



Zdravotně  
sociální fakulta  
Faculty of Health  
and Social Studies

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

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích  
Zdravotně sociální fakulta  
Katedra ošetřovatelství a porodní asistence

Bakalářská práce

Role sestry v psychoedukaci u klientů s  
psychotickým onemocněním se zaměřením  
na zdravý životní styl

Vypracovala: Markéta Vlčková

Vedoucí práce: Mgr. Hana Hajduchová, Ph.D.

České Budějovice 2015

## **Abstrakt**

### **Role sestry v psychoedukaci u klientů s psychotickým onemocněním se zaměřením na zdravý životní styl**

Cílem bakalářské práce bylo zjistit a popsat roli sestry v psychoedukaci u klientů s psychotickým onemocněním se zaměřením na zdravý životní styl.

V teoretické části jsme se zaměřili na samotné onemocnění, kde byla popsána schizofrenie, její léčba, vedlejší účinky užívaných léků a ošetrovatelská péče u klientů s psychotickým onemocněním. Ve druhé části jsme se zabývali obecnou edukací, následně pak psychoedukací klientů s psychotickým onemocněním. Třetí část je zacílena na zdravou výživu, potřebné složky potravin, celkově zdravý životní styl a důležitost pohybu a odpočinku. Na posledních stránkách teoretické části byl popsán a charakterizován Program pro dobré zdraví, kterého se týkala výzkumná část bakalářské práce.

Ve výzkumné části jsme k dosažení cíle použili následujících pět výzkumných otázek: Jaká je role sestry v psychoedukaci u klientů s psychotickým onemocněním se zaměřením na zdravý životní styl? Jaká jsou specifika edukace u klientů s psychotickým onemocněním v Programu pro dobré zdraví? Jakými zásadami edukace se řídí sestry v Programu pro dobré zdraví? Jaká je spolupráce klientů v Programu pro dobré zdraví z pohledu sester? Jaký má Program pro dobré zdraví přínos pro klienty z pohledu sester?

V bakalářské práci byla použita strategie kvalitativního výzkumu, metoda dotazování a technika polostrukturovaného rozhovoru. Výzkumný soubor tvořily dvě diplomované sestry, pracující v organizaci FOKUS České Budějovice, dvě všeobecné sestry se specializací v oboru Ošetrovatelská péče v psychiatrii, pracující na psychiatrickém oddělení v Nemocnici České Budějovice, a.s., a jedna všeobecná sestra, také se specializací v oboru Ošetrovatelská péče v psychiatrii. Ve výzkumné části analyzujeme odpovědi dotazovaných respondentů metodou barvení textu. Provedený výzkum popisuje průběh Programu pro dobré zdraví a jeho funkci. Zjistili jsme, jaká je role sestry, jaká jsou specifika edukace klientů s duševním onemocněním

a jaký má program přínos pro klienty. Z výzkumného šetření, týkajícího se role sestry v psychoedukaci, vyplynulo, že tato role spočívá v individuálním přístupu sester ke klientům, stále motivaci a schopnosti vytvořit u klientů důvěru. Z výzkumné otázky zaměřené na specifika edukace vyplývá, že edukace u těchto klientů musí být pomalejší, přehlednější a s dostatečným množstvím času pro klienta, a to kvůli sníženým kognitivním funkcím spojeným s onemocněním. Ze třetí výzkumné otázky, týkající zásad, kterými se sestry v Programu pro dobré zdraví řídí, vyplynulo, jak probíhají skupinová sezení a co sestry při těchto sezeních dodržují, jako například soukromí klientů, individualitu osobnosti a zjišťování zpětné vazby od klientů. Ze čtvrté výzkumné otázky, která se týká spolupráce klientů v programu, jednoznačně vyplývá, že s klienty, kteří jsou kompenzováni, se spolupracuje velmi dobře. Z poslední páté výzkumné otázky, která souvisí s přínosem programu pro klienty, vyplývá, že pro klienty je největším přínosem to, že se v programu setkají s lidmi, kteří mají stejné onemocnění a potíže a mohou si o tom popovídat. Navíc tímto získávají sociální kontakty, které se jim v běžném životě těžko navazují. Klienti se cítí lépe a dostanou velké množství informací týkajících se jejich nemoci. Důležitým zjištěním bylo, že i po skončení financování Programu pro dobré zdraví sestry stále využívají těchto vědomostí a sezení s klienty praktikují individuálně. Výsledky bakalářské práce podávají informace a ukazují, co je důležité pro klienty s duševním onemocněním.

**Klíčová slova:** Program pro dobré zdraví, psychoedukace, role sestry, schizofrenie, zdravý životní styl

## **Abstract**

### **The role of nurse in psychoeducation of clients with psychotic disorders with a focus on healthy lifestyle**

The aim of this bachelor thesis is to determine and describe the role of a nurse in psychoeducation of clients suffering from a psychotic disorder, with focus on a healthy lifestyle.

The theoretical part is focused on the disorder itself. The first section gives a description of the symptoms of schizophrenia, the cure, the side effects of used medicaments and nursing care of psychotic patients. The second section deals with general education, thereafter aiming psychoeducation of clients with a psychotic illness. The third section emphasizes the importance of a balanced diet, exercise and relaxation and a healthy lifestyle in general. The theoretical part also includes information on The Programme for Good Health, to which the research part relates.

The research part asks these investigative questions: What is the role of a nurse in psychoeducation of clients suffering from a psychotic disorder, with focus on a healthy lifestyle? What are the specifics of education of clients with a psychotic illness in The Programme for Good Health? What educational principles do the nurses involved in The Programme for Good Health follow? From the nurses' point of view, how do the clients involved in The Programme for Good Health cooperate? From the nurses' point of view, what are the benefits of The Programme for Good Health to the clients?

To carry out the research, the strategy of qualitative research, an interrogation method and a semi-structured interview technique were used. The research sample was formed by two graduate nurses working in the organization FOKUS in České Budějovice, two nurses specialized in care of psychiatric patients, working in the psychiatric ward in České Budějovice Hospital, and one nurse also specialized in care of psychiatric patients. The answers of the respondents were analysed by the method of text colouring. The research describes the process and the purpose of The Programme for Good Health. The research results indicate what the role

of a nurse is, what the specifics of education of clients with a psychotic illness are and what the benefits of The Programme for Good Health to the clients are. The research survey regarding the role of a nurse in psychoeducation shows that it consists an individual approach to clients, constant motivation and the ability to make the clients trust in nurse. The results regarding the specifics of education suggest that education of these clients must be slower, clearer and the clients must be provided by sufficient time, due to their reduced cognitive functions. The third research question concerning principles of The Programme for Good Health shows how the group sessions are organized and what principles the nurses follow, including for example the clients' privacy, individuality and feedback. The fourth research question about cooperation of the clients clearly indicates that compensated clients cooperate very well. The last research question concerning the programme's benefits for clients implies that the major advantage is meeting people with the same illness and problems and the opportunity to discuss them. In addition, the clients get social contacts which they otherwise do not easily establish. The clients feel better, moreover they receive a large amount of information about their disease. One of the important effect was that the nurses use knowledge gained during the programme and the method of individual sessions even after funding of the programme was ended. The results of this bachelor thesis provide information and demonstrate what is important for clients with a mental disease.

Keywords: The Programme for Good Health, psychoeducation, the role of a nurse, schizophrenia, healthy lifestyle

## **Prohlášení**

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených 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 – v úpravě vzniklé vypuštěním vyznačených částí archivovaných fakultou – 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 kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 4. 5. 2015

.....  
Markéta Vlčková

## **Poděkování**

Ráda bych touto cestou poděkovala vedoucí mé práce paní Mgr. Haně Hajduchové, Ph.D. za podporu, trpělivost a cenné rady při zpracovávání bakalářské práce. Současně děkuji všem respondentům, kteří se mnou ochotně spolupracovali při výzkumném šetření. Také velice děkuji rodičům a babičce za pomoc a obrovskou podporu během celého mého studia.

# Obsah

Seznam použitých zkratk	10
Úvod	11
1 Současný stav	13
1.1 Psychotická onemocnění = psychóza	13
1.1.1 Schizofrenie	14
1.1.2 Vedlejší účinky antipsychotik	17
1.1.3 Ošetrovatelská péče u klientů s psychotickým onemocněním	19
1.2 Edukace ve zdravotnictví	20
1.2.1 Vymezení základních pojmů edukace	21
1.2.2 Role sestry	23
1.2.3 Edukace u klientů s psychotickým onemocněním	24
1.2.4 Edukační cíle	25
1.2.5 Edukační metody	26
1.3 Zdravý životní styl	26
1.3.1 Významné složky funkčních potravin	28
1.3.2 Ostatní faktory zdravého životního stylu	32
1.4 Program pro dobré zdraví	34
2 Cíl práce a výzkumné otázky	37
2.1 Cíl práce	37
2.2 Výzkumné otázky	37
3 Metodika	38
3.1 Použitá metoda výzkumného šetření	38
3.2 Charakteristika výzkumného souboru	40



4	Výsledky výzkumu .....	43
4.1	Kategorizace zpracovaných výsledků .....	43
4.2	Kategorie „Edukace klientů s duševním onemocněním“ .....	44
4.3	Kategorie „ Role sestry v Programu pro dobré zdraví“ .....	45
4.4	Kategorie „ Spolupráce klientů“ .....	47
4.5	Kategorie „ Cíl“ .....	49
4.6	Kategorie „Rodinní příslušníci“ .....	50
5	Diskuze .....	52
6	Závěr .....	57
7	Zdroje použité literatury .....	60
8	Seznam příloh.....	65

## **Seznam použitých zkratk**

ČR (Česká republika)

CNS (centrální nervový systém)

LDL (lipoproteiny o nízké hustotě (low density lipoprotein))

VLDL (lipoproteiny o velmi nízké hustotě (very low density lipoprotein))

PPDZ (Program pro dobré zdraví)

## Úvod

Téma bakalářské práce jsem si vybrala proto, abych i já zjistila, jak funguje Program pro dobré zdraví, jakou má tento program úspěšnost a jak probíhá. Psychotické poruchy mi přijdou jako velice zajímavé téma. S klienty s duševním onemocněním se můžeme setkat na jakémkoliv oddělení, proto je podle mého názoru dobré o těchto onemocněních mít přehled a umět s klienty s duševním onemocněním pracovat. Do tohoto tématu jsem zahrнула i edukaci, která je naplní každodenního pracovního dne zdravotních sester. V bakalářské práci je teoretická část zaměřena a rozdělena do tří částí. Na prvních stranách je charakterizováno velice časté psychotické onemocnění, schizofrenie, její léčba a vedlejší účinky antipsychotik. V druhé části jsem popsala edukační systém a komunikaci mezi sestrou edukátorkou a klientem s psychotickým onemocněním, který jsem postupně zaměřovala na edukaci klientů s psychotickým onemocněním. Klienti, kteří v rámci léčby užívají antipsychotika, často trpí obezitou a s ní spojenými onemocněními. Proto jsem poslední třetí část práce zaměřila na zdravý životní styl, správnou výživu, její prospěšně funkční složky, dodržování pitného režimu, základní stravovací návyky, vhodný pohyb, zvládnání stresových situací a zdravý spánek. Psychoedukace je jednou z náplní práce všeobecné sestry u klientů s duševní poruchou. Příkladem může být Program pro dobré zdraví, kterému je věnována jedna kratší kapitola. Je to skupinový edukační program určený pro ambulantní pacienty trpící psychotickým onemocněním. Jeho úkolem je zlepšení celkového životního stylu, zdravotního stavu a udržení motivace ke zlepšení stravovacích návyků lidí s duševní poruchou. Program vedou všeobecné sestry speciálně vyškolené v problematice edukace nebo sestry, které mají specializační vzdělání v oboru ošetrovatelská péče v psychiatrii. Zaměřují se na zlepšení celkového životního stylu, zdravotního stavu a udržení motivace ke zlepšení stravovacích návyků lidí s duševní poruchou. Tento program probíhá v různých místech v ČR a je dále rozebírán ve výzkumné části mé bakalářské práce, kterou budou tvořit rozhovory s všeobecnými sestrami a sestrami pro péči v psychiatrii. Cílem mé práce je zjistit a popsat, jakou mají sestry roli

v psychoedukaci u klientů s psychotickým onemocněním a se zaměřením na zdravý životní styl.

## **1 Současný stav**

### **1.1 Psychotická onemocnění = psychóza**

Psychóza je obecný pojem, který zahrnuje skupinu určitých závažných duševních onemocnění, která narušují schopnosti klienta srozumitelně jednat. Klient se považuje za zdravého, přičemž není schopen rozpoznat, co je skutečné. Do psychózy patří bludy, halucinace, porucha vnímání reality a dezorganizovaný slovní projev a chování. Klienti v souvislosti s jejich pocitem nepřítomnosti onemocnění často odmítají léčbu. Mezi psychotická onemocnění řadíme schizofrenii, schizotypní poruchy, trvalé duševní poruchy s bludy, akutní a přechodné psychotické poruchy, indukované poruchy s bludy, schizoafektivní poruchy. Z těchto poruch se nejčastěji vyskytuje schizofrenie a schizoafektivní poruchy. Psychotická onemocnění můžeme také řadit k endogenním psychotickým poruchám, které jsou způsobené převážně vnitřními vlivy, mezi ně patří vrozené či dědičné faktory. K jejich spouštěcím mechanismům řadíme například užívání drog či alkoholu. Endogenní psychotické poruchy se dělí na dvě skupiny a to schizofrenii a poruchy nálady. Příčiny vzniku onemocnění nejsou zcela známy, ale mezi faktory, které mohou být příčinou, se řadí dědičnost, poruchu metabolismu serotoninu a dopaminu nebo také snížený počet neuronů. Častým problémem klientů s duševním onemocněním je špatné rodinné zázemí a také hmotné a sociální zabezpečení. Tito klienti jsou pro rodinu zátěží a stává se, že sami pomoc rodiny odmítají, což vede k nedostatku peněz na léky a klienti musí být hospitalizováni, kvůli zhoršení jejich zdravotního stav (Solníčková, 2005; Hosáková, 2007).

### 1.1.1 Schizofrenie

Schizofrenie je onemocnění s původem v dysfunkci centrální nervové soustavy (CNS), které se řadí k psychotickým onemocněním. „Schizofrenické poruchy jsou obecně charakterizovány podstatnou a typickou deformací myšlení a vnímání“ (MKN-10).

Patří mezi jedno z nejzávažnějších onemocnění, a projevuje se poruchami většiny psychických funkcí, především vnímání, myšlení, emotivity a jednání. Lidé s tímto onemocněním trpí halucinacemi, kdy slyší hlasy, které jim přikazují, co mají dělat, děsí je a pronásledují. Klienti trpí poruchou vnímání reality. Zásadní u takto postižených klientů je to, že mají narušené chování a jednání, proto toto onemocnění může být velice nebezpečné jak pro klienta, tak pro jeho okolí. Dotyčný se uzavírá do sebe, mluví nesrozumitelně a straní se společenského života. Mezi příčiny schizofrenie patří faktory dědičnosti, které nejsou jednoznačně určeny, dále změny ve struktuře a funkci mozku a vnější prenatální a postnatální vlivy. Nejčastější vznik schizofrenie je při přechodu do dospělosti. Schizofrenie se dle etiologie dělí dle doby vzniku na prenatální, kterou ovlivňují jak genetické faktory, tak okolnosti spojené s prenatálním obdobím jako je podvýživa matky v prvním trimestru nebo chřipkové onemocnění. Perinatální souvisí s komplikacemi během porodu. V postnatálních vlivech hrají roli psychosociální vlivy a vlivy prostředí (Češková, Svoboda, 2012; Kelnarová, Matějková, 2014; Češková, 2014).

Je několik druhů schizofrenie. Například je to paranoidní schizofrenie, hebefrenní neboli dezorganizovaná schizofrenie, katatonní schizofrenie, nediferencovaná schizofrenie, implexní schizofrenie a reziduální (chronická, zbytková) schizofrenie. Paranoidní schizofrenie se vyskytuje nejčastěji. Je doprovázena halucinacemi, bludy, sluchovými vjemy a poruchami vnímání. Postižený mívá pocity, že je pronásledovaný a objevují se u něho poruchy vůle a řeči. Hebefrenní schizofrenie se většinou projeví v období dospívání, proto její příznaky mohou být zaměněny s pubertálními projevy. Má velmi špatnou prognózu. Mezi projevy katatonní schizofrenie patří převážně psychomotorické poruchy a je velice vzácná. Nediferencovaná schizofrenie obvykle

nemá určenou podobu, jelikož se projevuje ve více formách. Klient se simplexní schizofrenií se často uzavírá do sebe a ztrácí hygienické návyky, později není schopen se podřídit společenským pravidlům. Při reziduální schizofrenií se jedná o chronické stádium nemoci s jasnými návraty negativních symptomů. Rozlišení výskytu dle pohlaví je u mužů i žen v rovnováze. U mužů se onemocnění projevuje nejčastěji již v pozdní adolescenci mezi 15. a 25. rokem a u žen o pár let později mezi 25. a 35. rokem. U žen je schizofrenie často mírnější s lepším průběhem a lepší reakcí na léčbu, než u mužů (Češková, Svoboda, 2012; Kelnarová, Matějková, 2014).

U schizofrenie jsou dále rozlišovány příznaky pozitivní a negativní. Pozitivní příznaky jsou nejčastější příčinou hospitalizace a jsou charakterizovány zvýšenou dopaminergní aktivitou, kdy má klient poruchy myšlení a vnímání, což ovlivňuje jeho jednání. Negativní příznaky se sníženou dopaminergní aktivitou se projevují ztrátou motivace, apatií, sociálním straněním, ochuzením řeči a myšlení. Negativní příznaky se považují za prvotní příznaky tohoto onemocnění. Dále jsou příznaky v kognitivních funkcích, kde jsou narušeny poznávací schopnosti. Zde máme narušenou paměť ve schopnosti uchovat si informace a použít je ke zpracování, dále schopnost plánovat a řešit úkoly a také neschopnost udržet pozornost. Projevují se i afektivní příznaky, jako jsou deprese, u kterých vzniká nebezpečí sebevražedných sklonů (Češková, Svoboda, 2012; Kelnarová, Matějková, 2014).

Příčiny schizofrenie nejsou jasné, ale podílí se na nich více faktorů, jako biologické, psychologické a sociální. Jedním z faktorů jsou genetické faktory, které jsou vázány na geny v rodinách. Ke schizofrenií může také vést chřipkové onemocnění matky v druhém trimestru, kdy je postižen plod. Dále existují hypotézy jako Dopaminová hypotéza, kdy se při schizofrenií předpokládá zvýšené množství dopaminu v mezolimbické oblasti a snížené množství v prefrontální mozkové kůře, nebo také Glutamátová hypotéza, při které může být v různých oblastech mozku patologicky zvýšená hladina glutamátu. Vliv u schizofrenie má i serotonin (Hosáková, 2007).

### 1.1.1.1 Léčba schizofrenie

Je důležité, aby léčba schizofrenie byla komplexní. Z psychosociální stránky je důležitá spolupráce klienta se zdravotnickými pracovníky a celým terapeutickým týmem, ale také spolupráce s rodinnými příslušníky. K léčebným metodám psychotických poruch řadíme farmakoterapii, elektrokonvulzivní terapii a psychosociální terapii. Základem léčby je farmakoterapie, kterou tvoří léčiva zvaná antipsychotika. Ty se mohou podávat jak v tabletové formě, tak i v injekční. Dělíme je na klasická antipsychotika, která mají velké množství vedlejších účinků a atypická (nová) antipsychotika, které klienti lépe snášejí a nemají tolik vedlejších účinků. Léčba antipsychotiky je většinou dlouhodobá nebo celoživotní, jelikož po vysazení je velké riziko návratu schizofrenie. Je důležité léky užívat pravidelně. Pravidelné užívání léků snižuje riziko vzniku onemocnění, kdežto nepravidelné užívání léků riziko onemocnění výrazným způsobem zvyšuje. **Elektrokonvulzivní terapie** se využívá u těžkých případech schizofrenie a převážně u katatonních forem schizofrenie. Je potřebné podstoupit několik výkonů. V celkové anestézii s myorelaxací je aplikován elektrický výboj prostřednictvím elektrod umístěných ve spánkové oblasti lebky hlavy pacienta, čímž dochází k umělému záchvatu křečí podobnému epileptickému. Mezi velmi důležitou léčbu schizofrenie řadíme i doplňující nefarmakologickou léčbu, do které patří **psychosociální terapie** a také práce s rodinnými příslušníky. Psychosociální terapie je zaměřená na edukaci pacienta o jeho nemoci, o potřebě užívat léky, pozorovat svůj stav a v případě prvních známek zhoršení vyhledat svého psychiatra. Klienti se schizofrenií se často straní svému okolí, proto potřebují také pomoci se zapojením se do společnosti a učení se vztahům k lidem a podobně, k čemuž je nápomocná léčba prací, kdy klienti chodí ve skupinách do dílen a s pomocí zkušeného personálu se zapojují do výroby různých výrobků (Solníčková, 2005).

V akutní fázi je léčebným cílem odstranit pozitivní příznaky, což se dá během několika hodin či dní zvládnout, oproti halucinacím, které přetrvávají delší dobu. Nasazují se antipsychotika (neuroleptika). Z psychosociálního hlediska je důležité se zaměřit na minimalizaci stresu, toleranci podpoře klienta. Pro klienta je vhodné



navázat vztahy s rodinou, podpořit a povzbudit ho ke spolupráci a hlavně mu poskytnout dostatek informací ohledně jeho zdravotního stavu a průběhu léčby. Ve fázi stabilizace je snaha o udržení získaného zlepšení zdravotního stavu. Negativní příznaky a kognitivní deficit ustupují mnohem pomaleji, oproti pozitivním příznakům ustupují 6-12 měsíců. V některých případech pak mohou i přetrvávat v různé intenzitě. Stále je nezbytná antipsychotická léčba. Klient je většinou propuštěn z nemocničního do domácího prostředí. Je důležitá spolupráce klienta a jeho průběžná edukace. Ve stabilní fázi je léčba zaměřená na prevenci návratu předešlých fází. Z pohledu farmakoterapie se dlouhodobě podává minimální účinná, udržovací dávka antipsychotik. Z psychosociálního hlediska je léčba zaměřena převážně na rodinu klienta, na jeho zařazení do pracovní činnosti apod. (Hosáková, 2007).

### **1.1.2 Vedlejší účinky antipsychotik**

Je mnoho vedlejších účinků antipsychotik. Na začátku je dobré zhodnotit závažnost těchto vedlejších účinků, zda jsou spojeny se zvýšením morbidit, mortality a noncompliance. Vedlejší účinky typu anticholinergních jsou běžné a lehce ovlivnitelné, podobně jako bolesti hlavy a nauzea. Tyto vedlejší účinky mohou představovat suchost v ústech, tachykardii, obstipaci, retenci moče apod. (Češková, 2001).

Při užívání psychotropních látek také bývá častý hmotnostní přírůstek, který je špatně ovlivnitelný a je spojený s významnou morbiditou a mortalitou. Obezita se častěji vyskytuje u klientů trpících schizofrenní poruchou než u zdravých jedinců. Největší zvýšení hmotnosti bývá v prvních 12 -ti až 16 -ti týdnech užívání, ale může k němu dojít třeba i po šesti měsících. Po propuštění z nemocničního zařízení někdy klienti ztrácejí hmotnost, což je způsobené zvýšenou fyzickou aktivitou, a nebo důsledkem snižování dávek užívaných léků, často i bez vědomí lékaře. V současnosti je sledován větší výskyt obezity u ženského než u mužského pohlaví a to i v případech užívání antipsychotik. Dospívající jedinci jsou na hmotnostní přírůstek

citlivější a bývá u nich vyšší než u dospělých jedinců. Antipsychotika mohou ovlivňovat hmotnost různými způsoby. Často regulují chuť k jídlu, mění metabolické procesy, kdy zvyšují senzitivitu na inzulín a hrozí rozvoj inzulínové rezistence, narušení glukózové tolerance a hyperglykemie nebo se také mění endokrinní systém, kdy může vzniknout hyperprolaktémie nebo změna hladin pohlavních hormonů (Češková, 2001).

Velice často se setkáváme s hmotnostním přírůstkem u téměř všech neuroleptik. Nárůst hmotnosti bývá vyšší u atypických neuroleptik než u klasických. Zvýšené riziko mají klienti, kteří již mají predispozice k přibývání na váze. Studie ukazují, že hlavním mechanismem přibývání je zvýšená chuť k jídlu. Z řady atypických neuroleptik se s nejčastějším váhovým přírůstkem setkáváme u clozapinu a olanzapinu, méně často se s ním setkáváme při podávání konvenčních neuroleptik. K nejmenšímu hmotnostnímu přírůstku se připisuje risperidon. Další přírůstky jsou sledovány u dlouhodobějšího užívání anxiolytik, stimulancií a thymoprofylaktik (Navrátilová, Češková, 2000).

Váhové přírůstky je možné často vyvažovat farmakogenními výrobky. Antiobézní látky potlačující chuť k jídlu, jiné látky podporují výdej energie. Další možností pozitivně ovlivnit přírůstek hmotnosti a alteraci glukózového metabolismu bez nutnosti změny neuroleptika je terapie kombinací (např. kombinací klozapinu a quetiapinu). K dalším přístupům patří nefarmakologický přístup jako zvýšení fyzické aktivity a dietní omezení (Češková, 2001).

Při užívání antipsychotik je zvýšené riziko poruchy glukózové tolerance, do které patří onemocnění diabetes mellitus, diabetická ketoacidóza a hyperglykemie. Jakákoliv léčba, při které jsou používána antipsychotika, je spojena se zvýšeným rizikem vzniku onemocnění diabetes mellitus, ale u atypických antipsychotik je riziko větší než u klasických. Podstatou vzniku hyperglykemie není snížená produkce inzulínu, ale převážně inzulínová rezistence. S váhovým přírůstkem částečně souvisí narušení lipidového a glukózového metabolismu. Dyslipidemie, která je součástí narušení lipidového a glukózového metabolismu, zapříčiňuje zvýšení triglyceridů, který je způsoben užíváním antipsychotik. Důsledkem zvýšení hypertri-glyceridemie nastává zvýšené riziko koronární choroby srdce. Atypická neuroleptika, převážně klozapin

a olanzapin, jsou často spojována s výskytem hyperglykémie. Následkem antipsychotik také může vzniknout hyperprolaktinémie. Peptidový hormon prolaktin, který se tvoří v přední hypofýze, má funkci hormonální, imunitní a behaviorální. Hyperprolaktinémie má přímý účinek na CNS, kdy se může projevovat úzkostí, depresí a hostilitou, a nepřímý účinek na pohlavní hormony, což může znamenat narušení menstruační funkce, kdy může dojít ke ztrátě menstruace či její nepravidelnosti. Dále zvětšení prsní žlázy, sexuální dysfunkce a snížení fertility. Dalším problémovým vedlejším účinkem je sedace, kdy je klient nadměrně zklidněný a unavený (Češková, 2001).

Vliv léků na sexualitu bývá většinou negativní. Psychotropní léky jako antidepressiva, které ovlivňují náladu, ovlivňují neurotransmiterový systém, a to hlavně dopaminový, noradrenalinový a serotoninový, které hrají významnou úlohu v sexuálním fungování a chování. Při ovlivňování serotoninergního systému je nejčastěji snižena touha, narušení ejakulace a neschopnost dosáhnout orgasmu. Serotonin je často spojen se sníženou apetencí a narušením ejakulace, naopak dopamin často působí ke zvýšení sexuální touhy, sexuálního chování a podobně (Petr, Marková, 2014; Vaškovský 2007; Votava, 2004).

### **1.1.3 Ošetřovatelská péče u klientů s psychotickým onemocněním**

Tak jako i u jiných onemocnění, tak i u schizofrenie je snaha o co největší zkrácení hospitalizace klientů. Klient ve stabilní fázi přichází k pravidelným ambulantním kontrolám, kdežto klienti v akutní fázi jsou hospitalizováni na psychiatrickém oddělení. Péče sestry o klienty s duševním onemocněním je podobná, jako u klientů bez duševního onemocnění s tím rozdílem, že u klientů s duševním onemocněním sestra musí počítat s poruchami myšlení a emotivity, které tato onemocnění často doprovázejí a proto to bývá častým stěžujícím problémem při získávání informací od samotného klienta. Je vhodné, aby si sestra vždy taktním způsobem ověřovala pravdivost informací a spolupracovala na sběru informací i s klientovou rodinou. Často bývá problémová i spolupráce klienta a ošetřovatelského týmu, která je pro klienta velice důležitá.

Zkušená sestra pracující na psychiatrickém oddělení by měla být schopná rozpoznat, kdy u klienta narůstá neklid. Někdy agrese i neklid mohou vzniknout i náhle. Uklidňující a omezující prostředky vždy musí být pečlivě zaznamenány v dokumentaci klienta a vždy o nich rozhoduje lékař. Sestra by měla vědět, že klient s duševním onemocněním je velice citlivý a zranitelný a měla by mu klidně a trpělivě naslouchat a získat si jeho důvěru. Rozhovor s klientem, který má bludy, iluze či halucinace, by měl být přímočarý, klient musí vědět, že ho neponižujeme apod. Sestra na psychiatrickém oddělení sleduje projevy a vývoj onemocnění, výskyt bludů a poruchy myšlení, halucinace, chování klienta, tendence k násilnému chování, stav vědomí, změny v komunikaci a úroveň spolupráce klienta. Ke sledování patří i kontrola dutiny ústní po požití naordinovaných léků. Některé léky mohou mít nepříjemné vedlejší účinky a i to může být důvod, proč si někteří klienti na psychiatrickém oddělení schovávají a hromadí léky, ovšem toto chování může vést k sebevražednému jednání, proto sestra také sleduje účinky léků na klienta. Dále jsou vhodné pravidelné kontroly předmětů v okolí pacienta po návštěvách, stejně jako náhodné kontroly (Slezáková, 2007; Solníčková, 2005).

## **1.2 Edukace ve zdravotnictví**

Edukace ve zdravotnictví je velmi důležitá v primární, sekundární a terciární prevenci. V primární prevenci je zaměřená na zdravé klienty, kde se snažíme o udržení zdraví a předcházení nemocí. Další prevencí je sekundární, kde klient již onemocněl, proto se snažíme předat dovednosti a vědomosti, a tím kladně ovlivnit průběh onemocnění. Zaměření je především na udržení soběstačnosti, dodržování léčebného postupu. Také se snažíme o prevenci přechodu onemocnění do chronického stádia. Terciární prevencí se rozumí to, kdy má klient již trvalé a nezvratné změny zdravotního stavu a zaměřuje se tedy na zlepšení kvality života a zabránění dalším komplikacím (Juřeníková, 2010).

Edukaci můžeme také rozdělit na základní, reedukační a komplexní. Základní edukací klientovi předáváme nové dovednosti a vědomosti, motivujeme ho ke změně postojů či hodnotového žebříčku. Na základní edukaci navazuje reedukační, kdy se snažíme doplňovat a prohlubovat vědomosti a dovednosti. Komplexní edukace se provádí nejčastěji v různých kurzech. V klientovi budujeme dovednosti, postoje a předáváme mu ucelené vědomosti, což vede k udržení nebo zlepšení zdraví (Juřeníková, 2010; Onderková, 2007).

Edukace v ošetrovatelství je proces, který ovlivňuje myšlení jak klienta, tak i jeho rodiny. Cíl této edukace spočívá ve změně v oblasti vědomostí, postojů, návyků a také zručností a schopností klienta, které jsou důležité a potřebné k udržení, navracení, zlepšení či podpory jeho zdraví (Nemcová, Hlinková, 2010).

Mezi edukačním a ošetrovatelským procesem lze najít určité rozdíly v plánování, realizaci a cílech edukace. U plánování a realizace v ošetrovatelském procesu se zabýváme tělesnými a psychosociálními potřebami člověka, kdežto edukační proces je zaměřen na styl učení, edukační potřeby a připravenost k učivu. Cíle ošetrovatelského procesu jsou dosaženy při uspokojení tělesných a psychosociálních potřeb. V edukačním procesu dochází ke splnění cíle při změnách ve vědomostech, dovednostech a postojích (Nemcová, Hlinková, 2010).

### **1.2.1 Vymezení základních pojmů edukace**

Edukační proces je činnost, u které dochází k učení. Dělíme ho na intencionální (záměrný) nebo incidentální (nezáměrný). Do edukačního procesu vstupují některé determinanty, jako jsou edukanti a jejich charakteristika, edukátor, edukační konstrukty nebo edukační prostředí. Edukant je ten, kdo přijímá informace a učí se. Ve zdravotnictví to může být klient, ale také i zdravotník, který si prohlubuje své znalosti. Každý člověk je individuum, a proto ke každému edukantovi musíme přistupovat individuálně a brát v potaz jeho fyzické (věk), afektivní (motivace) i kognitivní (schopnost učit se) vlastnosti. Edukátor je účastník edukačního procesu, který

vzdělává edukanty. Edukační konstrukty ovlivňují kvalitu edukačního procesu, patří mezi ně zákony, edukační materiály a standardy, plány a předpisy. Dále máme edukační prostředí, což je vlastně místo ve kterém je vykonávaný edukační proces. Toto prostředí ovlivňuje mnoho faktorů, jako je barva, zvuk, osvětlení, okolní nábytek a podobně (Juřeníková, 2010).

Nedílnou součástí edukace je komunikace, která se dělí nejčastěji na verbální a neverbální. Verbální komunikace je vyjadřována pomocí slov a symbolů. Měla by být výstižná, dobře načasovaná, jednoduchá, přizpůsobená člověku, se kterým probíhá, jeho znalostem i schopnostem. Mezi zásady verbální komunikace edukátora patří, jeho slovní projev, který by měl být zajímavý, srozumitelný a uspořádaný, neměl by odbíhat od tématu. Edukátor by si měl kontrolovat hlasitost, výšku a barvu hlasu, rychlost řeči a vhodně zařazovat pomlky. Délka projevu by měla být přizpůsobená posluchačům dle jejich věku, zdravotního stavu a dalším faktorům. Vhodné je i vymezení časového prostoru pro případné otázky a dotazy posluchačů. Neverbální neboli nonverbální komunikace je uskutečňována mimoslovními prostředky, jako jsou postoje, emoce, prožívání. Někdy slouží jako doplnění verbální komunikace a tím zesilujeme její účinek. Používání této komunikace si často ani neuvědomujeme. Patří k ní proxemika, která zahrnuje veřejnou, společenskou, osobní a intimní zónu a haptika, která probíhá prostřednictvím dotyků. Hlavně bychom na ní měli brát zřetel, pokud jde o komunikaci s klienty s duševním onemocněním. Dále do neverbální komunikace patří mimika, kterou tvoří výrazy v obličeji, gestika, která je uskutečňována převážně pohyby horních končetin a může dokonce i nahradit verbální komunikaci (např. znaková řeč), kinetika, která znamená pohyb těla a posturologie, která udává postoj a polohu těla (Juřeníková, 2010).

Edukaci je dělena na 5 fází. V první se snažíme odhadnout úroveň vědomostí, dovedností a potřeb edukanta, které se zjišťují pozorováním či rozhovorem. Tuto fázi nazýváme fáze počáteční pedagogické diagnostiky. Další fází je fáze projektování, kde má edukátor snahu naplánovat cíle, zvolit využívané metody, formu a obsah edukace, pomůcky atd. Ve třetí fázi neboli fázi realizace přistupuje k samotnému učení, ve kterém zařazuje i motivační prostředky. Ve čtvrté fázi se snaží upevňovat

a prohlubovat vědomosti, které získal, a snaží se je dostat do dlouhodobé paměti edukanta. Poslední pátou fází je fáze zpětné vazby, která dovoluje hodnotit výsledky edukanta i edukátora (Juřeníková, 2010).

### **1.2.2 Role sestry**

Edukace je brána jako profesionální role poskytovatele ošetrovatelské péče, a role sestry jako edukátorky jde ruku v ruce s rozvojem sesterské profese. Edukační činnost je součástí každé profese, která pracuje s lidmi, proto je i ve zdravotnictví edukace každodenní prací sester a je součástí zajištění kvalitní ošetrovatelské péče. Je důležité, aby sestra měla dostatečné vědomosti z odborné ošetrovatelské péče nebo jiné znalosti, na které je její edukace zaměřená. Sestra by tedy měla být kompetentní, důvěryhodná, má dodržovat zásady komunikace, jako je poskytování jasných informací a mluvit „pacientovým jazykem“, dále by sestra edukátorka měla být empatická a měla by respektovat a povzbuzovat klienta. Edukace sestry by se neměla zaměřovat pouze na doplnění znalostí klienta, ale měla by klienta aktivizovat k učení, zařizovat mu dobré podmínky pro získání vědomostí a vést ke změně postojů a návyků. K dobré edukaci je důležité stanovit si vhodný edukační proces, při kterém je nutné posoudit edukační potřeby klienta, navrhnout či naplánovat postup edukace, realizovat jí a použít vhodné vyučovací metody a edukační materiál. Na konci edukace je důležité i hodnocení celého procesu. Vždy se můžeme k určitému bodu edukace vrátit i koloběh znovu cyklicky opakovat nebo pozměnit (Nemcová, Hlinková, 2010).

Sestra by ke klientovi měla přistupovat dle určitých zásad. Má používat klientova slova a respektovat jeho komunikační schopnosti. Je dobré, aby pokládala otevřené otázky, díky kterým od klienta zjistí věci, které by u pokládání uzavřených otázek nezjistila, také je vhodné, aby sestra ukázala, že umí naslouchat, tím od klienta získá důvěru. Sestra vede klienta ke spolupráci, vzájemně propojuje jednotlivá setkání, která průběžně hodnotí, což dává klientovi i zpětnou vazbu. Klientovi ukazujeme, že má svou vlastní volbu, ale i zodpovědnost. Sestra má být flexibilní a sezení přizpůsobovat stavu

klienta, má být upřímná, otevřená. Klient může reagovat i negativně či s odporem, na což je dobré se připravit. Naopak sestra by se neměla s klientem dohadovat, předpokládat, že ví, co si klient myslí, předpokládat, že klient bude dělat, co se mu nařídí, stanovovat neurčité cíle. Rozhodně by však neměla zdůrazňovat klientovy chyby, ba naopak by bylo vhodné klienta co nejvíce chválit i za maličkosti (Petr, 2011).

### **1.2.3 Edukace u klientů s psychotickým onemocněním**

Edukační činnost je náplní každého dne každé sestry. Sestra edukuje klienty s jakýmkoliv onemocněním i před jakýmkoliv výkonem a velice důležitá je edukace u chronických onemocnění. Edukační proces je tedy předání informací za účelem učení, je to vlastně výchovný či vzdělávací proces. Sestra by se měla na edukaci řádně připravit v různých ohledech. Měla by určit vhodný čas, vhodné prostředí, které by mělo být příjemné pro klienta, vhodná teplota místnosti, osvětlení, hluk a zařídit i určitou intimitu pro edukanta. Měla by klientovi dát najevo, že jí na něm záleží, používat dostatek příkladů, pokud možno i z vlastních zkušeností. Je důležité vybrat vhodnou metodu učení pro klienta a následně si ověřit její účinnost. Sestra by si měla uvědomit, že je složitější přístup ke klientům s duševním onemocněním. Tito klienti špatně spolupracují, často nespolupracují vůbec, nechtějí se přizpůsobit dennímu režimu, duševní onemocnění jim narušuje úsudek, kritičnost i chování. Nemá smysl takovéto klienty do spolupráce nutit. Mnohem účinnější je vést klienty ke stanovení cíle bez tlaku. Jde o snahu zbavit klienta strachu a navodit u něho pocit jistoty a bezpečí, proto se snažíme mu dodávat dostatek informací o průběhu a léčbě jeho onemocnění, čímž se ho snažíme uklidnit. Sestry jsou povinné klientovi sdělit, proč je nutné změnit chování a životní styl a jaké následky by mohlo mít jeho nedodržení. Sestra musí projevit dostatek empatie, zodpovědnosti a vysoké míry sebedisciplíny. Nechává klientovi prostor pro diskusi a neodbočujeme od zadaného edukačního cíle. Musí vystupovat s dostatkem taktu a jistoty. Tak jako každý člověk má



právo si žít podle svého, i my respektujeme přání klienta a umožňujeme mu žít tak, jak chce on. Sestra by si měla udržovat přiměřený vztah ke klientovi, neměla by vztah udržovat moc chladný ani moc vřelý. Do edukačního procesu je velice důležité začlenit i příbuzné. Rodina často zanedbává nemocného s duševním onemocněním z důvodu pocitu hanby před okolím, proto je vhodné předávat informace i jim. Sestra by si měla najít dostatek času na příbuzné, aby je seznámila s individuálním plánem péče a společně určili, jakou roli v něm bude hrát rodina. Spolupráce rodiny má pro klienta blahodárný účinek (Fričová, 2010; Klevetová, 2008).

Klienti zpravidla ukončují léčbu na základě špatných informací, zkreslených informací, nebo dokonce z neznalosti a bezradnosti. Často mají pocit, že se cítí lépe, a proto přestanou brát léky, což vede ke zhoršení jejich zdravotního stavu. Toto jednání může mít fatální následky a vede k rostoucím nákladům na poskytovanou zdravotní péči. V tomto ohledu záleží převážně na klientovi, zda prožije život plnohodnotný, a nebo bude žít jen mezi jednotlivými hospitalizace na psychiatrickém oddělení. Celá ošetrovatelská péče je týmová práce. Je důležité, aby vždy středem zájmu zůstal klient (Fričová, 2010; Klevetová, 2008).

#### **1.2.4 Edukační cíle**

Aby byla edukace smysluplná, musí být zaměřena na určitý cíl, kterého chceme dosáhnout. Edukační cíle se dělí do třech oblastí a to kognitivních, afektivních a psychomotorických. U kognitivních cílů se zaměřujeme převážně na získávání vědomostí a chápeme je jako vzdělávací cíle. Afektivní jsou brány jako výchovné cíle, u kterých se zaměřujeme na postoje, citovou oblast a seřazení hodnot. Psychomotorické cíle řadíme k výcvikovým, u kterých zdokonalujeme motorické činnosti, pohybové zručnosti a různé návyky. Do edukačního cíle se řadí obsah vyučování, na jaké úrovni a v jakém rozsahu učivo připravíme. Edukační cíle lze také dělit na cíle sestry a cíle edukanta. Každý edukační cíl by měl být zaměřený na edukanta a ne na edukátora.

Ve zdravotnictví jsou cíle přizpůsobené klientů podle jeho schopností a dovedností tak, aby na něho nebyly kladeny příliš vysoké nároky (Nemcová, Hlinková, 2010).

### **1.2.5 Edukační metody**

Edukační metoda je cílevědomá promyšlená cesta, která má uspořádaný obsah vyučování a kterou edukátor působí na edukanta a aktivizuje ho k efektivnímu naplnění stanovených cílů. U výběru edukačních metod je potřebné brát ohledy na psychický i zdravotní stav edukanta, přihlížet na osobnost dotyčného, na jeho vědomosti, dovednosti a zkušenosti. Edukační metody se dělí na teoretické, do kterých patří například přednáška, přednáška s diskuzí, cvičení, seminář a další. Dále máme metodu teoreticko-praktickou, do které patří diskuzní metody, programová výuka, diagnostické a klasifikační metody, projektové metody a problémové metody. Metody praktické využívají instruktáž, asistování, stáž, exkurze apod. Metody se dále mohou dělit na motivační, které se zaměřují na zájem o učení, expoziční, při kterých se edukant seznámí s prvotním učivem, fixační, při kterých se učivo opakuje a tím upevňuje v paměti, a dále diagnostické a klasifikační, u kterých hodnotíme, kontrolujeme a klasifikujeme to, čemu jsme se naučili. Edukace se rozlišuje na skupinovou a individuální. Ta se řídí počtem účastníků (Nemcová, Hlinková, 2010; Juřeníková, 2010).

### **1.3 Zdravý životní styl**

Zdravý životní styl zahrnuje všechno to, jak člověk vlastně žije. Mezi nejdůležitější oblasti zdravého životního stylu řadíme zdravou výživu, která by měla obsahovat přiměřenou, pestrou a vyváženou stravu, zvýšenou pohybovou aktivitu, omezenou konzumaci alkoholu, zdržení se kouření, dostatek spánku, optimismus, vyhýbání

se působení škodlivých látek. Při dodržování těchto zásad děláme obrovskou službu pro naše tělo. Dodržení zdravého životního stylu se projeví přiměřenou hmotností, normálním krevním tlakem, nízkou hladinou cholesterolu v krvi, dobrou tělesnou kondicí, nízkou únavností, zdravějším vzhledem, psychickou pohodou, zvýšenou odolností proti nemocem. Zdravá výživa je významně ovlivňována reklamou a ekonomickými zájmy, ne pouze zájmem o dobré zdraví. Přitom na zdravém životním stylu závisí kvalita našeho života. V naší výživě často převažují živočišné produkty místo rostlinných, čímž dochází k vysokému energetickému příjmu a následné obezitě. Změna životosprávy by měla být dlouhodobá. Krátkodobé změny mají na organismus negativní účinek (Štilec, 2004; Vybíhalová, 2013).

Než potrava projde celým zažívacím traktem, trvá to kolem 12-14 hodin. Cyklus začíná již v dutině ústní, kde se začínají štěpit polysacharidy, proto je důležité stravu řádně rozžvýkat. Špatně rozmělněná strava přetěžuje trávicí trakt a značně narušuje trávicí cyklus. Potom strava putuje přes hltan a jícnem do žaludku, kde se potrava dokonale promísí s trávicími šťávami. V žaludku se tráví převážně proteiny. V tenkém střevě se vstřebává většina živin hlavně díky pankreatické šťávě, dále se tam vyskytuje žluč a střevní šťáva. V tlustém střevě se vstřebává voda, soli, plyny a formuje se na zbytkový produkt (Pánek, 2002; Dylevský, 2000; Mourek, 2005).

Mezi zásady zdravé výživy nepatří jenom složení stravy, záleží i na pravidelnosti stravování a vylučování. Jíst bychom měli 5 až 6 jídel denně, vyváženou pestrou stravu, po menších dávkách, abychom se nepřejídali. Také je důležité jíst pomalu, v klidu a stravu pořádně rozmělnit v ústech. Pro pravidelné vylučování je dobré zapojit i dostatek pohybu a také vlákniny, což nám pomůže k přirozenému vylučování potravy. Dále je nezbytné vyvážení příjmu rostlinné a živočišné složky, jelikož v naší stravě často přijímáme větší množství živočišné bílkoviny, jako jsou sýry, maso, vejce a uzeniny a to způsobuje překyselení organismu. Překyselený organismus se velice obtížně zbavuje zplodin nevykloučených kyselin a ty se usazují v organismu, kde mají negativní vliv. Proto by neměli živočišné bílkoviny překročit 50 % z celkové přijímané stravy. Je také vhodné užívání spíše syrové potravy s dostatečným množstvím energie, enzymů, stopových prvků a vitamínů a vyloučení tepelně upravované či konzervované

stravy. Například enzymy, které urychlují chemické a metabolické procesy účinkují jen za určitých podmínek, a proto je vařená strava označovaná jako „mrtvá strava“ jelikož je enzymaticky neúčinná. Významně škodlivé je přijímání velkého množství soli a cukru. Vysoké množství soli se podílí na vzniku osteoporózy, protože vyplavuje vápník a jiné nerostné složky. Bílý cukr je vhodné nahradit například medem. Zvýšené množství cukru v organismu způsobuje nedostatek vápníku, chrómu, zinku a vitamínu B. Navíc zvyšuje riziko vzniku onemocnění diabetes mellitus. Vitamíny a minerály jsou neúčinnější v přírodních produktech a pro zdravý organismus jsou nepostradatelné. Produkty nabízené farmaceutickými firmami jsou jenom doplněk stravy, ale stravu nenahrazují. Jeden z nejdůležitějších faktorů zdravého životního stylu je pitný režim. Denně se doporučuje vypít alespoň 2 litry tekutin, ale potřebné množství tekutin se odvíjí i od námahy organismu, teploty a příjmu určitého druhu tekutin. Doporučuje se pít spíše neslazené tekutiny, bylinné a zelené čaje. Minerálky je vhodné obměňovat (Štilec, 2004; Fořt, 2005).

### **1.3.1 Významné složky funkčních potravin**

Mezi nejvýznamnější složky funkčních potravin patří vitamíny, vláknina, tuky, cholesterol, bílkoviny, sacharidy, minerály a stopové prvky. Ale také je dobré vědět, které složky mají prospěšný vliv na trávicí ústrojí a napomáhají ke zlepšení trávicích procesů. Tyto složky se dělí na probiotika, prebiotika a symbiotika.

Probiotika zlepšují trávicí procesy a celkovou tělesnou kondici. Jsou to živé mikroorganismy, které příznivě ovlivňují zdraví jedince zlepšením rovnováhy jeho střevní mikroflóry. Užívání probiotik vyvažuje střevní mikroflóru a zvyšuje odolnost střeva před usídlením mikroorganismů vyvolávajících průjem, snižuje hladinu cholesterolu, posiluje imunitní systém, zvyšuje vstřebávání vápníku a syntézu některých vitamínů. Prebiotika jsou nestravitelné složky potravin, které podporují růst či aktivitu určitých bakterií tlustého střeva, a tím zlepšují zdravotní stav jedince. Prebiotika mají dobrý vliv na složení střevní mikroflóry tlustého střeva. Nevstřebávají se v tenkém

střevě, ale v tlustém, proto se snižuje energetický příjem. Prebiotika zvětšují objem stolice a jsou prevencí zácpy. Symbiotika jsou složenina probiotik a prebiotik (Kalač, 2003).

Velmi důležitou složkou potravy jsou vitamíny. Vitamíny jsou organické látky, které není organismus schopen syntetizovat, a které jsou nezbytné pro normální funkce organismu (Navrátilová, Češková, 2000). Pokud dojde k nedostatku vitamínů, objevují se poruchy funkce organismu. Vitamíny mají v organismu odlišné funkce. Přebytečné množství vitamínů, které jsou rozpustné ve vodě (B, C), umí organismus z těla vyloučit, pokud vitamíny přestane přijímat. Nefunguje to však stejně u vitamínů rozpustných v tucích (A, D, E, K), kdy mohou vzniknout otravy. Vitamíny patřící do skupiny B zajišťuje pestrá smíšená strava, vyskytují se např. v mase, vnitřnostech, kvasnicích, tmavé mouce apod. Vitamin C je přítomen v určitých druzích ovoce (citrusy) a zeleniny (brambory). Vitamin A, který má důležitou úlohu pro vidění, můžeme najít v rybím tuku, játrech, ve žloutku a mléce. Při nadměrném příjmu vitamínu A mohou vzniknout příznaky hypervitaminózy, které se projevují bolestmi hlavy, olupováním kůže, zvracením a zvětšením jater a sleziny. Z vitamínů skupiny D (Kalciferoly) jsou nejdůležitější vitamín D2 (ergokalciferol) a vitamín D3 (cholecalciferol), které se vyskytují například v kvasinkách a vyšších houbách a také vitamin D7 (dehydrocholesterol), který se uvolňuje působením ultrafialového záření z kůže živočichů. Vitamin D se obecně vyskytuje v rybím tuku, mase tučných ryb, játrech některých ryb, jako je treska, vaječném žloutku, někdy se přidává do margarínů a v menším množství se vyskytuje i v mléce. Nejvýznamnější zdroje vitamínu E jsou rostlinné oleje, kdy největší obsah tohoto vitamínu mají panenské oleje. Vitamin E se také vyskytuje v obilných klíčcích, v některých druzích zeleniny (špenát) a v menším množství v mouce a mase. Posledním vitamínem je Vitamin K, který můžeme najít v játrech, luštěninách a listové zelenině. Jelikož má zásluhu na tvorbě aktivních faktorů pro srážení krve, při jeho nedostatku se může objevit krvácení do orgánů. Jeho nedostatek může způsobit snížená vstřebatelnost tuků, podvýživa, či vyhubení střevní mikroflóry (Pánek, 2002).

Další složkou je vláknina, což je významná potravinová složka, do které jsou zahrnuty všechny polysacharidy, které v trávicím traktu nejsou využitelné (těžko stravitelné zbytky). Dělí se na rozpustnou a nerozpustnou vlákninu. Rozpustná vláknina na sebe váže vodu, bobtná a může být pro organismus zdrojem energie, reguluje trávení tuků a sacharidů a navozuje pocit nasycení. Působí jako prebiotikum. Kdežto nerozpustná vláknina ve střevech zvětšuje objem obsahu a zkracuje dobu, jakou tam potrava zůstává. Nebývá zdrojem energie. Mezi rozpustnou vlákninu se řadí například luštěniny, některé ovoce (jablka, banány) a zelenina (brokolice, mrkev). Mezi nerozpustnou patří ořechy, semena, fazole, celer, květák, slupky některých druhů ovoce a celozrnná jídla s obsahem slupek. Vláknina má velký přínos pro náš organismus. Slouží jako prevence vzniku rakoviny tlustého střeva díky zrychlení střevní peristaltiky, a má vliv i na prevenci rakoviny u jiných orgánů, například prsu. Nerozpustná vláknina díky své tuhosti má pozitivní účinek na zvýšení pevnosti zubů a prevenci zubního kazu (zvýšené žvýkání). Dále snižuje pocit hladu, a tím napomáhá ke snižování a udržování hmotnosti (Kalač, 2003).

Další potravinovou složkou jsou tuky, které jsou velkou zásobárnou energie v našem organismu, tvoří stavební jednotku buněk a umožňují vstřebávání vitamínů. Jsou zdrojem esenciálních mastných kyselin a zvyšují jemnost chuti potravin. Jsou dva typy tuků, živočišné a rostlinné. K živočišným tukům řadíme mléčný tuk, sádlo, lůj a rybí tuk, který skoro není potravinářky využíván. Nevýhodou je složení mastných kyselin. Výhoda spočívá v oxidační stabilitě a chuti. Mezi rostlinné tuky patří jedlé oleje, pokrmové tuky a emulgované tuky (Pánek, 2002; Kalač, 2003).

Dále je pro lidský organismus potřebný cholesterol. Tělo si velkou část vyrábí samo a zbytek je doplněn potravinami. Vyskytuje se pouze v potravinách živočišného původu. Při nadměrném množství cholesterolu v organismu je nebezpečí zvýšení hladiny LDL a VLDL, což zvyšuje riziko onemocnění kardiovaskulárního systému. Největší obsah cholesterolu je v mozečku a vaječném žloutku (Pánek, 2002).

Také bílkoviny patří k důležitým živinám, které nejde nahradit. Jsou potřebné k tvorbě a údržbě svalové hmoty, červených krvinek, vlasů, tkáně a hormonů. Při trávení se bílkoviny štěpí na aminokyseliny. Pro lidský organismus je důležité získat

esenciální aminokyseliny, kterých je osm, a pro organismus jsou nepostradatelné. Zvýšený příjem bílkovin potřebují děti kvůli růstu a kojící matky. Bílkoviny jsou živočišného nebo rostlinného původu. Živočišné bílkoviny se považují za plnohodnotné, jelikož mají esenciální aminokyseliny ve větším poměru než rostlinné. Existují nejrůznější zdroje bílkovin, proto je důležité mít pestrou smíšenou stravu, bohatou jak na živočišné (maso), tak i rostlinné bílkoviny (obiloviny, luštěniny) (Pánek, 2002; Ošancová 1998).

Jedním z nejvýznamnějších zdrojů energie pro organismus jsou sacharidy. Jsou jednoduché nebo složité. K jednoduchým sacharidům patří cukry, které se vyskytují v medu, ovoci nebo třtinovém cukru. Jsou to zdroje velkého množství energie, ale neobsahují k tomu žádné vitamíny či minerály. Označujeme je jako rychlý zdroj energie, po kterém brzy přijde hlad a únava. Složené sacharidy se vstřebávají delší dobu a obsahují vlákninu, která člověka zasytí. Mezi ně patří například rýže, chleba, zelenina, cereálie, těstoviny (Pánek, 2002).

Pro organismus jsou nezbytné minerální látky. Jelikož si je tělo neumí samo vytvořit, musí být součástí potravy. Jejich význam slouží pro růst a tvorbu tkání, aktivují, regulují a kontrolují látkovou výměnu v těle a účastní se na vedení nervových vzruchů. Pestrá a smíšená strava by měla snížit riziko nedostatku minerálů. Při respektování odborných výživových doporučení nehrozí riziko nedostatku minerálních látek. Minerály členíme na makroprvky, z nich jsou potřebné k životu vápník, fosfor, draslík, síra, sodík a hořčík. Dále na mikroprvky, do kterých patří železo, chróm, jód, zinek, měď, mangan, selen apod., a na stopové prvky, z kterých pro život potřebujeme železo, zinek, jod, selen, měď, mangan, fluor, molybden a kobalt. Potřeba makroprvků v organismu je počítána v gramech, mikroprvků potřebujeme v miligramech a u stopových prvků je potřeba minimální a to v mikrogramech (Piřha, 2009).

### **1.3.2 Ostatní faktory zdravého životního stylu**

#### **Pitný režim**

Voda funguje jako nejdůležitější rozpouštědlo v těle, umožňuje biochemické reakce, rozvádí po organismu teplo, živiny a kyslík. V organismu se voda vyskytuje v podobě intracelulární a extracelulární tekutiny. Extracelulární tekutina tvoří kolem 20% celkové hmotnosti člověka a je v organismu uložena mimo buňky. Intracelulární tekutina tvoří asi 40% celkové tělesné hmotnosti a je uložena uvnitř buněk (Pánek, 2002).

Denně je nutné vypít kolem 2-3 litrů vody. Množství vody, které je nutné přijmout během dne, závisí na určitých faktorech, jako je věk, hmotnost, námaha, zdravotní stav, teplota vzduchu, vlhkost apod. Dodržovat pitný režim je velice důležité, aby nedošlo k dehydrataci. Pokud pijeme při jídle, je lepší pít více před jídlem, než po jídle, protože bychom zbytečně ředili trávicí enzymy. Pro dobrý pitný režim je nejvhodnější konzumovat pitnou vodu (Shinya, 2009).

#### **Pohyb**

Pohyb je pro lidský organismus stejně potřebný jako živiny a kyslík, je tedy pro naše tělo přirozenou potřebou. Pravidelné cvičení a přirozená pohybová aktivita je významnou primární prevencí civilizačních chorob a i sekundární prevencí u různých onemocnění. Při nedostatku pohybu tělo hůře reaguje na stres. Dochází k negativnímu dopadu na lidský organismus v podobě tělesné ale i duševní vytrvalosti. Díky špatné funkci metabolismu dochází k přibývání na váze, ochablosti svalstva, snížení pevnosti kloubů a pojivové tkáně a zhoršenému držení těla a jeho pružnosti. Člověk je unavený, špatně spí, klesá sexuální aktivita, dochází ke zhoršení srdeční a dechové funkce, trpí zácpou. Při fyzické námaze se spaluje nadbytečný adrenalin, který v těle máme, a dochází ke zvýšení funkce parasympatiku, zpomaluje se srdeční akce, zvyšuje se pocit síly, pružnosti a klidu a člověk se cítí zdravější a svěžejší (Praško, Prašková 2003; Praško, Prašková, 2001).



## **Zvládání stresu**

Slabší stres většinou umožňuje mozku pracovat rychleji a přesněji, proto je určitá dávka stresu prospěšná, ale dlouhodobý či vysoký stres neprospívá organismu a může mít až fatální následky (Servan-Schreiber, 2005).

Jeden z určujících vlivů ohledně způsobu života je sociální prostředí, ve kterém jedinec vyrůstá, žije a uspokojuje své potřeby. V sociálním prostředí jsou skupiny, z nichž nejvýznamnější je rodina. Jedinec by měl s rodinou i okolním prostředím udržovat harmonické vztahy (Knezovic, 2010).

Je důležité umět zvládat nadměrný stres, naučit se vyrovnat s problémy a změnit svůj životní styl a přístupy ke krizovým situacím. Zklamání, neúspěchy a různé problémy jsou běžné, důležité je pochopit, že neúspěchy jsou součástí života, s kterými musíme počítat. Co se týče změny životního stylu, je dobré si vytvořit denní program a zařadit do něho i pravidelnou relaxaci, která může trvat jenom pár minut. Určitě je důležité se věnovat příjemným činnostem na odreagování a také pochvala a ocenění. Při nárůstu nadměrného stresu je vhodné se se starostmi svěřovat jiné osobě. Lidé se často vyhýbají situacím, ze kterých mají strach. Tímto přístupem se jejich strach hromadí a roste, není tedy dobré se vyhýbat situacím, které v nás vyvolávají strach až paniku. Vždy je lepší se snažit nacházet řešení, kterými bychom stres eliminovali (Praško, Prašková 2003).

## **Spánek**

Dalším velmi důležitým faktorem, který je zařazený do zdravého životního stylu, je kvalitní a pravidelný spánek. Spánek je důležitý hlavně kvůli regeneraci centrálního nervového systému. Při nekvalitním spánku se objevuje únava, zhoršená pozornost a myšlení. Během spánku člověk mění polohy, což nemusí být doprovázeno probuzením. Tyto změny jsou pro kvalitu spánku potřebné. Lidé trpící narušeným spánkem se o problému často nezmíní lékaři, přitom dlouhodobě narušený spánek značně zhoršuje kvalitu života (Šonka, 2002).

Doba spánku je pro každého jedince individuální a je individuální i v různých obdobích života. Průměrná doba spánku je uvedena kolem 7 až 8 a půl hodinami denně,

někomu však stačí doba kratší a nepocituje žádné potíže a někomu zase delší. Při nedostatku spánku pozorujeme na člověku podrážděnost, zhoršení nálady, soustředěnosti, koncentrace a adaptace, snížení výkonnosti. Dlouhodobý nedostatek spánku může být vyvolávajícím faktorem deprese (Praško, 2009).

#### **1.4 Program pro dobré zdraví**

*„Program pro dobré zdraví, nebo PPDZ je skupinový edukační program určený pro ambulantní pacienty trpící psychotickým onemocněním. Jeho úkolem je zlepšení celkového životního stylu, zdravotního stavu a udržení motivace ke zlepšení stravovacích návyků duševně nemocných lidí“ (Bauernöplová, Kalinová, 2014, s. 37).*

Cílem programu pro dobré zdraví je zlepšení celkového životního stylu, zdravotního stavu a udržení motivace ke zlepšení stravovacích návyků lidí s duševní poruchou. Klienti s duševním onemocněním mají ve srovnání s ostatní populací zkrácený život, k čemuž výrazně přispívají faktory jako nezdravý životní styl, špatné stravovací návyky, nedostatečný pohyb, ztráta motivace a sociální izolace, nebo také kouření a podobně. Proto byl zaveden tento program, který se snaží zaměřit právě na tyto oblasti a také na podporu sebevědomí a zapojení rodiny. Program je veden všeobecnými sestrami, které jsou speciálně vyškolené v problematice edukace, navíc mají specializační vzdělání v oboru ošetrovatelská péče v psychiatrii. Sestry program aktivně nabízejí během hospitalizace klienta nebo je klientovi nabídnut prostřednictvím jejich ambulantního psychiatra. Do programu jsou však klienti přihlašováni na základě vlastního rozhodnutí. Účastnit se programu mohou jen pacienti, kteří splňují podmínky k přijetí. Mezi tyto podmínky patří remise onemocnění, diagnóza týkající se schizofrenního okruhu a samozřejmě také alespoň částečná motivace klienta. Program je složen z deseti skupinových sezení o 7-12 členech, trvajících 90 minut po dobu čtyř měsíců. Program se dělí na část výživovou a kondiční. Při výživové části dostávají klienti informace o doporučeních týkajících se výživy a o jednotlivých složkách stravy. Je kladen velký důraz na dodržování pitného režimu a úlohu vody.

Do této části je zapojeno také praktické vaření a tzv. odpadková hodina. Při praktickém vaření si klienti pod dohledem a vedením sester uvaří a také sami snědí zdravé menu. „Odpadkovou“ hodinou se sestry snaží klientům ukázat, jak správně nakupovat, kde hledat energetickou tabulku apod. Dříve sestry s klienty navštěvovaly opravdové obchody, ale nemělo to dobrý vliv na klienty, díky nežádoucí pozornosti okolí, proto byl zaveden odpadkový obchod, kde sestry nashromáždily obaly od různých potravin. Do druhé kondiční části patří tělesné cvičení, při kterém klienti navštěvují např. fitness centrum, nebo s nimi spolupracuje rehabilitační sestra, která odpovídá na otázky klientů a dokonce s nimi i cvičí. Všechny nashromážděné informace si pacienti zapisují do vlastního sešitu, který je součástí každé hodiny, a který jim následně i po ukončení programu zůstává doma a mohou si kdykoliv informace zopakovat. Program je pro klienty zdarma. Edukační programy celkově zlepšují zdravotní stav klientů, jak psychický tak i fyzický, snižují počet i délku hospitalizací a tím pádem i náklady na léčbu. Velice důležité je, že zlepšují a zkvalitňují život pacientům i jejich blízkým (Bauernöplová, Kalinová, 2014).

Pacientovu spolupráci ovlivňuje velké množství faktorů týkajících se vlastního onemocnění, vztahu mezi lékařem a pacientem, vlastností léků a samozřejmě i vlivů okolního prostředí. Právě psychoedukace je dobrý způsob, jak zlepšit spolupráci pacienta. Často pacienti přestávají brát léky díky malému množství informací či špatnému podání informací. Úkolem sestry v roli edukátora je vysvětlit klientovi důležitost užívání léků, informovat ho o možných nežádoucích účincích a varovat před důsledky jejich vysazení. Společně s těmito úkoly by měla pacienta také motivovat k potřebným změnám. Pro psychoedukaci platí stejné nebo podobné zásady jako u běžné edukační činnosti. Sestra by měla používat pacientova slova a tím předcházet nepochopení klienta a zabránit tak navození pocitů nedostatečnosti pacienta a nadřazenosti zdravotníka. Sestra by měla brát ohledy na komunikační schopnosti pacienta, hovořit v krátkých větách a předávat v jedné větě jednu informaci, nespěchat a nechávat klientovi dost času na odpověď. Také by měla více používat otevřené otázky, u kterých nechává větší prostor pro odpovědi a tím rozvíjí diskuzi s pacientem a může tak získat významné informace, které by uzavřenými otázkami

nezískala. Každá sestra by měla umět naslouchat klientům a to převážně s psychotickým onemocněním. Pokud sestra projevuje dostatek empatie, je snadnější získat pacientovu spolupráci. Na začátku setkání by měly být vždy shrnuty informace z minulého setkání. Flexibilita, otevřenost, upřímnost je součástí role sestry v psychoedukaci. Klient má osobní volbu a také i zodpovědnost za svá rozhodnutí, proto je úkolem sestry pomáhat mu dělat informovaná rozhodnutí a ne jej přesvědčovat o všech důležitostech. Je nutné, aby sestra aktivně zapojovala klienta a využívala každou příležitost k podávání informací. Sestra by se měla také vyvarovat určitým situacím, jako je dohadování s pacientem, zdůrazňování nebo připomínání pacientovi co udělal špatně, stanovování neurčitých cílů apod. Průběh psychoedukace se odvíjí od osobnosti pacienta. Při edukaci by se mimo jiné měl zjistit postoj pacienta k léčbě. Sestra by měla být připravena na různé otázky, se kterými by se mohla setkat a měla by na ně umět reagovat. Tyto otázky se mohou týkat řízení motorových vozidel, užívání alkoholu nebo také vlivu léků na sexuální život (Bauernplová, Kalinová, 2014).

## **2 Cíl práce a výzkumné otázky**

Cílem výzkumného šetření bylo zjistit a popsat roli sestry v psychoedukaci u klientů s psychotickým onemocněním se zaměřením na zdravý životní styl. Dalším cílem bylo popsat funkci programu pro dobré zdraví i jeho účinek na klienty s psychotickým onemocněním a nakonec i zjistit, jak jsou do programu zapojováni rodinní příslušníci klientů s psychotickým onemocněním. Z těchto tří stanovených cílů následně vyplynulo pět výzkumných otázek.

### **2.1 Cíl práce**

Cíl 1. Zjistit a popsat roli sestry v psychoedukaci u klientů s psychotickým onemocněním se zaměřením na zdravý životní styl.

### **2.2 Výzkumné otázky**

#### **Výzkumné otázky:**

- VO 1: Jaká je role sestry v psychoedukaci u klientů s psychotickým onemocněním se zaměřením na zdravý životní styl?
- VO 2: Jaká jsou specifika edukace u klientů s psychotickým onemocněním v Programu pro dobré zdraví?
- VO 3: Jakými zásadami edukace se řídí sestry v Programu pro dobré zdraví?
- VO 4: Jaká je spolupráce klientů v Programu pro dobré zdraví z pohledu sester?
- VO 5: Jaký má Program pro dobré zdraví přínos pro klienty z pohledu sester?

### 3 Metodika

Metodika bakalářské práce byla založena na kvalitativním výzkumném šetření.

#### 3.1 Použitá metoda výzkumného šetření

Pro bakalářskou práci bylo za získáním potřebných informací použito kvalitativní výzkumné šetření, které probíhalo metodou dotazování. Technika sběru dat byla prováděna formou polostrukturovaných rozhovorů. Respondenty tvořily sestry, které se zabývaly Programem pro dobré zdraví. Tyto rozhovory byly prováděny se dvěma sestrami z oddělení psychiatrie v Nemocnici České Budějovice, a.s., dále se sestrami z organizace FOKUS České Budějovice a se sestrou z nejmenované nemocnice z kliniky psychiatrie.

Podklad pro rozhovory tvořilo 18 předem připravených otázek (Příloha 1), při potřebě byly v průběhu rozhovoru kladeny doplňující otázky. Pro vedení rozhovoru místo vybírali respondenti. Místa byla vhodná, chvílemi rušena jinými pracovníky či pacienty. Atmosféra byla příjemná, uvolněná. Respondenti na kladené otázky odpovídali klidně, dobrovolně a obsáhle. Otázky se týkaly takové menší charakteristiky Programu pro dobré zdraví, dále role sestry, specifík edukace klientu s duševním onemocněním, jejich spolupráce a přínosu Programu pro dobré zdraví.

Kvalitativní metoda byla zvolena z důvodu lepšího pochopení Programu pro dobré zdraví. Tato metoda pomohla získat detailní a komplexní informace o zkoumaném programu a navíc i subjektivní pocity a názory respondentů ve vedení programu.

Otázky pro rozhovor byly tvořeny technikou polostrukturovaného rozhovoru. Tato technika dokáže řešit mnohem více výhod či nevýhod, je náročnější na přípravu a jedná se o nejrozšířenější podobu rozhovoru (Švaříček, Šedová, 2007). Miovský uvádí (2006, s. 161): „Výhodou polostrukturovaného interview je především to, že dokáže

*eliminovat nevýhody obou zbývajících variant metody inter-view (nestrukturovaného a plně strukturovaného) a vytěžit současně maximum jejich výhod. Možnost kombinace prvků nestrukturovaného i strukturovaného interview činí z metody polostrukturovaného interview téměř ideální výzkumný nástroj pro oblasti aplikace většiny výzkumných plánů v rámci kvalitativního přístupu.“*

První rozhovor se sestrou z organizace FOKUS České Budějovice, byl proveden začátkem měsíce březen 2015 a to se souhlasem vedení dané organizace (Příloha 3), které s provedením rozhovorů v jejich zařízení souhlasilo nejdříve telefonicky a poté i podepsáním souhlasu s provedením rozhovorů, dále i se souhlasem sestry, se kterou byl rozhovor prováděn. Druhý rozhovor v tomto zařízení, který byl i mým posledním rozhovorem byl uskutečněn, kvůli pracovní neschopnosti sestry, koncem měsíce března. Bohužel program pro dobré zdraví před časem přestal být financován nadací ČEZ, a proto v organizaci FOKUS České Budějovice neprobíhá pod názvem Program pro dobré zdraví, ale jenom při individuálních sezeních. Následující rozhovor byl proveden v polovině března se sestrou se specializací Ošetřovatelská péče v psychiatrii v nezmiňované nemocnici. Žádost bylo nutné podat na ředitelství této nemocnice, která mi žádost odsouhlasila, dále bylo nutné telefonicky informovat vrchní sestru psychiatrické kliniky, která s provedením rozhovoru také souhlasila a nakonec se zmiňovanou sestrou, která mi rozhovor poskytla. Tato sestra znalostí programu také využívá jenom při individuálních sezeních. Dva další rozhovory jsem prováděla koncem března v Nemocnici České Budějovice, a.s., se sestrami, které též měly specializaci, Ošetřovatelská péče v psychiatrii. Sestry program stále aktivně vedou a v době poskytnutí rozhovorů hledaly klienty, kteří by se programu zúčastnili. Žádost o povolení výzkumu pro tyto rozhovory byla podána hlavní sestře Nemocnice České Budějovice, a.s. (Příloha 2). Poté po souhlasu hlavní sestry byla telefonicky informována a požádána o povolení rozhovorů vrchní sestra psychiatrického oddělení a následně požádány obě sestry, které se programem zabývají. Některé rozhovory byly se souhlasem sester nahrávány na diktafon, v mobilním telefonu, formou audiozáznamu. Rozhovory byly později přepsány v programu Microsoft Office Word 2010 do písemné podoby s využitím autentických odpovědí respondentů, zaznamenány byly přímým

přepisem. Snahou bylo zachovat maximální autenticitu všech odpovědí respondentů. Rozhovor se sestrou z nejmenované nemocnice byl proveden telefonickou formou, která byla též přepisována do písemné formy v programu Microsoft Office Word 2010 (Příloha 4). Odpovědi dotazovaných respondentů byly zpracovávány pomocí analýzy odpovědí metodou barvení textu a následně rozděleny do kategorií a subkategorií (Švaříček, Šedová, 2007).

Sestry byly předem seznámeny s tématem bakalářské práce i se zaměřením rozhovoru na Program pro dobré zdraví. Rozhovory trvaly individuálně od 15 do 30 minut. Sestry byly ve výzkumném šetření očíslovány, např. R1 (respondent 1) a takto je na ně odkazováno v textu.

### **3.2 Charakteristika výzkumného souboru**

K výběru respondentů byla využita metoda záměrného výběru. Respondenti byli vybíráni záměrně na základě svých zkušeností s vedením Programu pro dobré zdraví. Měli bohaté zkušenosti se zkoumaným jevem. Bylo bráno v potaz jejich vzdělání se zdravotnickým zaměřením, avšak v potaz nebyla brána délka jejich praxe, či dosažené vzdělání (Bártlová, 2009). Výzkumného souboru pro polostrukturované rozhovory, kvůli neaktuálnosti programu, zapříčiněným zrušením jeho financování, se zúčastnilo 5 vystudovaných zdravotnických sester. Dvě všeobecné sestry ze zařízení FOKUS České Budějovice, dvě sestry se specializací Ošetrovatelská péče v psychiatrii pracující na oddělení psychiatrie v Nemocnici České Budějovice, a.s. a jedna sestra také se specializací Ošetrovatelská péče v psychiatrii pracující v nejmenované nemocnici na psychiatrické klinice. Veškeré identifikační údaje o respondentech jsou pro lepší přehlednost zpracovány do tabulky (Tabulka 1).



Tabulka 1 Identifikační údaje o respondentech

Respondent	Věk	Délka praxe	Pracoviště	Vzdělání
R1	38	15 let	Sociální pracovnice v zařízení FOKUS ČB	Diplomovaná všeobecná sestra
R2	55	32let	Sociální pracovnice v zařízení FOKUS ČB	Diplomovaná všeobecná sestra
R3	49	23let	Lůžková část psychiatrického oddělení	Vysokoškolské – bakalářské + Specializační studium – Ošetrovatelská péče v psychiatrii
R4	46	20let	Lůžková část psychiatrického oddělení	Vysokoškolské – bakalářské + Specializační studium – Ošetrovatelská péče v psychiatrii
R5	40	18 let	Ambulantní část psychiatrické kliniky	Středoškolské s maturitou obor dětská sestra + Pomaturitní specializační studium – Ošetrovatelská péče v psychiatrii

Zdroj: Vlastní

Zúčastnilo se pět respondentek. Jejich průměrný věk byl 45,6. Průměrná délka praxe respondentek byla 21,6. Dvě ze zúčastněných respondentek pracovaly v zařízení FOKUS České Budějovice, dvě v Nemocnice České Budějovice, a.s. a jedna v nejmenované fakultní nemocnici v ambulanci psychiatrické kliniky. Co se týče dosaženého vzdělání respondentek, dvě byly vystudované diplomované všeobecné sestry a dvě dosáhly vysokoškolského bakalářského vzdělání a jedna středoškolského vzdělání s maturitou, z čehož tři tyto sestry byly specializovány v oboru Ošetrovatelská péče v psychiatrii.

## 4 Výsledky výzkumu

### 4.1 Kategorizace zpracovaných výsledků

Z kvalitativního výzkumného šetření, které probíhalo technikou polostrukturovaných rozhovorů a metodou dotazování, vzniklo díky analýze odpovědí metodou barvení textu 5 kategorií, ze kterých vyplynulo 11 subkategorii. Vše bylo následně zpracováno do tabulky (Tabulka 2).

Tabulka 2. Kategorie a subkategorie

Název kategorie	Název subkategorie	
Edukace klientů s duševním onemocněním	Specifika edukace	Průběh edukace
Role sestry	Příprava sestry	Náročnost programu
Spolupráce klientů	Přístup klienta a jeho následky	Co dělat pro lepší spolupráci?
Cíl	Na co sestry kladou důraz?	Přínos pro Klienta Cíl Programu pro dobré zdraví
Rodinní příslušníci	Proč nezařazovat do skupin?	Jak je edukovat?

Zdroj: vlastní

## 4.2 Kategorie „Edukace klientů s duševním onemocněním“

Do této kategorie byly zařazeny otázky zabývající se odlišností edukace klientů s duševním onemocněním. Snažila jsem se zjistit, jak edukace probíhá a co je dle sester nejdůležitější u těchto klientů dodržovat. Tuto kategorii jsem rozdělila do dvou subkategorií, specifika edukace a průběh edukace.

Při první otázce, kdy měly respondentky popsat, co je to vlastně Program pro dobré zdraví a jak probíhá, se všechny kromě R3 zmínily o tom, že se program týká zdravé výživy. R2, R4 a R5 dodaly, že se program klientům snaží ukázat i to, že ke zdravému životnímu stylu patří i pohyb. R3, R4 a R5 popsaly i průběh sezení, přičemž R3 a R5 se zmínily i o kontrole zpětné vazby klientů. Nejlépe průběh programu popsala R5, která na otázku Co to Program pro dobré zdraví je a jak probíhá, odpověděla takto: *„Program byl vytvořen s cílem zlepšit celkový životní styl a kvalitu života klientů se schizofrenií či jinou psychózou. Je založen na skupinové psychoedukaci, která klientům poskytuje informace o zdravé stravě a výzkumu fyzické aktivity. Cílem je motivovat a pomoci klientům zdravě žít. Edukovat je o zdravé stravě a povzbudit je k vyšší tělesné aktivitě. Vytvořit prostředí pro otevřenou diskuzi o svých problémech a tím zlepšit jejich sebevědomí a sociální fungování. Program je rozdělen do 2 sekcí, a to zaprvé výživa, dobré zdraví a zdravý životní styl a zadruhé udržování kondice a cvičení. Každá sekce obsahuje praktické rady a názorné příklady týkající se zdravého stravování a cvičení, včetně stanovení si konkrétních cílů. Udržení motivace k dodržování zdravého životního stylu. Program je strukturován do deseti vyučovacích hodin v trvání 1,5 hodiny. Je to 8x 1 vyučovací hodina týdně a další 2 setkání jsou po měsíci. Ve skupině je 8- 12 klientů.“*

Co se týče zájmu klientů o Program pro dobré zdraví, tak se R2 a R5 shodly, že ze začátku byl velký zájem ze strany klientů, který časem klesal. R3 si myslí, že jeden z důvodů poklesu zájmu se týká jejich onemocnění, které souvisí se sociální stažeností a pasivitou klientů. Spolu s R4 se shodly, že velkou roli hrají i ambulantní lékaři, kteří klienty neinformují o možnosti skupinových setkání, které probíhají. R1, R2 a R5 již Program pro dobré zdraví nevedou formou skupinových sezení kvůli

nezájmu klientů a ztrátou podpory programu firmou, ale snaží se klienty vést v individuálních konzultacích, na rozdíl od R3 a R4, které stále mají určité možnosti pořádat skupinová sezení. R3, R4 a R5 přiznaly, že si většinu účastněných klientů „chytají“ samy na svém oddělení či v ambulanci.

Z výsledků rozhovorů všech respondentek vyplynulo, že nejdůležitějším specifikem edukace u klientů s duševním onemocněním je dodržovat u každého klienta individuální přístup a klienty edukovat jednoduchými větami, pomaleji, srozumitelně a často informace opakovat, kvůli sníženým kognitivním funkcím spojeným s jejich onemocněním. R1, R2 a R3 poukázaly i na to, že je důležité při edukaci brát v potaz i finanční stránku klientů, která je díky invalidním důchodům ne příliš dobrá. Například R1 při této otázce odpověděla takto: *„Já si myslím, že ta specifika není. Je to hodně omezený, když nebudeme brát to onemocnění, ale z té pozice toho, že mají invalidní důvody a nemají finance na to, aby šli do zdrav výživy a koupili si olivovej olej, nějakou celozrnnou mouku a takový, že z tohohle pohledu nejsou finance, takže i nad tímhle přemýšlet.“* Podle názoru R1, R3 a R5 nějaká zvláštní specifika edukace nejsou a R4 poukázala i na důležitost zařazení názorných otázek, kdy na otázku, zda mají nějaká specifika u klientů s psychotickým onemocněním, odpověděla takto: *„Určitě musíme být jakoby pomalejší, ale to si myslím, že se týká všech těch nemocných. Musí to být srozumitelný, pravidelný, aby to mělo nějakou konstrukt, aby to vždy tak nějak stejně začínalo a stejně končilo, aby to mělo nějakou určitou řadu, aby se v tom zorientovali. Právě rušivé elementy úplně nějak eliminovat. Musí se třeba i víckrát opakovat, nebo hodně názorně předvádět.“*

### **4.3 Kategorie „ Role sestry v Programu pro dobré zdraví“**

Kategorie Role sestry v Programu pro dobré zdraví byla zaměřená převážně na to, v čem jejich role spočívá. Také mě zajímalo, jaká je příprava sester pro tento Program a jak je pro ně Program náročný. Tato kategorie byla rozdělena na dvě subkategorie, příprava sestry a náročnost programu.

Při sloučení odpovědí všech respondentek vyplynulo, že velmi důležitou rolí sestry v psychoedukaci je pohlížet na klienty jako na bio-psycho-sociální bytost a ke všem přistupovat individuálně. Dále jsem vyhodnotila, že je důležité naslouchat klientovým problémům, být mu oporou a získat si jeho důvěru. Dle R2, R3 a R4 by sestra měla mít dostatečné množství odborných informací, aby klientovi dokázala správně poradit, jak se v jakých situacích zachovat. R2 a R3 dodaly, že je důležité klienta vést a ukázat mu cestu. Například R3 na otázku jaká je hlavní role sestry v psychoedukaci u klientů s psychotickým onemocněním odpověděla takto: *„No, vést klienty, to je takový to ukázat jim cestu. Já vždycky říkám, my Vám ukážeme cestu, dostanete potřebné informace a je na Vás, jak si to vyhodnotíte, po které cestě chcete jít, co si vyberete. Takže ukázat cestu, bych to asi tak řekla stát se jim takovým průvodcem, zároveň vrba. Já vždycky říkám, že do programu se má vejít to, co se nevejde do ordinace ambulantního psychiatra, že na to není čas. Takže kolikrát probíráme i sexuální život a já nevím, co všechno. Mělo by se to sem vejít. My se o to snažíme, takže průvodce, vrba, zároveň samozřejmě takové informační centrum, trošku i možná přítel. Je to hodně obsáhlé, ale snažíme se, aby měli kam přijít, svěřit se co je trápí, co chtějí vědět a nějak je nasměrovat. A oni se ozývají i po programu, takže si myslím, že jakoby tady cítí to zázemí, že tady mohou opravdu mluvit.“* Z čehož R2 zdůraznila, že je vhodné je vést k soběstačnosti a naučit je správně hospodařit s financemi.

R5 se zmiňovala převážně o důležitosti navození dobré atmosféry, pozitivnímu přístupu i k malým úspěchům klienta a neustálé motivaci klientů ke změnám, které vedou k lepšímu žití. Dále dle R1 je důležité přecházet konfliktům, které by mohly narušit skupinu. R2, R4 a R5 přiznávají, že některé situace ve skupině ovlivňují i jejich přístup ke klientům, z čehož u R4 a R5 je ovlivnění většinou z pozitivního hlediska na rozdíl od R2, která se setkala spíše s negativním ovlivněním. Odpověď R5, zda se jí stává, že jí určitá situace nějakým způsobem ovlivní, zněla takto: *„Samozřejmě, že žádná situace, jakákoliv, by neměla ovlivnit přístup ke klientovi, to by měla psychiatrická sestra zvládnout. I přesto jsme jenom lidi a přiznám se, že někdy mi to dá víc práce. V programu jsem ale byla ovlivněna spíše*

*pozitivně. Klienti jsou opravdu vděční za každý projevovaný zájem a tak jsme se „nabíjeli“ pozitivně navzájem.“*

Při otázkách týkajících se náročnosti programu pro sestry, které ho vedou se R1, R4 a R5 shodovaly, že v pozdější době již náročné nejsou, z čehož R4 a R5 přiznaly, že začátek programu byl náročný až stresující. R3 potvrdila, že je program náročný hlavně časově, jelikož mají někdy problém program spojit s prací na oddělení, ale jinak je pro ni program příjemný a nabuzující. Na rozdíl od R2, podle které je vedení programu pro sestry náročné, na otázku zda si myslí, že je program pro sestry náročný, odpověděla: *„Já si myslím, že určitě. O tom přístupu, protože tam pracujeme vlastně s psychicky nemocným člověkem a ta práce je vždycky složitá, to znamená prostě vědět ty jejich problémy už, ty psychický apod. a už i těmhle nemocným lidem dávat optimismus a ta podpora, tak určitě je to důležitý. Je to těžký, náročný.“*

Všechny respondentky se shodly, že školení k Programu pro dobré zdraví je z velké části samostudium. Z čehož R3, R4 a R5 se účastnily přednášek pořádaných firmou, která Program pro dobré zdraví zavedla v ČR. Odpověď jedné z respondentek, konkrétně R3, byla tato: *„Jo, prošli jsme si takovým kurzem. Máme certifikát, že jsme školitelky Programu pro dobré zdraví. Celej soubor přenášek. Obecně zahrnujeme zdravý životní styl. Jinak je to takový samostudium, hodně samostudium a ta praxe, která nás učí jinak pracovat s duševně nemocnými klienty, tak obě dvě sestry jsme specialistky v péči o duševní zdraví plus certifikát na ten program.“*

#### **4.4 Kategorie „Spolupráce klientů“**

V této kategorii jsem se zaměřila na spolupráci klientů se sestrami a také spolupráci ve skupině. Respondentky byly dotazovány na to, zda se setkaly s negativním přístupem klientů a zajímalo mě, jaké může mít následky negativní přístup klientů a co dělat, aby klienti lépe spolupracovali. Tato kategorie byla členěna do dvou subkategorii a to přístup klientů a jeho následky a co dělat pro lepší spolupráci.

Při výzkumu spolupráce se všechny respondentky shodly na tom, že se s klienty spolupracovalo velmi dobře. Dle respondentek klienti byly kreativní, aktivní, příjemní, snaživí, připravení na sezení, zapojovali se do hodin, vyptávali se a připravovali si různé otázky. Dle R3 a R4 je spolupráce i docházka, jelikož je program dobrovolný. Pokud klienti na setkání přijdou, tak projevují snahu i zájem o program. R5 uvedla, že si někteří klienti dávají příliš vysoké cíle a proto je potřeba společně někdy cíle pozměnit. Tato respondentka se také jako jediná setkala s negativním přístupem klienta, který i dle předpokladu ostatních respondentek, ovlivnil celou skupinu. R5 na otázku zda se setkala s negativním přístupem klienta, odpověděla takto: *„Za celou dobu trvání programu, jsem se setkala pouze jednou s negativním klientem, kterému jsem doporučila navštívit svého ambulantního lékaře. Po zlepšení zdravotního stavu, byl opět zařazen do programu. Do programu jsou zařazeni pouze stabilizovaní ambulantní klienti.“* Po této otázce jsem navázala otázkou, zda ovlivňuje negativní přístup klienta práci s ostatními klienty. Na to odpověděla: *„V tomto jednom případě to opravdu ovlivnilo celou skupinu. Pozornost se strhávala pouze na něj a bylo těžké skupinu vést.“*

Podle R2 ke spolupráci klientů pomáhá klientům poskytnout odborné vědomosti na rozdíl od R4 a R5, které upřednostňují zábavné, příjemné setkání, kde se klienti nemusí stydět, jelikož jsou mezi lidmi s podobným problémem. R3 uvedla, že velmi důležitá je motivace a pochvala. Její odpověď na otázku co pomáhá k tomu, aby klienti reagovali pozitivně na program a spolupracovali, byla tato: *„Pochvala. Motivujeme, chválíme, dáváme i razítka, dáváme jedničky za jídelníčky, samozřejmě slovem. To oni prostě tu pochvalu cítí, a když se jim fakt něco daří. Je to taková skupinová radost potom i zároveň. I třeba zatleskáme. My je vážíme, ale dodržujeme samozřejmě nějaké soukromí, takže nekřičíme nahlas, že má někdo 150 kg. Vždycky stranou někde vážíme, ale oni jsou takový, že už to aji říkají tý skupině „Ježíš, já mám o dvě kila míň“ hlásí to samy, takže je to potom, taková sdílená radost, takže motivace a chválení.“*



## 4.5 Kategorie „Cíl“

V kategorii cíl mě zajímalo nejen to, co byl původní cíl Programu pro dobré zdraví, ale také na jaký cíl kladou důraz sestry a jaký má program vlastně přínos pro samotné klienty. Tato kategorie byla rozdělena na tři subkategorie, na co sestry kladou důraz, přínos pro klienty a cíl Programu pro dobré zdraví.

Z rozhovorů vyplynulo, že cílem Programu pro dobré zdraví, je snížit riziko kardiovaskulárních a somatických onemocnění klientů s duševní poruchou, jejich hmotnost a celkově zlepšit kvalitu jejich života. Všechny respondentky však uvádějí, že nejdůležitější je to, že se klienti cítí lépe, zvyšuje se jim sebevědomí, mají lepší pocit, setkají se s lidmi se stejnými problémy, takže se nemusejí stydět a navazují s nimi sociální kontakty. R2 klade důraz na to, aby si klienti sami zadali svůj cíl. Její odpověď na otázku zněla takto: *„Oni sami si musejí zadat nějaký cíl. Prostě, co teda chtějí tím dosáhnout, to znamená, že jestliže opravdu mají nějaký ty zdravotní problémy, ať jsou to žaludeční, cukrovka, nadváha a podobně, tak oni prostě musejí vědět, s čím do programu přicházejí, my se jim snažíme po celou tu dobu vysvětlit vlastně to, co by měli dělat a i po skončení programu se je snažíme podporovat v tom, aby vlastně dodržovali to co si zvolili a aby to mělo nějaký smysl, takže to musí v tom pokračovat dál, že nestačí jenom tři měsíce, který program pro dobré zdraví trvá, ale prostě i potom. Snažíme se jim vysvětlovat po celou dobu, jakéj to má význam pokračovat dál. Takže ten důraz je individuální u každého, protože každý si přijde s jiným problémem a my se snažíme každého zvlášť řešit.“* Pro R1 a R4 je důležité klienty naučit dodržování denního režimu a zdravého životního stylu. Například odpověď R1 zněla: *„Dodržovali, to je těžký. Všechno souvisí s těma lékama. Ráno nejsou aktivní. Za mě je důležitěj nějakěj ten denní režim, kdy ráno vstanu, nasnídám se, jdu na aktivitu a od toho se to odvíjí. Naučit se prostě nějakěj denní režim, nějakěj rituál a najet si na to.“* R5 říká, že i klást na něco důraz je individuální podle klientů, ale obecně klade důraz na změnu, v čemž spočívají odpovědi i ostatní respondentek. Odpověď této respondentky zněla takto: *„Důraz byl kladen velice individuálně podle možností klienta. Bylo potřeba nejprve zjistit, kde je „zakopaný pes“ zda je potřeba*

*změnit více jídelníček si zvýšit tělesnou aktivitu. Obecně se dá říct, že nejvíce je kladen důraz na změnu.*“ R3 uvedla, že největší důraz klade na získání samostatnosti klienta.

#### **4.6 Kategorie „Rodinní příslušníci“**

V této kategorii jsem se zaměřila na rodinné příslušníky. Zajímalo mě, zda je dobré, aby se rodina klientů účastnila sezení v Programu pro dobré zdraví a zda je toho i využíváno. Jelikož mi výsledky poukázaly převážně na nesouhlas s účastí rodinných příslušníků, zajímala jsem se o to, proč některé sestry nesouhlasí s účastí rodiny klientů v programu a jak by bylo vhodné rodinné příslušníky edukovat. Tato kategorie byla rozdělena na dvě subkategorie, proč nezařazovat do skupiny a jak edukovat.

Z výsledků vyplynulo, že rodinní příslušníci se mohou zúčastňovat Programu pro dobré zdraví, pokud nezasahují do sezení. R1 a R2 s účastí rodiny souhlasí, z důvodu větší podpory klienta rodinou. R3, R4 a R5 účast rodiny vyzkoušely a nebyly s tímto přístupem spokojeny. Přítomnosti rodiny většinou skupinu značně narušovala, a proto s účastí rodinných příslušníků na skupinovém sezení nesouhlasí. Také si ale myslí, že i pro ně je edukace velmi důležitá, jenom jině a jiným způsobem a hlavně ne ve skupině klientů s duševním onemocněním. Pro příklad je zde odpověď R2, která souhlasí s účastí rodinných příslušníků: *„Ne, to jsme nezkoušeli. Myslím, že by to nebylo špatný, aby u některých diagnóz spolupracovala i rodina. Samozřejmě, když chtěl někdo opravdu třeba extrémně zhubnout, což tady u těch psychiatrických léků, tam prostě ta nadváha je jako vedlejší účinek u hodně klientů, tak je pravda, že jsme se snažili, aby ten klient si sám s tou rodinou nastavili nějaký pravidla, aby ta rodina věděla, že on se snaží se sebou něco dělat, třeba zrovna v tom směru, že chce zhubnout. Protože je důležitý taky to, aby to ta rodina přijala, protože kdyby ho rodina přestala podporovat, tak by to ten klient měl hodně těžký, ale neměli jsme nikoho takhle.“* A pro porovnání také odpověď R3, která s účastí rodinných příslušníků na sezení nesouhlasí: *„Ne, jednou jsme to vyzkoušeli a nebylo to úplně vhodné. Zase to tu skupinu narušuje. Museli by být asi zvlášť. Kdybychom s nimi pracovali,*

*nebylo by to úplně špatný, protože někdy na to narážíme, že někteří mají tu péči rodiny někdy až přehnanou, ale není to dobrý dohromady s tou skupinou. To se nám neosvědčilo.“*

## 5 Diskuze

V bakalářské práci jsme se zabývali rolí sestry v psychoedukaci u klientů s duševním onemocněním, které se zaměřovalo na zdravý životní styl. Cílem Programu pro dobré zdraví, je snížit riziko kardiovaskulárních a somatických onemocnění klientů s duševní poruchou, jeho hmotnost a celkově zlepšit kvalitu jeho života (Bauernöplová, 2014). Proto výzkum bakalářské práce souvisel s Programem pro dobré zdraví. Výzkumné šetření bylo prováděno pomocí rozhovorů se sestrami, které tento program vedou nebo v minulosti vedly. V teoretické části bakalářské práce jsme se zabývali onemocněním, kterým jsou klienti postihnuti (schizofrenií), a také léčbou tohoto onemocnění, která s sebou nese vedlejší účinky užívaných léků. Dále jsme zmínili edukaci obecně, kterou jsme doplnili o roli sester při edukaci klientů s duševním onemocněním a dále částí, která se týkala právě zdravého životního stylu, kde jsme poukázali na důležitost nejen zdravé výživy a správnosti stravování, ale i na důležitost pohybu a odpočinku. Na konci teoretické části je zmíněn i samotný Program pro dobré zdraví. Ve výzkumné části bakalářské práce jsme použili kvalitativní výzkumné šetření, kdy se rozhovory se sestrami zaměřovaly na specifika edukace klientů s duševním onemocněním, na průběh skupinových sezení, také na roli sestry při sezení, jejich přípravu k Programu pro dobré zdraví a náročnost těchto sezení pro sestru. Důležité bylo zařadit do výzkumu i otázky týkající se spolupráce klientů, jejich přístupu k programu a možného ovlivnění celé skupiny zapříčiněným negativním přístupem klienta. Také nás zajímalo, co napomáhá k tomu, aby klienti přistupovali k programu pozitivněji. Další důležité otázky se týkaly cílů sezení, ale nejenom těch, které byly zadány Programem pro dobré zdraví, ale i těch, které upřednostňují sestry a kladou na ně důraz. Také se vyskytla otázka, jaký přínos mají sezení pro samotného klienta. Poslední otázkou bylo, zda je vhodná účast rodinných příslušníků na skupinovém sezení.

Bakalářská práce je rozdělena na část teoretickou a výzkumnou. Pro zjištění cíle uvedeného v třetí kapitole bylo použito kvalitativní výzkumné šetření. Byla zvolena

metoda dotazování formou polostrukturovaných rozhovoru s vybranými respondenty. Výzkumný soubor tvořilo pět respondentů, kteří v minulosti vedli, či stále vedou Program pro dobré zdraví. Bylo podmínkou, že respondenti musejí být vzděláni v oboru Všeobecná sestra, Diplomovaná sestra specialista nebo specializace Ošetrovatelská péče v psychiatrii. Všichni respondenti museli být proškolení v Programu pro dobré zdraví. Podkladem pro rozhovory byly předem připravené otázky (Příloha 1). V případě potřeby byly respondentům kladeny doplňující otázky. Většina rozhovorů byla zaznamenávána na diktafon mobilního telefonu jako zvukový záznam. Poté byly odpovědi přepisovány přímým přepisem a očištěny od zbytečných slovních parazitů. Byla snaha zachovat maximální autenticitu odpovědí respondentů. K dalšímu zpracování byla použita metoda barvení textu. Na základě barevného značení, vznikaly kategorie a subkategorie, které byly následně zpracovány (Švaříček, Šedová 2007).

Cílem bakalářské práce bylo: Zjistit a popsat roli sestry v psychoedukaci u klientů s psychotickým onemocněním se zaměřením na zdravý životní styl. Z výzkumného šetření týkajícího se edukace klientů s duševním onemocněním vyplynulo, že edukace klientů s duševním onemocněním je velmi podobná edukaci klientů, kteří netrpí žádným onemocněním. Všechny respondentky se povětšinou shodly na tom, že jedno z nejdůležitějších pravidel je u každého klienta brát zřetel na individualitu a na každého pohlížet jako na bio-psycho-sociální bytost. Toto potvrzuje i Orel (2012), který uvádí v knize Psychopatologie, že příčiny tohoto onemocnění se hledají v rámci celého bio-psycho-sociálního spektra (Orel a kol., 2012). Většina respondentek se zmínila i o tom, že je nutné brát v úvahu zhoršené kognitivní funkce, proto při edukaci je nutné postupovat pomaleji. Respondentky uváděly, že je důležité vše klientům zřetelně vysvětlovat, edukovat je jednoduchými větami a také je nepřehltit informacemi. Toto potvrzuje i Praško (2005), který uvádí, že nejčastěji z kognitivních funkcí bývá postížena paměť, pozornost, učení a řídicí funkce, což vede ke kognitivnímu deficitu. R1, R2 a R3 se zmínily také o špatné finanční stránce u většiny klientů, v souvislosti s invalidními důchody, na kterou by se nemělo zapomínat. R3 a R5 poukázaly i na důležitost zpětné vazby, kterou sestry zjistí, zda se klienti v programu něčemu

naučili. Průběh skupinových sezení se velice podobá popsání skupinových sezení, tak jak je popisují Bauernöplová a Kalinová (2014). Respondentky udávaly, že sezení se účastní v rozmezí 8-12 klientů. Pořádáno je 10 sezení, které je rozděleno na dvě části. V první části se edukace zabývá zdravou životosprávou, zdravými složky potravin, energetickými hodnotami, pomáhají jim sestavit jídelníček a podobně. Ukázka potravinové pyramidy (Příloha 5), jak může vypadat sestavený jídelníček (Příloha 6) a energetická tabulka (Příloha 7) jsou uvedeny v přílohách. Malý rozdíl jsem našla v druhé části, kdy se edukace zaměřuje na pohyb. Program pro dobré zdraví se zmiňuje o návštěvách fitness centra a podobných zařízení (Bauernöplová, Kalinová, 2014). Respondentky uvedly, že zkoušely klienty motivovat k pohybu i v těchto podmínkách, ale v souvislosti s jejich onemocněním, které s sebou nesou i vyšší sociální izolaci a stydlivost, od těchto prostředí upustily. Klienty motivují k běžnému dennímu pohybu, jako jsou procházky, nevyužívání dopravních prostředků a podobně.

Sloučení odpovědí respondentek, na otázku jaká je role sestry, charakterizovalo, jaká by vlastně sestra měla být. Velmi se mi líbila odpověď R3, která na otázku jaká je hlavní role sestry v psychoedukaci u klientů s duševním onemocněním, odpověděla takto: *„No, vést ty klienty. Ukázat jim cestu. Já vždycky říkám, „My Vám ukážeme cestu, dostanete potřebné informace a je na vás, jak si to vyhodnotíte, po které cestě chcete jít, co si vyberete.“ Takže ukázat cestu a stát se jim takovým průvodcem, zároveň vrba. Vždy říkám, že do programu se má vejít to, co se nevejde do ordinace ambulantního psychiatra, protože na to není čas. Takže kolikrát probíráme i sexuální život a já nevím co všechno. Mělo by se to sem vejít. My se o to snažíme, takže průvodce, vrba, zároveň samozřejmě takové informační centrum, trošku i možná přítel. Je to hodně obsáhlý, ale snažíme se, aby měli kam přijít, svěřit se, co je trápí, co chtěou vědět a nějak je nasměrovat. A oni se ozývají i po programu, takže si myslím, že cítí trošku to zázemí, že tady můžou mluvit.“* R1, R3, R4 a R5 se shodly, že program pro sestry není nějak náročný, spíše je pro ně sezení i uvolněním a určitým způsobem je nabíjí. Je to tím, že jsou klienti příjemní, snaživí a ochotní spolupracovat. R4 a R5 však podotkly, že na začátcích tohoto programu, byla sezení náročnější až stresující a R3 se zmínila,

že se stává, že je občas program z časového hlediska špatně slučitelný s prací na oddělení. Jediná R2 v odpovědi uvedla, že je vedení programu pro sestry náročné.

Ve výzkumném šetření zaměřeném na spolupráci klientů se všechny sestry shodovaly na tom, že spolupráce je velmi dobrá a klienti jsou aktivní. Čtyři respondentky neměly zkušenost s negativním přístupem klienta, ale domnívaly se, že by to mohlo narušit celou skupinu, což potvrdila R5, která se s negativním klientem jednou setkala. Doporučila klientovi navštívit ambulantního lékaře a po zlepšení zdravotního stavu se opět vrátil do programu. Program pro dobré zdraví je určený pro klienty, kteří jsou v remisi onemocnění, což znamená, že se u nich v tomto období neprojevují příznaky onemocnění (Bauernöplová a Kalinová, 2014; Kitzlerová a Motlová, 2006; Kitzlerová a Motlová 2005).

Ve výzkumném šetření jsem se samozřejmě zabývala také cílem Programu pro dobré zdraví. V tomto výzkumném šetření mě však zajímalo také to, co je cílem v tomto programu pro sestry. Z rozhovorů vyplynulo, že cílem Programu pro dobré zdraví je zlepšit zdravý životní styl a tím snížit váhu klientů a riziko kardiovaskulárních a somatických onemocnění a také zlepšit kvalitu života klientů s duševním onemocněním. Respondentky mají samozřejmě stejný cíl, jaký uvádí Program pro dobré zdraví, ale většina respondentek dodává, že pro ně je hlavní cíl i to, že tam klienti naváží sociální kontakty, které se jim v normálním životě těžko navazují, což potvrzuje článek od autorů Motlové a Španiela, kde se autoři zmiňují o sociální izolaci a s ní pozitivním účinkem Programu pro dobré zdraví. Uvádí: „*Program pro dobré zdraví na této úrovni plní významnou roli jednak primárně preventivní (prevence rozvoje somatických komplikací -metabolického syndromu, kardiovaskulárních chorob atd. při tělesné nadváze či obezitě), má ovšem i edukační význam v sekundární prevenci relapsu psychotických onemocnění. Stejně důležitý je i jeho rozměr sociální - předchází sociální izolaci a významně přispívá k destigmatizaci*“ (Motlová, Španiel, 2010, s. 18-19).

Rozdílný názor sester jsem shledala také u otázky týkající se účasti rodinných příslušníků, kdy R1 a R2 neměly vlastní zkušenost s účastí rodinných příslušníků a dle jejich názoru by bylo vhodné rodinné příslušníky zapojit do skupinových sezení.

Na rozdíl od R3, R4, R5, které ze svých vlastních zkušeností nesouhlasí s účastí rodinných příslušníků na skupinovém sezení, kdy se jim často stávalo, že přítomnost „cizí“ osoby ve skupině velice narušovala celou skupinu. Shodují se ale s R1 a R2 na tom, že by měla být edukována i rodina klienta s tím rozdílem, že ne ve skupině, ale jině a jiným způsobem. Důležitost edukace rodiny potvrzují Knezovicová, Ralbovská a Brukkerová (2010). Autorky uvádí, že jedním z určujících vlivů na způsob života jedince je sociální prostředí, ve kterém žije a uspokojuje své potřeby. Největší skupinou, ovlivňující způsob života jedince, je rodina (Knezovicová, Ralbovská a Brukkerová, 2010).

Klienty s duševním onemocněním a Programem pro dobré zdraví se také zabývá Kočová (2011) ve své bakalářské práci s názvem Důsledky psychotického onemocnění na kvalitu života pacienta. V jejímž výzkumu se můžeme dočíst, že klienti před nástupem do edukačního programu z 89 % trpěli nadváhou, na čemž se podílela i skutečnost, že užívali antipsychotika. V její bakalářské práci je také popsán průběh Programu pro dobré zdraví a jeho zaměření nejen na léčebnou stránku klientů, ale i na všechny aspekty kvalitního života. Stejně jako autorka této práce si i já myslím, že programy s podobným zaměřením jsou velice prospěšné pro klienty, kteří se jich účastní.

Před začátkem výzkumného šetření, kdy jsem sháněla respondenty k rozhovorům, jsem měla velký problém respondenty sehnat z důvodu ukončení financování Programu pro dobré zdraví, díky kterému již Program pro dobré zdraví skoro nikde neprobíhá a poté, když se mi podařilo je sehnat, musím říct, že jsem se obávala jejich přístupu k rozhovorům a jejich ochoty. Byla jsem však mile překvapena, neboť oslovené respondentky byly velice vstřícné, spolupracovaly a na otázky se snažily odpovídat obsáhle.



## 6 Závěr

V bakalářské práci jsme se zabývali rolí sestry v psychoedukaci u klientů s psychotickým onemocněním se zaměřením na zdravý životní styl. Zajímal nás Program pro dobré zdraví, který v minulosti probíhal a byl zaměřený na klienty se schizofrenií, kteří díky vedlejším účinkům léků často trpí obezitou. Pro výzkumnou část bakalářské práce byl stanoven jeden cíl a to zjistit a popsat roli sestry v psychoedukaci u klientů s psychotickým onemocněním se zaměřením na zdravý životní styl. Zvolený cíl byl splněn pomocí polostrukturovaných rozhovorů.

K výzkumnému šetření jsme využili strategii kvalitativního výzkumu. Použita byla metoda dotazování a technika polostrukturovaného rozhovoru. Rozhovory byly dále analyzovány metodou barvení textu. Na základě opakovaného čtení vyplynulo pět kategorií, které se dále dělily na jedenáct subkategorií.

Pro výzkumné šetření bylo stanoveno pět výzkumných otázek. První výzkumná otázka: Jaká je role sestry v psychoedukaci u klientů s psychotickým onemocněním se zaměřením na zdravý životní styl? Z výzkumného šetření vyplývá, že velmi důležité je, aby sestra ke klientům přistupovala individuálně a pohlížela na každého klienta, jako na bio-psycho-sociální bytost. Respondentky často uváděly, že je také velmi důležité, aby sestra dokázala v klientovi vzbudit důvěru a neustále ho motivovat. U klientů s duševním onemocněním je také důležitá pochvala, která by měla být sestrou často používána. Sestra vedoucí skupinová sezení Programu pro dobré zdraví by se také měla ohlížet na finanční stránku klientů a měla by umět předcházet konfliktům. Sestra by v tomto ohledu měla být dostatečně vzdělaná, aby klientům byla schopna poskytnout dostatek odborných informací.

Druhá výzkumná otázka: Jaká jsou specifika edukace u klientů s psychotickým onemocněním v Programu pro dobré zdraví? Z výzkumného šetření vyplynulo, jaká jsou specifika edukace u klientů s psychotickým onemocněním. Některé respondentky se zmiňovaly, že někdy mají klienti snížené kognitivní funkce, a proto je potřeba vše probírat pomaleji a dát jim více času, používat jednoduché věty

a nepřehlít klienty informacemi. Dále se zmínily o možném negativním přístupu, jelikož chování a jednání klientů s duševním onemocněním je nepředvídatelné, takže je potřeba počítat s jakýmkoliv možnými situacemi.

Třetí výzkumná otázka: Jakými zásadami edukace se řídí sestry v Programu pro dobré zdraví? Z výzkumného šetření vyplynulo, že skupinová sezení zaměřená na Program pro dobré zdraví obsahuje deset vyučovacích hodin, kdy se konají sezení jednou týdně po dobu osmi týdnů a poté jsou dvě setkání, vždy po jednom měsíci. Sezení trvají asi 1,5 hodiny a v každé skupině je 8-12 klientů. Skupinová sezení vždy vede proškolený instruktor. Program pro dobré zdraví je rozdělen do dvou částí, kdy první část se věnuje zdravé výživě a životnímu stylu. Probírají zde i významné složky potravin a kalorické tabulky. Každý klient si sám sepisuje co jí za celý den a zkouší si sestavit jídelníček. Druhá část je věnována pohybu. Dříve se sestry snažily klienty vodit i do fitness center a podobných prostředí, ale díky sociální izolaci spojené s jejich onemocněním tuto část omezily spíše na rady ohledně pohybu. V posledních dvou hodinách se sestry zajímají o zpětnou vazbu. Každý klient si sám uvaří vlastní zdravé jídlo a tím ukáže, zda se něco naučil. Sestry dodržují u klientů soukromí a pohlížejí na ně jako na bio-psycho-sociální bytost. Také musejí ke klientům přistupovat individuálně.

Čtvrtá výzkumná otázka: Jaká je spolupráce klientů v Programu pro dobré zdraví z pohledu sester? Z výzkumného šetření jasně vyplynulo, že s těmi klienty se pracuje velmi dobře, pokud jsou kompenzovaní. Klienti byly v hodinách aktivní, kreativní, příjemní, snaživí, zapojovali se, připravovali se na další hodiny a dokonce si i připravovali různé otázky, které je zajímaly. Většina sester se zmiňovala o tom, že vedení těchto sezení je určitým způsobem nabíjí a nabíjí i klienty. Jedna respondentka se setkala s negativním přístupem klienta, který souvisel se špatnou kompenzací jeho onemocnění. Po zlepšení zdravotního stavu se klient opět do programu vrátil. Z těchto informací vyplývá, že spolupráce s klienty je opravdu velmi dobrá.

Pátá výzkumná otázka: Jaký má Program pro dobré zdraví přínos pro klienty z pohledu sester? Z výzkumného šetření jednoznačně vyplynulo, že největším přínosem pro klienty je to, že se klienti setkají s lidmi, které mají stejné onemocnění a podobné

problémy a mohou si i s nimi vyměnit informace či rady, navíc s nimi navazují sociální kontakty. Přínos pro klienty je i v tom, že se cítí lépe, zvyšuje se jim sebevědomí, mohou se kdykoliv a na cokoliv zeptat a získávají nové informace o jejich onemocnění a lécích, které užívají. Sestry jim dají rady a naučí je, jak si zdravě vařit, sestavit jídelníčky a jak se správně pohybovat, aby klienti nepřibírali na váze.

V průběhu tohoto výzkumu vyplynulo, že Program pro dobré zdraví byl velikým přínosem nejen pro klienty s duševním onemocněním, ale i pro sestry, které v programu byly proškoleny a následně ho vedly. Dvě z oslovených respondentek stále vedou skupinová sezení v podobné formě, jako byl Program pro dobré zdraví a tři zbývající respondentky mají některá individuální sezení s klienty ohledně stejné problematiky. Podle mého názoru by bylo znovuzavedení podobného programu velice prospěšné a mělo by dobré výsledky.

## 7 Zdroje použité literatury

BÁRTLOVÁ, Sylva, Petr SADÍLEK a Valérie TÓTHOVÁ. *Výzkum a ošetřovatelství*. Vyd. 2. Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně, 2008, s. 185. ISBN 978-80-7013-467-2.

BAUERNÖPLOVÁ, Alexandra a Jana KALINOVÁ. Program pro dobré zdraví. *Sestra*, 2014, roč. 24, č. 1, s. 37. ISSN 1210-0404.

ČEŠKOVÁ, Eva, Mojmír SVOBODA a Hana KUČEROVÁ. *Psychopatologie a psychiatrie: pro psychology a speciální pedagogy*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2012, s. 317. ISBN 978-80-262-0216-5.

ČEŠKOVÁ, Eva. Nejčastější vedlejší účinky atypických antipsychotik. *Lékařské listy*, 2001, roč. 50, č. 6, s. 22-24. ISSN neuvedeno.

ČEŠKOVÁ, Eva. Schizofrenie. *Postgraduální medicína*, 2014, roč. 16, č. 6, s. 613-623. ISSN 1212-4184.

DYLEVSKÝ, Ivan. *Somatologie*. Vyd. 2., přeprac. a dopl. Olomouc: EPAVA, 2000, s. 480. ISBN 80-86297-05-5.

FOŘT, Petr. *Výživa pro dokonalou kondici a zdraví*. Vyd. 1. Praha: Grada Publishing, 2005, s. 181. ISBN 80-247-1057-9.

FRIČOVÁ, Silvia. Význam a možnosti využití edukace v psychiatrickém ošetřovatelství. *Sestra*, 2010, roč. 20, č. 3, s. 34-36. ISSN 1210-0404.

HOSÁKOVÁ, Jiřina. *Ošetrovatelská péče v psychiatrii*. Vyd. 1. Opava: Slezská univerzita v Opavě, 2007, s. 158. ISBN 978-80-7248-442-3.

JUŘENÍKOVÁ, Petra. *Zásady edukace v ošetrovatelské praxi*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2010, s. 77. ISBN 978-80-247-2171-2.

KALAC, Pavel. *Funkční potraviny: kroky ke zdraví*. Vyd. 1. České Budějovice: DONA, 2003, s. 130. ISBN 80-7322-029-6.

KELNAROVÁ, Jarmila a Eva MATĚJKOVÁ. *Psychologie: pro studenty zdravotnických oborů*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2014, s. 120. ISBN 978-80-247-3600-6.

KITZLEROVÁ, Eva a Lucie MOTLOVÁ. Program pro dobré zdraví - první zkušenosti a výsledky v ČR. *Psychiatrie pro praxi*, 2005, roč. 6, č. 6, s. 292-296. ISSN 1213-0508.

KITZLEROVÁ, Eva a Lucie MOTLOVÁ. Program pro dobré zdraví - ohlédnutí za prvním rokem. *Česká a slovenská psychiatrie*, 2006, roč. 102, č. 2, s. 91-94. ISSN 1212-0383.

KLEVETOVÁ, Dana a Irena DLABALOVÁ. *Motivační prvky při práci se seniory*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2008, s. 202. ISBN 978-80-247-2169-9.

KNEZOVIC, Renata, Dana Rebeka RALBOVSKÁ a Darina BRUKKEROVÁ. Vliv rodinného prostředí na zdravý životní styl a compliance. *Sestra*, 2010, roč. 20, č. 12, s. 26-27. ISSN 1210-0404.

KOČOVÁ, Jitka. *Důsledky psychotického onemocnění na kvalitu života pacienta*. [online]. Brno, 2011, [cit. 2015-03-25]. Bakalářská práce. Masarykova univerzita, Lékařská fakulta. Vedoucí práce Radovan Příkryl. Dostupné z: [http://is.muni.cz/th/326255/lf\\_b/](http://is.muni.cz/th/326255/lf_b/)

MIOVSKÝ, Michal. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Vyd. 1. Praha: Grada Publishing, 2006, s. 332. ISBN 80-247-1362-4.

MOUREK, Jindřich. *Fyziologie: učebnice pro studenty zdravotnických oborů*. Vyd. 1. Praha: Grada Publishing, 2005, s. 204. ISBN 80-247-1190-7.

MOTLOVÁ, Lucie a Filip ŠPANIEL. Nefarmakologické postupy v léčbě onemocnění schizofrenního okruhu. *Zdravotnické noviny*, 2010, roč. 59, č. 24, s. 18-19. ISSN 1805-2355.

NAVRÁTILOVÁ, Miroslava, Eva ČEŠKOVÁ a Luboš SOBOTKA. *Klinická výživa v psychiatrii: teoretické předpoklady, praktická doporučení, osobní zkušenosti*. Vyd. 1. Praha: Maxdorf, 2000, s. 270. ISBN 80-85912-33-3.

NEMCOVÁ, Jana a Edita HLINKOVÁ. *Moderná edukácia v ošetrovatel'stve*. Martin: Osveta, c2010, s. 260. ISBN 978-80-8063-321-9.

ONDERKOVÁ, Alice. Edukační proces z pohledu komunikace mezi klientem a zdravotníkem. *Sestra*, 2007, roč. 17, č. 12, s. 17-18. ISSN 1210-0404.

OREL, Miroslav. *Psychopatologie*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2012, s. 263. ISBN 978-80-247-3737-9.

OŠANCOVÁ, Kateřina. *O výživě aktuálně a se zárukou*. Praha: Společnost pro výživu, 1998, s. 69. ISBN neuvedeno.

PÁNEK, Jan. *Základy výživy*. Vyd. 1. Praha: Svoboda Servis, 2002, s. 207. ISBN 80-86320-23-5.

PETR, Tomáš a Eva MARKOVÁ. *Ošetřovatelství v psychiatrii*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2014, s. 295. ISBN 978-80-247-4236-6.

PETR, Tomáš. *Edukace zaměřená na zlepšení spolupráce pacientů se schizofrenií při léčbě: metodická příručka pro sestry*. Vyd. 1. kde kdo, 2011, s. 34. ISBN 9788026031345

PÍTHA, Jan a Rudolf POLEDNE. *Zdravá výživa pro každý den*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2009, s. 143. ISBN 978-80-247-2488-1.

PRAŠKO, Ján, Hana PRAŠKOVÁ a Jana PRAŠKOVÁ. *Deprese a jak ji zvládat: stop zoufalství a beznaději*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2003, s. 184. ISBN 80-7178-809-0.

PRAŠKO, Ján a Hana PRAŠKOVÁ. *Proti stresu krok za krokem*. Vyd. 1. Praha: Grada Publishing, 2001, s. 187. ISBN 80-247-0068-9.

PRAŠKO, J. Proč je důležité spát?. *Zdraví*, 2009, roč. 57, č. 1, s. 25-28. ISSN 0139-5629.

PRAŠKO, Ján. *Léčíme se s psychózou: co byste měli vědět o schizofrenii a jiných psychózách*. Vyd. 1. Praha: Medical Tribune CZ, 2005, s. 96. ISBN 80-239-5482-2.

SERVAN-SCHREIBER, David. *Uzdravení bez léků: cesta ze stresu, úzkosti a deprese*. Vyd. 1. Přeložil Hana Prousková. Praha: Portál, 2005, s. 190. ISBN 80-7178-901-1.

SHINYA, Hiromi. *Enzymy - klíče ke zdraví*. Hodkovičky [Praha]: Pragma, c2009, s. 167. ISBN 978-80-7349-205-2.

SLEZÁKOVÁ, Lenka. *Ošetřovatelství pro zdravotnické asistenty III*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2007, s. 214. ISBN 978-80-247-2270-2.

SOLNIČKOVÁ, Pavla. Endogenní psychotické poruchy. *Sestra*, 2005, roč. 15, č. 12, s. 40-41. ISSN 1210-0404.

Správný trénink. Fitness AZ Varnsdorf [online]. [cit. 2015-04-25]. Dostupné z: <http://www.fitnessaz.snadno.eu/Spravny-trenink.htm>

ŠONKA, Karel. Poruchy spánku v neurologické praxi. *Neurologie pro praxi*, 2002, Roč. 3, č. 3, s. 127. ISSN 1213-1814.

ŠTILEC, Miroslav. *Program aktivního stylu života pro seniory*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2004, s. 135. ISBN 80-7178-920-8.

ŠVARŤÍČEK, Roman a Klára ŠEĐOVÁ. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2007, s. 377. ISBN 978-80-7367-313-0.

VAŠKOVSKÝ, Radovan. *Deprese, antidepressiva a jejich vliv na sexuální fungování*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2007, s. 122. ISBN 978-80-247-2163-7.

VOTAVA, Martin. Metabolické nežádoucí účinky atypických neuroleptik. *Remedia*, 2004, roč. 14, č. 6, s. 504-505. ISSN 0862-8947.

VYBÍHALOVÁ, Lenka. Vliv povolání sestry na životní styl. *Sestra*, 2013, roč. 23, č. 2, s. 20-21. ISSN 1210-0404.

V. kapitola poruchy duševní a poruchy chování (F00\*-F99). *MKN- 10*. [online]. 2013 [cit. 2015-01-15]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/cz/mkn/index.html>



## **8 Seznam příloh**

Příloha 1 - Otázky k rozhovoru

Příloha 2 – Žádost Nemocnice České Budějovice, a.s.

Příloha 3 – Žádost FOKUS České Budějovice

Příloha 4 – Přímý přepis rozhovorů na přiloženém CD-R

Příloha 5 – Potravinová pyramida

Příloha 6 – Ukázka jídelníčku

Příloha 7 – Ukázka energetické tabulky

## **Příloha 1**

### **Otázky k rozhovoru**

1. Co je to vlastně Program pro dobré zdraví, a jak probíhá (základní popis)?
2. Je velký zájem o tento program u klientů?
3. Jaký má Program pro dobré zdraví přínos pro klienty z pohledu sester?
4. Jaká je hlavní role sestry v psychoedukaci u klientů s psychotickým onemocněním se zaměřením na zdravý životní styl?
5. Jaká je spolupráce klientů v Programu pro dobré zdraví z pohledu sester?
6. Na co kladete největší důraz, aby klienti dodržovali, či se naučili dodržovat?
7. Setkáváte se často s negativním až agresivním přístupem klienta?
8. Myslíte si, že ovlivňuje negativní přístup klienta Vaši práci s ním i ostatními klienty?
9. Stává se Vám často, že určitá situace ovlivní Váš přístup ke klientovi, pozitivně či negativně?
10. Co pomáhá k tomu, aby klienti reagovali pozitivně na program a spolupracovali?
11. Účastní se programu také rodinní příslušníci?
12. Jaká je příprava sester na edukaci pro Program pro dobré zdraví (školení)?
13. Máte nějaká specifika edukace u klientů s psychotickým onemocněním v Programu pro dobré zdraví?
14. Co je důležité u těchto klientů dodržovat při jejich edukaci?
15. Myslíte, že jsou hodiny Programu pro dobré zdraví náročné pro sestry, které je vedou (psychicky, fyzicky, stres)? Pokud ano, tak jak?
16. Jaký je nejdůležitější cíl Programu pro dobré zdraví?
17. Jak klienti hodnotí tento program?
18. Co myslíte, že by mohlo zvednout zájem klientů o tento program?

## Příloha 2

### Žádost Nemocnice České Budějovice, a.s.

#### Souhlas s provedením výzkumu

Souhlasím s provedením výzkumu, který je součástí závěrečné bakalářské práce Markéty Vlčkové, studentky 3. ročníku bakalářského studia oboru Všeobecná sestra na Jihočeské univerzitě v Českých Budějovicích. Téma práce je: Role sestry v psychoedukaci u klientů s psychotickým onemocněním se zaměřením na zdravý životní styl.

V Českých Budějovicích, dne 18. III. 2015 .....

Podpis:  .....

Mgr. Monika Kyselová, MBA

Náměstkyně pro ošetrovatelskou péči  
Nemocnice České Budějovice, a.s.

### **Příloha 3**

Žádost FOKUS České Budějovice

### **Souhlas s provedením výzkumu**

Souhlasím s provedením výzkumu, který je součástí závěrečné bakalářské práce Markéty Vlčkové, studentky 3. ročníku bakalářského studia oboru Všeobecná sestra na Jihočeské univerzitě v Českých Budějovicích. Téma práce je: Role sestry v psychoedukaci u klientů s psychotickým onemocněním se zaměřením na zdravý životní styl.

V Českých Budějovicích dne: 3.3.2015

FOKUS České Budějovice, o.s.  
Bezdrovská 1118/1  
370 11 České Budějovice  
IČ 270 23 583 (2)

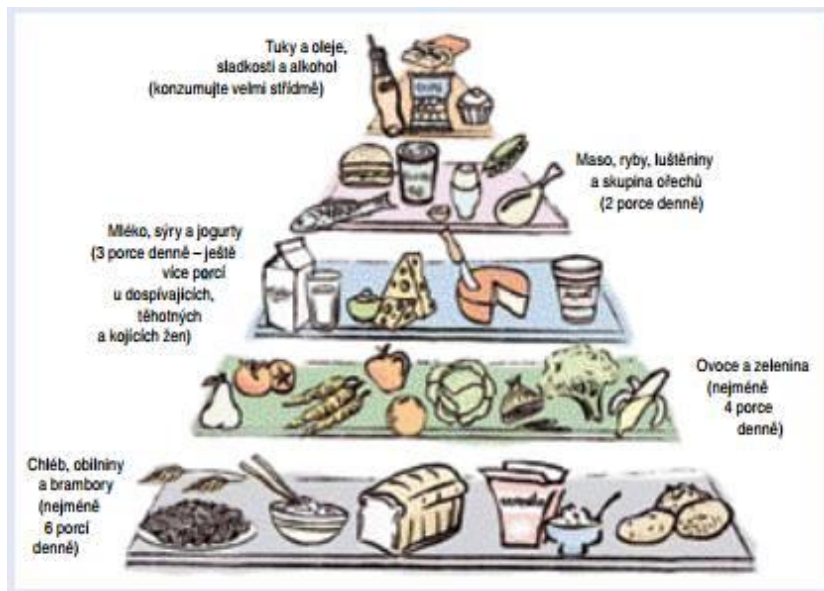
Podpis: .....

## **Příloha 4**

Přímý přepis rozhovorů na přiloženém CD-R

## Příloha 5

### Potravinová pyramida



Zdroj: (Kitzlerová, Motlová, 2005)

## Příloha 6

### Ukázka jídelníčku

#### JÍDELNÍČEK 2. Týden

##### 1. den

**Snídaně:** žitný chléb s cottage

- 65g žitný chléb, 100g sýr cottage s 5g pažitky, 140g rajče

**Svačina:** 390g melounu

**Oběd:** cuketové placky

- 125 ml mléka, 1 bílek, 2 polévkové lžíce hladké mouky náplň: 140 g cukety, 20 g cibule, 50 g papriky, 50 g rajčat, 10 g odtučněné sójové mouky, 30 g sýra Eidam 30%, 1 kávová lžička oleje, podle chuti chilli, sůl
- Z mléka, mouky a bílku připravíme pomocí mixéru palačinkové těsto. Nahřejeme vymaštěnou pánev na smažení a palačinky opečeme z obou stran. Připravíme náplň a podusíme nastrouhanou cuketu, cibuli, rajčata a papriky, ochutíme chilli kořením, česnekem a osolíme. Vše zahustíme sójovou moukou. Náplň dáme na palačinky, přeložíme je a podáváme posypané strouhaným sýrem.

**Svačina:** 120g activia, 15g cereálií dobrá vláknina, 55g malin

**Večeře:** salát z červené čočky

- 65g čočky, 60g tuňáka ve vlastní šťávě, 50g mrkve, 80g červené papriky, 120g ledový salát, ocet, sůl

##### 2. den

**Snídaně:** špenátová omeleta se šunkou

- 100g čerstvého špenátu, 1 vejce, 20g mléka, 80g šunky, 100g rajčat, 40g žitného chleba

**Svačina:** 190g jogurtový nápoj neslazený, 110g borůvek

**Oběd:** vepřový závitok s bramborami, rajčatová obloha

- 95g vepřové kýty, 20g drůbeží šunky, 105g kysané zelí, 15 g cibule, 8g sušených hub, 5g hladké mouky, 120 g brambor, 120g čerstvých rajčat, sůl, pepř, kmín
- Houby namočíme a krátce povaříme. Plátek masa naklepeme, osolíme, opepříme, plníme plátkem šunky a pokrájenými houbami. Plátek zabalíme, obvážeme provázkem a dáme péct do trouby. Výpek zahustíme moukou a podáváme s bramborem a nakrájenými rajčaty.

**Svačina:** 165g broskve, 120g nízkotučného bílého jogurtu

**Večeře:** tmavý rohlík s žervé

- 50 g tmavého rohlíku, 35 g žervé, 30g drůbeží šunky, 130g salátové okurky

### 3. den

**Snídaně:** 60g celozrnný chléb, 10g flora pro activ, pažitka, 1 vařené vejce, 125g žluté papriky

**Svačina:** 190g meruňk

**Oběd:** cizrnová guláš s kapustou a sýrem

- 50g cizrny, 30g mrkve, 25g celeru, 130g kapusty, 40g brambor, 7g oleje, 5g česneku, zelená petrželka, 20g eidamu 30%, sůl, pepř, drcený kmín, bobkový list
- Cizrnou přes noc namočíme. Zeleninu očistíme a nakrájíme. Na rozehřátém oleji osmahneme polévkovou zeleninu, slijeme cizrnou a přisypeme ji ke směsi. Vše zalijeme vodou, osolíme, opepříme, bobkový list a necháme vařit. Přidáme nakrájené brambory a okmínujeme. Asi po 10. minutách doplníme kapustou, ještě chvilku povaříme, hotové ochutíme lisovaným česnekem a petrželkou. Sypeme strouhaným sýrem.

**Svačina:** 150g nízkotučného bílého jogurtu, 10g cereálií, 100g broskve

**Večeře:** rybičková pomazánka

- 70g rybiček ve vlastní šťávě, 50g cottage, cibule, sůl, citronová šťáva, 140g kedlubny, 4ks grahamových plátků

### 4. den

**Snídaně:** jogurt bílý se slunečnicovými semínky

- 150g bílého jogurtu 3%, 100g malin, 10g slunečnicových semínek, 15g cereálií

**Svačina:** 30g šunky, 140g salátové okurky

**Oběd:** vařené hovězí maso s jablečným křenem, brambory

- 100g hovězí kýty, 15g cibule, 135g mražené zeleninové směsi, 10g čerstvého kopru, 30g jablka, 40g bílého jogurtu, 115g brambor, bobkový list, celý pepř, sůl, kmín
- Maso vložíme do hrnce s vodou, osolíme, přidáme cibuli, bobkový list a celý pepř a dáme vařit. Zeleninovou směs přidáme téměř k měkkému masu, krátce povaříme, maso vyjmeme a vývar scedíme. Křen a jablko oloupeme a nastrouháme. Přidáme asi dvě lžice hovězího vývaru a vmícháme jogurt. Maso nakrájíme na plátky, přelijeme jablečným křenem, obložíme povařenou zeleninou a podáváme s brambory.

**Svačina:** 120g bílý nízkotučný jogurt, 150g hroznového vína

**Večeře:** kornspitze naplněný stříbrňákem

- 55g kornspitze, 45g stříbrňáku, 25g cottage, 120g červené papriky



## 5. den

**Snídaně:** fitness koláč

- 50g cereálií fitness, 200g odtučněného tvarohu, 2g nekalorického sladidla, 2 plátky želatiny, 4 lžice vody, 1 bílek
- Do bílku vmíchejte cereálie a vytvořte hmotu. Připravte si z alobalu formu o průměru 10cm, dejte ji na tácek, rozprostřete do ní hmotu, upěchujte a dejte při pokojové teplotě smažit. Když je korpus usušený, tak si připravte podle návodu želatinu a vmíchejte do ní tvaroh oslazený sladidlem. Přendejte na usušený korpus a dejte vychladnout do lednice. Pak alobal odendejte a nakrájejte na osminky. Ozdobit můžete libovolným ovocem.

**Svačina:** 200g okurky, 35g eidamu 20%

**Oběd:** houbové špaldo

- 30g pšenice špalda, 170g čerstvých hub, 40g cibule, 5g oleje, 150g pórku, 30g strouhaného sýra 30%, sůl, pepř, drcený kmín, vegeta
- Zrnka pšenice přes noc namočíme a druhý den uvaříme. Houby nakrájíme na kousky, pórek nakrájíme na kolečka. Na rozehřátém oleji necháme zpěnit cibuli, přidáme nekrájený pórek a houby, osolíme, opepříme, okmínujeme a necháme dusit. Do hotové houbové směsi zamícháme hotovou špaldu. Před podáváním posypeme sýrem.

**Svačina:** 120g bílý nízkotučný jogurt, 220g melounu

**Večeře:** Šunkový tvaroh s jarní cibulkou

- 60g nízkotučného tvarohu, 2 lžice mléka, 35g dušené šunky, 1ks jarní cibulky, sůl, 55g kornspitze, 120g kedlubny

## 6. den

**Snídaně:** 50g stříbrňáku, 55g vícezrné kaiserky, 5g flora pro activ, 120g rajčat

**Svačina:** 150g nízkotučného bílého jogurtu, 120g jablka

**Oběd:** Vepřové plátky s bylinkovou omáčkou, těstoviny

- 100g vepřové kýty, 3g oleje, 130g kedlubny, 5g česneku, hrst bazalky, citronová šťáva, 35g celozrnných těstovin, sůl pepř
- Plátky masa osolíme, opepříme a opečeme na pánvi. Na výpeku osmahneme česnek společně s kedlubnou. Tuto směs osolíme, opepříme a dusíme. Poté rozmixujeme, ochutíme citronovou šťávou a jemně nasekanou bazalkou. Podáváme s těstovinami uvařenými na skus.

**Svačina:** 250g ovoce, 2 lžice zakysané smetany, 1 lžička medu

**Večeře:** šopský salát

- 270g zeleniny (nechám na Vašem výběru), 35g balkánského sýra, 55g žitného chleba

## **7. den**

**Snídaně:** špenátová omeleta se šunkou

- 100g čerstvého špenátu, 1 vejce, 20g mléka, 80g šunky, 120g kedlubny, 40g žitného chleba

**Svačina:** 230g grepu, 190ml kefíru

**Oběd:** Masové ragú s houbami, rýže

- 60g hovězího masa, 35g libového vepřového masa, 5g oleje, 35g cibule, 150g čerstvých hub, 15g pálivé červené papriky, 35g celozrnné rýže, sůl, římský drcený kmín, mletý pepř
- Maso nakrájíme na nudličky, houby očistíme a pokrájíme na kousky. Na oleji orestujeme cibuli, přidáme maso, okořeníme a necháme dusit. Během dušení doplníme houbami, pálivou chilli papričkou a dusíme, až je maso měkké. Podáváme s rýží.

**Svačina:** 120g nízkotučného bílého jogurtu, 170g meruněk

**Večeře:** kornspitze plněný šunkou

- 55g kornspitze, 45g kuřecí prsní šunky, 20g cottage, 140g zelené papriky

Zdroj: vlastní

## Příloha 7

Ukázka energetické tabulky

<b>100 g potravin</b>	<b>kCal</b>	<b>KJ</b>
Jablko	50	210
Banán	60	245
Hruška	50	215
Pomeranč	30	130
Mandarinka	50	195
Grep	40	170
Citrón	23	96
Broskev	40	170
Meruňka	45	180
Kiwi	55	230
Jahoda	35	150
Třešeň	55	225
Višeň	60	250
Švestka	60	250
Ananas	50	215
Hroznové víno	60	255
Rybíz	55	240
Meloun	15	65

Zdroj: Správný trénink. Fitness AZ Varnsdorf [online]. [cit. 2015-04-25]. Dostupné z: <http://www.fitnessaz.snadno.eu/Spravny-trenink.html>