



Zdravotně  
sociální fakulta  
Faculty of Health  
and Social Sciences

Jihočeská univerzita  
v Českých Budějovicích  
University of South Bohemia  
in České Budějovice

**Role sestry v edukaci pacienta s duševním  
onemocněním**

**BAKALÁŘSKÁ PRÁCE**

Studijní program: **OŠETŘOVATELSTVÍ**

**Autor:** Veronika Němcová

**Vedoucí práce:** Mgr. Radka Šulistová, Ph.D.

České Budějovice 2017

### **Prohlášení**

Prohlašuji, že svoji bakalářskou/diplomovou práci s názvem „*Role sestry v edukaci pacienta s dušením onemocněním*“ jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejich internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby bakalářské práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé bakalářské práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 3.5.2017

.....

*podpis*

## **Poděkování**

Mé poděkování patří vedoucí bakalářské práce paní Mgr. Radce Šulistové, Ph.D. za její ochotu, cenné rady a především za čas strávený při konzultacích. Děkuji také vedení nemocnice, panu primáři a vrchní sestře psychiatrického oddělení za umožnění výzkumného šetření a všem probandům za čas, který mi věnovali při realizaci výzkumného šetření.

## **Role sestry v edukaci pacienta s duševním onemocněním**

### **Abstrakt**

Bakalářská práce rozdělená do dvou částí se zabývá problematikou edukace pacientů s duševním onemocněním. Teoretická část se věnuje oboru psychiatrie, jeho historickému vývoji, příčinám vzniku duševního onemocnění a klasifikaci duševních onemocnění. Dále je v teoretické části zpracována oblast ošetrovatelské péče o pacienty s duševním onemocněním včetně jejích specifík, oblast komunikace v ošetrovatelské péči a konkrétně s pacienty s duševním onemocněním. V neposlední řadě se věnujeme oblasti edukační činnosti u pacientů s duševním onemocněním.

Praktická část se věnuje průběhu a výsledkům výzkumného šetření. Výzkumné šetření probíhalo v první polovině roku 2017 na akutním psychiatrickém oddělení v lůžkové i ambulantní části. Hlavní cíl byl zaměřen na roli sestry v edukaci pacienta s duševním onemocněním s ohledem na jeho diagnózu a problematiku s ní související. Po stanovení hlavního cíle jsme určili tři dílčí cíle: cíl intelektuální, praktický a osobní. Tyto cíle se staly podkladem pro vytvoření pěti výzkumných otázek, na jejichž základě byly vytvořeny otázky, které byly použity v rozhovoru s probandy. K realizaci výzkumného šetření byla vybrána metoda polostrukturovaného rozhovoru, jehož součástí byly základní i doplňující otázky. Doplňující otázky pak byly pokládány v průběhu rozhovoru s probandy v případě potřeby.

Výzkumný soubor tvoří skupina osmi sester pracujících na lůžkovém či ambulantním zařízení psychiatrického oddělení jedné z nemocnic Plzeňského kraje. Rozhovory s probandy probíhaly vždy na předem domluveném místě. Probandi byli seznámeni s dodržáním plné anonymity včetně neuvedení názvu nemocničního zařízení, ve kterém pracují. Po dokončení sběru dat byly výsledky zkoumány pomocí kódování a kategorizace. Odpovědi probandů byly doslovně zaznamenávány do předem vytvořených kategorií.

Během výzkumného šetření jsme se zaměřili na roli sestry v edukaci pacienta s duševním onemocněním. Tázali jsme se sester například na to, jaké vidí překážky k dosažení účinné edukace, jaký smysl vidí v edukaci pacienta s duševním onemocněním a další.

Výzkumné šetření ukázalo, že dotazované sestry nemají dostatek kvalitních edukačních materiálů, které by jim pomohly v průběhu celého edukačního procesu. Dalším faktorem ovlivňujícím edukační proces je dle našeho výzkumného šetření úplný nedostatek vyhrazeného časového prostoru pro edukaci pacientů s duševním onemocněním. Dále bylo zjištěno, že i přes dostatečnou motivaci sester se jim nedostává dostatek informací vztahujících se k jejich zaměření v rámci celoživotního vzdělávání, které by jim pomohly v komunikačním i edukačním procesu.

Domníváme se tedy, že jedním z mnohých řešení pro naše zkoumané pracoviště by bylo vyhrazení času na edukační činnost sestry, poskytnutí sestrám více efektivních materiálů a kvalitního vzdělání v oboru.

Věříme, že naše bakalářská práce bude přínosem pro další profesní zaměření a život autorky a také pro všechny čtenáře této bakalářské práce. Touto prací se také otevírá prostor pro výzkumné šetření větších rozměrů vzhledem k námi zjištěným jevům.

### **Klíčová slova**

Edukační proces, sestra, duševní onemocnění, pacient, komunikace.

# **The role of a nurse in educating a patient with mental illness**

## **Abstract**

This Bachelor Thesis is divided into two parts and deals with the issue of an education of patients with mental illness. The theoretical part deals with the field of psychiatry, its historical development, causes of mental illness and the classification of it. Furthermore, in the theoretical part I elaborated the area of nursing care for patients with mental illness, including its specifics, the sphere of communication in nursing care and specifically with patients with mental illness. Last but not least, we are focusing on educational activities with patients with mental illness.

The second practical part is dedicated to the course and to the results of the research. The research took place in the first half of 2017 at the acute psychiatric ward at the outpatient and inpatient ward. The main objective was focused on the role of the nurse in educating a patient with mental illness with regard to his diagnosis and related problems. After setting the main goal, we identified three partial objectives: the intellectual, practical and the personal goal. These objectives have become the basis for creation of five research questions. Based on these questions, questions were created which were used in interviews with subjects. The semi-structured interview method was selected for the realization of the research, including basic and supplementary questions. Additional questions were asked during interviews with subjects if necessary.

The research group consists of eight nurses working at the outpatient and inpatient ward of the psychiatric ward of one of the Pilsen Region hospitals. Interviews with subjects were always at a prearranged place. The subjects were informed about anonymity, not including the name of the hospital facility which they work in. After the data collection was completed, the results were examined using coding and categorization. The subjects' replies were exactly recorded in precreated categories.

During the research, we focused on the role of the nurse in educating a patient with a mental illness. We have been asking our sisters, for example, what they see as obstacles towards effective education, what purpose they see in educating a patient with mental illness etc.

A research survey showed that the interviewed nurses do not have enough quality educational materials to help them throughout the educational process.

Another factor that influences the educational process is, according to our research, the complete lack of dedicated time space for the education of patients with mental illness. It was also found that despite sufficient motivation of nurses, they lacked enough information related to their focus, in the context of lifelong learning, which would help them in the communication and educational process.

We believe, that one of many solutions for our researched workplace would be to set apart time for the educational activity of the nurse, providing the nurses with more effective materials and quality education in the field.

We believe that our Bachelor Thesis will be a contribution to the further professional focus and life of the author and to all readers of this Bachelor Thesis. This work also opens up a space for research on larger scales given to the phenomenon we have determined.

**Key words**

Educational process, nurse, mental illness, patient, communication.

## Obsah

Úvod.....	10
1. Současný stav.....	11
1.1 Charakteristika duševních onemocnění.....	11
1.1.1 Historie světové lékařské péče o duševně nemocné.....	12
1.1.2 Historie lékařské péče o duševně nemocné na území České republiky .....	13
1.1.3 Vývoj vzdělávání sester v péči duševně nemocné .....	14
1.1.4 Příčina a vývoj duševního onemocnění .....	15
1.1.5 Klasifikace duševních nemocí .....	16
1.2 Ošetrovatelská péče o pacienta s duševním onemocněním.....	17
1.2.2 Specifika práce sestry na psychiatrickém oddělení .....	19
1.3 Komunikace v ošetrovatelské péči.....	20
1.3.2 Komunikace s pacientem s duševním onemocněním .....	21
1.4 Edukační proces v ošetrovatelství .....	22
1.4.1 Andragogika v ošetrovatelství .....	24
1.4.2 Edukace pacienta s duševním onemocněním .....	25
1.4.2 Psychoedukace .....	26
2. Cíle práce a výzkumné otázky .....	28
2.1 Cíle práce .....	28
2.2 Výzkumné otázky.....	29
3. Metodika .....	30
3.1 Použité metody.....	30
3.1.1 Charakteristika polostrukturovaného rozhovoru .....	30
3.1.2 Charakteristika výzkumného vzorku .....	31
4. Výsledky výzkumného šetření.....	34
4.1 Edukační činnost sestry na psychiatrickém oddělení.....	34
5. Diskuze .....	51



6. Závěr .....	60
7. Seznam použité literatury .....	62

## Úvod

Téma naší bakalářské práce, „Role sestry v edukaci pacienta s duševním“ jsme zvolili proto, že se autorka ve svém profesním životě velice často setkává s edukací pacientů s duševním onemocněním.

Z našeho pohledu má edukace v ošetrovatelské péči pro pacienta veliký význam. Pacient by měl vždy vědět, jak udržovat a posilovat své zdraví, jaká léčba mu byla doporučena a na koho se má obrátit v případě zhoršení psychického stavu. Role sestry v edukačním procesu pacienta s duševním onemocněním plní nenahraditelnou roli, ale zvládnutí efektivní edukace pacienta s duševním onemocněním je velice náročné. U pacientů s duševním onemocněním nekončí léčba jeho nemoci propuštěním ze zdravotnického zařízení, ale obvykle pokračuje dlouhodobě v domácím prostředí s dopomocí ambulantního zařízení. Právě efektivní edukace pacienta v oblasti dodržování základních návyků vede k produktivnímu životu pacienta, ale nedostatečná edukace sestrou může vést v budoucnu k ne zcela ideální spolupráci pacienta, z čehož vyplývají častější dekompenzace, jejichž následkem je sociální a ekonomická zátěž pro společnost.

Hlavním cílem naší bakalářské práce bylo zaměřit se na roli sestry v edukaci pacienta s duševním onemocněním s ohledem na jeho diagnózu a problematiku s ní související. V závislosti na hlavním cíli naší práce byly stanoveny další tři dílčí cíle – intelektuální, pracovní a osobní. Výzkumné šetření bylo zaměřeno na roli sestry v edukaci pacienta s duševním onemocněním. Zajímalo nás, jaké překážky v této komunikaci sestra těžko překonává, jaké psychiatrické diagnózy jí činí v edukaci pacienta s duševním onemocněním největší obtíže a jestli má k dispozici různé podpůrné materiály. Na závěr výzkumného šetření jsme se sester tázali, jak hodnotí úroveň své edukace a jestli pocítují nějaké změny za dobu své praxe na psychiatrickém oddělení.

Dostupné literární zdroje se věnují charakteristice oboru psychiatrie, ošetrovatelské péči o duševně nemocné, komunikaci v ošetrovatelství obecně a komunikaci s pacientem s duševním onemocněním a edukaci pacienta s duševním onemocněním. Jelikož počet pacientů s duševním onemocněním stoupá, považujeme za důležité, aby edukační proces probíhal kvalitně a sestry měly dostatek prostředků a času jej tak provádět.

# 1. Současný stav

## 1.1 Charakteristika duševních onemocnění

Vzhledem k tématu naší bakalářské práce je velice důležité si přiblížit psychiatrii jako lékařský obor. Jak uvádí Matoušek, Křišťan (2013, s. 400) „*Duševní (psychická) nemoc je nemoc, která zasahuje psychiku člověka, psychické procesy, jeho vnímání, myšlení, emoce, motivaci, vůli a nejen psychiku a psychické procesy, ale také vnímání vlastního těla, sociální fungování a duchovní rozměr člověka*“. Dle Světové zdravotnické organizace existuje mnoho různých duševních poruch, které jsou charakterizovány kombinací abnormálního myšlení, vnímání, emocemi, chováním a vztahů s ostatními. Většinou z těchto poruch lze předcházet účinnými preventivními strategiemi a většinu lze také léčit (WHO, 2015).

Jak uvádí Češková et al. (2006) chceme-li mluvit o psychopatologii osobnosti a o psychiatrii samotné, nevyhneme se otázkám normality osobnosti, duševního zdraví a přiměřeného chování. Jelikož je toto téma věčně aktuální a pojetí normality často sporné, setkáváme se tu s obtížemi. Autorů, kteří popisují hranici mezi zdravím a nemocí v oblasti duševních onemocnění je mnoho, proto je samozřejmostí, že každý z nich chápe tuto hranici jinak. Duševně nemocný se může chovat zcela přirozeně, bez velkých známek vybočování ze společnosti. Orel (2012) udává, že hranice mezi zdravím a patologií v případě duševních chorob je někdy zcela jednoznačná, ale v mnoha případech může být velice nejasná. Jak uvádí Petr, Marková et al. (2014), duševní zdraví není jen nepřítomnost duševní poruchy, ale znamená dobrou kondici celé osobnosti. Duševně zdravý člověk musí být schopen přijímat a zpracovávat informace, logicky myslet, řešit problémy, umět plánovat a uskutečňovat své plány, je citově vyrovnaný a zvládá vlastní emoce. Duševně zdravý člověk, by měl být schopný přizpůsobovat se novým situacím a adekvátně na ně reagovat.

Hospitalizace na psychiatrii může velice často vzbuzovat dojem velké závažnosti nemoci nebo nekontrolovatelnosti či nebezpečnosti člověka. Veřejnost pohlíží často na svět „za zdmi“ psychiatrické léčebny velice stereotypně, v negativním slova smyslu.

Přitom bychom neměli zapomínat na to, že když někteří pacienti vyžadují užívání omezovacího prostředku, musí mít závažný problém (Verhaeghe, Bracke, & Christiaens, 2008).

### **1.1.1 Historie světové lékařské péče o duševně nemocné**

Historie psychiatrie je rozsáhlá, první zmínky sahají až do období před naším letopočtem. Nejstarší dochovaný dokument z Egypta se nazývá Ebersův papyrus. Právě v tomto období vzniká myšlení magického typu. Lidé měli strach z hněvu a zloby nadpřirozených bytostí. Jelikož nebyla vyvinuta medicína, chtěli se lidé nějakým způsobem bránit, proto vznikaly různé magické rituály, lidé nosili amulety, které je měly ubránit nebo jim pomoci vyhnat zlo z těla nemocného (Petr, Marková, 2014).

V období středověku se nemocní uvrhovali do takzvané klece bláznů, nebo se posílali na takzvané lodě bláznů, které pluly po říčních cestách. Do období konce 15. století byli duševně nemocní často démonizováni a při léčbě izolováni od okolního světa. Léčba nejčastěji obnášela takzvané pouštění žilou, pálení vlasové části lebky a podobně. Změna postoje k duševně nemocným přišla až pod tlakem humanismu a renesance ke konci 15. století (Rajmová, 2006).

V 18. století dochází ke vzniku psychiatrie jako lékařského oboru, v německých zemích byly postupně zakládány blázince, často v osiřelých klášterech a zámcích (Češková et al., 2006). První ústav byl vystaven v Londýně roku 1751. V České republice vznikl první ústav v Praze o chvíli později, a sice v roce 1790 (Rajmová, 2006). V období okolo roku 1900 vstupuje psychiatrie do většiny lékařských fakult jako lékařská disciplína a je přednášena samostatně (Češková et al., 2006). V polovině 20. století byla do psychiatrické praxe přivedena neuroleptika, později antidepressiva, někteří tento zlom nazývají revolucí v psychiatrii. Do této doby nebyli někteří pacienti schopni normálního produktivního života, protože léčba například inzulinovými šoky byla riskantní a neúčinná. Podávání neuroleptik mělo na pacienty takové pozitivní účinky, že mohli opustit ústavy či léčebny (Slezáková et al., 2007).

Nyní jsme si v krátkosti přiblížili světové dějiny lékařské péče o duševně nemocné a v další kapitole se budeme věnovat historii lékařské péče o duševně nemocné na území České republiky.

### 1.1.2 Historie lékařské péče o duševně nemocné na území České republiky

Významnou osobností, která se zasloužila o rozvoj institucí v České republice v tehdejší Rakousko-Uhersku, byl Josef II, který se podílel na výstavbě prvního samostatného ústavu v Praze, nazývaného Tollhaus, neboli blázinec. Otevřením tohoto ústavu v roce 1790 byly dány předpoklady pro samostatný vývoj psychiatrického oboru v českých zemích. Tato budova byla dvoupatrová, nemocní byli na pokojích po dvou a kapacita budovy byla 57 lůžek. Přízemí bylo určeno pro muže, první patro patřilo ženám a druhé sloužilo jako třídni, kde se pacienti dělili dle vrstev, nemajetní byli ošetřováni zdarma (Rajmová, 2006). Ústav měl spíše vězeňský charakter, nemocní byli vystavováni hrubému zacházení a snaha o léčení byla nulová. Ošetřovatelé museli být v rámci prevence zneužívání pacientek ženatí a jejich mzda byla velice malá. Trvale nevyhovující poměry v Tollhausu si vyžádaly roku 1826 zakoupení kláštera svaté Kateřiny o kapacitě 250 lůžek, kam byla přestěhována většina duševně nemocných. Ve 30. letech 19. století došlo k přeplnění i tohoto ústavu a z toho důvodu docházelo k odmítání agresivních a nebezpečných pacientů. Byl tedy vystaven takzvaný Nový dům, ve kterém dodnes sídlí 1. lékařská fakulta Univerzity Karlovy. Tato klinika už byla více moderní a rozsáhlá. Třídění pacientů probíhalo nejen podle majetkových poměrů, ale také dle náročnosti na ošetřovatelskou péči a projevů onemocnění. Dle lékaře Gottfrieda Riedela se měli nemocní více věnovat aktivitám, proto byly v tomto ústavu preferovány aktivity na čerstvém vzduchu a odvíjely se od zájmů, kterým se pacienti věnovali před příchodem do ústavu (David, 2010). Na základě přeplnění Tollhausu a dalších k němu patřících ústavů začaly vznikat ústavy po celé České republice. Mezi ty největší a dosud fungující patří například Dobřany, které byly vystaveny roku 1880 a posléze Bohnice, k jejichž výstavbě došlo roku 1909 (Rajmová, 2006).

Mezi významné osobnosti 19. století, kteří se zasloužili o rozvoj české psychiatrie, patří profesori pražské psychiatrické kliniky Karel Kuffner, který je autorem první moderní učebnice psychiatrie a Jan Heveroch, zakladatel Purkyňovy společnosti pro bádání o duši a nervstvu, dnešní České psychiatrické společnosti (Raboch, Pavlovský et al., 2012).

Psychiatrie si prošla v období 20. století velkými změnami. Jedním z mezníků v první polovině 20. století bylo vyvražďování duševně nemocných v průběhu druhé světové války (Rajmová, 2006).

V druhé polovině 20. století dochází v souvislosti se společenským a technickým pokrokem k velikému rozvoji psychiatrie jakožto lékařského oboru, který se snaží prosadit bio-psycho-sociální přístup k duševně nemocným. Během tohoto století přibývá i mnoho zobrazovacích technik, které napomáhají k diagnostice a léčbě duševních onemocnění (Raboch, Pavlovský et al., 2012).

Současná psychiatrie 21. století je výsledkem dvou odlišných historických proudů. Jedním je eliminace nepřijatelně se chovajících jedinců ze společnosti a jejich označení za šílence, později za duševně nemocné a druhým je osamostatnění psychiatrie jako lékařského oboru od všeobecné medicíny (Rajmová, 2006).

### **1.1.3 Vývoj vzdělávání sester v péči duševně nemocné**

Naše bakalářská práce se věnuje roli sestry v edukaci pacienta s dušením onemocněním, proto se v této stati budeme věnovat vývoji vzdělávání sester v ošetrovatelské péči. Ošetrovatelství obecně, bylo vždy ovlivňováno náboženskými, kulturními, sociálními a politickými faktory, válkami, vědeckými objevy i velkou řadou významných osobností. V nejstarších dobách bylo ošetrovatelství v rukou náboženství, užívaly se také různé odvary, čaje či medikamenty, které ve spojení s vírou měly velký účinek. V období 11. století se postupně rozmáhá laická péče o nemocné. Nemocní rušili klášterní klid, a proto byla péče o ně předávána laikům. Důležitým zlomem v ošetrovatelství byla krymská válka a s ní spojená osobnost Florence Nightingaleová a její ošetrovatelské praktiky. Od tohoto období nabírá ošetrovatelství ten správný směr, začínají vycházet knihy, vznikat spolky sester a zakládají se ošetrovatelské školy (Plevová et al., 2011).

Podobně jako ošetrovatelství obecně se vyvíjela péče o duševně nemocné. V úplných začátcích patřila do rukou laiků, později kněží a zaříkávačů. Pod dohled lékařů spadá péče o duševně nemocné až s novým názorem, že duševní poruchy jsou onemocněním mozku. Mezi ty, kteří se o duševně nemocné starali a zajišťovali jim jejich základní potřeby, patřili hlavně lidé z řad řeholníků a řeholnic, ale nejvíce ti z řad nevzdělaných, chudých, často pro společnost morálně nepřijatelných lidí. Až s postupným vývojem nemocnic a ústavů se důležitost práce a vzdělávání ošetrovatelů stává hlavním bodem pozornosti. Prvním, kdo se pokusil o založení kursu na vzdělávání ošetrovatelek duševně nemocných, byl Gottfried Riedel, bohužel i přes všechnu snahu to ztroskotalo.

Ošetřovatelky, které musely pro práci v Pražském ústavu chorobomyslných, splnit tříměsíční kurs, pracovaly poté pouze za stravu (Rajmová, 2006).

Idea pro vznik první ošetřovatelské školy vznikla až v počátku 70. let 19. století za podpory Ženského výrobního spolku, konkrétně Karolíny Světlé a Elišky Krásnohorské, prof. Vítězslava Víta Janovského a Spolku českých lékařů. Roku 1874 vznikla v Praze první ošetřovatelská škola, která fungovala pouhých sedm let, pak výuka ošetřovatelek na nějakou dobu ustala a vyvíjela se až v období poloviny 20. století za účasti Spolku diplomovaných sester (Plevová et al. 2011).

Ošetřovatelství v psychiatrii se nejvíce rozvíjelo ve 20. století výstavbou Bohnic, či Dobřan a potřebou mít zde kvalifikované pracovníky. Jan Hraše vydal v roce 1908 velice pokrokovou knihu, a sice učebnici „Ošetřování chorobomyslných“. Hraše v ní užívá pojem „ošetřovatel“, oproti užívanému výrazu „opatrovník“, který se udržel do konce druhé světové války. Vývoj vzdělávání si prošel velkými změnami v délce trvání a zakončení studia. Po roce 1948 začaly mít střední školy trvání čtyř let a byly ukončeny maturitou. Šedesátá léta 20. století byla ve znamení školení a kursů a v roce 1953 byla přímo v bohnické léčebně zřízena závodní škola práce, která doplňovala kvalifikaci pro nižší zdravotnický personál a absolventům středních škol umožňovala přístup k různým kurzům jako psychoterapie, psychiatrického minima a podobně. Od tohoto období do dnes prochází zdravotnictví a vzdělávání sester neustálými změnami a vývojem. V oboru psychiatrie se v současnosti sestry mohou vzdělávat v Brně v Národním centru ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. Délka studia je 1,5 - 2 roky a možnost vzdělávání je ve velké škále oborů (Rajmová, 2006).

#### **1.1.4 Příčina a vývoj duševního onemocnění**

Centrální nervová soustava má dvě složky, morfologii a fyziologii, které jsou základem pro jakoukoli psychickou činnost. Morfologii lze chápat jako stavbu, strukturu a propojení nervových buněk a fyziologii jako biochemické procesy probíhající v CNS. Během života jsme vystaveni celé řadě vnitřních a vnějších faktorů a vykonáváme různé činnosti, vlivem toho dochází neustále ke změnám ve stavbě mozku a v biochemických procesech, které v mozku probíhají.

Tyto změny můžeme dělit do dvou skupin – negativní a pozitivní. U pozitivních se na základě těchto změn rozvíjíme, zdokonalujeme a jsme psychicky zdraví, ale jsou-li naopak negativní, můžeme začít trpět i některou z psychických poruch (Nývtová, 2008).

Populace hledá často příčinu ve vzniku duševního onemocnění jen v psychice daného jedince, přičemž vinu na vzniku duševního onemocnění přikládáme velké spoustě faktorů, jako jsou například biologické, chemické či fyzikální faktory. Velký podíl na příčině vzniku duševního onemocnění má také genetika. Důležitým činitelem, který může přispět ke vzniku a vývoji duševní poruchy má i rodina, přátelé a společnost, ve které daný jedinec vyrůstá. Klíčové jsou události jako úmrtí blízkého, sociální konflikty, násilí, stresující či krizová situace jedince, jejichž následkem dojde ke spuštění duševního onemocnění (Orel et al., 2012).

Jak udává Nývtová (2008) abychom mohli získat správný náhled na příčiny psychických poruch, musíme akceptovat tezi, že tělo a psychika tvoří jeden systém a že jakákoliv změna ve fungování některé části těla vždy vyvolá zcela automaticky větší či menší změnu ve fungování mozku a naopak.

### **1.1.5 Klasifikace duševních nemocí**

Sestra pracující na psychiatrickém oddělení by měla znát rozdělení duševních poruch dle Mezinárodní klasifikace nemocí, v této kapitole se tomuto dělení budeme věnovat. První vydané klasifikační systémy se týkaly spíše příčin smrti než klasifikace nemocí a první z těchto seznamů byl přijat v roce 1893 v Chicagu. Duševní poruchy v něm ještě nebyly zahrnuty. Teprve až v V. revizi z roku 1938 byly uvedeny 4 typy duševních poruch. Světová zdravotnická organizace sestavila Mezinárodní statistickou klasifikaci nemocí v roce 1947. Pátá kapitola této klasifikace se věnuje duševním poruchám. V průběhu několika let se klasifikace neustále měnila a obnovovala, ale nesjednocené klasifikační systémy vedly pouze k potížím při zařazování pacientů do výzkumných studií, proto bylo důležité tyto systémy sjednotit. V roce 1980 zavedla v platnost Americká psychiatrická asociace Diagnostický a statistický manuál ve III. revizi. V roce 1992 vydala Světová zdravotnická organizace jako garant Mezinárodní klasifikace nemocí MKN-10, která se uvedla v platnost od roku 1993, u nás od 1. 1. 1994 (Raboch, Pavlovský et al., 2012).



V Mezinárodní klasifikaci nemocí-10, dále jen MKN-10, je pro psychiatrii vyhrazena V. kapitola a označuje se písmenem F, celkově obsahuje asi 1 000 kategorií rozdělených do těchto 10 skupin: F0-F09 Organické duševní poruchy včetně symptomatických; F10-F19 Duševní poruchy a poruchy chování vyvolané účinkem psychoaktivních látek; F20-F29 Schizofrenie, schizofrenní poruchy a poruchy s bludy; F30-F39 Poruchy nálady (afektivní poruchy); F40-F49 Neurotické poruchy, poruchy vyvolané stresem a somatotrofníporuchy; F50-F59 Behaviorální syndromy spojené s fyziologickými poruchami a somatickými faktory; F60-F69 Poruchy osobnosti a chování u dospělých; F70-F79 Mentální retardace; F80-F89 Poruchy psychického vývoje; F90-F98 Poruchy chování a emocí se začátkem obvykle v dětství a v adolescenci; F99 Nespecifikovaná duševní porucha (Juričková et al., 2013).

V každé kategorii je uveden klinický popis, diagnostická vodítka, vylučující kritéria a diferenciální diagnostické úvahy. U každého označení diagnostické kategorie se nachází alfanumerický kód, tj. písmeno označující kapitolu oboru, v našem případě písmeno F. Dále se uvádí čísla označující hlavní sekci, diagnostickou kategorii, její druh, případně průběhovou formu (Raboch, Pavlovský et al., 2012).

## **1.2 Ošetrovatelská péče o pacienta s duševním onemocněním**

V této kapitole si přiblížíme systém zdravotní péče v oboru psychiatrie. Psychiatrická péče je duševně nemocným poskytována v ambulantních zařízeních, psychiatrických léčebnách či nemocnicích, na psychiatrických odděleních všeobecných nemocnic, na psychiatrických klinikách a v zařízeních komunitní péče, které jsou průnikem psychiatrie do oblasti sociálních služeb (Petr, Marková et al., 2014).

V psychiatrických ambulancích se nyní nachází lékař – psychiatr a zdravotní sestra, v minulosti se v těchto ambulancích nacházel psycholog a sociální pracovníce. V psychiatrických ambulancích je poskytována jen základní farmakologická a psychoterapeutická péče nemocným. Aby byl pacient schopen podstupovat jen ambulantní péči, nesmí ohrožovat sebe a své okolí, během léčby musí spolupracovat a mít vyhovující sociální podmínky. Tyto ambulance se mohou nacházet buď samostatně, nebo v rámci všeobecných nemocnic a léčeben (Hosáková et al., 2007).

Psychiatrická oddělení všeobecných nemocnic vznikají v rámci okresních či fakultních nemocnic. Počet lůžek často udáváme v desítkách, obvykle je to o dost méně než v léčebnách. Ošetrovací doba bývá kratší než měsíc, protože čím delší pobyt pacienta na tomto oddělení je, tím více klesá úhrada na péči od zdravotních pojišťoven. Na psychiatrických odděleních všeobecných nemocnic je poskytována akutní psychiatrická péče v plném rozsahu a zahrnuje široké spektrum pacientů s různými diagnózami. Psychiatrická oddělení musí mít zajištěnou laboratorní, konziliární službu a další pomocná vyšetření 24 hodin denně. Jelikož je kapacita pacientů daleko menší než v léčebnách, jsou zde možnosti léčebných programů pro jednotlivé skupiny pacientů omezené (Marková et al., 2006).

V psychiatrických léčebnách či nemocnicích je počet lůžek podstatně veliký, obvykle až několik stovek. Léčebny bývají často rozděleny do několika primariátů dle diagnostických skupin. Jednotlivé primariáty se v základu liší na otevřená a uzavřená oddělení, oddělení pro muže a oddělení pro ženy. Dle diagnostických skupin se mohou dělit na gerontopsychiatrická, protialkoholní a protitoxikomanická, sexuologická, případně na otevřená rehabilitační oddělení pro chronicky nemocné a další (Hosáková et al., 2007). Ošetrovací doba se pohybuje v průměru okolo 85 dnů, v některých případech může hospitalizace trvat několik let či celoživotně. Součástí poskytované psychiatrické péče jsou také různé druhy terapií, jako například biologická terapie, psychoterapie a resocializace. Pavilonový systém léčeben je často umístěn v rozsáhlých parcích, proto působí na pacienty pozitivně (Petr, Marková et al., 2014).

Jedním ze speciálního typu psychiatrického oddělení jsou psychiatrická oddělení fakultních nemocnic, která nosí statut kliniky a velice úzce spolupracují s lékařskou fakultou. Poskytují nejen vysoce kvalitní zdravotní služby, ale slouží i k výuce vysokoškolských studentů, pregraduální a postgraduální výuce a zabývají se výzkumnou činností. Poskytují také psychiatrickou péči ve zvláště složitých případech (Marková et al., 2006).

Důležité je také zmínit extramurální psychiatrická zařízení. Do této skupiny můžeme zařadit chráněné bydlení, chráněné dílny, centra krizové intervence, socioterapeutické kluby a další. U části duševně nemocných může být tato alternativa výhodou, finanční nároky na zdravotní systém jsou nižší, zato stoupají finanční náklady pro klienta (Hosáková et al., 2007).

### 1.2.2 Specifika práce sestry na psychiatrickém oddělení

Ošetrovatelská péče na psychiatrii je pro sestru specifická a v několika oblastech odlišná od ostatních oborů, proto se nyní budeme těmito specifickým v krátkosti věnovat. O zajištění kvalitní ošetrovatelské péče se stará ošetrovatelský tým, tento tým se skládá ze sester, ošetrovatelek a sanitářů. O získávání způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání vypovídá zákon č. 96/2004 sb. Každý člen tohoto týmu má své poslání a náplň práce, účelnou koordinací jejich činností je zajišťováno poskytování komplexní ošetrovatelské péče. U zdravotních pracovníků pracujících na psychiatrickém oddělení je důležitá znalost alespoň základních specifík psychiatrických diagnóz (Marková et al., 2006).

Kontakt mezi zdravotníkem a nemocným vyžaduje od zdravotníka psychologické znalosti, schopnost empatie, postřeh, pohotovost, ale také osobní angažovanost. Tohle všechno musí zdravotník ovládat, aby dokázal správně jednat s nemocným (Zacharová et al., 2007). V oblasti psychiatrie jsou tyto požadavky na sestru ještě větší. Práce v oboru psychiatrie je velice náročná jak po psychické stránce, tak i po fyzické. Sestra pracující na psychiatrii je vystavována neustále velikému stresu, jejím úkolem je jak zajištění ošetrovatelské péče pacientovi, tak mu také správně porozumět, umět ho vyslechnout, správně podpořit v těžkých životních situacích a namotivovat ho k patřičné spolupráci. Je důležité pacientovi správně naslouchat a komunikovat s ním, ale také si udržet určitý odstup. U pacientů s duševním onemocněním se může vyskytovat agresivní, manipulativní chování či lhaní (Neubauerová, 2007).

Marková et al. (2006) uvádí soubor zásad chování k psychiatrickým pacientům. Jako první uvádí, že by sestra měla s pacientem jednat klidně a otevřeně. Přijetí pacienta na psychiatrické oddělení nese velkou zátěž jak pro něj samotného, tak i pro jeho rodinu. Proto je velice důležité podávat dostatek informací přijatelnou formou, usnadní to průběh hospitalizace a pomůže to při budování důvěry. Jako další uvádí, že by sestra neměla zacházet s pacientem jako s pasivním objektem, musí od nich vyžadovat aktivní přístup a v komunikaci s ním mu to neustále zdůrazňovat. To celé napomáhá v terapeutickém procesu. U některých pacientů se setkáváme s takovými projevy chování, které nás popichují a my je obtížně zvládáme. V případech, kdy se jedná o lidi zanedbané, s projevy alterace intelektu, mohou mít zdravotníci tendenci jednat s nimi ponižujícím způsobem.

V případech, kde je u pacienta přítomno snížené vědomí či agrese je velice těžké zachovávat pravidla společenského chování, nicméně i v těchto situacích je to nezbytné. Jako poslední uvedená zásada je ohleduplné vyžadování nepříjemných požadavků. Mezi tyto požadavky patří například narušení intimity, omezení sociálních kontaktů, časté noční kontroly atd., i když jsou tyto požadavky nezbytné, měly by se sestry snažit redukovat je na minimum (Neubauerová, 2007).

### **1.3 Komunikace v ošetrovatelské péči**

V této kapitole se zaměříme na problematiku a definici komunikace v ošetrovatelství. Komunikace hraje v ošetrovatelské péči velikou roli. V oblasti psychiatrie je komunikace v podstatě základním prostředkem v léčbě a terapii a důležitým prostředkem k účinné edukaci pacienta s duševním onemocněním., *Komunikovat s člověkem, který je v nelehké situaci, má trápení, bolest, je nervózní či nazlobený, není jednoduché. Stejně tak náročné je domluvit se, získat a předat nejen informace, ale i povzbuzení a naději. Prvním krokem k úspěšné komunikaci je naše odhodlání. Je možné ji rozvíjet kdykoliv v životě (Venglářová, Mahrová, 2006, s. 7).*“.

Z obecného hlediska je komunikace složitý proces výměny informací. Dle Klenkové (2006) se komunikace skládá z několika základních prvků, jako jsou komunikátor, komunikant, komuniké a komunikační kanál. Jako komunikátora označujeme zdroj sdělení v lidské populaci, tedy člověka, který předává určitou informaci. Komunikant je ten, který sdělení přijímá a reaguje na tuto informaci určitým způsobem. Jako komuniké označujeme předávaný obsah určitého sdělení a komunikační kanál je cesta přenosu informací (Klenková, 2006). Cílem komunikace člověka je vzájemné dorozumívání, sdělování informací, ale hlavně udržování a pěstování mezilidských vztahů. Právě komunikační schopnost patří mezi nejdůležitější lidské schopnosti, schopnost řečové komunikace je schopnost vědomě používat jazyk formou složitého komunikačního systému znaků ve všech možných formách (Venglářová, Mahrová, 2006).

Pro každého člověka, který pracuje v ošetrovatelské či lékařské profesi, kde se setkáváme s lidmi jako s příjemci své práce, je velice důležitá oblast sociálních dovedností. Interakce zaujímá své významné místo v ošetrovatelské praxi, ať už s kolegy nebo s nemocnými. Interakce je děj, který probíhá formou reagování lidí navzájem, probíhá neustále, ale pokud dojde k výměně informací, jedná se o komunikaci (Kelnarová, Matějková, 2009).

Komunikaci užíváme jak v pracovním, tak i v osobním životě. Dovednost komunikovat s pacientem je nedílná součást profesního vybavení sestry. Schopnost komunikovat slouží jako prostředek k navázání a rozvíjení kontaktu s pacientem (Venglářová, Mahrová, 2006).

V ošetrovatelské praxi se rozlišují tři základní typy komunikace. První typ je komunikace sociální. To můžeme vysvětlit jako běžnou, každodenní komunikaci při poskytování základní ošetrovatelské péče, jako je například stlaní lůžka, poskytování hygienické péče a tak dále. Dalším typem je specifická komunikace, v tomto případě hovoříme o individuální formě edukace směřované od všeobecné sestry k pacientovi. Zde je třeba klást důraz na zpětnou vazbu, abychom si mohli ověřit, zdali pacient pochopil, co se po něm žádá. Třetím typem je komunikace terapeutická, tento typ komunikace probíhá zejména jako rozhovor. Při tomto typu komunikace je důležité, aby si každý zdravotnický pracovník uvědomil, že většina nemocných hospitalizovaných na jakémkoliv oddělení se potýká s obtížnou životní situací. V těchto chvílích je prioritou být nemocnému nablízku, podpořit ho a vyslechnout ho (Kelnarová, Matějková, 2009).

Veškerou komunikaci v ošetrovatelství ovlivňuje věk, společenskoekonomické postavení, kultura jedince, výška a barva hlasu, tempo a rytmus. Slova představují značnou část sociální komunikace. Prostřednictvím slov můžeme pacienta přesvědčit, povzbudit, informovat a tak dále. Se slovy musí sestra pracovat obratně, ale uvědoměle, opatrně a cíleně. Pro získání zručnosti vést rozhovor je důležité být seznámen s teoretickými aspekty rozhovoru a podstoupit praktický nácvik verbální komunikace (Zacharová, 2016).

### **1.3.2 Komunikace s pacientem s duševním onemocněním**

Komunikace s pacientem s duševním onemocněním sebou nese určitá specifika, a abychom pacienta mohli správně edukovat, musíme s ním umět nejprve komunikovat. Jak uvádí Zacharová et al. (2007) každé onemocnění ovlivňuje chování, reakce, emoční projevy, některé osobnostní rysy a působí nepříznivě na nemocného jedince. Jiným způsobem prožívá nemoc dospělý člověk, jinak dítě a jinak také rodina nemocného jedince. Tak je tomu i v oboru psychiatrie, kde je to ještě ztížené tím, že nemocná je vlastní mysl nemocného jedince.

Jak uvádí Slowík (2010), v komunikaci s pacienty trpícími duševním onemocněním si můžeme obvykle povšimnout některých zvláštností. Jako první jsou zřetelné změny v emocionálním projevu, jako je například afektované chování či nápadná velká uzavřenost. Dále bývají viditelné zvláštnosti v neobvyklém chování jako například zvýšené nutkavé jednání. Změny si také často všimneme v obsahu toho, co nám chce pacient sdělit. Jedinec může být nápadně podezíravý, vztahovačný, nebo může nadměrně projevovat strach a zoufalství. Právě na základě toho, že si povšimneme a rozpoznáme tyto změny, můžeme danému jedinci přizpůsobit způsob komunikace a vlastní chování.

K duševně nemocnému pacientovi musí sestra přistupovat otevřeně, přátelsky i laskavě a to i v případě, kdy je situace akutní. Na začátku každého rozhovoru sestra osloví pacienta jménem a ujistí se, že jí pacient věnuje pozornost. Sestra by se měla pacientovi vždy představit, vysvětlit mu proč přichází, protože pacient si to nemusí vždy pamatovat. Sestra by vždy měla mluvit pomalu, srozumitelně a v případě, že zjistí, že jí pacient nerozuměl, je nutné vše zopakovat (Zacharová, 2016). Jestliže člověk onemocní a stane se pacientem, většinou se v jeho životě hodně změní, jak ve vztahu k sobě, tak i ke skupinám jako jsou jeho rodina, přátelé nebo kolegové v práci. Poměrně problematické často bývá navázání kontaktu s pacientem, který o to nestojí. První krok sestry by měl vést k analyzování důvodů, které stojí za tím, že pacient odmítá komunikovat. Tyto důvody, mohou vyplývat ze situace, ve které se právě pacient nachází. Některým pacientům však trvá déle, než se osmělí, nemají potřebu tolik hovořit, nebo nemají představu, o čem mají se sestrou komunikovat. Je vhodné, aby sestra pacienta vybízela taktně k rozhovoru, ale snažila se vyhýbat smutným či konfliktním tématům. Většina pacientů ráda vzpomíná na svou profesi, rodinu, koníčky. Důležité je, aby sestra uměla pacienta respektovat, když si přeje být sám (Venglářová, 2007).

#### **1.4 Edukační proces v ošetřovatelství**

Edukace hraje v ošetřovatelské péči velkou roli, ale ovlivňuje také kvalitu života po propuštění do domácího ošetření. V moderní pedagogice je pojem edukace chápán jako organizovaný, záměrný a soustavný proces výchovy a vzdělávání. K rozvíjení osobnosti vede prostřednictvím působení formálních výchovných institucí a neformálního prostředí (Skálová, 2007).

Jak uvádí Šulistová a Trešlová (2012), edukační proces je pojem, který zahrnuje všechny činnosti, jejichž prostřednictvím jeden subjekt vyučuje a druhý se učí, proto v každém edukačním procesu musí být obsaženo učení.

Dle Kuberové (2010) může být edukační činnost součástí ať už primární, sekundární či terciální péče, proto se dělí do několika sfér (Kuberová, 2010). Primární edukace se zaměřuje na zdravé jedince, na prevenci nemocí a na opatření, která zdraví podporují. Cílem je udržení zdraví nebo i zlepšení kvality života. Sekundární edukace je zaměřena na již nemocné jedince, snaží se u nich ovlivnit jejich vědomosti, dovednosti a postoje, tak aby došlo k pozitivnímu vlivu na jejich uzdravení a nedocházelo ke komplikacím v průběhu léčby. Sekundární edukace je především zaměřena na dodržování léčebného režimu, udržení soběstačnosti a na prevenci zhoršení jejich onemocnění. V oblasti terciální edukace se zaměřujeme na jedince, kteří mají již trvalé a nenávratné změny zdravotního stavu, proto má terciální edukace za cíl zlepšení kvality života, kterou lze edukací ovlivnit tak, aby již nedocházelo k dalším komplikacím (Šulistová, Trešlová 2012).

Jakýkoliv subjekt učení je nazýván edukantem, v ošetrovatelském procesu je to obvykle zdravý či nemocný pacient nebo jeho rodina, ale může jím být i zdravotník. Každý edukant se jako jedinec může lišit nejen po fyzické, kognitivní stránce, ale také prostředím ze kterého pochází, s ním spojenou etnicitou a vírou. Edukatorem je ten, který vzdělává ve zdravotnickém zařízení. Obvykle jím je lékař, všeobecná sestra, nutriční terapeut a podobně. Edukace pacientů probíhá v edukačním prostředí, kterým by mělo být místo vhodné pro výuku. Edukační konstrukty jsou plány, zákony, předpisy, edukační materiály a edukační standardy a zařizují řízení samotného procesu (Magurová, Majerníková, 2009).

Sestry, podílející se na ošetrovatelském procesu, zastávají řadu rolí. Mimo své ošetrovatelské role plní úlohu asistentky lékaře, koordinátorky ošetrovatelské péče a v neposlední řadě působí v oblasti výchovy a vzdělávání pacientů i široké veřejnosti. To, jaké má výchovné působení charakter, závisí na tom, zda sestra pracuje v ambulantním nebo lůžkovém typu zdravotnického zařízení. Za poslední desetiletí se výchovně vzdělávací činnosti zdravotníků přikládá čím dál tím větší význam.

Je dokázáno, že pokud jsou pacient sám nebo členové jeho rodiny, kteří se podílejí na ošetrovatelské péči, informování o jeho zdravotním stavu a jsou obeznámeni s léčebným režimem na určité úrovni, je mnohem vyšší pravděpodobnost, že bude léčebný režim efektivní (Svěráková, 2012).

Zcela přirozeně je edukační proces porovnáván s ošetrovatelským procesem, jednotlivé fáze obou procesů běží zcela souběžně i přes to, že mají rozdílné cíle a účel. Tyto procesy obsahují stejné prvky, kterými jsou: hodnocení, plánování, realizace a odhad. Rozdíl mezi ošetrovatelským a edukačním procesem vidíme v tom, že je ošetrovatelský proces zaměřený na plánování a realizaci péče, která je založena na zhodnocení a diagnostice fyzických a psychosociálních potřeb pacienta. Zato edukační proces je zaměřený na plánování a realizaci vyučování, založeného na zhodnocení pacienta a určení priorit pacientových učebních potřeb a připravenosti se učit. V případě, že jsme dosáhli očekávaných výsledků edukačního procesu, musí se objevit změny znalostí, postojů a dovedností. Během obou procesů opakovaně vyhodnocujeme stav, který usměrňuje a pozměňuje plánování a realizační fáze procesů, jestliže nedojde k dosažení cíle, je nutné začít znovu a zahájit novou fázi hodnocení (Šulistová, Trešlová, 2012).

#### **1.4.1 Andragogika v ošetrovatelství**

Vzhledem ke zkoumaným jevům a tématu naší bakalářské práce je potřebné si přiblížit specifika vědního a studijního oboru andragogika. Beneš (2008, s. 11) definuje andragogiku takto: „*Andragogika je vědní a studijní obor, zaměřený na veškeré aspekty vzdělávání a učení se dospělých.*“.

Jak uvádí Šulistová, Trešlová (2012), andragogika je aplikovaná pedagogická disciplína, která se zabývá z hlediska vývojových stádií lidské osobnosti vzděláváním a učením se dospělých.

Jak uvádí Beneš (2008), jestliže bychom hledali rozdíl mezi pedagogikou a andragogikou, nalezneme ho hlavně v tom, že v andragogice není dospělý izolován od svých rolí v pracovním, společenském a privátním životě, není tudíž jeho role redukována na „žáka“. Andragogika pomáhá dospělému jedinci zvládat nároky života, ale nesnaží se vytvářet jeho osobnost.



Andragogika upřednostňovala vždy pojem vzdělání, ale v posledních letech se stává hlavním pojmem andragogiky pojem učení se dospělých (Balvín, 2011). Dle Beneše (2008) se v pedagogice a andragogice učení chápe jako schopnost člověka produktivně vytvářet nebo měnit zvyky, představy, chování či schopnosti a dovednosti. Učení, které je odkázané na pomoc druhých řadíme do oboru pedagogiky, kdežto u andragogiky se vychází z toho, že by dospělý měl mít možnost tuto pomoc vyžádat či odmítnout. Největší nutnost vzdělávání vzniká v období společenských změn a krizí, v našem případě je zde na místě hospitalizace pacienta.

V rámci ošetrovatelské praxe, můžeme chápat celoživotní vzdělávání jako adaptaci pacienta na jeho onemocnění, u chronických onemocnění se musí pacientovi dostat takových informací, které mohou zamezit zhoršení pacientova stavu (Šulistová, Trešlová, 2012).

#### **1.4.2 Edukace pacienta s duševním onemocněním**

Edukace pacientů s duševním onemocněním je velice náročná. V psychiatrii se edukace odvíjí nejen od diagnózy pacienta, ale také individuálně dle osobnosti každého pacienta. Edukace v psychiatrii probíhá už při příjmu pacienta. Když je pacient hospitalizovaný na psychiatrickém oddělení poprvé, musí být řádně seznámen s režimovými opatřeními oddělení. Při příjmu pacienta, který v rámci svého stavu není schopen edukace, zapíšeme vše do příjmové edukace a s edukací začneme až při zlepšení stavu pacienta (Petr, Marková et al., 2014).

Je důležité mít na mysli, že součástí duševní poruchy je velice často ztráta sebeovládání a sebekontroly u nemocného jedince, projevující se nerozhodností, změnou celkového přístupu k jejich onemocnění a samozřejmě i ve spolupráci s ošetrovatelským personálem. Zdravotní pracovník musí na nemocného působit sebejistě, rozhodně, a empaticky. Nejdůležitějším, ale také velice těžkým úkolem v učebním postupu je vést pacienta bez nátlaku, a dosáhnout tak dobrého výsledku a zároveň splnit stanovený cíl edukačního procesu (Rapčíková, 2006).

Jak uvádí Morovicsová (2006), bezpečné a klidné prostředí vyvolává v pacientovi jistoty, cítí, že pomoc a podpora jsou mu nablízku a ztrácí pocit strachu a začne se zapojovat do léčebného procesu. Proto má edukace velký význam ve všech oblastech duševního onemocnění.

V oblasti edukace u pacientů s duševním onemocněním je velice důležité podávat informace nejen pacientovi, ale také jeho rodině a vést je společně všemi úskalími diagnostikované psychické poruchy. Nedílnou součástí edukace je dodržování léčebného režimu a ordinované medikace (Morovicsová, 2006). Huang et al. (2016) uvádí, že sociální podpora zlepšuje schopnost jedince vyrovnat se s každodenními stresory a událostmi a přizpůsobit se jim.

Dle Fričové (2010) pacient, který má podporu svých nejbližších, daleko lépe snáší tíhu svého onemocnění a snáze se vyrovnává s nemocí, která mu byla diagnostikována a jejíž prognóza je na celý život. Záleží pouze na pacientovi samotném, jestli svůj život prožije plnohodnotně nebo mezi jednotlivými hospitalizacemi na psychiatrických odděleních. Velice často se setkáváme s opakovanými hospitalizacemi pacientů, kteří udávají, že vysadili léky, nebo že už se cítili natolik dobře, že léky vysadily. Pacienti, u kterých je hospitalizace na psychiatrickém oddělení poprvé, často hovoří o tom, že se doma trápili velice dlouho. Častým problémem, proč se pacienti obávají hospitalizace na psychiatrickém oddělení je to, že se bojí toho, co na to řekne okolí.

#### **1.4.2 Psychoedukace**

Velký přínos pro pacienta nemá jen samotná edukace, ale zejména psychoedukace. Rozdíl mezi edukací a psychoedukací je takový, že u psychoedukace jde o citlivý přístup k pacientovi. Je velice důležité se věnovat jeho aktuálním potřebám a pozvolna jej po částech učit, neustále opakovat již naučené dovednosti a přitom brát na vědomí, že učením zvyšujeme jeho sebehodnotu. Tím ho stavíme do role partnera v léčbě, které rozumí (Malá, Navrátilová, 2006). Zaretsky et al. (2007) vysvětluje, že termín psychoedukace dříve znamenal výuku pacientů s mentálním onemocněním. Nynější psychoedukace se velice rozšířila a učí celou škálu pacientů jak rozeznat příznaky psychické nemoci a přijmout adaptivní vyrovnávací strategie. Psychoedukace může být individuální, ale často zahrnuje i členy rodiny. Ovšem ve větší míře případů jsou to skupinové intervence.

Jak uvádí Petr (2013), role psychiatrických sester v oblasti psychoedukace je nenahraditelná. Sestra by měla pacienta umět informovat o předepsaných lécích, o způsobu jejich užívání a o možných nežádoucích účincích. Sestra by také měla pacientovi vysvětlit důležitost brání léků, poučit ho o důsledcích při vysazení dané léčby a zároveň ho motivovat ke změně (Petr, 2013).

Správně vedená psychoedukace může vést ke zmírnění napětí v rodině, podpořit dobrý vztah mezi rodinou a pomoci jim pochopit pacientovy problémy. Psychoedukaci můžeme dělit na skupinovou nebo individuální (Petr, Marková et al., 2014).

K efektivnímu provádění psychoedukace můžeme použít materiály a projekty, které nám pomohou dosáhnout cíle. Pokrokovou metodou v oblasti výuky a vzdělávání v psychiatrii je nový projekt „Cesta“. Název cesta je odvozen z písmen jednotlivých slov, kterými jsou spolupráce, Edukace, partenství, motivace, zábava. Jde o metodický postup, který je určen pro sestry v psychiatrii a ukazuje jim způsob vedení psychiatrických pacientů. Napomáhá k získání pacienta, lepší spolupráci a k efektivnímu provádění psychoedukace. Obsahem tohoto projektu jsou doporučení, která pomáhají v obecné přípravě, ale také praktické techniky, které může sestra v průběhu edukace využívat. Celý projekt je uložený v malém cestovním kufříku, proto je s ním lehká manipulace. Tento projekt byl oceněn v roce 2010 národní psychiatrickou cenou prof. Vladimíra Vondráčka za nejlepší práci na téma „Schizofrenie, výzkum, léčba a resocializace“. Brzká edukace hraje velkou roli při získávání pacienta pro dobrou spolupráci a ovlivňuje prognózu jeho chorob. Psychiatrická sestra je klíčovým pracovníkem v této oblasti psychoedukace a když bude projekt využívat efektivně a správně, může dovést pacienta ke zdárnému cíli a předejít tak dalším komplikacím v průběhu jeho choroby (Petr, 2013).

## **2. Cíle práce a výzkumné otázky**

Předmětem výzkumného šetření je zaměřit se na roli sestry v edukaci pacienta s duševním onemocněním s ohledem na jeho diagnózu a problematiku s ní související. V následující kapitole se zaměříme na stanovené cíle a výzkumné otázky, které jsme vytvořili pro naši bakalářskou práci. Stanoven byl hlavní cíl, podle kterého byl poté stanoven cíl intelektuální, praktický a osobní.

### **2.1 Cíle práce**

Naším hlavním cílem bylo zaměřit se na roli sestry v edukaci pacienta s duševním onemocněním s ohledem na jeho diagnózu a problematiku s ní související.

#### Intelektuální cíl:

1. Zmapovat lékařské diagnózy pacientů s duševním onemocněním, které vytváří u sester překážky v komunikaci.
2. Zjistit, jaké překážky činí sestřám při edukaci pacienta s duševním onemocněním největší obtíže a jaké sestry využívají naučné materiály.

Praktický cíl: Získané znalosti mohou sloužit jako námět pro vytvoření pomocného materiálu, který může zlepšit edukaci a komunikaci sestry u pacienta s duševním onemocněním.

Osobní cíl: Vypracováním tohoto tématu získám podnětné informace a zkušenosti pracujících sester v oboru psychiatrie pro svou praxi.

## **2.2 Výzkumné otázky**

Vzhledem ke stanoveným cílům naší bakalářské práce byly vytvořeny následující výzkumné otázky:

Výzkumná otázka 1: Jaké lékařské diagnózy u pacientů s psychiatrickým onemocněním vytváří u sester komunikační bariéry?

Výzkumná otázka 2: Jak sestry hodnotí svou úroveň edukace u pacienta s duševním onemocněním?

Výzkumná otázka 3: Jaké naučné materiály využívají sestry v edukaci pacienta s duševním onemocněním?

Výzkumná otázka 4: Jaké překážky vnímají sestry v edukaci pacienta s duševním onemocněním?

Výzkumná otázka 5: Jaké zlepšení pocítují sestry za období své praxe v edukaci pacienta s duševním onemocněním?

### **3. Metodika**

#### **3.1 Použité metody**

Vhledem ke stanoveným cílům naší bakalářské práce byl zvolen kvalitativní přístup. Jako hlavní výzkumná metoda byl vybrán polostrukturovaný rozhovor. Výzkumné šetření bylo realizováno v jedné z nemocnic Plzeňského kraje na lůžkovém psychiatrickém oddělení a v psychiatrické ambulanci téhož zařízení. U části probandů byl pořízen zvukový záznam, který byl následně doslovně přepsán, část probandů si nepřála pořizování zvukového záznamu, v tomto případě bylo provedeno zaznamenávání přímou transkripcí. Každý z probandů byl seznámen se zachováním plné anonymity, byl o tom proveden písemný zápis a bylo vždy tak dodrženo.

##### **3.1.1 Charakteristika polostrukturovaného rozhovoru**

Jak už jsme uváděli výše, výzkumné šetření bylo prováděno pomocí polustrukturovaného rozhovoru. Vybrali jsme polostrukturovaný rozhovor, abychom získali kompletní informace o dané problematice a poskytli větší prostor sestřím pro jejich vyjádření.

Rozhovory byly prováděny se sestrami pracujícími na lůžkovém oddělení, ale i v ambulanci psychiatrického oddělení. Podle cílů které jsme si stanovili, jsme poté vytvořili osnovu rozhovorů, která nám sloužila jako pomůcka při vedení samotného rozhovoru. Než se zahájilo samotné výzkumné šetření, požádali jsme hlavní sestru nemocničního zařízení a primáře psychiatrického oddělení o písemné schválení výzkumného šetření. Probandi po seznámení s prováděním výzkumného šetření byli informováni o zachování anonymity a následně podepsali souhlas s prováděním výzkumného šetření. Souhlas od hlavní sestry, primáře psychiatrického oddělení a souhlasy od probandů nejsou z důvodu zachování anonymity součástí bakalářské práce, ale budou k nahlédnutí u autorky bakalářské práce.

Rozhovory byly vždy prováděny v prostředí, které vyhovovalo sestřím, s některými sestrami v pracovním prostředí, s některými v domácím. V první řadě bylo sestřím vždy oznámeno, co je předmětem naší bakalářské práce a jaké problematice se budeme věnovat.

Poté byl proband tázán, zda během našeho rozhovoru může být pořízena zvuková nahrávka, ne vždy proband souhlasil, proto bylo přistoupeno k písemnému zápisu rozhovoru. Dále byl proband seznámen se zachováním anonymity (nikde nebude uváděno jeho jméno, ani název dané nemocnice) a podepsal souhlas. Atmosféra při vedení rozhovoru byla ve velké většině klidná, některé sestry nebyly však tak sdílné jako jiné.

Naším hlavním cílem bylo zaměřit se na roli sestry v edukaci pacienta s duševním onemocněním s ohledem na jeho diagnózu a problematiku s ní související. Připravili jsme si strukturu otázek, která se v průběhu rozhovoru mohla měnit tak, abychom dosáhli stanoveného cíle. V samotném rozhovoru jsme začali identifikačními otázkami, týkajícími se věku a délky praxe na psychiatrickém oddělení. Otázku týkající se pohlaví jsme nepokládali, jelikož probandi byli vybíráni na oddělení, kde žádný muž na pozici všeobecné sestry či zdravotnického asistenta nepracuje.

V dalších oblastech rozhovoru jsme se zajímali o průběh edukace pacienta na psychiatrickém oddělení. Ptali jsme se, jaký význam vidí sestry v edukaci, kdy s edukací začínají, a jakých témat se edukace nejčastěji týká. V neposlední řadě nás také zajímaly komunikační bariéry a bariéry, které zabraňují dosažení účinné edukace pacienta s duševním onemocněním.

Závěrem jsme se ptali sester na to, jak hodnotí svou úroveň edukace pacientů s duševním onemocněním a jestli vnímají nějaké změny v edukaci za období jejich praxe na psychiatrickém oddělení. Vzhledem k tomu, že bylo výzkumné šetření prováděno na lůžkovém psychiatrickém oddělení, nebyli záměrně do tohoto výzkumného šetření zapojováni pacienti. U žádného z rozhovorů nedocházelo k odchýlení od tématu, proto jsou všechny rozhovory přepsány doslovně.

### **3.1.2 Charakteristika výzkumného vzorku**

Výzkumný vzorek tvořilo 8 sester pracujících na psychiatrickém oddělení. Z celkového počtu bylo 7 sester pracujících na lůžkovém oddělení a jedna sestra pracující v ambulantním zařízení téhož pracoviště. Rozhovory se konaly v období od začátku ledna do konce dubna roku 2017.

Výběr výzkumného vzorku byl záměrný. Řídili jsme se určitými podmínkami. Vybírali jsme probandy, kteří pracují na psychiatrickém oddělení a pracují na pozici registrované všeobecné sestry, či zdravotnického asistenta na lůžkovém či ambulantním zařízení. Výzkumná šetření byla vždy prováděna osobně. V první řadě došlo k setkání s vedoucí denní směny, neboli staniční sestrou a následně byla sebrána potřebná data s vybranými sestrami.

K lepší přehlednosti probandů byla vytvořena tabulka, ve které nalezneme označení probanda, věk, délku praxe a nejvyšší dosažené vzdělání.

**Tabulka 1 - identifikace probandů**

<b>Identifikace probandů- sester</b>				
<b>Proband</b>	<b>Označení</b>	<b>Věk</b>	<b>Délka praxe v oboru</b>	<b>Vzdělání</b>
<b>Sestra 1-lůžka</b>	SL1	56 let	36let	Registrovaná sestra
<b>Sestra 2-lůžka</b>	SL2	29 let	5 let	Registrovaná sestra
<b>Sestra 3-lůžka</b>	SL3	52 let	10 let	Registrovaná sestra + atestace v oboru
<b>Sestra 4-lůžka</b>	SL4	46 let	16 let	Registrovaná sestra
<b>Sestra 5-lůžka</b>	SL5	34 let	14 let	Registrovaná sestra
<b>Sestra 6-lůžka</b>	SL6	24 let	3 roky	Zdravotnický asistent
<b>Sestra 7-lůžka</b>	SL7	47 let	7 let	Registrovaná sestra + atestace v oboru
<b>Sestra 8- ambulance</b>	SA8	60 let	25 let	Registrovaná sestra



Sestry, které jsme označily SL pracují na lůžkovém oddělení psychiatrie. Označení SA je označení pro sestru pracující v ambulantním zařízení.

Sestra 1 bude ve výsledcích označována jako SL1, na psychiatrickém oddělení pracuje 36 let. Sestra 2 bude ve výsledcích označována jako SL2, na psychiatrickém oddělení pracuje 5 let. Sestra 3 bude ve výsledcích označována jako SL3, na psychiatrickém oddělení pracuje 10 let. Sestra 4 bude ve výsledcích označována jako SL4, na psychiatrickém oddělení pracuje 16 let. Sestra 5 bude ve výsledcích označována jako SL5, na psychiatrickém oddělení pracuje 14 let. Sestra 6 bude ve výsledcích označována jako SL6, na psychiatrickém oddělení pracuje 3 roky. Sestra 7 bude ve výsledcích označována jako SL7, na psychiatrickém oddělení pracuje 7 let. Sestra 8 bude ve výsledcích označována jako SA8, na psychiatrické ambulanci pracuje 25 let.

Zajímalo nás vzdělání sester v porovnání s délkou praxe na psychiatrickém oddělení. Během rozhovorů jsme zjistili, že na psychiatrickém oddělení pracují všeobecné sestry, zdravotní asistenti, ale také sestry, které mají atestaci z psychiatrie a psychoterapie v Brně. Sestra označována SL7 uvedla: *„Mám prostě pocit, že specializaci by si měla udělat každá sestra, ať je to na jakémkoliv oddělení, protože mně toto vzdělání dalo mnoho a mně to dalo velký náhled do této problematiky“*. Tato sestra spojuje vzdělání sester také s překážkami zabraňujícími dosažení účinné edukace pacienta s duševním onemocněním. Proto jsme vzdělání sester uvedli ve výše uvedené tabulce (Tabulka 1). V této tabulce je vidět, že sestry pracující na psychiatrickém oddělení méně než 15 let, dosáhly vyššího vzdělání než sestry, které pracují na psychiatrii déle.

## 4. Výsledky výzkumného šetření

V následující kapitole se budeme věnovat výzkumnému šetření zaměřenému na roli sestry v edukaci pacienta s duševním onemocněním. Tato část práce obsahuje rozhovory se sestrami rozdělené do jedenácti kategorií.

### 4.1 Edukační činnost sestry na psychiatrickém oddělení

Rozhovory byly uskutečněny s osmi sestrami a získané informace byly rozděleny do 11 kategorií. **Kategorii číslo 1** jsme nazvali **Smysl edukace u pacienta s duševním onemocněním**. V rámci výzkumu jsme se tázali sester, jaký smysl vidí v edukaci pacienta s duševním onemocněním. Jak jsme již zmínili v teoretické části naší práce, Petr (2013) uvádí, že role sester pracujících na psychiatrickém oddělení je nenahraditelná. Sestra by měla umět pacienta informovat o předepsaných lécích, o způsobu jejich užívání a o možných nežádoucích účincích, o důležitosti brání léků, ale také by ho zároveň měla umět motivovat ke změně. Je důležité, aby sestra všechny tyto informace věděla, ale aby také viděla význam v tom, proč je má pacientovi předat.

Velká většina sester v edukaci pacienta s duševním onemocněním smysl vidí. Jedna ze sester vidí důležitost edukace prvotně ve zlepšení spolupráce s pacientem během hospitalizace: *„Edukace dle mého názoru je důležitá u všech bez ohledu na druh onemocnění. Význam vidím především v uklidnění pacienta, zmírnění jeho pocitu strachu a v lepším pochopení jeho onemocnění, edukace podle mě vede k lepší spolupráci s pacientem. Další význam vidím v lepším zapojení se pacienta do běžného života.“* (SL5). Podobný názor mají také další sestry: *„Tak myslím si, že důležité je edukovat proto, aby se pacient zorientoval v tom svém onemocnění a aby získal náhled a vlastně aby viděl nějakou budoucnost a ten postup dál, jaký je účinek léků a tak.“* (SL7). *„Vychovávat pacienta k získání určitých informací, aby je uměl správně pochopit a uměl tak i použít, aby si osvojil dovednosti, které pacient použije ve svém životě a které mu budou užitečné a prospěšné.“* (SA8). Sestra označovaná SL4 ve své odpovědi uvedla, že je také důležité, abychom pacienta edukovali nenásilnou formou: *„Edukace pacienta s duševním onemocněním hraje velikou roli, ale pacienta musíme edukovat nenásilnou formou“*.

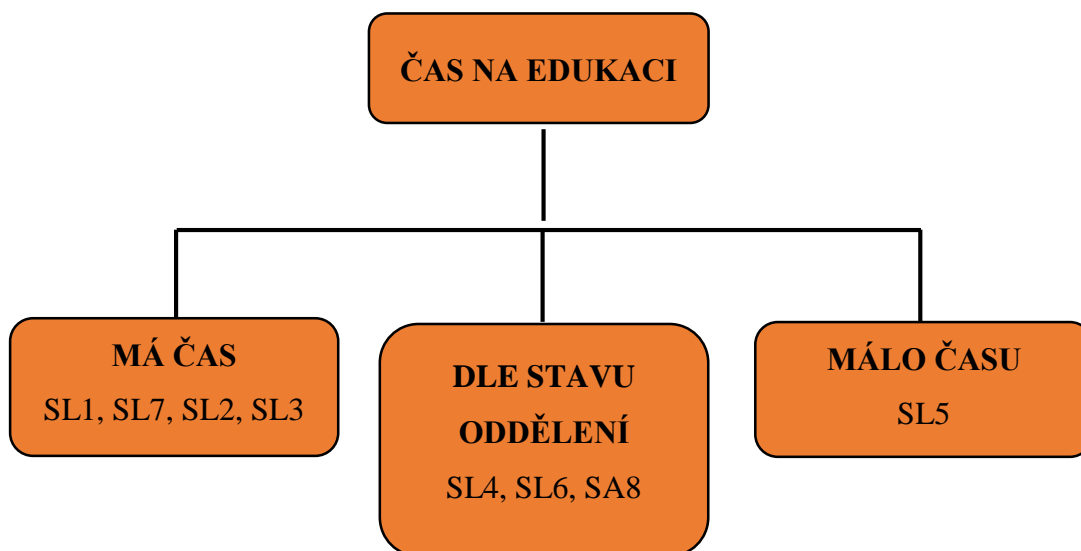
Mnoho sester se shodlo, že smysl v edukaci vidí v oblasti osvojení si určitých dovedností, aby se pacientovi dostal dostatek informací o nutnosti dodržování léčby a neopakovala se jeho hospitalizace. Sestra SL3 vidí smysl edukace právě v tom, aby se hospitalizace neopakovala, uvedla: *„Pacient by měl získat co nejvíce informací o své nemoci, o nutnosti dodržování léčby a tím zabránit nebo předcházet opakovaným hospitalizacím a projevům nemoci“*. Výrazně odlišný názor měla sestra označována jako SL2: *„Výrazný význam v edukaci nevidím, pacient dodržuje pravidla během hospitalizace, ale v přirozeném prostředí pacient opět porušuje doporučený léčebný režim a vrací se nám zpět.“*

**Kategorii č 2** jsme nazvali **Časové rozvržení edukace**. V této kategorii nás zajímalo více faktorů, ptali jsme se sester, kdy začínají s edukací na psychiatrickém oddělení, zda v ní pokračují i během hospitalizace a také jestli na ni mají čas.

Prvotně jsme se zaměřili na to, zda sestry mají čas na edukaci pacientů s duševním onemocněním vzhledem k jejich pracovní vyčerpání. Žádná ze sester neuvedla, že by čas vysloveně neměla. Některé ze sester uvedly, že čas na edukaci pacientů s duševním onemocněním mají. K tomuto tvrzení dokládáme některé odpovědi: *„Na edukaci pacienta mám dostatek času při příjmu na oddělení i během hospitalizace a při propuštění domů.“* (SL1). *„Čas na edukaci mám, ale vždy záleží na duševním onemocnění a psychickém stavu pacienta.“* (SL2). Další sestry odpověděly, že se jejich čas na edukaci pacientů s duševním onemocněním odvíjí od stavu oddělení a odpověděly takto: *„Časové rezervy se odvíjí od počtu pacientů hospitalizovaných na oddělení, skladbě pacientů a náročnosti ošetrovatelské péče u hospitalizovaných pacientů.“* (SL4). *„Tak tohle je hodně individuální, záleží to na počtu pacientů na oddělení, na náročnosti ošetrovatelské péče, personálním zajištění a tak. No každá sestra by si na to měla najít čas, ale každá asi edukaci přikládá jinou váhu.“* (SL6). Jedna z dotazovaných sester odpověděla, že času na edukaci má málo, uvádíme její odpověď: *„Času není nikdy tolik, kolik by pacient potřeboval, aby plně pochopil význam edukace, ale vždy se na našem oddělení snažíme právě opakovanou edukací docílit co nejlepšího výsledku.“* (SL5).

Pro lepší přehled jsme vytvořili následující schéma.

**Schéma 1 – Čas na edukaci pacienta s duševním onemocněním**



Ze schématu je zřejmé, že sestry čas na edukaci pacientů mají, ale také velice záleží na stavu oddělení. Žádná ze sester neuvedla, že by čas neměla.

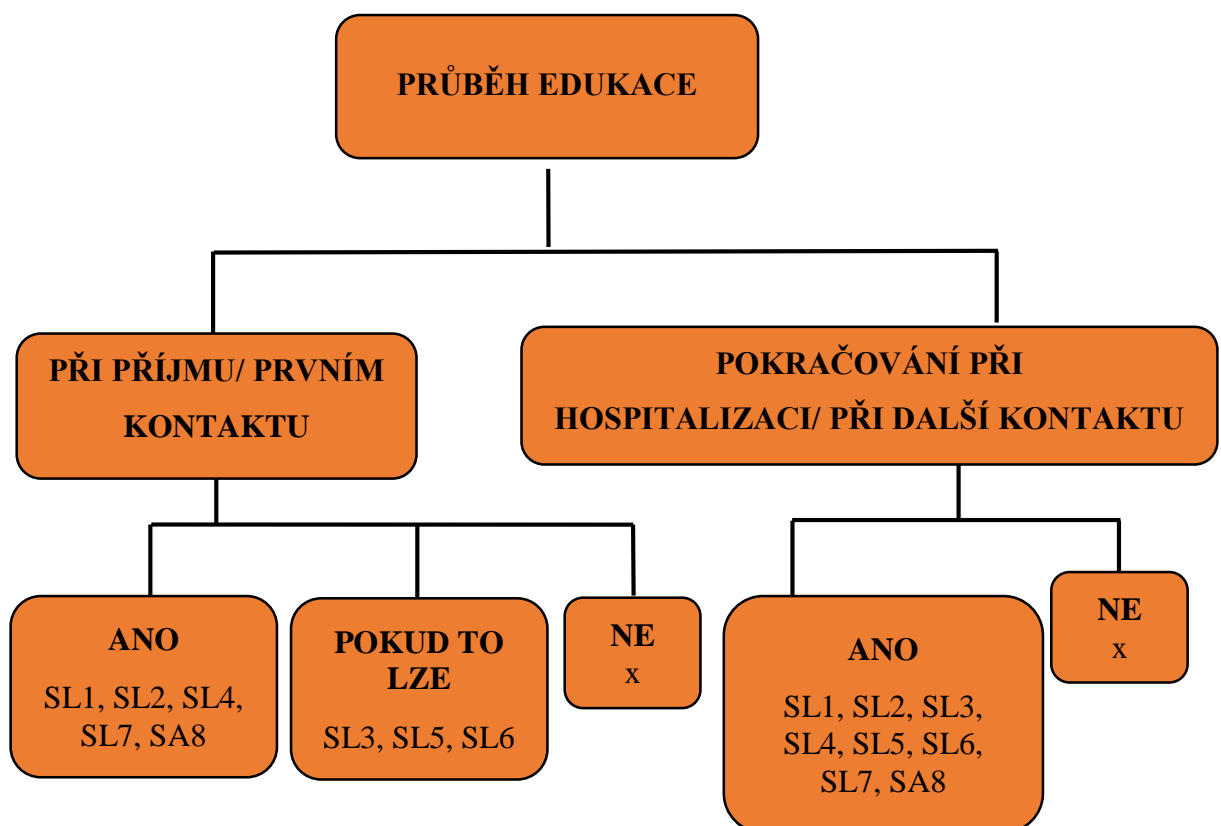
Dále jsme se sester dotazovali, kdy začínají s edukací pacienta na psychiatrickém oddělení a zda pokračují i v průběhu hospitalizace. Všechny sestry se shodly, že s edukací pacienta začínají hned při příjmu, např.: „Začínáme hned při příjmu, při prvním setkání ho edukujeme o režimu oddělení, způsobu léčby, takže tedy hlavně při tom vstupu, ale i v průběhu léčby a při propuštění.“ (SL7). Některé sestry uvedly, že záleží na stavu pacienta, př.: „Tak edukace, když je to možný, začne vlastně probíhat hned při příjmu, pacientovi vysvětlujeme režim oddělení, někteří jsou ve styku s psychiatrií poprvé a tak jsou z toho všeho dost vyděšení.“ (SL6). Sestra z ambulantního zařízení navíc uvedla, že s edukací začíná většinou při prvním styku s pacientem: „Někdy již při prvním styku s pacientem, který se stydí, že je na psychiatrickém vyšetření. Je vystrašený a bojí se stigmatizace. Při edukaci je vždy důležitý dialog s pacientem, ne monolog sestry a dále ohled na momentální stav pacienta“ (SA8).

Následně jsme se dotazovali, zda sestry pokračují s edukací i v průběhu hospitalizace, načež byly všechny odpovědi téměř stejné. Některé ze sester na tuto otázku odpověděly už v předchozí části a všechny se shodly, že pacienty edukují i v průběhu hospitalizace.

K tomuto tvrzení dokládáme několik příkladů: „V průběhu hospitalizace edkukujeme pacienta o jeho onemocnění, o dodržování léčebného režimu, o zdravém životním stylu v rámci přípravy na určité vyšetření ale také o možnostech relaxace, což považuji na psychiatrickém oddělení za velice důležité.“ (SL4). „V průběhu hospitalizace pokračuji v edukaci téměř při každé komunikaci s pacientem, je třeba jim někdy některé informace opakovat a učit je tak některým správným návykům.“ (SL1). „Ano, pokud je to edukace, která se dá provádět i v průběhu hospitalizace nebo pokud lze docílit lepšího výsledku, než na počátku. V průběhu hospitalizace se postoje a názory i spolupráce pacienta mění.“ (SL5).

Následující schéma zpřehledňuje průběh edukace, který je rozdělen na edukaci při příjmu a na následnou edukaci při hospitalizaci.

**Schéma 2 – Průběh edukace u pacienta s duševním onemocněním**



Z tohoto schématu vychází, že všechny sestry začínají s edukací pacienta při příjmu a pokračují v ní v průběhu hospitalizace, ovšem závisí na stavu oddělení či pacienta.

**Kategorii č. 3** jsme nazvali **Překážky v edukaci**. V této kategorii nás zajímalo, jestli sestry vidí nějaké překážky zabraňující dosažení účinné edukace pacienta s duševním onemocněním.

Některé ze sester vidí překážky na straně pacienta, dle jejich názoru překážku tvoří dané duševní onemocnění pacienta. K tomuto tvrzení dokládáme několik odpovědí: „*Překážky vidím v aktuálním stavu pacienta, obtížné je edukovat pacienta při velkém neklidu, u opilých nebo pod vlivem drog. Velké obtíže je také vést edukaci u dementních pacientů.*“ (SL1). „*Největší překážkou je samotný typ duševního onemocnění, a zda pacient stojí vůbec o to být edukován.*“ (SL2). „*Je důležité, aby pacienti měli zájem, aby byli přístupní. Některým pacientům nedovolují jejich onemocnění přijmout jakékoliv informace, jiní zas nechtějí spolupracovat. Největší překážka je dle mého u alkoholově závislých, že nejsou ke svému onemocnění kritičtí, prostě mají pocit, že tohle se jich netýká a oni to zvládnout, to jsou přesně ti, co se nám vracejí*“ (SL3). „*Tak překážek by se našlo hodně, jde o to, jestli jdou překonat, nebo jestli se musí edukace prostě odložit. První, čím se zabýváme, je stav pacienta, jestli je pacient této edukace vůbec schopný, pak bych mohla nadále jmenovat překážky ze strany pacienta, jako je zájem pacienta o edukaci, postavení k jeho nemoci a tak.*“ (SL6). „*Ano těchto překážek je mnoho, třeba nespolupráce pacienta, neschopnost pacienta edukaci porozumět, neklid či agresivita pacienta, nebo také nedůvěra v lékařský a ošetrovatelský personál.*“ (SL4).

Odlíšné odpovědi byly u dvou sester, u sestry z lůžkového oddělení a u sestry z ambulantního zařízení, které se shodly a jako první překážku uvedly nedostatek času: „*Málo času, negativní přístup pacienta k edukaci, neochota spolupráce, dále jsou to překážky v celkovém stavu pacienta, jako třeba poruchy vědomí, smyslové poruchy, mentální status pacienta nebo nepochopení významu edukace pacientem.*“ (SL5). „*Někdy je nedostatek času, také záleží na počtu pacientů v psychiatrické ambulanci. Dále nás ruší telefony, klepání na dveře a podobné faktory.*“ (SA8).

Sestra pod označením SL7 vidí překážky v kompetenci sester při podávání informací o užívání medikace. Na naši otázku odpověděla takto: „*Vidím překážky a bariéry v kompetenci sester, že sestry nemají tak širokou kompetenci, co se týká té medikace, potom musíme odkazovat na lékaře. Ne každý lékař je ale schopný kvalitní edukace.*“ (SL7).

V **kategorii č. 4** jsme se zajímali o to, se kterými diagnostickými skupinami se sestry při edukaci nejčastěji setkávají. Tuto kategorii jsme nazvali **Přehled nejčastějších diagnóz při edukaci pacienta s duševním onemocněním.**

Sester jsme se ptali, se kterými diagnózami se nejčastěji edukačním procesem setkávají, jejich odpovědi nebyly vždy jednoznačné. Většina sester uvedla větší počet diagnóz, u některých sester byli na prvním místě pacienti alkoholově či drogově závislí. Pro pravdivost uvádím odpovědi těchto sester: *„Tak já osobně se nejčastěji setkávám s pacienty závislých na alkoholu a jiných psychoaktivních látkách, s afektivní poruchou, schizofrenií, poruchami spánku, s pokusy o suicidium, s pacienty trpící demencí, poruchami paměti, depresemi a úzkostnými poruchami.“* (SL3). *„Nejčastěji to jsou pacienti, kteří mají problém s alkoholem, s užíváním drog, sebevražedné myšlenky, tendence a pokusy, pacienti s depresemi a demencí různých typů, schizofrenici.“* (SL5). *„Tak edukujeme každého, ale největší význam přiřkládám edukaci u alkoholově závislých, pak se také setkáváme s pacienty závislými na psychoaktivních látkách, poruchami příjmu potravy u schizofreniků a bipolárních poruch.“* (SL6). *„Tak v rámci akutních lůžek asi nejvíce se závislostmi, schizofrenií a s depresivní poruchou. U těch závislostí je ta edukace asi nejjednodušší ale i nejpotřebnější, ty lidi mají náhled, chtějí se léčit. U schizofreniků se musí čekat, než přejdou to nejhorší a získají náhled. U těch depresivních je tam velký negativismus do budoucna, tam je to asi nejtěžší, co se týče budoucnosti, hlavně nejhůř je jim ráno, nejlíp je jim večer a to už na to noční sestry nemají čas ani prostor.“* (SL7).

Jedna ze sester uvedla jednu diagnózu, nejčastěji se při edukaci setkává s pacienty alkoholově závislými a na naši otázku odpověděla takto: *„Tak hlavně se setkáváme s alkoholiky, to bych už asi nazvala jako metlu lidstva, bohužel je jich čím dál tím více, tak u nich o škodlivosti nadužívání alkoholu, hlavně o dopadu dlouhodobého užívání, většina z nich má totiž pocit že vlastně žádný problém nemají.“* (SL4).

Zbývající tři odpovědi byly mírně odlišné od těch předchozích, pořadím a složením diagnóz, u dvou z těchto odpovědí je na prvním místě diagnóza deprese. *„Tak jsme akutní lůžka, takže se tu setkáváme s pacienty různých diagnóz, nejčastěji to je, ale podle mě deprese, schizofrenie, alkoholismus, pacienti drogově závislí nebo pacienti po pokusu o sebevraždu.“* (SL1).

„Nejčastěji s pacienty, kteří trpí schizofrenií, demencí, depresí, ale i s pacienty kteří trpí závislostí na alkoholu nebo jiných omamných či psychotropních látkách.“ (SL2). „Bývají to pacienti s depresemi, ale také s úzkostnými poruchami, s poruchami nálady, schizofreniky a s pacienty s demencí.“ (SA8).

Pro lepší orientaci v této kategorii byla vytvořena tabulka, ve které je znatelné, se kterou diagnostickou skupinou se sestry setkávají nejčastěji.

**Tabulka 2 - Přehled nejčastějších diagnóz při edukaci pacienta s duševním onemocněním**

<b>Přehled nejčastějších diagnóz při edukaci pacienta s duševním onemocněním</b>		
Diagnóza	Sestry	Procentuální četnost -z celkového počtu dotazovaných sester
Depresivní poruchy	SL1,SL2, SL3, SL5, SL7, SA8	<b>75%</b>
Schizofrenní poruchy	SL1,SL2, SL3, SL5, SL6, SL7, SA8	<b>87,5%</b>
Závislosti-alkohol, drogy	SL1,SL2,SL3,SL4,SL5 SL6, SL7	<b>87,5%</b>
Demence	SL2, SL3, SL5, SA8	<b>50%</b>
Poruchy spánku	SL3	12,5%
Poruchy paměti	SL3	12,5%
Úzkostné poruchy	SL3, SA8	25%
Poruchy příjmu potravy	SL6	12,5%
Bipolární afektivní poruchy	SL3, SL6	25%
Sebevražedné pokusy	SL1, SL3,SL5	37,5%

V této tabulce je viditelné, že nejčastěji sestry edukují pacienty nemocné schizofrenní poruchou a závislostí na alkoholu a drogách, dále depresivní poruchou a demencí.



## **Kategorii č. 5** jsme nazvali **Obsah edukace u pacientů s duševním onemocněním.**

Tázali jsme se sester, o čem nejčastěji edukují pacienty duševním onemocněním. Odpovědi sester byly velice rozmanité a témat, o kterých edukují s pacienty s duševním onemocněním uváděly více. Velice často se v jejich odpovědi objevovala témata jako užívání medikace, režimové opatření oddělení, pohybový režim, nutnost abstinence a další.

Sestry na naši otázku odpovídaly takto: *„O nutnosti užívání léků, o hygieně, jídle, dodržování diety, o režimových opatřeních na oddělení, o nutnosti abstinence u alkoholiků a drogově závislých. Také je důležité jim zdůraznit důležitost pravidelnost návštěv u lékaře po propuštění a užívání léků po propuštění.“* (SL1). *„Především edukuji o nutnosti užívání léků a režimovém opatření, na oddělení u závislých je to hlavně edukace o omezení a škodlivosti užívání alkoholu a jiných omamných látek.“* (SL2). *„Tak asi nejčastěji o léčebném režimu, o tom edukujeme každého pacienta schopného edukace hned při příjmu, o důležitosti užívání medikamentů. U našich pacientů je asi hodně důležitá edukace o zdravém životním stylu, o tom jak předcházet komplikacím při užívání psychofarmak, o jejich doporučeném dávkování a komplikacích, které následují úmyslné neužívání, což se také stává velice často.“* (SL4). *„Škodlivé užívání alkoholu a drog, negativní dopad na život a zdraví pacienta, edukace důležitosti uspokojování biopsychosociálních potřeb, další postupy léčby, vhodný pohybový režim, aktivizace pacienta a režimová opatření našeho oddělení.“* (SL5). *„Tak asi nejčastější téma je dodržování léčebného režimu, hlavně u alkoholiků a drogově závislých. Tyto pacienty edukuji o nutnosti abstinence, o možnostech pomoci po propuštění. Třeba u schizofreniků a depresivních je velice důležitá edukace o dodržování hygienických a stravovacích návyků, jelikož někdy pacienti ztrácejí potřebu se o tohle starat.“* (SL6).

Další ze sester přikládala důležitost hlavně edukaci na téma užívání medikace: *„No u těch závislostí asi nejčastěji edukujeme o nutnosti té medikace o nutnosti dodržování medikace, protože ze zkušenosti vím, že pacienti po propuštění do domácí péče zanedbávají tu medikaci, nebo jí úplně přestanou brát a je tady velická recidiva těch závislostí. Nejvíc chtějí ti pacienti edukovat o té medikaci a my klademe důraz na tu pravidelnost užívání.“* (SL7). Doptali jsme se této sestry, jestli se stává, že by docházelo k opakovaným hospitalizacím pacientů z důvodu neužívání medikace, odpověděla takto: *„Ano stává se, že se vrací.“* (SL7).

Další ze sester uvedla, jak je důležité edukovat i imobilní pacienty, jelikož se i s nimi setkávají na psychiatrickém oddělení. Odpověděla takto: *„Při příjmu edukujeme pacienta o režimových opatřeních oddělení, dále o nutnosti užívání naordinovaných léků. Edukace před vyšetřením, výkonech ale i u ležícího pacienta je nutné ho informovat, co se s ním bude dít a co s ním budeme dělat, musíme na něj mluvit. My se totiž, jelikož jsme akutní lůžka, setkáváme i s ležícími pacienty trpícími duševním onemocněním, u nich je péče snad pro mě nejtěžší.“* (SL3).

Obsah edukace u sestry na psychiatrické ambulanci se zaměřuje na oblast stigmatizace: *„Nejčastěji se u pacientů setkávám se studem přijít do psychiatrické ambulance a obavou že jim bude dána nálepka bláznů, já to nazývám jako strach ze stigmatizace. Také s pacienty řeším jejich rodinné problémy a těžké životní situace, které je vedly k první návštěvě psychiatrické ambulance, nebo je provází v průběhu léčby. Já jako zdravotní sestra můžu dát jen ty rady, které jsou v mé kompetenci.“* (SA8).

V další kategorii, v **kategorii č. 6, nazvané Důležitost edukace u pacientů dle typu diagnózy**, jsme se sester doslova ptali, u kterých pacientů, je dle jejich názoru edukace nejdůležitější. Tahle informace nás zajímala především proto, jestli sestry vidí důležitost edukace u všech pacientů, nebo jestli ze svého popudu upřednostňují některé diagnostické skupiny.

Pět sester, se shodlo, že edukace je dle jejich názoru důležitá u alkoholově závislých pacientů. Dokládáme proto odpovědi těchto pěti sester: *„Tak určitě zas u alkoholiků, drogově závislých, depresivních a schizofrenních.“* (SL1). *„Tak jak jsem teď řekla, asi nejdůležitější je u závislostí, jak alkoholových tak drogových, tam vidím totiž problém v tom, že i přes to, že si všechny potíže způsobili sami, neuvědomují si, že jsou nemocní. No ta samá pohádka je také u poruch příjmu potravy, tam je skoro důležitější práce sestry než lékaře, protože my sestry s těmito lidmi pracujeme téměř nepřetržitě a proto je náš vliv fakt důležitý.“* (SL4). *„Podle mě má největší význam edukace pacientů s alkoholovou a drogovou závislostí.“* (SL5). *„Tak důležitá je úplně u všech duševně nemocných, u některých edukujeme o jejich onemocnění, o tom co se s nimi děje, u některých závislých stále dokola opakujeme, že musí brát léky, že musí abstinovat, proč, někdy je i velice důležité jim připomenout, proč se dostali na psychiatrické oddělení a v jakém stavu, aby si uvědomili, kde je chyba.“* (SL6).

*„U orientovaných závislých, u poruch chování a schizofrenií se musí počkat, až získají náhled. Takže určitě u těch, kteří jsou orientovaní a mají náhled.“ (SL7).*

Jedna ze sester si myslí, že je velice důležité edukovat pacienty, kteří jsou nebezpeční sami sobě či svému okolí. Dokládáme odpověď této sestry: *„U pacientů, kteří jsou nebezpeční sobě, ale také svému okolí, u pacientů kteří se chtějí léčit a mají vůli s onemocněním bojovat a postavit se tomu.“ (SL2).*

Sestra pod označením SL3, která si myslí, že edukace je důležitá u všech pacientů a považuje za důležité si u pacientů především získat důvěru, odpověděla takto: *„Edukace je důležitá přece u všech pacientů, sestra by si hlavně měla získat jejich důvěru, aby byla vůbec schopná u daného pacienta edukaci provádět.“ (SL3).*

Sestra z ambulantního zařízení, která považuje edukace za důležitou u depresivních pacientů a pacientů, o které se nemá kdo postarat, odpověděla takto: *„Tak podle mě je nejdůležitější u lidí, kteří žijí sami, nikoho nemají, neví si rady a u lidí v depresích. Právě u depresivních pacientů dochází ke stavům, kdy vidí vše černě, mají neustále pocit, že jsou v koncích a najednou neumí řešit ani běžné věci.“ (SA8).*

**Kategorii č. 7** jsme nazvali **Zapojení rodiny do edukačního procesu**. V této kategorii jsme se zajímali o to, jestli sestry do edukace zapojují i členy rodiny. Rodinní příslušníci jsou na psychiatrii často zapojováni do edukačního a léčebného procesu daleko více než na jiných odděleních. Pacient někdy není schopen edukace ani při propuštění a poté hraje rodina velikou roli.

Šest sester bez váhání odpovědělo, že do edukace zapojují členy rodiny pacienta a některé z nich tomu přikládají veliký význam. K tomuto tvrzení přikládám odpovědi těchto sester: *„Ano, rodinu edukujeme při návštěvách u pacienta a při propuštění pacienta.“ (SL1).* *„Ano, do edukace zapojují členy rodiny, dokonce si myslím, že když plánujeme u pacienta edukaci, měly bychom u rodiny začít. Oni nám poté mohou více pomoci hned u začátku edukace, například když se snažíme u pacientů změnit některé hygienické návyky, musí nám s tím pomoci hlavně rodina. Upřednostňujeme rodinu, ale když má dotyčný kamarády, přátele, kterým věří více jak rodině, edukujeme i je.“ (SL2).* *„Členové rodiny se velice často ptají sami, pro spoustu z nich je psychiatrie něco nového a neví, jak to chodí a pro nás je důležitá spolupráce s nimi.“ (SL3).*

*„Tak určitě je potřeba zapojit všechny členy rodiny, popřípadě zainteresované známé, v případě potřeby i sociální zařízení, nebo sociální pracovnice toho zařízení, kam je nemocný propuštěn.“ (SL4). „No někdy edukujeme dokonce i jako první rodinu, když pacienta přivezou ve stavu neschopném edukace a rodina ho přijde poprvé navštívit, vysvětlujeme jim, co se stalo, co pro pacienta bude teď důležité, co by mu mohlo pomoci a jak s ním mají jednat. Jsou u nás často hospitalizováni pacienti, kteří jsou soudně zbaveni svéprávnosti a tam je rodina na prvním místě, a je pro nás důležité, aby to pochopili, ale nesmíme pacienta obcházet i přes jeho nesvéprávnost.“ (SL6). „Ano, zvláště u pacientů, kteří nejsou schopni edukaci porozumět a odnést si tak z návštěvy ambulance důležité informace.“ (SA8).*

Jedna ze sester uvedla, že rodinu do edukačního procesu zapojuje jen někdy, sestra odpověděla takto: *„Ano, někdy, podle daného tématu edukace, například další postup léčby, abstinence od alkoholu a drog, zajištění bezpečného prostředí a vhodný přístup u sebevrahů, jak například jednat s pacienty s neklidem, agresivitou či demencí.“ (SL5).*

Jedna ze sester řeší otázku kompetence sester v podávání informací a rodinu obrací spíše na lékaře, její odpověď zněla takto: *„Ano zapojujeme, ale ty většinou odkážeme na lékaře, protože není v naší kompetenci podávat informace, ale můžeme poskytovat informace pomocí nějakých brožur, letáčků. U některých témat to není ani v naší kompetenci, je to hlavně v kompetenci lékařů, nebo také sociální pracovnice, která na psychiatrickém oddělení hraje také velkou roli.“ (SL7).*

#### **Kategorii č. 8 jsme nazvali *Zařazení edukačních materiálů do edukačního procesu.***

Sester jsme se tázali, jestli mají k dispozici edukační materiály. Chtěli jsme se doptat, zda je využívají, ale sestry nám na to většinou odpověděly samy. Zajímalo nás, jaké materiály mají k dispozici a jestli by měly zájem o nové.

První ze sester odpověděla na naši otázku takto: *„Ano, máme letáčky, máme brožury a využíváme je.“ (SL1).* Dále jsme se dotazovali, jestli jim tyto materiály stačí, nebo jestli by uvítaly nové, které jim mohou pomoci při samotné edukaci, její odpověď zněla takto: *„Tak upřímně, letáček dáme pacientovi, on si ho buď přečte nebo ne, asi by nám pomohlo něco, co by některé pacienty zaujalo při samotné edukaci.“ (SL1).*

Další ze sester se obracela na standardní ošetrovatelský postup, odpověděla takto: „*V naší nemocnici je edukace zakomponována v SOP neboli ve standardním ošetrovatelském postupu, kterým se řídí všechny NLZP, dále máme k dispozici různé brožury na dané téma edukace. Další edukační materiál získáváme také účastí na různých seminářích v rámci celoživotního vzdělávání.*“ (SL5). Na její odpověď jsme navázali a zeptali se jí, jestli by stála o rozšíření jejích znalostí v oblasti edukace, reagovala takto: „*Tak já v nejbližší době plánuji návazné studium v Brně rámci oboru psychiatrie, tak možná po vystudování mi dojde, že to co mi do teď stačilo, je málo, ale určitě těchto materiálů není nikdy dost.*“ (SL5).

Další sestra odpověděla podobně jako ostatní sestry, přiznala, že edukační materiály k dispozici mají, hlavně v podobě brožur a letáčků, ale přijdou jí tyto materiály neefektivní: „*Mezi edukační materiály patří různé brožury a letáčky, které sice máme, ale mně přijde, že je to akorát plýtvání, pacientovi to sice dáte, ale často to ani nečte.*“ (SL2). Položili jsme jí proto doplňující otázku, zda by využila i jiné materiály, odpověděla: „*Ano, určitě něco, co mi pomůže v průběhu samotné edukace, co pacienta zaujme, na letáčky se nám každý vyprdne.*“ (SL2).

Odpověď sestry označované SL3 je podobná všem ostatním, odpovídala takto: „*Ano máme, využíváme jej, kdo chce, určitě se pro něj vhodný najde.*“. Ptali jsme se dále, jaké materiály mají k dispozici: „*Letáčky, brožury, už jsem využila i osobní materiály ze studia v Brně.*“ (SL3). Na poslední otázku, jestli jim tyto materiály stačí, odpověděla takto: „*Tak teď mám pocit, že jo, ale kdyby se našlo něco, co by nám pomohlo v průběhu celé edukace, byla bych ráda.*“ (SL3).

Další ze sester uvedla, že mají k dispozici letáčky brožury, ale že mají možnost vyhledat některé informace na internetu, odpověď této sestry zněla takto: „*No máme letáčky, brožury, ale také máme možnost mnoho informací najít na internetu a pacientovi stáhnout, myslím, že by v tomhle případě měla každá sestra zapojit svoji fantazii.*“ (SL4). Na otázku, jestli by využila i jiné materiály, odpověděla: „*No tak asi podle toho co by to bylo, ale myslím si, jich tolika ani není a jestli jo, nemám ani pocit, že bychom o nich věděly, nebo měly možnost se dozvědět.*“ (SL4).

Jedna ze sester má pocit, že těchto materiálů je málo a nemají ani k dispozici nové. Ve své odpovědi uvedla: *„Asi tak jako každé oddělení máme k dispozici letáčky, brožury a tak, ale je to málo, přijde mi, že lékaři edukaci podceňují a tak se nám ani nedostávají nové či lepší materiály.“* (SL6). Doptali jsme se této sestry, jestli by uvítala i jiné materiály: *„No určitě, myslím, že by se nám mělo dostat i více přednášek či sezení zaměřených přímo na edukaci či komunikaci s těmito pacienty, hlavně materiály, které by nám pomohly v průběhu celé edukace, ne jen jim dát letáček a tím edukaci ukončit.“* (SL6).

Sestra z ambulantního zařízení má sice materiály k dispozici, ale spíše je nevyužívá: *„Ano mám nějaké k dispozici, ale spíše využívám je jen minimálně.“* (SA8).

Poslední odpověď je od sestry označované SL7, uvedla pouze, že je k dispozici mají, více se nechtěla vyjadřovat, na naši otázku odpověděla: *„Myslím si, že jich máme dost v příjmové ambulanci.“* (SL7).

**Kategorii č. 9** jsme nazvali **Komunikační bariéry dle typu diagnózy**. Sester jsme se ptali, s jakými pacienty dle typu diagnózy se jim nejhůře komunikuje, či které diagnózy u nich tvoří komunikační bariéry. Komunikaci jsme se v krátkosti věnovali i v teoretické části naší bakalářské práce. Na psychiatrickém oddělení je důležité umět s pacienty komunikovat, aby mohly sestry provádět účinnou edukaci.

Tři z dotazovaných sester uvedli, že se jim nejhůře komunikuje s pacienty trpícími demencí, dvě z těchto sester, přidaly ještě další diagnózy. Odpověděli takto: *„U mě jsou to pacienti trpící demencí, protože komunikace s nimi je velice náročná a leckdy i ztrácí smysl, protože vám někdy pacient odpovídá nesmyslně a vy se mu snažíte pomoci, ale nechápete, co by si přál.“* (SL2). *„Tak jak už jsem zmiňovala, pro mě je to asi demence, Alzheimerova choroba, pacienti s poruchami paměti. Komunikace je obtížná, pacienti odpovídají nevhodně a často nesmyslně. Také s agresivním pacientem je komunikace obtížná a s pacienty pod vlivem psychoaktivních látek.“* (SL3). *„Špatně se mi komunikuje s pacienty s demencí, s pacienty s mentální retardací, i přes moji praxi v ÚSP, a s pacienty se smyslovým deficitem.“* (SL4).

Dvě sestry ve svých odpovědích prvotně zmínily pacienty závislé na alkoholu či drogách, ale sestra SL5 doplnila ve své odpovědi i diagnózu demence, odpověděli takto: *„S alkoholiky, po požití u drogově závislých, dementními a mentálně postiženými, protože právě s nimi je komunikace obtížná, někdy i zcela nemožná. Bohužel se s některými pacienty setkáváme opakovaně, tak i psychicky náročná.“* (SL1). *„Právě s pacienty závislými na alkoholu a drogách, ať jsou ještě pod vlivem návykové látky, nebo se u nich již projevují abstinenční příznaky, neklid či agresivita, a u starých pacientů s pokročilým stádiem demence.“* (SL5).

Další ze sester se nejhůře komunikuje s pacienty, jejichž intelekt je narušený či snížený: *„Tak komunikace je velice obtížná u pacientů se sníženým intelektem, bohužel tak i dochází u některých pacientů důsledkem užívání psychiatrických léků a u těchto pacientů je těžké jim něco vysvětlit, proto je pak důležité je edukovat během hospitalizace několikrát a kontrolovat je, jestli dodržují všechna pravidla a režimy pravidelně.“* (SL6).

U této sestry tvoří komunikační bariéru skupina pacientů trpící depresemi, odpověděla nám takto: *„Tak mně se nejhůře komunikuje s pacienty trpícími depresí, protože je tam velký negativismus a velká bezradnost z jejich strany. Ti lidé mají trvalý smutek, jsou nešťastní, nevidí svoji budoucnost, ztratili radost ze všeho a ta komunikace je s nimi velice těžká. Oni nejsou schopni komunikovat, leckdy je donutit vůbec k nějakému aktivnímu myšlení je velice těžké pro mě. Je to strašně vyčerpávající.“* (SL7). Sestry jsme se doptali, jestli má pocit, že jí na tyto situace připravilo její vzdělání, odpověděla nám takto: *„Ano, ale ráda bych měla k dispozici více školení, já se zúčastňuji těchto školení a sezení na vlastní náklady. Mám prostě pocit, že specializaci by si měla udělat každá sestra, ať je to na jakémkoliv oddělení, protože mně toto vzdělání dalo mnoho a mně to dalo velký náhled do této problematiky.“*

Sestra z ambulantního zařízení vidí komunikační bariéru u pacientů s poruchami osobnosti, její odpověď zněla takto: *„Tak mně se nejhůře komunikuje asi s pacienty, kteří trpí poruchami osobnosti, ku příkladu hysterionické, paranoidní a disociální. Pacienti těchto diagnóz bývají nejvíce problémoví, často lžou a překrucují skutečnosti. U těchto diagnóz je nutné dávat pozor na to, co řeknete, jak se tváříte, například když se usmějete, mají pocit, že se jim vysmíváte. Naopak pokud máte vážnou tvář, mají pocit, že se na ně hněvate a že udělali něco špatně. Jak já s oblibou říkám, sestra na psychiatrii musí zářit a hřát.“* (SA8).

**Kategorie č. 10** je nazvána **Znalost psychoedukace**. V této kategorii nás zajímalo, zda sestry znají pojem psychoedukace a jestli ano, jaký vidí rozdíl mezi psychoedukací a edukací. Kamarádová et al. (2016, s. 135) vysvětluje psychoedukaci takto: *„Psychoedukace neboli proces vedoucí k porozumění projevům duševní nemoci a s ní souvisejících okolností, je důležitým prvkem léčby.“* Tomáš, Marková et al. (2014) udávají, že pochopení onemocnění, jeho projevů, způsobů léčby a možných rizik je zásadní pro další spolupráci pacienta a prognózu onemocnění.

Některé ze sester chápou podstatu psychoedukace správně, odpovídaly takto: *„Podle mého názoru edukace pacienta spočívá v poučení pacienta o nějakém výkonu, režimu, dalším postupu léčby a tak. Psychoedukaci vidím v poučení pacienta a jeho rodiny o jeho psychickém onemocnění a náhledu na chorobu a zajistit tak lepší pochopení edukace.“* (SL5). *„Pod pojmem psychoedukace si asi vybavím citlivější způsob edukace, nebo jako postup, jak správně pracovat s našimi pacienty, ale neseťkávám se s tím.“* (SL6). *„Tak psychoedukace je asi edukace zaměřená na naše pacienty a jejich rodinu.“* (SA8).

Další sestry se obracejí na otázku kompetence sester v oblasti psychoedukace: *„Psychoedukace je zaměřená na to, aby pacient s psychickou chorobou a jeho rodina pochopili principy vzniku, projevy a zvládání tohoto onemocnění, ale podle mě je to v kompetenci psychologa a psychiatra, sestry jen nenásilně poradí.“* (SL4). *„Psychoedukace je seznámení pacienta a rodiny s onemocněním, tu já nevyužívám, to by měl dělat lékař.“* (SL2). *„Tak edukace je podávání informací všeobecně, psychoedukace je asi podávání informací pacientovi i rodině o daném onemocnění, způsobu léčby, režimových opatřeních a psychoterapeutický přístup k nemocnému. V praxi nevyužívám, spíš je to v kompetenci lékaře.“* (SL3).

Další ze sester pojem psychoeduakce nezná: *„Tenhle pojem jsem nikdy neslyšela, možná to všechny děláme, ale nevíme o tom.“* (SL1). Sestra pod označením SL7 vidí rozdíl mezi edukací a psychoedukací takto: *„Edukace se týká hlavně pacienta a psychoedukce pacienta a jeho nejbližších. Já jako sestra edukuji zejména pacienta, jeho rodinu pak lékař.“* (SL7).



**Kategorii č. 11** jsme nazvali **Sebereflexe edukační činnosti sester**. Tuto závěrečnou kategorii jsme rozdělili do dvou podkategorií. Ptali jsme se sester, jak hodnotí svou úroveň edukace a jaké zlepšení pocítují v edukaci pacienta s duševním onemocněním za období své praxe.

### **Podkategorie 1: Sebereflexe sestrou na edukační činnost**

Většina sester neuměla v otevřené odpovědi hodnotit svou úroveň edukace, odpovídaly, že neví, že asi dobrý. Naši otázku jsme proto mírně pozměnili a ptali se sester, jak hodnotí svou úroveň edukace známkami jedna až pět jako ve škole.

Jedna ze sester se ohodnotila jedničkou: *„Tak já jsem v oboru už docela dlouho, tak bych se asi dovolila ohodnotit jedničkou, pracovala jsem i v ústavu po postižené a tam edukujete taky hodně, tak si myslím, že zkušeností mám hodně.“* (SL4). Dalších pět sester by se ohodnotilo známkou dva: *„No tak asi bych si dala dvojku, na výbornou to není, ale učila jsem se dost edukovat na škole, takže asi tak.“* (SL2) *„Já bych se ohodnotila dvojkou, bylo by asi co zlepšovat, ale není toho moc.“* (SL3) *„Je asi furt co zlepšovat, ale já se snažím se edukaci hodně věnovat, tak bych si dala asi dvojku.“* (SL5). *„Asi bych si dala dvojku, je pořád co zlepšovat.“* (SL7) *„Ani nevím, myslím, že bychom se měli oznámkovat s lékařkou jako tým, protože v ambulanci záleží na nás na obou, ale tak asi dvojku, zas tak dobrý, abych si dala jedničku, to asi není, protože jak jsem říkala, záleží hodně na okolnostech.“* (SA8). A dvě sestry se oznámkovaly známkou tři: *„No tak, asi bych si dala trojku, myslím, že moje úroveň je asi průměrná.“* (SL1). *„No, tak já mam asi furt co dohánět, jsem poměrně mládě a na psychiatrii krátce, takže si myslím, že lepší než za tři to není.“* (SL6).

### **Podkategorie 2: Vliv délky praxe na edukaci vedenou sestrou**

Dále jsme se sester ptali, jaké zlepšení pocítují v edukaci pacienta s duševním onemocněním za dobu své praxe. Mezi sestrami jsou rozdíly ve věku a délce praxe na psychiatrii, proto jsou jejich odpovědi velice rozmanité.

Čtyři ze sester vnímají zlepšení především u sebe, odpověděly takto: *„Tak u sebe vidím malé zlepšení, ale že bych viděla celkově jinej přístup k edukaci, to asi ne.“* (SL2).

*„Zlepšení vidím u sebe, nebojím se tolika komunikace s těmito lidmi jako dříve, ale v podmínkách změny nevidím, spíš naopak, času na edukaci je méně a přibývá nesmyslného papírování.“ (SL3). „No neustále se zlepšujeme, my sestry i věda, vše jde dopředu, ale bohužel už není tolik času jako dříve.“ (SL4). „Jak už jsem říkala, na psychiatrii jsem krátce, takže zlepšení třeba v časové dostupnosti nebo v těch materiálech nevidím. U sebe zlepšení vidím každým dnem, protože se stále učím, jak to na psychiatrii chodí.“ (SL6).*

*Dvě ze sester nevidí žádné změny ani zlepšení: „No zlepšení asi ne, asi je to furt stejný.“ (SL7). „Asi zlepšení nevidím, vždy jsem se snažila edukovat na úrovni, zlepšení vidím asi jen u sebe, že se stále učíme novým věcem a předáváme to dál.“ (SL5). Další ze sester vidí změny jen ve změně názvosloví, dříve to edukací nenazývaly, ale vždy ji prováděly: „Tak zlepšení, já bych to nenazvala ani zlepšením, jako spíše tak, že edukovaly jsme vždy, ale jen se to nenazývalo edukací, jako že jsme je prostě učily tomu, aby zvládli žít samostatně a produktivně.“ (SL1). Sestra z ambulantního zařízení vidí změny v přístupu pacientů a udává to jako jedinou změnu: „Ted’ ani nevím, asi jen v tom, že pacienti vyžadují edukaci více, nebojí už se tak psychiatrie jako dříve, začínají to brát víc že je to normální jít na psychiatrii, jinak asi ne.“ (SA8).*

## 5. Diskuze

V této části bakalářské práce na téma „*Role sestry v edukaci pacienta s duševním onemocněním*“ si shrneme všechny výsledky vyhodnocené na základě výzkumného šetření uskutečněného v lůžkové i ambulantní části psychiatrického oddělení. Tyto získané výsledky se pokusíme dát do souvislostí s teoretickými poznatky naší práce.

Naše výzkumné šetření bylo realizováno v lůžkové i ambulantní části psychiatrického oddělení jedné z nemocnic Plzeňského kraje. Před zahájením výzkumného šetření jsme požádali o souhlas s výzkumným šetřením hlavní sestru, primáře psychiatrického oddělení a sestry, se kterými byly prováděny rozhovory. Výzkumný vzorek byl vybrán záměrně a tvořilo jej 7 sester pracujících na lůžkovém oddělení a 1 sestra pracující v ambulantní části téhož zařízení. Tento počet sester dostačoval k naplnění výzkumného vzorku. Věkové rozmezí u dotazovaných sester bylo 29-60 let a délka praxe na psychiatrickém oddělení tvořila rozmezí 3-36 let. Dvě sestry vystudovaly v průběhu své praxe atestaci z psychiatrie a psychoterapie v Brně, jedna ze sester pracuje na pozici zdravotnického asistenta a zbylých pět sester má středoškolské vzdělání a pracuje na pozici registrované sestry. K lepší přehlednosti těchto údajů byla vypracována Tabulka 1, z níž je patrné, že sestry, které dosáhly vyššího vzdělání, pracují v oboru kratší dobu než registrované sestry. Jedna ze sester na vzdělání sester v psychiatrii poukázala v jedné ze svých odpovědí: „*Mám prostě pocit, že specializaci by si měla udělat každá sestra, ať je to na jakémkoliv oddělení, protože mně toto vzdělání dalo mnoho a mně to dalo velký náhled do této problematiky.*“ (SL7).

Hlavním záměrem empirického šetření naší bakalářské práce bylo zaměřit se na roli sestry v edukaci pacienta s duševním onemocněním, především na problematiku s ní související. V první řadě jsme si stanovily cíle, na jejichž základě bylo vytvořeno pět výzkumných otázek. Intelektuální cíle jsme si stanovili dva. Prvním intelektuálním cílem bylo *zmapovat lékařské diagnózy pacientů s duševním onemocněním, které vytvářejí u sester překážky v komunikaci*. K tomuto cíli byla vytvořena výzkumná otázka znějící: *Jaké lékařské diagnózy u pacientů s psychiatrickým onemocněním vytváří u sester komunikační bariéry?*

Druhým intelektuálním cílem bylo *zjistit, jaké překážky činí sestřám při edukaci pacienta s duševním onemocněním největší obtíže a jaké sestry využívají naučné materiály.*

K tomuto cíli se vztahovaly dvě výzkumné otázky: *Jaké překážky vnímají sestry v edukaci pacienta s duševním onemocněním? A jaké naučné materiály využívají sestry v edukaci pacienta s duševním onemocněním?* Dalším (praktickým) cílem bylo: *Získané znalosti mohou sloužit jako námět pro vytvoření pomocného materiálu, který může zlepšit edukaci a komunikaci sestry u pacienta s duševním onemocněním.* K tomuto cíli se vztahovala výzkumná otázka: *Jak sestry hodnotí svou úroveň edukace u pacienta s duševním onemocněním?* Poslední (osobní) cíl zněl takto: *Vypracováním tohoto tématu získám podnětné informace a zkušenosti pracujících sester v oboru psychiatrie pro svou praxi.* K tomuto cíli se vztahovala tato výzkumná otázka: *Jaké zlepšení pociťují sestry za období své praxe v edukaci pacienta s duševním onemocněním?*

V následující části naší bakalářské práce předložíme získaná data vážící se k výzkumným otázkám a propojíme je s poznatky získanými v teoretické části. Naším prvním cílem a s ním propojenou výzkumnou otázkou bylo zmapovat, jaké lékařské diagnózy pacientů s duševním onemocněním vytvářejí u sester komunikační bariéry.

Na oblast komunikace jsme se zaměřili především proto, že ji považujeme za důležitý prostředek edukačního procesu. V oblasti psychiatrie musí sestra zvládat komunikaci s pacienty s duševním onemocněním bez potíží, aby mohla pacienta účinně edukovat. Jak uvádí Venglářová, Mahrová (2006, s. 7): *„Komunikovat s člověkem, který je v nelehké situaci, má trápení, bolest, je nervózní či nazlobený, není jednoduché. Stejně tak náročné je domluvit se, získat a předat nejen informace, ale i povzbuzení a naději. Prvním krokem k úspěšné komunikaci je naše odhodlání. Je možné ji rozvíjet kdykoliv v životě“.* Vzhledem k různorodosti psychiatrických diagnóz pacientů hospitalizovaných na psychiatrickém oddělení jsme chtěli zmapovat, které diagnostické skupiny tvoří u sester komunikační bariéry v procesu komunikace.

V odpovědích sester na tuto otázku se vyskytovala často více než jedna diagnóza, avšak nejvíce sestry uváděly diagnózu demence. Tuto diagnózu ve své odpovědi uvedlo pět sester pod označením SL1, SL2, SL3, SL4 a SL5. Diagnóza demence se také umístila na třetím místě v našem přehledu nejčastějších diagnóz při edukaci pacienta s duševním onemocněním (Tabulka č. 3).

Další sestry uváděly, že komunikační bariéry u nich tvoří pacienti se sníženým intelektem či mentální retardací. To uvedly ve svých odpovědích sestry SL6 a SL4.

Dále byla jmenována diagnóza deprese sestrou SL7, poruchy osobnosti sestrou SA8 a u sester označovaných jako SL1 a SL5 zazněla také diagnóza závislosti na alkoholu či drogách. Souhlasíme s názorem Nešpora (2012), který uvádí, že Česká republika patří k zemím s nejvyšší spotřebou alkoholu na světě - velká část duševně nemocných má s alkoholem problém. Závislost na alkoholu či jiných návykových látkách s sebou nese komplikace v průběhu duševního onemocnění, což ukázalo i naše výzkumné šetření, jelikož se tato diagnóza objevila v našem přehledu nejčastějších diagnóz při edukaci pacienta s duševním onemocněním (Tabulka č. 3) a dokonce se i umístila na prvním místě.

Po zmapování diagnóz, které činí sestřám překážky při komunikaci s pacientem s duševním onemocněním, můžeme konstatovat, že největší potíže jim tvoří komunikace s pacienty trpícími demencí. Jelikož je s těmito pacienty obtížné komunikovat, je někdy téměř nemožné je kvalitně edukovat. Souhlasíme proto s Morovicsovou (2006), která uvádí, že v oblasti edukace u pacientů s duševním onemocněním je velice důležité podávat informace nejen pacientovi, ale také jeho rodině, a vést je společně všemi úskalími diagnostikované psychické poruchy. Proto jsme se také v rámci výzkumného šetření zajímali, zda sestry zapojují do edukačního procesu i členy rodiny edukovaného jedince. Šest sester pod označením SL1, SL2, SL3, SL4, SL6 a SA8 bez váhání odpovědělo, že rodinu či zainteresované známé do edukačního procesu zapojují. Sestra SL7 řeší otázku kompetence sester v zapojení rodiny do edukačního procesu, během rozhovoru opakovaně poukazovala na kompetenci sester v edukačním procesu a obracela tuto povinnost na lékaře. Odpověď této sestry zněla takto: *„Ano, zapojujeme, ale ty většinou odkážeme na lékaře, protože není v naší kompetenci podávat informace, ale můžeme poskytovat informace pomocí nějakých brožur, letáčků. U některých témat to není ani v naší kompetenci, je to hlavně v kompetenci lékařů nebo také sociální pracovníce, která na psychiatrickém oddělení hraje také velkou roli“*. Zapojení rodiny do edukačního procesu a pomoci jim pochopit onemocnění a chování pacienta a učit je s ním jednat je však něco jiného, než jim podávat podrobné informace o jeho zdravotním stavu.

Ve vyhlášce č. 55/2011 Sb. o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků se uvádí, že všeobecná sestra zajišťující základní a specializovanou ošetrovatelskou péči prostřednictvím ošetrovatelského procesu může pacienty nebo případně jiné osoby edukovat o ošetrovatelských postupech a připravovat pro ně informační materiály.

Další výzkumnou otázkou bylo zjistit, jaké překážky vnímají sestry v edukaci pacienta s duševním onemocněním. Jak uvádí Svěráková (2012), je dokázáno, že pokud jsou pacient sám nebo členové jeho rodiny, kteří se podílejí na ošetrovatelské péči, informování o jeho zdravotním stavu a jsou obeznámeni s léčebným režimem na určité úrovni, je mnohem vyšší pravděpodobnost, že bude léčebný režim efektivní. Proto nás zajímalo, co je potřeba změnit, aby byl edukační proces více efektivní.

Na psychiatrické oddělení přicházejí pacienti, kteří kvůli svému psychickému stavu nejsou dočasně ale i dlouhodobě schopni edukace. Souhlasíme s tvrzením Petra, Markové et al. (2014) že existuje celá řada faktorů ovlivňujících spolupráci pacienta, jako například nedostatečný náhled na nemoc, přesvědčení o nepřítomnosti nemoci a celkový pohled na onemocnění. Nezanedbatelnou roli hrají také příznaky samotného typu onemocnění, což ukázalo i naše výzkumné šetření. V této oblasti vidí překážky několik sester. Sestry pod označením SL1, SL2, SL3 a SL6 ve svých odpovědích právě uvedly, že překážku u nich tvoří aktuální stav pacienta, typ duševního onemocnění, nespolupráce pacienta a nekritičnost pacienta k jeho onemocnění.

Sestra pod označením SL4 ve své odpovědi jako překážku v edukačním procesu uvedla neklid či agresivitu pacienta. Otázkou však je, zda je smyslné a možné takové pacienty edukovat, a zda se to dá považovat jako překážka k dosažení účinné edukace. Jak uvádí Petr, Marková et al. (2014), nejvhodnější čas k zahájení psychoedukace je krátce po odeznění ataky psychotického onemocnění. Proto je odpověď této sestry velice diskutabilní a je otázkou, zda neměla sestra na mysli jen předávání základních informací o chodu oddělení a podobně.

Další ze sester (SL7) se i v této oblasti obracela na kompetenci sester. Sestra udává, že v oblasti braní léků by měl pacienta edukovat lékař, ale že ne každý lékař umí kvalitně edukovat.

Ovšem Petr (2013) uvádí, že sestra by měla pacienta umět informovat o předepsaných léčích, o způsobu jejich užívání a o možných nežádoucích účincích, měla by také pacientovi vysvětlit důležitost braní léků, poučit ho o důsledcích při vysazení dané léčby a zároveň ho motivovat ke změně. Tudíž je otázkou, co může sestra pacientovi v rámci svých kompetencí říci a co ne. Dle našeho názoru, když se pacient o svém zdravotním stavu a medikaci prvotně dozví od lékaře a sestry ho následně edukují, nejedná se o nesprávný postup.

Sestry označované SL5 a SA8 ve svých odpovědích jako překážku k dosažení účinné edukace uvedly nedostatek času. Oblasti časového prostoru pro edukaci jsme se také věnovali ve výzkumném šetření. Žádná ze sester neuvedla, že by čas neměla, jen se jejich odpovědi lišily. Čtyři sestry uvedly, že čas mají, ale že také záleží na stavu oddělení, další tři sestry uvedly, že časové rezervy se hlavně odvíjí od stavu oddělení. Sestra (SL5) uvedla, že času má málo. Souhlasíme s názorem Morovicové (2006), že bezpečné a klidné prostředí vyvolává v pacientovi pocity jistoty - cítí, že pomoc a podpora jsou mu nablízku, a ztrácí pocit strachu a začne se zapojovat do léčebného procesu. Ovšem abychom mohli vytvořit klidné prostředí, potřebujeme na edukaci dostatek času. Můžeme konstatovat, že polovina dotazovaných sester čas má, ale s ohledem na stav oddělení, u druhé poloviny se čas odvíjí hlavně od stavu oddělení, nebo ho mají málo. Dle našeho názoru je ze všech překážek zabraňujících dosažení účinné edukace zrovna časová nedostupnost tou největší.

Úkolem další výzkumné otázky bylo zjistit, jaké naučné materiály využívají sestry v edukaci pacienta s duševním onemocněním. Všechny sestry odpověděly, že mají k dispozici brožury a letáčky, avšak sestře označované SL2 se zdají tyto materiály neefektivní a dle sestry SL6 je materiálů málo. Něktěm ze sester byla kladena otázka, zda by využily i jiné edukační materiály. Čtyři z nich odpověděly, že by využily materiály, které jim pomohou v průběhu celé edukace. Sestra z ambulantního zařízení (SA8) materiály k dispozici má, ale nevyužívá je. Jedna ze sester (SL5) se obracela na standardní ošetrovatelský postup neboli SOP, ovšem diskutabilní je, zda jej můžeme považovat za edukační materiál. Sestra označovaná jako SL4, uvedla, že mají možnost mnoho informací najít na internetu. Na internetu se nachází velká spousta informací, ovšem nemáme jistotu, že jsou tyto informace validní, a otázkou je, jestli je sestra kompetentní to posoudit.

V teoretické části naší bakalářské práce jsme se v krátkosti věnovali pokrokové metodě v oblasti výuky a vzdělávání v psychiatrii - projektu „Cesta“. Jak uvádí Petr (2013), jde o metodický postup určený pro sestry v psychiatrii ukazující jim způsob vedení psychiatrických pacientů a napomáhající k získání pacienta, lepší spolupráci a k efektivnímu provádění psychoedukace. Očekávali jsme, že sestry pracující na psychiatrickém oddělení, kde bylo výzkumné šetření prováděno, budou alespoň vědět, že takový materiál je v České republice k dispozici. Tomuto projektu jsme se chtěli ve výzkumné části věnovat, bohužel jsme zjistili, že sestry o takovém projektu nemají tušení. V průběhu rozhovoru jsme tedy pozměnili naše otázky a zvolili jsme jinou cestu. Tázali jsme se sester, jestli znají pojem psychoedukace, a jestli ano, jaký vidí rozdíl mezi psychoedukací a edukací.

Kamarádová et al. (2016, s. 135) vysvětluje psychoedukaci takto: „*Psychoedukace neboli proces vedoucí k porozumění projevům duševní nemoci a s ní souvisejících okolností je důležitým prvkem léčby.*“. Cílem psychoedukace dle Wilsona et al. (2017) je zvýšit schopnost řídit si svůj život u dlouhodobě nemocných pacientů trpících duševním onemocněním. Ve své podstatě dotazované sestry psychoedukaci provádí každý den, důkazem jsou jejich odpovědi v kategorii č. 5, kde jsme se zajímali o obsah edukace u pacientů s duševním onemocněním. Sestry v této kategorii opakovaně uváděly, že edukují o nutnosti užívání medikace a doporučeném dávkování, o režimových opatřeních a podobně. Ovšem odpovědi dotazovaných sester nás nemile překvapily. Šest sester pojem psychoedukace chápe správně, sestry pod označením SA8 a SL5 vysvětlily podstatu psychoedukace správně, více se k tomu však nevyjadřovaly. Sestra označovaná SL6 také zná podstatu tohoto pojmu, ale má pocit, že se s tím nesetkává. Sestry pod označením SL2, SL3 a SL4 se opět obrací na kompetenci lékaře či psychologa, přitom zrovna sestry SL2 a SL4 ve výzkumném šetření uvedly, že edukují pacienty na téma jako je užívání medikamentů, doporučené dávkování těchto léků či komplikace, které mohou následovat při jejich neúmyslném neužívání. Z našeho pohledu tyto sestry sice chápou základní podstatu psychoedukace, provádí ji, ale nejsou s tímto pojmem seznámeny natolik, aby mohly tvrdit, že jej provádí každodenně. Další ze sester (SL1) přiznává, že tento pojem nezná, ale je si vědoma, že je možné, že psychoedukaci provádí, aniž by o tom věděla. Poslední ze sester (SL7) nezná ani podstatu tohoto pojmu a chápe jej špatně.



Závěrem této výzkumné otázky lze říci, že sestry mají k dispozici pouze letáčky a brožury, které jsou dle našeho názoru v psychiatrické péči nedostačující a neefektivní edukační materiály. Jelikož většina sester projevila zájem o nové materiály, které by jim pomohly v průběhu celé edukace, je tedy otázkou, proč těchto materiálů nemají více. Co se týče psychoedukace, po výzkumném šetření lze říci, že sestry psychoedukaci provádí, ale neví o tom. Myslíme si, že neznalost psychoedukace jako takové může mít za následek neznalost projektu „Cesta“, který je dle našeho názoru projektem, jež by neměl chybět na žádném psychiatrickém oddělení, a každá psychiatrická sestra by měla mít tento projekt k dispozici.

Úkolem další výzkumné otázky bylo zjistit, jak sestry hodnotí svou úroveň edukace pacientů s duševním onemocněním. V průběhu rozhovoru jsme museli pozměnit znění naší otázky, jelikož sestry neuměly otevřeně hodnotit svou úroveň edukace. Dotazované sestry jsme poprosili, aby se v rámci sebereflexe na edukační činnost oznámkovali známkami jedna až pět jako ve škole. Pouze jedna sestra (SL4) se ohodnotila jedničkou, pět sester označované SL2, SL3, SL5, SL7 a SA8 by se ohodnotily dvojkou, zbylé sestry (SL1 a SL6) by se v rámci sebereflexe ohodnotily známkou tři. Většina sester přiznává, že je stále co zlepšovat.

Edukaci pacientů s duševním onemocněním není dle našeho názoru přikládán takový důraz, jaký by si zasloužila. V psychiatrii je důležité, aby sestra měla motivaci pacienta edukovat, a aby věřila v účinek, který se u těchto pacientů většinou nedostavuje hned. Jak uvádí Šulistová, Trešlová (2012, s. 88): *„Motivace je hnacím motorem do té doby, dokud vidíme a cítíme, že naše úsilí, nadšení a přesvědčení má smysl. Motivace žene k dosažení námi očekávaného, vytouženého cíle. Důvodem této touhy může být potřeba se seberealizovat.“*

Zajímalo nás tedy, jaký smysl vidí v edukaci pacienta s duševním onemocněním námi oslovené sestry, tedy zda jsou patřičně motivované. Většina sester smysl v edukaci pacienta s duševním onemocněním vidí, například v oblasti osvojení si určitých dovedností, užívání medikace či v předcházení opakovaným hospitalizacím. Tyto sestry se nám zdály dostatečně motivované, odpovídaly pohotově a s přesvědčením. Překvapivá byla odpověď sestry označované jako SL2. Tato sestra nevidí výrazný smysl v edukaci pacientů s duševním onemocněním.

Závěrem této výzkumné otázky bychom mohli říci, že sebereflexe sester na edukační činnost je průměrná, a většina z nich si uvědomuje, že je stále co zlepšovat. Sestry na tomto oddělení mají poměrně velkou motivaci k této činnosti, proto je smutné, že takto motivované sestry nemají dostatek edukačního materiálu a vyhrazený čas na edukaci pacientů s duševním onemocněním.

Naše poslední výzkumná otázka se zabývala tím, jaké zlepšení pocítují sestry za období své praxe v edukaci pacienta s duševním onemocněním. Otázka, která byla sestřám položena, byla záměrně otevřená - nezaměřili jsme se na zlepšení jich samotných, psychiatrické či ošetrovatelské péče, ale nechali jsme sestry, aby odpověděly, co je napadne. Pět sester označovaných SL2, SL3, SL4, SL5 a SL6 vidí zlepšení především u sebe, ale dvě z těchto sester (SL3 a SL4) zmiňují, že na edukaci už nemají tolik času jako dříve. Jedna ze sester (SL1) poukazuje na změnu názvosloví, edukaci podle ní prováděli vždy, jen to nebylo nazýváno edukací.

Jak uvádí Rajmová (2006), první ústav pro duševně nemocné byl vystaven roku 1790 a další velké dosud fungující ústavy jako Dobřany či Bohnice byly vystaveny v roce 1880 a 1909. Proto lze konstatovat, že psychiatrická ošetrovatelská i lékařská péče jsou stále mladý vyvíjející se obor. Vzhledem k těmto poznatkům a k faktu, že psychiatrie je stále stigmatizována a pro spoustu lidí je označování „blázinec“ zcela normální, nás zajímalo, jestli na tuto oblast některá ze sester poukáže. K oblasti stigmatizace se v rámci této výzkumné otázky přiblížila pouze jedna sestra, nejstarší z námi dotazovaných sester, a odpověděla takto: *„Ted' ani nevím, asi jen v tom, že pacienti vyžadují edukaci více, nebojí už se tak psychiatrie jako dříve, začínají to brát víc, že je to normální jít na psychiatrii, jinak asi ne.“* I přes odpověď této sestry, že je stigmatizace psychiatrie na ústupu, souhlasíme s názorem Soltise-Jarretta (2008), že ať ošetrovatelství v psychiatrii, psychiatrické onemocnění či pojetí duševního zdraví byly a jsou i nyní ve stínu a na okraji společnosti. Což se ukázalo v další odpovědi této sestry, když jsme se jí tázali, jaká je nejčastější náplň edukace. Její odpověď zněla takto: *„Nejčastěji se u pacientů setkávám se studem přijít do psychiatrické ambulance a obavou, že jim bude dána nálepka blázna. Já to nazývám jako strach ze stigmatizace. Také s pacienty řeším jejich rodinné problémy a těžké životní situace, které je vedly k první návštěvě psychiatrické ambulance nebo je provází v průběhu léčby. Já jako zdravotní sestra můžu dát jen ty rady, které jsou v mé kompetenci.“*

Zajímavé je, že ve svých odpovědích zmínila stigmatizaci pouze sestra pracující v ambulantním zařízení. Otázkou tedy zůstává, zda je obava ze stigmatizace pouze při prvním kontaktu s psychiatrií, nebo jestli tomu ostatní sestry nevěnují takovou pozornost.

U sester pracujících na psychiatrickém oddělení se tedy vyskytují překážky, které lze považovat za takové, které by mohly zabraňovat dosažení účinné edukace pacienta s duševním onemocněním. Jak uvádí Neubauerová (2007), sestra pracující na psychiatrii je vystavována neustále velikému stresu, jejím úkolem je jak zajistit ošetrovatelskou péči pacientovi, tak mu také správně porozumět, umět ho vyslechnout, správně podpořit v těžkých životních situacích a motivovat ho k patřičné spolupráci.

Jelikož je práce na psychiatrickém oddělení náročná převážně po psychické stránce, zajímala nás právě problematika ze stran sester v edukaci pacienta s duševním onemocněním. V našem výzkumném šetření bylo objeveno několik překážek v edukačním procesu pacienta s duševním onemocněním. Z pohledu je patrné, že mezi tyto překážky lze zařadit nedostatek času, jelikož sestry nemají žádný vyhrazený čas čistě na edukaci, nedostatek kvalitních a efektivních edukačních materiálů a lze také uvést nedostatečné celoživotní vzdělávání sester, které by bylo zaměřené jen na psychiatrickou oblast. Nechceme tím říci, že námi dotazované sestry jsou nevzdělané, ale jelikož několik z nich uvedlo jako překážku v edukaci samotný typ duševního onemocnění či stav pacienta, bylo by na místě se u těchto sester právě věnovat této problematice. Snažit se, aby se sestry stále učily novým komunikačním či edukačním dovednostem u pacientů s duševním onemocněním. Naše výsledky nelze aplikovat na všechny sestry pracující na psychiatrickém oddělení.

## 6. Závěr

Edukace hraje v psychiatrické péči velkou roli a může být velkým pomocníkem v léčbě těchto pacientů. Z tvrzení respondentek vyplývá, že jí není věnována taková pozornost, jaká by byla na místě.

V teoretické části naší bakalářské práce jsme se snažili shrnout všechny důležité informace o roli sestry v edukaci pacienta s duševním onemocněním. Snažili jsme se vystihnout charakteristiku psychiatrie jako lékařského oboru, ošetrovatelskou péči u pacientů s duševním onemocněním, komunikaci v ošetrovatelství a s pacienty s duševním onemocněním a shrnout důležité poznatky o edukační činnosti v ošetrovatelské péči u pacientů s duševním onemocněním.

Empirická část byla zaměřena na odkrývání jevů v oblasti edukace u pacientů s duševním onemocněním prováděné sestrou s ohledem na pacientovu diagnózu a na problematiku s tím související. V závislosti na hlavním cíli naší práce byly stanoveny další tři dílčí cíle – intelektuální, pracovní a osobní. Prvním intelektuálním cílem bylo zmapovat lékařské diagnózy pacientů s duševním onemocněním, které vytváří u sester překážky v komunikaci. Druhým intelektuálním cílem bylo zjistit, jaké překážky činí sestrám při edukaci pacienta s duševním onemocněním největší obtíže a jaké sestry využívají naučné materiály. Praktický cílem bylo získané znalosti využít jako námět pro vytvoření pomocného materiálu, který může zlepšit edukaci a komunikaci sestry u pacienta s duševním onemocněním. Osobní cíl byl stanoven proto, že se autorka ve svém pracovním životě setkává s edukací u pacientů s duševním onemocněním, a vypracováním tohoto tématu získá podnětné informace a zkušenosti pro svou praxi.

Záměrem naší práce bylo zaměřit se na roli sestry v edukačním procesu u pacientů s duševním onemocněním, zmapovat problematiku s ní související a obohatit tak autorčino profesní zaměření. Z výsledků empirického šetření je patrné, že sestry nemají vhodné prostředky, znalosti a prostředí pro realizaci efektivní edukace u pacientů s tímto onemocněním. Řešením pro naše zkoumané pracoviště by bylo vyhrazení času na edukační činnost sestry, poskytnutí sestrám více efektivních materiálů a kvalitního vzdělání v oboru.

Tato bakalářská práce by mohla vést ke zkvalitnění edukačního procesu na psychiatrických odděleních. Sestry by měly usilovat o přístup k více edukačním materiálům, o větší časový prostor a o možnost kvalitnějšího a odbornějšího vzdělání.

Touto prací se otevírá prostor pro výzkumnou činnost většího rozsahu, která by mohla vést k zefektivnění edukace na psychiatrickém oddělení. Vzhledem k malému počtu probandů nelze vztahovat naše výzkumné šetření na celou populaci sester pracujících na psychiatrickém oddělení.

Věříme, že získané poznatky v rámci této bakalářské práce využije autorka ve své budoucím pracovním i osobním životě.

## 7. Seznam použité literatury

- BALVÍN, J., 2011. *Andragogika jako teorie výchovy a vzdělávání dospělých*. Praha: Hnutí R. 95s. ISBN 978-80-86798-16-5
- BENEŠ, Milan., 2008. *Andragogika*. Praha: Grada. 135 s. ISBN 978-80-247-2580-2.
- ČEŠKOVÁ, E., 2006. In: SVOBODA, M., (ed.), ČEŠKOVÁ, E., KUČEROVÁ, H., *Psychopatologie a psychiatrie: pro psychology a speciální pedagogy*. Praha, Česká republika: Portál. 320 s. ISBN 80-7367-154-9.
- DAVID, I., 2010. *Počátky péče o duševně nemocné v ČR*. *Sestra* vydání 20, [online]. Praha: Mladá fronta a.s. [cit. 2016-11-28]. Dostupné z: <http://zdravi.euro.cz/clanek/sestra/pocatky-pece-o-dusevne-nemocne-v-cr-449688>
- FRIČOVÁ, S., 2010. *Význam a možnosti využití edukace v psychiatrickém ošetřovatelství*. *Sestra*.roč. 20(3), 34-36. ISSN 1210-0404.
- HARTL, P., HARTLOVÁ H. 2009. *Psychologický slovník*. 2. vydání. Praha: Portál. 776 s. ISBN 978-80-7367-569-1.
- HOSÁKOVÁ, J., 2007. *Ošetřovatelská péče v psychiatrii*. Opava: Slezská univerzita v Opavě, Filozoficko-přírodovědecká fakulta, Ústav ošetřovatelství. 158 s. ISBN 978-80-7248-442-3.
- HUANG, C., SOUSA, V.D., TSAI, C., HWANG, M., 2016. Social support and adaptation of Taiwanese adults with mental illness (Article). *BMC Psychiatry*. 16(1), 412. doi: 10.1111/j.1365-2702.2008.02310.x.
- JURÍČKOVÁ, L., IVANOVÁ, K., FILKA, J., 2013. *Opatrovnictví osob s duševní poruchou*. Praha: Grada. 160 s. ISBN 978-80-247-4786-6.
- KAMARÁDOVÁ, D., LÁTALOVÁ, K., PRAŠKO, J., 2016. *Panická porucha*. Praha: Grada. 320 s. ISBN 978-80-247-5218-1.
- KELNAROVÁ, J., MATĚJKOVÁ E., 2009. *Psychologie a komunikace: Pro zdravotnické asistenty - 4. ročník*. Praha: Grada. 136 s. ISBN 978-80-247-2831-5.

- KLENKOVÁ, J., 2006. *Logopedie: narušení komunikační schopnosti, logopedická prevence, logopedická intervence v ČR, příklady z praxe*. Praha: Grada. 224 s. ISBN 8024711109.
- KUBEROVÁ, H., 2010. *Didaktika ošetrovatelství*. Praha: Portál. 248 s. ISBN 978-80-7367-684-1.
- MAGUROVÁ, D., MAJERNÍKOVÁ, L., 2009. *Edukácia a edukačný proces v ošetrovatel'stve*. 1. vydání. Martin: Osveta. 155 s. ISBN 978-80-8063-326-4.
- MALÁ, K., NAVRÁTILOVÁ, H., 2006. Edukace při onemocněních psychózou. *Psychiatrie pro praxi*. 2006, 7(3), 137-139. ISSN: 1213-0508
- MARKOVÁ, E., VENGLÁŘOVÁ, M., BABIAKOVÁ, M., 2006. *Psychiatrická ošetrovatelská péče*. 1. vydání. Praha: Grada. 352 s. ISBN 80-247-1151-6.
- MATOUŠEK, O., KRÍŠŤAN, A., (ed.). 2013. *Encyklopedie sociální práce*. Praha: Portál. 570 s. ISBN 978-80-262-0366-7.
- MOROVICSOVÁ, E. 2006. Prežívanie strachu u chorých a možnosti jeho eliminácie. *Revue ošetrovatel'stva, sociálne práce a laboratórných metodík*. 12(4), 179-182. ISSN 1335-5090.
- NEUBAUEROVÁ, K., 2007. Práce sestry na psychiatrickém oddělení [online]. Praha: Mladá fronta a.s. [cit. 2016-10-25]. Dostupné z: <http://zdravi.euro.cz/clanek/prace-sestry-na-psychiatrickem-oddeleni-324831>
- NEŠPOR, K., 2012. Škodlivé užívání alkoholu a závislost na něm u duševně nemocných: krátká intervence a další možnosti. *Psychiatrie pro praxi*. 13(1), 7-9. ISSN 1803-5272.
- NÝVLTOVÁ, V., 2008. *Psychopatologie pro speciální pedagogy*. Praha: Univerzita Jana Amose Komenského. 228 s. ISBN 978-80-86723-48-8.
- OREL, M. et al., 2012. *Psychopatologie*. Praha: Grada. 264 s. ISBN 978-80-247-3737-9.
- PAVLOVSKÝ, P., et al., 2012. *Soudní psychiatrie a psychologie*. 4. vydání. Praha: Grada. 232 s. ISBN 978-80-247-4332-5.

- PETR, T. 2013. Projekt CESTA. *Psychiatrická sekce České asociace sester* [online]. Bohnice: Psychiatrická sekce ČAS [cit. 2016-11-8]. Dostupné z: <http://www.psychiatrickasekcecas.estranky.cz/clanky/projekt-cesta.html>
- PETR, T., MARKOVÁ E., et al. 2014. *Ošetrovatelství v psychiatrii*. Praha: Grada. 296 s. ISBN 978-80-247-4236-6.
- PLEVOVÁ, I., et al., 2011. *Ošetrovatelství I*. Praha: Grada. 288 s. ISBN 978-80-247-3557-3.
- RABOCH, J., PAVLKOVSÝ, P., et al., 2012. *Psychiatrie*. Praha: Univerzita Karlova v Praze. 446 s. ISBN 978-80-246-1985-9.
- RAJMOVÁ, E., PETR, T., 2006. Vývoj vzdělávání ošetrovatelského personálu v psychiatrii. In: MARKOVÁ, E., VENGLÁŘOVÁ, M., BABIAKOVÁ, M., *Psychiatrická ošetrovatelská péče*. Praha: Grada. s. 25 - 32. ISBN 8024711516.
- RAPČÍKOVÁ, T., 2006. Etické aspekty přístupu sestry k psychiatrickým pacientom. *Revue ošetrovatelstva, sociálne práce a laboratórných metodík*. 2006, 12(3), 148-149. ISSN 1335-5090.
- SKÁLOVÁ, J., 2007. *Obecná didaktika*. 2. vydání. Praha: Grada Publishing, a.s. 2007. 328 s. ISBN 978-80-247-1821-7
- SLEZÁKOVÁ, L., et al., 2007. *Ošetrovatelství pro zdravotnické asistenty III - gynekologie a porodnictví, onkologie, psychiatrie*. Praha: Grada. 228 s. ISBN 978-80-247-2270-2.
- SLOWÍK, J., 2010. *Komunikace s lidmi s postižením*. Praha: Portál. 160s. ISBN: 978-80-7367-691-9.
- SOLTIS-JARRETT, V., 2008. Patient- Centered Homes and Integrated Behavioral Health Care: Reclaiming the Role of “Consultant“ for Psychiatric-Mental Health Nurse Practitioner (Article). *Journal of Clinical nursing*. 17(13), 1795-1802, doi: 10.3109/01612840.2016.1178686.
- SVĚŘÁKOVÁ, M., 2012. *Edukační činnost sestry: úvod do problematiky*. Praha: Galén. 63 s. ISBN 978-80-7262-845-2.



ŠULISTOVÁ, R., TREŠLOVÁ M., 2012. *Pedagogika a edukační činnost v ošetrovatelské péči pro sestry a porodní asistentky*. 1. vydání. České Budějovice: Jihočeská univerzita. 191 s. ISBN 978-80-7394-246-5.

VENGLÁŘOVÁ, M., 2007. *Problematické situace v péči o seniory: příručka pro zdravotnické a sociální pracovníky*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2170-5.

VENGLÁŘOVÁ, M., MAHROVÁ, G., 2006. *Komunikace pro zdravotní sestry*. Praha: Grada. 144 s. ISBN 80-247-1262-8.

VERHAEGHE, M., BRACKE, P., CHRISTIAENS W. (2008). Part-timehospitalisation and stigmaexperiences: a study in contemporarypsychiatric hospitals. *BMC HealthServicesResearch*, 8, 125. doi:10.1186/1472-6963-8-125.

Vyhláška č. 55/2011 Sb. Vyhláška o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků. 2011. In: Sběrka zákonů České republiky, částka 20, s. 482-547. ISSN 1211-1244.

WILSON, L., CROWE, M., SCOTT, A., LACEY, C., 2016. Psychoeducation for Bipolar disorder: A discourse analysis (Article in press). *Issues in Mental Health Nursing*. 37(6), 387-391, doi: 10/1111/inm.12328.

WorldHealthOrganization., 2015. *Mental disorders*. [online] [6.3 2017] Dostupné z: [http://www.who.int/topics/mental\\_disorders/en/](http://www.who.int/topics/mental_disorders/en/)

ZACHAROVÁ, E., 2016. *Komunikace v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada. 128 s. ISBN 978-80-271-9239-7.

ZACHAROVÁ, E., HERMANOVÁ M., ŠRÁMKOVÁ J., 2007. *Zdravotnická psychologie: teorie a praktická cvičení*. Praha: Grada. 232 s. ISBN 978-80-247-2068-5.

ZARETSKY, A. et al. 2007. Psychoeducation and Bipolar Disorder. *The Canadian Journal of Psychiatry*. 52(1). 15. ISSN 0706-7437.

Zákon č. 96/2004 Sb. Zákon o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činnosti souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních), 2008. In: Sbírka zákonů České republiky, částka 109, s. 5206-47. ISSN 1211-1244.