

VYSOKÁ ŠKOLA POLYTECHNICKÁ JIHLAVA

Katedra zdravotnických studií

**Specifika ošetrovatelské péče u pacientů se schizofrenií
z pohledu sestry**

Bakalářská práce

Autor práce: Marija Svyda

Vedoucí práce: PhDr. Petra Pavlíková

Jihlava 2020



Vysoká škola
polytechnická
Jihlava



ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Autor práce:	Marija Svyda
Studijní program:	Ošetrovatelství
Obor:	Všeobecná sestra
Název práce:	Specifika ošetrovatelská péče u pacientů se schizofrenií z pohledu sestry
Cíl práce:	Zjistit specifika ošetrovatelské péče u pacientů se schizofrenií z pohledu všeobecné sestry. Zjistit vnímání náročnosti při poskytování ošetrovatelské péče u pacientů se schizofrenií z pohledu všeobecné sestry.

PhDr. Petra Pavlíková
vedoucí bakalářské práce

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

Abstrakt

Bakalářská práce se zabývá specifiky ošetrovatelské péče u pacientů se schizofrenií z pohledu sestry v Psychiatrické nemocnici Havlíčkův Brod. Záměrem práce je zjistit, jaká specifika ošetrovatelé péče využívají v praxi všeobecné a praktické sestry, které zajišťují péči o pacienty s diagnostikovanou schizofrenií. Teoretická část se zabývá schizofrenií, její charakteristikou, etiologií, příznaky, typy, diagnostikou a léčbou. Dále jsou uvedena specifika práce všeobecné sestry na psychiatrii a specifika ošetrovatelské péče o pacienty se schizofrenií. Praktická část se opírá o poznatky získané v teoretické části. Prostřednictvím dotazníkového šetření jsou osloveny všeobecné a praktické sestry, které zajišťují péči o pacienty se schizofrenií. Získané výsledky jsou zpracovány a doplněny grafy.

Klíčová slova

Schizofrenie; relaxační techniky; syndrom vyhoření; elektrokonvulzivní terapie; psychoterapie

Abstract

The Bachelor thesis deals with the specifics of nursing care for patients with Schizophrenia from the nurses point of view at the Psychiatric hospital in Havlíčkův Brod. The purpose of this thesis is to discover, which specifics of nursing care are used in practice by nurses who provides care for patients with diagnosed Schizophrenia. The Theoretical part deals with Schizophrenia, characteristics of the illness, etiology, symptoms, types, diagnostics and treatment. There are also stated the specifics of the nurses work in Psychiatry and the specifics of nursing care for patients with Schizophrenia. The Practical part relies on the findings gathered in the Theoretical part. Nurses who provides care for patients with Schizophrenia are approached via a questionnaire. The gathered results are accompanied by graphs.

Key words

Schizophrenia; Relaxation techniques; Burnout syndrome; Electroconvulsive therapy; Psychotherapy

Prohlášení

Prohlašuji, že předložená bakalářská práce je původní a zpracovala jsem ji samostatně. Prohlašuji, že citace použitých pramenů je úplná, že jsem v práci neporušila 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.

Byla jsem seznámena s tím, že na mou 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 souhlasím 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: 14. 4. 2020

Podpis:.....

Poděkování

Ráda bych poděkovala PhDr. Petře Pavlíkové, za pomoc při volbě tématu bakalářské práce, za její odborné vedení a všechny cenné rady. Děkuji také, vedoucí katedry zdravotnických studií PhDr. Vlastě Dvořákové, PhD. a Mgr. Petře Vršecké. V poslední řadě patří poděkování respondentům z Psychiatrické nemocnice Havlíčkův Brod.

Obsah

Úvod.....	8
1 Současný stav problematiky	10
1.1 Schizofrenie.....	10
1.1.1 Charakteristika schizofrenie	11
1.1.2 Etiologie.....	11
1.1.3 Příznaky schizofrenie.....	12
1.1.4 Typy schizofrenie	14
1.1.5 Diagnostika	15
1.1.6 Léčba.....	15
1.2 Specifika práce všeobecné sestry na psychiatrii	17
1.2.1 Pracovní fyzické a psychické zatížení všeobecné sestry	18
1.2.2 Relaxační techniky pro zvládání zátěže v péči o pacienta se schizofrenií	19
1.2.3 Absence psychohygieny jako počátek syndromu vyhoření u personálu ..	19
1.3 Specifika ošetrovatelské péče u osob se schizofrenií.....	20
1.3.1 Přístup a komunikace k osobám se schizofrenií	21
1.3.2 Zajištění bezpečnosti agresivního pacienta a personálu	22
2 Výzkumná část.....	25
2.1 Cíle a výzkumné otázky	25
2.2 Použitá metoda výzkumu	25
2.3 Charakteristika vzorku respondentů a výzkumného prostředí	26
2.4 Průběh výzkumu a výzkumné prostředí.....	26
2.5 Analýza výzkumných dat.....	26
3 Diskuze	45
4 Návrh řešení a doporučení pro praxi.....	49
5 Závěr	50

6	Seznam použité literatury	52
7	Seznam grafů	56
8	Seznam příloh	57

Úvod

Schizofrenie je závažné duševní onemocnění, které může postihnout každého z nás. Považuje se za nejzávažnější psychotické onemocnění. V dnešní době je možné schizofrenii léčit. Všeobecné a praktické sestry musí pacientovi s touto diagnostikou zajistit nejen správnou péči, ale i navození pocitu důvěry či bezpečí. V praxi se sestry při péči o tyto pacienty setkávají s celou řadou problémů, protože někteří pacienti mohou být i velmi nebezpeční nejen sami sobě ale i pro své okolí. Z tohoto důvodu je péče o tyto pacienty náročná zejména z psychické stránky. Na zdravotnický personál působí zátěž, se kterou je nutné se umět vypořádat. Poskytování ošetrovatelské péče o tyto pacienty může u sester způsobit i syndrom vyhoření.

Bakalářská práce je rozdělena na teoretickou a praktickou část. Teoretická část je zpracována formou rešerše odborné literatury. V rámci této části popisují nejen samotný pojem schizofrenie, ale i příčinu vzniku tohoto onemocnění, příznaky, typy, diagnostiku a léčbu. Dále jsou uvedena specifika práce všeobecné a praktické sestry na psychiatrii a specifika ošetrovatelské péče o pacienty se schizofrenií.

Praktická část je zpracována formou dotazníkového šetření. Respondenty byly všeobecné a praktické sestry v Psychiatrické nemocnici Havlíčkův Brod (dále jen PN HB), které pečují o pacienty s diagnostikou schizofrenie.

Motivace

Téma specifika ošetrovatelské péče u pacientů se schizofrenií jsem si vybrala, protože se jedná o duševní onemocnění, které má u každého pacienta jiný průběh a tím je pro mě zajímavé. V průběhu průzkumu teoretické stránky onemocnění, jsem pro sebe osobně objevila nevyzpytatelnost dané poruchy. Díky různorodosti jednotlivých typů schizofrenie i ošetrovatelská péče musí být zajímavá, ale i náročná. Proto je nutné nepodceňovat práci všeobecných a praktických sester. Ráda bych touto bakalářskou prací upozornila na specifika péče o tyto pacienty a současně poukázala na to, že i o ošetřující personál musí být pečováno.

Cíl práce

Pro danou práci byly stanoveny dva cíle.

Prvním cílem bylo zjistit, jaká jsou specifika ošetrovatelské péče u pacientů se schizofrenií z pohledu všeobecné sestry.

Pro daný cíl byla stanovena jedna výzkumná otázka, která zní následovně:

VO1: Jaká jsou specifika ošetrovatelské péče u pacientů se schizofrenií z pohledu všeobecné sestry?

Druhým cílem bylo zjistit vnímání náročnosti při poskytování ošetrovatelské péče u pacientů se schizofrenií z pohledu všeobecné sestry.

V návaznosti na stanovený cíl byly formulovány dvě výzkumné otázky:

VO2: S jakými problémy se sestry setkávají v péči o pacienty se schizofrenií?

VO3: Jak se vyrovnávají všeobecné sestry se zátěží při poskytování ošetrovatelské péče u pacientů se schizofrenií?

1 Současný stav problematiky

Schizofrenie je jedno z nejzávažnějších duševních onemocnění a to nejen z pohledu medicíny ale i ze sociálního hlediska, protože výrazně ovlivňuje životy lidí. Obvykle propuká ve věku, kdy je člověk mladý a výrazně tak změní nejen jeho život ale i život jeho blízkých.

1.1 Schizofrenie

Schizofrenie se řadí mezi duševní nemoci, které se dají léčit, ale svým průběhem významně zasahuje do osobnosti pacienta, ovlivňuje jeho vztahy s okolím, protože mění způsob, jakým člověk vidí ostatní lidi, sám sebe i svět kolem sebe. Realita ustupuje do pozadí a místo toho nastupují bludy, fantazie a halucinace. Nemocný ztrácí kontakt s realitou. Velmi často to má negativní vliv na pracovní schopnost jedince (Raboch a Pavlovský, 2012).

Tato nemoc nemá u všech jedinců stejný průběh, různé jsou i příznaky a reakce. K této nemoci je nutné u každého jedince přistupovat individuálně. Na světě nejsou dva stejní lidé, každý člověk je individuální a to samé platí i o schizofrenii. Proces nemoci je u všech pacientů velmi obdobný, ale jedinečný je jedinec, na kterém se choroba projevuje. Tato choroba je tudíž velmi rozmanitá a je obtížné ji diagnostikovat (Kučerová, 2010).

Schizofrenie se řadí mezi duševní onemocnění, které v největší míře způsobují u pacientů invaliditu. Tito pacienti se dožívají nižšího věku, než je průměrně běžné. Příčinou je, že tito jedinci mají vyšší sebevražedné sklony, potýkají se s komorbidními somatickými onemocněními a užívají návykové látky (Vlček, Fialová a Vytrýsalová, 2014). Sebevražda se u těchto pacientů řadí mezi nejčastější příčiny úmrtí (Látalová, Kamarádová a Praško, 2015).

Zhruba 60 – 80 % nemocných s psychotickou poruchou vykazuje známky sebevražedných myšlenek, 20 – 40 % nemocných se o sebevraždu pokusí a 10 – 15 % svůj sebevražedný pokus dokoná. Studie, které se věnují sledování pacientů se schizofrenií, poukazují na to, že sebevražedné jednání se objevuje zejména v raných fázích nemoci. Schizofrenie je onemocnění, které je spojené s bolestí či utrpením a z tohoto důvodu mohou pacienti volit sebevraždu jako poslední možnost, jak se tohoto trápení zbavit (Hadjipapanicolaou, 2014).

1.1.1 Charakteristika schizofrenie

Slovo „schizofrenie“ je řeckého původu – „schizo“ znamená štěpit a „phren“ znamená rozum a myšlení (Raboch a Pavlovský, 2012).

Schizofrenie je závažné duševní onemocnění, které postihuje přibližně 1 % populace. Tato nemoc má mnoho příznaků, které jsou dány poškozením mozkových funkcí. Vágnerová (2014, s. 333) uvádí, že *„schizofrenie je závažná duševní choroba, která se projevuje chronickým narušením myšlení a vnímání, poruchou emotivity a osobnostní integrity“*. Toto onemocnění má vliv na schopnost nemocného vnímat podněty z okolí, myslet, jednat a chovat se přiměřeně v běžném životě (Raboch a Pavlovský, 2012).

Schizofrenie se řadí mezi onemocnění mozku. U některých nemocných se může projevit pouze jednou akutní epizodou v životě (Vlček, Fialová a Vytřísalová, 2014). Jedná se o jednu z nejzávažnějších duševních chorob, protože má vliv na řadu psychických funkcí současně (Orel, 2016).

Toto duševní onemocnění má zásadní vliv na prožívání, chování i postoj ke skutečnosti. O schizofrenii je možné tvrdit, že se jedná o „nemoc sta tváří“, protože u každého jedince je možné najít odlišné obrazy této nemoci. První příznaky nemoci se objevují v období adolescence. Pravděpodobnost výskytu je stejná u mužů i u žen, ale u žen se může objevit i v pozdějším věku. Přibližně u dvou třetin nemocných schizofrenie chronifikuje a má vliv na délku života. Z tohoto je zřejmé, že se jedná o velmi závažnou nemoc, která nepostihuje pouze jedince, ale i jeho rodinu a celou společnost (Orel, 2016). Tato choroba se u jedince postupně vyvíjí a mění v čase. Nejedná se tedy o chorobu, u které je možné tvrdit, že má určité příznaky, které mají určité vyústění. Příznaky není možné vyjmenovat a rozhodnout o nich, jestli existují či nikoli. Jednotlivé příznaky spolu úzce souvisí, vzájemně se ovlivňují a tvoří celek (Kučerová, 2010).

Se schizofrenií je možné se setkat již v medicínských textech v době antiky. Název schizofrenie poprvé použil v roce 1911 švýcarský psychiatr Eugen Bleuler (Raboch a Pavlovský, 2012).

1.1.2 Etiologie

Etiologie schizofrenie zůstává i přes mnohé pokroky medicíny v posledních letech stále neznámá (Andrésová a Slezáková, 2013). Předpokládá se, že nemoc vzniká díky vzájemnému působení mnoha faktorů. Např. se může jednat o vývojové změny,

genetickou výbavu, prostředí, ve kterém jedinec žije apod. Za zásadní faktor pro vznik této nemoci se ale považuje rodinná anamnéza (Vágnerová, 2014). Pokud jsou oba rodiče dítěte schizofrenici, tak má dítě 40% pravděpodobnost, že se tato choroba objeví i u něj. Až u 80% schizofreniků se mezi blízkými příbuznými nevyskytuje nikdo s touto chorobou (Praško a Látalová, 2013). Schizofrenie se objevuje i v kombinaci s různými zásadními událostmi v životě člověka – např. se jedná o smrt v rodině, těžké životní situace, problémy v rodině, problémy v práci apod. Tuto nemoc mohou spouštět i různé druhy drog (marihuana, amfetaminy apod.). Pro vznik je však nutná kombinace určitých faktorů – zejména dispozice pacienta a přítomnost spouštěče (Vágnerová, 2014).

1.1.3 Příznaky schizofrenie

U schizofrenie se mohou objevovat téměř všechny psychické symptomy kromě deliria a amence, které jsou spojené s organickým postižením mozku (Kučerová, 2013). Z tohoto důvodu není tuto chorobu snadné diagnostikovat. Nejsou ani tak důležité jednotlivé příznaky, jako jejich vazby mezi sebou.

Onemocnění schizofrenií se obvykle objevuje v průběhu dospívání či rané dospělosti. První projevy schizofrenie mohou být mnohdy vykládány jako normální chování dospívajícího v období puberty, které je jeho okolím tolerováno po dlouhou dobu. Rodina či přátelé nemocného jeho chování omlouvají a domnívají se, že pouze prochází těžkým obdobím. Počátek prodromálních příznaků je obtížné určit, protože se velmi často kryjí s charakterovými rysy jedince. Obvykle se jedná o pasivitu, uzavřenost a z toho pramenící nedostatečný kontakt s rodinou či vrstevníky. V tomto období si jedinci velmi často stěžují na problémy s pozorností, spánkem, bolestí hlavy, zad, kloubů, mají zažívací obtíže a celkově se cítí unavení. Velmi často končí v ordinaci praktického lékaře, protože se mylně domnívají, že např. nemají doléčené tělesné onemocnění nebo trpí chronickým únavovým syndromem. Je nutné ale upozornit, že pro samotného jedince i pro jeho rodinu je mnohem přijatelnější varianta, že je léčený na problémy tělesné povahy než na problémy psychické. Až po delší době si může okolí jedince uvědomit, že se skutečně změnil. Při dalším rozvoji poruchy se objevují další příznaky – např. hloubání nad maličkostmi, detaily, nad nepodstatnými záležitostmi, úzkost, neklid, nespavost, podrážděnost, změny nálady apod. (Raboch a Pavlovský, 2012).

Kučerová (2013) dělí příznaky schizofrenie na nápadné a méně nápadné (nenápadné).

Nápadné příznaky – nejvýraznějším příznakem schizofrenie se uvádí inkoherentní myšlení, které by měl rozpoznat každý, kdo s jedincem hovoří. Takovéto roztržité myšlení se řadí mezi patognomické příznaky. Nápadné rovněž může být pseudofilozofování a transformace osobnosti, které se také řadí mezi patognomické příznaky. Významnými příznaky jsou i příznaky katatonní (poruchy z oblasti psychomotoriky). Dalšími zřetelnými příznaky jsou halucinace, které se objevují velmi často a také jsou dobře identifikovatelné. Halucinace existují různých druhů, ale nejčastěji se jedná o sluchové. Okolí pacienta je buď identifikuje z jeho chování, nebo z komunikace, kdy o nich jedinec sám hovoří. Mezi nápadné příznaky se řadí i bludy, které je možné poznat zejména z řeči nemocného či z jeho chování. Za nápadné poruchy se považuje i depresivní nálada, apatie, anxieta, agresivita vůči sobě či okolí (Kučerová, 2013).

Méně nápadné nebo nenápadné příznaky – jedná se o příznaky, které nejsou patrné na první pohled. Laik je může mnohdy přehlédnout. Řadí se sem depresivní nálada, emoční oploštění, emoční ambivalence, apatie či hypobulie (porucha vůle). Poslední dva uvedené příznaky jsou mnohdy nenápadné a okolím pacienta může být považováno za lenost. Nenápadnými, ale zato velmi nebezpečnými, jsou sebevražedné myšlenky, o kterých ale pacient nemluví (Kučerová, 2013).

V odborné literatuře je možné se setkat i s dělením příznaků na pozitivní a negativní (příznaky plus a mínus). Toto označení poprvé použil J. H. Jackson. Pozitivní příznaky jsou takové, které jsou oproti normě navíc. Jedná se tedy zejména o bludy a halucinace, inkoherentní myšlení, pseudofilozofování, katatonní projevy. Negativní naopak představují ty, které oproti normě chybí – snížení myšlení, slovní zásoby, oslabení vůle, snížená schopnost sociálního kontaktu, omezení celkové aktivity apod. (Kučerová, 2013).

Z dlouhodobé prognózy nemocných se schizofrenií je patrné, že se přibližně třetina nemocných úplně nebo téměř uzdraví a onemocnění se již neopakuje. U třetiny nemocných probíhá nemoc v atakách a další třetina se dlouhodobě potýká s chronickým průběhem nemoci, který se vyznačuje kolísavou intenzitou. Přibližně 10 % nemocných končí svůj život sebevraždou. Schizofrenie je duševní onemocnění, které je možné léčit. Příznivější prognóza se týká jedinců, u kterých se nemoc projevila náhle a potýkají se s pozitivními příznaky nemoci (bludy, halucinace apod.). Naopak méně příznivou prognózu mají ti jedinci, u kterých se nemoc projevuje postupně a u kterých převažují

zejména negativní příznaky – pokles emoční a pohybové aktivity. Příznivější průběh nemoci mají ty osoby, které mají rodinu, zaměstnání či studují. Rovněž je důležité udržet si aktivní trávení volného času a původní životní styl (Raboch a Pavlovský, 2012).

1.1.4 Typy schizofrenie

Schizofrenie se dělí podle souboru dominujících příznaků. Jednotlivé typy se mezi sebou mohou překrývat a mohou přecházet z jedné formy do druhé. V současné době se užívá MKN-10, která rozlišuje následující formy schizofrenie (Raboch a Pavlovský, 2012):

- paranoidní schizofrenie (F20.0) – jedná se o nejčastější formu schizofrenie, pro kterou jsou typické bludy a halucinace. Ty se liší podle míry uspořádanosti a naléhavosti, ale také se liší podle průběhu či stádia nemoci.
- Hebefrenní schizofrenie (F20.1) – tito nemocní jsou ve svém jednání nevypočitatelní, vrtkaví, emočně labilní. U nemocných se projevují manýry, mluví strojeně, planě filozofují a nápadně se oblékají. Vedoucími příznaky bývají přehnané projevy nedospělosti, které v mírné formě provázejí běžné dospívání.
- Katatonní schizofrenie (F20.2) – tato forma schizofrenie je spojená s poruchami psychomotoriky. Jedná se o projevy nadměrného vzrušení, které jsou spojené s bezcílným neklidem o projevy psychomotorického útlumu až katatonního stuporu. Tělo i končetiny jsou v bizarních polohách. Mezi další projevy se řadí manýrování či negativismus.
- Simplexní schizofrenie (F20.6) – jedná se o méně častou formu této nemoci, která je ovšem velmi závažná. Hlavním příznakem jsou postupné změny v chování, které se projevují nárůstem lhostejnosti a povrchnosti, jedinec ztrácí zájem a používá emoce, které jsou pro danou situaci nepřiměřené. Tato forma schizofrenie má pozvolný průběh, který může být zakončený trvalou změnou osobnosti nemocného.
- Nediferencovaná schizofrenie (F20.3) – do této kategorie se řadí stavy, které splňují charakteristiku schizofrenie, ale neodpovídají žádné z výše uvedených forem nebo mají rysy několika forem, ovšem žádná forma nepřevažuje.

- Reziduální schizofrenie (F20.4) - u tohoto typu schizofrenie je dobře patrný začátek stádia jasně definovaného typu schizofrenie i pozdější stav, ve kterém převažují zejména negativní příznaky, které špatně reagují na léčbu antipsychotiky.
- Postschizofrenní deprese (F20.5) – jedná se o depresivní náladu, která vzniká po odeznění epizody schizofrenie.

1.1.5 Diagnostika

Diagnostika v psychiatrii se řadí mezi nejnáročnější medicínské obory. Je to způsobeno tím, že klinické obrazy psychických poruch jsou mnohotvárné a proměnlivé (Dušek a Večeřová - Procházková, 2015). Jak již bylo uvedeno, diagnostikovat schizofrenii není jednoduchou záležitostí. Pro správnou léčbu i pro správný přístup k nemocnému je nutné schizofrenii správně diagnostikovat. Vychází se z psychiatrického i psychologického vyšetření. Ve všech případech je nutné vyloučit organické poškození mozku (Orel a Facová, 2009).

V současné době se nemoc diagnostikuje tak, že se zjišťuje přítomnost charakteristických skupin příznaků nemoci a funkční narušení pacienta. Neexistuje žádný laboratorní test, který by byl pro tuto nemoc typický. Psychiatr musí nejprve nemocného vyšetřit a velmi často ho také musí pozorovat a analyzovat jednotlivé příznaky a na základě toho pak stanovit diagnózu. Diagnostika schizofrenie je deskriptivní (popisná), je neetiologická (Raboch a Pavlovský, 2012).

1.1.6 Léčba

Léčba je založena na psychofarmakologické léčbě a na nefarmakologické léčbě. Farmakoterapie pozitivně působí na příznaky psychózy a eliminuje vznik relapsu (Bankovská Motlová a Španiel, 2013). Nefarmakologická léčba (psychosociální rehabilitace) pak napomáhá k destigmatizaci pacienta a jeho návratu do „normální“ společnosti.

Farmakoterapie

V případě využívání farmakoterapie jsou první volbou antipsychotika (Vlček, Fialová a Vytršalová, 2014). Tyto léky tlumí příznaky úzkosti a pacient se po nich cítí zklidněný. Důležité je léky pravidelně užívat, protože díky tomu se uspořádají myšlenky a do pozadí ustupují bludy a halucinace (Svoboda, Češková a Kučerová, 2015). V praxi se velmi často stává, že medikace není brána pravidelně či dokonce vůbec. Aby se léčba

mohla označit za úspěšnou, tak je nutné užívat minimálně 80 % z doporučené dávky léků, a proto je zde během hospitalizace nezastupitelná role všeobecné sestry, jejímž úkolem je mimo jiné dohlížet na užívání léků u pacientů. Pokud dojde k vynechání léků, tak to může vyvolat stres. Z krátkodobého hlediska (dny až týdny) to může vyvolat psychotické příznaky. Z dlouhodobého hlediska (několik měsíců) se rozvíjí relaps a pacient musí být ve většině případů hospitalizovaný. Problémy s neužíváním léků se řeší depotními antipsychotiky. Léčba antipsychotiky je dlouhodobého charakteru, z tohoto důvodu je nutné monitorovat zdravotní stav pacienta (Češková a Mayerová, 2014).

Antipsychotika se dělí do dvou generací. První generace je tvořena klasickými neuroleptiky. Jako první se používal chlorpromazin, který se poprvé použil v roce 1952. Podle chemické struktury jsou v současné době dostupnými antipsychotiky první generace fenothiaziny, thioxanteny a butyrofenony (Vlček, Fialová a Vytršalová, 2014). Antipsychotika první generace sice na jedné straně mají silný tlumivý účinek, ale na druhé straně mají celou řadu nežádoucích účinků. Antipsychotika druhé generace jsou v současné době více preferovaná, protože mají méně neurologických nežádoucích účinků a také pozitivně ovlivňují negativní příznaky. Rovněž tato antipsychotika pozitivně ovlivňují kvalitu života pacienta (Svoboda, Češková a Kučerová, 2015). Při léčbě schizofrenie se z antipsychotik druhé generace používají risperidon, ziprasion, amisulprid, sertindol, klopazin a další (Vlček, Fialová a Vytršalová, 2014).

Nefarmakologická léčba

Již při první epizodě schizofrenie je nutné stanovit plán **rehabilitace a socializace**. Cílem je obnovit ztracené schopnosti a funkce a celkově zlepšit adaptaci v sociálním prostředí (v rodině a v práci). Mezi rehabilitační metody se řadí pracovní terapie, nácvik sociálních dovedností, pohybové aktivity a celkově činnosti, které směřují ke zdravému životnímu stylu. Z dlouhodobého hlediska je léčba zaměřena na prevenci relapsu. Pro správnou léčbu je nutné, aby pacient, ale i jeho rodina nemoc pochopili a přijali ji. Prevence relapsu se výrazně zvyšuje skupinovou i individuální psychoedukací, která má pozitivní vliv na léčbu pacienta a jeho následnou spolupráci s lékaři a ošetřujícím personálem. Rovněž je možné využít i rodinnou terapii (Vlček, Fialová a Vytršalová, 2014). V rámci **psychoterapie** se pacienti učí ovládat stres a zvyšovat interpersonální intervence. Je důležité, aby se na terapii podílela i rodina pacienta. Cílem této terapie

je zejména vytvoření stabilního duševního života a navázání terapeutického vztahu (Mohr, 2012).

V případě těžkých forem schizofrenie se určí způsob léčby prostřednictvím **elektrokonvulzivní terapie** (Viz příloha A), která je kombinována s antipsychotiky. Tuto terapii je možné využít i u pacientů v případě, že nedostatečně reagují na farmakologickou léčbu (Vlček, Fialová a Vytřísalová, 2014).

1.2 Specifika práce všeobecné sestry na psychiatrii

Práce sester, které pečují o duševně nemocné pacienty, je výrazně odlišná od práce na jiných odděleních. Pro práci na psychiatrii je zásadní, aby si sestra vytvořila pozitivní terapeutický vztah s nemocným. Mezi její práci se řadí zejména výkon běžné ošetrovatelské činnosti, ale kromě toho provádí i specializovanou činnost, která spočívá v péči o duševní zdraví jedince. Jedná se zejména o (Hosák, Hrdlička a Libiger, 2015):

- monitoring a hodnocení celkového chování pacienta. Cílem je včas rozpoznat nastupující atak nemoci. U duševně nemocných pacientů sestra pravidelně vyhodnocuje jejich vzhled, chování, náladu, myšlenkové procesy či kognitivní funkce,
- posuzování rizika vzniku násilí a případné zvládnutí agresivního pacienta,
- poskytování pomoci při adaptaci pacienta na nové životní podmínky,
- účastnění se psychoterapeutických aktivit,
- podílení se na specifických terapeutických zákrocích,
- zajištění dodržování stanoveného režimu na oddělení,
- poskytování poradenské činnosti a další.

Aby sestry mohly výše uvedené požadavky zvládat, tak je nutné, aby neustále doplňovaly své znalosti. Všeobecné sestry, které pracují s duševně nemocnými pacienty, mohou díky absolvování specializačního studia Ošetrovatelská péče v psychiatrii získat odbornost Sestra pro péči v psychiatrii. Eventuálně mohou absolvovat kurz zaměřený na psychoterapeutické přístupy. Dále se sestry musí pravidelně účastnit kurzů v rámci celoživotního vzdělávání (Hosák, Hrdlička a Libiger, 2015).

1.2.1 Pracovní fyzické a psychické zatížení všeobecné sestry

Fyzická zátěž se udává jako poměr mezi výkonovou kapacitou a požadavky, které musí všeobecná sestra splnit. Pokud jsou tyto dvě složky v rovnováze, tak se zátěž považuje za adekvátní. Pokud tomu tak není, tak se jedná o přetížení (nadměrná zátěž). S nadměrnou fyzickou zátěží existuje zvýšené riziko problémů s pohybovým aparátem, protože sestra mnohdy provádí nekoordinované a špatné pohyby. Mezi nejčastější zdravotní problémy sester se řadí bolesti zad a hlavy a oteklé nohy (Komačková, 2009). Valdmanová (2014) se na tuto problematiku zaměřuje podrobněji a uvádí, že se problémy s pohybovým aparátem u sester objevují z několika různých důvodů. Může se jednat o manipulaci s imobilním pacientem na lůžku, dále o zvedání břemen, přenášení, polohování apod. Sestry na operačních sálech jsou vystavené dlouhodobému stání v jedné poloze. Důsledkem této fyzické námahy se objevují problémy se zády a páteří. Celkově se sestra cítí unavená a mnohdy se potýká i s varixy, což jí přináší nemalé zdravotní problémy. V psychiatrické péči je významná fyzická zátěž na gerontopsychiatrických odděleních, kde sestry nepřetržitě pečují o často imobilní seniory s duševním onemocněním. Další fyzická zátěž, jež je specifická pro psychiatrickou péči vychází z faktu, že je zde poskytována péče o pacienty v akutní fázi duševní poruchy, kdy je pacient mnohdy brachiálně agresivní a sestry musí takového pacienta umět zpacifikovat a zabránit mu tak, aby ublížil sám sobě či svému okolí.

Psychická zátěž vyplývá ze vzájemné interakce mezi sestrou a pracovním prostředím. Může docházet k situaci, že na sestry jsou kladeny mnohem větší požadavky, než jsou schopny zvládnout. Psychosociální zátěž vychází z častého kontaktu s lidmi. Tím, že jsou na sestry kladeny nepřiměřené požadavky, tak to může vyvolat syndrom vyhoření i pracovní demotivaci (Bártlová a Hajduchová, 2010). Psychické přetížení představuje ohrožující a nadměrně zatěžující stav, který následně ovlivňuje i chování (Riahi, 2011). U sester se rozlišují dvě skupiny psychického zatížení. První skupina souvisí s vlastní prací sestry a druhá skupina souvisí s jejím soukromým životem. Sestra se kromě jiného věnuje sledování zdravotního stavu pacienta, změnám v jeho chování, zvýšenou pozornost musí věnovat při dávkování léků, odběrech materiálu či instrumentaci. Rovněž musí dokumentovat zdravotní stav pacienta a včas ho připravovat na různá vyšetření. Dále musí plnit pokyny lékaře a nesmí zapomínat ani na požadavky pacientů (Kurucová, 2016). V psychiatrické péči je pak duševní zatížení sester spjata především se samotnou péčí o duševně nemocné. Jedná se o široké

spektrum pacientů, kdy sestra ke každému musí přistupovat individuálně. Jsou zde pacienti, kteří mají mnohdy nepřiměřené požadavky, je třeba je usměrňovat (například pacienti v mánii), nebo je třeba psychicky podporovat, motivovat, aktivizovat (například pacient v depresi). Také jsou kladeny vysoké nároky na komunikační schopnosti sestry a na jejich osobnostní charakteristiky a zkušenosti.

1.2.2 Relaxační techniky pro zvládání zátěže v péči o pacienta se schizofrenií

Mezi jeden z možných způsobů prevence se řadí relaxace. Jedná se o postupné uvolňování v psychické i fyzické oblasti. Existují různé formy relaxačních tréninků, které mají podobu cvičení. Tyto tréninky vedou cvičitelé, kteří se zaměřují na postupné uvolňování jednotlivých svalových skupin, cvičenci si musí toto uvolnění uvědomovat a cítit ho. Předpokládá se, že uvolnění svalů bude vést i k uvolnění psychického napětí (Křivohlavý, 2009). Prostřednictvím relaxačních cvičení je možné dosáhnout rovnováhy mezi napětím a uvolněním. Důležité je věnovat dostatek pozornosti i životnímu stylu. Jedná se zejména o délku spánku a odpočinku, o životosprávu, která by měla zajistit dostatečný příjem energie a živin. Rovněž je nutné nezapomínat na pravidelný pohyb, který pozitivně působí na zvládání stresu (Vobořilová, 2015).

1.2.3 Absence psychohygieny jako počátek syndromu vyhoření u personálu

Syndrom vyhoření se týká zejména profesí, které se setkávají s lidskými osudy a jejich bolestmi. V současné době se syndrom vyhoření netýká pouze zdravotnického personálu, ale i dalších pracovníků (např. manažeři či vedoucí pracovníci). Pojem „syndrom vyhoření“ pochází z anglického výrazu „burn – out“, což je možné přeložit jako vyhoření, vyprahlost nebo vypálení. Venglářová (2011, s. 23) tento syndrom popisuje jako *„profesionální selhávání na základě vyčerpání vyvolaného zvyšujícími se požadavky od okolí nebo od samotného jedince. Zahrnuje ztrátu zájmu a potěšení, ztrátu ideálů, energie i smyslu, negativní sebeocenění a negativní postoje k povolání.“*

Někdy se může stát, že dochází k zaměňování pojmů stres a syndrom vyhoření. Oba tyto pojmy se řadí do negativních emociálních zážitků. Se stresem se může setkat každý, ale syndrom vyhoření se objevuje pouze u lidí, kteří mají vysoké očekávání a svou práci jsou de facto posedlí. Stres a syndrom vyhoření není tedy to samé, ale existuje mezi nimi spojitost. K syndromu vyhoření dochází na základě chronického

stresu (Stock, 2010). Syndrom vyhoření se projevuje nejprve v psychice postiženého, navenek je vidět až mnohem později (Venglářová, 2011).

Syndrom vyhoření dopadá negativně zejména na samotnou zdravotní sestru, ale také ovlivňuje její jednání vůči pacientovi. Díky tomu může sestra ovlivnit nejen psychický stav pacienta a tím výrazně prodloužit a zkomplikovat celý léčebný proces. Chování sestry potýkající se syndromem vyhoření se může promítnout i do pracovního kolektivu a do celkové pracovní atmosféry. Také to může z dlouhodobého hlediska negativně ovlivnit kvalitu vykonávané práce (Venglářová, 2011). U sester je nutné věnovat zvýšenou pozornost syndromu vyhoření. Každá sestra by měla včas zanalyzovat, jestli se cítí nejen fyzicky ale i psychicky v pořádku (Poschkamp, 2013).

Psychohygiena (duševní hygiena) má významný vliv na život i práci každého z nás. Obzvláště důležitá je ve zdravotnických profesích. Pokud se pravidelně dodržuje, tak se jedná o vhodný prostředek, který slouží proti napětí. Jedná se o vědní disciplínu, která se zabývá prevencí výskytu duševních poruch a onemocnění (Kelnarová a Matějková, 2014).

Pro ideální stav duševního zdraví je nutné dodržovat určité zásady duševní hygieny. Jedná se zejména o životosprávu, komunikaci s lidmi, vypořádání se stresem, emocionálním vypětím či psychickou zátěží. Psychohygiena snižuje a dokonce až odstraňuje rizika, která souvisí s duševními problémy. Na druhé straně pozitivně působí na spokojenost, pohodu či celkový pocit štěstí (Čeledová a Čevela, 2010).

1.3 Specifika ošetrovatelské péče u osob se schizofrenií

Pacienti se schizofrenií se oproti zdravým lidem potýkají se zvýšenou předčasnou mortalitou i závažnou tělesnou morbiditou. To má vliv nejen na jejich celkový zdravotní stav ale i na kvalitu života. Sestry mají podle vyhlášky Ministerstva zdravotnictví č. 55/2011 povinnost edukace a podpory zachování fyzických, kognitivních a psychických funkcí nemocných. Pacienti se schizofrenií se potýkají se zdravotními komplikacemi, které mohou být díky monitoringu a péči sestry ovlivněny. Pacienti se schizofrenií ve většině případů umírají na kardiovaskulární onemocnění a také na onemocnění dýchacího ústrojí. Na tyto nemoci má jistě vliv i nezdravý životní styl a celkový nezájem o vlastní zdraví. Některé zdravotní komplikace jsou ovlivněny i tím, že pacienti nespolupracují s ošetrujícím personálem. Jiné tělesné komplikace (např. tromboembolie) může být způsobena psychofarmaky (Hosáková a Jarošová, 2015).

Ošetrovatelská péče vychází z podstaty onemocnění schizofrenie. Jak už bylo uvedeno, schizofrenie je závažné duševní onemocnění, které se projevuje chronickým narušením myšlení a vnímání, poruchou emotivity a osobnostní integrity (Vágnerová, 2014). Úkolem sestry je tedy pacienta přiměřeně orientovat v realitě, učit ho komunikovat ve skupině, minimalizovat sociální dopady onemocnění a vést ho ke zdravému životnímu stylu. S tím souvisí i dohled na to, jak se pacienti stravují. Tito pacienti se velmi často potýkají s obezitou, která může vznikat jak v důsledku užívání psychofarmak, tak i nezájmem o sebe sama a své zdraví. Jejich strava není často vyvážená, obvykle nepřijímají ovoce a zeleninu a pořád konzumují obdobná jídla. Opačným extrémem je i riziko podvýživy, kterým jsou ohroženi především pacienti v mánii, kdy nemají potřebu jíst ani pít a může v důsledku neléčení dojít až k celkovému vyčerpání organismu. Dalším problémem u těchto pacientů je to, že v nadměrné míře užívají návykové látky – nejčastěji se jedná o kouření. Pacient se schizofrenií se většinou uzavírá do svého světa, ztrácí kontakt s okolím, ztrácí zájmy, koníčky a veškeré aktivity se omezují na kouření. Pro tyto pacienty je kouření rizikové, protože zvyšuje pravděpodobnost předčasného úmrtí. Pacient jistě kouřit nepřestane, ale úkolem sestry je poskytnout mu informace o těchto rizicích a snažit se přimět ho alespoň k tomu, aby snížil počet vykouřených cigaret. Důležité je pacienta vhodně aktivizovat a de facto odvést jeho pozornost od cigaret. S užíváním psychofarmak se objevuje i riziko inkontinence moči a v některých případech i stolice. Nemocný není schopný dojít včas na toaletu nebo necítí potřebu defekace. Díky nemoci klesá také fyzická aktivita jedince a dlouhodobé užívání psychofarmak může způsobit zácpu. Úkolem sestry je při analyzování stavu pacienta vhodnými dotazy zjistit, jestli se u něj objevuje inkontinence a případně mu poradit, jak používat kompenzační pomůcky. V tomto případě je vhodná i úprava stravy a hydratace. Edukaci pacienta má na starosti sestra a měla by ji pravidelně provádět (Hosáková a Jarošová, 2015).

1.3.1 Přístup a komunikace k osobám se schizofrenií

Základem pro kvalitní ošetrovatelskou péči je efektivní komunikace. Pro účinnou komunikaci s pacientem je nutné mít dobré komunikační schopnosti (Pokorná, 2010).

Komunikace s pacientem není jednoduchá. Proto je vhodné, když se mu jeho názor nerozmlouvá, lepší je souhlasit. Pacient by měl vidět, že má o něj někdo zájem a to by mělo přispět k získání důvěry mezi pacientem a ošetřujícím personálem (Kučerová, 2010). Pacient se schizofrenií může mít snížené či opožděné reakce.

V některých případech nemusí plně rozumět sdělovaným informacím a může se u něj projevit úzkost a sociální izolace (Venglářová, 2011).

Sestra je ve velmi těsném kontaktu s nemocným a tudíž má informace nejenom o jeho aktuálním zdravotním stavu, ale i tom, co ho trápí či čeho se obává. Při komunikaci s pacientem by sestra měla získat relevantní informace, důležitá je i neverbální komunikace. Informace může sestra získat i od rodiny či přátel pacienta. Sestra musí umět vytvořit takovou atmosféru, která bude přátelská a pacient tak bude schopný otevřeně komunikovat a hovořit o svých problémech. Špatně zvolený přístup může způsobit, že pacient nebude komunikovat a bude se chovat agresivně (Hosák, Hrdlička a Libiger, 2015).

Náročná je i komunikace s agresivním pacientem, ten může díky své nevhodné komunikaci ztratit důvěru personálu. Pacientův agresivní projev může být slovní, ale může vyústit až k agresi vůči sobě samému či vůči ošetřujícímu personálu. Při verbální agresi je účelem zastrašit druhou stranu a prosadit své požadavky. K tomu se využívá zejména křik a nadávky. Pacient může rovněž ničit věci a tak si de facto vybíjet svou agresi. V takovéto fázi ale existuje vysoké riziko, že dojde k napadení jiného pacienta či ošetřujícího personálu. Při útoku mohou být použity i různé předměty jako zbraň. Pacient může ublížit i sám sobě, buď to dělá záměrně s cílem upoutat na sebe, nebo je pod vlivem halucinací. Pokud se pacient snaží na sebe upoutat pozornost, tak mají jeho zranění obvykle povahu škrábanců a povrchných řezných ran. Vážné poškození si způsobí pacient, pokud je pod vlivem halucinací – může se jednat o hluboké řezné rány či popáleniny. Takovéto jednání může vést až k pokusu o sebevraždu (Venglářová, 2011).

Pokud dojde k verbálnímu konfliktu, tak je nejprve nutné celou situaci uklidnit a snažit se co nejrychleji zjistit důvod nepřiměřených emocí a získat tím čas na rozmyšlenou. Sestra by v takovémto případě měla zachovat chladnou hlavu, chovat se příjemně a empaticky a v žádném případě neprovokovat pacienta. Pokud bylo rozhořčení pacienta oprávněné, tak je na místě se omluvit (Čermáková, 2010).

1.3.2 Zajištění bezpečnosti agresivního pacienta a personálu

Agresivní chování pacienta souvisí s akutním vzplanutím epizody schizofrenie. U některých pacientů agresivní chování po odezdění epizody zmizí, ale někteří pacienti zůstávají i nadále agresivní. Takovýto pacient nemůže být propuštěn do domácí péče.

Přibližně pětina z celkového počtu agresivních činů je vykonána na základě bludů či halucinací. Dalšími důvody jsou zmatenost, impulzivní chování a osobní důvody spojené s osobnostními poruchami. U agresivních pacientů mnohdy antipsychotická léčba nestačí a je nutné kombinovat farmakologický a nefarmakologický přístup (Látalová, 2013).

Sestry se s agresivními pacienty setkávají poměrně často. Jedná se o pacienty, kteří nekomunikují, nespolupracují a odmítají léčbu. Důležité je, aby se vzniku agresivnímu chování předcházelo a personál věděl, jak se v takovýchto případech chovat. Sestra musí umět předvídat situaci, číst z obličeje či z řeči těla. Pokud se již u pacienta projeví v minulosti agresivita, tak je nutné, aby sestra nebyla s pacientem sama. V případě vzniku problému by měl být ošetřující personál v převaze (Petr a Marková, 2014).

Podle zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách se rozlišují následující druhy omezení:

- zadržení pacienta zdravotnickým personálem nebo jinými k tomu určenými osobami,
- snížení pohyblivosti pacienta za využití ochranných pásů nebo kurtů,
- umístění pacienta do síťového lůžka,
- umístění pacienta do místnosti, která slouží k nebezpečnému pohybu,
- využití ochranného kabátku nebo vesty, které omezují pohyby horních končetin,
- podání psychofarmak,
- kombinace výše uvedeného.

Při ošetřování agresivního pacienta je nutné dodržovat určité postupy, správně se chovat a komunikovat, aby nedošlo k ohrožení pacienta či ošetřujícího personálu. Zejména je důležité nezůstávat s pacientem o samotě, neotáčet se k němu zády, mít připravenou únikovou cestu, komunikovat a jednat s pacientem klidně, nenechat se zmanipulovat, nereagovat na pacientovu agresi agresivně a seznámit pacienta s následujícím postupem. Pokud má dojít k připnutí kurtů tak je zapínat šetrně, aby nedošlo k poranění pacienta. Takovému pacientovi je nutné poskytnout komplexní ošetrovatelskou péči – sledovat jeho životní funkce, zajistit výživu, osobní hygienu, sledovat zbarvení kůže fixovaných končetin apod. Používání omezovacích prostředků je přísně monitorováno a musí vždy vycházet z lékařské ordinace. Lékař musí veškeré omezení pacienta řádně odůvodnit

ve zdravotní dokumentaci a takovéto omezení je přípustné pouze na dobu nezbytně nutnou (tj. do zklidnění pacienta). Do dokumentace je rovněž nutné zaznamenávat informace o fyziologických funkcích pacienta a o jeho vědomí (Látalová, 2013).

2 Výzkumná část

Ve výzkumné části bakalářské práce je uvedený cíl výzkumu a výzkumné otázky, které s tímto výzkumem souvisejí. Dále jsou uvedené fáze a průběh výzkumu a charakteristika respondentů. Podstatná část je věnována průběhu výzkumu a následného zpracování dat.

2.1 Cíle a výzkumné otázky

Pro danou práci byly stanoveny dva cíle.

Prvním cílem bylo zjistit, jaká jsou specifika ošetrovatelské péče u pacientů se schizofrenií z pohledu všeobecné sestry.

Pro daný cíl byla stanovena jedna výzkumná otázka, která zní následovně:

VO1: Jaká jsou specifika ošetrovatelské péče u pacientů se schizofrenií z pohledu všeobecné sestry?

Druhým cílem bylo zjistit vnímání náročnosti při poskytování ošetrovatelské péče u pacientů se schizofrenií z pohledu všeobecné sestry.

V návaznosti na stanovený cíl byly formulovány dvě výzkumné otázky:

VO2: S jakými problémy se sestry setkávají v péči o pacienty se schizofrenií?

VO3: Jak se vyrovnávají všeobecné sestry se zátěží při poskytování ošetrovatelské péče u pacientů se schizofrenií?

2.2 Použitá metoda výzkumu

Pro realizaci výzkumu byla data získána prostřednictvím kvantitativního výzkumu za použití dotazníkového šetření. Anonymní dotazník byl vytvořen přímo pro účely této bakalářské práce a celkově obsahoval kombinaci 18 otázek (viz Příloha B), z čehož bylo 11 polootevřených (1, 4, 5, 6, 7, 9, 10, 11, 12, 13 a 18), 6 uzavřených (2, 8, 14, 15, 16, 17) a 1 škálová (3), kdy respondenti pomocí číselné stupnice hodnotili důležitost jednotlivých úkolů, které byly uvedené v otázce. Struktura dotazníku je sestavena tak, aby všechny otázky, jež dotazník obsahuje, naplňovaly hlavní cíle a k nim vztahující se výzkumné otázky.

První dvě otázky v dotazníku zjišťovaly nejvyšší dosažené vzdělání respondentů a délku jejich praxe v oboru. Následují položky, jež v souladu s první výzkumnou otázkou,

zjišťují, jaká jsou specifika ošetrovatelské péče u pacientů se schizofrenií z pohledu všeobecné sestry (otázky 3,4,5,6,7). Otázky č. 8 až č. 13 souvisely s druhou výzkumnou otázkou. Týkaly se toho, s jakými problémy se sestry setkávají v péči o pacienty se schizofrenií. Otázky č. 14 až č. 18 byly určeny pro účely třetí výzkumné otázky (Jak se vyrovnávají všeobecné sestry se zátěží při poskytování ošetrovatelské péče u pacientů se schizofrenií?).

2.3 Charakteristika vzorku respondentů a výzkumného prostředí

Výzkum se uskutečnil v PN HB se souhlasem vedení instituce (viz Příloha C). Výzkumného šetření se zúčastnili všeobecné a praktické sestry, jež pracují v dané instituci na odděleních, kde jsou hospitalizováni nemocní s diagnostikovanou schizofrenií. Respondenti byli informováni o anonymnosti dotazníku, jež bude využit pouze pro účely dané závěrečné práce. Respondentům bylo také sděleno, že v případě zájmu tato práce bude dostupná pro veřejnost na stránkách VŠPJ po její obhajobě.

Celkem bylo v rámci dotazníkového šetření osloveno 110 respondentů, vyplněných dotazníků se vrátilo 100. Návratnost dotazníků tedy činí 91 %. Z celkového počtu zúčastněných ve výzkumném vzorku, bylo nejvíce vysokoškolsky vzdělaných (tj. 32 %) a středoškolsky vzdělaných (tj. 31 %). Dále se výzkumu zúčastnilo 22 % zaměstnanců se specializačním vzděláním a 15 % s vyšším odborným vzděláním. Co se týče délky praxe v oboru, nejvíce dotázaných (tj. 37 %) pracuje 4-10 let, 26 % je v oboru 1-3 roky a 25 % více než 10 let. Nejméně respondentů (tj. 12 %) pracují ve zdravotnictví méně, než 1 rok.

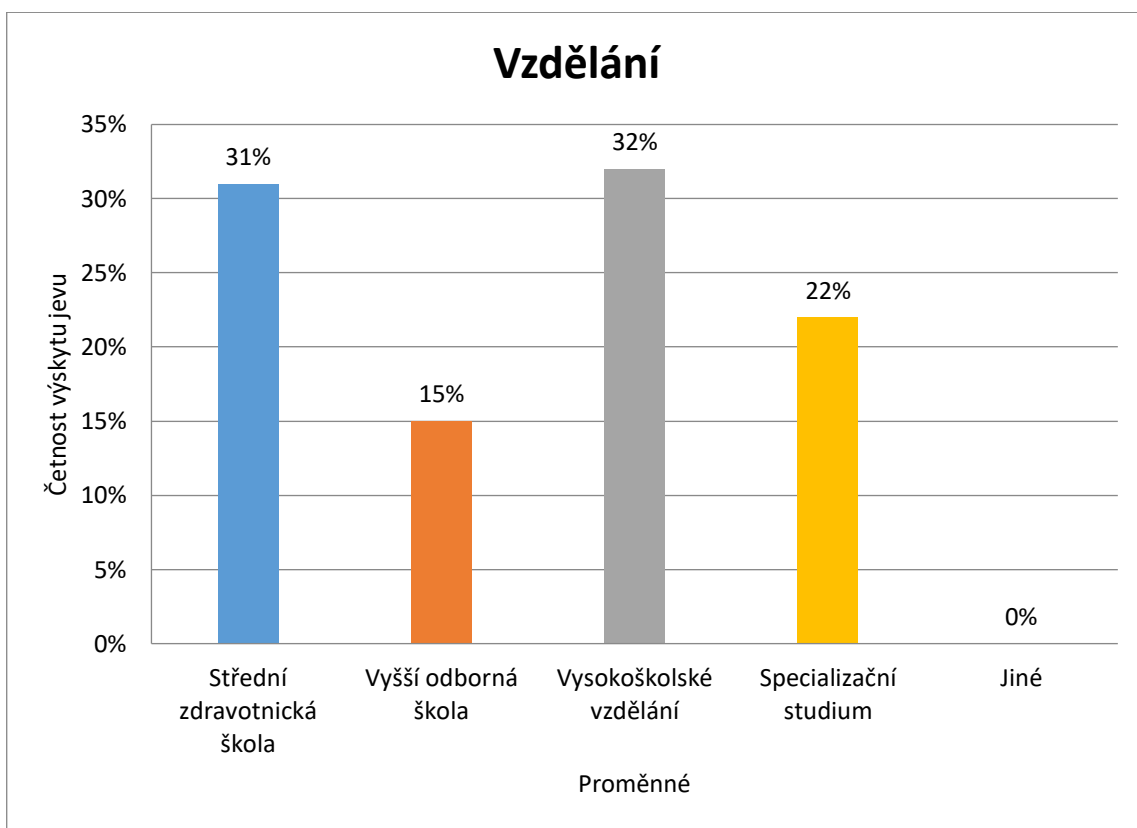
2.4 Průběh výzkumu a výzkumné prostředí

Jak bylo uvedeno výše, výzkumného šetření se zúčastnilo 100 respondentů, pracujících s pacienty se schizofrenií v Psychiatrické nemocnici Havlíčkův Brod. Výzkum probíhal v období od února do dubna 2020. Odpovědi dotázaných byly vyhodnoceny a následně graficky zpracovány v MS Excel.

2.5 Analýza výzkumných dat

Tato kapitola je již zaměřená na prezentaci výsledků z dotazníkového šetření. Ke každé otázce v dotazníku je vytvořený sloupcový graf. Jednotlivé sloupce jsou označeny výslednými procenty. Grafické výsledky jsou doplněny komentářem pod jednotlivými grafy.

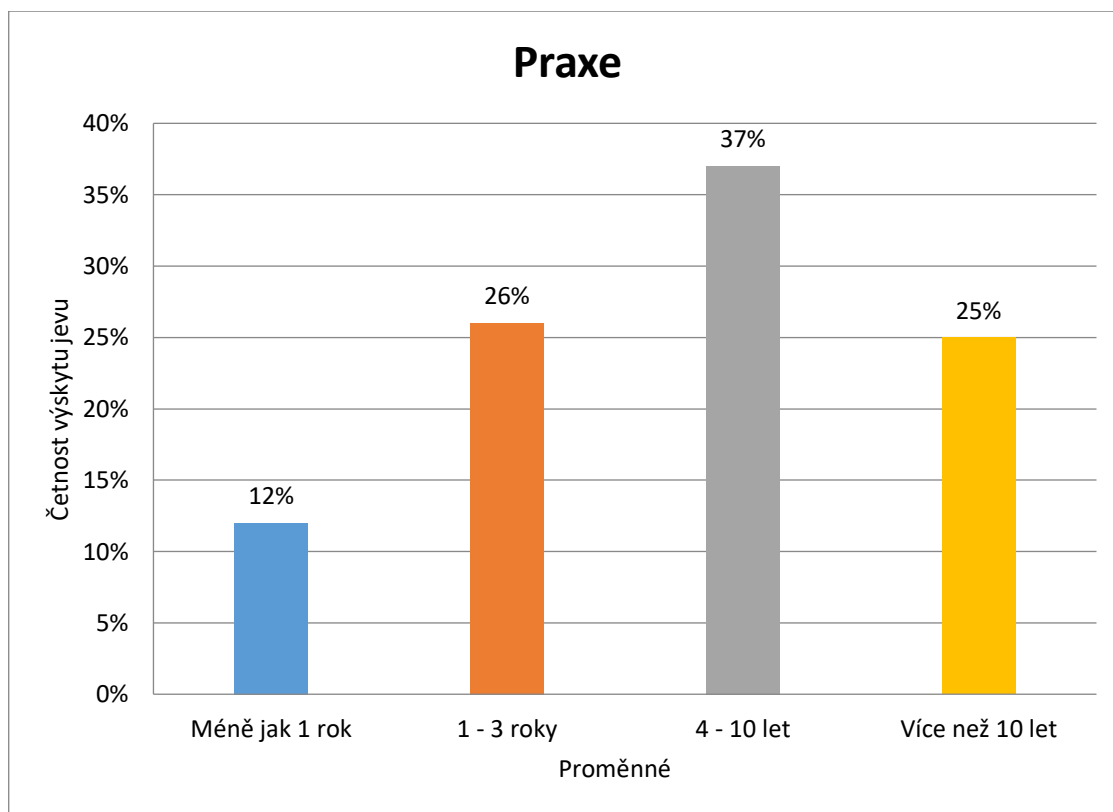
Otázka č. 1: Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?



Graf 1 Vzdělání

Na grafu 1 je uvedeno nejvyšší dosažené vzdělání respondentů. Celkem 32 dotazovaných (32 %) odpovědělo, že jejich nejvyšší dosažené vzdělání je vysokoškolské. U 31 oslovených respondentů (31 %) je to střední zdravotnická škola. Pouhých 22 respondentů (22 %) uvedlo specializační studium a 15 dotázaných (15 %) absolvovalo vyšší odbornou školu.

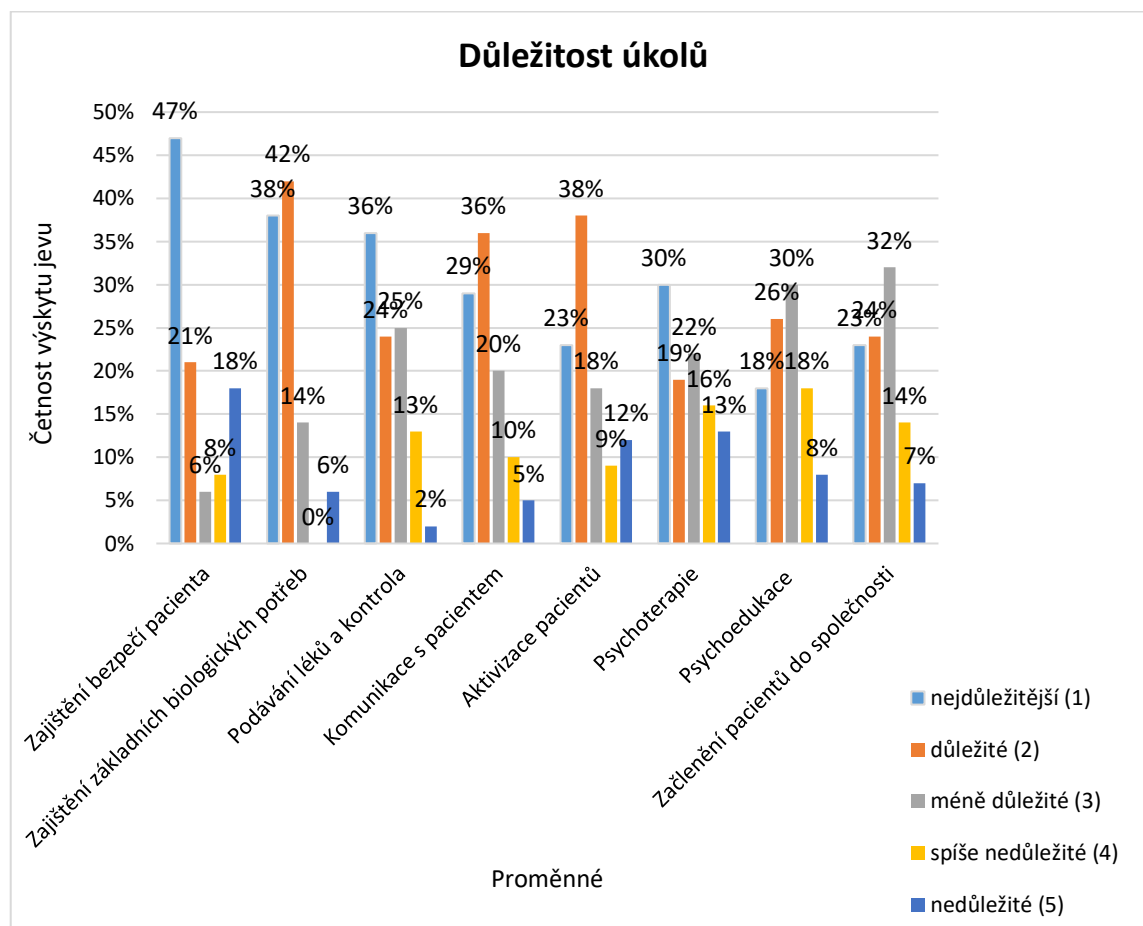
Otázka č. 2: Jak dlouho se věnujete svému oboru?



Graf 2 Praxe

Otázka č. 2 se v dotazníkovém šetření zaměřovala na délku praxe. Z grafu 2 je patrné, že 37 oslovených (37 %) působí v tomto oboru v rozmezí 4 – 10 let. Pak 26 dotázaných (26 %) uvedlo, že jejich praxe v oboru je 1 – 3 roky, 25 respondentů (25 %) v tomto oboru působí déle než 10 let. Méně než 1 rok v tomto oboru působí 12 oslovených respondentů (12 %).

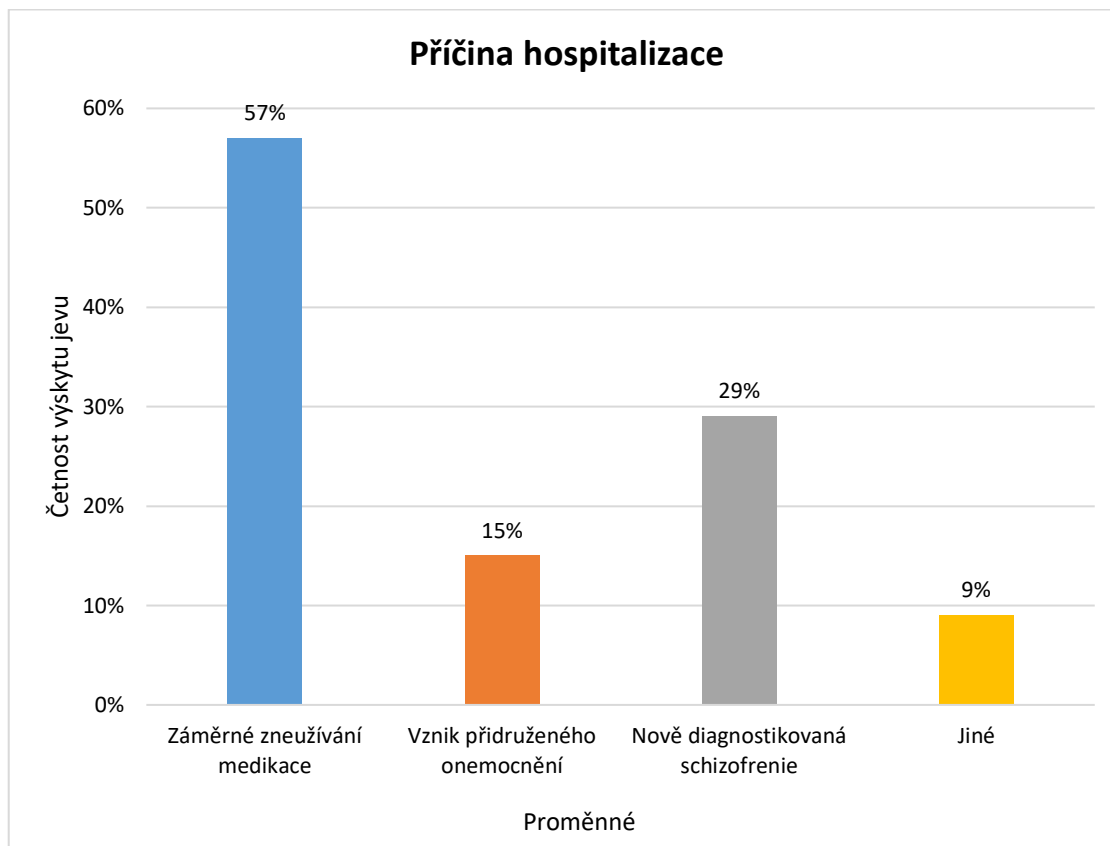
Otázka č. 3: Jak důležité jsou podle Vás tyto úkoly? (hodnocení 1 nejdůležitější, hodnocení 5 nedůležité)



Graf 3 Důležitost úkolů

Následující třetí otázka byla vytvořena ve tvaru škály a zaměřovala se na důležitost daných úkolů v ní uvedených. Respondenti označovali každou možnost číslem, které značilo význam jednotlivých úkolů (viz Graf 3). Pro 47 (47 %) oslovených je nejdůležitější bezpečí pacienta a jeho okolí. Naopak 18 respondentů (18 %) to nepovažuje za důležité. Biologické potřeby vyhodnotilo 42 (42 %) respondentů za důležité a 36 oslovených (36 %) uvedlo, že pravidelné podávání léků a následná kontrola jsou velmi důležité. Stejný počet dotázaných - 36 respondentů (36 %) hodnotí komunikaci s pacientem jako důležitou (číslem 2). Dále pro 38 (38 %) zúčastněných aktivizace pacientů je důležitá a pro 30 (30 %) je na stejném místě i psychoterapie. Psychoedukace je podle 30 (30 %) zúčastněných méně důležitá a až 32 (32 %) i jako méně důležité uvádí začlenění pacienta do společnosti.

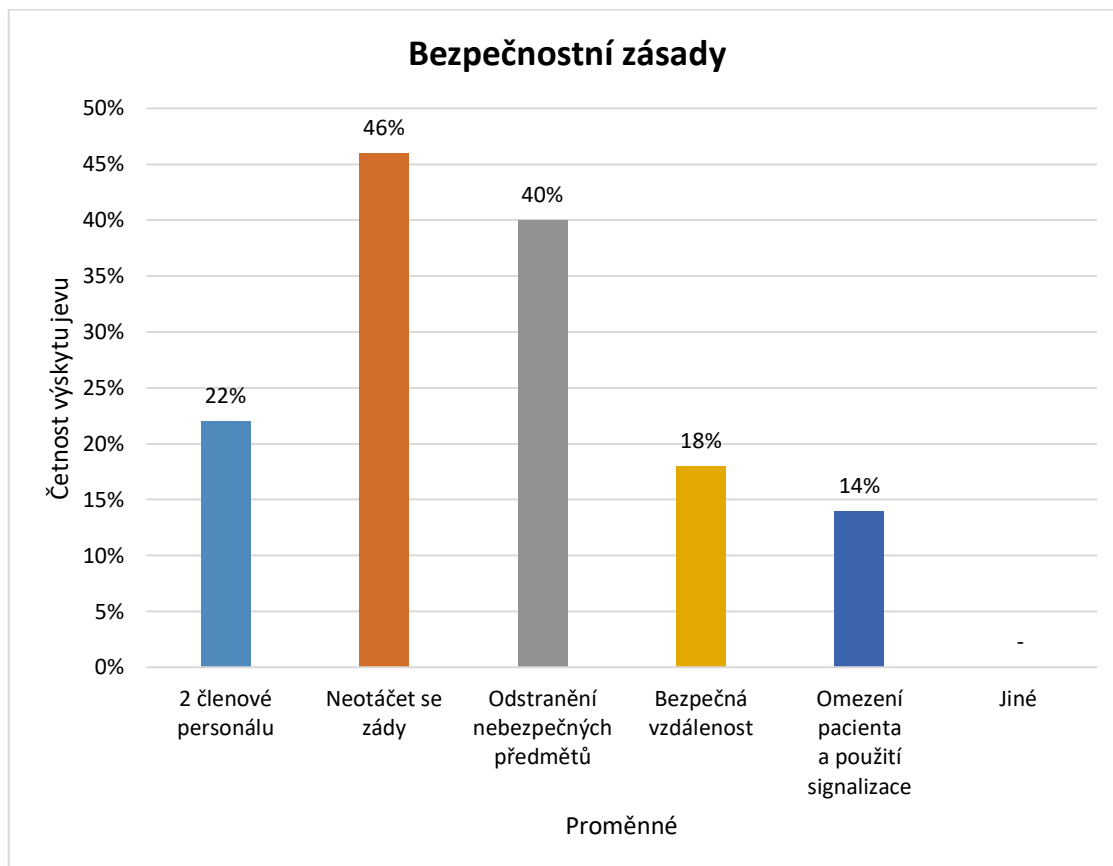
Otázka č. 4: Jaká je nejčastější příčina hospitalizace pacienta s dekompenzovanou schizofrenií v psychiatrické nemocnici?



Graf 4 Příčina hospitalizace

Další položkou dotazníku byla zjišťována příčina hospitalizace. U této otázky mohli respondenti uvést více odpovědí. Podle oslovených respondentů je nejčastější příčinou hospitalizace záměrné zneužívání medikace. Tuto odpověď uvedlo 57 respondentů (57 %). Podle 29 oslovených (29 %) je příčinou hospitalizace i nově diagnostikovaná schizofrenie, 15 dotazovaných (15 %) uvedlo, že příčinou je vznik přidruženého onemocnění. Dále 9 respondentů (9 %) označilo, že příčinou hospitalizace jsou jiné důvody (viz Graf 4). Jako jiné důvody respondenti uváděli nadměrnou konzumaci alkoholu či ohrožení sebe nebo svého okolí.

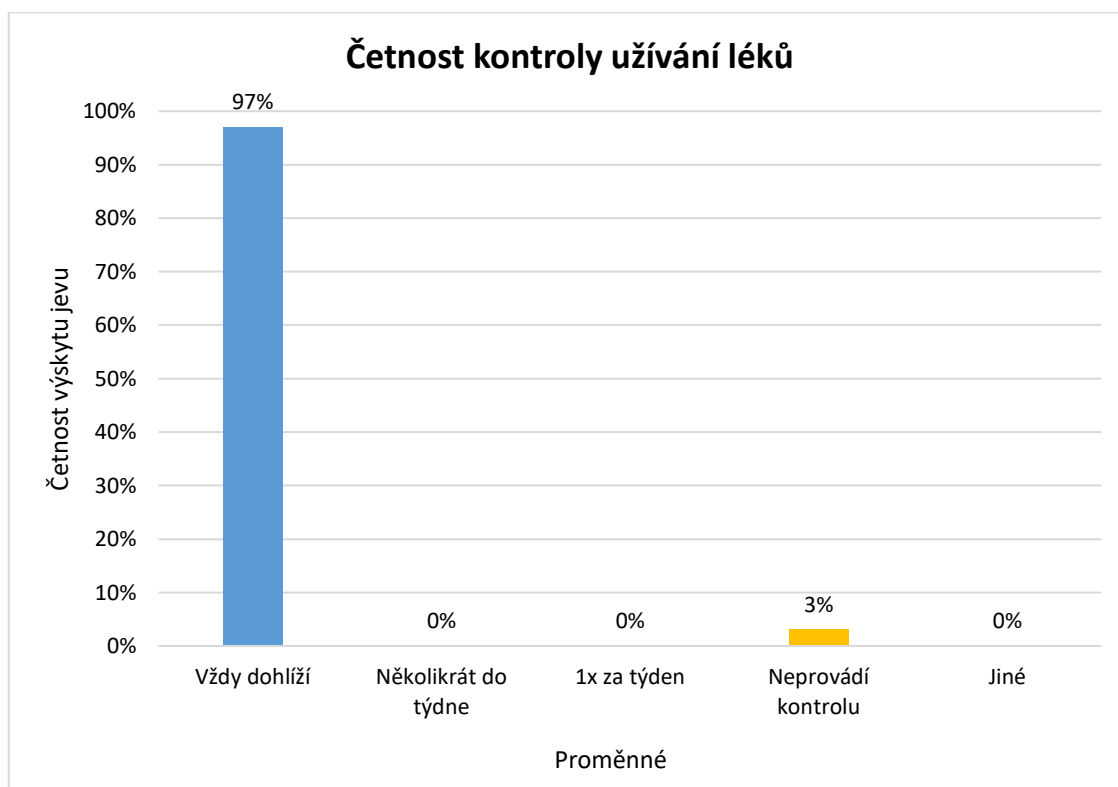
Otázka č. 5: Jaké bezpečnostní zásady je podle Vás třeba dodržovat při poskytování ošetrovatelské péče pacientům se schizofrenií?



Graf 5 Bezpečnostní zásady

I v případě následující 5. otázky mohli respondenti uvést více odpovědí. Nejčastěji respondenti uváděli (46 respondentů, tj. 46 %), že je důležité se k pacientovi neotáčet zády. Podle 40 oslovených (40 %) je nutné odstranit z okolí pacienta nebezpečné předměty, kterými by mohl poranit sebe nebo personál. Podle 22 respondentů (22 %) je důležité, aby s pacientem byly v místnosti minimálně 2 členové personálu. Při komunikaci s pacientem je nutné dodržovat rovněž bezpečnou vzdálenost, to uvedlo 18 dotázaných (18 %) a podle 14 respondentů (14 %) je vhodné, pokud dojde k omezení pacienta a případné použití signalizace (viz Graf 5).

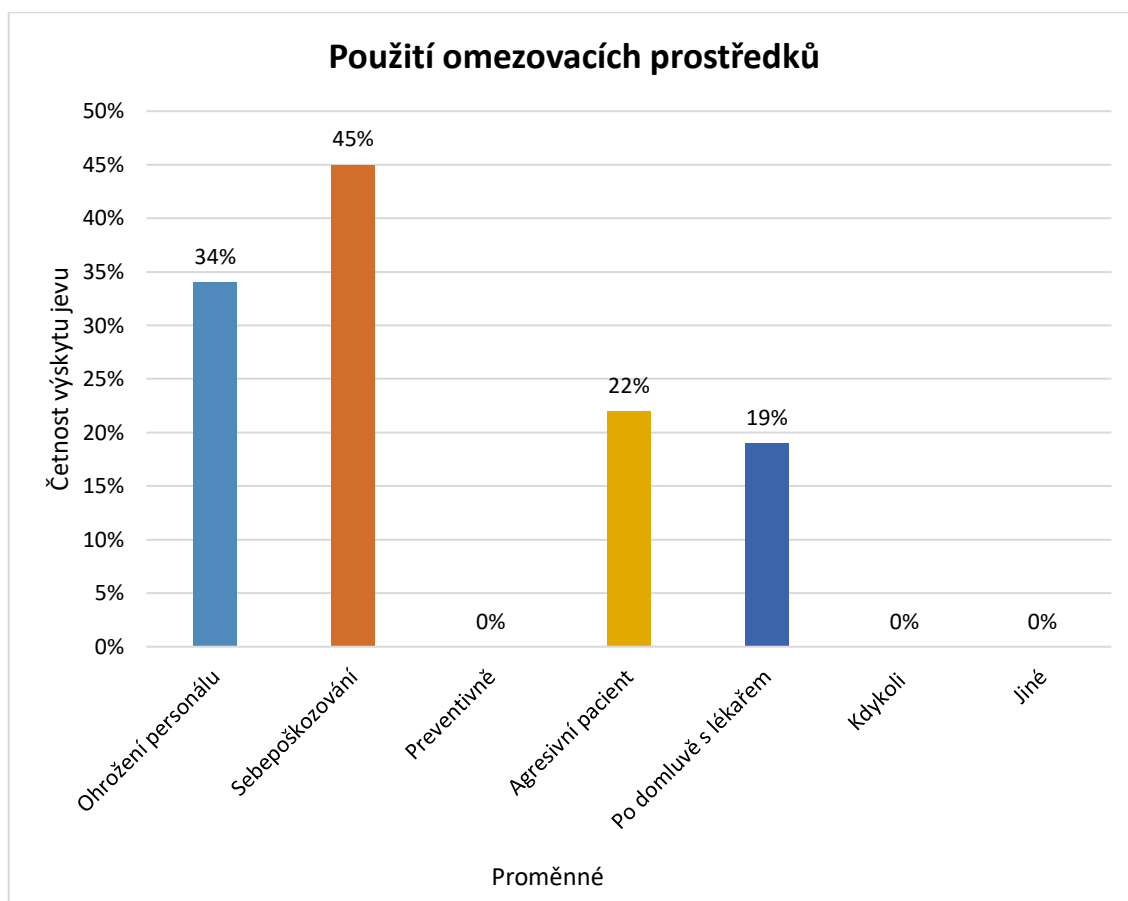
Otázka č. 6: Jak často kontrolujete, že pacient léky užívá a neshromažďuje je u sebe?



Graf 6 Četnost kontroly užívání léků

Následující otázka v dotazníku zjišťovala, jak často se kontroluje užívání léků pacienty. Celkem 97 oslovených respondentů (97 %) uvedlo, že vždy dohlídí, zda si pacient zapil léky naordinované lékařem. Dále 3 respondenti (3 %) uvedli, že kontrolu vůbec neprovádí (viz Graf 6).

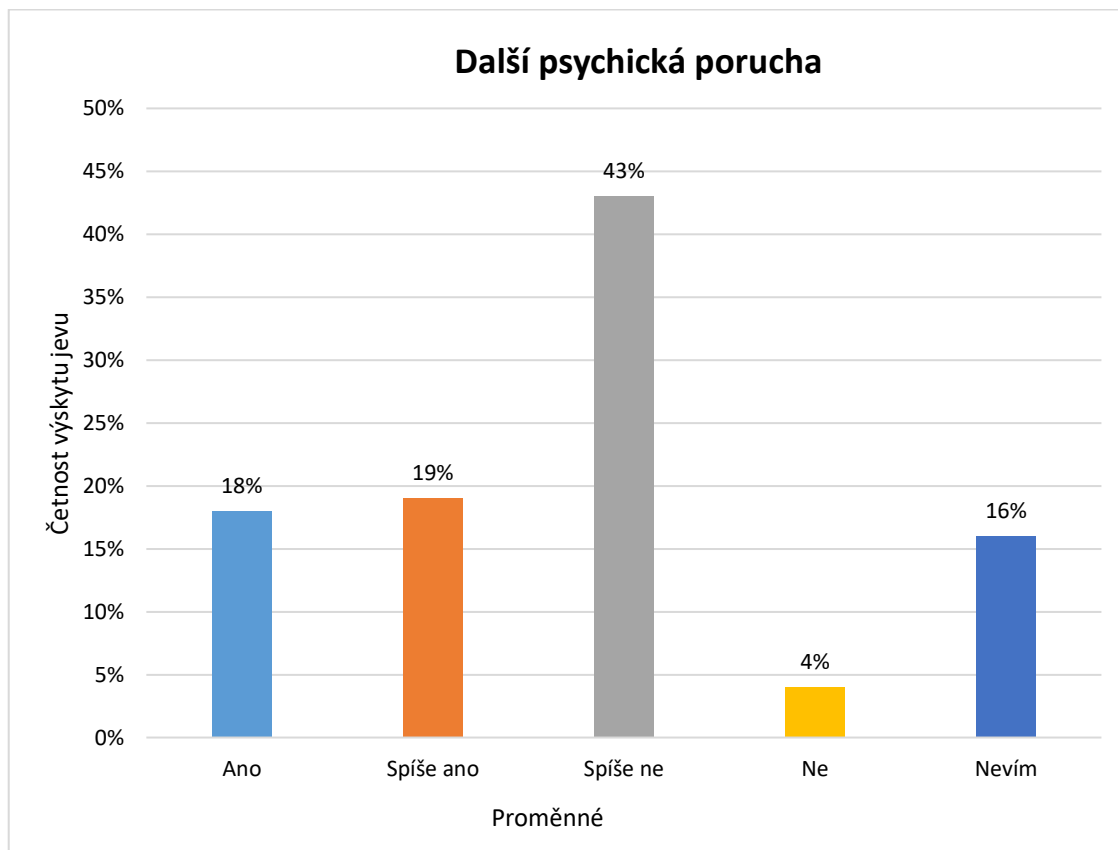
Otázka č. 7: Kdy používáte omezovací prostředky u pacientů?



Graf 7 Použití omezovacích prostředků

Další otázka v dotazníku zjišťovala použití omezovacích prostředků u pacienta. U této otázky mohli respondenti uvést více odpovědí. Celkem 45 respondentů (45 %) uvedlo, že se omezovací prostředky používají v případě, že hrozí riziko sebepoškozování pacienta. Dále 34 respondentů (34 %) označili, že se omezovací prostředky použijí při ohrožení personálu. Pak 22 respondentů (22 %) je využívá u agresivních pacientů a 19 oslovených (19 %) po domluvě s lékařem. Žádný respondent nepoužívá omezovací prostředky z preventivních důvodů či kdykoli to uznají za vhodné (viz Graf 7).

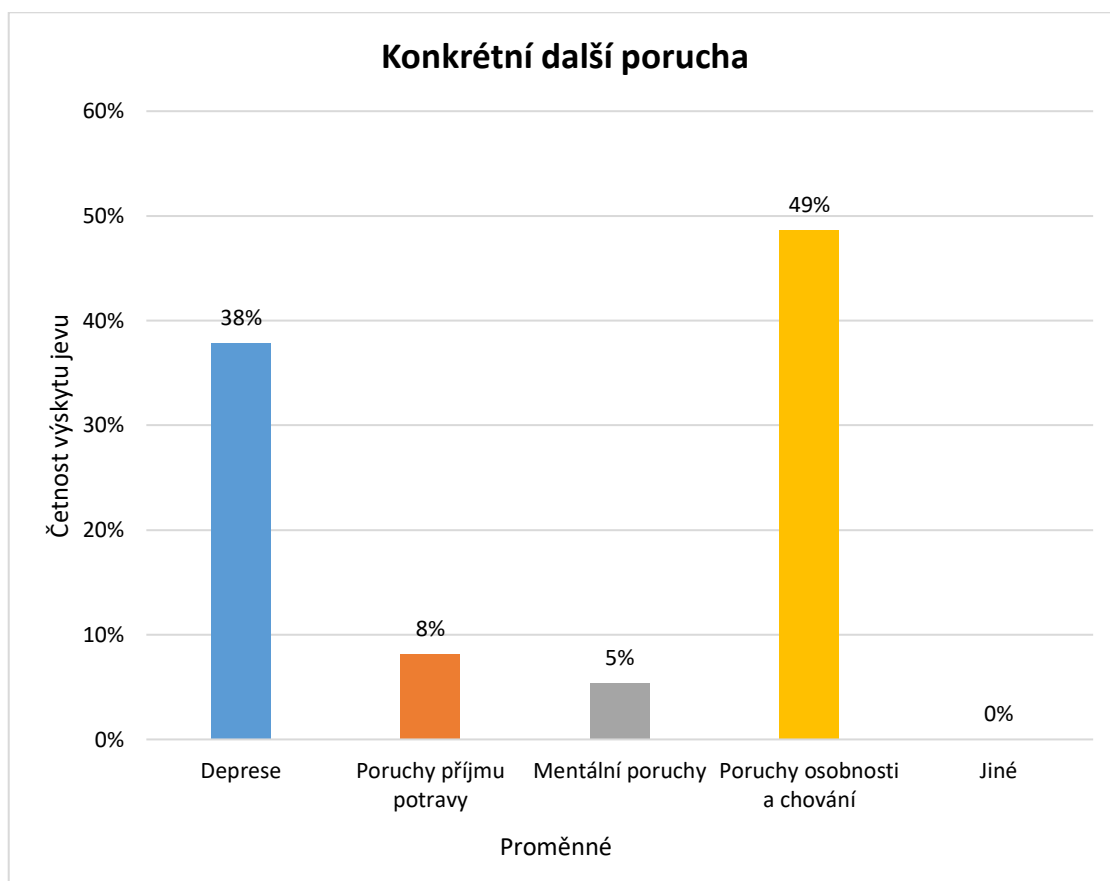
Otázka č. 8: Setkáváte se se vznikem další psychické poruchy u pacienta se schizofrenií?



Graf 8 Další psychická porucha

Následující otázka v dotazníkovém šetření zjišťovala, jestli se respondenti setkávají se vznikem dalších psychických poruch. U této otázky převažují negativní odpovědi. Až 43 respondentů (43 %) uvedlo, že se spíše nesetkávají a 4 dotazovaní (4 %) se vůbec nesetkávají se vznikem další psychické poruchy u pacienta se schizofrenií. Dále 18 dotazovaných (18 %) se setkává s dalšími psychickými poruchami, 19 dotazovaných (19 %) uvedlo spíše ano. Zbývajících 16 respondentů (16 %) zvolilo odpověď nevím (viz Graf 8).

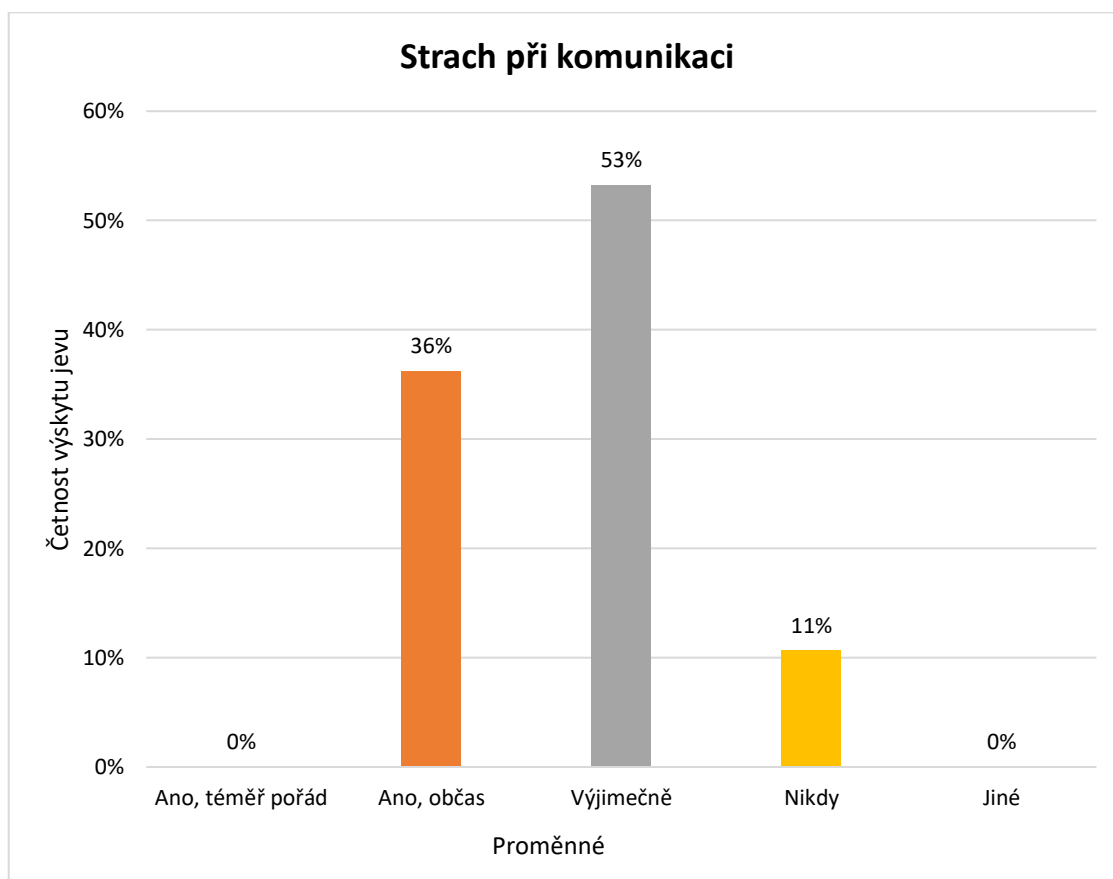
Otázka č. 9: S jakými přidruženými poruchami se setkáváte?



Graf 9 Konkrétní další porucha

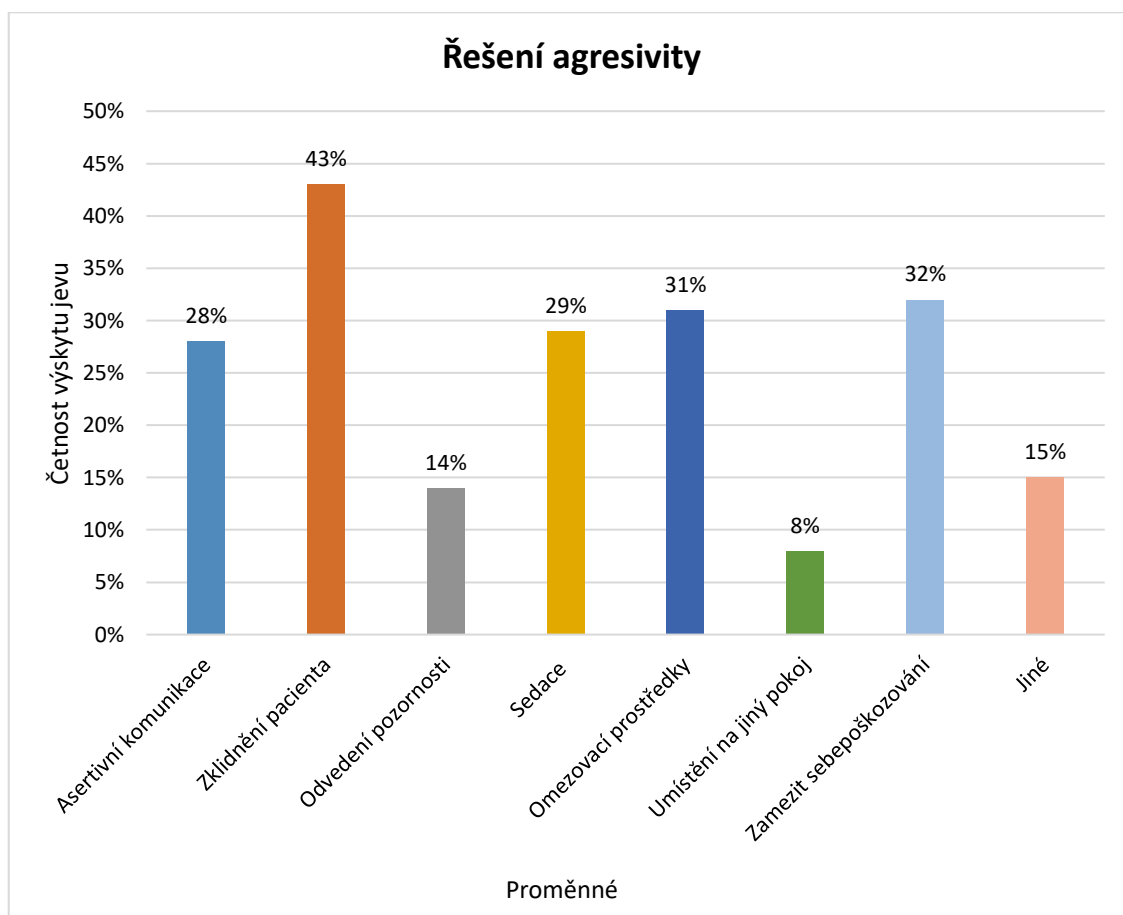
Tato otázka v dotazníku byla určená pouze pro ty respondenty, kteří na předchozí osmou otázku uvedli odpověď ano resp. spíše ano. Celkem na tuto otázku odpovědělo 37 respondentů. S poruchami osobnosti a chování se setkala 18 dotázaných (49 %) a 14 respondentů (38 %) uvedlo, že se setkala s depresemi. Dále 3 respondenti (8 %) se setkává s poruchami příjmu potravy a 2 respondenti (5 %) se setkává s mentálními poruchami (viz Graf 9).

Otázka č. 10: Měl/a jste někdy strach při komunikaci s pacientem se schizofrenií?



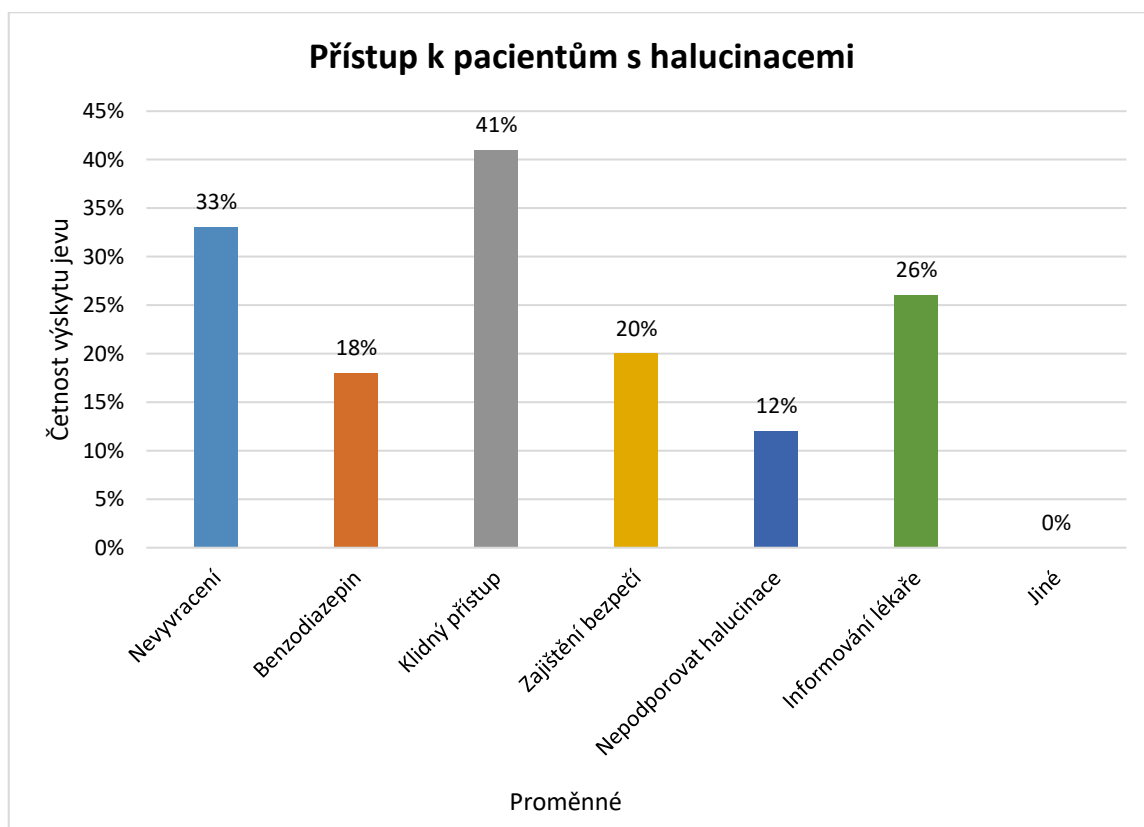
Graf 10 Strach při komunikaci

Z grafu 10 je patrné, že občas má strach při komunikaci s těmito pacienty 36 oslovených respondentů (36 %). Více než polovina, tedy 53 dotázaných (53 %) uvedlo, že má strach výjimečně a 11 dotázaných (11 %) ho nemá nikdy. Ani jeden respondent nemá strach téměř pořád (viz Graf 10).

Otázka č. 11: Jak řešíte případnou agresivitu pacientů?**Graf 11 Řešení agresivity**

Další otázka se v dotazníkovém šetření zaměřovala na způsoby řešení agresivity. U této otázky mohli respondenti uvést více odpovědí. Nejčastější odpovědí (viz Graf 11) bylo, že se snaží o zklidnění pacienta. Tuto odpověď uvedlo 43 respondentů (43 %). Kromě toho řeší 32 respondentů (32 %) agresivitu pacientů tím, že se snaží zamezit vzniku sebepoškozování a na základě indikace s lékařem se používá 31 dotázaných (31 %) omezovací prostředky a sedaci pacienta využívá 29 dotázaných (29 %). Dále 28 respondentů (28 %) řeší agresivitu prostřednictvím klidné asertivní komunikace a 14 respondentů (14 %) se snaží odvést pozornost. Pak 8 respondentů (8 %) řeší agresivitu umístěním pacienta na jiný pokoj a 15 respondentů (15 %) uvedlo, že využívá jiné způsoby. Jedná se např. o monitorování pacienta kamerovým systémem na izolovaném pokoji nebo ji dále řeší využíváním pomocné síly personálu.

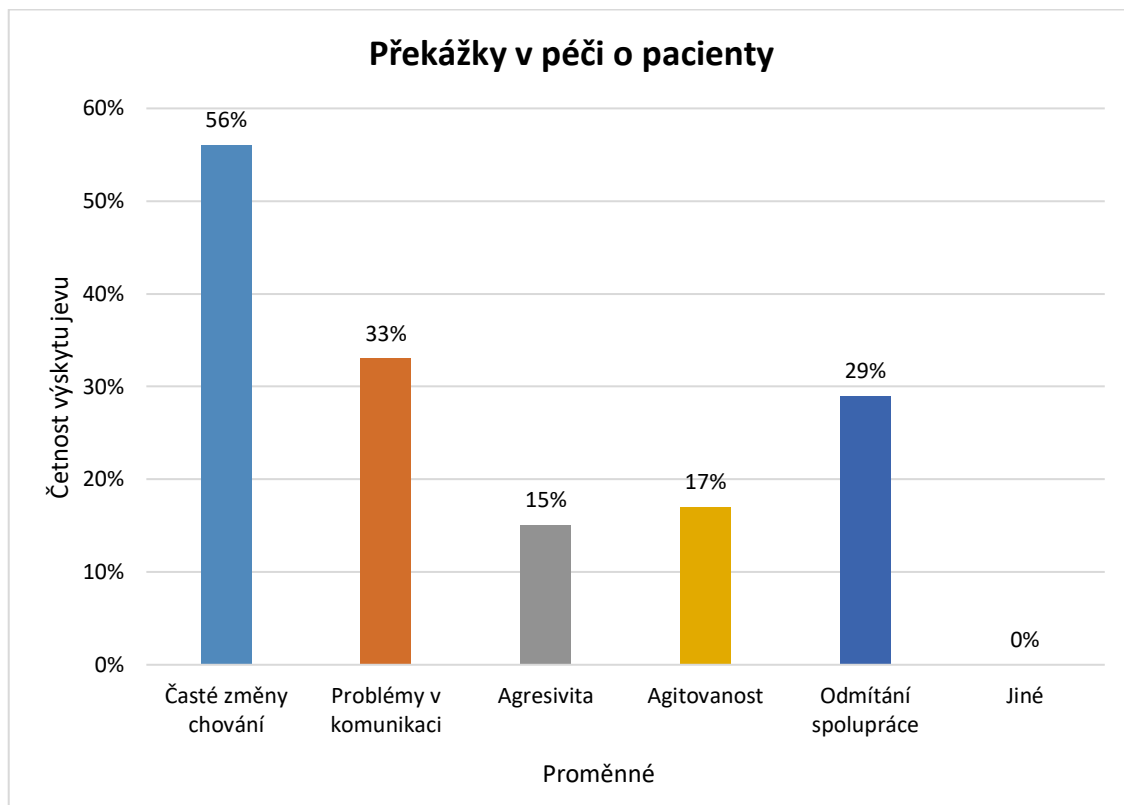
Otázka č. 12: Jak přistupujete k pacientům s halucinacemi?



Graf 12 Přístup k pacientům s halucinacemi

Následující 12 otázka v dotazníkovém šetření byla zaměřena na přístup k pacientům s halucinacemi. U této otázky mohli respondenti uvést více odpovědí. Grafické znázornění respondentů prezentuje graf 12, kdy 41 respondentů (41 %) uvedlo, že se snaží o klidný přístup k pacientovi a snaží se ho vyslechnout. Kromě toho 33 respondentů (33 %) uvedlo, že halucinace pacientovi nevyvrací a 26 dotázaných (26 %) informuje lékaře. Pouhých 20 oslovených (20 %) usiluje o zajištění bezpečí pro pacienta na pokoji a 18 respondentů (18 %) podává benzodiazepiny dle ordinace. Zbývajících 12 dotázaných (12 %) uvedlo, že halucinace nepodporují.

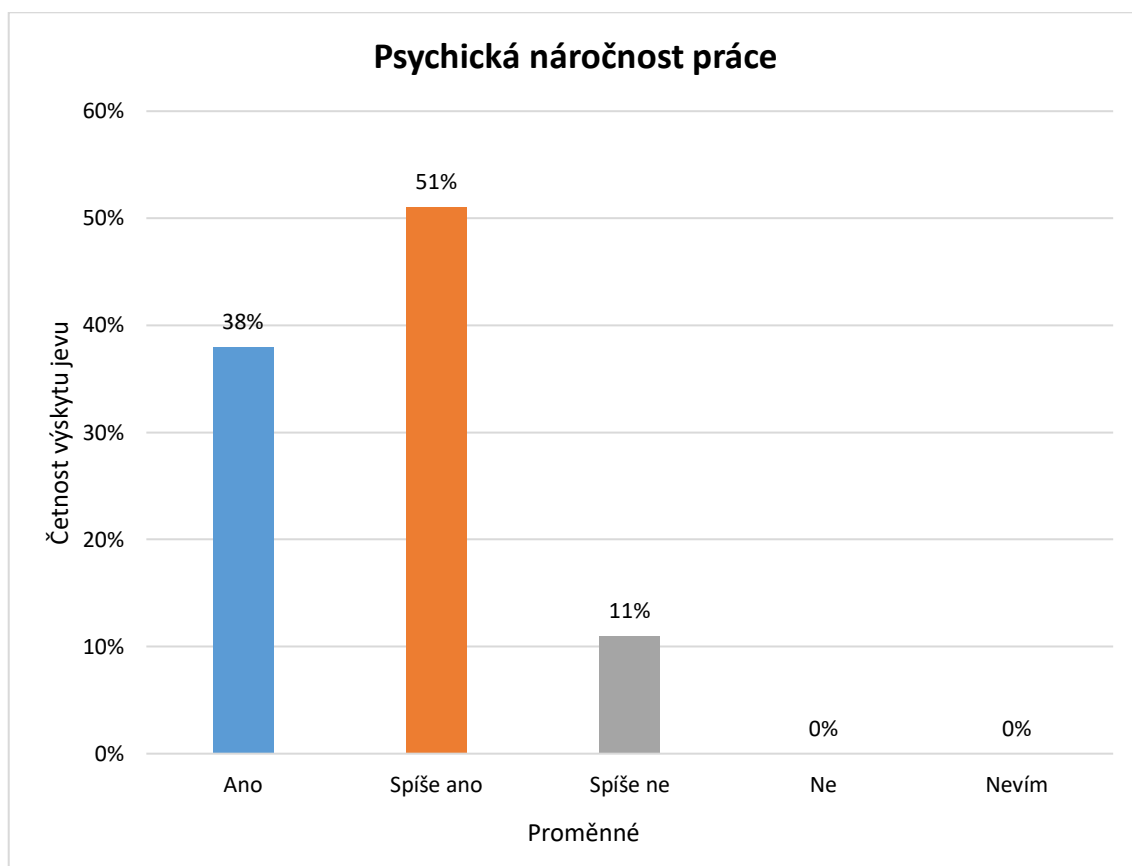
Otázka č. 13: S jakými překážkami se nejčastěji setkáváte v péči o pacienty se schizofrenií?



Graf 13 Překážky v péči o pacienty

U této otázky mohli respondenti uvést rovněž více odpovědí. Při péči o pacienty se schizofrenií se 56 oslovených (56 %) nejčastěji setkávají s častými změnami v chování, 33 respondentů (33 %) spatřuje překážky v problémech při komunikaci a 29 respondentů (29 %) je vidí v odmítání spolupráce ze strany pacientů. U některých pacientů považuje 15 oslovených (15 %) za překážku agresivitu a 17 dotázaných (17 %) pak agitovanost (viz Graf 13).

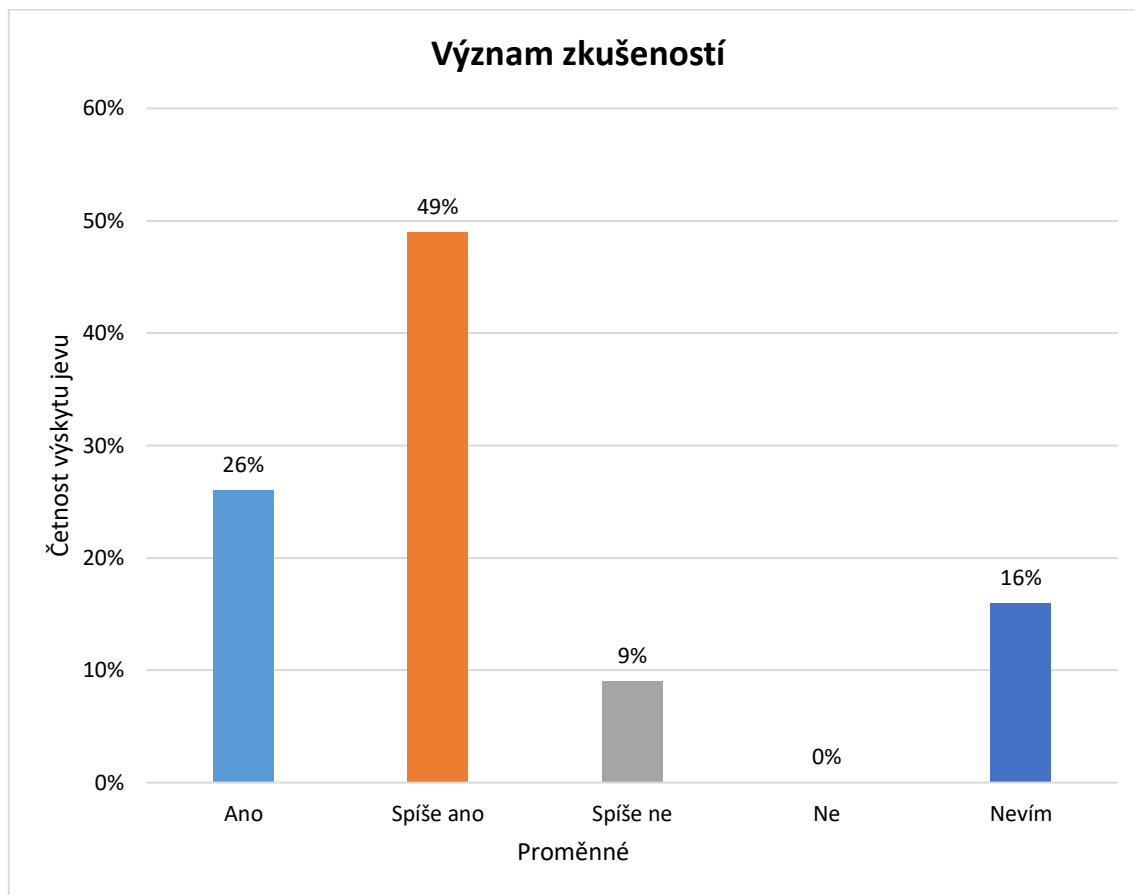
Otázka č. 14: *Považujete Vaši práci za psychicky náročnou?*



Graf 14 Psychická náročnost práce

Tato otázka se zaměřovala na psychickou náročnost práce s pacienty se schizofrenií. Z grafu 14 je patrné, že 38 respondentů (38 %) považuje svou práci za psychicky náročnou. Spíše za psychicky náročnou ji považuje 51 respondentů (51 %). Celkem 11 respondentů (11 %) nepovažuje svou práci za psychicky náročnou. Odpověď ne, neoznačil nikdo ze 100 (100 %) dotázaných.

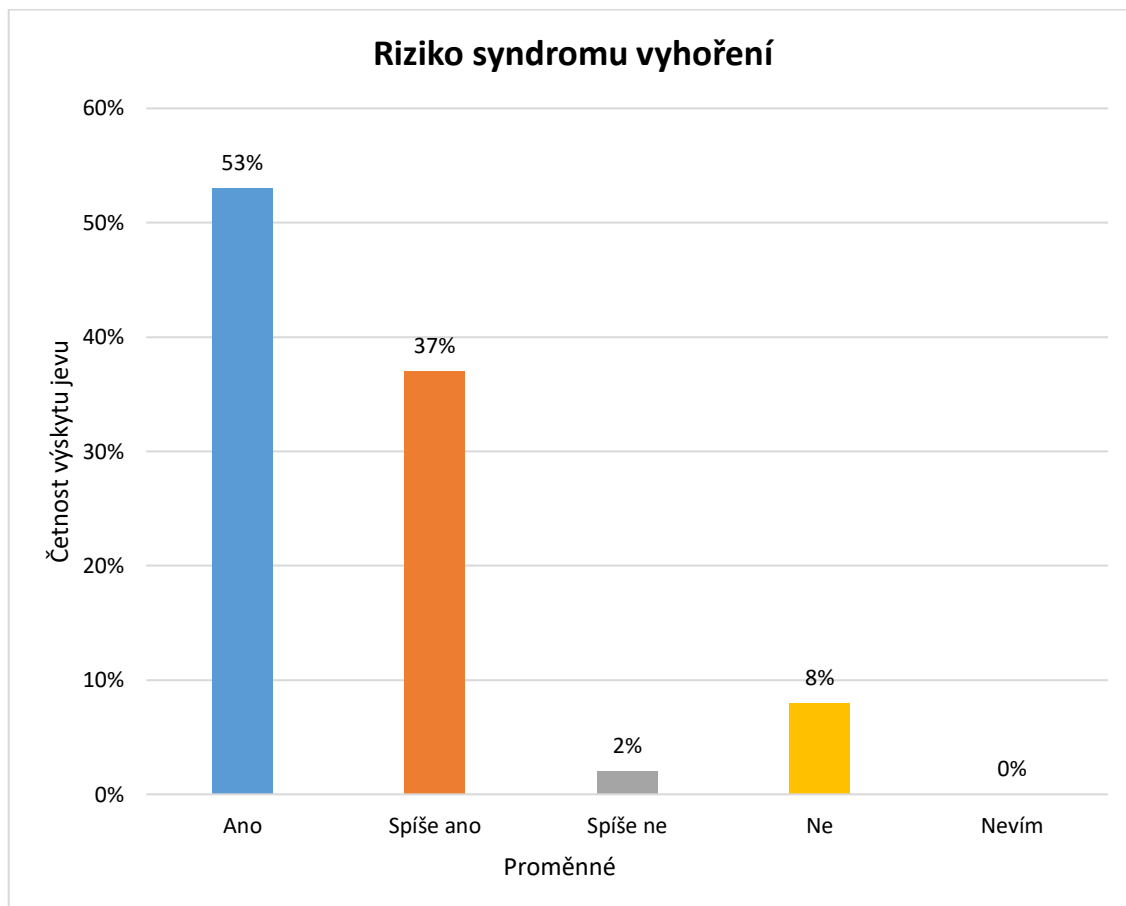
Otázka č. 15: *Souhlasíte s tvrzením, že v komunikačních dovednostech s pacienty je nutná mnohaletá zkušenost a praxe?*



Graf 15 Význam zkušeností

Graf 15 znázorňuje, jestli jsou podle respondentů nutné při práci s pacienty zkušenosti a praxe. I u této otázky převažují kladné odpovědi. Podle 26 oslovených (26 %) jsou zkušenosti nutné a 49 dotázaných (49 %) je považuje za spíše nutné. Za spíše nenutné je považuje 9 oslovených (9 %). Zbývajících 16 respondentů (16 %) neví odpověď na tuto otázku.

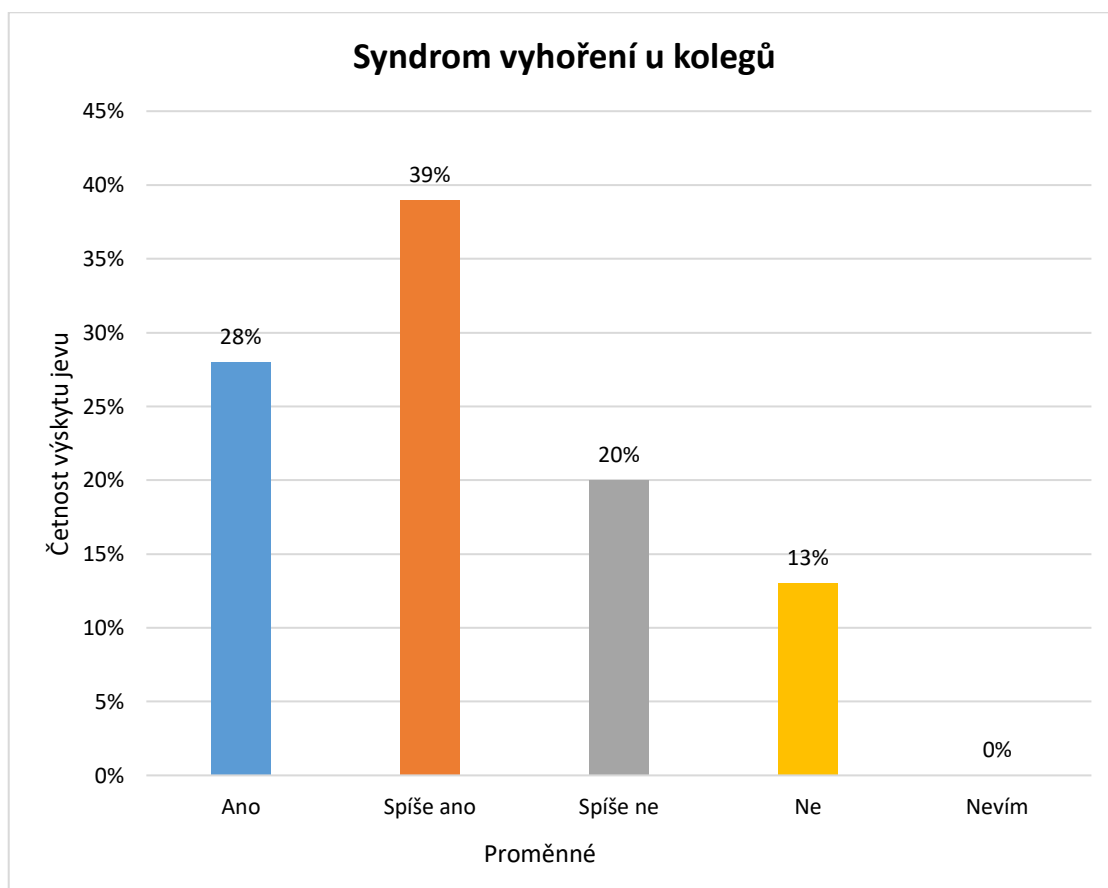
Otázka č. 16: *Myslíte si, že ve Vašem oboru existuje zvýšené riziko syndromu vyhoření?*



Graf 16 Riziko syndromu vyhoření

Na grafu 16 jsou znázorněny odpovědi respondentů na rizika syndromu vyhoření. Celkem 53 respondentů (53 %) je přesvědčeno, že v tomto oboru existuje zvýšené riziko syndromu vyhoření a 37 oslovených (37 %) uvedlo odpověď spíše ano. Pouze 2 respondenti (2 %) uvedli, že riziko syndromu vyhoření spíše nehrozí a podle 8 dotazovaných (8 %) nehrozí vůbec.

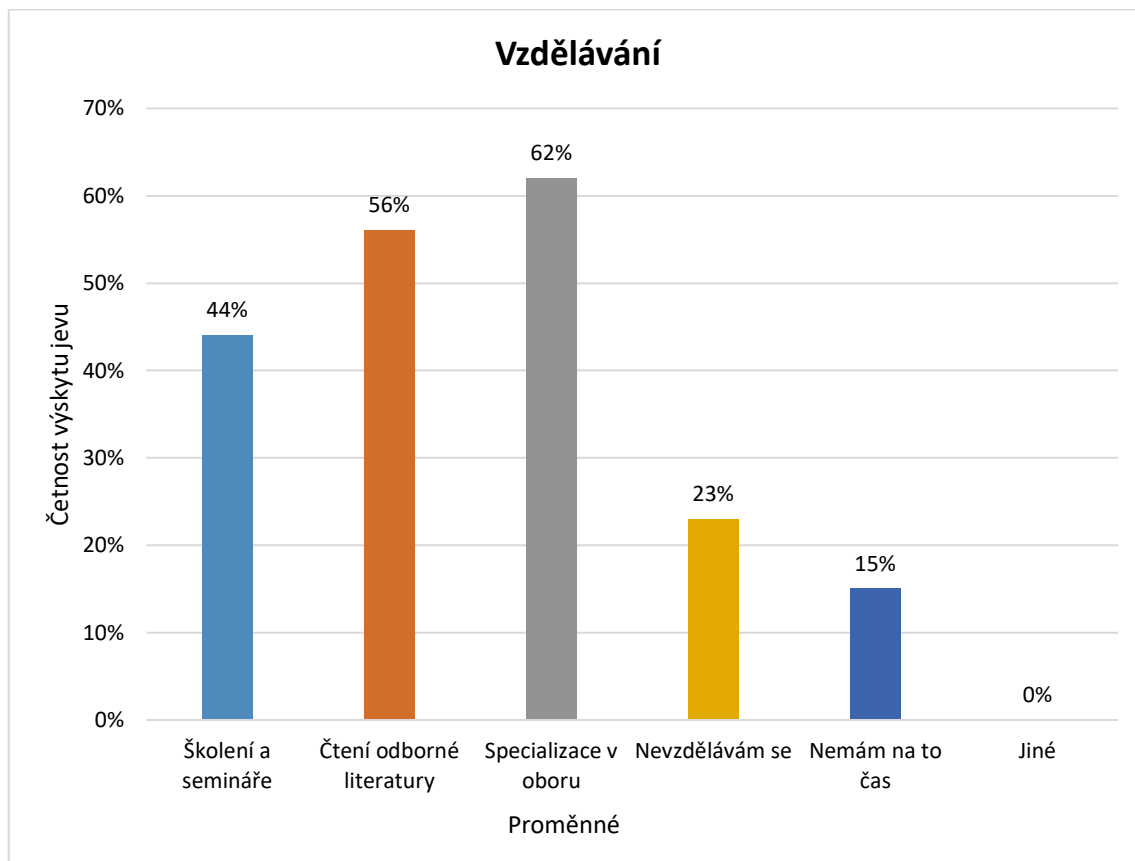
Otázka č. 17: Setkal/a jste se u svých kolegů se syndromem vyhoření?



Graf 17 Syndrom vyhoření u kolegů

Se syndromem vyhoření se u kolegů setkala 28 respondentů (28 %), 39 dotázaných (39 %) uvedlo, že spíše se s ním setkali. Pak 13 dotázaných (13 %) ho u svých kolegů nezaregistrovalo. Dalších 20 oslovených (20 %) uvedlo, že se s ním spíše nesetkali (viz Graf 17).

Otázka č. 18: Jakým způsobem se vzděláváte, abyste dokázali lépe porozumět a naslouchat pacientům se schizofrenií?



Graf 18 Vzdělávání

Poslední otázka se v rámci dotazníkového šetření zaměřovala na vzdělávání. U této otázky mohli respondenti uvést více odpovědí. Mezi tři nejčastější odpovědi (viz Graf 18) patřila specializace v oboru, kterou zaznačilo 62 respondentů (62 %), četbě odborné literatury se věnuje 56 dotázaných (56 %) a 44 respondentů (44 %) se účastní školení a seminářů. Až 23 respondentů (23 %) uvedlo, že se nevzdělávají a 15 respondentů (15 %) nemá na další vzdělávání čas.

3 Diskuze

Na předchozích stránkách této bakalářské práce jsem se zabývala ošetrovatelskou péčí u pacientů se schizofrenií v PN HB. Předmětem mého zkoumání bylo zmapovat názory všeobecných sester na ošetrovatelskou péči u pacientů se schizofrenií. Pro praktickou část bakalářské práce jsem si stanovila dva cíle. Zjistit, jaká jsou specifika ošetrovatelské péče u pacientů se schizofrenií. Dalším cílem bylo zjistit vnímání náročnosti při poskytování ošetrovatelské péče u těchto pacientů z pohledu všeobecné sestry. Pro naplnění cílů práce byly stanoveny tři výzkumné otázky.

První dvě otázky v dotazníku je možné označit za doplňkové, protože zjišťovaly vzdělání respondentů a délku jejich praxe. Nejvíce respondentů uvedlo, že mají vystudovanou střední zdravotnickou školu a vysokou školu. 62 % respondentů má praxi v oboru delší než 4 roky. Na základě toho lze soudit, že respondenti mají s pacienty se schizofrenií již celou řadu zkušeností.

První výzkumná otázka se zabývala *specifiky ošetrovatelské péče u pacientů se schizofrenií*. Za nejčastější příčinu hospitalizace uváděli respondenti (tj. 57 %) záměrné neužívání medikace a za nejdůležitější bezpečnostní zásadu při ošetřování pacientů se schizofrenií, považují neotáčet se k pacientům zády (46 % respondentů) a odstranění nebezpečných předmětů (40 % respondentů) z okolí pacienta. Podle analýzy výsledků je patrné, že při práci s pacienty se schizofrenií je nutné dodržovat určité bezpečnostní zásady, aby nedošlo např. k napadení personálu. Hřebejková (2013) ve své závěrečné práci dodává, že jednou z dovedností sestry pracující na psychiatrickém oddělení by měly být i dobré reflexy. Podle mého názoru je také důležité, aby u agresivnějších pacientů bylo přítomno více členů personálu. Tím se snižuje riziko poranění personálu i sebepoškození pacienta. Sestry také musí dohlížet na to, aby pacienti užívali předepsané léky. U této otázky mě překvapili 3 respondenti, kteří uvedli, že pacienty vůbec nekontrolují. Domnívám se, že takovéto chování může být příznakem počínajícího syndromu vyhoření u daných zdravotníků. Dalším specifikem ošetrovatelské péče u pacientů se schizofrenií je používání omezovacích prostředků (viz Graf 7). Tuto skutečnost uvádí i Nábělek (2017) ve své bakalářské práci, kde také popisuje, jak agresivní pacient může být pro personál nebezpečný.

V dotazníkovém šetření žádný respondent neuvedl, že by omezovací prostředky používali preventivně. Nejčastěji se používají při sebepoškozování (45 % respondentů) nebo při ohrožování personálu (34 % respondentů). Při péči o agresivní pacienty je nutné zachovat klid a dodržovat stanovené postupy. Správně by měl o použití omezovacích prostředků rozhodnout pouze lékař – tuto odpověď uvedlo 19 % respondentů. Tento jev je možné zdůvodnit tak, že si respondenti nevšimli, že u této otázky mohou uvést více odpovědí.

Z uvedeného dotazníkového šetření je patrné, že mezi specifika práce s pacienty se schizofrenií se z pohledu všeobecné sestry řadí zejména to, že musí dodržovat určité bezpečnostní zásady a měly by pravidelně kontrolovat, jestli pacient užívá předepsané léky. U těchto pacientů je možné se setkat s tím, že budou muset být využity omezovací prostředky.

Druhá výzkumná otázka zjišťovala, *s jakými problémy se sestry setkávají v péči o pacienty se schizofrenií*. Respondenti měli v rámci dotazníkového šetření dále uvést, jestli se setkávají s nějakou další psychickou poruchou u pacienta se schizofrenií. Téměř polovina respondentů (43 %) uvedla, že se s žádnou další psychickou poruchou nesetkávají. Opačné zkušenosti má 37 % respondentů, kteří v následující otázce blíže specifikovali, o jakou konkrétní poruchu se přesně jedná. Téměř v polovině případů se podle oslovených respondentů jedná o poruchy osobnosti, dále byly hojně uváděny deprese. V rámci problematiky komunikace s pacientem uvedlo 36 % respondentů, že má při komunikaci občas strach, výjimečně strach při komunikaci pociťuje 53 % oslovených. Personál pečující o tyto pacienty by podle mého názoru neměl mít v žádném případě pořád strach. To by pak takovouto práci nemohl vůbec vykonávat a zároveň by to vypovídalo o nízkém zajištění bezpečnosti zaměstnanců ze strany zdravotnické instituce. Personál rovněž musí umět řešit agresivitu pacientů. Respondenti měli v rámci dotazníkového šetření k dispozici celou řadu různých odpovědí, 43 % respondentů řeší agresivitu tak, že se snaží o zklidnění pacienta. Dalších 28 % se snaží komunikovat asertivně a 14 % se snaží odvést pozornost. Výše uvedené odpovědi respondentů jsou podle mého názoru možné označit jako ty, kterými není pacient nijak narušován a jejichž cílem je pacienta uklidnit „po dobrém“. Respondenti samozřejmě uváděli i další způsoby, jak řeší agresi. Ty je podle mého názoru možné označit jako ty, kterými je nutné snížit agresi pacienta za každou cenu. Jedná se např. o používání omezovacích prostředků (31 % respondentů) či sedaci

pacienta (29 % respondentů). Pacienti se schizofrenní často trpí halucinacemi. Podle oslovených respondentů je nejdůležitější zaujmout vůči pacientovi klidný přístup (41 % oslovených) a v žádném případě mu halucinace nevyvracet (33 % oslovených). V opačném případě to může vést velmi rychle k nějakému konfliktu. Podle 26 % respondentů je nutné informovat i lékaře, který by měl následně rozhodnout o dalším postupu. Jedním z dalších problémů v péči o tyto pacienty je i to, že se u nich velmi často mění chování, toto považuje za vážný problém 56 % respondentů. Třetina dotazovaných spatřuje problémy jak v komunikaci, tak i v odmítání spolupráce. Podle 75 % respondentů jsou při péči o tyto pacienty důležité zkušenosti. Podle mě se jedná o jeden ze základních předpokladů, pro správný výkon ošetrovatelské činnosti. V mnohých případech bude sestra vědět jak se zachovat pouze díky zkušenostem. Při péči o pacienty se schizofrenií se sestra může setkat se strachem, dále musí řešit agresivitu pacienta a musí umět zaujmout správný přístup k řešení nestandardního chování pacienta. Problémem je i to, že se u těchto pacientů často mění chování. Péči o pacienty se schizofrenií považuje za psychicky náročnou téměř 90 % oslovených. Psychickou zátěží se ve svém výzkumu zabýval i David Bláha (2014), který ve své práci uvádí, že jím oslovení respondenti hodnotí svou psychickou zátěž jako vysokou. Z jeho výzkumu je patrné, že tato práce je psychicky náročná pro muže i pro ženy stejně. Ovšem se stoupajícím věkem se zvyšuje i míra psychické zátěže (náročnosti). Na bodové škále od 1 do 10 respondenti uváděli jako mediánovou hodnotu 8 (hodnota 10 označuje maximální psychickou zátěž).

Poslední výzkumná otázka se zaměřovala na to, ***jak se vyrovnávají všeobecné sestry se zátěží při poskytování ošetrovatelské péče u pacientů se schizofrenií.*** Podle 90 % respondentů hrozí u těchto pracovníků riziko syndromu vyhoření. Podle mých zkušeností je to zejména z toho důvodu, že sestry pracují s pacienty, kteří jsou mnohdy nebezpeční nejen sami sobě ale i pro své okolí. Dalším důvodem může být i to, že ošetřujícího personálu je mnohdy nedostatek a sestry jsou tak přetěžovány. Téměř 90 % oslovených respondentů považuje tuto práci za psychicky náročnou. S tím podle mě souvisí i právě riziko syndromu vyhoření. Podle zahraniční studie (N. Jovanovic' a kolektiv, 2016), která zkoumala riziko syndromu vyhoření ve 22 státech, nejvyšší riziko tohoto syndromu hrozí u mladých osob, jež nemají děti a psychiatrie nebyla jejich první volbou při výběru zaměstnání. Se syndromem vyhoření se u svých kolegů setkali více než 50 % oslovených. Tuto skutečnost je nutné nepodceňovat, protože mnohdy

jsou tyto problémy řešeny odchodem zkušeného personálu. Pocity personálu po skončení směny se ve svém výzkumu zabýval i David Bláha (2014). Ten uvádí, že 63 % respondentů se cítí po skončení směny unaveně. Nejedná se pouze o fyzické, ale i o psychické vyčerpání. Respondenti jako stresory při práci označovali nejčastěji kontakt s pacientem, prostředí či organizaci práce. U žen je stresem i pracovní kolektiv. V mém výzkumu mohla být otázka související s psychickou náročností práce ještě blíže analyzována i z toho hlediska, co pracovníky přesně stresuje. Díky tomu by bylo možné získané výsledky lépe srovnat s výzkumem, který prováděl David Bláha (2014).

Vedení léčeben by si mělo být vědomo tohoto rizika a snažit se mu předcházet a minimalizovat ho. Jednou z možností je zajistit pro ošetřující personál vzdělávání, v rámci kterého budou na toto riziko upozorněni a budou vědět, jak ho eliminovat. Většina respondentů v rámci dotazníkového šetření uvedla, že se vzdělává. Vzdělávání má konkrétně podobu školení či seminářů, dále personál čte odbornou literaturu nebo se dále specializuje v oboru. O žádné další vzdělávání nemá ale zájem téměř 40 % respondentů.

4 Návrh řešení a doporučení pro praxi

Na základě výsledků dotazníkového šetření v PN HB byla zjištěna specifika ošetrovatelské péče o pacienty se schizofrenií. Při péči o tyto pacienty je nutné dodržovat bezpečnostní zásady. Důležité je se k těmto pacientům neotáčet zády a také je nutné odstranit nebezpečné předměty z jejich dosahu. Nicméně necelá čtvrtina respondentů uvedla, že je důležitá přítomnost minimálně dvou členů personálu. Z tohoto důvodu je nutné zajistit dostatek personálu a jeho pravidelné školení v této problematice jako prevence pracovního úrazu či iatropatogenního poškození pacienta.

Pro praxi je možné uvést následující doporučení

V oblasti přístupu všeobecných a praktických sester: Z dat provedeného výzkumného šetření vyplývá, že 90 % oslovených respondentů se domnívá, že péče o pacienty se schizofrenií je spojená se zvýšeným rizikem syndromu vyhoření. Z tohoto důvodu je nutné se mu snažit předcházet. Jedním z řešení mohou být relaxační techniky. Ošetřující personál by měl dodržovat vyvážený životní styl – dodržovat zásady psychohygieny – dostatek spánku, aktivní pohyb, odpočinek či meditace. Na pracovišti je významný budovat i přátelské vztahy. Důležité je si od pacientů dodržovat určitý „odstup“ či „hranice“. Při vykonávání jednotlivých činností je nutné je pravidelně obměňovat a vyvarovat se tak rutinně. Rovněž také věnovat pozornost komunikačním schopnostem, naučit se řešit konflikty, umět ventilovat své emoce apod.

U sester je také podstatné, aby se dále vzdělávaly v tomto oboru. Prostřednictvím různých seminářů či školení si mohou vzájemně předávat znalosti a praktické zkušenosti s prací s těmito pacienty. K osobám se schizofrenií je nutné přistupovat profesionálně a vhodně s nimi komunikovat tak, aby byla navázána důvěra mezi pacientem a sestrou. Důležité je rovněž komunikovat s příbuznými pacienta a získat jejich podporu.

V oblasti vedení nemocnice: Vedení nemocnice doporučuji pravidelně prostřednictvím dotazníků zjišťovat spokojenost ošetřujícího personálu. Rovněž je důležité i pravidelné sledování ošetřujícího personálu jako jednu z možných prevencí případného syndromu vyhoření, protože by tak nemocnice mohla přijít o zkušené pracovníky, kterých je v současné době nedostatek. Vedení nemocnice by také mělo podpořit a zajistit pro sestry zvyšování edukační činnosti. Kromě toho je důležité zajistit, aby jednotlivá pracoviště byla dostatečně vybavená. Vedení nemocnice by se mělo zajímat

i o atmosféru na pracovišti. Zvýšený počet ošetřujícího personálu by měl v průběhu pracovní směny více času věnovat se pacientům s diagnózou schizofrenie a poskytovaná péče by se tak nejen zkvalitnila, ale současně by se zvýšila i bezpečnost.

V oblasti vzdělávacích institucí: Vzdělávací instituce by ve spolupráci s vedením nemocnice mohly připravit vzdělávání, které by bylo přímo zaměřené na personál, který zajišťuje péči o pacienty se schizofrenií. V rámci vzdělávání by mohly být uvedeny i skutečné příběhy zdravotních sester, které se setkaly se syndromem vyhoření. Díky tomu by personál získal reálnější představu o tom, jak se tato nemoc projevuje, ale i jaké má dopady na člověka.

5 Závěr

Tato bakalářská práce s názvem „Specifika ošetrovatelské péče u pacientů se schizofrenií z pohledu sestry“ se zabývá specifiky ošetrovatelské péče u těchto pacientů prováděnými všeobecnými a praktickými sestrami na vybraných odděleních Psychiatrické nemocnice Havlíčkův Brod. Cílem práce bylo zjistit, jaká jsou specifika ošetrovatelské péče u pacientů se schizofrenií z pohledu všeobecné sestry a zjistit vnímání náročnosti při poskytování ošetrovatelské péče u pacientů se schizofrenií z pohledu všeobecné a praktické sestry.

Podnětem pro vznik této bakalářské práce byla snaha upozornit nejen na specifika ošetrovatelské péče o tyto pacienty ale současně poukázat i na to, že ošetřující personál je vystaven rizikům.

Práce je členěna na teoretickou a praktickou. Teoretická část se zabývá problematikou schizofrenie. V rámci praktické části je zpracováno dotazníkové šetření, které proběhlo na odděleních v PN HB, na kterých pečuje zdravotnický personál o tyto pacienty. Získaná data byla vyhodnocena a graficky zpracována. Na základě získaných výsledků jsou uvedeny návrhy a doporučení nejen pro samotný ošetřující personál, dále pro vedení nemocnice a pro vzdělávací instituce. U zdravotních sester je důležité věnovat pozornost prevenci syndromu vyhoření – tj. využívat relaxační techniky, dodržovat vyvážený životní styl, budovat na pracovišti přátelské vztahy, při práci se vyvarovat rutinně apod. Také je důležité naučit se řešit konflikty, mít dobré komunikační schopnosti apod. Významné je i další vzdělávání prostřednictvím školení i seminářů, kde budou předávány znalosti a praktické zkušenosti s prací s těmito pacienty.

Vedení nemocnice by mělo pravidelně zjišťovat spokojenost svých zaměstnanců a zajímat se o atmosféru na pracovišti. Rovněž by mělo podpořit vzdělávání sester a zajistit dostatečný počet ošetřujícího personálu tak, aby byla zajištěna bezpečnost.

Vzdělávací instituce by ve spolupráci s vedením nemocnice mohly připravit vzdělávání, které by bylo přímo zaměřené na personál, který zajišťuje péči o pacienty se schizofrenií. V rámci vzdělávání by mohly být uvedeny i skutečné příběhy zdravotních sester, které se setkaly se syndromem vyhoření. Díky tomu by personál získal reálnější představu o tom, jak se tento syndrom projevuje, ale i jaké má dopady na člověka.

6 Seznam použité literatury

ANDRĚSOVÁ, Martina a Lenka SLEZÁKOVÁ. *Ošetrovatelství pro střední zdravotnické školy*. 2., dopl. vyd. Praha: Grada, 2013. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-4341-7.

BANKOVSKÁ MOTLOVÁ, Lucie a Filip ŠPANIEL. *Schizofrenie: jak předejít relapsu, aneb, Terapie pro 21. století*. 2. vyd. Praha: Mladá fronta, 2013. Aeskulap. ISBN 978-80-2042-993-3.

BÁRTLOVÁ, Sylva a Hana HAJDUCHOVÁ. *Psychofyzická zátěž a příčiny fluktuace sester*. *Zdravotnictví v České republice*. 2010. 13(3). ISSN 1213-6050.

Burnout syndrome among psychiatric trainees in 22 countries: Risk increased by long working hours, lack of supervision, and psychiatry not being first career choice. *European Psychiatry* [online]. 2016, 34-40 [cit. 2020-03-31]. Dostupné z: https://15a591d5-01f1-4b25-b34b-81e208a1e060.filesusr.com/ugd/9d17c9_1d33cdcdc6204cd682ad24bb41d37b58.pdf

ČELEDOVÁ, Libuše a Rostislav ČEVELA. *Výchova ke zdraví: vybrané kapitoly*. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-3213-8.

ČERMÁKOVÁ, Jitka. *Komunikace s duševně nemocným pacientem*. Florence. Praha: Galén, 2010, roč. 6, č. 3, s. 20–21. ISSN 1801-464X.

ČEŠKOVÁ, Eva a Michaela MAYEROVÁ. *Léčba hospitalizovaných nemocných se schizofrenií*. *Psychiatrie pro praxi* [online]. 2014 [cit. 2020-02-14]. Dostupné z: <https://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2014/01/02.pdf>

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.

HADJIPAPANICOLAOU, Demetra. *Schizofrenie a sebevražedné jednání*. *Československý psychiatr* [online]. 2014 [cit. 2020-02-14]. Dostupné z: http://www.cspsychiatr.cz/dwnld/CSP_2014_3_158_164.pdf

HOSÁK, Ladislav, Michal HRDLIČKA a Jan LIBIGER. *Psychiatrie a pedopsychiatrie*. Praha: Univerzita Karlova v Praze, nakladatelství Karolinum, 2015. ISBN 978-80-246-2998-8.

HOSÁKOVÁ, Jiřina a Darja JAROŠOVÁ. Role sestry při péči o tělesné zdraví nemocných schizofrenií. *Psychiatrie pro praxi* [online]. 2015 [cit. 2020-02-14]. Dostupné z: <https://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2015/88/03.pdf>

HŘEBEJKOVÁ, Blanka. *Specifika práce sestry na psychiatrickém oddělení: The Specifics of Nurse's work on a Psychiatric Ward*. České Budějovice, 2013. Bakalářská práce. JIHOČESKÁ UNIVERZITA V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH. Vedoucí práce Mgr. Klára Kubartová.

KALIŠOVÁ, Lucie. *Elektrokonvulzivní léčba - teorie a praxe*. Praha: Univerzita Karlova, nakladatelství Karolinum, 2019. ISBN 978-80-246-4337-3.

KELNAROVÁ, Jarmila a Eva MATĚJKOVÁ. *Psychologie a komunikace pro zdravotnické asistenty - 4. ročník. 2., přeprac. a dopl. vyd.* Praha: Grada, 2014. *Sestra* (Grada). ISBN 978-80-247-5203-7.

KOMAČEKOVÁ, Dagmar. Fyzická a psychická zátěž při poskytování ošetrovatelské péče – prevence, ochrana a podpora zdraví sestry. *Sestra*. 2009, **19**(7-8). ISSN 1210-0404.

KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie zdraví*. Vyd. 3. Praha: Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-568-4.

KUČEROVÁ, Helena. *Schizofrenie v kazuistikách*. Praha: Grada, 2010. *Psyché* (Grada). ISBN 978-80-247-2045-6.

KUČEROVÁ, Helena. *Psychiatrické minimum*. Praha: Grada, 2013. *Psyché* (Grada). ISBN 978-80-247-4733-0.

KURUCOVÁ, Radka. *Zátěž pečovatele: posuzování, diagnostika, intervence a prevence v péči o nevyléčitelně nemocné*. Praha: Grada Publishing, 2016. *Sestra* (Grada). ISBN 978-80-247-5707-.

LÁTALOVÁ, Klára. *Agresivita v psychiatrii*. Praha: Grada, 2013. *Psyché* (Grada). ISBN 978-80-247-4454-4.

LÁTALOVÁ, Klára, Dana KAMARÁDOVÁ a Ján PRAŠKO. *Suicidialita u psychických poruch*. Praha: Grada, 2015. *Psyché* (Grada). ISBN 978-80-247-4305-9.

MOHR, Pavel. *Schizofrenie: diagnostika a současné terapeutické možnosti*. *Medicína pro praxi* [online]. 2012 [cit. 2020-02-14]. Dostupné z: <https://www.medicinapropraxi.cz/pdfs/med/2012/09/07.pdf>

NÁBĚLEK, Milan. *Omezovací prostředky u agresivních pacientů na psychiatrickém oddělení: Restrain Techniques in Aggressive Patients on Psychiatric Ward*. Zlín, 2017. Bakalářská práce. Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně. Vedoucí práce Mgr. Vladimír Koutecký.

OREL, Miroslav a Věra FACOVÁ. *Člověk, jeho mozek a svět*. Praha: Grada, 2009. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-2617-5.

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

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

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

POSCHKAMP, Thomas. *Vyhoření: rozpoznání, léčba, prevence*. Brno: Edika, 2013. Rádce pro pedagogy. ISBN 978-80-266-0161-6.

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

RABOCH, Jiří a Pavel PAVLOVSKÝ. *Psychiatrie*. Praha: Karolinum, 2012. ISBN 9788024619859.

RIABI, Sanaz. Role stress amongst nurses at the workplace: concept analysis. Read cube [online]. 2011 [cit. 2020-02-13]. Dostupné z: <https://www.readcube.com/articles/10.1111/j.1365-2834.2011.01235.x?locale=en>

SVOBODA, Mojmír, Eva ČEŠKOVÁ a Hana KUČEROVÁ. *Psychopatologie a psychiatrie: pro psychology a speciální pedagogy*. Vydání třetí. Praha: Portál, 2015. ISBN 978-80-262-0976-8.

STOCK, Christian. *Syndrom vyhoření a jak jej zvládnout*. Praha: Grada, 2010. Poradce pro praxi. ISBN 978-80-247-3553-5.

VÁGNEROVÁ, Marie. *Současná psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál, 2014. ISBN 978-80-262-0696-5.

VALDMANOVÁ, Jana. Povolání - zdravotní sestra. *Sestřička* [online]. 2014 [cit. 2020-02-14]. Dostupné z: <http://sestricka.com/povolani-zdravotni-sestra>

VENGLÁŘOVÁ, Martina. Sestry v nouzi: syndrom vyhoření, mobbing, bossing. Praha: Grada, 2011. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3174-2.

VLČEK, Jiří, Daniela FIALOVÁ a Magda VYTŘÍŠALOVÁ. *Klinická farmacie*. Praha: Grada, 2014. ISBN 9788024745329.

VOBOŘILOVÁ, Jarmila. Duševní hygiena a stres. V Praze: České vysoké učení technické, 2015. ISBN 978-800-1057-247.

Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách

7 Seznam grafů

Graf 1 Vzdělání.....	27
Graf 2 Praxe	28
Graf 3 Důležitost úkolů.....	29
Graf 4 Příčina hospitalizace	30
Graf 5 Bezpečností zásady.....	31
Graf 6 Četnost kontroly užívání léků.....	32
Graf 7 Použití omezovacích prostředků.....	33
Graf 8 Další psychická porucha.....	34
Graf 9 Konkrétní další porucha	35
Graf 10 Strach při komunikaci.....	36
Graf 11 Řešení agresivity	37
Graf 12 Přístup k pacientům s halucinacemi	38
Graf 13 Překážky v péči o pacienty	39
Graf 14 Psychická náročnost práce.....	40
Graf 15 Význam zkušeností.....	41
Graf 16 Riziko syndromu vyhoření	42
Graf 17 Syndrom vyhoření u kolegů	43
Graf 18 Vzdělávání.....	44

8 Seznam příloh

Příloha A

Příloha B

Příloha C

Příloha A

Elektrokonvulzivní terapie

Elektrokonvulzivní terapie je biologická (neurostimulační) minimálně invazivní metoda, která se používá v psychiatrii. Jedná se o velmi účinnou metodu a v určitých případech i nezastupitelnou metodu, která má minimum nežádoucích účinků. Používá se cca 80 let a během používání si prošla podstatným vývojem. Podstatou této metody je „*indukce adekvátně regulovaného, časově omezeného, sekundárně generalizovaného, bilaterálně synchronizovaného, tonicko-klonického epileptiformního paroxysmu*“, který je vyvolaný působením modulovaného elektrického proudu, který prochází elektrodami. Samotný výkon probíhá v celkové anestezii a parciální myorelaxaci. Cílem této léčby je ovlivnit vážné a mnohdy i neuropsychiatrické stavy, které ohrožují život (Kališová, 2019).

Elektrokonvulzivní terapie se dříve označovala jako elektrošoková léčba. Poprvé byla použita v roce 1938 v Itálii. V následujících letech se stala velmi oblíbenou, ovšem v 60. a 70. letech 20. století byla na ústupu díky rozvoji psychofarmakologie a i tlaku různých antipsychiatrických hnutí. V 80. a 90. letech se opětovně začala hojně využívat zejména díky své vysoké účinnosti. V průběhu let se výrazně zlepšila i bezpečnost a zdokonalily se techniky elektrokonvulzivní terapie – zavedení anestezie, myorelaxace, unilaterální pozice elektrod, krátkopulzová stimulace, rutinní monitorování elektroencefalografické (EEG) a elektrokardiografické (EKG), měření saturace kyslíkem během výkonu a měření hloubky myorelaxace bezprostředně před výkonem (Hosák, Hrdlička a Libiger, 2015).

Tato terapie se jako první volba používá u katatonní formy schizofrenie, u které je rychlý nástup účinku. U ostatních forem schizofrenie se nejprve volí antipsychotika. Elektrokonvulzivní terapie se využívá v případech, ve kterých převažují afektivní příznaky (pocity viny, beznaděje apod.) a také se využívá u pacientů, u kterých byla tato metoda účinná v anamnéze (Dušek, Večeřová – Procházková, 2015).

Podstatou této terapie je vyvolat stav, který je obdobný jako epileptický záchvat, který vzniká po průchodu elektrického proudu mozkovou tkání. Před touto terapií musí být pacient řádně informován a musí být získán jeho souhlas. Následuje důkladné vyšetření pacienta. Kromě laboratorních testů se provádí i EKG, rentgen hrudníku, interní

vyšetření, EEG, vyšetření očního pozadí případně CT či magnetická rezonance. Před samotným zákrokem je nutné pacienta uklidnit, zmírnit jeho obavy a informovat ho o tom, že se jedná o bezpečnou metodu, u které nehrozí komplikovaný průběh. Sestra zavádí pacientovi intravenózní kanylu, provede bandáž dolních končetin jako prevenci vzniku tromboembolických komplikací, změří krevní tlak, teplotu, oxymetrii a podá premedikaci. Samotné provedení této metody má na starosti pouze lékař (psychiatr), který dále spolupracuje s anesteziologem a sestrou. Dále je u zákroku přítomný ošetrovatelský personál, který pacienta jistí během tonicko – klonických stahů. Po provedení anestezie přistupuje psychiatr k aplikaci elektrokonvulzivní terapie. Elektrody mohou být umístěny na oba spánky nebo je jedna elektroda umístěna na spánek a druhá elektroda je na temeni hlavy. Elektrody musí být zvlhčeny elektrovodivým gelem. Nejdříve se musí změřit kožní odpor, pak následuje stimulace elektrickým proudem. Během této terapie se sleduje EKG a EEG. Po ukončení stimulace se provádí ventilace 100% kyslíkem. Tato procedura se opakuje 2 – 3 týdně, na jednoho nemocného připadá 6 – 12 aplikací. Po ukončení výkonu sestra monitoruje stav pacienta a o případných komplikacích okamžitě informuje lékaře (Petr a Marková, 2014).

Příloha B

Dotazník

Dobrý den,

jmenuji se Svyda Marija a jsem studentkou 3. ročníku Vysoké školy Polytechnické Jihlava, obor všeobecná sestra. Podmínkou zakončení mého studia je bakalářská práce na téma: **Specifika ošetrovatelské péče u pacientů se schizofrenií z pohledu sestry.**

Neléčená schizofrenie vyžaduje hospitalizaci, jelikož pacient může ohrozit nejen sám sebe, ale i své okolí. Proto se ve své práci zabývám výzkumem specifík ošetrovatelské péče u pacientů s tímto onemocněním.

Abych získala potřebné informace, prosím Vás o vyplnění následujícího dotazníku. Dotazník je zcela anonymní a poslouží pouze pro účely mé bakalářské práce. **Pokud není uvedeno jinak, prosím zakroužkujte jednu Vámi zvolenou odpověď.**

Předem děkuji za Váš čas věnovaný na vyplnění tohoto dotazníku.

Svyda Marija

1. Vaše nejvyšší dosažené vzdělání

- a) Střední zdravotnická škola
- b) Vyšší odborná škola
- c) Vysokoškolské vzdělání
- d) Specializační studium
- e) Jiné, prosím napište.....

2. Jak dlouho se věnujete svému oboru?

- a) Méně jak 1 rok
- b) 1 - 3 let
- c) 4 – 10 let
- d) > 10 let

3. Jak důležité jsou podle Vás tyto úkoly? (hodnocení 1 nejdůležitější, hodnocení 5 nedůležité)

Každou odpověď označte prosím křížkem

	1	2	3	4	5
Zajištění bezpečí pacienta a okolí					
Zajištění základních biologických potřeb					
Pravidelné podávání léků a následná kontrola					
Komunikace s pacientem					
Aktivizace pacientů					
Psychoterapie					
Psychoedukace pacienta a jeho rodiny					
Začlenění pacientů do společnosti					

4. Jaká je nejčastější příčina hospitalizace pacienta s dekompenzovanou schizofrenií v psychiatrické nemocnici?

Je možné označit více odpovědí

- a) Záměrné neužívání medikace
- b) Vznik přidruženého onemocnění
- c) Nově diagnostikovaná schizofrenie
- d) Jiné, prosím napište.....

5. Jaké bezpečnostní zásady je podle Vás třeba dodržovat při poskytování ošetrovatelské péče pacientům se schizofrenií?

Je možné označit více odpovědí

- a) V místnosti s pacientem musí být minimálně 2 členové personálu
- b) Neotáčet se k pacientovi zády
- c) Odstranit z okolí pacienta nebezpečné předměty, kterými by mohl poranit sebe, nebo personál

- d) Dodržovat bezpečnou vzdálenost při komunikaci s pacientem
- e) Omezení pacienta a případné použití signalizace
- f) Jiné, prosím napište.....

6. Jak často kontrolujete, že pacient léky užívá a neshromažďuje je u sebe?

- a) Vždy dohlížím, zda si pacient zapil léky naordinované lékařem
- b) 1x za den
- c) Několikrát do týdne
- d) 1x za týden
- e) Neprovádím kontrolu
- f) Jiné, prosím napište.....

7. Kdy používáte omezovací prostředky u pacientů?

Je možné označit více odpovědí

- a) Při ohrožení personálu pacientem
- b) Pokud hrozí riziko sebepoškození
- c) Preventivně
- d) U agresivního pacienta
- e) Po domluvě s lékařem
- f) Kdykoliv to uznáme za vhodné
- g) Jiné, prosím napište.....

8. Setkáváte se, se vznikem další psychické poruchy u pacienta se schizofrenií?

Označit pouze jednu odpověď

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

Pokud jste na předchozí otázku uvedl/a odpověď Ano/Spíše ano, pokračujte prosím následující otázkou č. 9, pokud Ne/Spíše ne, přejděte na otázku č. 10

9. S jakými přidruženými poruchami se setkáváte?

Je možné označit více odpovědí

- a) Deprese
- b) Poruchy příjmu potravy
- c) Mentální poruchy
- d) Poruchy osobnosti a chování
- e) Jiné, prosím napište.....

10. Měl/a jste někdy strach při komunikaci s pacientem se schizofrenií?

Označit pouze jednu odpověď

- a) Ano, téměř pořád
- b) Ano, občas
- c) Výjimečně
- d) Nikdy
- e) Jiné, prosím napište.....

11. Jak řešíte případnou agresivitu pacientů?

Je možné označit více odpovědí

- a) Klidná asertivní komunikace
- b) Snaha o uklidnění pacienta
- c) Odvedení pozornosti pacienta vhodnou aktivitou
- d) Sedace pacienta (indikována lékařem)
- e) Použití omezovacích prostředků (indikováno lékařem)
- f) Umístění pacienta na jiný pokoj
- g) Zamezit vzniku sebepoškození
- h) Jiné, prosím napište.....

12. Jak přistupujete k pacientům s halucinacemi?

Je možné označit více odpovědí

- a) Halucinace pacientovi nevyvrácíme
- b) Podání benzodiazepinů dle ordinace
- c) Klidný přístup, vyslechnutí pacienta
- d) Zajištění bezpečného pohybu pacienta po pokoji

- e) Nepodporujeme halucinace
- f) Informujeme lékaře o vzniku halucinací
- g) Jiné, prosím napište.....

13. S jakými překážkami se nejčastěji setkáváte v péči o pacienty se schizofrenií?

Je možné označit více odpovědí

- a) Časté změny chování
- b) Problémy v komunikaci
- c) Agresivita
- d) Agitovanost pacientů
- e) Odmítání spolupráce
- f) Jiné, prosím napište.....

14. Považujete Vaši práci za psychicky náročnou?

Označit pouze jednu odpověď

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

15. Souhlasíte s tvrzením, že v komunikačních dovednostech s pacienty je nutná mnohaletá zkušenost a praxe?

Označit pouze jednu odpověď

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

16. Myslíte si, že ve Vašem oboru existuje zvýšené riziko syndromu vyhoření?

Označit pouze jednu odpověď

- a) Ano

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

17. Setkal/a jste se u svých kolegů se syndromem vyhoření?

Označit pouze jednu odpověď

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

18. Jakým způsobem se vzděláváte, abyste dokázali lépe porozumět a naslouchat pacientům se schizofrenií?

Je možné označit více odpovědí

- a) Školení a semináře
- b) Čtení odborné literatury
- c) Specializace v oboru
- d) Nevzdělávám se
- e) Nemám na to čas
- f) Jiné, prosím napište.....

Příloha C

Žádost o dotazníkové šetření

Vážený pan
Primář, MUDr. Jiří Konrád
ředitel
Psychiatrická nemocnice, Havlíčkův Brod
Rozkošská 2322, 580 23, Havlíčkův Brod

V Havlíčkově Brodě, 17. 02. 2020

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

Vážený pane řediteli,
jmenuji se Marija Svyda 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 práce je zjistit specifika ošetrovatelské péče u pacientů se schizofrenií z pohledu všeobecné sestry. Výzkumné šetření bude provedeno formou dobrovolného anonymního dotazníku, který je přiložen k žádosti.
Závěrečná práce je zpracována pod odborným vedením PhDr. Petry Pavlikové. Výsledky šetření Vám ráda poskytnu.
Předem děkuji za odpověď.

S pozdravem

Marija Svyda
3. ročník, obor všeobecná sestra
Vysoká škola polytechnická Jihlava
Telefon: 773 693 733
E-mail: mashka98@email.cz

Datum: 18.2. 2020

Vyjádření odpovědi ředitele: ☒ SOUHLASÍM x ☐ NESOUHLASÍM

Podpis: 

18.2. 2020  MUDr. Jaroslav ...