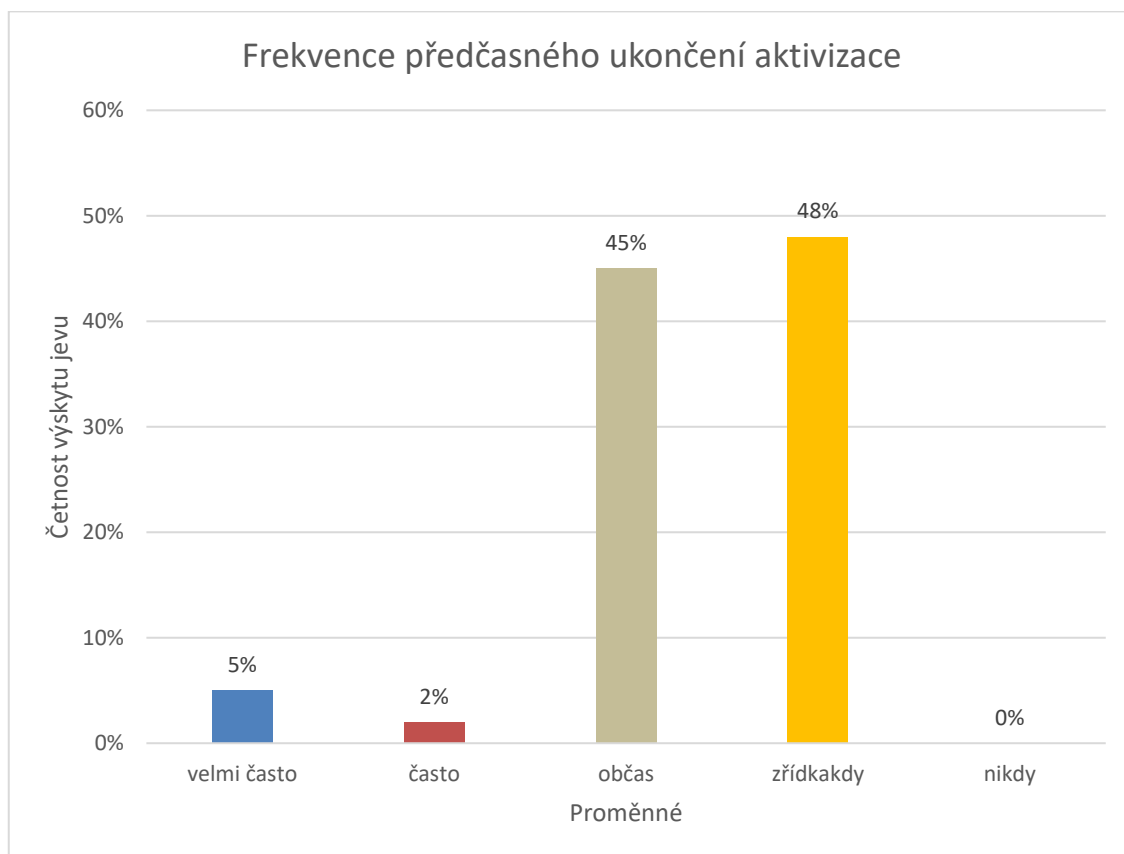
Otázka č. 13: Respektujete při aktivizaci aktuální tělesný a duševní stav pacienta?



Graf 13 Respektování aktuálního stavu pacienta

Z Grafu 13 je možno vyčíst, zda všeobecné sestry respektují při aktivizaci aktuální tělesný i duševní stav duševně nemocného pacienta. Ze sta respondentů (100 %) jich 98 (98 %) naprosto souhlasí a zbylí dva (2 %) spíše souhlasí. Nikdo z dotázaných se k otázce nevyjádřil záporně (ať už ne nebo spíše ne).

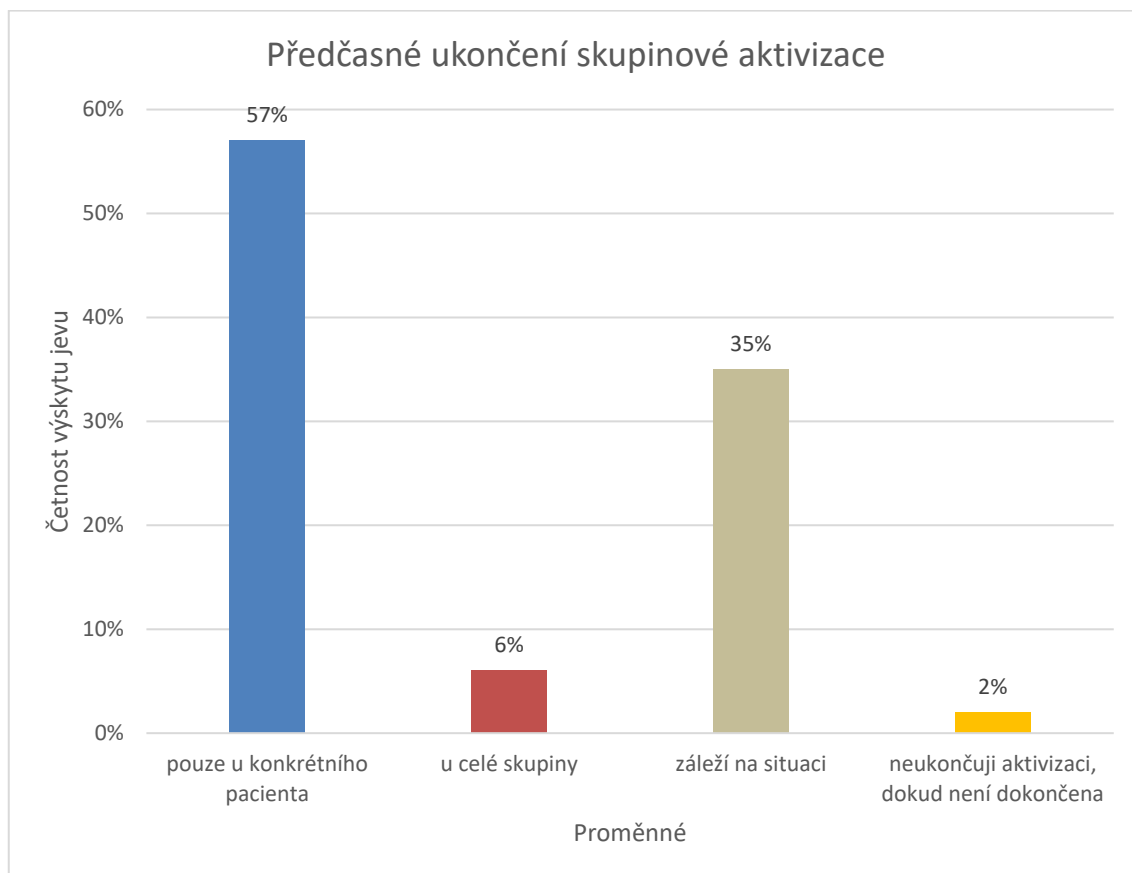
Otázka č. 14: Jak často jste nuceni předčasně ukončit aktivizaci?



Graf 14 Frekvence předčasného ukončení aktivizace

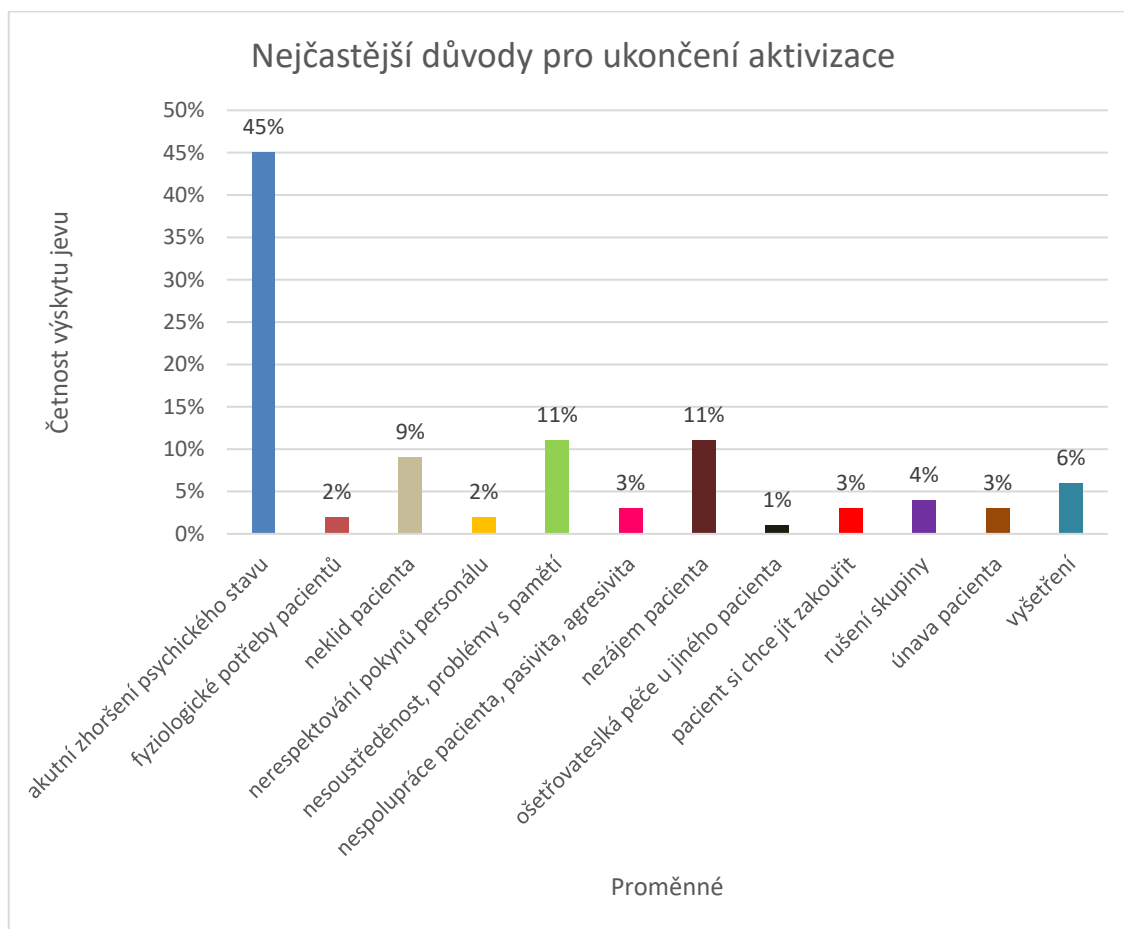
Další graf se zabývá frekvencí a nutností předčasného ukončení aktivizace pacienta. Ze sta dotázaných (100 %) jich zřídka předčasně ukončuje aktivizaci pacienta 48 (48 %). Občas musí předčasně ukončit aktivizaci 45 všeobecných sester (45 %). Velmi často předčasně ukončuje aktivizaci 5 všeobecných sester (5 %). Často ukončují předčasně aktivizaci 2 respondenti (2 %).

Otázka č. 15: V případě skupinových aktivizací ukončujete aktivizaci celé skupiny nebo pouze konkrétního pacienta?



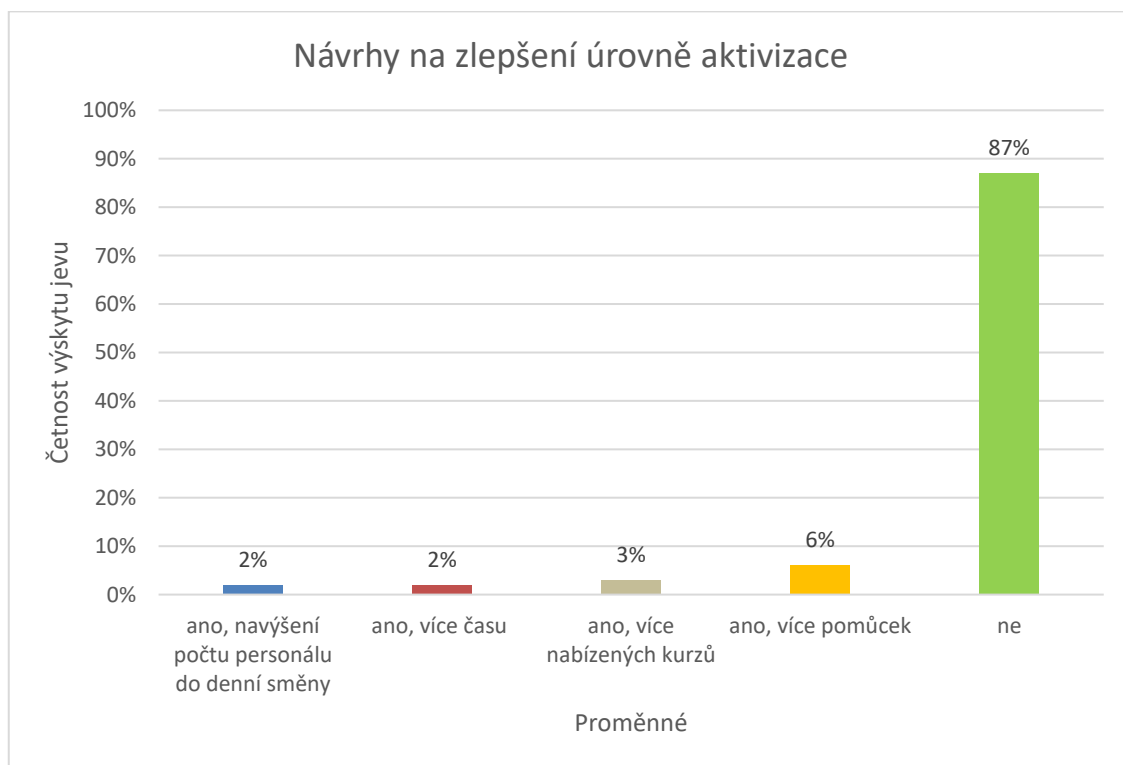
Graf 15 Předčasné ukončení skupinové aktivizace

Graf 15 se zabývá předčasným ukončením aktivizace v případě skupinových aktivizací. Ze sta respondentů (100 %) 57 (57 %) uvádí, že v nutných případech ukončuje aktivizaci pouze u konkrétního pacienta, u kterého se vyskytl problém nebo věc nutná k vyřešení. Dalších 35 (35 %) respondentů se rozhoduje podle konkrétní situace, ve které se právě nachází. U celé aktivizované skupiny pacientů ukončuje aktivizaci 6 dotázaných (6 %). Zbylí dva respondenti (2 %) v žádném případě neukončují aktivizaci, dokud není dokončena.

Otázka č. 16: Jaké jsou Vaše nejčastější důvody pro předčasné ukončení aktivizace?**Graf 16 Nejčastější důvody pro ukončení aktivizace**

Pro dokreslení situace ohledně předčasného ukončování aktivizací je nutné znát také nejčastější důvody předčasného ukončení aktivizace. Pro výzkumný vzorek sta všeobecných sester (100 %) je nejčastějším důvodem pro předčasné ukončení aktivizace akutní zhoršení psychického stavu, který uvedlo 45 respondentů (45 %). Dalšími častými důvody jsou nesoustředěnost a problémy s pamětí, které označilo 11 dotázaných (11 %). Úplně stejná frekvence výskytu (11 %) je u nezájmu ze strany pacienta. Další 9 respondentů (9 %) se často setkává s neklidem pacienta a je proto nutno předčasně ukončit aktivizaci. Vyšetření je nejčastějším důvodem ukončení aktivizace pro 6 dotázaných (6 %). Nicméně 4 respondenti (4 %) ukončují aktivizaci kvůli rušení zbytku skupiny a nemožnosti nadále pokračovat. Další 3 dotázaní (3 %) uvedli jako nejčastější důvod pro ukončení aktivizace chuť pacienta na cigaretu a stejně často se respondenti setkávají i s únavou pacienta. Fyziologické potřeby pacientů jsou nejčastějším důvodem pro předčasné ukončení aktivizace pro 2 respondenty (2 %). Zbýlý 1 dotázaný (1 %) předčasně ukončuje aktivizaci kvůli ošetřovatelské péči u jiného pacienta (viz. Graf 16).

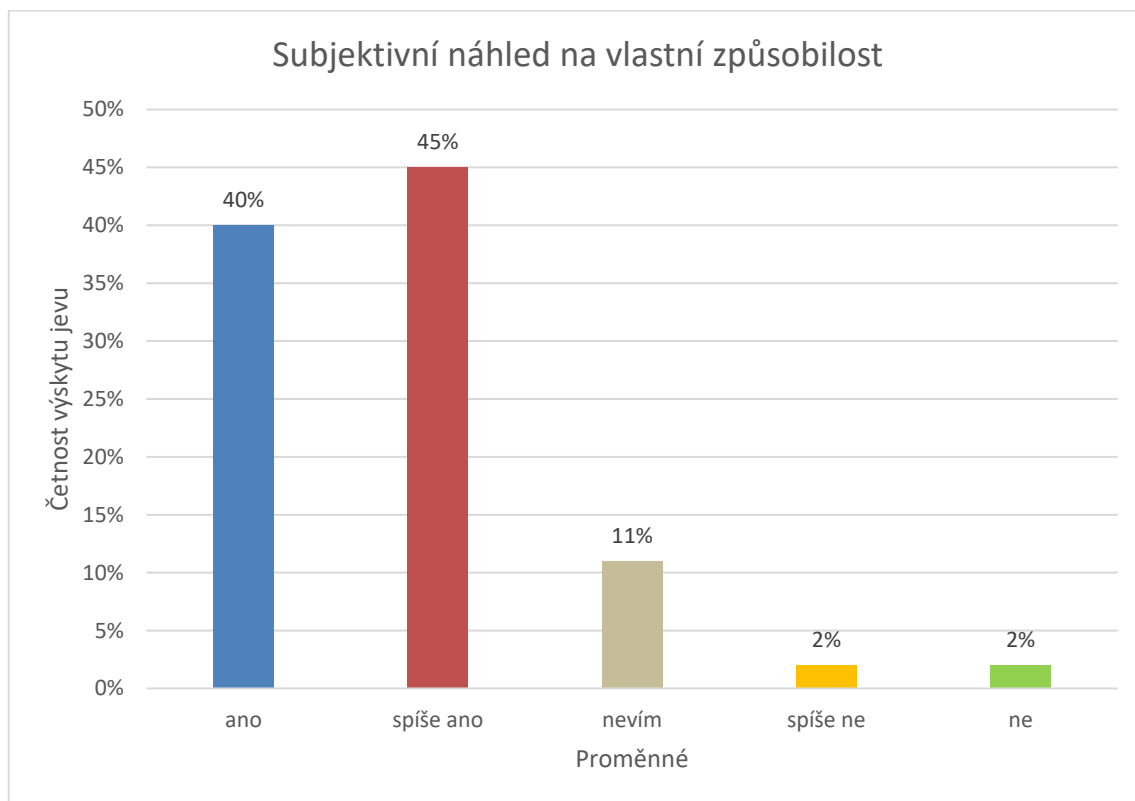
Otázka č. 17: Máte nějaké návrhy na zlepšení úrovně aktivizace na Vašem oddělení?



Graf 17 Návrhy na zlepšení úrovně aktivizace

Většina dotázaných všeobecných sester (87 ze sta – 87 %) nemá žádné návrhy na zlepšení úrovně aktivizace na daném oddělení. Zbylých 13 respondentů (13 %) návrhy má. Podle 6 dotázaných (6 %) by se úroveň aktivizace zlepšila po zajištění více a nových pomůcek pro jednotlivé aktivizace. Další 3 respondenti (3 %) vidí potenciál ve zvyšování počtu nabízených kurzů aktivizace pro pacienty. Pro 2 dotázané (2 %) by byl krok dobrým směrem navýšení počtu personálu do denní směny. Další 2 (2 %) by si přáli více času, který by mohli věnovat aktivizaci pacientů se schizofrenií (viz. Graf 17).

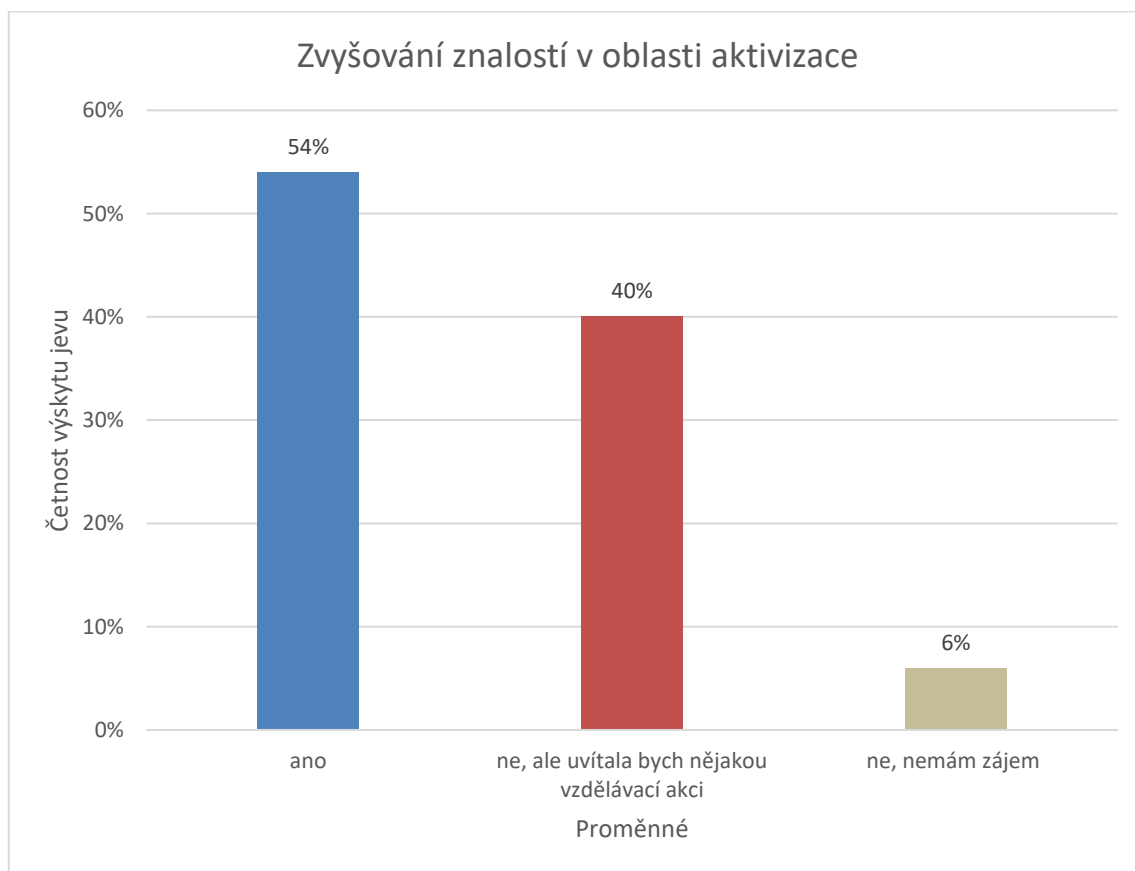
Otázka č. 18: Považujete sám/sama sebe za dostatečně způsobilého/ou pro aktivizaci duševně nemocných?



Graf 18 Subjektivní náhled na vlastní způsobilost

Graf 18 znázorňuje subjektivní názor respondentů na vlastní způsobilost pro aktivizaci duševně nemocných. Nejvíce, 45 respondentů (45 %), se označuje za spíše způsobilé. Podobný počet (40 dotázaných – 40 %) má názor, že jsou bezpochyby způsobilí pro aktivizaci pacientů. Dalších 11 (11 %) svoje kompetence neumí posoudit. Po 2 dotázaných (2 %) se zhodnotilo jako nezpůsobilí nebo spíše nezpůsobilí pro vykonávání aktivizace duševně nemocných pacientů.

Otázka č. 19: Zvyšujete si své znalosti v oblasti aktivizace?



Graf 19 Zvyšování znalostí v oblasti aktivizace

Ze 100 respondentů (100 %) si nadpoloviční většina 54 dotázaných (54 %) pravidelně zvyšuje své znalosti v oblasti aktivizace pacientů se schizofrenií. Dalších 40 (40 %) si sice své znalosti pravidelně nezvyšuje, ale uvítali by vytvoření nějaké vzdělávací akce. Zbylých 6 respondentů (6 %) si své znalosti nedoplňuje a ani nemá zájem o nějaké doplnění znalostí (i formou vzdělávací akce).

3 Diskuze

Na předchozích stránkách této bakalářské práce jsem se zabývala aktivizací pacientů se schizofrenií v Psychiatrické nemocnici Havlíčkův Brod. Předmětem mého zkoumání bylo zmapování názorů všeobecných sester, a také jejich pohled na aktivizování pacientů se schizofrenií na vybraných odděleních. Pro účely praktické části mé bakalářské práce jsem si zvolila jeden cíl. Zjišťovala jsem, jaké aktivizační techniky využívají všeobecné sestry v praxi. K cíli práce jsem si stanovila tři výzkumné otázky.

První otázka mapovala možnosti všeobecných sester v aktivizaci pacientů na vybraných odděleních. Sto procent respondentů uvedlo, že jejich postoj k aktivizaci je pozitivní či spíše pozitivní. Ze všech dotazovaných na pravidelnou aktivizaci odpovědělo 98 %, že ano, a 2 %, že spíše ano. Všichni dotazovaní se tedy vyjádřili, že aktivizují pravidelně a aktivizují rádi. Jak píše Křivošíková (2011), psychosociální rehabilitace má totiž pozitivní vliv na tělesný i duševní stav psychicky nemocného. Dle mého názoru jsou výsledky ideální. Dále 67 % všeobecných sester uvedlo, že na odděleních aktivizují jednotlivě i ve skupině, což shledávám jako pozitivní fakt, jelikož už vzhledem k jednotlivým povahám pacientů, kombinovaných s různými formami schizofrenie, nelze formu aktivizace stoprocentně unifikovat. Jak udávají Kantor, Lipský a Weber (2009) zatímco nespornou výhodou skupinové aktivizace je tzv. skupinová dynamika, výhoda individuální aktivizace spočívá v jednoduchosti oproti aktivizaci skupinové, a také posílení vztahu pacient-terapeut. Jako nejdostupnější aktivizace na vybraných odděleních můžeme označit tři: trénink kognitivních funkcí, canisterapie a pohybové aktivity. Všechny tři aktivizace se procentuelně ocitly těsně pod 100 % (97 %, 96 % a 94 %). Z výzkumu nevyplývá, že bychom o nějaké z aktivizací mohli říct, že je dostupná všude. Tento jev můžu zdůvodnit například nepozorným čtením otázky nebo neoznačením všech správných odpovědí. Nicméně si myslím, že možnosti aktivizace na jednotlivých odděleních jsou relativně rovnocenné (s ohledem na zdravotní stav a schopnosti konkrétního pacienta). Všichni respondenti se vyjádřili kladně o přizpůsobenosti oddělení k aktivizacím. K tomuto výsledku můžu podotknout, že prostorové vybavení oddělení je dostačující, nicméně by oddělení mohlo být lépe vybavené po personální stránce – více sester by obsáhlo více aktivit a mohlo by věnovat více času aktivizaci pacientů. Celkové shrnutí výsledků první výzkumné otázky je takové, že 98 % dotázaných má naprosto

pozitivní vztah k aktivizaci a nabídka jednotlivých aktivizací na odděleních je relativně široká a pestrá.

Druhou výzkumnou otázkou jsem zjišťovala preference jednotlivých všeobecných sester v možnostech aktivizace. Ve způsobech aktivizace jsou osobní preference sester podobné nejčastějším způsobům aktivizace. Je však zajímavé, že 16 % sester by upřednostnilo aktivizaci jednotlivců, ale v praxi ji nejčastěji praktikuje pouze 8 % všeobecných sester. Mé osobní preference odpovídají výsledkům výzkumu s příklonem ke skupinovým aktivizacím (za předpokladu, že jde o malé skupinky nemocných, a pokud to stav pacienta umožňuje), jelikož jsem byla několikrát svědkem jevu, kdy přítomnost pacienta, který už měl svou nemoc lépe zvládnutou, velice pozitivně motivovala pacienta, který byl teprve na začátku cesty ke zvládnutí nemoci. Pro mě neočekávanějšími výsledky byly odpovědi na otázku osobní preference u formy aktivizace. V průběhu mé praxe jsem se setkala s pestrými názory a předpokládala jsem pestrost odpovědí. Můj předpoklad se vyplnil. Za nejoblíbenější formu můžu s 26 % prohlásit trénink kognitivních funkcí. Velkým zklamáním byl pro mě výsledek canisterapie, kterou preferuje pouze 5 % dotázaných a která je pro mě preferovanou aktivizací. Dle mých zkušeností a po rozhovoru, který jsem vedla s canisterapeutkou, můžu prohlásit, že většina nemocných reaguje na psy pozitivně a zlepší se jim nálada. Zooterapie je však specifickou formou aktivizace a nemusí vyhovovat všem (ať už pacientům nebo personálu). Dobrým znamením je, že všem dotazovaným poměrně vyhovuje nabídka dostupných aktivizací (55 % vyhovuje a 45 % spíše vyhovuje). Vzhledem k mým zkušenostem si myslím, že nabídka aktivizací je široká, pestrá a pro každého duševně nemocného je sestra schopna najít ideální formu aktivizace bez větších obtíží. Odpovědi na druhou výzkumnou otázku můžeme shrnout jako očekávané. Četnost preferencí způsobů aktivizace je poměrně shodná s nejčastějšími způsoby aktivizace, oblíbenost forem aktivizace je velice pestrá a ani jedna aktivizace nepřekročila 50% hranici. Nabídka dostupných aktivizací většinou všeobecným sestram vyhovuje.

Třetí výzkumná otázka odhaluje úskalí spočívající v jednotlivých způsobech aktivizace pacientů. Všechny dotazované všeobecné sestry respektují momentální fyzický i duševní stav pacienta se schizofrenií. V 98 % případů tento stav respektují naprosto a ve 2 % případů byla odpověď spíše ano. Označila bych výsledky za příznivé, vzhledem k tomu, že komplexní terapie spočívá právě mimo jiné v respektování individualit člověka. Je možné opřít výsledky o tvrzení Tsuanga (2011), totiž že důsledkem nemoci tělo postupně

slábne jak po fyzické, tak po psychické stránce. Možnost vzniku kognitivního deficitu je aktuální i přes obvyklé zachování intelektu a vědomí. Není tedy možné dopředu vědět, v jakém stavu se bude psychika nemocného v té dané chvíli nacházet. Dle mého názoru otázka respektování momentálního stavu souvisí i s další otázkou, která se týkala frekvence předčasného ukončování aktivizace. Nejvíce se respondenti přikláněli k odpovědím zřídka (48 %) a občas (45 %). Velmi často se s předčasným ukončováním aktivizace setkává pouhých 5 % respondentů a často jen 2 %. Podle mého názoru tyto pozitivně nízké hodnoty souvisí právě s tím, že sestra, pokud sledává pacienta momentálně indisponovaného vzhledem k plánované aktivizaci, aktivizaci vůbec nezačne a nemusí ji tedy ani předčasně ukončovat. Přímým dopadem je také snižování negativního vlivu na spolupacienty ve skupině i za předpokladu, že při náhle vzniklém problému ukončuje 57 % sester aktivizaci pouze u konkrétního pacienta.

U otázky předčasného ukončení aktivizace u skupiny se já přikláním k názoru 35 % respondentů – závisí na situaci. Příjemně mě potěšila nízká hodnota (2 %) u případu, kdy sestra aktivizaci neukončuje, dokud není plně dokončena. Pochybuji o vhodnosti unifikování chování ve všech případech a nepřipouštění možností výjimek. Velice očekávané byly pro mě také nejčastější důvody předčasného ukončení aktivizace. Tato otázka byla v dotazníku otevřená, nicméně odpovědi se vesměs shodovaly. Jasně nejčastějším (45 %) důvodem bylo akutní zhoršení stavu. Tento výsledek jsem očekávala. Dále následovala nesoustředěnost a problémy s pamětí (11 %) a nezájem ze strany pacienta (11 %). Hodnotou nezájmu ze strany pacienta jsem byla mírně překvapena. Díky zkušenostem získaným při praxi jsem očekávala vyšší číslo. Nicméně dle Zgoly (2013) lze tuto chuť pacienta nic nedělat překonat vedením a vhodným namotivováním duševně nemocného během dané aktivity. Taktéž u neklidu (9 %) jsem odhadovala mírně vyšší číslo. Špatný odhad může být způsobený faktem, že jsem požadovala vypsání nejčastějšího důvodu, možná vznikla misinterpretace a sestry psaly spíše nejzávažnější důvod. Zajímavým poznatkem je také fakt, že 3 % sester nejčastěji ukončuje aktivizaci z důvodu pacientovy chuti na cigaretu. Troufám si říci, že na kouření mají pacienti přes den dostatek času a příležitostí a nemyslím si, že by bylo nutné kvůli cigaretě předčasně ukončovat aktivizaci. Jako další poznatek jsem zjišťovala, zda mají sestry nějaké návrhy na zlepšení úrovně aktivizace a pokud ano, jaké. I když 87 % dotazovaných uvedlo, že nemá, zbylých 13 % mělo zajímavé návrhy. Celkem 6 % dotázaných by si přálo více pomůcek pro aktivizaci, což kvituji. Musím však podotknout, že kvalitního vybavení a pomůcek není nikdy dost. Další 3 % respondentů by chtěla rozšířit nabídku aktivizací.

Naprostou souhlasím s dalšími 2 %, která si přejí více času pro aktivizaci s pacienty, a s tím související další 2 %, která zdůrazňují, že je v denní směně málo sester. Tyto dva návrhy spolu dost souvisí. Kdyby byl dostatek sester na denní směně, sestry by měly i více času na aktivizaci pacientů a obě strany by byly spokojenější. U otázky aktivizace obecně mě také zajímalo, jaký mají sestry náhled samy na sebe. Jak se dívají na své schopnosti a kompetence vzhledem k aktivizaci. I přes to, že je zde 85 % dotázaných, kteří se označují za způsobilé, celých 11 % se neumí samo zhodnotit a 4 % si myslí, že nejsou pro takovou práci způsobilí. Sice jde o poměrně malé číslo, nicméně je důležité upozornit, že 4 lidé se 100, kteří provádějí aktivizaci, vlastně „nevědí, co dělají“. S touto otázkou úzce souvisí i poslední otázka v dotazníku, která se zabývala vzděláváním se v oblasti aktivizace. Pozitivní je fakt, že nadpoloviční většina (54 %) respondentů se sama pravidelně vzdělává. Tento poznatek svědčí o vhodnosti těchto osob pro vykonávání tohoto povolání a aktivizace. Dalších 40 % se sice nevzdělává, ale uvítalo by možnost vzdělávacích akcí. Tento poznatek může být brán jako apel na vedení nemocnice a také jako pozitivní ukazatel ochoty personálu se vzdělávat a prohlubovat své vědomosti. Nicméně celých 6 % se nevzdělává a ani se vzdělávat nechce. Vzhledem k této statistice jsem vyhledala odpovědi těchto lidí na otázku způsobilosti a všichni si o sobě myslí, že jsou k aktivizaci způsobilí. Otázkou je, jestli jsou doopravdy způsobilí natolik, že se momentálně vzdělávat nemusí, nebo jim pouze chybí potřebná dávka sebereflexe. Shrnout odpověď na třetí výzkumnou otázku můžu tak, že žádný z výsledků, které z výzkumu vyplývají není nijak zvlášť alarmující. Předčasné ukončování aktivizace není časté a personál většinou bere ohled na momentální stav pacienta. Důvody předčasného ukončení aktivizace vyšly očekávané a hodnoty jsou více méně očekávané. Návrhy na zlepšení úrovně aktivizace na oddělení jsou věcné a sestry se povětšinou považují za způsobilé k aktivizaci.

4 Návrh řešení a doporučení pro praxi

Podle výsledků výzkumu lze říci, že téměř všechny všeobecné sestry na vybraných odděleních v Psychiatrické nemocnici Havlíčkův Brod mají pozitivní vztah k aktivizaci pacientů se schizofrenií a aktivizují pravidelně. Sestry z větší části uplatňují jak individuální, tak i skupinový způsob aktivizace, nicméně přes třicet procent pacientů je aktivizováno pouze jedním ze způsobů aktivizace. Z dlouhodobého hlediska by bylo vhodné upravit podmínky tak, aby sestry na všech odděleních mohly aktivizovat pacienty oběma způsoby. Většině respondentů se zdá nabídka forem aktivizace na odděleních dostatečná, nicméně i přes tento fakt navrhuje nezanedbatelná část rozšíření nabídky aktivizací. Mým doporučením tedy je zajistit několik nových forem aktivizace a ke stávajícím aktivizacím doplnit anebo vyměnit pomůcky. Zvedla by se tak úroveň aktivizace na jednotlivých odděleních. Se zvyšováním úrovně aktivizace také souvisí mé doporučení na vytvoření kurzů nebo seminářů pro všeobecné sestry zaměřených na zdokonalování znalostí ohledně aktivizace. Celých čtyřicet procent respondentů by tuto možnost uvítalo a využilo. Vhodné vytvoření dalšího vzdělávání pro sestry by vyřešil i problém se sebehodnocením kvalifikace sester. Každá sestra by měla umět zhodnotit svou kvalifikaci a v ideálním případě by ji měla hodnotit pozitivně (i když je nutná přítomnost sebereflexe). Jako poslední doporučení uvádím nutnost prohloubení a soustavného udržování komunikace managementu se zbytkem personálu.

Závěr

Cílem bakalářské práce „Aktivizace pacientů se schizofrenií“ bylo zjistit názory a postoje všeobecných sester na aktivizační techniky a jejich využívání v praxi. V rámci toho byly stanoveny dva dílčí cíle:

Dílčí cíl 1: Zjistit, jaké možnosti aktivizace pacientů mají všeobecné sestry v praxi.

Dílčí cíl 2: Zjistit možné překážky v provádění aktivizace pacientů v praxi.

V návaznosti na stanovené cíle byly formulovány tři výzkumné otázky (VO):

VO1: Jaké možnosti mají všeobecné sestry v aktivizaci pacientů?

VO2: Jaké možnosti aktivizace pacientů všeobecné sestry preferují?

VO3: Jaká úskalí spočívají v jednotlivých způsobech aktivizace?

U první výzkumné otázky, která mapovala možnosti všeobecných sester v aktivizaci pacientů na vybraných odděleních, jsem dospěla k závěru, že naprostá většina všeobecných sester má prostor pro pravidelnou aktivizaci pacientů (ať už jednotlivě nebo skupinově). Nabídka dostupných aktivizací na jednotlivých odděleních je pestrá a díky tomu mají sestry při výběru ideální aktivizace pro konkrétního pacienta možnost zohlednit více faktorů. Oddělení jsou dostatečně prostorově a vybavením přizpůsobená pro realizování aktivizací, nicméně je pocíťován nedostatek personálu pro aktivizace.

Druhá výzkumná otázka zjistila preference jednotlivých všeobecných sester v možnostech aktivizace. Osobní preference a představy sester se ve většině případů setkávají s běžnou praxí na odděleních. S nabídkou aktivizací dostupných na oddělení jsou sestry většinou spokojené. Preference forem aktivizace jsou různorodé a vyrovnané. Široká nabídka dostupných forem aktivizace na odděleních, kombinovaná s otevřenými možnostmi ve způsobech aktivizace a podpořená různorodostí preferencí u sester, umožňuje sestrám vybrat si svou oblíbenou formu společně se způsobem aktivizace a reálně je praktikovat.

Třetí výzkumnou otázkou byla odhalena úskalí spočívající v jednotlivých způsobech aktivizace pacientů. Všechny dotazované všeobecné sestry respektují momentální fyzický i duševní stav pacienta se schizofrenií. Všeobecné sestry předčasně ukončují

aktivizaci pouze v minoritních případech, a když takový případ nastane, aktivizaci ukončují spíše jen u konkrétního pacienta. Pokud nastane potřeba předčasně ukončit aktivizaci, nejčastěji je to způsobeno akutním zhoršením stavu. Většina sester nemá žádné návrhy pro zlepšení úrovně aktivizace na jednotlivých odděleních, nicméně zbylé menšině nejvíce chybí pomůcky a personál. Ohledně aktivizace se hodnotí všeobecné sestry (vzhledem ke schopnostech a kompetencím) spíše pozitivně. Majoritní část dotazovaných všeobecných sester se buď průběžně sama vzdělává v oblasti aktivizace nebo by se vzdělávat chtěla.

Hlavní cíl i dílčí cíle se podařilo úspěšně naplnit a výzkumné otázky byly zodpovězeny. Závěrem bych ráda dodala, že v oblasti aktivizace (nejen) u pacientů se schizofrenií je neustále co zdokonalovat. Dle mého názoru spočívá v tomto rozvíjejícím se odvětví velký potenciál vzhledem k léčbě (nejen) psychických nemocí. Je otázkou, jaký význam bude mít toto odvětví za několik let, ale věřím, že jeho úroveň bude jen stoupat.

Seznam použité literatury

- ALBAYRAK, Yakup, Okan EKINCI a Ali ÇAYKÖYLÜ. Temperament and character personality profile in relation to suicide attempts in patients with schizophrenia. *Comprehensive psychiatry*. 2012, 53(8). DOI: 10.1016/j.comppsy.2012.04.007.
- DUŠEK, Karel a Alena VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ. *Diagnostika a terapie duševních poruch*. 2., přepracované vydání. Praha: Grada Publishing, 2015. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-4826-9.
- EUFAMI. *Život se schizofrenií. Příručka pro pacienty a jejich pečovatele* [online]. 06/2012 [cit. 2019-04-14]. Dostupné z: <https://docplayer.cz/238500-Zivot-se-schizofrenii-prirucka-pro-pacienty-a-jejich-pecovatele.html>
- FÍŠAR, Zdeněk. *Vybrané kapitoly z biologické psychiatrie*. 2., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2009. Psyché (Grada). ISBN 9788024727370.
- FORGÁČOVÁ, Ľubica. *Nové diagnózy v klasifikácii DSM-5* [online]. 2014 [cit. 2019-04-14]. Dostupné z: <http://www.solen.sk/pdf/5773044e0723d1b52f58eb2234059d49.pdf>
- GALAJDOVÁ, Lenka a Zdenka GALAJDOVÁ. *Canisterapie: pes lékařem lidské duše*. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-7367-879-1.
- HOLLÝ, Karol a Karol HORNÁČEK. *Hipoterapie: léčba pomocí koně*. Ostrava: Montanex, 2005. Kůň v životě člověka. ISBN 80-7225-190-2.
- HONZÁK, Radkin a Renata ČERVENKOVÁ. *Všichni žijem' v blázinci: současnost očima psychiatra*. Praha: Vyšehrad, 2014. ISBN 978-80-7429-478-5.
- JAD. *Schizofrenie a její kompletní příznaky* [online]. 17. 10. 2015 [cit. 2019-04-14]. Dostupné z: <https://zdravezdрави.cz/psychika/schizofrenie-a-jeji-kompletni-priznaky>
- KANTOR, Jiří, Matěj LIPSKÝ a Jana WEBER. *Základy muzikoterapie*. Praha: Grada, 2009. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-2846-9.
- KLUCKÁ, Jana a Pavla VOLFOVÁ. *Kognitivní trénink v praxi*. Praha: Grada, 2009. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-2608-3.
- KŘIVOŠÍKOVÁ, Mária. *Úvod do ergoterapie*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-2699-1.
- KUČEROVÁ, Helena. *Psychiatrické minimum*. Praha: Grada, 2013. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-4733-0.
- KUČEROVÁ, Helena. *Schizofrenie v kazuistikách*. Praha: Grada, 2010. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-2045-6.
- MAHROVÁ, Gabriela a Martina VENGLÁŘOVÁ. *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*. Praha: Grada, 2008. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-2138-5.

MARTÍNKOVÁ, Jiřina. *Farmakologie pro studenty zdravotnických oborů*. 2., zcela přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing, 2018. ISBN 9788024741574.

MLÝNKOVÁ, Jana. *Pečovatelství: učebnice pro obor sociální péče - pečovatelská činnost*. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-3185-8.

MOHR, Pavel a Jan ČERMÁK. Deprese u schizofrenie. *Psychiatrie pro praxi*. 2006, (3), 133-136. ISSN 1213- 0508.

NERANDŽIČ, Zoran. *Animoterapie, aneb, Jak nás zvířata léčí: praktický průvodce pro veřejnost, pedagogy i pracovníky zdravotnických zařízení a sociálních ústavů*. Praha: Albatros, 2006. Albatros Plus. ISBN 80-00-01809-8.

OREL, Miroslav. *Psychopatologie: nauka o nemocech duše*. 2., aktualizované a doplněné vydání. Praha: Grada, 2016. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-5516-8.

PAPEŽOVÁ, Hana. *Naléhavé stavy v psychiatrii*. Praha: Maxdorf, c2014. Jessenius. ISBN 9788073454258.

PĚČ, Ondřej a Václava PROBSTOVÁ. *Psychózy: psychoterapie, rehabilitace a komunitní péče*. V Praze: Triton, 2009. ISBN 978-80-7387-253-3.

PETERKOVÁ, Michaela. *Schizofrenie Vše o schizofrenii podrobně a srozumitelně pro každého* [online]. 2008 [cit. 2019-04-14]. Dostupné z: <http://www.schizofrenie.psychoweb.cz/>

PETR, Tomáš. *Edukace zaměřená na zlepšení spolupráce pacientů se schizofrenií při léčbě: metodická příručka pro psychiatrické sestry*. [Praha: Česká asociace sester, 2012]. ISBN 978-80-260-3134-5.

PETR, Tomáš a Eva MARKOVÁ. *Ošetřovatelství v psychiatrii*. Praha: Grada, 2014. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-4236-6.

PRAŠKO, Ján a Klára LÁTALOVÁ. *Psychiatrie v primární péči*. Praha: Mladá fronta, 2013. Edice postgraduální medicíny. ISBN 978-80-204-2798-4.

PREISS, Marek a Jaro KŘIVOHLAVÝ. *Trénování paměti a poznávacích schopností*. Praha: Grada, 2009. Psychologie pro každého. ISBN 978-80-247-2738-7.

PROBSTOVÁ, Václava a Ondřej PĚČ. *Psychiatrie pro sociální pracovníky: vybrané kapitoly*. Praha: Portál, 2014. ISBN 978-80-262-0731-3.

PŘIKRYL, Radovan a Miroslava KHOLLOVÁ. Prevalence remise a úzdravy u schizofrenie v České republice. *Česká a slovenská psychiatrie*. 2012, **108**(4), 171-176. ISSN 1212-0383.

RABOCH, Jiří a Pavel PAVLOVSKÝ. *Psychiatrie*. Praha: Karolinum, 2012. ISBN 978-80-246-1985-9.

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

RABOCH, Jiří a WENIGOVÁ, Barbora (eds.). *Mapování stavu psychiatrické péče a jejího směřování v souladu se strategickými dokumenty České republiky (a zahraničí). Odborná zpráva z projektu*. Praha: Česká psychiatrická společnost [online]. 2012 [cit. 2019-04-14]. Dostupné z:

https://www.ceskapsychiatrie.cz/images/stories/OZ_zkr_komplet.pdf

Schizofrenie [online]. 31. 3. 2013 [cit. 2019-04-14]. Dostupné z:

<http://www.lundbeck.com/cz/cim-se-zabyvame/psychoza/schizofrenie>

SVOBODA, Mojmir, Eva ČEŠKOVÁ a Hana KUČEROVÁ. *Psychopatologie a psychiatrie: pro psychology a speciální pedagogy*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2012. ISBN 978-80-262-0216-5.

TSUANG, Ming T., Stephen V. FARAONE a Stephen J. GLATT. *Schizophrenia*. 3rd ed. New York: Oxford University Press, c2011. ISBN 9780199600915.

USTOHAL, Libor, Radovan PRIKRYL, Veronika HUBLOVA, Michaela MAYEROVA, Hana Prikrylova KUCEROVA, Eva CESCOVA a Tomas KASPAREK. Severe acute dystonia/akathisia after paliperidone palmitate application – a case study. *The International Journal of Neuropsychopharmacology* [online]. 2014, 17(02), 341-342 [cit. 2019-04-14]. DOI: 10.1017/S1461145713001260. ISSN 1461-1457. Dostupné z: <https://academic.oup.com/ijnp/article-lookup/doi/10.1017/S1461145713001260>

VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Vyd. 4., rozš. a přeprac. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-414-4.

VYBÍRAL, Zbyněk a Jan ROUBAL, ed. *Současná psychoterapie*. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-682-7.

ZGOLA, Jitka M. *Něco dělat!: průvodce vytvářením aktivizačních programů pro nemocné Alzheimerovou chorobou a podobnými poruchami*. Praha: Občanské sdružení Za důstojné stáří, 2013. ISBN 978-80-254-9338-0.

ŽIELINSKÁ, Martina Mara. *Aktivizace osob s duševním onemocněním se zaměřením na schizofrenii* [online]. Zlín, 2011 [cit. 2019-04-14]. Dostupné z: https://digilib.k.utb.cz/bitstream/handle/10563/17741/%C5%BEielinsk%C3%A1_2011_bp.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Bakalářská práce. Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně. Vedoucí práce PhDr. Marijanka Bažantová, Ph.D.

Přílohy

Příloha A

Příloha B

Příloha A

Dotazník pro všeobecné sestry

Dobrý den, jmenuji se Veronika Otrubová a studuji bakalářské studium na Vysoké škole polytechnické Jihlava, obor Všeobecná sestra. Obracím se na Vás s žádostí o vyplnění dotazníku, který se zabývá tématem “Aktivizace pacientů se schizofrenií”. Dotazník poslouží jako podklad pro stejnojmennou bakalářskou práci. Dotazník je zcela anonymní a dobrovolný.

Dovoluji si Vás požádat o označení odpovědi, která nejlépe vystihuje Váš názor. Správnou odpověď prosím zakroužkujte.

Mnohokrát děkuji za Vaši ochotu a čas.

Veronika Otrubová,
studentka 3. ročníku oboru všeobecná sestra,
Vysoká škola polytechnická Jihlava

1. Jakého jste pohlaví?

- a) Žena
- b) Muž

2. Jaký je Váš věk?

- a) Do 25 let
- b) 26 - 40 let
- c) 41 - 59 let
- d) 60 a více let

3. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání v oboru?

- a) Střední odborné s maturitou
- b) Vyšší odborné
- c) Vysokoškolské (jakýkoliv stupeň)
- d) Specializační

4. Jaká je délka Vaší praxe v oboru?
- a) Do 5 let
 - b) 6 - 15 let
 - c) 16 - 25 let
 - d) 26 a více
5. Jaký je Váš postoj k aktivizaci duševně nemocných?
- a) Pozitivní
 - b) Spíše pozitivní
 - c) Spíše negativní
 - d) Negativní
 - e) Nezaujímám žádný postoj
6. Aktivizujete pravidelně duševně nemocné pacienty na Vašem oddělení?
- a) Ano
 - b) Spíše ano
 - c) Spíše ne
 - d) Ne
7. Jakým způsobem se nejčastěji aktivizují duševně nemocní pacienti na Vašem oddělení?
- a) Jednotlivě
 - b) Ve skupině
 - c) Jednotlivě i ve skupině
 - d) Žádným

8. Jaký způsob aktivizace Vy osobně preferujete?
- a) Jednotlivě
 - b) Ve skupině
 - c) Jednotlivě i ve skupině
 - d) Žádný
9. Jaké formy aktivizace jsou dostupné na Vašem oddělení? (Je možno označit více odpovědí)
- a) Ergoterapie
 - b) Canisterapie
 - c) Hiporehabilitace
 - d) Pohybové aktivity
 - e) Relaxace a autogenní trénink
 - f) Trénink kognitivních funkcí
 - g) Muzikoterapie
 - h) Jiné
 - i) Aktivizace neprobíhá
10. Je, podle Vašeho názoru, Vaše oddělení přizpůsobené pro aktivizaci pacientů?
- a) Ano
 - b) Spíše ano
 - c) Nevím
 - d) Spíše ne
 - e) Ne

11. Jakou formu aktivizace Vy osobně preferujete?

- a) Ergoterapie
- b) Canisterapie
- c) Hiporehabilitace
- d) Pohybové aktivity
- e) Relaxace a autogenní trénink
- f) Trénink kognitivních funkcí
- g) Muzikoterapie
- h) Jiné
- i) Nepreferuji žádnou aktivizaci

12. Považujete nabídku aktivizací na Vašem oddělení za dostatečnou?

- a) Ano
- b) Spíše ano
- c) Nevím
- d) Spíše ne
- e) Ne

13. Respektujete při aktivizaci aktuální tělesný a duševní stav pacienta?

- a) Ano
- b) Spíše ano
- c) Spíše ne
- d) Ne

14. Jak často jste nuceni předčasně ukončit aktivizaci?

- a) Velmi často
- b) Často
- c) Občas
- d) Zřídka
- e) Nikdy

15. V případě skupinových aktivizací ukončujete aktivizaci celé skupiny nebo pouze konkrétního pacienta?

- a) Pouze u konkrétního pacienta
- b) U celé skupiny
- c) Záleží na situaci
- d) Neukončuji aktivizaci, dokud není dokončena

16. Jaké jsou Vaše nejčastější důvody pro předčasné ukončení aktivizace? (Prosím vyplňte)

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

17. Máte nějaké návrhy na zlepšení úrovně aktivizace na Vašem oddělení?

- a) Ano, uveďte prosím
.....
.....
.....
- b) Ne

18. Považujete sám/sama sebe za dostatečně způsobilého/ou pro aktivizaci duševně nemocných?

- a) Ano
- b) Spíše ano
- c) Nevím
- d) Spíše ne
- e) Ne

19. Zvyšujete si své znalosti v oblasti aktivizace?

- a) Ano
- b) Ne, ale uvítala bych nějakou vzdělávací akci
- c) Ne, nemám zájem

Příloha B

Vážený pan
MUDr. Jaromír Mašek
ředitel
Psychiatrická nemocnice Havlíčkův Brod
Rozkošská 2322, 58023 Havlíčkův Brod

V Havlíčkově Brodě, 23.1.2019

Věc: Žádost o povolení výzkumného šetření v Psychiatrické Nemocnici Havlíčkův Brod

Vážený pane řediteli,

jmenuji se Veronika Otrubová a jsem studentkou 3. ročníku oboru všeobecná sestra v prezenční formě na Vysoké škole polytechnické Jihlava. Dovoluji si Vás tímto požádat o povolení výzkumného šetření v Psychiatrické nemocnici Havlíčkův Brod, jež by mělo být součástí mé závěrečné bakalářské práce.

Cílem mé práce je zjistit jaké aktivizační techniky využívají všeobecné sestry v praxi.

Výzkumné šetření bude provedeno formou dobrovolného anonymního dotazníku, který je přiložen k žádosti.

Závěrečná práce je zpracována pod odborným vedením PhDr. Petry Pavlíkové.

Výsledky šetření Vám ráda poskytnu.

Předem děkuji za odpověď.

S pozdravem
Veronika Otrubová
3. ročník, obor všeobecná sestra
Vysoká škola polytechnická Jihlava