



Katedra
psychologie
Department
of Psychology

Pedagogická
fakulta
Faculty
of Education

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

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Pedagogická fakulta
Katedra Psychologie

Bakalářská práce

Zdravotní sestra jako vztahová osoba

Vypracovala: Lucie Hauptová
Vedoucí práce: Mgr. Zuzana Štefánková, Ph.D.

České Budějovice 2013

„Prohlašuji, že jsem autorem této kvalifikační práce a že jsem ji vypracovala pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu použitých zdrojů.“

21.4. 2023

.....
Lucie Hauptová

Poděkování

„Ráda bych touto cestou poděkovala vedoucí bakalářské práce Mgr. Zuzana Štefánková, Ph.D. za laskavé přijetí, odborné vedení a podnětné připomínky ke vzniku této práce. Zároveň děkuji respondentům rozhovorů, zdravotním sestřám z dětské psychiatrie za spolupráci a všem, kteří mě podporovali.“

Abstrakt:

Tato bakalářská práce se věnuje tématu zdravotní sestry jako vztahové osoby pacientů na dětských psychiatriích. Teoretická část seznamuje čtenáře s pojmy attachmentu, daného nemocničního prostředí, vztahu mezi zdravotnickým personálem a pacientem a také zejména citovými deprivacími aspekty. Praktická část je provedena v kvalitativním designu, a to pomocí polostrukturovaných rozhovorů. Hlavním cílem rozhovorů je vnímání vztahování se pacienta ke zdravotní sestře při dlouhodobějších pobytech na dětských psychiatriích, práci se vztahovými a jinými potřebami pacientů a celkový pohled zdravotnického personálu na možnosti kooperace s projevy a následky v chování u pacientů, kteří se dostali v životě do deprivací podmínek. Výsledky se také vztahují k výzkumným otázkám a celkovému obrazu zdravotních sester na dětském psychiatrickém oddělení.

Klíčová slova: potřeby, Attachment, psychická deprivace, hospitalizované dítě, dětská psychiatrie

Abstract:

This bachelor's thesis focuses on the subject of a nurse as a relational person of patients in children's psychiatric hospitals. The theoretical part introduces readers to the concepts of attachment, hospital environment, relationship between medical staff and patient, as well as emotional deprivation aspects in particular. The practical part is done in a qualitative design, using semi-structured interviews. The main objective of the interviews is the perception of the patient's relationship with the nurse during long stays in a psychiatric hospital, working with patients' relationship and other needs, and the overall view of the medical staff on the possibilities of cooperating with behavioural manifestations and consequences in patients who have reached deprivation conditions in their lives. The results also relate to research issues and the overall picture of nurses in a child psychiatric department.

Keywords: needs, Attachment, psychological deprivation, hospitalized child, children's psychiatric department

Obsah

Úvod:.....	8
I. TEORETICKÁ ČÁST	9
1. Pečující osoba.....	9
1.1. Zdravotní sestra a pečující osoba.....	9
2. Vztah mezi zdravotníkem a pacientem.....	11
2.1. Zdravotní sestra v nemocnici	11
2.2. Role zdravotní sestry a pacienta	12
2.3. Zdravotní sestra na psychiatrickém oddělení	13
3. Specifika v přístupu k dětem s psychiatrickým onemocněním	14
3.1. Komunikace v psychiatrii.....	15
4. Pobyt dětí v prostředí nemocnice.....	19
4.1. Dlouhodobý pobyt dítěte v nemocnici.....	19
4.2. Možná rizika dlouhodobé hospitalizace dítěte	20
4.3. Specifikum pobytu dítěte na psychiatrickém oddělení.....	20
5. Teorie attachmentu	22
5.1. Vymezení pojmu attachment.....	22
5.2. Attachmentové styly	23
5.3. Attachmentové figury v dětství.....	25
5.4. Attachmentové chování a jeho vývoj.....	25
5.5. Vliv attachmentu na vývoj člověka.....	26
6. Psychická deprivace a subdeprivace	28
6.1. Rozdíl mezi frustrací a psychickou deprivací.....	28
6.2. Izolace a separace	28
6.3. Subdeprivace.....	29
6.4. Deprivace	29
II. Praktická část	34
7. Metodologie výzkumu.....	34
7.1. Cíl výzkumu	34
7.2. Výzkumné otázky	34
7.3. Výzkumná metoda	34
7.4. Výběr a popis výzkumného vzorku.....	37
7.5. Sběr dat	38
7.6. Postup analýzy dat	38
7.7. Etické otázky výzkumu	38
8. Výsledky	40

8.1.	Obsahová analýza rozhovorů	40
8.2.	Analýza rozhovorů dle kategorií.....	45
9.	Diskuse	58
10	. Limity výzkumu.....	60
11	. Závěr.....	61
	Seznam literatury	62
	Seznam tabulek:.....	66
	Seznam příloh:.....	67

Úvod:

Téma vztahování se dětských psychiatrických pacientů ke zdravotním sestřám jsem si vybrala z povahy mé osobní zkušenosti v roli sestry na dětské psychiatrii. Tento vztah jsem se rozhodla zkoumat srze naplňování potřeb, zejména těch citových, na které se dle mého názoru v kontextu diagnózy lehce zapomene. Není ojedinělé, že se za psychiatrickým onemocněním ztrácí v očích nejen zdravotníků, ale celkově i široké veřejnosti individualita osobnosti daného člověka. Má osobní premisa byla plná obav ohledně pohledu zdravotníků na významnost vazebných a citových potřeb hospitalizovaných dětí. Byly mé obavy oprávněné? Práci jsem rozdělila do dvou částí. V první teoretické části se nejprve budu věnovat ukotvení tématu. Za pomoci odborné literatury a dalších relevantních zdrojů se budu tedy zabývat tématem pečující osoby v kontrastu se zdravotní sestrou, vztahu mezi sestrou a pacientem a jejich jednotlivé role, specifik prostředí psychiatrie a přístupu k těmto dětským pacientům. Nakonec ještě téma propojím s teorií attachmentu a psychickou deprivací. V části druhé, a to praktické jsem se pokusila tyto teoretické informace doplnit o ty z reálného profesního života psychiatrické sestry. Hospitalizované dítě v případě jeho pobytu na psychiatrickém oddělení zde tráví v kontextu svého vnímání velkou část života. Jeho vývoj vysoce ovlivnitelný citovým strádáním je tedy potenciálně v ohrožení a zdravotní sestra je jediný, kdo eventuálně může převzít částečnou starost o citovou pohodu dítěte. Co přinesli sebereflexe pohledů, postojů a strategií zdravotních sester pracujících na dětském psychiatrickém oddělení v kontextu empirických dat?

I. TEORETICKÁ ČÁST

1. Pečující osoba

Pečující osoba, myšleno člověk, který dítěti poskytuje péči v rámci jedné domácnosti. Zpravidla to bývá rodič (Bowlby, 2013). Z vlastních zkušeností v kontextu této práce, která se týká dětí hospitalizovaných na psychiatrickém oddělení, raději volím pojem pečující osoba. Nebývá zde totiž výjimkou, že za primární osobu poskytující péči dítěti není považován rodič. Ať už se jedná o situaci netradiční, a to například, že pečující osobou je sourozenec, teta, strýc, babička či dědeček, nebo v případě ústavní péče.

Pečující osoba je v životě každého dítěte neopomenutelně důležitá. Nejen že zajišťuje veškeré jeho fyzické potřeby, tudíž je samotným zdrojem přežití dítěte, ale také se stará o potřeby psychické. Do popředí těchto potřeb vyvstávají pocity bezpečí a ochrany nebo také citová dostupnost a ochota navázat s dítětem blízký vztah, které jsou právě ústředním tématem při dlouhodobých pobytech v dětských psychiatrických nemocnicích (Matoušek, 2003). Pečující osoba je objektem citové vazby. Ta je důležitou komponentou života dítěte a poskytuje mu potřebnou stabilitu a pocit bezpečí (Bowlby, 2010).

1.1. Zdravotní sestra a pečující osoba

Vztahové potřeby dítěte jsou jedny ze základních psychických potřeb. K jejich naplňování dochází právě skrze přítomnou pečující osobu, která je ochotna plnit tuto funkci. V životě dítěte se však objevují i jiní lidé, kteří v určité míře saturují vazebné potřeby. Pokud se dítě nachází v situaci, kdy není přítomna primární pečující osoba, tuto roli v jeho očích automaticky přebírají náhradníci. V rámci institucí to zpravidla bývají například pedagogové, pečovatelé nebo právě zdravotní sestry.

Vztah mezi pečující osobou a zdravotníkem by měl být vždy symbiotický a plně spolupracující. V ideálním případě oběma stranám jde o dobro dítěte a s tím cílem kooperují. Zdravotní sestra by tedy měla svou péči směřovat nejen na nemocné dítě, ale

také na rodinu. Nemoc ukazuje důležitost rodinného systému, stejně jako jej prověřuje (Fendrychová & Klimovič, 2018).

Zatímco pečující osoba má za úkol uspokojovat základní potřeby dítěte, ať na fyzické, psychické nebo i sociální úrovni, zdravotní sestra plní úlohu zajišťování fyzických potřeb, zejména tedy poskytování zdravotnické péče (Plevová, 2018). Toto jasné rozlišení rolí se zdá velmi jednoduché a srozumitelné pro dospělé osobu. Pro dětskou mysl to však může být značně matoucí, obzvlášť když do tohoto modelu přibývá proměnná v podobě specifík jeho psychiatrického onemocnění.

2. Vztah mezi zdravotníkem a pacientem

O vztahu zdravotníka a pacienta výstižně píše Zacharová (2017, s. 77), že „čím více je člověk přesvědčen o vážnosti a nebezpečí své nemoci, tím psychologicky komplikovanější je jeho vztah ke zdravotníkovi (. . .) bylo prokázáno, že vztahy mezi zdravotníkem a pacientem jsou silně závislé na vzájemném dobrém osobním kontaktu.“

Vztah mezi zdravotní sestrou a pacientem by měl být bezesporu založen na důvěře. Důvěra v citlivé a etické zacházení s informacemi, v její odbornost a schopnost být pacientovi oporou (Zacharová, 2017). Psychiatrický pacient z důvěry ke zdravotníkovi těžší ještě mnohem více. Jedině ta totiž dává průchod pocitům bezpečí a tím napomáhá klidnějšímu průběhu léčebného procesu.

2.1. Zdravotní sestra v nemocnici

Zdravotní sestra je poskytovatelem odborné péče v prostředí nemocnice. Přesněji se však hodí definovat, že je spíše zprostředkovatelem. To znamená, že poskytovatel, tedy lékař, zadává úkoly, které následně u pacienta vykonává zdravotní sestra.

Nejprve je vhodné odhalit, co se skrývá dle odborné literatury za slovním spojením role zdravotní sestry. Lze ji rozdělit na menší části, které se prolínají ve výkonu její práce (Plevová, 2018):

Sestra – pečovatelka jako poskytovatel základní ošetrovatelské péče.

Sestra – edukátorka nemocného i rodiny věnující se prevenci následků primárního onemocnění, nácviku soběstačnosti, nácviku sebeobslužných činností a pomoci nalezení štěstí v novém stylu života pacienta s onemocněním i celého rodinného systému.

Sestra – obhájkyň nemocného jako blízký odborník, který pacienta má možnost poznat blíže a stává se tedy mluvčím jeho potřeb a přání v situacích, kdy toho on sám není schopen.

Sestra – koordinátorka v procesu ošetrovatelské péče spojuje ostatní členy zdravotnického týmu a nejbližší členy rodiny nemocného.

Sestra – asistentka se podílí na diagnosticko-terapeutické lékařské péči tím, že pacienta připravuje k výkonům, asistuje při nich a poskytuje i potřebnou následnou péči.

Sestra – výzkumnice se nadále vzdělává v oboru ošetrovatelství a podílí se tedy na užívání nových poznatků v praxi.

2.2. Role zdravotní sestry a pacienta

Člověk se během života dostane do nespočet sociálních rolí. Když je role v souladu s naší osobou a přesvědčením zvnitřníme si ji. Když je však v rozporu se zmíněnými atributy dochází buď k prostému přijetí anebo k úplnému odmítnutí role. Styl přijetí či nepřijetí role odráží to, jak se člověk v této roli bude nejen cítit, ale i chovat, vyjadřovat a jak pečlivě bude dodržovat pravidla a normy týkající se dané role. Zdravotník i pacient jsou právě takové sociální role, se kterými mohou daní jedinci splynout, prostě je přijmout nebo odmítat (Zacharová, 2017).

V případě zdravotníka se samozřejmě nejpravděpodobněji počítá s úplným a dokonalým zvnitřněním této role. Opravdu tomu tak je v ideálních případech, bohužel ne tedy však v každém případě. Chování zdravotníka má vymezená přesná pravidla. Zacharová (2017, s. 76) trefně uvádí, že „vedle obecně lidského postoje k nemocnému člověku musí být uplatněny i zřetele profesionálně terapeutické, které zdravotníka nutí, aby se zamyslel nad vnitřní náplní i vnějšími formami role v níž vůči pacientovi vystupuje.“

Role pacienta je ve většině případů naopak buď jen přijímána nebo dokonce odmítána. K zvnitřnění role může dojít při dlouhodobé nemoci, a tudíž i nutných a častých dlouhodobých pobytech v prostředí nemocnice. Ze zkušenosti u psychiatricky nemocných dětí se nejčastěji setkáme s odmítáním role pacienta. Pacient je v postavení, kdy se obrací na zdravotníka v těžké životní situaci a očekává, že léčba bude brát ohledy i na jeho osobnost, a nejen na nemoc jako to, co ho charakterizuje (Zacharová, 2017). V případě psychiatricky nemocného pacienta se tato potřeba umocňuje, jak z důvodu přítomnosti onemocnění po celý jeho život, a

tudíž i dlouhodobé spolupráce se zdravotníky, tak i z důvodu povahy duševního onemocnění, které je sice silně spjato s osobností člověka, ale nedefinuje ho.

2.3. Zdravotní sestra na psychiatrickém oddělení

Práce sestry na psychiatrickém oddělení je velmi specifická. Kombinuje totiž odbornou práci zdravotníka, práci s dětmi, a navíc ještě s psychiatrickými pacienty. Charakter této práce je náročný jak fyzicky, tak psychicky a prověřuje daného jedince i osobnostně, zejména v trpělivosti nebo zásadovosti (Hosák et al., 2015). Nejmarkantnější rozdíl mezi sestrou pracující na standartních odděleních a těmi z psychiatrie považují povahu vztahu mezi zdravotníkem a pacientem. Pro zdravý chod psychiatrického oddělení je třeba, aby sestra měla s pacienty bližší vztahy, které dají volný průchod vzájemné důvěře se značně větším důrazem než na jiných odděleních (Babiaková et al., 2006). Podpora dítě je důležitá zejména v náročných životních situacích. Příkladem je adaptace dítěte v mateřské škole, nemoc nebo právě pobyt v nemocnici, kde nemůže být přítomná primární pečující osoba, tudíž je vhodné, aby dítě mělo k dispozici jiného člověka, ke kterému si může vybudovat důvěrný vztah.

3. Specifika v přístupu k dětem s psychiatrickým onemocněním

Pro člověka, který se s psychicky nemocnými dětmi setkává poprvé bývá volba přístupu nesnadnou záležitostí. Bezpochyby to patří mezi dovednosti, které je potřeba si osvojit v praxi. To, co dělá z interakce s psychiatricky nemocným dítětem nesnadnou situaci je právě setkání s daným onemocněním v kontextu dítěte. Myšleno tak, že i zdravé dítě je samo o sobě příjemcem specifického přístupu od dospělého člověka, natož když se do situace přidá duševní onemocnění (Hosák et al., 2015). Člověk se tedy často dostane do dilematu volby přístupu. Má pocit, že rozhoduje mezi přístupem, který by volil k dítěti a tím, který by volil k psychiatricky nemocnému. Syntéza těchto dvou variant se zprvu zdá nemožná. Zkušenostmi se však z interakce s dětským psychiatrickým pacientem stává běžná nebo dokonce i příjemná záležitost.

Ačkoliv děti s některými psychiatrickými diagnózami nedávají najevo potřebu citové opory, vždy je na místě obstarávat i jejich vztahové potřeby. Například autisté nevyžadují z povahy svého onemocnění výrazné projevy citového navázání jako taktilní a jiné kontakty, přesto ale péče o jejich citové intence je velmi důležitá. Studie 158 autistických účastníků ve věku 12 až 23 let ukázala, že poskytování citové opory a sycení alternativních citových potřeb pečujícími osobami v průběhu let způsobily pokles příznaků poruch chování, poruch pozornosti a hyperaktivity. Péče o citové potřeby také predikovala vyšší úroveň vývoje a využití jazyka, a dokonce nižší stupeň příznaků autismu jako takového (Stringer et al., 2020). Lze tedy konstatovat, že starost o citové potřeby a poskytování citové opory je u psychiatricky nemocných dětí velmi žádoucí i v případě, že tuto péči aktivně nevyhledávají. Podoby saturování takovýchto potřeb jsou individuální záležitostí a je třeba zdravotníkovou angažovanost v hledání správné cesty.

3.1. Komunikace v psychiatrii

Komunikace obecně je stěžejním prostředkem společnosti a v případě prostředí psychiatrického oddělení je klíčová. Volba slovní, tedy **verbální komunikace** je v interakci s psychiatricky nemocným pacientem velmi důležitá. Prostřednictvím ní lze nejen komunikovat ohledně příznaků, pocitů nebo léčebného procesu, ale také jsou to právě slova, která dokáží pacientovi velmi uškodit, a naopak ho i kvalitně podpořit.

Pokud mluvíme o komunikaci na psychiatrii nelze však opomenout důležitost **neverbální komunikace**. Tito klienti bývají k neverbálním projevům okolí obzvlášť vnímaví a pro ty, kteří nemluví je naprosto zásadní. Takovému nemluvícímu pacientovi často plně nahrazuje komunikaci slovy.

3.1.1. Komunikace s pacientem s agresivním chováním

S agresivními reakcemi se psychiatrická sestra setkává na denní bázi, lze je totiž považovat za projev doprovázející velkou řadu přítomných diagnóz. Příčinou bývá jakýkoliv druh nespokojenosti a frustrace pacienta. Agrese může být směřována vůči okolí (heteroagrese) nebo vůči sobě samému (autoagrese) (Morovicsová, 2004). Také se projevuje na verbální (slovní napadání) i neverbální (fyzický útok) úrovni.

Při střetu s agresivním pacientem by si sestra měla udržovat bezpečný odstup, neotáčet se zády, nedotýkat se ho, a hlavně nereagovat na pacienta agresivně. (Morovicsová, 2004). Sestře nenáleží právo pacienta hodnotit či dokonce odsoudit na základě těchto reakcí. Jejím ústředním úkolem je nalézt příčinu agresivního chování a tu pokud možno odstranit. Pokud není možná eliminace spouštěče agrese měla by se pokusit s pacientem klidně a asertivně vyjednat řešení vzniklé situace. Pro případ, kdy pacient nereaguje na žádné komunikační prostředky a agrese se vystupňuje, zdravotník si vždy musí udržovat volnou únikovou cestu a využít ji v tomto krajním případě včetně možnosti volat o pomoc (Zacharová, 2009).

3.1.2. Komunikace s pacientem s mentální retardací

Mentální retardace je vrozená či získaná v raném věku dítěte (cca do 2 let). Jedná se o poruchu intelektu dítěte, kterou rozdělujeme dle závažnosti tohoto poškození na lehkou, středně těžkou, těžkou a hlubokou mentální retardaci. Velmi často mentální retardace není jedinou diagnózou pacienta, jedná se tedy o kombinované postižení (Švarcová-Slabinová, 2011).

Mentální retardace má vliv na všechny kognitivní funkce, tudíž komunikace s takovým pacientem je nesnadná. Většina takto nemocných nemluví a středobodem jejich kontaktu se světem se tedy stává neverbální komunikace. Tudíž i interakce směrem od zdravotníka ke klientovi by měla být postavena na pevných neverbálních základech. Jakkoliv duševně nemocného pacienta je potřeba poznat blíže pro lepší interakci s ním a u mentálně retardovaných dětí je to naprostou nezbytností. Každý pacient je totiž schopen jiné úrovně zpracovávání informací a také sehrává svou roli to, jak je zvyklý komunikovat mimo nemocnici. Dále je důležité přistupovat k nemocnému trpělivě a respektovat ho jako lidskou bytost (Morovicsová, 2004).

3.1.3. Komunikace s depresivním pacientem

Deprese je velmi zákeřný protivník, který zpravidla na svého hostitele působí nejprve skrytě pro jeho okolí a když už vidět je není vůbec jednoduché ho přimět odejít. Dle závažnosti ji rozdělujeme do čtyř fází. Nejvýraznějším příznakem depresivní epizody je porucha nálady a ztráta zájmu. Přidružují se zde ale také projevy v chování, myšlení až tělesných funkcí. Deprese nebývá konstantní v čase. Její ovládnutí člověka většinou kolísá během dne i noci. V pokročilejší fázi má dotyčný problémy i s kognitivními funkcemi, a to zejména se soustředěním. Neustále myslí jen na své nezdary a neúspěchy (Rybolt, 2009).

Komunikace s takovýmto pacientem je ztížená jeho zpomaleným a omezeným psychomotorickým tempem. Často mluví pomalu, krátce a jakoby bez zájmu a emoce. Domluvit se tedy s takovým klientem není jednoduché. Nutné je tedy volit pomalé tempo řeči, dávat najevo, že je dost času, že dotyčného pacienta podporujeme a máme pro něj

pochopení. Vhodné je také vybírat prostředí komunikace. Ideálně dotyčného oslovovat v soukromí nebo v přítomnosti malého počtu lidí. Dopředu je třeba se připravit na opakování sděleného obsahu depresivnímu pacientovi a možnost jeho značné nerozhodnosti. V takovém případě by sestra měla poskytnout podporu v rozhodování, popřípadě se snažit naleznout další přijatelnější cestu (Marková et al., 2006).

3.1.4. Komunikace s pacientem s bludy a halucinacemi

Halucinace a bludy jsou hlavními příznaky schizofrenních poruch, které se zařazují do nejzávažnějších duševních onemocnění (Malá & Pavlovský, 2010). Proto se odborná literatura shoduje na hranici udělení této diagnózy na 15 let věku. S dítětem, které prožívá halucinace či bludy se však na psychiatrickém oddělení zdravotníci setkávají, tudíž je vhodné zařadit přístup v komunikaci s takovým pacientem.

Komunikace s pacientem s bludy nebo halucinacemi je závislá právě na těchto příznacích. Pokud se jedná o akutní příval bludných či halucinogenních podnětů je nezbytné zredukovat péči na udržení pacienta i jeho okolí v bezpečí, dohlížení na pravidelné podávání léků dle indikace a kontrolu jejich účinků. Mimo tyto kritické stavy je třeba k pacientovi přistupovat klidně a hlavně neutrálně. Jeho bludy a halucinace mu nevyvracet ani nepotvrzovat. Komunikovat s takovým pacientem je však nezbytné a hojně přínosné. Sestra mu tak naruší bublinu jeho nereálného světa a nabízí tak záměnu reálných kontaktů za ty nereálné (Styx, 2003).

3.1.5. Komunikace s pacientem s úzkostí

Úzkost je svíravý pocit strachu a obavy naplněn spoustou emočních projevů. Úzkostný pacient vyhledává bezpečí jako dítě, kterému bylo ublíženo, u svého rodiče. Zdravotní sestra musí poskytnout bezpečí, klid a porozumění jejich neovladatelnému strachu. Mluvit by na pacienta sestra měla vlídně a klidně, ale zároveň přesvědčivě. K tomu také přispívá oční kontakt, který by měl být nevyhýbavý a zároveň přívětivý.

Pacient potřebuje cítit ze zdravotníka jeho ochotu pomoci vyvést ho ze svízelné situace ovládané strachem a obavami (Venglářová & Mahrová, 2006).

4. Pobyť dětí v prostředí nemocnice

Hospitalizace dítěte je zátěžovou situací zejména pro něj samotné, ale může ovlivnit i celou jeho rodinu. To, jak dítě bude reagovat na pobyt v nemocničním prostředí se odvíjí od jeho věku a charakteru jeho onemocnění.

Prostředí nemocnice bývá dle Charty práv hospitalizovaných dětí přizpůsobeno specifikám dětských pacientů. Ústředním opatřením má být co největší přiblížení prostředí k domácím podmínkám. Jedná se o prostory, režim, ale zejména o možnost přítomnosti průvodce dítěte. Zpravidla dětského pacienta mladšího šesti let doprovází jeden z rodičů při hospitalizaci na standardních odděleních (do 6 let věku dítěte hrađí pobyt doprovodu pojišťovna). Rodič v nemocničním pokoji dítěte hraje důležitou roli v jeho léčebném procesu. Má spoustu výrazně pozitivních efektů, však ten nejmarkantnější je pocit bezpečí, ochrany a pomoc při regulaci a společné sdílení emocí. Rodič má po celou dobu hospitalizace za své dítě plnou zodpovědnost (Sedlářová, 2008).

4.1. Dlouhodobý pobyt dítěte v nemocnici

Dlouhodobé hospitalizace dítěte jsou problematické jako každé jiné dlouhé odloučení dítěte od pečující osoby a jeho přirozeného prostředí. Dítěti přirozeně nechybí jen upevňování jeho vztahu a vazby s rodičem (pečující osobou), nýbrž také jeho pokojíček jako vlastní prostor naplněn zábavou a bezpečím, domácí prostředí jako takové a samozřejmě i určitá míra svobody ve vykonávání oblíbených činností (Rapčíková, 2008). Zmíněné oblíbené činnosti a hra dítěte jsou velkou součástí léčebného procesu, jak trefně píše Plevová & Slowik. „Potřeba hravé aktivity přetrvává i u nemocného dítěte a je významným léčebným aspektem, protože zlepšuje citový stav, ulehčuje přizpůsobení na změněný zdravotní stav a prostředí, poskytuje náhradní uspokojení za činnosti a zájmy, které jsou nemocí omezeny či vyloučeny, pomáhá prolomit sociální izolaci a vytvářet vztahy jistoty, důvěry a spolupráce“ (2010, s. 68).

4.2. Možná rizika dlouhodobé hospitalizace dítěte

Pobyt dítěte v nemocnici přináší spoustu změn. Nejedná se jen o již zmíněné nejjasnější změny jako jiné prostředí a trávení času bez nejbližších. Zahrnuje se sem však i narušení veškerých rutinních činností, které se podřizují nemocničnímu režimu a potřebám onemocnění dítěte. To naruší dítěti jeho zvyklosti spánkové i jídelní a hlavně volnočasové (Matějček, 2001). Hospitalizace dítěte nese spoustu rizikových faktorů, které však zpravidla spíš ztěžují dítěti snášení samotného pobytu a po návratu k jeho klasickému životu se s nimi dítě dokáže poměrně dobře vyrovnat. Pak jsou zde další možná rizika, která jsou vážná a jejich dopad na život dítěte může být katastrofální. Jedná se o hospitalismus či až psychickou deprivaci.

Hospitalismus se používá jako označení pro negativní změny ve fyzickém a psychickém stavu. Dříve se užíval termín hospitalismus jen v kontextu dlouhé hospitalizace v nemocničním prostředí, dnes se však rozšířil na vliv dlouhodobého odloučení a neuspokojování psychických potřeb dítěte (Koluchová, 1989). Spočívá v tom, že dítě se jakoby vrací ve svém přirozeném vývoji. V praxi se tedy plně kontinentní dítě může začít znovu pomočovat, ztratit své verbální komunikační schopnosti a jeho úroveň hry a zábavy se omezí na manipulační úkony nejčastěji za pomoci vlastního těla. Také je typická ztráta zájmu o okolí a dítě v nejhorsích stádiích tedy jen leží, pohupuje se a sleduje pohyb vlastních paží, či jen strop nad ním. Dochází tak k úplné ztrátě trojrozměrného prostorového vnímání (Spitz, 1946).

Psychické deprivaci jako druhému možnému vážnému následku se věnuje celá následující kapitola 6.

4.3. Specifikum pobytu dítěte na psychiatrickém oddělení

Největším rozdílem mezi pobytem na standartním dětském nemocničním oddělení a na tom psychiatrickém je nemožnost pobytu doprovodu pacienta. Léčebný proces to totiž většinou neumožňuje. Také se liší délkou a povahou pobytu nebo prostředím oddělení, o čemž píše Hodková (2013, online): „Diagnostický a léčebný proces na lůžku, a to s co

možná nejkratším pobytem v nemocnici nebo léčebně s ohledem na zdravotní stav dítěte. Hospitalizace musí být kvalitní a bezpečná. Obecně platí, že hospitalizace na psychiatrii jak dětské, tak dospělé je delší než v somatických oborech – oborech léčících tělesná onemocnění pacientů. Většina lůžkových oddělení je modernizována, účelově vybavena pro specifika pacientů s duševními poruchami."

5. Teorie attachmentu

Jak bylo již v průběhu předešlého textu práce několikrát zmiňováno, vztahové, tedy attachmentové potřeby dítěte jsou neopomenutelné v problematice pobytu dítěte na psychiatrickém oddělení. Teorie attachmentu nabízí model vysvětlující nabývání či vytrácení duševní jistoty člověka v kontextu interakcí s jeho nejbližšími dospělými, a to mnohem silněji v náročných životních situacích jako je právě hospitalizace.

Historie teorie attachmentu sahá až do padesátých let minulého století a začíná u anglického psychiatra a psychoanalytika Johna Bowlbyho, který ve své práci s hospitalizovanými dětmi našel významné následky mateřské deprivace. Na podkladu tohoto pozorování poté sestavil teorii, která spojuje vztah s rodiči vytvořený v rané fázi dětství s vývojem osobnosti člověka. Teorie se poměrně rychle dočkala svého rozšíření, které má na svědomí spolupracovnice Johna Bowlbyho Mary Salter Ainsworth. Ta pomocí metody Infant Strange Situation získala pro teorii attachmentu empirická data z přímého pozorování. Z dat tohoto experimentu také pochází klasifikace typu citové vazby u dětí, která byla později obohacena o další druh americkou psychologou Mary Main (Mikulincer & Shaver, 2010).

5.1. Vymezení pojmu attachment

Úvodem je vhodné věnovat se samotnému pojmu attachment. Hlavním důvodem je matoucí povaha tohoto slova v překladu. Je totiž jako jeden z mála zahraničních termínů překládán do českého jazyka různými autory různě. Můžeme ho tedy najít pod terminologií citová vazba, citové pouto, vazba, přilnutí, připoutání, nebo je také užíváno ve svém původním znění attachment. V této práci bude slovo povětšinou používáno právě v originální anglické formě, a to z důvodu toho, že značná část informací pochází ze zahraničních zdrojů.

5.2. Attachmentové styly

Jak je již v předešlé části práce zmíněno, autorkou attachmentových stylů je Mary Salter Ainsworth. Poskytla nám tedy tři kategorie možné klasifikace, a to: jistý (secure) attachment, vyhýbavý (avoidant) attachment a úzkostný (anxious) attachment. Později, jak je též již zmíněno, přibyla kategorie čtvrtá, a to dezorganizovaný (desorganized) styl attachmentu viz výše. Charakter jednotlivých druhů odpovídá odlišným reakcím na odloučení dítěte od matky v laboratorních experimentálních podmínkách (ISS).

Děti s **jistým attachmentem** reagovaly na odloučení stresovou reakcí, avšak poměrně rychle začaly prozkoumávat své okolí. Po návratu matky ji radostně vítaly, iniciovaly vzájemný blízký a fyzický kontakt a celková reakce byla považována za jasně pozitivní. Druhá část studie, a to pozorování matky v domácím prostředí přinesla označení těchto matek za emočně dostupné, přístupné k vytváření blízkosti s jejich dětmi a zdroj jistoty, tudíž i jistého attachmentu. Děti neměly žádné potíže s vyhledáváním blízkosti a bezpečí.

Děti s **vyhýbavým attachmentem** reagovaly na odloučení mírným stresem, který měl spíš deaktivující účinky na jejich chování a při návratu matky se kontaktu s ní vyhýbaly. Druhá část domácího pozorování odhalila emoční rezervovanost matky vůči dítěti, často rozčilené reakce vůči němu i jinému okolí a odmítáním snahy dítěte na přiblížení se matce.

Děti s **úzkostným attachmentem** vykazovaly při odchodu matky extrémní míru stresu a vysokou aktivaci obraného systému dítěte. Při návratu matky reagovaly ambivalentně tak, že lpěly na matce a fyzické blízkosti s ní, zároveň ale byly neutišitelné a projevovaly se vztekle až nepřátelsky. Domácí pozorování přineslo informaci o nedostatku konzistence v odpovědích dítěte (Ainsworth, 1979).

Poslední přidaná kategorie **dezorganizovaného attachmentu** byla definována fluktuací mezi úzkostí a vyhýbavostí. Dle autorky je reakcí na nepředvídatelné chování matky, která na attachmentové potřeby dítěte odpovídá v rámci své vlastní nejistoty a zděšením nebo nereaguje vůbec. Důsledkem čehož si dítě osvojí způsob využívání aktuálně nejvýhodnější strategie. Projevy tohoto dítěte působí často nezvykle až bizarně,

například schováváním do stísněných prostorů, aby snížilo vlastní nekomfortní pocity (Main, 1990).

5.3. Attachmentové figury v dětství

Attachmentová figura je osoba, která dítěti poskytuje pocit ochrany, bezpečí a podpory dle Bowlbyho (2010) splňuje následující podmínky:

1. jedinec se k této osobě vztahuje a hledá u ní blízkost
2. přítomnost této osoby dítěti poskytuje tzv. bezpečný přístav (safe haven), který zajišťuje ochranu, podporu, pohodlí a úlevu dítěte
3. pro dítě je tzv. bezpečnou základnou (secure base), ta slouží jako základ dalšího tvoření, aktivace a zdokonalování jiných behaviorálních systémů
4. při představě nebo reálné situaci odloučení od této osoby nastanou separační stresové reakce

Mezi dítětem a jeho attachmentovou figurou dochází k attachmentovým interakcím vždy v situacích, kdy se dítě cítí ohroženo.

5.4. Attachmentové chování a jeho vývoj

Attachmentové chování (attachment behavior) jsou podmíněné projevy v chování, které mají původ v biologických funkcích a jejich úkolem je přibližování se pečující osobě, která zvyšuje pravděpodobnost přežití organismu a má tedy ochranou a sebezáchovnou funkci (Howe, 2011). Mikulincer a Shaver (2007) mluví o attachmentových reakcích chování jako o prioritě jedince důležité k přežití, které funguje na bázi inhibice ostatních behaviorálních systémů. To znamená, že pokud se jedinec necítí v bezpečí, soustřeďuje svou pozornost na své potřeby a až teprve v té chvíli, kdy dosáhne dostatečného pocitu ochrany je schopen aktivovat i jiné behaviorální reakce ve prospěch sebe i ostatních.

Attachmentové chování se skládá ze tří komponent. První se týká zpracování a monitorování informací týkajících se vlastního vnitřního stavu, prostředí a osob. Druhá monitoruje a vyhodnocuje reakce attachmentové figury (pečující osoby) na jedincovo chování. A třetí se týká hodnocení užitečnosti chování, aby mohlo docházet k úpravě budoucích vzorců (Mikulincer & Shaver, 2007).

Vývoj attachmentového chování počíná narozením dítěte a dle Bowlbyho (2010) probíhá ve čtyřech fázích. První fáze: „Orientace a signály s omezeným rozpoznáváním postavy“ končí přibližně dvanáctým týdnem života jedince a hlavními poznávacími

kanály jsou čich a sluch. Projevy attachmentového chování této fáze je sledování pečující osoby, usilování o kontakt v podobě natahování ručiček směrem jedinci, úsměvy a žvatlání. Druhá fáze: „Orientace a signály” přibližně do 6 měsíců dítěte a projevy vůči pečující osobě se umocňují. V rámci třetí fáze: „Udržování blízkosti k rozeznávané postavě prostřednictvím lokomoce a signálů“ jsou projevy vůči pečující osobě (attachmentové figuře) zcela jasné a začínají se k ní přidávat i jiné osoby, které jsou považované též za zdroj bezpečí a ochrany. Zároveň se objevuje rezervovanost a opatrnost vůči cizím osobám. Tato fáze je spíše přechodná vzhledem ke své délce, a to je přibližně od šestého měsíce jen do sedmého. Čtvrtá fáze „Utváření partnerství korigované k cíli“ je charakterizována jako období objevující se kolem třetího roku života, ve kterém dochází k utváření tzv. partnerství s pečující osobou (nejčastěji matkou) na základě chápání motivů jejího konání a jejich pocitů.

5.5. Vliv attachmentu na vývoj člověka

Tématu vlivu attachmentu na život se věnovalo a stále věnuje mnoho odborníků, kteří se vesměs shodují na tom, že druh attachmentové vazby má dopady na pozdější život člověka, do kterého přináší určité rizikové faktory. Attachment má vliv na naše chování a zejména na předpoklady, které máme vůči druhým a vztahu s nimi. Například Kural a Kovacs (2021) se zaměřili na pravděpodobnost vázání se v partnerských vztazích a s ní spojenou úzkost v kontextu attachmentu. Výsledky ukázaly, že jedinci s úzkostnou a vyhýbavou citovou vazbou vykazují větší míru stresu z vázání se ve vztahu a také jsou náchylnější ke stresu ve vztahu obecně. Pokud se však zaměříme na vztahy v dospělém životě do popředí se dostává téma kompatibility a preference partnerů a jejich attachmentu. Dle výsledků studií se preference liší dle toho, zda člověk je či není zadaný. Lidé, kteří nejsou ve vztahu dávají přednost partnerům s jistým attachmentem nebo attachmentem stejným jako mají oni sami (Klohnen & Luo, 2003). Jedinci, kteří jsou již ve vztahu však preferují partnery s jistým attachmentem (Chappell & Davis, 1998). Na kompatibilitu attachmentu partnerů také existují dva hlavní pohledy. Jeden tvrdí, že záleží na podobnosti attachmentu partnera (Jones, 1973). A na druhém pólu stojí tzv. potvrzení

attachmentového modelu, to znamená, že partnerův attachment podporuje očekávání jedince ve vztahu k druhým lidem (Snyder & Swann, 1978).

6. Psychická deprivace a subdeprivace

Langmeir a Matějček (2021, s.23) píší, že „Všeobecně se má za to, že dítě ke svému zdravému vývoji v první řadě potřebuje citovou vřelost, lásku. Dostává-li se mu dosti sympatie a citové podpory, pak to vynahradí i nedostatek jiných psychických prvků – např. nedostatek smyslových podnět, nedostatek hraček, nedostatek výchovy a vzdělání“. Lze tedy považovat poskytování citu dítěti za velmi silný nástroj, který v opačném případě jeho nedostatku páchá stejně tak významné škody. Pacienti dětských psychiatrických oddělení často pocházejí z komplikovaných rodinných podmínek a mohou být citově strádající. Stejně tak v nemocničním prostředí je naplňování citových potřeb pacientů a poskytování jistoty velmi důležité. Proto považují problematiku deprivace a subdeprivace důležitou součástí znalostí zdravotní sestry.

6.1. Rozdíl mezi frustrací a psychickou deprivací

Často dochází k záměně či splynutí pojmu frustrace a deprivace, tudíž jejich rozdělení si zaslouží též místo v této práci. Zatímco deprivace se vyznačuje odpíráním uspokojování potřeb nutných pro správný vývoj člověka, zatímco Hartl a Hartlová (2004, s. 172) popisují frustraci jako: „stav zklamání, zmarnění; vzniká, je-li člověku, ale i zvířeti zabráněno dosáhnout cíle jeho snažení.“ Můžeme tedy říct, že se jedná o přerušení cesty k nějakému cíli. Z toho nám tedy vyplývá, že deprivace je jasně větším problémem než frustrace, avšak nelze opomenout to, že dlouhodobá frustrace může přerůst v deprivaci.

6.2. Izolace a separace

Separace i izolace jsou velkými rizikovými faktory vzniku samotné deprivace. Značně výstižně izolaci vysvětlují Zdeněk Matějček a Josef Langmeier v knize Psychická deprivace v dětství „v zařízeních trvalé kolektivní péče je dítě izolováno od podnětů, které přináší život v rodině, a je vystaveno jisté monotonii podnětů smyslových i

sociálních“ (1963, s. 39). A separaci lze popsat jako odtržení dítěte od již navázaného vztahu či vazby, dle myšlenky, kterou vyslovil již Bowlby (1951).

6.3. Subdeprivace

Subdeprivace je jakási lehčí forma deprivace, která se vyznačuje tím, že neobsahuje zásadní znaky, ale pouze odchylky v psychosociálních funkcích (Matějček, 1992). Zmíněné odchylky zpravidla nejsou nápadné, dokud se nepospojují v celek. V tu chvíli postihují vztahy jedince v jeho společenském okolí a stává se z nich tudíž problém sociálního charakteru (Matějček, Dytrych, 1994).

6.4. Deprivace

Slovo deprivace jako takové může být definováno jako nedostatečné uspokojení důležité psychické či fyzické potřeby jednotlivce, také jí lze vnímat a chápat jako skrývání či odpírání zájmu (Langmeier & Matějček, 2021).

Na dělení deprivace lze pohlížet z několika úhlů, velmi zajímavé je však víceúrovňové pojetí, které vytvořil Langmeier a Matějček, jak uvádí Koluchová v knize Diagnostika a reparabilita psychické deprivace. (1987, s. 18).

Tabulka 1 - Víceúrovňové pojetí deprivace

Úroveň deprivace	Nedostatek vnějšího životního prostředí	Experimentální model
1. Deprivace podnětová	nedostatek vnější stimulace	deprivace senzorická
2. Deprivace významová	nedostatek vnější struktury	deprivace kognitivní
3. Deprivace citového vztahu	nedostatek vnějšího objektu	deprivace emoční (citová)
4. Deprivace identity	nedostatek osobně sociálního významu	deprivace sociální

Z tohoto modelu lze říct, že jedinec jako subjekt trpí odnětím příležitosti k uspokojení potřeby životní jistoty (sociální a emocionální vztahy), takže o deprivaci mluvíme jako o stavu vzniklém díky nedostatku vnějšího objektu.

Obecně lze rozlišit druhy deprivace jako je **biologická** (zanedbání biologických potřeb), **motorická** (odepření nebo zabránění pohybu organismu), **smyslová** neboli **senzorická** (odstranění či bránění působení vnějších podnětů na organismus), **psychická** (odepření základních psychických potřeb) a **citová** (neposkytování citové opory pečující osobou), která je pro mé účely nejvýznamnější.

6.4.1. Citová deprivace

Protože život člověka je hojně protkáno problematikou citových vztahů, stává se z citové deprivace, která je rizikovým faktorem vztahů s lidmi kolem a fungování ve společnosti jako takové, velký problém. Matějček (1986, s.103), tvrdí, že „u dětí, které dlouho musely žít v prostředí citově chudém, pozorujeme často, že mají vážné obtíže v citových vztazích a na všech dalších vývojových stupních.“ Lze tedy říct, že v případě citové deprivace dochází k nedosycení citových potřeb jedince, což má často zásadní následky v celém jeho životě.

6.4.1.1. Vznik citové deprivace

Citová deprivace je nejčastěji způsobena nezájmem pečující osoby či její nedostatečnou péčí, zejména když je ve svých projevech ambivalentní až hostilní. Dalšími důvody může být péče poskytována několika osobami současně nebo střídavě, což sledujeme především v ústavních zařízeních. Nejčastěji tyto děti pochází z dysfunkčních rodin, či z náhradních rodinných péčí. Rané vztahy slouží jako paralela pro vztahy budoucí (Vágnerová, 2012).

Přes všechna fakta pocházející z výzkumů vzniku deprivace stále nelze říci, že jakákoliv komponenta v životě člověka musí nutně tvořit deprivované dítě, tudíž je vhodnější

mluvit o faktorech zvyšujících pravděpodobnost výskytu. Takovým zajímavým rizikovým faktorem je socioekonomická situace rodiny. Autoři studie pro ni užívají pojmy jako sociální či ekonomická deprivace. Příkladem takové studie je práce na téma chudoby a dětí s problémovým chováním. Výsledkem výzkumu je popis strádání citového vývoje skrze ekonomickou situaci rodiny. V rodině, která je funkční po výchovné, citové a morální stránce samozřejmě nevzniká citová deprivace jen na základě nízkého či nedostatečného ekonomického statusu rodiny. Pouze lze říci, že se přidružuje k původcům citové deprivace v afunkčních rodinách (McLeod & Nonnemaker, 2000). Celkové postavení rodičů ve společnosti může také skrývat prediktory pro vznik deprivace. Rodič s nízkým sociálním statutem je často nucen k celoživotní tvrdé práci, která mu zabírá většinu času a stojí ho mnoho fyzických i psychických sil. Tyto zdroje jsou pak přečerpány a nemohou být poskytnuty dětem. Ty mohou být životně obstarány, ale v citovém vývoji strádají (Hardoy & Almansi, 2011).

Dále Horwitz et al. (1991) poskytují hypotézu vzniku citové deprivace skrze výsledky své studie zaměřené na problematiku matek velmi mladého věku (15–19 let). Poukazují nejen na vysoké riziko nestability ekonomické, psychické a sociální stránky mladé maminky, ale také na to, že v mladém věku člověk nemusí být sám dostatečně citově vyzrálý a stabilní natolik, aby mohl poskytnout citové zázemí svému dítěti.

6.4.1.2. Projevy citové deprivace

Pokud se krátce podíváme na projevy citové deprivace v dětském věku a dospívání, tak u dětí do tří let nastává opoždění psychomotorického vývoje, povrchnost a nediferencovanost citů a sociálních vztahů či poškození řeči. U starších dětí se opozdí vývoj řeči, což je spojeno s chudou slovní zásobou, protože dochází k redukci řečové stimulace ze strany pečující osoby, tudíž počáteční vývoj řeči není posilován. Deprivované děti také zpravidla chybně užívají osobních zájmen, zejména já, to je přímo úměrné omezenému rozvoji dětského sebepojetí. U sebepojetí jsou časté dva extrémy, a to nerealistické vytahování (přehnaná aktivní obrana, kompenzace nedostatku podpory v okolí) nebo výrazné sebepodceňování (nejistota a obavy). Dítě má zpravidla problém získat důvěru k okolí i k sobě samému (Vágnerová, 2012). To vede k časté vazbě na

silnější bytost, členství ve skupinách kvůli pocitu skupinové identity (individuace dostatečně nevyvinuta). Také chybí spontaneita a citové vztahy jsou většinou na bázi povrchnosti. Citově deprivované dítě má také často problémy s kognitivní kontrolou (Machlin et al., 2019).

V poslední řadě také nesmíme zapomenout pro okolí nejvýraznější projevy, a to jsou projevy chování. Nezralá autoregulace a nedostatečné sebeovládání způsobují impulzivnost. Často se na sebe takový jedinci snaží upoutávat pozornost. U citově deprivovaných individuí není výjimkou intenzivní hledání osoby, která by vykompenzovala nedostatek citové blízkosti. Na druhou stranu se může objevit obranný mechanismus rezignace, což se projevuje odmítavou až bázlivou reakcí na náhlou vřelost.

6.4.1.3. Sdružování s jinými obtížemi

S citovou deprivací se obvykle vyskytují i jiné obtíže. Některé bývají velmi časté jako například horší prospěch, který neodpovídá jejich intelektovým schopnostem a jejich nízká motivace k učení. Hrozí výkyvy chování, neurotické potíže, citová otupělost a nedůvěra k lidem. Vzhledem k jejich sníženému sebehodnocení z dětství jsou náchylnější k vzniku závislostí a členství v názorově vyhraněných skupinách (Koluchová & Matějček, 2002).

Citová deprivace souvisí s mnoha dalšími projevy takto postiženého člověka a v kontextu mého tématu dětských psychiatrických pacientů je relevantní souvislost s hyperaktivitou dítěte. Značná část pacientů s deficitem v citových potřebách má problémy s hyperaktivitou. Důvodem tohoto projevu v chování citově deprivovaných dětí je skutečnost kombinace nejen bažení po pozornosti, vyhledávání chybějících podnětů citové opory a péče jiné osoby, ale také neschopnost dodržování společenských i jiných pravidel (Nasser, 2021).

6.4.1.4. Následky citové deprivace

O citové deprivaci Ainsworthová (1962) říká, že i krátkodobá deprivace zkušenost vždy zanechá následek minimálně skrytého charakteru i za předpokladu, že zjevné následky nepozorujeme. O následcích tedy lze říci, že jsou velmi nebezpečné a dokáží člověku zkomplikovat veškeré životní dění. Nejedná se však o beznadějnou situaci. Mezi negativní důsledky citové deprivace řadíme přednostně ty projevující se ve vztazích již dospělého jedince. Život v dospělých vztazích deprivanta může být totiž naplněn nedůvěrou a nejistotou, které mají kořeny v jejich primárních vztazích s pečující osobou. To má za následek nestabilitu a často značně emocionální ukončování těchto vztahů. Síla tohoto emočního náporu při rozchodech deprivovaných jedinců často pochází ve schématu sebeobětování jedince nebo také suprese emocí ve vztahu s druhými. Takto vysoká náročnost ukončování vztahů jedinců s deprivací minulostí nese velké riziko vzniku citové deprivace u dětí takovýchto rodičů. To by se dalo nejspíš považovat až za globálně sociální problém, který je umocněn u dětí i s jinými psychiatrickými diagnózami. Je tedy nutné při práci s pacienty na psychiatrickém oddělení pamatovat nejen na psychický stav rodičů, ale také na stav jejich vztahu. (Akbari et al., 2017).

Jak bylo ale již řečeno, následky nemusí vždy být fatálního charakteru. Naděje ve zdánlivě bezvýchodné situaci deprivovaného člověka je v případě včasné a důkladné intervenci. Langmeier a Matějček (2021, s. 311-312) nabízejí model, který říká v jakých oblastech je důležitá podpora pro „léčbu“ psychické a citové deprivace:

1. Reaktivace – Ta se týká zejména menších dětí, které je třeba v co nejkratší době odtrhnout od nepříznivých podmínek a zajistit mu nově přiměřený přívod potřebných podnětů
2. Redidaxe – Poskytuje funkční strategie „přeučení“ pomocí oboustranného zpevnování žádoucího chování.
3. Reedukace – Je třeba nově zformovat vztahové vlastnosti a charakter dítěte k jeho správnému fungování ve společnosti.
4. Resocializace – V poslední řadě na nejvyšší úrovni stojí potřeba zapojit dítě do společnosti a umožnit mu osvojení si svých společenských rolí.

II. Praktická část

7. Metodologie výzkumu

7.1. Cíl výzkumu

Výzkum v rámci této bakalářské práce má za úkol přinést informace ohledně vztahování se dětských pacientů ke zdravotním sestřím na psychiatrických odděleních. Cílem je tedy prozkoumat vnímání tohoto procesu z pohledu sester a také zjištění jejich možností vytváření a udržování vztahů s pacienty.

7.2. Výzkumné otázky

Dle záměru bakalářské práce jsem zvolila následující výzkumné otázky:

VO1: Jaké potřeby vnímají zdravotní sestry u dlouhodobě hospitalizovaných dětských psychiatrických pacientů?

VO2: Jak zdravotní sestry reagují na citové potřeby dětských psychiatrických pacientů?

VO3: Jaké možnosti vnímají zdravotní sestry (osobní, profesní, časové) v naplňování potřeb dětských psychiatrických pacientů?

VO4: Jakou představu mají zdravotní sestry o psychické deprivaci ve vztahu k jejich práci s dětskými psychiatrickými pacienty?

7.3. Výzkumná metoda

Pro praktickou část mé bakalářské práce jsem si zvolila kvalitativní design, konkrétněji metodu polostrukturovaných rozhovorů, které jsem uskutečňovala se zdravotními sestrami z dětské psychiatrie. Respondenty jsem oslovovala osobně s tím, že jsem je dopředu obeznámila s tématem a cílem mé práce.

Pro ty, které můj záměr zaujal natolik, že se rozhodli být součástí jsem připravila následující otázky:

1. Co Vás přivedlo k práci na dětské psychiatrii?
2. Jak dlouho pracujete v tomto oboru?
3. Jak jste se připravovala na tuto práci?
 - 3.1. Bylo vám poskytnuto nějaké zaškolení či informace, které by vás připravili na práci s dětskými psychiatrickými pacienty?
4. Co vás na této práci baví či naplňuje?

5. Jakou roli v životě hospitalizovaného dítěte dle vašeho názoru zastává zdravotní sestra při jeho pobytu?
6. Jakkoliv mi prosím vysvětlíte váš pohled na to, jakou roli hrajete v jejich životech, klidně pomocí metafory či jakkoliv jinak.
 - 6.1. Co si myslíte, že pro pacienty znamená, jak vás vnímají?
 - 6.2. Jak se s nimi cítíte vy?
 - 6.3. Jak poznáte, zda vás mají pacienti rádi?
 - 6.4. Co je pro vás v komunikaci s pacienty stěžejní (nejdůležitější)?
 - 6.5. Co děláte pro lepší vztah s pacienty?
7. Jak byste přesně popsala vztah mezi sestrou a pacientem? (použijte k vysvětlení nějaký příklad)
8. Jaké to pro vás je být v kontaktu s těmito dětmi?
9. Je to s nějakým pacientem snazší a s nějakým složitější? Napadá vás nějaký příklad?
10. Cítíte se zainteresovaní do života pacientů, jejich problémů a trápení nebo se považujete spíše za prostředníka akutní pomoci a poskytování každodenní péče?
11. Co dle vašeho názoru potřebují hospitalizované děti na psychiatrickém oddělení?
12. Co je náplní vašeho pracovního dne?
 - 12.1. Jak trávíte čas s pacienty?
 - 12.2. Co za činnosti považujete za nejdůležitější v práci s pacienty?
 - 12.3. Podle čeho volíte aktivity a činnosti s pacienty?
 - 12.4. Co děláte, pokud za vámi přijde pacient s problémem, trápením, rozladou atd.?
 - 12.4.1. Zkuste mi dát prosím konkrétní příklad.

13. Máte v kontaktu s pacienty nastavené pevné hranice?
 - 13.1. Chráníte těmi hranicemi svou osobu?
 - 13.2. Vymezujete se vůči pacientům z profesního hlediska?
 - 13.3. Stává se vám, že za vámi přichází pacient, něco žádá a vy víte, že nic nepotřebuje?
 - 13.4. Co si o této situaci pomyslíte a jak postupujete?
14. Setkáváte se s pacienty, kteří o navázání jakéhokoliv vztahu nejeví zájem?
 - 14.1. Jaký by mohl být dle vašeho názoru důvod tohoto nezájmu?
15. Jaké pocity vnímáte u hospitalizovaných pacientů na základě vašich zkušeností?
(příklad)
16. Poznáte na pacientech nějaké jejich potřeby bez toho, aby vám je sdělovali?
 - 16.1. Jak to poznáte?
 - 16.2. Je to v rámci vašich možností, sledovat takto jejich potřeby?
17. Slyšel/a jste někdy pojem psychická/citová deprivace?
 - 17.1. Víte o něm něco? (Máte o tom nějakou představu?)

Zde byla podána jednoduchá definice dle Langmeiera a Matějčka (2021):

Deprivace je strádání nedostatečným uspokojením nějaké důležité potřeby, v případě psychické se jedná o základní duševní potřeby a u citové zase o potřeby lásky a přilnutí.

18. Myslíte si, že je tahle informace pro vaši práci nějak důležitá?
 - 18.1. Jací jsou pacienti, kteří mají deficit v citových potřebách?
 - 18.2. Máte nějaký příklad takového dítěte z vaší praxe?
 - 18.3. Napadá vás na základě vašich zkušeností, jak se dá rozeznat projev diagnózy od projevu deprivace?
 - 18.4. Co myslíte, že od vás potřebují takový pacienti?
 - 18.5. Co považujete za efektivní v práci s těmito pacienty?
19. Pociťujete na chování pacienta to, jak je naučený se chovat doma ke svým blízkým?
 - 19.1. Řekněte mi prosím nějaký příklad.
20. Setkáváte se ve své praxi s dětmi, u kterých předpokládáte nějaké nedostatky v uspokojování citových potřeb v jejich rodinném prostředí?
21. Co jsou ti ukazatelé vašich předpokladů o nedostatečné citové opoře v rodině?

22. Vnímáte nějaké rozdíly v kontaktu s pacienty, kteří pocházejí z takto nepříznivého rodinného prostředí a těmi z funkčních rodin, popřípadě jaké?
23. Jak pracujete s případnými zvláštnostmi nebo specifiky ve vztahových potřebách pacientů z nepříznivého rodinného prostředí? (například vyhledávání a vyžadování fyzického kontaktu – objímání, ukládání do postele,...)
24. Co potřebujete pro to, aby utváření a udržování vztahu či samotný kontakt s pacienty byl kvalitní?
25. Co by vám ve vaší práci s pacienty pomohlo?

Na závěr každého rozhovoru jsem se zeptala, zda je něco, co nebylo během něj řečeno a respondent si myslí, že by to mělo zaznít. Také jsem přidala otázku na formu samotného rozhovoru pro mou informaci k případnému zkvalitnění sběru dat.

Dále data rozhovorů byla podrobena otevřenému kódování a seskupování do kategorií.

7.4. Výběr a popis výzkumného vzorku

Výzkumný soubor tvoří zkušené zdravotní sestry pracující v nejmenované dětské psychiatrii, kde jsem sama pracovala. Jedná se o dvě všeobecné a tři praktické sestry. Všechny mají již své děti a jejich věk se pohybuje mezi 30 a 65 lety. Respondentky pracují s psychiatricky nemocnými dětmi po dobu 6,5 - 15 let.

V následující tabulce byla tato relevantní informace přehledně znázorněna.

Tabulka 2 - Délka praxe zdravotních sester

Jméno respondentky	Délka praxe
Eva	15 let
Lenka	13 let
Aneta	10 let
Beáta	7 let
Klára	6,5 roku

7.5. Sběr dat

Nástrojem sběru dat jsem zvolila polostrukturovaný rozhovor z důvodu možnosti zachycení podrobností. Měla jsem připravené otevřené otázky zaměřené na atributy obsahu stanovených výzkumných otázek. V průběhu jsem však nechávala také prostor pro témata, která vnášely sami respondentky. Rozhovory byly uskutečněny při osobním setkání a dle výběru respondentek převážně v jejich domácím prostředí. Úvod rozhovoru byl samozřejmě věnován seznámení respondentek s výzkumem a předložení informovaného souhlasu k podpisu. Celý dialog týkající se tématu bakalářské práce byl se svolením respondentek nahráván na diktafon. Rozhovory měly rozsah od 35 do 56 minut a následně byly přepsány ze zvukového záznamu do podoby doslovné transkripce.

7.6. Postup analýzy dat

Po realizaci rozhovorů jsem je nejprve pomocí doslovné transkripce převedla z audiozáznamu do textové podoby. Poté jsem si dle výzkumných otázek nastínila kategorie, které jsem očekávala a pustila se do kódování. Zvolila jsem postup otevřeného kódování nejprve skrze program Atlas.ti, později jsem rozhovory procházela ještě jednou a to jsem kódy upravovala a doplnila metodou „tužka papír“. Když jsem byla s kódy spokojena, seskupila jsem je do předem připravených kategorií, které jsem ještě upravila na míru vzniklým kódům. Nakonec jsem se rozhodla výsledky publikovat i cestou kazuistického zpracování pro čtenářovu ucelenější představu respondentek a jejich celkového přístupu. Nakonec jsem tedy ještě popsala kategorie doplněné o úryvky z rozhovorů.

7.7. Etické otázky výzkumu

Jména respondentek byla v rámci zachování anonymity změněna. Některé údaje nebyly záměrně přiřazeny, ale jen zmíněny v textu taktéž z důvodu citlivého zacházení s informacemi. Respondentky byly poučené o právu kdykoliv odstoupit

z výzkumu, o anonymitě i postupu nakládání se získanými daty. Vše bylo podpořeno informovaným souhlasem, který byl každé respondentce předložen na začátku setkání.

Jakékoliv informace, které by mohly vést k odhalení konkrétních pacientů byli také ošetřeny.

8. Výsledky

8.1. Obsahová analýza rozhovorů

V rámci interpretace výsledků nejprve stručně popíši shrnutí obsahů jednotlivých rozhovorů vzhledem k výzkumným otázkám.

Eva:

Paní Eva pracuje na dětské psychiatrii již 15 let. Motivací k této práci jí je pomoc jednotlivým dětem, které mohou být poté úspěšní v dalším životě. Vůči pacientům se vymezuje jako „kamarádka, náhradní rodina či známý“. S pacienty ráda po jejich demisi zůstává v kontaktu. V kontaktu s pacienty se cítí dle svých slov velmi příjemně a baví jí to.

U dlouhodobě hospitalizovaných pacientů nejvíce vnímá citové strádání. Vycitňuje velkou potřebu citové podpory a pyšní se důvěrou pacientů, se kterou za ní chodí a svěřují se.

V kontextu plnění citových potřeb pacientů uvádí důležitost poddání pomocné ruky a poskytnutí „dobrého slova“. Pacient musí vždy cítit, že za ní může s čímkoliv přijít. Také zmiňuje ale edukaci pacienta k pomoci sobě samému.

Jako zdravotní sestra vidí své osobnosti možnosti jednoznačně. Důležité je nenosit si problémy ze života mimo nemocnici do práce a v práci být přítomna tělem i duší pacientům. Vnímá jako důležité sledování pacientů a jejich monitoraci k předcházení problémům a odhadování jejich somatických stavů. Psychické problémy či potřeby pacientů neodhaduje, dá na to, co si pacient řekne sám. O časových možnostech se zmiňuje v kontextu nedostatečného personálního zastoupení oproti množství pacientů.

O citové deprivaci říká: „Citová deprivace, to tam ty děcka vlastně se izolují a nemají vlastně dostatek toho citu, dneska je to tak daný. Nemají ani dostatek času, jak od rodičů, protože rodiče jsou zaměstnaný a hrozně jsou na mobilech a počítačích, nechodí mezi kamarády ven.“

Lenka:

Paní Lenka s psychiatrickými pacienty pracuje po dobu 13 let. Před touto dlouholetou praxí ještě pracovala 2 roky se somaticky nemocnými dětmi. K této práci ji přivedla zvědavost. Před nástupem prošla školením a sama si ráda doplňuje vzdělání samostudiem. Motivací jí je charakter této práce, její zajímavost podnětnost a přínos zkušeností do života. Vůči pacientům se vymezuje jako autorita s tím, ale že podotýká, že je důležité získat pacientovu důvěru a „být tu pro něho.“ Pacienti ji vnímají jako „tetu či náhradní maminku.“ Cítí se s nimi v kontaktu dobře, ale často vyčerpaně z povahy náročnosti tohoto povolání.

U dlouhodobě hospitalizovaných pacientů vnímá velkou potřebu bezpečí. Z povahy její práce s dětmi s mentálními retardacemi zmiňuje, že povaha vyjadřování jejich potřeb je odlišná a je nutné je vnímat jiným způsobem. Ačkoliv takoví pacienti často nekomunikují o svých potřebách tradičním způsobem, paní Lenka vyzdvihuje důležitost nalezení způsobu poznání jejich potřeb.

Své osobnostní možnosti vnímá v kontextu sebevzdělávání o diagnózách pro lepší porozumění klientům. Zakládá si na poznání dítěte i jeho rodinného zázemí. Baví jí pacienty učit nové věci a vést je k sebeobsluze. Z jejich profesních možností vyzdvihuje profesionální komunikaci a postupy při vyhrocených situacích. O časových možnostech mluví v kontextu velkého množství úloh a občasné chaotického programu.

O citové deprivaci říká: „To jsou vlastně z dětských domovů děti, když přijdou a vlastně jim tam chybí někdy takový... ta mateřská láska (...) oni mají tetu, mají režim, mají všechno, ale prostě ta teta, když tam má třeba 15 dětí, tak nemůže stále někoho hladit.“

Aneta:

Paní Aneta na dětské psychiatrii pracuje přes 10 let a k její pozici zdravotní sestry ji přivedlo volné pracovní místo. V začátcích si cenila rad a zaučení zkušenějších kolegyně a vyhovovalo jí učení sbíráním osobních zkušeností. Motivací k setrvávání v této práci jí je touha „pomáhat postiženým dětem“. Ve své pozici sestry vůči pacientům hraje velkou roli, občas cítí, že i „větší než jeho rodič“ v případech opravdu dlouhodobých

hospitalizací. Pacienti ji vnímají jako autoritu, ale zároveň i jako „kamarádku, tetu nebo někoho blízkého“. V kontaktu s psychiatrickými pacienty se cítí dobře a do práce se těší.

U dlouhodobě hospitalizovaných pacientů vnímá silnou potřebu empatie, nastavení hranic, a hlavně pocit zájmu a individuální pozornosti (ideálně rodičů).

K naplňování citových potřeb pacientů má jasný postoj a zmiňuje, že je velmi důležité umět i „pohládit a pomazlit“. Také přidává poznámku o silném významu individuálního přístupu a péče.

Ve věci osobnostních možností klade důraz na pevnou vůli, ale zároveň férovost. Vyzdvihuje pozitivní účinky nastavení „toho co se smí a co se nesmí“ ke správné kooperaci v kontextu práce s mentálně retardovanými pacienty. Za důležitou součást osobnostních předpokladů této práce uvádí striktní oddělení pracovního a osobního života. Z hlediska profesních možností klade velký důraz na konzistentnost v chování a reakcích tak, aby pacienti přesně věděli, co od ní můžou čekat. Zakládá si na správné komunikaci přívětivé chápání jednotlivých pacientů, „vždy, když něco zakážu nebo neposkytnu, řeknu mu proč.“ Také říká, že takový pacient je na zdravotní sestře závislý, a tak by k němu také měla sestra přistupovat, „citem a respektem k tomu, že je ten pacient nemocný“. Vnímá u sebe posunutí hranic vůči pacientům a „je podle ní dobrou konstantnější“. Časové možnosti vnímá na dětské psychiatrii jen v kontextu malého prostoru k individuálnímu kontaktu s pacientem vůči jeho potřebám pozornosti.

O citové deprivaci říká: „ Asi jsme o tom slyšela, že jsou třeba u nás dlouho, tak prostě že jsou takový opuštěny, že jim prostě chybí ta láska od té rodiny.“

Beáta:

Paní Beátu na dětskou psychiatrii přivedla touha po práci s dětmi a volné pracovní místo. Na své pozici zdravotní sestry na psychiatrickém oddělení pracuje již 7 let. Motivací k práci jí jsou výsledky viditelné na zlepšení stavu pacientů a také akční povaha práce. Vůči pacientům se cítí jako velmi důležitou součástí jejich léčebného procesu vzhledem k množství času, který zdravotní sestra tráví v životě hospitalizovaného dítěte. Cítí se jako jejich „kamarádka a ten komu se může pacient přijít svěřit, ale zároveň autorita, kterou musí respektovat“. Celkově v kontaktu se s pacienty cítí „ve svém“.

Nejvýrazněji vnímá u dlouhodobě hospitalizovaných potřebu pozornosti, klidu a pochopení.

V naplňování citových potřeb svůj postoj upravuje dle pacientových požadavků. Pokud je přístupný bližšímu kontaktu, ráda pomůže, pokud ale nemá o angažovanost tohoto charakteru zájem respektuje to.

Své osobnostní možnosti hodnotí jako přirozené a omezené starostí o své vlastní děti. Práci a domov však neodděluje nijak striktně. Profesní možnosti popisuje v kontextu sestry jako zastupujícího člověka plnícího roli rodiče a poskytujícího pozornost pacientovi. Časové možnosti Beáta vnímá nedostatečné.

O citové deprivaci říká: „Slyšela jsem to, ale asi to neumím vysvětlit (...) řekla bych, že to maj holky, když jsou jako našťvaný na celý svět prostě, třeba právě tím, že je tam zavřou a oni si myslí, že to nepotřebujou.“

Klára:

Paní Klára na dětské psychiatrii začala pracovat po rozhodnutí změny povolání. Na dětskou psychiatrii ji přivedlo doporučení známé a již zde setrvává po dobu 6,5 let. V začátcích její kariéry vyzdvihuje zaučování kolegyněmi a vidí velkou důležitost ve sbírání vlastních zkušeností pro práci a komunikaci s psychiatrickými pacienty. Motivací do této práce jí je viditelné zlepšení pacientova stavu a pocitu smysluplnosti práce. V tomto kontextu též zmiňuje riziko vyhoření a důležitost psychohygieny zdravotních sester. Pro pacienty se snaží být velkou oporou a důvěryhodným člověkem. Myslí si, že jí vidí pacienti jako „kamarádku, tetu nebo občas dokonce i maminku“ a zdůrazňuje individualitu v pohledu pacientů. Také si připouští, že se může stát, že se nějakému pacientovi „zkrátka nebude líbit“. Mluví také o hledání cesty s novými pacienty a důležitosti budování vzájemného vztahu a respektu. Vůči pacientům se vymezuje spíše osobnostně než profesionálně. Není plně přesvědčena, že je to vždy správně vůči její roli zdravotní sestry, ale cítí se tak v kontaktu s pacienty lépe. Cítí se s psychiatrickými pacienty stále „na pozoru“ a z povahy časové náročnosti povolání často vyčerpaná.

U dlouhodobě hospitalizovaných pacientů vnímá nejsilněji potřebu porozumění a empatie. Zmiňuje také že je třeba pomoci pacientům porozumět jim samým, „proč se jim

děje, co se jim děje“ a také klid a prostor. Dále mluví o potřebě individuálního kontaktu, na který bohužel často není čas a prostor.

V kontextu plnění citových potřeb opakuje vzájemný respekt a opatrné postupování v intervenci s pacienty. Cítí jako žádoucí pomalé, opatrné a zevrubné seznámení s každým pacientem pro vzájemné porozumění a příznivou atmosféru v kontaktu s pacienty.

Své osobnostní možnosti označuje jako hodící se, nemyslí si, že je potřeba vždy být dominantní a silně autoritativní pro dobrou spolupráci s psychiatrickými pacienty, říká taky ale, že občas je to potřeba k předcházení nepříjemným vyhoceným situacím. Profesní možnosti komentuje jako rezervované. Ráda by se angažovala v kontaktu s pacienty více, ale časové možnosti praktické sestry jsou velmi omezené. Zmiňuje ideální představu, ve které by jedna sestra měla na starosti 3 děti, o které by se mohla postarat nejen hmotně, ale právě i ve věci psychické opory a podpory.

O citové deprivaci říká: „ Samozřejmě, že jsem to slyšela. Tam je nedostatek nějakého citu nebo prostě lásky prostě od někoho. To dítě vlastně necítí od druhých a pak jsou právě přítomný ty deprese z toho. Většina z nich se necítí dobře z toho a mají pocit, že nic nezvládnou, že nejsou schopný nic udělat dobře. Všechno je špatně, takže to je taková ta citová ztráta.“

8.2. Analýza rozhovorů dle kategorií

1. Kategorie – **Potřeby pacientů:**

Tabulka 3 - Kódy kategorie potřeb pacientů

Jméno respondentky	Vnímané potřeby
Eva	pozornost, intervence sestry, důvěryhodné osoby, klid, podpora
Lenka	pozornost, pochopení, důvěryhodné osoby, bezpečí, správná adaptace
Aneta	pozornost, pocit zájmu okolí, empatie, individuální přístup
Beáta	pozornost, pochopení, klid, respekt k nezájmu, nalezení smyslu, běžná komunikace
Klára	pozornost, pochopení, intervence sestry, svoboda volby, klid, čas, klid, kontakt s okolním světem, pohyb

V této kategorii jsem se tedy zaměřila obecně na potřeby, které jsem se nakonec v kontextu pojetí respondentek rozhodla nerozdělovat do podkategorií. Analyzovala jsem zde vnímání potřeb pacientů dotazovanými sestrami. Všechny respondentky se potkaly v potřebě pozornosti. Tři se shodly na výrazné potřebě pochopení od okolí, které jim často chybí již z domova.

Například:

Paní Lenka v kontextu potřeb hospitalizovaných dětí říká, že: „...všeobecně potřebují pocit bezpečí, pocit, že tam někdo pro ně je a hlavně, aby se dobře začlenili do léčebného režimu...“

Paní Eva zase tvrdí, že: „já si myslím, že hlavně právě potřebujou tu emoci, tu emocionální stránku (...) potřebujou tam vlastně ten určitý klid a přístup těch zdravotníků, ať je to lékař, ať je to psycholog, ať je to zdravotní sestra i pomocnej personál, tak vlastně spíš jakoby to dobrý slovo a podporu.“

A paní Beáta s jistotou v hlase prohlašuje: „v první řadě fakt potřebujou pozornost, prostě pochopení, když to mají těžký a rodiče na ně třeba fakt dlabou (...) s někým si prostě normálně popovídat.“

Zajímavé je, že jen paní Aneta zmínila i fyzické potřeby: „no určitě sestřičky, který se o ně starají a pak určitě, aby věděli, že mají ten kontakt s těma rodičema. To je pro ně hrozně důležitý, aby věděli jakoby že o ně má někdo zájem (...) no a pak takový ty klasický potřeby jako je teplo, světlo, jídlo a tak... prostě fyzický potřeby.“

Paní Klára také jediná mluví o hmotné komoditě: „...já si myslím, že i ty telefony a toto je dobře udělaný, že to mají třeba na chvíli jenom, že prostě mají opravdu prostor na tohle.“ Dále také udává: „myslím si, že by potřebovali mít více fyzické námahy, protože by se potřebovali jakoby svým způsobem vybit taky trošku, když celý den jenom polehávají a posedávají tak jim to moc nepřidává.“

2. Kategorie – Postoj k naplňování citových potřeb:

Tabulka 4 - Kódy kategorie postoje k naplňování citových potřeb

Jméno respondentky	Postoj k naplňování citových potřeb
Eva	Fyzický kontakt, verbální podpora, edukace vlastní pomoci
Lenka	Poskytnutí bezpečného prostoru, zaměstnání mysli, poznání osobnosti pacienta
Aneta	Fyzický kontakt, věnování individuální pozornosti
Beáta	Orientace dle přístupnosti pacienta, (fyzický kontakt, verbální podpora)
Klára	Citlivá komunikace, poznání osobnosti pacienta

Ve druhé kategorii jsem analyzovala postoj respondentek k plnění citových potřeb. Společný postoj v poskytování fyzického kontaktu jako jazyku útěchy a podpory se shodly respondentky dvě, dvě se také hlásí k naplňování citových potřeb skrze zevrubného poznání osobnosti pacientů. Cestu verbální podpory volí sestra jedna, která klade důraz na edukaci pacientů k vlastní pomoci. Jedné dotazované se osvědčila citlivá komunikace ohledně osobních informací a jedna si stojí za strategií předání zodpovědnosti za citové potřeby do pacientových rukou s tím, že pokud projeví zájem

nemá problém s jejich naplňováním prostřednictvím fyzického kontaktu a verbální podpory.

Například:

Paní Eva o citových potřebách mluví: „... spíš potřebujou ten cit, pohlazení, určitě jim schází rodiče, tak jsme tam my (...) a pokud je rozlícitnější a prostě sám jako mě požádá o to, jestli mě může obejmout, tak samozřejmě většinou to dovolím, tam potom dochází k tomu uvolnění toho stresu.“ O edukaci pomoci dále říká: „... je důležitý, jak chodí na to DBT a tam se učí těm technikám, jak to dělat jinak, jak si pomoci sám sobě, což je moc dobrý pro ně.“

Paní Beáta zase tvrdí, že: „... ten, kdo chce, aby ta sestra byla prostě zainteresovaná tak u toho jo a ten, kdo to má úplně na háku, tak tam ne (...) prostě když chtějí tak s tím nemám problém.“

3. Kategorie – Pohled na roli zdravotní sestry:

Tabulka 5 - Kódy kategorie pohledu na roli zdravotní sestry

Jméno respondentky	Pohled na roli zdravotní sestry
Eva	Kamarádka, nástroj poskytující péči, zkušenost do osobního života, individuální nastavení hranic, láska k práci, pomoc druhým
Lenka	Teta, náhradní maminka, součást života pacientů, zkušenost do osobního života, láska k práci
Aneta	Kamarádka, teta, blízká osoba, nástroj poskytující péči, láska k práci, pomoc druhým, individuální nastavení hranic
Beáta	Kamarádka, individuální nastavení hranic, přirozené prostředí
Klára	Kamarádka, náhradní maminka, nástroj poskytování péče, individuální nastavení hranic, smysluplnost práce

Ve třetí kategorii se respondentky velmi potkávají. Čtyři respondentky se shodly na tom, že se ve vztahu k pacientům nejlépe umí připodobnit k roli kamarádky, dvě pak zmínily také náhradní maminky. Tři dotazované se považují v pojetí svého profesního já,

jako nástroj poskytující péči, zatímco jedna se cítí spíš jako součást pacientova života. Dvě ze sester dokonce vidí spojení s jejich osobním životem prostřednictvím zkušeností. Častější informací, konkrétně třikrát zmíněnou se stala láska k práci.

Například:

Paní Aneta říká, že: „třeba nějak nám říkají teto, že jsme pro ně jakoby...že nás asi nevnímají jako sestřičky, ale spíš jako buď kamarády nebo prostě ty tety a nebo někoho blízkýho.“

Tento názor podporuje také paní Eva: „...viděj mě spíš jako takovou kamarádku.“ Také při rozhovoru vyjádřila svůj kladný vztah k práci slovy: „...já se tam cítím velice dobře a vlastně ta práce mě naplňuje.“

Paní Klára se svěřila, že: „...protože zas je to o tom prostoru a čase, ten čas prostě když tam není, tak mi připadá někdy, že jsem opravdu jenom nástroj, kterej tam někde chodí (...) běháš vlastně na ty terapie, z terapie, honem sem a tam, takže si připadám víc jako nástroj.“

Naopak ale paní Lenka říká, že: „, no já si myslím, že jsem zainteresovaná do jejich života určitě.“

4. Kategorie – **Pomoc pacientům:**

Tabulka 6 - Kódy kategorie pomoci pacientům

Jméno respondentky	Pomoc pacientům
Eva	Terapie, kontakt po dimisi, medikace, odvedení pozornosti od problému
Lenka	Terapie, psychiatrické vědomosti, medikace, edukace soběstačnosti
Aneta	Individuální pozornost, edukace soběstačnosti
Beáta	Víra v léčebný proces, kontakt po dimisi
Klára	Terapie, víra v léčebný proces, medikace, individuální kontakt, odvedení pozornosti od problému, edukace soběstačnosti

Ve čtvrté kategorii jsem analyzovala způsoby pomoci, které respondentky zmiňovaly. Tři se shodly na příznivých účincích terapií a také na medikaci jako prostředku pomoci. Dále se ve výsledcích objevilo dvakrát dodávání víry v léčebný proces a stejný počet sester uvedlo, že zůstávají v kontaktu s pacienty i po dimisi v rámci podpůrného opatření. U sester pracujících častěji s mentálně retardovanými pacienty se objevila edukace soběstačnosti, a to konkrétně u tří dotazovaných.

Například:

Lenka o terapiích sděluje: „...fungují tady taky ty různé terapie, terapie je důležitá pro ty děti, jsou tu ergoterapie a arteterapie...“

Aneta zase komentuje individuálně strávený čas se sestrou: „...oni mají jakoby nenasytnou potřebu pozornosti, takže jich je třeba na tý stanici 15 a že všichni tu pozornost většinou chtějí, ale ty jí bohužel nemůžeš věnovat všem kvalitně.“

Beáta mluví v kontextu pomoci pacientovi: „...tak třeba u těch anorektiček je to většinou vidět, že vědí, proč tam jsou úplně přímo a přesně (...) a věří, že jim to nějakým způsobem pomůže a to je super, když jim to umíme takhle podpořit a dát.“

5. Kategorie – Úloha zdravotní sestry:

Tabulka 7 - Kódy kategorie úlohy zdravotních sester

Jméno respondentky	Úloha zdravotní sestry
Eva	Hlídací a ochranná funkce, práce s diagnózou, práce s osobností pacienta, doprovod, společník
Lenka	Hlídací a ochranná funkce, práce s diagnózou, odborník, autorita, nácvik sebeobsluhy
Aneta	Hlídací a ochranná funkce, práce s diagnózou, práce s osobností pacienta, doprovod, autorita, zajištění technického zázemí, společník
Beáta	Hlídací a ochranná funkce, práce s osobností pacienta, doprovod, společník
Klára	Hlídací a ochranná funkce, práce s diagnózou, práce s osobností pacienta, doprovod, autorita, zajištění technického zázemí, společník

V rámci 5. kategorie jsem analyzovala názory sester ohledně jejich úlohy jako sester na dětské psychiatrii. Jako nejvýraznější úkol všechny respondentky jmenovaly hlídání pacientů, ochrana a dohled nad dynamikou skupiny pacientů. Čtyři mluvily o práci s diagnózou jednotlivých pacientů a z nich ještě tři dodaly, že je ale zároveň důležité pamatovat i na jejich osobnost. Čtyřikrát se objevila informace o doprovázení pacientů do školy, na terapie a vůbec všude v areálu. Tři dávají průchod též potřebě působit jako autorita ve své roli sestry. Tři dotazované také zmínily, že jsou pacientům společníky ve chvílích volnočasových aktivit.

Například:

Paní Eva říká, že : „...tam vlastně je náplň práce asi hlavně té zdravotní sestry v tom, hlavně hlídat ty pacienty, aby se nesebepoškozovali, jako pokud mají nějaký jako výbuchy vzteky a tak dále(...) prostě mapovat tu situaci za každou cenu na tom oddělení, jaká je atmosféra a aby tam taky nebyla šikana (...) aby tam prostě byli tak nějak jako v souladu i mezi sebou, aby se tam nehádali a pak to prostě mezi nima pořád tak nějak řešit, aby bylo dobře.“

O ostražitosti také mluví paní Klára: „...musím říct, že spíš jsem ostražitější k situaci na oddělení a dávám si pozor (...) jak se chovají, jak jednají, jak se baví se mnou před ostatními, jak se baví s jinejma dětma, jak spolupracují s tím kolektivem...“

Paní Lenka se na funkci sestry také podívala z pohledu úlohy poskytnutí dovedností pro lepší samostatné fungování pacientů: „...ta sestra musí těm dětem dát to důležitý, to je vlastně samozřejmě socializovat je tam, potom aby byl nácvik sebeobsluhy, aby se dokázali oblíknout, svlíknout, prostě se dokázaly aspoň s pomocí umýt a vyčistit zuby (...) aby se to nějak naučily, že po použití toalety si mají umýt ruce a spláchnout a takovýhle věci.“

6. Kategorie – **Komunikace s pacienty:**

Tabulka 8 - Kódy kategorie komunikce s pacienty

Jméno respondentky	Komunikace s pacienty
Eva	Klidná ale věcná komunikace, nedostatečné komunikační schopnosti pacientů, spoleh na verbální komunikaci, dostatek času a prostoru
Lenka	Důležitost neverbální komunikace, jednoduché obsahy verbální komunikace, odborné znalosti
Aneta	Důležitost neverbální komunikace, jednoduché obsahy verbální komunikace, spravedlnost, nastavená pravidla, čistá hlava
Beáta	Spoleh na verbální komunikaci, rovnocenný přístup, empatie
Klára	Důležitost neverbální komunikace, vzájemný respekt, dostatek času a prostoru

Kategorie týkající se komunikace s pacienty přinesla informaci o tom, že dvě respondentky se spoléhají převážně na verbální obsahy komunikace s pacienty a tři se naopak častěji opírají o neverbální signály. Dvě dotazované sestry zmínily diskomfort v komunikaci s pacienty v podobě nedostatku času a prostoru. Z povahy časté interakce s mentálně retardovanými pacienty dvě respondentky také mluvily o nezbytnosti jednoduchých slovních obrátů a jasné sdělování požadavků. Jedna respondentka uvedla, že pro dobrou komunikaci s pacienty potřebuje volné dny ke své regeneraci a vyčistění hlavy.

Například:

O nezbytnosti volného času pro funkčnost komunikačního kanálu s pacienty paní Aneta říká: „...hodně mi k tomu pomáhá taky moje osobní volno, protože si potřebuju odpočinout a já cítím to prostě když mám moc směn, že jsem vystreslá a nepříjemná (...) pak když přijdu odpočatá a v pohodě tak nám to jde komunikovat líp (...) myslím, že i ty děti to cítí a líp reagují.“

Paní Beáta uvádí o komunikaci s pacienty: „, já potřebuju hodně komunikovat a prostě se trošku i vcítit do těch dětí jako (...) to mi prostě asi stačí, si myslím.“

A paní Klára se svěřila s pocitem nedostatku času pro kvalitní komunikaci: „no, podle mě to furt ten čas, protože o tom čase to je nejmí, čas už nemají ani rodiče na tu komunikaci a dětma a je to ve všem stejné i na té psychiatrii...“

Podle paní Lenky je ke správné komunikaci s psychiatrickým pacientem důležité mít potřebné znalosti a uvádí, že: „...hlavně musíme mít znalosti o těch diagnózách (...) jak vlastně dokáže reagovat na jednotlivé situace (...) proto jsou ty semináře, to je důležité, protože furt jdeme dopředu, ta medicína, všechno jde dopředu tak abysme získávali furt ty znalosti (...) taky z literatury jako jsou zdravotnické časopisy (...) a knížky.“

7. Kategorie – **Nepřízeň podmínek:**

Tabulka 9 - Kódy kategorie nepřízně podmínek

Jméno respondentky	Nepřízeň podmínek
Eva	Nedostatek personálu, malá ohleduplnost mezi lidmi, malá angažovanost psychologů
Lenka	Malá angažovanost psychologů, špatná informovanost
Aneta	Modernizace pomůcek, jídelníček
Beáta	Malá angažovanost psychologů, jídelníček
Klára	Nedostatek personálu, chaos, nedobrovolné hospitalizace, velké množství pacientů pohromadě, jídelníček, špatná informovanost

Kategorie nepřízně podmínek se týká nepříjemností, které v očích respondentek mají na pacienty negativní vliv. Nejčastěji se v této kategorii objevovali výpovědi týkající se různých nedostatků. Jedná o nedostatek personální ve dvou případech, v jednom nedostatek moderních pomůcek a dvakrát se objevil nedostatek informací od instituce. Dvě respondentky uvedly přání většího angažmá psychologů v léčebném procesu psychiatrických pacientů a tři uvedly problematiku velmi stereotypního jídelníčku.

Například:

Paní Klára uvádí, že: „prostě je tam podle mě moc pacientů na málo sester, i když je to jako bráný, že to je nemocnice psychiatrická a sociální sféra je něco jiného (...) se to tak bere, že je to něco jiného, ale na tý psychiatrii by to tak být nemělo ani v té nemocnici (...) mělo by bejt jakoby víc sester na to množství pacientů, třeba prostě 3 a 1 sestra, to by bylo ideální.“

S tím také souhlasí paní Eva: „... docela mi ještě přijde důležitý, že třeba tam jsme s těma dětma jen 3 sestry a to nestačí na to množství pacientů.“ Eva také vyjádřila přání k větší spolupráci psychologů: „bylo by třeba aby odpoledne, kdy teda psychologové už chodí domů, tak kdyby měli třeba služby aspoň do šesti nebo sedmi hodin a víc se jako s těma dětma stýkali (...) byli by tam na té stanici a věnovali se takhle trošku i těm dětem, aby prostě tam bylo víc takový tý odbornější práce s těma dětma (...) kdyby bylo třeba tak aby ten psycholog prostě včas mohl fungovat a zasáhnout (...) dětem bývá špatně i dýl a ne jen ráno.“

Paní Aneta vidí nedostatek v zastaralých pomůckách a přináší řešení, které by ulevilo dětem i jí samotné v práci s psychiatricky nemocnými: „...určitě to chce nějaký pomůcky, jako že by nám mohli, nakoupit novější celkově a pak co by nám určitě pomohlo, tak jak tam máme ty agresivní děti, tak kdyby se jim udělala nějaká místnost, kde byl třeba boxovací pytel a byla by ta místnost celá jakoby vypolstrovaná, aby si tam nemohli ublížit, ale prostě mohli se tam vybit, tak to si myslím, že by nám i jim pomohlo hodně.“

Paní Beáta zase mluví o nedostatku informací o pacientech a nelehké získávání skrze počítač: „ tak třeba mi úplně nepomáhá to, že když ty pacienti přijdou, tak já o nich nic nevím (...) ani o tý jejich diagnóze občas a přečtu si to až třeba za měsíc jako na tom počítači, protože mám noční a je na to čas.“

8. Kategorie – Citová deprivace:

Tabulka 10 - Kódy kategorie citové deprivace

Jméno respondentky	Citová deprivace
Eva	Deprivace je rozdílná od diagnózy, přínos informací o deprivaci, vyžadování privilegování zdravotníkem, odlišné chování
Lenka	Deprivace je rozdílná od diagnózy, přínos informací o deprivaci, odlišné chování
Aneta	Deprivace je rozdílná od diagnózy, pocit bezpečí, chování podobné, přínos informací o deprivaci
Beáta	Deprivace splývá s diagnózou, chování podobné, informace o deprivaci netřeba
Klára	Odlišné chování, dynamické ovlivňování mezi deprivací a diagnózou, přínos informací o deprivaci

Poslední kategorii jsme analyzovala odpovědi na otázky týkající se citové deprivace. Čtyři respondentky považují vědomí o existenci citové deprivaci za žádoucí a přínosnou v jejich práci zdravotní sestry na psychiatrii a jedna považuje informaci za irelevantní z důvodu toho, že při hospitalizaci je dítě odloučeno, tudíž vždy strádá. Tři dotazované mluví o deprivaci a jiné diagnóze pacientů jako o dvou odlišných problémech, jedna zase považuje oba za neoddelitelné a poslední vyjádřila dynamické vzájemné působení. Tři sestřičky klasifikují chování citově strádajících jako viditelně odlišné, dvě naopak pozorují podobné rysy v chování.

Například:

Paní Eva o odlišnosti v chování říká, že: „...pokad' se to dítě jakoby otevře nebo přilne k nějakému tomu zdravotníkovi, tak ho neustále vyhledává, neustále chce objímat a nestále chce potom bejt jakoby první u toho zdravotníka.“

Jiné vzorce chování také rozeznává paní Lenka: „...nastane tam poutání pozornosti (...) takovým jiným způsobem (...) jakoby poutá tě výrazně nevhodným chováním, třeba.“

Paní Beáta uvádí svůj pohled na důležitost informovanosti ohledně citové deprivace a říká: „ tak vzhledem k tomu, že ty děti chodí k nám, tak jsou jako deprivovaný asi skoro všichni (...) prostě ztrádaj pak.“

Shrnutí výsledků:

V rámci mého výzkumu mě zajímal pohled zdravotních sester pracujících na dětské psychiatrii, na potřeby pacientů, zejména na citové potřeby a na vztahování se těchto pacientů k sestřám. Všechny respondentky za nejvýraznější potřebu označují pozornost. Tři z pěti dotazovaných pak zmínily pochopení a klid. Též se objevila třikrát potřeba přítomnosti důvěryhodné osoby. Celkově považují sestry problematiku citových potřeb u psychiatrických pacientů za důležitou a shodují se v názoru, že pro pacienty jsou ve své roli jako kamarádky. Dvakrát se pak také objevila metafora tety a náhradní maminky. V plnění citových potřeb se angažují čtyři přirozeně a jedna za předpokladu zájmu pacientů. Dvě respondentky uvádí nezbytnost poznání pacientovi osobnosti pro přiměřené plnění těchto potřeb a ostatní respondentky mají vesměs rozmanité strategie, které se však potkávají v hlavní myšlence přístupnosti úlohy náhradníka v citové sféře hospitalizovaného dítěte. V kontextu toho, jaké možnosti jsou v silách respondentek jsem se dozvěděla spoustu informací ohledně komunikace s pacienty, kterou hodnotily všechny jako stěženi interakci v práci s psychiatrickými pacienty. Na verbální podobu komunikace se spoléhají dvě z dotazovaných a tři se opírají častěji o neverbální znaky. Také jsem získala zajímavé informace v podobě nutnosti ohledu na často špatné komunikační schopnosti pacientů, vzájemný respekt a rovnocennost v komunikaci mezi pacientem a sestrou. V pohledu na úlohu zdravotní sestry na dětské psychiatrii se ve všech pěti rozhovorech objevilo hlídání a ochrana pacientů. Ve čtyřech případech respondentky mluvily o významu práce s diagnózou jednotlivých pacientů a tři k tomu zmínili i práci s osobností pacienta jako lidskou bytostí. Ještě se ve většině výpovědí, konkrétně ve čtyřech, objevila role doprovodu a též čtyři dotazované se považují i za společníka při volnočasových aktivitách. Na konec je třeba ještě zmínit věci, které respondentky zmiňovaly jako nepříznivé pro prostředí dětské psychiatrie. Dvakrát mluvily o nedostatku personálu, jednou o nedostatku pomůcek a potřebě modernějších pomůcek. Poté tři z respondentek vyjádřili přání větší spolupráce psychologů pro zkvalitnění péče a včasnou intervenci. Dvě respondentky také vyjádřili zájem o poskytnutí více informací ohledně pacientů a onemocnění, se kterými se setkávají. Ohledně psychické deprivace čtyři dotazované považují vědomost o její existenci za přínosnou svému povolání, zatímco jedna uvádí, že to důležité není, protože všechny hospitalizované děti jsou deprivované v nějaké míře. Také čtyři respondentky se blíží se svým výkladem psychické

či citové deprivace odborné definici. Všechny sestry však hodnotí své schopnosti jako dostačující potřebám případně citově deprivovaných pacientů.

9. Diskuse

Cílem výzkumu je získání informací o vztahování se dětských pacientů ke zdravotním sestram na psychiatrických odděleních. Důležitost přínosu spočívá ve zmapování pohledu zdravotních sester na citové potřeby dlouhodobě hospitalizovaných dětských pacientů a jejich možnosti/schopnosti s těmito potřebami pracovat. Existují studie na podobné bázi s tím, že ale autoři se zaměřují na zdravotníky nikoliv na pacienty, jak tomu je zde v této bakalářské práci (Tošnarová, 2011). Získané poznatky by měli sloužit jako podklad dalšímu zkoumání problematiky citových potřeb hospitalizovaných dětí s psychiatrickou diagnózou. Citové potřeby se dostávají do popředí všech potřeb takového dítěte. Zde totiž dochází k prolínání s problematikou attachmentové vazby. Skrze ni je totiž možný správný a kvalitní vývoj dítěte (Langmeier & Matějček, 2021). Poskytována je tzv. attachmentovou figurou v podobě pečující osoby. Pokud však dojde k oddělení dítěte a osoby poskytující stabilní naplňování vazebných potřeb dítě strádá a přirozeně si hledá náhradu za tuto primární attachmentovou figuru (Pešková, 1995). V péči o hospitalizované dítě je důležitá dobrá spolupráce multidisciplinárního týmu, a to se neobejde bez správné míry angažovanosti každého člena. Mimo jiné důležité členy je třeba dostatečné kooperace psychologa se zdravotními sestrami. Dle Řičana a Krejčířové (2006) psycholog je specialista, který hospitalizované dítě nejen vyšetřuje, ale také ošetřuje, tudíž je nezastupitelný ve své práci s psychiatrickým pacientem a měl by poskytovat jeho ucelený obraz jako subjektu dalším členům multidisciplinárního týmu. Pro poznání a sestavení tohoto celku by tedy měl s pacienty trávit příslušný čas. Další často opomíjený atribut hospitalizace je vliv stravy na psychiatrické diagnózy a psychickou pohodu. Každý od přírody podléhá své přirozené preferenci chutí, společné však všichni lidé mají nechuť k přílišnému stereotypu v jídelníčku (Pánek, 2002). Existuje spousta opatření, která zkvalitňují pobyt dítěte v nemocnici obecně i na psychiatrickém oddělení, však v případě vlastních opatření spojených s pandemií Covid-19 lze říci opak. Nejvíce ohroženou skupinou těchto restrikcí se staly právě děti a dospívající. Zavřeli se školy a ven se mohlo jen velmi omezeně, tudíž dítě či student jakéhokoliv věku zůstal odstrižen od sociálních kontaktů, na které byl zvyklý. To mělo za následek zvýšení stresu a úzkosti v jeho životě (Uhlíř, 2021). Dle výsledků studií právě stres a úzkost jsou kategorie jejichž míra výskytu stoupla až do nebes, ale nejsou samotné. Velmi časté byly také poruchy spánku nebo poruchy příjmu potravy až sociální fóbie (Imran et. al, 2020). Nelze také opomenout náročnost opatření týkajících se zákazu

návštěv a terapeutických propustek. Tato skutečnost způsobila nejen nepohodlí pacientů, ale také komplikovala samotný léčebný proces.

10. Limity výzkumu

Výzkum nabízí informace získané z rozhovorů se zdravotními sestrami s cílem prozkoumat jejich pohled na to, jak se k nim vtaňují dětšší pacienti. Výzkum má několik limitů, které brání zobecnění výsledků. Výzkumný vzorek je například velmi malý a nestandardizovaný. Dále respondentky pocházejí všechny z jednoho pracoviště. Z metodologického hlediska by bylo ideálnější získávat informace i z jiných zdrojů nežli jen z rozhovorů se zdravotními sestrami.

11. Závěr

Tato práce měla za cíl zmapování pohledu na vztahování se dětských psychiatrických pacientů ke zdravotním sestřám. Také přinesla náhled na kvalitu vztahu, všímavost sester vůči citovým a jiným potřebám a znalost v oblasti psychické či citové deprivace.

V teoretické části byli předloženy informace pocházející z relevantních zdrojů ohledně problematiky pobytu dítěte v nemocnici na psychiatrickém oddělení, specifík přístupu sester a jejich role. Poté také problematika pečující osoby ve spojení se zdravotní sestrou. Nakonec ještě teorie Attachmentu, která nasedá na oddělení dítěte od rodiny a jeho domácího prostředí při hospitalizaci, s čímž souvisí také poslední přítomná kapitola o psychické deprivaci.

Ve výzkumné části jsem šla cestou polostrukturovaných rozhovorů, které byly zaměřeny na sebereflexi pohledů, postojů a strategií zdravotních sester pracujících s dětskými psychiatrickými pacienty. Výsledky těchto dat jsem se rozhodla rozepsat nejprve v podobě obsahových výsledků jednotlivých respondentek a poté dle kategorií obsahující jednotlivé kódy jejich odpovědí. Důvodem byla snaha o vyšší výpovědní hodnotu výsledků a ucelenější představu rozdílných přístupů respondentek. Mé obavy zmíněné v úvodu této práce se k mému příjemnému překvapení nepotvrdily a ukázalo se, že dotazované sestry mají náhled na citové i jiné potřeby hospitalizovaných dětí.

Práce mi přinesla mnoho pozitiv, počínaje doplněním informací ze spolehlivých zdrojů o problematice vztahu psychiatrických pacientů se zdravotními sestrami, představení pohledů a postojů různých zdravotních sester v kooperaci s jejich osobnostmi, také určitou formu klidu pro mé obavy, a nakonec tedy i samotnou zkušenost s tvorbou kvalifikační práce, realizací rozhovoru a analýzou získaných dat.

Pokud bych však měla výzkum opakovat či doplnit myslím, že velmi příznivý účinek by mohla mít kombinace s jinými výzkumnými metodami, například pozorování sester při práci nebo vedení deníku, na základě kterého bych doplnila a vylepšila otázky do rozhovorů.

Seznam literatury

Ainsworth, M. D. S. (1962). The Effects of Maternal Deprivation. In *Deprivation of Maternal Care* (Vyd. 1). WHO, Geneve.

Ainsworth, M. D. S. (1979). Infant – Mother Attachment. *American Psychologist*, 34(10), 932–937.

Akbari, E., Akbari, Z., Talebi, S., & Fahimi, S. (2017). Prediction of Couples' Emotional Divorce Based on Early Maladaptive Schemas and Emotion Regulation's Components. *Biannual Journal of Clinical Psychology and Personality*, 14(2), 79-92. https://doi.org/http://cpap.shahed.ac.ir/article_2783.html?lang=en

Babiaková, M., Marková, E. & Venglářová, M. (2006). *Psychiatrická ošetrovatelská péče*. Grada.

Bowlby, J. (1951). *Maternal care and mental health* (Vol. 2). Geneva: World Health Organization.

Bowlby, J. (2010). *Vazba: teorie kvality raných vztahů mezi matkou a dítětem*. Portál.

Bowlby, J. (2013). *Ztráta: smutek a deprese* (Vyd. 2). Portál.

Fendrychová, J., & Klimovič, M. (2018). *Péče o kriticky nemocné dítě* (Vydání: druhé přepracované a rozšířené). Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů.

Hardoy, J., & Almansí, F. (2011). Aspects of deprivation. In *Assessing the scale and nature of urban poverty in Buenos Aires* (pp. 15–37). International Institute for Environment and Development. <http://www.jstor.org/stable/resrep01278.7>

Hartl, P., & Hartlová, H. (2004). *Psychologický slovník*. Portál.

Hodková, I. *Asociace dětské a dorostové psychiatrie. Síť pedopsychiatrických lůžek v ČR*. [Online] [Citace: 14.3. 2023] <http://www.addp.cz/detske-psychiatickelecebny-a-luzka/31>

Horwitz, S. M., Klerman, L. V., Kuo, H. S., & Jekel, J. F. (1991). Intergenerational Transmission of School-Age Parenthood. *Family Planning Perspectives*, 23(4), 168–177. <https://doi.org/10.2307/2135740>

Hosák, L., Hrdlička, M., & Libiger, J. (2015). *Psychiatrie a pedopsychiatrie*. Univerzita Karlova v Praze, nakladatelství Karolinum.

Howe, D. (2011). *Attachment across the lifecourse: a brief introduction* (2011 ed.). Palgrave Macmillan.

- Chappell, K. D., & Davis, K. E. (1998). Attachment, partner choice, and perception of romantic partners: An experimental test of the attachment-security hypothesis. *Personal Relationships*, 5(3), 327-342.
- Imran, N., Zeshan, M., & Pervaiz, Z. (2020). Mental health considerations for children & adolescents in COVID-19 Pandemic. *Pakistan journal of medical sciences*, 36(COVID19-S4), S67–S72. <https://doi.org/10.12669/pjms.36.COVID19-S4.2759>
- Jones, S. C. (1973). Self and interpersonal evaluations: Esteem theories versus consistency theories. *Psychological Bulletin*, 79, 185–199. Kaplan, H.B. (1975). Prevalence to the self-esteem motive. In H.B. Kaplan (Ed.), *Self-attitudes and deviant behavior* (16–27). Pacific Palisades, CA: Goodyear.
- Klohnen, E. C., & Luo, S. (2003). Interpersonal attraction and personality: What is attractive--self similarity, ideal similarity, complementarity or attachment security? *Journal of Personality and Social Psychology*, 85(4), 709–722. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.85.4.709>
- Koluchová, J. (1989). *Přehled patopsychologie dítěte (Vol. I). Státní pedagogické nakladatelství.*
- Koluchová, J., Matějček, Z. (Ed.). (2002). *Osvojení a pěstounská péče. Portál.*
- Kural, A. I., & Kovacs, M. (2021). Attachment anxiety and resilience: The mediating role of coping. *Acta psychologica*, 221, 103447.
- Langmeier, J., & Matějček, Z. (2021). *Psychická deprivace v dětství (4.ed.). Karolium.*
- Linhartová, V. (2007). *Praktická komunikace v medicíně: pro mediky, lékaře a ošetřující personál. Grada.*
- Machlin, L., Miller, A. B., Snyder, J., McLaughlin, K. A., & Sheridan, M. A. (2019). Differential associations of deprivation and threat with cognitive control and fear conditioning in early childhood. *Frontiers in Behavioral Neuroscience*, 80.
- Main, M. (1990). Cross-cultural studies of attachment organization: Recent studies, changing methodologies, and the concept of conditional strategies. *Human Development*, 33(1), 48-61.
- Malá, E., & Pavlovský, P. (2010). *Psychiatrie: [učebnice pro zdravotní sestry a další pomáhající profese] (Vyd. 2). Portál.*
- Matějček, Z. (2001). *Psychologie nemocných a tělesně postižených dětí (Vyd. 2). H&H.*
- Matějček, Z., & Dytrych, Z. (1994). *Děti, rodina a stres: Vybrané kapitoly z prevence psychické zátěže u dětí. Galén.*
- Matějček, Z., & Dytrych, Z. (2017). *Rodiče a děti: Vybrané kapitoly z prevence psychické zátěže u dětí (Třetí, upravené vydání (ve Vyšehradu první). Vyšehrad.*

- Matoušek, O. (2003). *Rodina jako instituce a vztahová síť* (3., rozš. a přeprac. vyd). Sociologické nakladatelství.
- McLeod, J. D., & Nonnemaker, J. M. (2000). Poverty and Child Emotional and Behavioral Problems: Racial/Ethnic Differences in Processes and Effects. *Journal of Health and Social Behavior*, 41(2), 137–161. <https://doi.org/10.2307/2676302>
- Mikulincer, M., & Shaver, P. R. (2007). *Attachment in adulthood: Structure, dynamics, and change*. The Guilford Press.
- Mikulincer, M., & Shaver, P. R. (2010). *Attachment in adulthood: Structure, dynamics, and change*. Guilford Publications.
- Morovicsová, E. (2004). *Komunikácia v ošetrovatel'stve*. Vydavateľstvo UK.
- Nasser, A. S. (2021). Emotional Deprivation And Its Relationship To Hyperactivity Among Primary School Pupils. *Turkish Journal of Computer and Mathematics Education (TURCOMAT)*, 12(13), 3931-3940.
- Pánek, J. (2002). *Základy výživy*. Svoboda Servis.
- Pešková, A. (1995). Nemocné dítě v nemocnici. *Sestra*, 5(6), 18-19. ISSN 1210-0404
- Plevová, I. (2018). *Ošetrovatelství I* (2., přepracované a doplněné vydání). Grada Publishing.
- Plevová, I., & Slowik, R. (2010). *Komunikace s dětským pacientem*. Grada.
- Psychická deprivace dětí II – diagnostika a možnosti její nápravy. (2002). *Doktorka.cz*. Retrieved February 28, 2023, from <https://rodina-deti.doktorka.cz/psychicka-deprivace-deti-diagnostika>
- Rapčíková, T. (2008). Význam uspokojovania potreby bezpečia a istoty u hospitalizovaných dětí (IV.). *Galén spol*.
- Rybolt, R. (2009). *Jak porazit depresi*. Práh.
- Říčan, P., & Krejčířová, D. (2006). *Dětská klinická psychologie* (4., přeprac. a dopl. vyd). Grada.
- Sedlářová, P. (2008). *Základní ošetrovatelská péče v pediatrii*. Grada.
- Snyder, M., & Swann, W. B. (1978). Hypothesis-testing processes in social interaction. *Journal of Personality and Social Psychology*, 36, 1202–1212.
- Spitz, R. A. (1946). Hospitalism A Follow-up Report on Investigation Described in Volume I. *The Psychoanalytic Study of the Child*, 2.(1), 113-117. <https://doi.org/https://doi.org/10.1080/00797308.1946.11823540>
- Styx, P. (2003). *O psychiatrii: jak žít a jednat s duševně nemocnými lidmi*. Computer Press.

Švarcová-Slabinová, I. (2011). Mentální retardace: vzdělávání, výchova, sociální péče (Vyd. 4., přeprac). Portál.

Tošnarová, H. (2011). Problematika etiky v profesionálním chování zdravotních sester v péči o psychiatrické pacienty [dizertační práce]. Univerzita Karlova, Fakulta humanitních studií, Doktorský program Aplikovaná etika.

Uhlíř, M. J. (2021). Vliv pandemie covidu-19 na duševní zdraví dětí a adolescentů. *Pediatric pro praxi*, 22(6), 370-372.

Vágnerová, M., & Dytrych, Z. (2012). Psychopatologie pro pomáhající profese: Vybrané kapitoly z prevence psychické zátěže u dětí (Vyd. 5). Portál.

Venglářová, M., & Mahrová, G. (2006). *Komunikace pro zdravotní sestry*. Grada.

Zacharová, E. (2009). Agresivní pacient v klinické praxi zdravotníků. *Interní medicína pro praxi*, 11(10), 471.

Zacharová, E. (2017). *Zdravotnická psychologie: teorie a praktická cvičení (2., aktualizované a doplněné vydání)*. Grada Publishing.

Seznam tabulek:

Tabulka 1 - Víceúrovňové pojetí deprivace	29
Tabulka 2 - Délka praxe zdravotních sester	37
Tabulka 3 - Kódy kategorie potřeb pacientů	45
Tabulka 4 - Kódy kategorie postoje k naplňování citových potřeb	46
Tabulka 5 - Kódy kategorie pohledu na roli zdravotní sestry	47
Tabulka 6 - Kódy kategorie pomoci pacientům	49
Tabulka 7 - Kódy kategorie úlohy zdravotních sester	50
Tabulka 8 - Kódy kategorie komunikce s pacienty	52
Tabulka 9 - Kódy kategorie nepřízně podmínek	53
Tabulka 10 - Kódy kategorie citové deprivace	55

Seznam příloh:

Vzor informovaného souhlasu předkládaného jednotlivým respondentkám k podpisu



Informovaný souhlas účastníka výzkumu:

Vážený pane, vážená paní,

v souladu se zásadami etické realizace výzkumu¹ Vás žádám o souhlas s Vaší účastí ve výzkumném projektu v rámci bakalářské práce.

Název projektu: Zdravotní sestra jako vztahová osoba

Řešitel projektu: Lucie Hauptová, hauptoval@email.cz

Název pracoviště: katedra psychologie, Pedagogické fakulty Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích.

Vedoucí práce: Mgr. Zuzana Štefánková, Ph.D.

Cíl výzkumu: Hlavním cílem výzkumu bude prozkoumat vnímání vztahování se dětských pacientů ke zdravotní sestře při dlouhodobějších pobytech na psychiatrickém oddělení a možnosti sester k vytváření vztahů s pacienty.

Popis výzkumu: Výzkum bude proveden v kvalitativním designu, a to pomocí polostrukturovaných rozhovorů se zdravotními sestrami. Hlavním cílem výzkumu bude prozkoumat jejich vnímání vztahování se dětských pacientů ke zdravotní sestře při dlouhodobějších pobytech na psychiatrii a možnosti sester k vytváření a udržování kvalitních vztahů s pacienty.

.....

datum a podpis řešitele projektu

¹ Všeobecnou deklarací lidských práv, nařízením Evropského parlamentu a Rady (EU) č. 2016/679 o ochraně fyzických osob v souvislosti se zpracováním osobních údajů a o volném pohybu těchto údajů a o zrušení směrnice 95/46/ES (obecné nařízení o ochraně osobních údajů) a dalšími obecně závaznými právními předpisy (jimiž jsou zejména Helsinská deklarace přijatá 18. Světovým zdravotnickým shromážděním v roce 1964, ve znění pozdějších změn (Fortaleza, Brazílie, 2013), zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách), ve znění pozdějších předpisů, zejména ustanovení jeho § 28 odst. 1, a Úmluva na ochranu lidských práv a důstojnosti lidské bytosti v souvislosti s aplikací biologie a medicíny: Úmluva o lidských právech a biomedicině publikované pod č. 96/2001 Sb. m. s., jsou-li aplikovatelné).



Prohlášení a souhlas účastníků s jejich zapojením do výzkumu:

Prohlašuji a svým níže uvedeným vlastnoručním podpisem potvrzuji, že dobrovolně souhlasím s účastí ve výše uvedeném projektu a že jsem měl/a možnost si řádně a v dostatečném čase zvážit všechny relevantní informace o výzkumu, zeptat se na vše podstatné týkající se účasti ve výzkumu a že jsem dostal/a jasné a srozumitelné odpovědi na své dotazy. Byl/a jsem poučen/a o právu odmítnout účast ve výzkumném projektu nebo svůj souhlas kdykoli odvolat.

Jméno a příjmení účastníka:..... Datum narození:.....

Adresa trvalého bydliště účastníka:.....

Podpis účastníka: